



Universidad de Valladolid



GRADO DE ENFERMERIA

TRABAJO FIN DE GRADO

**ABORDAJE ENFERMERO EN EL MANEJO DE LA
SOLEDAD Y EL AISLAMIENTO SOCIAL EN MAYORES
DE 65 AÑOS.**

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA NARRATIVA

Presentado por: Alba Ruiz Díaz

Tutelado por: Claudia Casilda Ollauri Ibáñez

Soria, 25 de mayo de 2022

RESUMEN

Introducción. La soledad es la carencia voluntaria e involuntaria de compañía. Subyace en ella una percepción subjetiva, que surge a raíz de las discrepancias entre las conexiones sociales deseadas y reales. El aislamiento social es la condición objetiva de vínculos de apoyo insuficientes. Ambos son considerados determinantes de la salud, y los cambios sociales han influido en un aumento de la población que experimenta una o ambas situaciones.

Objetivos. Se han propuesto, como objetivo general, identificar las estrategias de mayor validez en la prevención del aislamiento social en mayores de 65 años y, como objetivos específicos, establecer los factores que determinan el aislamiento social, determinar las consecuencias de la soledad en la salud de los mayores y conocer los diagnósticos enfermeros que abordan el problema de la soledad.

Metodología. Se ha realizado una revisión bibliográfica narrativa en distintas bases de datos como SCOPUS, Riberdis, Proquest, Enfispo, SciELO y PubMed. Se escogieron 31 artículos para la revisión. Se consultaron, además, diagnósticos enfermeros actualizados en NNNConsult.

Resultados y Discusión. El envejecimiento genera cambios físicos, mentales, sociales y espirituales. Esto requiere de adaptaciones personales para seguir formando parte de la comunidad. La población mayor de 65 años se encuentra en mayor estado de aislamiento social, mientras que la población más joven experimenta la soledad con una mayor intensidad. El manejo de esta problemática requiere un enfoque interdisciplinar para aportar el mejor cuidado posible al usuario. La brecha digital ha disminuido después de la pandemia y, con ella, el número de personas que se encuentran en situación de aislamiento social.

Conclusión. La soledad y el aislamiento social están directamente relacionados con un peor estado de salud. Los profesionales de enfermería son responsables de realizar una correcta detección precoz en los usuarios que se encuentren en riesgo o que ya estén en situación de aislamiento.

Palabras clave: soledad, mayores, cuidados de enfermería, prevención.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 CONTEXTO ACTUAL	1
1.2 ENVEJECIMIENTO FISIOLÓGICO.	2
2. JUSTIFICACIÓN	3
3. OBJETIVOS	3
OBJETIVO GENERAL	3
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
4. METODOLOGÍA	4
5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	6
5.1 CONSECUENCIAS DE LA SOLEDAD EN LA SALUD DE LOS MAYORES	7
5.2. ESTRATEGIAS DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DEL AISLAMIENTO SOCIAL EN LA VEJEZ.	8
5.2.1 ESCALAS DE VALORACIÓN DE LA SOLEDAD	9
5.2.2 PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO EN LA PREVENCIÓN DEL AISLAMIENTO SOCIAL.....	9
5.2.3. ACTIVIDADES PREVENTIVAS DEL AISLAMIENTO SOCIAL.	12
6. CONCLUSIONES	14
7. BIBLIOGRAFÍA	16
8. ANEXOS	19
8.3. Anexo I. Escala ESTE-II de soledad social.	19
8.4 Anexo II: Escala revisada de UCLA: <i>Loneliness scale of University at California Los Angeles</i> . Percepción de la soledad.	20

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

<i>Tabla 1. Descriptores en Ciencias de la Salud</i>	4
<i>Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de búsqueda bibliográfica</i>	6

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

RAE: Real Diccionario de la Academia Española

INE: Instituto Nacional de Estadística

UVa: Universidad de Valladolid

DeCS: Descriptores en Ciencias de la Salud

EnR: Envejecimiento en Red

SEGG: Sociedad Española de Geriátría y Gerontología

UCLA: Loneliness scale of University at California Los Angeles

ESLI: Emotional and Social Loneliness Scale

SELSA: *Social and Emotional Loneliness Scale for Adults*

1. INTRODUCCIÓN

Según el Diccionario Real de la Academia Española (RAE), la soledad se define como carencia voluntaria e involuntaria de compañía. Robert Weiss, pionero en el estudio de la soledad y sus efectos, realiza una definición más descriptiva en 1973, describiéndola así: *“Es una percepción subjetiva, que surge a raíz de discrepancias entre las conexiones sociales deseadas y reales, en mayor medida de manera cualitativa. Es vista como debilidad, pues se presupone que al no tratarse de un dolor físico”*(1).

Por otro lado, el aislamiento social es un concepto objetivo relativo a las escasas o nulas conexiones sociales de una persona con las que interactuar regularmente. En países desarrollados, las relaciones sociales se consideran determinantes de salud y, por el contrario, el aislamiento social prolongado se relaciona con una progresión rápida del síndrome de fragilidad(1).

En estos últimos años, la sociedad ha experimentado cambios que han aumentado en la población la sensación de soledad. El cambio general, cada vez más enfocado hacia un estilo de vida más individualista y competitivo, ha resultado en una disminución del tiempo para enfocarse hacia los demás, descuidando así a amigos y familiares. También se han producido cambios en el modelo familiar, resultando en un aumento de las viviendas unipersonales(2).

Los seres humanos, como seres sociales, necesitamos relacionarnos con otros, y mantener vínculos satisfactorios nos ayuda a cubrir necesidades sociales básicas. El sentimiento de pertenencia nos hace sentirnos seguros y apoyados a la hora de solventar problemas, y percibir el afecto de otras personas nos lleva a enfocar la vida con un prisma más positivo. Durante la pandemia por la Covid-19, se observó la importancia de tener una red de apoyo de calidad, y cómo la falta de relaciones sociales no sólo podía afectar a nuestro estado de ánimo, sino también a nuestra salud general(3).

Como consecuencia de los cambios sociales que se producen a raíz de las experiencias de la vida, esta problemática empeora a medida que la población envejece.

