



Universidad de Oviedo

Universidad de Oviedo

Trabajo Fin de Grado

Grado de Enfermería

**“Evaluación de la percepción de soledad y aislamiento social de las
personas mayores por parte del personal de Enfermería de
Atención Primaria”**

Lara José Menéndez

Fecha: 9 de abril de 2.020

Trabajo Fin de Grado



Universidad de Oviedo

Universidad de Oviedo

Trabajo Fin de Grado

Grado de Enfermería

**“Evaluación de la percepción de soledad y aislamiento social de las
personas mayores por parte del personal de Enfermería de
Atención Primaria”**

Trabajo Fin de Grado

Lara José Menéndez

Carmen Ana Sánchez Valdés



Universidad de Oviedo

Carmen Ana Sánchez Valdés Doctora en Psicología por la Universidad de Oviedo, adscrita al Área de Enfermería, Departamento de Medicina.

CERTIFICA:

Que el Trabajo Fin de Grado presentado por Dña. Lara José Menéndez, titulado *“Evaluación de la percepción de soledad y aislamiento social de las personas mayores por parte del personal de Enfermería de Atención Primaria”*, realizado bajo mi dirección, reúne a mi juicio las condiciones necesarias para ser admitido como Trabajo Fin de Grado de Enfermería.

Y para que así conste dónde convenga, firma la presente certificación en Oviedo a 3 de Abril de 2020

Vº Bº

Fdo. Carmen Ana Sánchez Valdés

ÍNDICE

1.	<i>RESUMEN/ABSTRACT</i>	2
2.	<i>INTRODUCCIÓN</i>	3
3.	<i>MARCO TEÓRICO Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA</i>	4
3.1	El concepto de soledad	4
3.2	Soledad objetiva y soledad subjetiva.....	5
3.3	Factores asociados a la soledad	7
3.3.1	Factores sociodemográficos.....	7
3.3.2	Factores sociofamiliares y apoyo social.....	9
3.3.3	Factores psicosociales.....	11
3.4	Impacto de la soledad en la salud de las personas mayores	12
3.5	Detección e intervención ante la soledad y aislamiento o social de los mayores: el papel de la enfermera.....	15
3.6	Proyectos contra la soledad y el aislamiento social en los mayores realizados en el Principado de Asturias.....	19
4.	<i>JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO</i>	20
5.	<i>OBJETIVOS</i>	20
5.1	Objetivo principal.....	20
5.2	Objetivos específicos.....	21
6.	<i>METODOLOGÍA</i>	21
6.1	Tipo de estudio	21
6.2	Sujetos a estudio	21
6.3	Instrumentos de evaluación	23
6.4	Variables a estudio	25
6.5	Procedimiento	27
6.6	Análisis estadístico	28
6.7	Consideraciones éticas y legales	29
6.8	Cronograma	30
6.9	Recursos empleados	30
6.10	Sesgos y limitaciones de la investigación.....	31
7.	<i>BIBLIOGRAFÍA</i>	32
8.	<i>ANEXOS</i>	37
I.	ESCALA UCLA.....	37
II.	CUESTIONARIO APOYO SOCIAL DUKE.....	38
III.	ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE ABREVIADA	39
IV.	CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	40

1. RESUMEN/ABSTRACT

RESUMEN

El aislamiento social y la soledad en la población envejecida son problemas muy prevalentes en nuestra sociedad actual. Las causas son diversas, desde el aumento de esperanza de vida hasta el cambio en los modelos familiares: cada vez hay más personas mayores que viven solas, y esto a medida que envejecen, tiene un impacto negativo en su salud física y mental.

En este estudio se pretende determinar la prevalencia de soledad y aislamiento social en una muestra de población mayor de 65 años, e identificar las principales características relacionadas desde un equipo de Enfermería de Atención Primaria del área IV de Asturias. De esta manera, podremos obtener información muy útil para detectar, prevenir e intervenir en estas situaciones, donde cobra especial relevancia el trabajo interdisciplinar y la participación comunitaria.

Palabras clave: soledad, aislamiento social, personas mayores, enfermería

ABSTRACT

Social isolation and loneliness in the elderly are very prevalent problems in our society today. The causes are diverse, from increasing life expectancy to changing family patterns: more and more older people are living alone, and as they age, this has a negative impact on their physical and mental health.

This study aims to determine the prevalence of loneliness and social isolation in a sample of population over 65 years of age, and to identify the main related characteristics from a Primary Care Nursing team in Area IV of Asturias. This way, we will be able to obtain very useful information to detect, prevent and intervene in these situations, where interdisciplinary work and community participation are particularly important.

Key words: loneliness, social isolation, elderly, nursing

2. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento demográfico es un fenómeno que lleva afectando a nuestra sociedad durante décadas, siendo España uno de los países de la UE con mayor porcentaje de personas mayores (19,4%) y uno de los países con mayor esperanza de vida del mundo. Según datos publicados por el INE, en nuestro país entre 1998 y 2018, la esperanza de vida de los varones ha pasado de 75,4 a 80,5 años y la de las mujeres de 82,3 a 85,9 años. El incremento tan notable de este factor y la tendencia general a seguir aumentando se debe principalmente al descenso de la mortalidad infantil y las mejoras en los estilos de vida que se han ido produciendo principalmente gracias a los avances dentro del área sanitaria y las políticas socio-económicas (1).

Todo esto conlleva cambios en la forma de la pirámide de población, se calcula que para 2050 las personas por encima de los 65 años superarán al número de niños (0-14 años) y a la población en edad laboral (16-64 años). Se estima que esto traerá como consecuencia un aumento de la morbilidad hospitalaria, ya que el aumento de la edad se asocia con peores estados de salud y cronicidad de las enfermedades (1).

En Asturias, el envejecimiento demográfico se está produciendo de forma mucho más acentuada, al ser una de las comunidades autónomas más envejecidas con un 25,66% de población mayor de 65 años respecto a la población total en 2019 (1), además, las previsiones elaboradas por el INE señalan que para 2031, dicha población supondrá el 33,1% de la población asturiana total (2).

Aunque dentro de los principales núcleos urbanos (Oviedo, Gijón y Avilés) se concentran, en valores absolutos, más personas mayores que en los 36 concejos rurales, no ocurre lo mismo con el índice de envejecimiento. Como consecuencia del fenómeno llamado “éxodo rural” la mayor parte de la población joven migra a los núcleos urbanos, lo que aumenta el índice de envejecimiento en estas zonas (2). Esto unido a la orografía montañosa de Asturias, hace que las personas mayores que viven

en la zona rural se encuentren más aisladas para relacionarse socialmente o para acudir a los servicios sanitarios, estando en una clara situación de desventaja en relación a los mayores que viven en núcleos urbanos (2,3).

3. MARCO TEÓRICO Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

3.1 El concepto de soledad

El término soledad surgió por primera vez hacia el siglo XIII, haciendo referencia a la situación de una persona que estaba sola, bien de manera momentánea o duradera, y se relacionó con el aislamiento, el estado de abandono o la separación. Esta concepción entendía que los estados de soledad no siempre eran negativos, ya que no sólo evocaban tristeza, pérdida o sufrimiento, sino que también respondían al disfrute y a la satisfacción de poder experimentarla (4).

Aunque, en la actualidad, no existe una definición única y universal de soledad ya que es una situación compleja dentro de diversos contextos, se ha tendido a mostrar la soledad como algo negativo y subjetivo, un estado de malestar emocional, una sensación de no tener el afecto necesario o deseado, lo que desencadena sentimientos negativos, insatisfacción y vacío, que pueden manifestarse en tres niveles (5-7):

- a) Soledad emocional: se manifiesta en el ámbito íntimo y se relaciona con la ausencia de personas con las que establecer lazos afectivos íntimos y significativos y que proporcionen una base segura (8). Suele hacer referencia a un grupo de, como mucho, unas 5 personas íntimas a las que podemos acudir en busca de apoyo emocional en momentos de crisis (7). Este tipo de relaciones son las que se observan entre los amigos y/o familiares muy cercanos (padres, hijos, cónyuge) (8). Este tipo de soledad se relaciona con la manifestación de sintomatología depresiva, ansiedad y estrés, baja autoestima y sensación de vacío y pensamientos negativos y pesimistas (8,9).