1.1 CONTEXTO ACTUAL

La esperanza de vida ha aumentado y que España sea un país envejecido, con una esperanza de vida de 85,1 años en mujeres y 79,6 años en hombres, implica un problema, tanto desde el punto de vista social, como desde el de la salud pública. Según datos del Instituto

Nacional de Estadística (INE), el número de hogares compuestos por una persona mayor de 65 años en 2020 fue de 2.131.400, resultando un incremento superior a más de 100.000 hogares que en 2019 (2.009.100 hogares). Esto indica una prevalencia de aislamiento social y soledad de entre un 20 y un 40%, siendo mayor el porcentaje de mujeres(4).

Según el informe Envejecimiento en Red, número 25, a marzo de 2020, la mayor parte de personas mayores viven en población urbana, y el envejecimiento se acentúa en territorios rurales. Esto es debido a una despoblación progresiva de estos últimos, que implica que queden apartados quienes continúan residiendo en los pueblos. Entre otras consecuencias, conlleva una peor cobertura sanitaria, lo cual supone un factor de riesgo añadido(5).

1.2 ENVEJECIMIENTO FISIOLÓGICO

El envejecimiento supone cambios anatómicos y funcionales, cognitivos y sociales. A pesar de tratarse de cambios fisiológicos que afectan a todos los individuos, la vejez continúa apreciándose culturalmente de manera negativa y, por ello mismo, el riesgo de aislamiento aumenta en las personas mayores (6).

A nivel anatómico y funcional, hay una tendencia a la atrofia y una disminución en la función de los tejidos. La masa muscular disminuye, a la vez que se redistribuye de manera centrípeta la grasa. Esto desencadena cambios funcionales, como una disminución en la marcha, en la velocidad de reacción muscular y en el equilibrio. Además, existe un mayor riesgo de infecciones. Estos cambios requieren mecanismos de adaptación para compensar las carencias que el individuo experimenta durante el proceso de envejecimiento. En cuanto a los cambios cognitivos, se producen cambios en la memoria a largo plazo, por dificultades para codificarla, mientras que la inteligencia se mantiene en términos generales. La personalidad es única en cada individuo, pero es cierto que aquel que esté más satisfecho con su trayectoria vital tendrá menos riesgo de sentir soledad(7).

Los vínculos sociales se ven afectados a medida que una persona envejece, debido a pérdidas de familiares y amigos, ya sea por muerte, distanciamiento o movimientos migratorios de estos. Se produce, a su vez, una disminución en la creación de redes afectivas nuevas, por los cambios en las rutinas sociales (como la jubilación), cambios en el carácter, o por el propio edadismo que sigue vigente hacia las personas mayores(8).

Numerosos estudios y revisiones bibliográficas demuestran la relación entre relaciones sociales satisfactorias ~~con~~ y un mejor estado de salud general. Por el contrario, el aislamiento al que se predisponen las personas en la vejez puede influir en su salud negativamente,

aumentando la morbilidad, un mayor riesgo de enfermedades físicas o problemas de salud mental y cognitiva(8,9).

Es difícil determinar el sentimiento de soledad en la población anciana, dada la subjetividad con la que se valora la soledad, la variabilidad de escalas utilizadas y el enfoque de éstas a la población general. Es responsabilidad, tanto de los servicios sociales, como de los servicios sanitarios, detectarla para prevenir las complicaciones que puedan derivarse de ella. El enfoque debe realizarse hacia aquellas personas que viven en aislamiento, no hacia las que, por otra parte, disfrutan de una soledad elegida(9,10).

2. JUSTIFICACIÓN

La soledad, y el aislamiento social, son factores de riesgo de cara a un peor estado de salud general y una peor calidad de vida. Esto conlleva a un peor envejecimiento, así como un aumento en el desarrollo de enfermedades físicas y mentales, mayor morbilidad y, por consiguiente, un mayor gasto sanitario.

La principal razón por la que se ha realizado esta revisión bibliográfica es el déficit de apoyo percibido en la población envejecida, unido a un edadismo notable intrínseco en un gran sector de la población, incluyéndose personal sanitario.

Según los principios bioéticos, estos prejuicios resultan incompatibles con una correcta práctica enfermera. Es, por tanto, de gran relevancia, actuar en beneficio de todas las personas a las que nuestros servicios van dirigidos. Esto incluye una detección precoz y prevención de factores que puedan resultar en un riesgo para ellas, entre las que figura el aislamiento al que se predispone al sector de las personas mayores.

La segunda razón por la que se decidió realizar esta revisión bibliográfica fue el aislamiento forzado durante la pandemia por Covid-19, que afectó gravemente a los mayores de 65 años, especialmente a aquellos institucionalizados, a los residentes en zonas rurales y a quienes carecían de redes sociales cualitativas.

3. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Identificar las estrategias de mayor validez en la prevención del aislamiento social, en mayores de 65 años.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer los factores que determinan el aislamiento social.
- Determinar las consecuencias de la soledad en la salud de los mayores.
- Conocer los diagnósticos enfermeros que abordan el problema de la soledad.

4. METODOLOGÍA

Con el fin de resolver los objetivos planteados, se comenzó realizando una revisión bibliográfica para conocer las estrategias más válidas en la prevención del aislamiento social en mayores de 65 años.

Se utilizaron las siguientes bases de datos: SCOPUS, Riberdis, Proquest, Enfispo, SciELO y PubMed. El acceso se permitió desde la Biblioteca de la Universidad de Valladolid (UVa).

Para la búsqueda de resultados y conclusiones, se utilizó lenguaje controlado mediante los tesauros *DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud)*, con la finalidad de focalizar más la información. En la Tabla 1, se recogen los descriptores, tanto en español, como sus correspondientes en inglés:

Tabla 1. Descriptores en Ciencias de la Salud.

Fuente: elaboración propia.

Descriptor en español	Descriptor en inglés
Vejez	Aging
Geriátrico	Geriatric
Aislamiento social	Social isolation
Soledad	Loneliness
Prevención primaria	Primary prevention
Servicios preventivos de salud	Preventive health services
Comunicación	Communication
Enfermedades cardiovasculares	Cardiovascular diseases
Disfunción cognitiva	Cognitive dysfunction
Salud Mental	Mental illness

Estos tesauros se utilizaron en conjunción con operadores booleanos, en las bases de datos previamente mencionadas. Se utilizaron las diferentes metodologías de búsqueda:

- (Vejez OR mayor OR geriátrico) AND (aislamiento social OR soledad) AND prevención

- (Vejez OR mayor OR geriátrico) AND (aislamiento social OR soledad) AND comunicación
- (Vejez OR mayor OR geriátrico) AND (aislamiento social OR soledad) AND enfermedad cardiovascular
- (Vejez OR mayor OR geriátrico) AND (aislamiento social OR soledad) AND disfunción cognitiva
- (Vejez OR mayor OR geriátrico) AND (aislamiento social OR soledad) AND salud mental

Para realizar una búsqueda más completa, se buscaron artículos y libros relacionados con los objetivos en Google académico. También se visualizaron diferentes publicaciones en páginas relacionadas con la geriatría, así como Envejecimiento en Red (*EnR?*), Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG).

Se obtuvieron inicialmente un total de 19.493 documentos. Los filtros utilizados para delimitar la búsqueda, tanto en bases de datos como en Google académico fueron:

- Artículos publicados entre 2016 y 2022.
- Artículos en castellano e inglés.

Para concretar la búsqueda, se determinaron criterios de inclusión y exclusión, los cuales son:

- Criterios de inclusión:
 - o Personas mayores de 65 años.
 - o Desarrollo de enfermedades a raíz del aislamiento social.
 - o Percepción negativa de la soledad.
 - o Área de estudio: enfermería
- Criterios de exclusión:
 - o Grupo de edad <65 años.
 - o Personas con patologías previas al aislamiento.
 - o Percepción positiva de la soledad.

La búsqueda concluyó con 1.098 artículos que cumplían con los criterios de búsqueda. Los artículos se seleccionaron en base a sus palabras clave, título y resumen. La búsqueda bibliográfica se realizó entre el 1 de abril de 2022 y el 2 de mayo de 2022. Después, se realizó una lectura comprensiva de estos artículos y se excluyeron aquellos cuyos objetivos no estaban relacionados con los objetivos de esta revisión bibliográfica. Se leyeron 79 artículos, de los cuales se escogieron aquellos que estuvieran relacionados con los objetivos del trabajo. De estos 79 artículos, se seleccionaron finalmente 31.

Además de estos artículos, se realizó una búsqueda de los diagnósticos desarrollados por NANDA International, actualizados en 2022.

En la figura 2, se describe el proceso que se siguió en la búsqueda bibliográfica.

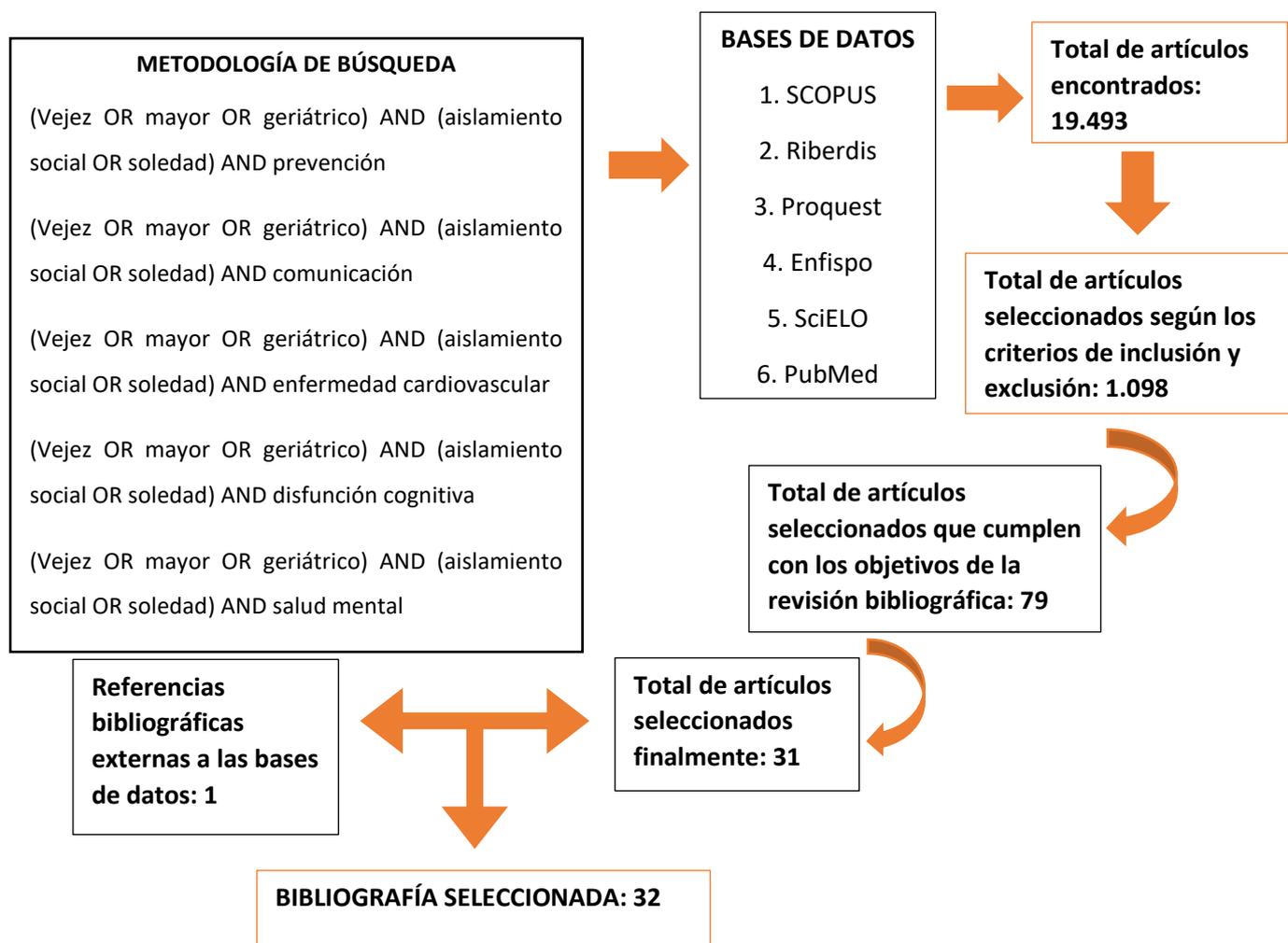


Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de búsqueda bibliográfica

Fuente: Elaboración propia.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tras la lectura crítica de los artículos seleccionados, se decidieron dos temáticas para desarrollar en este apartado:

- Consecuencias de la soledad en la salud de los mayores.
- Estrategias de enfermería en la prevención del aislamiento social en la vejez.