- b) Soledad relacional o social: se refiere a la sensación de experimentar poca proximidad o relación con otros miembros de la familia o amigos a los que nos gustaría ver más regularmente y con los que simpatizamos, constituye nuestra red de mayor soporte social (8-11). Esta sensación de soledad nos puede llevar a una escasa integración social y está marcada por la insatisfacción, el aburrimiento y el sentimiento de sentirse excluido de las actividades sociales (7-11).
- c) Soledad colectiva: situación que surge cuando la persona se siente poco valorada y carece de una red más amplia y por la cual formamos parte de la sociedad (compañeros de trabajo o de un equipo, vecinos...) A través de ella, podemos relacionarnos y obtener información, pero los lazos que se establecen son más débiles. Un predictor de soledad colectiva en la vejez es el nivel de participación en grupos o asociaciones, cuanto mayor sea el número de actividades colectivas en las que participa, menor será el nivel de esta sensación de soledad (7,12).

Es importante señalar que no se puede identificar sensación de soledad con vivir sólo, ya que esta condición no es necesariamente un indicador de riesgo de soledad, una persona que vive sola puede tener una buena red social y estar integrada en actividades u organizaciones de su comunidad (6,8).

3.2 Soledad objetiva y soledad subjetiva

Al hablar del concepto de soledad, autores como Bermejo JC. y Madrigal A. distinguen dos dimensiones: la soledad objetiva, que se refiere a la situación de soledad real que se produce al tener unos contactos sociales mínimos con otras personas, y la soledad subjetiva que es la sensación de sentirse solo. Se ha señalado que ambos tipos de soledad están estrechamente relacionadas en las personas mayores (5,13-15).

Soledad objetiva

Se define como una experiencia desagradable que ocurre cuando la red de relaciones sociales de una persona es significativamente deficiente en calidad o cantidad. Algunos autores (8,16) la denominan “aislamiento social”, afirmando que las personas socialmente aisladas son más propensas a sentirse solas y que poseer una red social estable y significativa es crucial para sentirse parte de la sociedad. Por tanto, la soledad objetiva hace referencia a una red social débil o constituida por muy pocos miembros, a la falta de compañía que provoca una pérdida de integración en la comunidad y que no tiene por qué ser algo involuntario (8,16). En función de su duración, la cual va a depender de acontecimientos o del contexto en el que se dé y en cómo se gestione, la soledad objetiva puede clasificarse en (17):

- **Soledad crónica:** soledad que se manifiesta tras una falta de relaciones sociales durante dos años o más.
- **Soledad situacional o pasajera:** aparece en aquellas personas con relaciones estables y satisfactorias, tras un suceso adverso como el divorcio o duelo por la muerte de un ser querido, es decir, situaciones angustiosas que desencadenan estados de soledad de forma puntual.

Soledad subjetiva

Mientras que la soledad objetiva hace referencia a la falta real de compañía, la soledad subjetiva se refiere al sentimiento de sentirse solo, incluso aunque se viva acompañado. Nunca es una situación buscada o deseada, sino que depende de la situación personal de cada individuo y la forma en que afronta los problemas y establece relaciones, así como de la dificultad para comunicarse y pedir o aceptar ayuda, junto con la falsa creencia de que la soledad es un sentimiento normal y natural propio de la vejez al que se hay que resignar (13,17).

Este tipo de soledad es mucho más compleja y difícil de contextualizar y detectar, ya que los mayores que se sienten solos, no suelen mostrar o revelar su situación pasando muchas veces desapercibida y es temido por el 22% de las personas mayores (13).

3.3 Factores asociados a la soledad

3.3.1 Factores sociodemográficos

Dentro de este grupo de factores que influyen en la aparición de la soledad, los más estudiados han sido la edad, el sexo, el estado civil y el nivel socioeconómico.

Diversos estudios (16,18) han señalado que las personas mayores se vuelven más solitarias a medida que aumenta la edad, siendo este incremento más notable entre las personas más longevas (por encima de los 80 años) Esto se ha atribuido a dos motivos fundamentales:

El primero a que con el paso de los años, se incrementan los problemas de salud, así como la discapacidad o dependencia, que pueden aparecer bien en la propia persona o bien en algunos de sus amigos o familiares mayores. En ambos casos se produce una limitación del contacto social y de las relaciones sociales, incrementándose el nivel de aislamiento y la sensación de soledad (8,13,18). Es importante señalar que la mujer tiene una mayor esperanza de vida que el hombre y por tanto un mayor riesgo de discapacidad o enfermedad, sobre todo a partir de los 85 años (8), además de presentar una autopercepción más baja de salud. Sólo el 39,3% mujeres valoran positivamente su estado de salud frente al 50,5% de los hombres (18), empeorando dicha percepción al aumentar la edad (1,18,20).

No obstante, aunque parece que las mujeres pueden necesitar más cuidados al llegar a una edad avanzada, tienden más a vivir solas (ya sea por viudedad o por decisión propia) (8,21), encontrándose muchas en una situación de soledad. Las mujeres valoran más que los hombres el hecho de poder establecer lazos afectivos familiares o con amigos cercanos (8,22,23) mientras que los varones valoran más las relaciones con sus amistades y/o entorno laboral (8).

Un segundo motivo del aumento de la soledad en los mayores, son las pérdidas sociales y emocionales que se producen tras el fallecimiento del cónyuge, familiares o amigos que puedan ocurrir más en edades avanzadas. Como consecuencia de ellas, el apoyo social tiende a reducirse y la persona puede ir abandonando las actividades sociales que antes realizaba con su pareja o con los amigos que ahora le faltan (8,24).

Otro factor importante a estudio es el estado civil, se ha señalado que tener una pareja con la que mantener una relación estrecha es un factor protector contra la soledad emocional. Por el contrario, el divorcio y la viudedad son acontecimientos forzosos capaces de desencadenar situaciones de soledad tanto emocional como social. No obstante, en aquellas personas mayores que están solteras por decisión propia, los niveles de soledad son más bajos que en viudos y separados, normalmente debido a que ellos mismos han decidido esa situación y se han preocupado más en reforzar y tener una red social compuesta por otros familiares y amigos, no centrándose tanto en la pareja (8,21).

Cabe destacar que la viudedad supone un factor principal de riesgo de soledad. La pérdida de un vínculo afectivo tan íntimo, habitualmente tras décadas de matrimonio, trae consigo la desaparición de afectividad y compañía de forma traumática sin que la presencia de otras personas alivie ese sentimiento que perdura en el tiempo, así como problemas de adaptación a la hora de gestionar las tareas domésticas y la vida social (5,13,16,22).

Otro factor a estudio, ha sido la influencia de los recursos económicos en la soledad. Aunque no está clara la asociación, se cree que las personas más pobres y sin recursos son más vulnerables a la soledad y al aislamiento, mientras que las personas con nivel socio-económico más elevado establecen redes más amplias y heterogéneas (8,16,22). También se ha señalado que las mujeres mayores que viven solas, tienen más posibilidades de vivir en condiciones de pobreza que los varones y acabar desencadenando situaciones de aislamiento social (21,25).

3.3.2 Factores sociofamiliares y apoyo social

En la sociedad existe todavía cierta tendencia a asociar el envejecimiento a connotaciones negativas, sobre todo si las personas mayores viven solas. Sin embargo, en otros países vivir sólo es un símbolo de independencia y autonomía (16).

En España los modelos familiares están cambiando progresivamente, las familias extensas y los hogares intergeneracionales están dando paso a hogares unipersonales. La vida solitaria es una elección que progresa notoriamente entre las personas mayores que tras enviudar, continúan viviendo solos en vez de convivir con sus familiares o ingresar en una institución residencial, ya que así disponen de la privacidad y tranquilidad de sus hogares, sin tener que compartir techo con otros familiares a los que sienten que pueden “molestar” e invadir su intimidad, manteniendo su independencia y valiéndose por sí mismos. Este fenómeno es denominado por algunos autores como “*Aging in place*” (8,21,25).

Este nuevo modo de convivencia tiene ventajas mientras los mayores no se encuentren en una situación de fragilidad y sean independientes para las actividades de la vida diaria. Vivir en su propia casa les da seguridad al ser un entorno conocido, permitiéndoles mantener el contacto con sus vecinos y su barrio y sintiéndose parte de la comunidad. No obstante, para que esto sea posible es necesario que se disponga de una red social adecuada y estable tanto formal (compuesta por los

servicios sanitarios y sociales) como informal (familia, amigos y vecinos), así como contar con ingresos o una pensión adecuada para satisfacer sus necesidades (8,21,25).