5.1 CONSECUENCIAS DE LA SOLEDAD EN LA SALUD DE LOS MAYORES

Los adultos mayores tienen una capacidad heterogénea para relacionarse, según su situación personal: el número de vínculos sociales satisfactorios, las habilidades físicas, sociales (incluyéndose económicas), emocionales y espirituales de cada uno (7).

Es notable la relación entre la soledad, el aislamiento social y un peor estado general de salud. Las consecuencias pueden clasificarse en físicas, mentales (cognitivas y emocionales), y espirituales.

Se confirma una relación estrecha el aislamiento y un aumento en el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, especialmente hipertensión arterial. También aumenta la tasa de mortalidad en un 50% tras un infarto agudo de miocardio (8,9).

Además, en estas personas, puede observarse tendencia al consumo de sustancias tóxicas para el organismo, como son el tabaco, alcohol y otras drogas. También se observan hábitos de vida insalubres, como el sedentarismo que, a su vez, disminuye la tonalidad muscular, fomentando una disminución en las habilidades de desarrollo de actividades de la vía diaria, tanto básicas como instrumentales(11).

La soledad está relacionada con un peor estado de salud, que incrementa el riesgo de caídas, un síndrome geriátrico responsable principal de fracturas y lesiones, discapacidad, institucionalización y muerte en la vejez(12).

Existe pequeña evidencia sobre la relación entre el aislamiento y la malnutrición; sin embargo, es otra posible consecuencia que puede contribuir al desarrollo de otras enfermedades, tales como la obesidad o desnutrición y la diabetes. El aislamiento social está también relacionado con una peor adherencia terapéutica(11,13,14).

La jubilación laboral es otro factor de riesgo en cuanto a desarrollar soledad en el individuo. Constituye una pérdida del rol social, pudiéndose percibir como una aportación ineficaz a la sociedad. Las pensiones también implican una disminución en los ingresos previos, obligando a los adultos mayores a modificar su estilo de vida(12,15).

Las pérdidas de vínculos sociales son un factor de notable importancia a la hora de determinar la sensación de soledad. El experimentar la muerte de su pareja sentimental, de familiares y de amigos a medida que la persona envejece, además de conflictos que hayan podido surgir a lo largo de los años con sus seres queridos, influye en la sensación de soledad.

Esto, unido al afilamiento general del carácter, y disminuye la capacidad personal de crear nuevos círculos sociales y entablar nuevas relaciones (13,14,16).

Según diversas revisiones bibliográficas, existe una disminución notable en la calidad del sueño en aquellas personas con sentimiento de soledad, mayor riesgo de desarrollar enfermedades mentales, así como ansiedad, depresión, y una mayor ansiedad en torno a la muerte, a la vez que un aumento en ideas autolíticas(3,8,17,18).

Según un estudio de Martín Roncero U y González-Rábago Y., realizado en el País Vasco, la prevalencia de la soledad no deseada es similar en grupos de adolescentes y adultos mayores; sin embargo, se observa un porcentaje mayor de mujeres frente al de hombres, especialmente en el grupo de 65 a 79 años. Esto está estrechamente relacionado con la feminización de la vejez. Además, aquellos que están institucionalizados experimentan, generalmente una mayor sensación de soledad(18,19).

Finalmente, en cuanto a cambios espirituales que la soledad puede producir en los mayores, se aprecian cambios en la fe, ya sea desechando ideas anteriores sobre la muerte y sobre aquellos que han perdido a lo largo de los años, como, por otro lado, apegándose más a ellas, priorizándolas sobre todo lo demás(9,10,20).

5.2. ESTRATEGIAS DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DEL AISLAMIENTO SOCIAL EN LA VEJEZ

Los trabajadores de la salud desempeñan un papel primordial en la detección precoz del riesgo de aislamiento y en el diseño de actividades efectivas para prevenirlo. Las estrategias deberán ser aquellas que permitan a los adultos mayores adaptarse correctamente a los cambios que experimentan a lo largo de su envejecimiento: Aquel que tenga una buena respuesta adaptativa se sentirá integrado, querido y valorado en sociedad(21).

El rol de enfermería, en relación con la detección precoz, comienza con la realización de una entrevista, en la que se valorarán datos subjetivos, en respuesta a preguntas abiertas, y datos objetivos, utilizando escalas de valoración, donde las respuestas serán más concretas. Una vez valorado el paciente, se creará un plan de cuidados individualizado, para el que se acordarán junto al paciente estrategias para disminuir su aislamiento social y/o su sensación de soledad.

5.2.1 ESCALAS DE VALORACIÓN DE LA SOLEDAD

De manera objetiva, se utilizarán escalas de valoración de soledad, dentro de la valoración geriátrica integral. Estas son la UCLA (*Loneliness scale of University at California Los Angeles*), la ESLI (*Emotional and Social Loneliness Scale*), la SELSA (*Social and Emotional Loneliness Scale for Adults*), la escala sociofamiliar de Gijón, la escala OARS de recursos familiares, el Apgar familiar y la escala de Satisfacción Vital de Philadelphia. La escala más utilizada para detectar la soledad a nivel nacional e internacional es la de UCLA, que se compone de 20 ítems en su última versión. Pueden obtenerse valores de entre 20 y 80 puntos, siendo la nota más alta correspondiente a las respuestas más favorables y viceversa(22,23).

Estas escalas son herramientas objetivas para detectar el sentimiento de soledad en las personas mayores, aunque no son específicas únicamente para este grupo de la población.

Desde el trabajo enfermero, se deben implementar medidas preventivas en caso de riesgo de soledad y exclusión social, mediante una detección precoz de factores de riesgo y una actuación temprana dirigida a fomentar el desarrollo de nuevos vínculos sociales, además de a cuidar aquellas que se mantienen durante el envejecimiento.

La Universidad de Granada creó, junto con el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), la escala ESTE para valorar la soledad de una manera completa en 1999. Posteriormente, fue revisada en 2009. La última revisión (ESTE II), plantea una serie de dudas para responder a la percepción subjetiva del apoyo social, uso de las nuevas tecnologías por parte de la persona mayor y el índice de participación social. Valora cuestiones que pueden suponer una problemática para el grupo social de mayores de 65 años. La puntuación oscilará entre 0 y 30 puntos y es una herramienta específica para los adultos mayores a pesar de no estar extendida a nivel nacional (24) Los ítems se recogen en el Anexo I.

Las escalas UCLA, ESLI, SELSA y la escala de Satisfacción Vital de Philadelphia, junto con la escala ESTE, son herramientas de valoración que sirven para unificar resultados. A pesar de la mayor concreción de la escala ESTE, la más utilizada a nivel nacional es la escala UCLA. Esta escala se recoge en el anexo II.

5.2.2 PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO EN LA PREVENCIÓN DEL AISLAMIENTO SOCIAL

Para realizar un cuidado más completo, se trabaja de manera interdisciplinar. Cuando hablamos de soledad, además de la disciplina médica y enfermera, se deben incluir a los

trabajadores sociales y profesionales de la salud mental para que realicen una valoración del paciente.

Desde la perspectiva enfermera, además de la valoración mediante escalas, que responde de una manera más concreta a alteraciones del usuario, se pueden obtener datos que ayuden a encaminar las actividades hacia un diagnóstico enfermero concreto. En cuanto al plan de cuidados enfermero, se puede realizar previamente una valoración tanto según el modelo de 14 necesidades de Virginia Henderson, como el de 11 patrones funcionales de Marjory Gordon(22–24).

Dejando los cambios fisiológicos propios del envejecimiento aparte, la necesidad que se verá más alterada según el modelo de V. Henderson, será la necesidad de comunicarse, debido a la escasez de vínculos afectivos de calidad o a la falta de herramientas eficaces para relacionarse con ellos(22–24).

Según el modelo de patrones funcionales de M. Gordon, las problemáticas se observarían principalmente en los patrones de rol-relaciones, aunque el patrón de sexualidad y reproducción también se ve alterado(23).

Existen dos diagnósticos principales que estandarizan una serie de intervenciones enfermeras en caso de riesgo de aislamiento social. También, hay un diagnóstico principal que atiende a los pacientes que se encuentran en situación de aislamiento social. Según NNNConsult, estos son los siguientes diagnósticos NANDA(25):

5.2.2.1 NANDA: Deterioro de la interacción social(25)

El diagnóstico real de deterioro de la interacción social responde a aquel paciente que necesita o desea mayor interacción social a la que tiene. Deberá valorarse la severidad de la soledad, y los objetivos (NOC) serán proporcionar a la persona herramientas para que se integre nuevamente en aquel grupo social donde no se siente perteneciente, como por ejemplo su familia.

Las intervenciones (NIC) estarán encaminadas a estimular la integración familiar, potenciar la socialización y realizar terapias de actividad:

- Integración familiar. En esta intervención, se incluyen actividades dirigidas a ayudar a la familia a mantener relaciones positivas y a la resolución de conflictos, ya sea facilitando la comunicación entre ellos en consulta, o realizando una interconsulta con otro

profesional de la salud que se dedique de manera específica a solventar posibles problemas en las relaciones familiares.

- Potenciar la socialización. Esta intervención será la principal, independientemente del caso, debido a los cambios que ha experimentado la sociedad en cuanto a la socialización, en gran parte debido a un aumento en el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TICs). Enseñar a las personas mayores a hacer un uso correcto y responsable de estos aparatos pueden ayudar a mejorar sus relaciones sociales. Además, como actividades, se incluyen las que fomenten implicación en nuevos intereses, una forma sencilla de conocer a nuevas personas y, por lo tanto, de facilitar la creación de nuevos lazos.
- Realizar terapias de actividad. Junto con el anterior, el fomento de implicarse en nuevas actividades también incluye una determinación previa de las capacidades de cada individuo de realizar tareas y cambiar la rutina.

5.2.2.2 NANDA: Riesgo de soledad(25)

El diagnóstico de riesgo de soledad es aplicable a todos los usuarios que experimenten situaciones que puedan resultar en un malestar relacionado con la falta de contacto con los demás. Los objetivos estarán enfocados a lograr bajos niveles de ansiedad social y a reducir la severidad de la soledad.

Las intervenciones principales de enfermería serán las mismas sugeridas en el diagnóstico "*Deterioro de la integridad social*": estimulación de la integridad familiar, potenciación de la socialización y terapia de actividad.

5.2.2.3 NANDA: Aislamiento social(25)

Este último describe a aquellas personas que se encuentren en una situación real de falta de vínculos interpersonales positivos. El objetivo del personal de enfermería será obtener el mejor resultado posible en la resolución del diagnóstico en cuanto a implicación social y severidad de la soledad. Se valorarán el clima social familiar, las habilidades de interacción social, la participación en actividades de ocio y sociales, además del soporte social.

Al tratarse de una intervención para revertir una problemática real, aparte de potenciar la socialización y realizar terapias de actividad, el rol de la enfermería en estos pacientes también incluye acordar con el paciente modificaciones en las habilidades sociales, así como fomentar un aumento en la autoestima.

Debe respetarse siempre la voluntad del paciente y marcar objetivos reales para evitar llevarle a una situación frustrante.