Una buena relación con las amistades es considerada un factor protector contra la soledad social, y se asocia también a un mayor bienestar o calidad de vida percibida por los mayores según los autores (25). No obstante, las relaciones vecinales son diferentes en función de si las personas mayores viven en zonas urbanas o rurales. En general, esa función que desempeñan los vecinos de ayuda y alerta mutua está más arraigada en los pueblos y áreas rurales, y es un recurso muy útil en mayores que viven solos o que no tengan a sus familiares cerca. Además de la misión de vigilancia y auxilio en casos de emergencia, ese apoyo y contacto desinteresado también brinda apoyo moral y emocional y es muy apreciado entre las personas mayores contra los sentimientos de soledad. Sin embargo, en las ciudades el vínculo con los vecinos es muy pobre y apenas hay trato cotidiano y hoy en día, el apoyo emocional que se obtiene del entorno vecinal es más reducido que en el pasado. (21).

Otro factor a considerar, es la disminución de la red informal por el fallecimiento de amigos y familiares, como antes comentamos, o bien como consecuencia de la dispersión y emigración de los hijos. Esta situación se denomina “*síndrome de nido vacío*” y se ha visto que la reducción del contacto con los hijos puede hacer surgir con más facilidad sentimientos de soledad y vacío; haciendo que en muchas ocasiones, otros familiares como cuñados o hermanos se conviertan en los referentes del día a día y a quien acudir en caso de dependencia o enfermedad (13,16,21).

En lo que respecta a la red formal, ésta está compuesta por los servicios sociales, servicio de ayuda a domicilio y profesionales sanitarios. También se pueden incluir en este grupo a las cuidadoras informales y empleadas del hogar. En España el 14,5% de las personas mayores reciben apoyo en su día a día a través de estos cuidadores privados, habitualmente como complemento al apoyo informal

(8). Teniendo en cuenta que entorno al 30% de nuestros mayores sufre dependencia en algún grado, este tipo de servicios beneficia el cuidado de las personas en sus propias casas, fomentando su autonomía a la hora de realizar las actividades de la vida diaria y siendo un recurso de compañía muy agradecido por hombres y mujeres contra el aislamiento y la soledad (21).

3.3.3 Factores psicosociales

Este grupo de factores no ha sido tan desarrollado como los socio-demográficos, pero si se ha visto que tienen un fuerte peso a la hora de desencadenar sentimientos de soledad, y explicaría, por ejemplo, qué personas aun estando acompañadas se sientan solas (8).

En relación a la variable personalidad, algunas investigaciones afirman que las personas con un carácter más extrovertido suelen participar en más actividades sociales, por lo que su red social es más amplia y no solo cuentan con el soporte familiar. Por otra parte, señalan que las personas que presentan algunas de estas variables, neuroticismo, escasa asertividad, autoestima baja y estrés o la ansiedad, suelen tener más problemas para establecer o mantener lazos sociales, por lo que se consideran factores de riesgo asociados a la soledad emocional (17,26).

En cuanto a la depresión, se ha visto que es un factor de riesgo que puede desencadenar sentimientos de soledad y aislamiento social (21,27). La sintomatología depresiva, en muchos casos, suele pasar desapercibida tanto para los contactos cercanos al individuo como por el personal sanitario. Algunos de los principales son: cansancio, problemas de sueño, dolor, sentimientos recurrentes y periódicos de tristeza y vacío, confusión e incompreensión, acompañados también de síntomas físicos como malestar, dolor de cabeza y calambres (19,21). Algunos estudios han señalado que es durante las últimas horas de la tarde y la noche cuando las personas mayores son más vulnerables y sienten más la soledad, ya que durante la noche es más difícil encontrar compañía o realizar actividades que distraigan de los pensamientos de tristeza. (7,13,27,28)

No podemos olvidar los efectos psicológicos y sociales de la jubilación en las personas mayores, los cuales influyen tanto en la soledad objetiva como subjetiva. Para muchas personas, la jubilación supone una pérdida de estatus o rol social, ya que el trabajo, además de aportar ingresos y seguridad, genera sentimientos de autorrealización. Por otro lado, se ha señalado que el 12% de los mayores asocian la jubilación a un sentimiento de vacío, (29) ya que disponen de un tiempo de ocio que muchas veces no saben cómo llenar. Esto unido a la pérdida de poder adquisitivo y a la falta de motivación reduce sus posibilidades de realizar actividades fuera del ámbito doméstico, lo que puede desencadenar sentimientos de pasividad, inutilidad, tristeza y soledad (5,13).

Además en el ámbito laboral, se establecen muchos lazos sociales y se realizan actividades más allá de las estrictamente profesionales haciendo que, al jubilarse, los mayores quedan descolgados de ellas. Esto hace que muchas veces el círculo social se limiten a familiares y amigos más cercanos, y que las actividades más frecuentes se realicen en casa, como ver la televisión (28%) o salir a pasear (23%) sin que las actividades con los demás no sean tan habituales (5,13,29).

No obstante, hay que tener en cuenta que la jubilación es una situación compleja y que depende de las circunstancias personales de cada individuo y del trabajo desempeñado, ya que para otras personas la jubilación supone una oportunidad de desarrollo personal y de poder realizar más actividades y disfrutar de su tiempo libre (24).

3.4 Impacto de la soledad en la salud de las personas mayores

La soledad y la salud son dos condicionantes estrechamente relacionados entre sí y que mantienen una relación bidireccional, ya que un deterioro general del estado de salud y de las redes sociales puede llegar a provocar una pérdida de autonomía que conducirá a estados de aislamiento y soledad, peor salud auto-percibida y depresión, y por otro lado la soledad y aislamiento repercuten negativamente en la salud y la calidad de vida de las personas mayores.

Los autores coinciden en afirmar que tanto la soledad y aislamiento social se pueden considerar indicadores de morbi-mortalidad y que disminuyen la tasa de supervivencia, equiparables a otros factores de riesgo tradicionales como el tabaco o la HTA: el riesgo de mortalidad prematura aumenta un 26% en personas que se sienten solas, un 29% en las aisladas socialmente y un 32% en las que viven solas (6,7,19).

Uno de los problemas más frecuentes en la vejez es el riesgo de caídas, con una prevalencia del 30% en ancianos sin antecedentes de caídas, y el doble si se cayeron alguna vez. El miedo a caerse, tiende a restringir las actividades físicas que realiza el anciano y que a la larga deteriora su esfera social y sus consecuencias más directas son una pérdida de confianza, funcionalidad y autonomía y un aumento de las percepciones negativas sobre su bienestar (30).

También es habitual que las personas mayores presenten un déficit sensorial auditivo, el cual va influir negativamente sobre la sensación de aislamiento relacional de las personas mayores debido a las dificultades para comunicarse, afectando, además, al estado de ánimo y al nivel de participación social (31).

La falta de relaciones sociales satisfactorias, también produce un mal seguimiento de hábitos saludables, lo que puede derivar en un mayor riesgo de mala alimentación y de hábitos nocivos como sedentarismo y consumo de tabaco y alcohol, además de una insuficiente práctica de actividad física (7) que aparece asociada al riesgo de padecer obesidad (16). En un estudio longitudinal que buscaba la relación entre la soledad y aislamiento social con los estilos de vida, los investigadores hallaron que la soledad estaba asociada a mayor consumo de tabaco, mientras que el aislamiento social se relacionaba a escaso ejercicio físico y a un reducido consumo de frutas y verduras en comparación con los participantes que no se encontraban en estas situaciones (32).

Otras investigaciones se han centrado en el impacto de la soledad en el estado nutricional de los mayores. Algunas han señalado que la malnutrición, además de depender del estado metabólico del paciente, sus enfermedades previas o la medicación, entre otros factores, se ha visto que también está asociada al nivel socioeconómico y a la red de soporte social. Sin embargo, otros estudios no han encontrado asociación entre vivir solos y malnutrición o riesgo de padecerla, incluso han señalado que las cifras más altas de desnutrición se encuentran en mayores institucionalizados u hospitalizados (33,34). No obstante, si se ha señalado que la soledad afecta a las personas mayores provocando una reducción de su apetito (35). Además, al reducirse las relaciones sociales se produce un mayor confinamiento en el hogar, con un mayor riesgo asociado de malnutrición por la falta de motivación para hacer la compra de manera regular y consumir los alimentos necesarios (36).

La soledad y aislamiento social, también parecen influir en el sueño de las personas mayores, disminuyendo la cantidad y calidad del mismo lo que provoca un mayor cansancio durante el día(7,13).

Respecto a los sistemas cardiovascular y endocrino, la soledad puede contribuir a alterar la función celular normal y aumentar la resistencia vascular y la presión sanguínea, dando como resultado la aparición de enfermedades como hipertensión o problemas cardíacos. Esto tiene su explicación en el aumento de malos hábitos y los niveles de estrés y ansiedad ante las situaciones de la vida diaria comentados anteriormente (6,7, 37).

También se ha visto, que los sistemas nervioso e inmunitario se van debilitando durante la vejez, haciendo más vulnerables a los mayores frente a las infecciones y gravedad de las mismas y que las situaciones estresantes debido a soledad y aislamiento social, afectan al funcionamiento normal de las células NK, del eje hipotalámico-pituitario-adrenal y aumenta la actividad inflamatoria que conduce en ocasiones a una muerte prematura (6,37,38).

A nivel cognitivo, se ha señalado la existencia de una relación entre la soledad y el tamaño del cerebro, la soledad disminuye la materia gris en el surco temporal superior (STS) un área relacionada con la percepción social y la memoria asociativa, siendo un factor de deterioro cognitivo y que acelera la progresión de la demencia (37,39).

En relación a la depresión antes hemos señalado que puede desencadenar situaciones de soledad y aislamiento social, pero también puede ocurrir a la inversa. Se ha visto que el fallecimiento del cónyuge es uno de los factores con mayor probabilidad de desencadenar depresión; además también se confirma que tanto la depresión como la soledad son factores de riesgo de suicidio y alcoholismo en hombres. Es de destacar que entre las personas mayores la tasa de suicidio es la más elevada de todos los grupos de edad, lo que algunos autores denominan como “suicidio silencioso” una forma de “dejarse de morir” de manera no violenta, generalmente descuidando sus necesidades básicas (comer, beber, dormir...) o mediante el incumplimiento de tratamientos médicos esenciales (7,40).

No queremos finalizar este apartado sin reseñar que existe una relación bidireccional entre soledad y enfermedad, ya que muchos mayores encuentran en el deterioro de su propia salud una forma de romper con su soledad, al traer consigo la atención de la familia, sanitarios y cuidadores profesionales y esa comunicación y apoyo que desean (5).

3.5 Detección e intervención ante la soledad y aislamiento o social de los mayores: el papel de la enfermera.

Cómo hemos señalado anteriormente, la soledad es por tanto uno de los factores que deteriora tanto física como mentalmente la salud de las personas mayores favoreciendo la aparición de situaciones de dependencia. Desde la consulta de Enfermería de Atención Primaria (AP) se dispone de una situación privilegiada para observar y conocer la situación emocional y social de las personas

mayores, ya que la AP es la puerta de entrada al sistema sanitario y el trato es mucho más cercano e individualizado. Sin embargo, la intervención no sólo debe recaer en los profesionales de la salud ya que la familia, la comunidad y los servicios sociales tienen también un papel primordial (7,15).

El primer paso es saber identificar a los mayores en situación de soledad y aislamiento en base a las conductas y factores de riesgo desarrollados en los puntos anteriores. Para ello, se debe prestar especial atención a las mujeres viudas de bajo nivel socio-económico, mayores con discapacidades físicas y audiovisuales, personas que vivan solas y en zonas que carezcan de una inadecuada red de transporte o que tengan que hacer frente a barreras arquitectónicas, con estilos de vida poco saludables, obesidad, depresión, etc. (7,15).

Es muy importante identificar a este tipo de personas ya que la prevalencia de soledad en países desarrollados oscila entre el 20 y 40%, unas cifras lo suficientemente significativas como para precisar de una intervención sanitaria (6,41).

Para explorar el alcance de la soledad y aislamiento social, es necesario no sólo desarrollar una función meramente medicalizadora y centrada en curar patologías médicas, sino que debemos prestar atención a la esfera social y las necesidades sociales de nuestros pacientes mayores a través de la entrevista y las escalas de medición que permiten valorar el nivel de soledad y aislamiento social, las cuales nos permiten recoger gran cantidad de información sobre su situación y elaborar estrategias tanto de prevención, como de tratamiento una vez que ambos problemas están instaurados. Desde el ámbito de la enfermería se han llevado a cabo numerosas investigaciones, por un lado sobre el rol de la enfermera como miembro de la red social formal y su interacción directa con la red social informal de la persona, y por otro sobre la identificación la soledad y las intervenciones y programas que se pueden realizar (7,9,15,42,43).

Dentro de la taxonomía enfermera, contamos con dos diagnósticos principales que permiten valorar e intervenir sobre la soledad y aislamiento social. Estos diagnósticos e intervenciones figuran en el libro *Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación 2018-2020* siendo los siguientes (45):

Riesgo de soledad

Para explorar el sentimiento de soledad (00054) el profesional de enfermería dispone de varias escalas que permiten valorar tanto el nivel de soledad, como el grado de adaptación psicosocial a los cambios y el afrontamiento de problemas de la persona mayor, así como el soporte social y las habilidades de interacción social.

A la hora de establecer un conjunto de intervenciones y que también se pueden emplear como estrategias de prevención, nos encontramos con actividades centradas en reforzar actividades físicas, cognitivas, sociales y espirituales, el empleo de habilidades de escucha activa, ayudar al paciente a identificar el sentimiento de soledad y las causas relacionadas, motivar su participación en grupos de apoyo y organizaciones, aumentar los sistemas de apoyo contando con la ayuda de la familia, los amigos y la comunidad y ayudarlo a adaptarse a los cambios estresantes o amenazas perceptibles de la vida cotidiana, ayudando al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento, facilitando salidas constructivas a la ira y la hostilidad y desglosando los objetivos complejos en otros más sencillos, explorando las fuentes disponibles para cumplirlos (45).

Según los estudios, debido a la relación entre soledad y la forma de afrontar las situaciones vitales, las intervenciones dirigidas a modificar los pensamientos y conductas maladaptativas podrían resultar ser muy efectivas combinadas con tratamientos farmacológicos, que aunque no se han probado en humanos, se cree que con los avances de los últimos 5 años disminuirán la prevalencia de soledad y paliarán sus consecuencias entre los mayores (7,10,41).

Aislamiento social

Para explorar el grado de aislamiento social (00053) el profesional de enfermería también dispone de varias escalas que permiten valorar el nivel de implicación social, la disponibilidad percibida y el apoyo real de las redes sociales de la persona mayor, así como su participación en actividades de ocio. Entre las intervenciones, muchas coinciden con las llevadas a cabo para paliar el sentimiento de soledad, pero cabe destacar en este caso la potenciación de la socialización ayudando al paciente a mejorar del cuidado del aspecto personal para evitar el aislamiento o animarlo a cambiar de ambiente, como salir a caminar o ir al cine (15,45).

Una vez identificadas las personas de riesgo y establecidas las intervenciones, otra función que se puede desempeñar desde Enfermería es la derivación: un recurso que puede ayudar a prevenir y luchar contra estos problemas es la coordinación con los trabajadores sociales, las asociaciones ciudadanas, y las iniciativas llevadas a cabo desde Salud Pública, servicio que en España cuenta con muchas propuestas para eliminar las barreras arquitectónicas y actividades que favorecen la socialización (7).

Se ha visto que las intervenciones dirigidas a participar en actividades comunitarias, como por ejemplo, talleres de pintura y manualidades, ejercicios, cocina o grupos de lectura son mucho más eficaces que las terapias individuales, y que éstas son menos eficaces en mujeres que en varones (6,8). Además, la aparición de nuevas tecnologías, en concreto las que fomentan la comunicación y la integración y nos permiten vigilar y garantizar la seguridad de una persona mayor, como por ejemplo, la teleasistencia, están ayudando a la integración y creación de entornos adaptados para las personas mayores, sobre todos aquellas que cuentan con una red de apoyo muy reducida (3,46).