Los centros sociosanitarios se considerarán como última opción. Se realizará una interconsulta con el trabajador social, quien valorará desde su disciplina la situación en la que se encuentra. En caso de institucionalización, se buscará aquella más competente para las necesidades de la persona, ya que se trata de un proceso de transición vital muy importante, y genera, en la mayoría de los casos, una gran carga de estrés. El personal enfermero se encargará de fomentar una buena adaptación, principalmente facilitando información. Desde el pre-ingreso a la residencia, se brindará apoyo emocional al paciente, y se informará sobre la documentación que va a requerir, además de dar información sobre los aspectos generales que deberá tener en cuenta en la organización. Previo al ingreso, se realizará un informe donde se muestre el estado de salud general del usuario, además de cuidados que requiera. Un ejemplo de esto es mencionar las características de heridas crónicas, si las tuviera, y cómo realizar las curas, para que el personal del centro aporte un cuidado continuado (15,19,22).

5.2.3. ACTIVIDADES PREVENTIVAS DEL AISLAMIENTO SOCIAL

5.2.3.1 Educación en el manejo de las TICs

Según un artículo de envejecimiento en red, la brecha digital continúa disminuyéndose. Los datos más recientes del INE recogen que el 96,6% de las personas entre 65 y 74 años había utilizado el móvil en los últimos tres meses de 2021, frente a un 69,7% en el 2020. El uso digital para la realización de actividades de comunicación por parte de este grupo de edad fue(26):

- Un 91,6% utilizó mensajería instantánea.
- Un 38,7% hizo uso de redes sociales.
- Un 65,4% realizó videollamadas.
- Un 61,3% envió o recibió correos electrónicos.

El manejo de las nuevas tecnologías supone una mejora en las habilidades de socialización de los mayores, facilitando las conexiones interpersonales con personas que se encuentren tanto lejos como cerca. Desde nuestra situación como profesionales de la salud, nuestra actuación se ceñiría a educar al usuario en un uso responsable de las TICs. Esto incluiría recomendaciones de posturas y horas de uso que evitarán el desarrollo de adicciones o molestias derivadas de una mala utilización(27).

La adopción de conocimientos sobre el empleo de la tecnología mejora la satisfacción personal de los adultos mayores, mejorando su sensación de integración en la sociedad. La mejora de habilidades en cuanto al uso de las TICS, resulta en una renovación de sus pasatiempos, además de ayudarles a “sentirse jóvenes”(28).

En términos de salud, un manejo de la tecnología facilita la asistencia sanitaria en el domicilio, como por ejemplo realizando llamadas o videollamadas con su médico y enfermera de atención primaria, siendo una alternativa a la visita domiciliaria(28).

Como contrapunto, puede verse como, independientemente del uso rutinario de estas herramientas, la persona que no tenga relaciones en el plano físico con otros no obtendrá un beneficio real. Por lo tanto, es necesario puntuar que las relaciones presenciales son más satisfactorias que aquellas que se mantienen vía *on-line*(29).

5.2.3.2 Integración social

Las personas mayores presentan mayor satisfacción al relacionarse de manera presencial con otras personas. Por ello, debe fomentarse su integración en diferentes programas y movimientos asociativos (30).

Un ejemplo de éstos son los programas universitarios dirigidos a mayores, como por ejemplo la universidad de la vida, una iniciativa que se creó para promover una continuidad en la obtención de conocimientos. Esta herramienta fomenta la interacción entre personas y la creación de nuevos vínculos, tanto de su misma generación como intergeneracionales(31).

Desde la Red de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores, creada por la OMS hace una década, se tiene conciencia del problema de la soledad y se plantean diferentes iniciativas con el fin de detectar y acompañar a las personas(32).

- La ONG “*Grandes Amigos*”, mediante su actuación voluntaria, busca recuperar vínculos vecinales y fomentar la participación ciudadana de las personas mayores.
- La Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados (UDP), otra iniciativa con la que personas mayores acompañan a otras personas mayores que se encuentren en riesgo de soledad.

En España, son 8 las localidades que cuentan con programas para la actuación contra el aislamiento social por las personas mayores, recogidas por el IMSERSO (Bilbao, Zaragoza, Salamanca, Valladolid, Barcelona, Coslada, Basauri y Vitoria-Gasteiz). Además, durante el

confinamiento, se inició un programa de radio desde Durango dirigido a ellos, llamado “*El podcast de Durango amigable*” (32).

Los cambios sociales que se han experimentado a lo largo de los años, como el cambio en el modelo familiar y un fomento del individualismo, han contribuido a incrementar la soledad y el aislamiento en los individuos, además de los efectos nocivos que esto causa en ellos.

Durante el inicio de la pandemia del Covid-19, se produjo un aumento considerable de estos casos, y el sector de la población más afectado por el aislamiento social fue aquel más envejecido. El motivo de esta afirmación no es únicamente la demostrable mayor afectación que produjo el Covid-19 en personas mayores de 65 años, debido a cambios fisiológicos que experimentan durante el envejecimiento, sino el aislamiento al que se vieron sometidos en sus lugares residenciales, debido al miedo a contraer esta afectación.

Según un estudio realizado por Losada-Baltar, A et al., se observó que las personas pertenecientes a menores rangos de edad expresaban un mayor malestar psicológico; también se observó un aumento en los casos de ansiedad, depresión e ideación autolítica. Esto es debido a los cambios bruscos que experimentaron sus rutinas, en las que dedicaban una gran parte de su tiempo a interactuar con otras personas. Por otro lado, el motivo por el que las personas mayores estaban más acostumbradas a permanecer mayores periodos de tiempo en soledad era por la propia imagen negativa que tenían de la vejez. A pesar de sentirse aislados y disgustados con la situación, tenían tan interiorizado el no contar con redes de apoyo de calidad que no expresaban tales sensaciones negativas, a pesar de contar con menores recursos de socialización que los jóvenes (27).

A raíz de las medidas de distancia social, la brecha digital ha disminuido, aunque continúe siendo amplia. La enseñanza de habilidades digitales por parte de población más joven ha resultado en una mayor satisfacción personal por parte de la población envejecida, ya que se sienten más integrados en la sociedad. Es sólo uno de los ejemplos de actuaciones sociales que han disminuido la sensación de soledad en estos últimos, pero, desafortunadamente, no es aplicable a todos los casos. La tecnología puede ser una herramienta para acercar a personas que están lejos, pero no es una solución definitiva. Las relaciones sociales deben tener un componente presencial para ser totalmente satisfactorias (28–30).

6. CONCLUSIONES

De la anterior revisión bibliográfica para responder a las preguntas planteadas en los objetivos se obtuvieron las diferentes conclusiones:

- El riesgo de aislamiento social se incrementa a medida que disminuyen las habilidades en la realización de actividades de la vida diaria de las personas. Quien esté peor adaptado a los cambios producidos durante su proceso de envejecimiento será más propenso a sentir soledad. Como profesionales sanitarios, promover un envejecimiento activo resulta en una mejor adaptación.
- El aislamiento social está directamente relacionado con un peor estado de salud general y con un aumento de la morbilidad.
- Es labor enfermera la detección precoz en usuarios que experimenten soledad o estén en riesgo de desarrollarla. Igualmente lo es crear un plan de cuidados individualizado para revertir su situación y fomentar una mayor satisfacción personal con sus relaciones sociales.
- La institucionalización únicamente se planteará como última opción.
- Las TICs se muestran como una herramienta útil en la promoción de la comunicación y las relaciones interpersonales, pero precisan de una formación previa sobre su uso responsable.
- En estos últimos dos años, se ha experimentado una disminución notable de la brecha digital. Es la herramienta de elección cuando el contacto presencial no es posible.
- La creación de espacios para prevenir la soledad y el aislamiento de las personas mayores mejoraría esta problemática social.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Yanguas Lezaun J, Cilveti Sarasola A, Hernández Chamorro S, Pinazo-Hernandis S, Roig i Canals S, Segura Talavera C. El reto de la soledad en la vejez. ZERBITZUAN. 2018;(66):61–75.
2. Rueda Estrada J. La soledad en las personas mayores en España. Una realidad invisible [Internet]. 2018 [cited 2022 Apr 10]. Available from: <http://hdl.handle.net/11181/6199>
3. Luna Porta B, Pinto Fontanillo J. AISLAMIENTO Y SOLEDAD NO DESEADA EN LAS PERSONAS MAYORES FACTORES PREDISONENTES Y CONSECUENCIAS PARA LA SALUD [Internet]. Dirección General de Salud Pública, editor. Madrid: Consejería de Sanidad; 2021 [cited 2022 Apr 4]. Available from: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM050318.pdf>
4. INE. Instituto Nacional de Estadística. Esperanza de vida a diferentes edades. 2022.
5. Pérez J, Abellán A, Aceituno P, Ramiro D. Un perfil de las personas mayores en España [Internet]. 2020 Mar. Available from: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2020.pdf>
6. Alvarado García A, Salazar Maya Á. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos [Internet]. 2014 [cited 2022 Apr 5];25(2):57–62. Available from: <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>
7. de Revisión A, Calero-Saa PA, Chaves-García MA. Cambios fisiológicos de la aptitud física en el envejecimiento. Revista de Investigacion en Salud Universidad de Boyaca [Internet]. 2016 [cited 2022 Apr 5];3(2):176–94. Available from: <https://revistasdigitales.uniboyaca.edu.co/index.php/rs/article/view/178/195>
8. Gené-Badia J, Comice P, Belchín A, Erdozain MÁ, Cáliz L, Torres S, et al. Profiles of loneliness and social isolation in urban population. Atención Primaria. 2020 Apr 1;52(4):224–32.
9. Castro C, Rodriguez E. Loneliness and isolation, barriers and conditionings in the field of older people in Spain. Eñquidad Revista Internacional de Políticas de Bienestar y Trabajo Social. 2019 Jul 1;(12):127–54.
10. Greenblatt-Kimron L, Kestler-Peleg M, Even-Zohar A, Lavenda O. Death anxiety and loneliness among older adults: Role of parental self-efficacy. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021 Sep 1;18(18).
11. Salas M, Ceminari Y. Aislamiento, soledad y cuidado de las personas adultas mayores. Reflexiones sobre el aislamiento como política de cuidado. Anales en Gerontología. 2021;13(13):252–63.
12. González Sánchez P, Martínez Fernández N, Mateo Ballesta N, de la Fuente Güenes F. Mayores en riesgo de exclusión social y coronavirus: ¿cómo ha afectado el confinamiento? 2021;93:7–24.

13. Leigh-Hunt N, Bagguley D, Bash K, Turner V, Turnbull S, Valtorta N, et al. An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*. 2017 Nov;152:157–71.
14. Joyce J, Ryan J, Owen A, Hu J, McHugh Power J, Shah R, et al. Social isolation, social support, and loneliness and their relationship with cognitive health and dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2022 Jan 16;37(1).
15. Zúñiga JF, Martínez Álvarez LA, Ordoñez Hernández CA, Aguilera Velasco M de los A. Representaciones sociales de la jubilación desde la perspectiva de un grupo de docentes prejubilados. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*. 2021 Nov 24;11(2).
16. García Sánchez J. Aislamiento social, individualización y baja resiliencia: el impacto en la salud emocional y la educación. *Revista Latinoamericana Ogmios*. 2022 Jan 1;2(3):31–51.
17. Álvarez-Mon MA, Rodríguez-Quiroga A, Biel A, Quintero J. Psicogeriatría. Trastorno depresivo. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 2021 Dec;13(46):2709–14.
18. Martín Roncero U, González-Rábago Y. Soledad no deseada, salud y desigualdades sociales a lo largo del ciclo vital. *Gaceta Sanitaria*. 2021 Sep;35(5):432–7.
19. Paque K, Bastiaens H, van Bogaert P, Dilles T. Living in a nursing home: a phenomenological study exploring residents' loneliness and other feelings. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2018 Dec;32(4):1477–84.
20. Azizi-Zeinalhajlou A, Mirghafourvand M, Nadrian H, Samei Sis S, Matlabi H. The contribution of social isolation and loneliness to sleep disturbances among older adults: a systematic review. *Sleep and Biological Rhythms*. 2022 Apr 28;20(2):153–63.
21. Marlina T, Keliat B, Kurniawan K. Mental Health and Psychosocial Support Online-Based Services To Improve Elderly Integrity and Reduce Loneliness During the Pandemic Covid-19. Vol. 18. *Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences*; 2022. 1–6 p.
22. Pinazo S, Mônica H, Nunes DB. La soledad de las personas mayores. Conceptualización, valoración e intervención. Vol. 5. 2018. 93–137 p.
23. 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 - Medicina de Familia*. 2016 Apr;42(3):177–83.
24. Pinel Zafra M, Rubio Rubio L, Rubio Herrera R. Un instrumento de medición de soledad social: Escala ESTE II.
25. NNNConsult.com. NNNConsult. Elsevier. 2022.
26. Muñoz C, Ramiro D. La brecha digital por edad: los mayores continúan reduciéndola. *Envejecimiento en Red*. 2021.
27. Losada-Baltar A, Márquez-González M, Jiménez-Gonzalo L, Pedroso-Chaparro M del S, Gallego-Alberto L, Fernandes-Pires J. Diferencias en función de la edad y la autopercepción del envejecimiento en ansiedad, tristeza, soledad y sintomatología