3.6 Proyectos contra la soledad y el aislamiento social en los mayores realizados en el Principado de Asturias

En cada CCAA se han llevado a cabo estrategias de intervención coordinadas por diferentes entidades. En Asturias, está en marcha desde hace 10 años aproximadamente un programa específico para personas mayores que viven en zonas rurales denominado “Rompiendo distancias” y que tiene como objetivos dispensar dietas a domicilio según las necesidades específicas, servicios de podología a domicilio, peluquería y biblioteca móvil, implicación de las familias, creación de recursos como centros de día y evaluación de las zonas geográficas implicadas y sus necesidades concretas, todo ello para fomentar lazos de unión y atención a las poblaciones más aisladas con la coordinación desde distintos campos profesionales (47).

El proyecto “Cerca de ti” promovido por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales del Ministerio de Sanidad (IMSERSO) Cruz Roja, Cáritas y otras asociaciones y entidades locales (en Asturias, el programa se asienta en Gijón) tiene como objetivo ofrecer compañía presencial y telefónica a través de voluntarios a personas mayores de 80 años que viven solas y en situación de soledad y aislamiento social. Los voluntarios son formados en habilidades sociales y mediación de conflictos y se les informa sobre los recursos comunitarios disponibles. Además, también se fomenta el uso de las nuevas tecnologías en las personas mayores centrándose sobre todo en el uso de Internet y redes móviles (48).

Una iniciativa muy reciente que se puso en marcha a finales de 2019 es la campaña online “No me llames soledad” para hacer visible la soledad no deseada a través de una cuenta en la red social Instagram promovida por la Federación Asturiana de Concejos (FACC). El objetivo de la cuenta es ser un espejo de las actividades municipales que se desarrollan para enfrentar estos problemas:

clubs de lectura, actividades en centros de día, ejercicio físico, talleres de memoria, teatro, cocina o costura, salidas y excursiones etc. (49).

4. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

Como hemos visto, el aislamiento social y la soledad en la población mayor, es un serio problema que irá creciendo en años venideros, el abanico de causas y factores de riesgo que lo desencadenan es muy amplio, desde un marcado envejecimiento demográfico de nuestro país hasta el cambio en los modelos familiares. Cada vez hay más mayores viviendo solos, y esto a medida que envejecen, tiene un impacto negativo en su salud.

La enfermera de AP se encuentra en el nivel de atención, relación y accesibilidad idóneo para conocer con mayor facilidad el estado social y emocional de los mayores, pudiendo favorecer la detección precoz de estas situaciones antes de que deriven en problemas más graves.

Debido a la falta de investigaciones realizadas en Asturias con escalas específicas que permitan valorar estos problemas, es fundamental realizar un estudio para valorar la percepción de soledad y el aislamiento social en las personas mayores que acuden a los servicios de AP en Asturias, que sirva de base para poder establecer posteriormente, programas de intervención y prevención eficaces.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo principal

Evaluar la percepción de soledad y el aislamiento social en las personas mayores de 65 años por parte del personal de Enfermería de Atención Primaria en el área IV del Principado de Asturias.

5.2 Objetivos específicos

1. Determinar la prevalencia de soledad y aislamiento social en la población mayor de 65 años objeto de estudio.
2. Valorar la relación entre la percepción de soledad y la percepción de aislamiento social.
3. Determinar la influencia de las variables sociodemográficas y familiares estudiadas tanto en la percepción de soledad como de aislamiento social.
4. Identificar los factores de riesgo y de protección relacionados con la soledad en las personas mayores de la muestra estudiada.
5. Conocer el perfil social en la población anciana que vive sola.

6. METODOLOGÍA

6.1 Tipo de estudio

Se trata de un estudio descriptivo transversal.

6.2 Sujetos a estudio

El estudio se hará a través de una muestra representativa de la población mayor de 65 años del C.S de Grado, perteneciente a la Zona Básica de Salud IV.15 del Principado de Asturias obtenida mediante muestreo por conveniencia.

Esta Zona Básica de Salud incluye los concejos de Candamo, Grado y Yernes y Tameza, teniendo como centro de salud de referencia el C.S de Grado y consultorios periféricos en Grullas, San Román de Candamo, Bayo, Sama de Grado y Villabre y Yernes (Yernes y Tameza). Según los datos de 2019, el total de personas de edad igual o superior a 65 años adscritos al C.S eran los siguientes:

CENTRO	IGUAL O MAYORES DE 65 AÑOS	TOTAL POBLACIÓN
GRADO	2.285 PERSONAS	10.249 PERSONAS

Tabla 1: Población de Grado. Elaboración propia.

Para seleccionar la muestra, se tiene en cuenta a todos los pacientes de edad igual o superior a 65 años adscritos a los cupos médicos del C.S de Grado. En 2019, los cupos de pacientes mayores de 65 años de las consultas han sido los siguientes:

C.S GRADO¹	PACIENTES IGUAL O MAYORES DE 65 AÑOS
CONSULTA 1	451
CONSULTA 2	536
CONSULTA 3	481
CONSULTA 4	430
CONSULTA 5	481
CONSULTA 7	446

Tabla 2: Consultas de C.S Grado- cupos médicos. Elaboración propia.

Para que la muestra se considere representativa, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%, como mínimo se necesitarían 329 participantes, por lo que seleccionaríamos el cupo entero constituido por pacientes igual o mayores de 65 años de la consulta 4. Para obtener esta muestra, se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

¹ No se incluye consulta N°6 porque es la que corresponde a Pediatría.

Criterios de inclusión

- Todas las personas mayores de 65 años que acudan a la consulta 4 de Enfermería del C.S. de Grado durante los meses de mayo a septiembre de 2020 y que no cumplan los criterios de exclusión.

Criterios de exclusión

- No firmar el consentimiento informado o no querer participar en el estudio.
- Tener diagnosticado deterioro cognitivo, demencia o Alzheimer.
- Estar ingresados en el hospital o fuera del concejo durante la recogida de datos.

6.3 Instrumentos de evaluación

Con el fin de recoger la información se utilizarán 4 cuestionarios: Un cuestionario referido a las variables sociodemográficas, personales y relacionadas con la soledad; la Escala de Soledad UCLA y la Escala de Apoyo Social Duke-UNC y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage Abreviada.

A. CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO Y DE VARIABLES RELACIONADAS CON LA SOLEDAD

A través de este cuestionario se recogerá la información relativa a las variables: sexo, edad, estado civil, nivel de estudios, personas con las que convive, ayuda recibida, actividades de ocio, autopercepción de la salud, independencia para desplazarse, presencia de depresión, presencia de déficits sensoriales graves.

B. ESCALA UCLA

Para valorar la sensación de soledad emplearemos la Escala de soledad de UCLA (ver Anexo I) (University of California at Los Angeles) creada por Russell et al. en 1980. Esta escala fue traducida al español por Vázquez y Jiménez en 1994 (50) y validada en España en población mayor de 65 años por

Velarde-Mayor et al. en 2015 (51), esta adaptación es la que usaremos en nuestro estudio. Su objetivo es medir la sensación de soledad (sentirse solo).

La escala consta de 10 ítems, la puntuación de cada ítem va en función de una escala tipo Likert, de 1 a 4. La puntuación máxima que se puede obtener en la escala es de 40 puntos y la mínima de 10. Aunque la escala original no establece puntos de corte, Velarde-Mayor et al., consideran los siguientes en su estudio (51):

- Puntuación <20: indica grado severo de soledad.
- Puntuación entre 20-30: indica grado moderado de soledad
- Puntuación superior a 30: ausencia de soledad

C. CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL DE DUKE

Se ha elegido el Cuestionario de Apoyo Social Duke-UNC (ver Anexo II) adaptado y validado al español por Bellón et al (52) por su sencillez y brevedad de aplicación. Este cuestionario es una modificación del realizado y validado por Broadhead et al (53) y su objetivo es evaluar el apoyo social percibido (no real). El cuestionario consta de 11 ítems, cada uno de los cuales se puntúa a través de una escala tipo Likert que va del 1 al 5, siendo 1 mucho menos que lo que deseo y 5 tanto como deseo. La puntuación máxima obtenida en la escala es de 55 puntos y la mínima de 11. Los puntos de corte que se establecen son los siguientes:

- Puntuaciones de 32 o superiores: apoyo social normal
- Puntuaciones inferiores a 32: apoyo social bajo

D. ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE ABREVIADA

Se ha elegido la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage abreviada (GDS-VE), adaptada y validada al castellano por Martínez de la Iglesia J. et al. (54) por la brevedad, fiabilidad y ser de fácil utilización

por el personal de Atención Primaria. Su objetivo es la detección de cuadros depresivos en mayores de 65 años. El cuestionario consta de 15 preguntas con respuestas dicotómicas (sí/no) específicamente diseñada para población mayor. Se asigna un punto por cada respuesta que aparece en negrita, (respuesta negativa) (ver Anexo III) y la suma total se valora de la siguiente manera:

- 0-5: Normal.
- 6-9: Depresión leve.
- >10: Depresión establecida.