- comórbida ansioso-depresiva durante el confinamiento por la COVID-19. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 2020 Sep;55(5):272–8.
28. León Latorre MI, Martos Enrique M, Galiana Camacho T. Técnicas de comunicación en las personas adultas mayores ante el aislamiento social y la soledad. *REVISTA ESPAÑOLA DE COMUNICACIÓN EN SALUD*. 2020 Dec 15;11(2):268.
 29. Khalaila R, Vitman-Schorr A. Internet use, social networks, loneliness, and quality of life among adults aged 50 and older: mediating and moderating effects. *Quality of Life Research*. 2018 Feb 5;27(2):479–89.
 30. Moral Jiménez M de la V. Programas intergeneracionales y participación social: la integración de los adultos mayores españoles y latinoamericanos en la comunidad. *Universitas Psychologica*. 2017;16(1):1–19.
 31. Cisterna Zenteno C del C, Diaz Larenas CH. ESTILOS DE APRENDIZAJE PREDOMINANTES EN ADULTOS MAYORES: UNA PRIMERA APROXIMACIÓN. *Perspectiva educacional*. 2022;61(1):181–95.
 32. Pozo M. La soledad no deseada en personas mayores: algunas propuestas desde la Red de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores. *IMSERSO*. 2021.

8. ANEXOS

8.1. Anexo I. Escala ESTE-II de soledad social

Factor 1. Percepción de Apoyo Social			
	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1. ¿Vd. tiene a alguien con quien puede hablar de sus problemas cotidianos?	0	1	2
2. ¿Cree que hay personas que se preocupan por usted?	0	1	2
3. ¿Tiene amigos o familiares cuando le hacen falta?	0	1	2
4. ¿Siente que no le hacen caso?	2	1	0
5. ¿Se siente triste?	2	1	0
6. ¿Se siente usted solo?	2	1	0
7. ¿Y por la noche, se siente solo?	2	1	0
8. ¿Se siente querido?	0	1	2
Factor 2: Uso de Nuevas tecnologías			
	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
9. ¿Utiliza Ud. el teléfono móvil?	0	1	2
10. ¿Utiliza Ud. el ordenador (consola, juegos de la memoria)?	0	1	2
11. ¿Utiliza Ud. internet?	0	1	2
Factor 3: Índice de Participación social subjetiva			
	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
12. Durante la semana y los fines de semana ¿le llaman otras personas para salir a la calle?	0	1	2
13. ¿Le resulta fácil hacer amigos?	0	1	2
14. ¿Va a algún parque, asociación, hogar del pensionista donde se relacione con otros mayores?	0	1	2
15. ¿Le gusta participar en las actividades de ocio que se organizan en su barrio/pueblo?	0	1	2

PUNTUACIÓN EN SOLEDAD SOCIAL _____ Pts

Niveles de puntuación en la Escala ESTE II de Soledad Social:

- Niveles bajos: 0 a 10 puntos.
- Niveles medios: 11 a 20 puntos.
- Niveles altos 21 a 30 puntos.

Fuente: Universidad de Granada. Un instrumento de medición de soledad social: Escala Este II

8.2. Anexo II: Escala revisada de UCLA: *Loneliness scale of University at California Los Angeles*.
Percepción de la soledad.

Responda las siguientes cuestiones con: nunca, raramente, a veces, siempre, según cuántas veces se haya sentido según las preguntas planteadas.

1. Me siento bien con la gente que me rodea
2. Carezco de compañía
3. Me faltan personas a quienes recurrir
4. Me siento acompañado
5. Me siento parte de un grupo de amigos
6. Tengo mucho en común con la gente que me rodea
7. Estoy alejado de todos
8. Los que me rodean no participan de mis intereses
9. Soy una persona sociable
10. Hay gente de la que me siento muy cerca
11. Me siento dejado de lado
12. Mis relaciones sociales son superficiales
13. La gente no me conoce realmente bien
14. Me siento aislado de los demás
15. Puedo encontrar compañía cuando quiero
16. Hay gente que realmente me conoce
17. Me siento infeliz estando tan aislado
18. La gente está alrededor mío, pero no conmigo
19. Hay personas con las que puedo hablar
20. Hay personas a las que puedo recurrir

Puntuación:

- Nunca me siento así = 1 punto
- Raramente me siento así = 2 puntos
- Me siento así algunas veces = 3 puntos
- Me siento así a menudo = 4 puntos
- La puntuación en las cuestiones 1, 5, 6, 9, 10, 15, 16, 19 y 20 es invertida.

Resultados:

- La puntuación oscila entre 20 y 80 puntos. Una puntuación superior indicará mayor percepción de soledad en el individuo.

Fuente: Russell, D. (1996) UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. Journal of Personality Assessment, 66, 20-40.