6.4 Variables a estudio

A.PRINCIPALES

- ❖ SENSACIÓN DE SOLEDAD: sensación subjetiva de malestar emocional de una persona al no tener el afecto necesario o deseado. Tipo de variable: cuantitativa. Se trata de forma categórica (ordinal, politómica) con los siguientes valores: 1= puntuación >30 (ausencia de soledad) 2= puntuación entre 20-30 (soledad moderada) 3= puntuación <20 (grado severo de soledad).
- ❖ APOYO SOCIAL PERCIBIDO: grado en que las necesidades sociales básicas de la persona son satisfechas a través de la interacción con otros. Tipo de variable: cuantitativa. Esta variable también se tratará de forma categórica (ordinal, politómica), con los siguientes valores: 1= puntuaciones de 32 o superiores (apoyo social normal), 2=puntuaciones inferiores a 32 (apoyo social bajo).

B. SECUNDARIAS

- ❖ EDAD: Edad de la persona que participa en el estudio en el momento de realización del mismo. Tipo de variable: cuantitativa. Se tratará de forma categórica (ordinal, politómica), con los siguientes valores: 1= 65-75 años, 2=76-85 años, 3 > de 85 años).

-
- ❖ SEXO: Género del individuo. Tipo de variable: Cualitativa, nominal, dicotómica. Categorías: 1=Femenino, 2=Masculino.
 - ❖ ESTADO CIVIL: Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. Tipo de variable: Cualitativa, nominal, politómica. Categorías: 1=Soltero/a, 2=Casado/a, 3= Separado/divorciado/a, 4= Viudo/a.
 - ❖ NIVEL DE ESTUDIOS: condición de la persona en función de su grado de conocimientos y enseñanzas educativas que ha adquirido a lo largo de su vida. Tipo de variable: cualitativa, nominal, politómica. Categorías: 1= analfabeto, 2=lee y escribe, 3=estudios primarios o más.
 - ❖ PERSONAS CON LAS QUE CONVIVE: número de convivientes con los que cohabita en una misma vivienda en el momento del estudio. Tipo de variable: cualitativa, nominal, politómica. Categorías:1=sólo, 2=pareja/cónyuge, 3= hijos, 4=otras personas.
 - ❖ AYUDA RECIBIDA: apoyo o servicios prestados a la persona en función de su grado de dependencia y/o comorbilidades. Tipo de variable: cualitativa, nominal, dicotómica. Categorías: 1=red formal (servicios sociales, ayuda a domicilio, profesionales sanitarios, cuidadores informales o empleadas del hogar) 2=red informal (familiares, amigos, vecinos).
 - ❖ ACTIVIDADES DE OCIO: tiempo libre que dedica el individuo a actividades que no son ni trabajo ni tareas domésticas esenciales. Tipo de variable: cualitativa, nominal, politómica. Categorías: 1=ver la televisión o escuchar la radio, 2=salir a pasear o actividades al aire libre, 3=actividades grupales, 4=turismo.
 - ❖ AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD: valoración de cómo percibe uno mismo su propio estado de salud. Tipo de variable: cualitativa, nominal, politómica. Categorías: 1=buena, 2=mala, 3=regular.
 - ❖ INDEPENDENCIA PARA DESPLAZARSE: capacidad para trasladarse o deambular sin ayuda ni supervisión de ningún tipo. Tipo de variable: cualitativa, nominal, politómica. Categorías:

1=independiente, 2=usa bastón o silla de ruedas pero sin precisar ayuda, 3= precisa supervisión o ayuda física, 5=dependiente total para desplazarse.

- ❖ PRESENCIA DE DEPRESIÓN: estado en el que la persona padece un trastorno mental que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, que en mayores suele ser pasar desapercibida a pesar de ser frecuente. Tipo de variable: cuantitativa, ordinal, politómica. Categorías: 1= puntuaciones entre 0-5, se considera estado normal, 2= puntuaciones entre 6-9 se considera depresión leve, 3= puntuaciones >10 se considera depresión establecida.
- ❖ PRESENCIA DE DÉFICITS SENSORIALES GRAVES: deterioro y enfermedades que dificultan la comunicación. Tipo de variable: cualitativa, nominal, dicotómica. Categorías: 1:si, 2:no.

6.5 Procedimiento

Tras la aprobación por parte del Comité de Ética de la Investigación de Asturias para llevar a cabo el estudio, se solicitarán los permisos para la realización del mismo en la Gerencia de Atención Primaria del Área IV.

Una vez obtenidos los permisos, se establecerá una reunión en el centro de salud implicado en el proyecto, explicando los objetivos y finalidad del mismo. Los enfermeros encuestadores que se presten a participar voluntariamente en el estudio, recibirán una sesión de formación de 1-2 horas a cargo del investigador principal, sobre la forma de realizar las encuestas. El trabajo de los encuestadores consiste en:

1. Formular las preguntas y anotar las respuestas de las encuestas, de forma objetiva.
2. Mandar todos esos datos al investigador principal, que volcarán toda la información en el programa informático pertinente para realizar los análisis estadísticos.

Todos aquellos pacientes que cumplan los criterios de inclusión, serán avisados e informados vía telefónica del proyecto, se citará a los pacientes interesados en las consultas de Enfermería de Atención Primaria, donde volverán a ser informados detalladamente y se solicitará su aceptación para participar en el proyecto, a través del consentimiento informado (ver Anexo IV), pasando posteriormente a la realización de las encuestas. En caso de que no puedan acudir por problemas de movilidad o dependencia, la enfermera acudirá a su domicilio. El tiempo estimado para la administración de los cuestionarios es de unos 30 minutos.

6.6 Análisis estadístico

Una vez recogidos todos los datos se procederá a realizar el análisis estadístico y descriptivo de los mismos mediante la última versión del programa informático IBM SPSS. Para el estudio descriptivo de las variables cuantitativas se calculará la media aritmética, máximos y mínimos, desviación estándar (DE) y los intervalos de confianza al 95% (IC 95%).

En el caso de las variables cualitativas se utilizaron frecuencias y porcentajes (%). A través de la prueba de Kolmogórov-Smirnov, se comprobará si la distribución es normal (valores $p > 0,05$) o no (valores $p < 0,05$).

En el caso de que la distribución no sea normal, se usarán los siguientes estadísticos: para estudiar la asociación entre variables cuantitativas y cualitativas dicotómicas se utilizará la prueba U de Mann-Whitney y para comparar las variables cuantitativas y cualitativas politómicas la prueba de Kruskal-Wallis.

Si la distribución es normal se usarán los siguientes estadísticos: la prueba T-Student para estudiar el nivel de asociación existente entre las variables cuantitativas y cualitativas dicotómicas y el estadístico ANOVA para establecer la relación entre las variables cuantitativas y cualitativas politómicas

También se utilizará la prueba Chi-cuadrado de Pearson, para observar la asociación entre las variables cualitativas. Se establece como nivel de significación un valor de $p < 0,05$.

6.7 Consideraciones éticas y legales

En la presente investigación se solicitarán los permisos para su realización al Comité de Ética del Principado de Asturias. En todo momento, se respetarán principios de no maleficencia, autonomía, beneficencia y justicia de acuerdo a la Declaración de Helsinki (55) e Informe Belmont (56) códigos fundamentales que marcan las pautas éticas a seguir en la investigación con personas.

Se mantendrá la confidencialidad y el secreto profesional a lo largo de la investigación, comprometiéndose el investigador principal a no divulgar los datos personales de los participantes ni la información obtenida durante el estudio, de acuerdo a la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales. Dichos datos solo serán usados con los fines señalados en la presente investigación y que figuran en el Consentimiento Informado.

Así mismo, se respetará la libre voluntad de abandonar la investigación, en cualquier momento, sin que esto ocasionase ningún perjuicio. Este trabajo no supone ningún riesgo para los participantes del mismo, siendo la participación voluntaria y respetándose, en todo momento, la confidencialidad de los datos.

6.8 Cronograma

	Oct	Nov	Dic.	Ene	Feb.	Mar	Abr.	Mayo	Jun.	Jul.	Ago.	Sept
Marco teórico												
Diseño de la investigación												
Solicitud de permisos												
Entrega y recogida de cuestionarios												
Análisis de los datos												
Finalización del estudio												

6.9 Recursos empleados

Por un lado, dentro de los recursos humanos se cuenta con la participación, aparte de los investigadores principales de la Universidad de Oviedo, de enfermeros/as voluntarios del C.S de Grado.

Dentro de los recursos materiales, será necesario:

- Ordenador e impresora.
- Folios y bolígrafos.
- Paquete estadístico que permite el análisis de los datos.
- Los gastos de desplazamiento en caso de que se tuviera que ir al domicilio de alguno de los participantes, corre a cuenta de los enfermeros involucrados en el proyecto.

6.10 Sesgos y limitaciones de la investigación

En la presente investigación, se ha intentado controlar que los cuestionarios empleados sean breves y claros en la medida de lo posible para evitar la fatiga de los encuestados. En caso de que la persona padezca algún déficit sensorial auditivo o problemas de visión, la enfermera le ayudará leyéndole en alto las cuestiones. También se procurará que los cuestionarios sean impresos con letra grande para facilitar su comprensión y cumplimentación.

Para evitar el “sesgo del entrevistador” se realiza una formación previa sobre la forma en qué debe recolectarse la información y los datos, para asegurar la imparcialidad y que no se influya en los resultados.

También se ha intentado eludir el sesgo de medición seleccionando cuestionarios con validez y fiabilidad probada.

Asimismo, hay que tener en cuenta que al tratarse de un tema sensible, las preguntas delicadas pueden inducir respuestas falsas y que se dé un “sesgo de deseabilidad social” por el que se tiende a contestar en la dirección que se percibe como buena o deseable, mientras que las consideradas socialmente indeseables tienden a omitirse.

Por último, señalar como limitación que los resultados que se obtendrán de la siguiente investigación, no son generalizables a otros servicios, como por ejemplo, hospitalización o residencias de ancianos, y que además estamos cogiendo como referencia un centro de salud urbano, por lo que los sentimientos de soledad y aislamiento social que se obtengan podrían diferir de los encontrados en personas mayores de zonas rurales de Asturias.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Abellán-García A., Pujol-Rodríguez R. Un perfil de las personas mayores en España, 2016- Indicadores estadísticos básicos. Inf Envejec en red [Internet]. 2016 [citado el 8 de octubre de 2019]. Disponible en:
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos16.pdf>
2. Eguren Adrián N, Menéndez Sánchez LM, Gómez González J, Calderero Rodríguez E, Agudo Prado S, Rosal Fraga MI. Estrategia de envejecimiento activo Estrena, Principado de Asturias 2018-2021. Int J Integr Care. 2019;19(4):168.
3. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Estrategia Nacional de Personas Mayores para un Envejecimiento Activo y para su Buen Trato 2018–2021. 2017.
4. Díez Nicolás J, Morenos Páez M. La Soledad En España. Madrid: Fundación ONCE, Fundación AIXA;2015.
5. Bermejo Higuera JC. La soledad en los mayores. ARS MEDICA Rev Ciencias Médicas. 2016;32(2):126.
6. Ong AD, Uchino BN, Wethington E. Loneliness and Health in Older Adults: A Mini-Review and Synthesis. Gerontology. 2016;62(4):443–449.
7. Gené-Badia J, Ruiz-Sánchez M, Obiols-Masó N, Oliveras Puig L, Lagarda Jiménez E. Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria? Aten Primaria. 2016;48(9):604–609.
8. Pinazo Hernandis S., Bellegarde Nunes, M. La soledad de las personas mayores – conceptualización, valoración e intervención. Vol 5. Fundación Pilares;2018.
9. Chaparro Díaz L, Carreño Moreno S, Arias-Rojas M. Soledad en el adulto mayor: implicaciones para el profesional de enfermería. Rev Cuid. 2019;10(2):1–11.
10. Cacioppo S, Grippo AJ, London S, Goossens L, Cacioppo JT. Loneliness: Clinical Import and Interventions. Perspect Psychol Sci. 2015;10(2):238–249.
11. Lipman A, Hall ET. The Hidden Dimension. Vol. 21, The British Journal of Sociology. 1970. 353 p.
12. Cacioppo JT, Cacioppo S. The phenotype of loneliness. Eur J Dev Psychol. 2012;9(4):446–452.

13. Muñoz Madrigal A. Boletín sobre el envejecimiento: la soledad de las personas mayores.[Internet] Observatorio de Personas Mayores;2000. [citado el 20 de octubre de 2019] Disponible en:
<http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/boletinopm3.pdf>
14. Rubio Herrera R. La soledad en los mayores: una alternativa de medición a través de la escala Este. Universidad de Granada. 2009.
15. Rodríguez Martín M. La soledad en el anciano. Gerokomos. 2009;20(4):159–166
16. Jenny de Jong Gierveld, Tilburg TG van, Dykstra PA. CHAPTER 27 Loneliness and Social Isolation. In: The Cambridge Handbook of Personal Relationship [Internet]. 2016. [citado el 20 de octubre de 2019] Disponible en:
<https://pdfs.semanticscholar.org/67bc/66d9f7d27349de61b163bddd8b6557d15ae.pdf>
17. Peplau, Letitia A.; Goldston SE. Review of Preventing the Harmful Consequences of Severe and Persistent Loneliness. In: PsycCRITIQUES. 1986. p. 153–153.
18. IMSERSO. La personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. [Internet] 2016. [citado el 20 de octubre de 2019] Disponible en:
https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/112017001_informe-2016-persona.pdf
19. Cacioppo, John T.; Cacioppo S. Social Relationships and Health: The toxic effects of perceived social isolation. Soc Personal Psychol Compass. 2014;8(2):58–72.
20. Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud, España 2017 [Internet]. 2018. [citado el 21 de octubre de 2019]Disponible en:
https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017_notatecnica.pdf
21. López Doblaz J. Personas mayores viviendo solas. La autonomía como valor al alza. Madrid: IMSERSO; 2006.
22. Nicolaisen M, Thorsen K. Loneliness among men and women - A five-year follow-up study. Aging Ment Heal. 2014;18(2):194–206.

23. Losada A, Márquez-González M, García-Ortiz L, Gómez-Marcos MA, Fernández-Fernández V, Rodríguez-Sánchez E. Loneliness and mental health in a representative sample of community-dwelling Spanish older adults. *J Psychol Interdiscip Appl*. 2012;146(3):277–292.
24. Iglesias de Ussel Julio, López Doblas Juan, Díaz Conde Ma Pilar, Alemán Bracho C., Trinidad Requena, A., Castón Boyer, P. Observatorio de personas Mayores. La Soledad en las personas mayores: Influencias personales, familiares y sociales. Análisis Cualitativo. Madrid: IMSERSO; 2001.
25. Doblas JL, Del Pilar Díaz Conde M. La modernización social de la vejez en España. *Rev Int Sociol*. 2013;71(1):65–89.
26. Peerenboom L, Collard RM, Naarding P, Comijs HC. The association between depression and emotional and social loneliness in older persons and the influence of social support, cognitive functioning and personality: A cross-sectional study. *J Affect Disord*. 2015;182:26–31.
27. Domènech-Abella J, Lara E, Rubio-Valera M, Olaya B, Moneta MV, Rico-Urbe LA, et al. Loneliness and depression in the elderly: the role of social network. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017;52(4):381–390.
28. Yu B, Steptoe A, Niu K, Ku PW, Chen LJ. Prospective associations of social isolation and loneliness with poor sleep quality in older adults. *Qual Life Res*. 2018;27(3):683–691.
29. Ministerio de Sanidad y Política Social. Encuesta a adultos mayores. Secretaría General de Política y Consumo. 2010.
30. Alcalde Tirado P. Miedo a caerse. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2010;45(1):38–44.
31. Millán-Calenti JC, Maseda A, Rochette S, García-Monasterio I. Relación entre el déficit sensorial auditivo y depresión en personas mayores: revisión de la literatura. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2011;46(1):30–5.
32. Kobayashi LC, Steptoe A. Social isolation, loneliness, and health behaviors at older ages: Longitudinal cohort study. *Ann Behav Med*. 2018;52(7):582–593.
33. Bermejo RV, García IA, Galera DM, de las Heras Rodríguez M, Torramadé JP. Prevalencia de desnutrición en personas mayores institucionalizadas en España: Un análisis multicéntrico nacional. *Nutr Hosp*. 2015;31(3):1205–1216.

34. Paino Pardal L, Poblet i Montells L, Ríos Álvarez L. The elderly living alone and malnutrition. SOLGER Study. *Aten Primaria* [Internet]. 2017;49(8):450–458. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.10.007>
35. Ramic E, Pranjić N, Batic-Mujanović O, Karić E, Alibasić E, Alic A. The effect of loneliness on malnutrition in elderly population. *Med Arh*. 2011;65(2):92–95.
36. Ferry M, Sidobre B, Lambertin A, Barberger-Gateau P. The solinut study: Analysis of the interaction between nutrition and loneliness in persons aged over 70 years. *J Nutr Heal Aging*. 2005;9(4):261–268.
37. Yanguas J, Pinazo-Henandis S, Tarazona-Santabalbina FJ. The complexity of loneliness. *Acta Biomed*. 2018;89(2):302–314.
38. Arranz L, Giménez-Llort L, De Castro NM, Baeza I, De La Fuente M. El aislamiento social durante la vejez empeora el deterioro cognitivo, conductual e inmunitario. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009;44(3):137–142.
39. Cacioppo S, Capitanio JP, Cacioppo JT. Toward a Neurology of Loneliness. *Psychol Bull*. 2014;140(6):1464–1504.
40. Ezequiel S. El suicidio en ancianos: prevención e intervención psicológica. 2013.
41. Gené-Badía J, Comice P, Belchín A, Erdozain MÁ, Cáliz L, Torres S, et al. Profiles of loneliness and social isolation in urban population. *Aten Primaria* [Internet]. 2019. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.09.012>
42. Fernández García D, Fernández Martínez M, Vázquez Casares A, Liébana Presa C, Castro González M, Caballero Huerga J. La soledad en los ancianos: plan de cuidados. *Gerokomos Rev la Soc Española Enfermería Geriátrica y Gerontológica*. 2004;15(2):89–95.
43. Puig M, Lluch MT, Rodríguez N. Valoración de enfermería : detección de la soledad y del aislamiento social en los ancianos de riesgo Nursing assessment : detection of loneliness and social isolation in old people in risk. *Gerokomos*. 2009;20(1):9–14.
44. Fernández R, Manrique F. Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor. *Enferm Glob*. 2015;(19):1–19.
45. Herdman TH, Kamitsuru S. Diagnósticos enfermeros. Definciones y clasificación 2018-2020. 2019.

46. Donio-Bellegarde M, Pinazo-Hernandis S. El Apoyo Social Y La Soledad De Las Mujeres Mayores Usuarías De Teleasistencia. *Int J Dev Educ Psychol Rev INFAD Psicol*. 2016;1(2):179.
47. Gobierno del Principado de Asturias. Rompiendo Distancias. 2001.
48. Ministerio de Sanidad. «Cerca de Ti»: interviniendo con las personas mayores para paliar su soledad [Internet]. *Boletín Sobre El Envejecimiento Perfiles Y Tendencias*. 2010. [citado el 15 de noviembre de 2019] Disponible en:
<https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/boletinopm45.pdf>
49. REDCONSALUD. Campaña “No me llames soledad” [Internet]. 2019. [citado el 15 de noviembre de 2019] Disponible en:
<http://asturiasredconsalud.blogspot.com/2019/10/campana-no-me-llames-soledad.html>
50. Vázquez AJ. Escala de Soledad UCLA revisada. Fiabilidad y validez de una versión española. *Revista de Psicología de la Salud*. 1994;6:45-54.
51. Velarde-Mayol C, Fragua-Gil S, García-de-Cecilia JM. Validación de la escala de soledad de UCLA y perfil social en la población anciana que vive sola. *Semergen*. 2016;42(3):177–83.
52. Bellón, J. A., Delgado, A., De Dios Luna, J., & Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención primaria*, 18, 153-163.
53. Broadhead WE, Gehlbach SH, Degruy FV, Kaplan BH. Functional versus structural social support and health care utilization in a family medicine outpatient practice. *Med Care*, 27 (1989), pp. 221-233
54. Martínez de la Iglesia, J., Onís Vilches, M^a C., Dueñas Herrero, R., Albert Colomer, C., Aguado Taberné, C., Luque Luque, R. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *MEDIFAM*. 2002;12 (10):620-630.
55. WMA. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. WMA. 2017. [citado el 20 de diciembre de 2019] Disponible en:
<https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
56. Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos. Informe Belmont - Principios y guía ética para la protección de los sujetos humanos de investigación. 1978.

8. ANEXOS

I. ESCALA UCLA

Indique en qué grado le describen a usted cada una de las afirmaciones siguientes. Señale con un número del 1 al 4 cada una de ellas:

1. Indica: "me siento así a menudo"
2. Indica: "me siento así con frecuencia"
3. Indica: "raramente me siento así"
4. Indica: "nunca me siento de ese modo"

Con qué frecuencia se siente infeliz haciendo tantas cosas solo	1	2	3	4
Con qué frecuencia siente que no tiene a nadie con quién hablar	1	2	3	4
Con qué frecuencia siente que no puede tolerar sentirse sólo	1	2	3	4
Con qué frecuencia siente que nadie le entiende	1	2	3	4
Con qué frecuencia se encuentra a sí mismo esperando que alguien le llame o escriba	1	2	3	4
Con qué frecuencia se siente completamente solo	1	2	3	4
Con qué frecuencia se siente incapaz de llegar a los que le rodean y comunicarse con ellos	1	2	3	4
Con qué frecuencia se siente hambriento de compañía	1	2	3	4
Con qué frecuencia siente que es difícil para usted hacer amigos	1	2	3	4
Con qué frecuencia se siente silenciado y excluido por los demás	1	2	3	4

II. CUESTIONARIO APOYO SOCIAL DUKE

Indique en qué grado le describen a usted cada una de las afirmaciones siguientes. Señale con un número del 1 al 5 cada una de ellas:

CUESTIONES	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
1. Recibo visitas de mis amigos y familiares					
2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
3. Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo					
4. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede					
5. Recibo amor y afecto					
6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa					
7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					
8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					
9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
10. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida					
11. Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama					

Resultado:

- 1: Mucho menos de lo que deseo
- 2: Menos de lo que deseo
- 3: Ni mucho ni poco
- 4: Casi como deseo
- 5: Tanto como deseo

III. ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE ABREVIADA

Responda a las 15 preguntas marcando una de las opciones, SI o NO, en función de si se siente o piensa de acuerdo a las cuestiones planteadas.

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE ABREVIADA (Versión española): GDS-VE		
1. ¿ En general, está satisfecho/a con su vida?	SI	No
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SI	No
3. ¿ Siente que su vida está vacía?	SI	No
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SI	No
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI	No
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	SI	No
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	No
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	SI	No
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	SI	No
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI	No
11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo?	SI	No
12. ¿Actualmente se siente un/a inútil?	SI	No
13. ¿ Se siente lleno/a de energía?	SI	No
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SI	No
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SI	No
PUNTUACIÓN TOTAL		
<i>Las respuestas que indican depresión están en negrita. Cada una de estas respuestas cuenta un punto.</i>		

IV. CONSENTIMIENTO INFORMADO

OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN: la finalidad de este estudio es conocer el grado de soledad y aislamiento social de las personas mayores de 65 años a través de unas breves encuestas administradas por los enfermeros del Centro de Salud de Grado (Asturias) asegurando que todos los datos obtenidos solo serán usados con este fin, y respetándose, en todo momento, la confidencialidad de los datos.

FECHA: ____/____/____/

Yo, Don/Doña.....

He hablado con el enfermero/a responsable recibiendo suficiente información sobre el estudio, y he podido hacer preguntas sobre el mismo.

He tenido tiempo suficiente para considerar de manera adecuada mi participación en el estudio, accediendo a participar de forma voluntaria y comprendiendo que puedo retirarme del mismo:

- cuando quiera.
- sin tener que dar explicaciones.
- sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos de acuerdo a la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.

Firma del participante

Firma del investigador