



Universidad de Valladolid



Universidad de Valladolid

Facultad de
Ciencias de la Salud
de Soria

GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

Soledad y fragilidad. Vivencia de una mujer mayor que vive sola

Maider Martínez de Lizarrondo Araiz

Tutelado por: Lourdes Jiménez Navascués

Cotutelado: M^a Luisa Sanz Muñoz

Soria, Curso Académico 2023/24

27 de mayo de 2024

“La soledad es acogedora. Es la anfitriona de los recuerdos, de las imágenes”

Máximo Cacciari

RESUMEN

Introducción: Las personas mayores cada vez representan más porcentaje de la población, la fragilidad es un deterioro progresivo relacionado con la edad y la soledad es considerado un riesgo de fragilidad. Peplau propone que la relación enfermera-paciente es una forma de construir confianza.

Justificación: A lo largo de mis prácticas me pregunté ¿Cómo afecta la soledad a las personas mayores frágiles? Se realiza un estudio de casos para analizar la soledad en una mujer mayor frágil que vive sola.

Objetivos: Valorar las intervenciones enfermeras orientadas a personas mayores en situación de fragilidad que viven solas.

Metodología: Metodología mixta con una revisión bibliográfica de alcance y el estudio de caso, con enfoque cualitativo.

Resultados: Se analizan 13 artículos y el caso de la Sra. Sofia. Se resumen los criterios diagnósticos de fragilidad y soledad para determinar su relación, es bidireccional, la soledad tiene efecto sobre la fragilidad y la fragilidad afecta a la soledad. Existen distintas intervenciones para abordar la soledad en personas frágiles. La Sra. Sofia es una mujer mayor frágil que vive sola, se exponen los resultados de la entrevista por categorías.

Discusión: No hay consenso en los criterios para diagnosticar la fragilidad y la soledad. La Sra. Sofia no presenta soledad no deseada pero quizás si sea una persona de riesgo por el efecto pronunciado que tiene la fragilidad y la soledad a largo plazo. Las intervenciones que sugiere la literatura coinciden con el estilo de vida de la Sra. Sofia.

Conclusiones: La fragilidad y la soledad están relacionadas, las intervenciones tienen que ser individuales y se necesita una relación de confianza y una valoración holística para poder llevarlas a cabo.

Palabras clave: Fragilidad, Soledad, Personas mayores, Enfermería.

ÍNDICE DE SIGLAS, ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

ABVD	Actividades básicas de la vida diaria
AIVD	Actividades instrumentales de la vida diaria
CHARLS	Estudio Longitudinal de Salud y Jubilación de China
CHS	Cardiovascular Health Study
DeCS	Descriptores de Ciencias de la Salud
Et al.	Y otros autores
Etc.	Etcétera
JCR	Journal Citation Reports
LASA	Estudio Longitudinal de Envejecimiento de Ámsterdam
MeSH	Medical Subject Headings
RH	Respuesta hermana de la Sra. Sofia
RS	Respuesta Sra. Sofia
SHARE	Survey of Health Aging Retirement in Europe
Sra.	Señora
SJR	Scimago Journal and Country Rank
s.f.	Sin fecha
P	Pregunta
Q	Cuartil
&	Y
%	Porcentaje

ÍNDICE DE CONTENIDO

1 - Introducción.....	[1]
2 - Justificación.....	[3]
3 - Objetivos.....	[4]
4 - Metodología	[5]
4.1 - Revisión bibliográfica.....	[5]
4.2 - Estudio de caso cualitativo: mujer mayor frágil que vive sola.....	[6]
5 - Resultados	[8]
5.1 - La relación entre las personas mayores frágiles y la soledad no deseada.....	[8]
5.2 - Intervenciones de profesionales sanitarios para abordar la soledad en personas mayores frágiles.....	[10]
5.3 - Caso clínico.....	[11]
6 - Discusión.....	[12]
7 - Conclusiones.....	[15]
8 - Bibliografía.....	[16]
9 - Anexos.....	[I]
Anexo A. Documento 1. Consentimiento informado.....	[I]
Anexo B. Resumen de las publicaciones seleccionadas.....	[II]
Anexo C. Documento 2. Transcripción literal de la entrevista con la Sra. Sofia.....	[IX]
Anexo D. Documento 3. Plan de cuidados de enfermería.....	[XIII]

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Figura 1. Diagrama de flujo sobre la metodología.....	[6]
Tabla 1. Formato de la pregunta PES.....	[5]
Tabla 2. Preguntas o escalas para diagnosticar soledad y fragilidad.....	[8]
Tabla 3. Categorización de la entrevista con la Sra. Sofia.....	[11]
Tabla 4. Resumen de las publicaciones seleccionadas.....	[II]

1. INTRODUCCIÓN

En España la esperanza de vida en el año 2019 se situaba en 83,8 años de media entre hombres y mujeres (Ministerio de Sanidad, 2022). Las personas mayores cada vez representan más porcentaje de la población: en 2019 eran el 19,3% y se estima que en 2033 serán el 25,2% y en 2066 el 34,6%. El fenómeno denominado “envejecimiento del envejecimiento” cada vez es más manifiesto, hay más gente mayor que vive más años, entre las personas de más de 65 años, los hombres tienen una esperanza de vida de 19,2 años y las mujeres de 23,5 años (Ministerio de Sanidad, 2021; Pérez Díaz et al., 2023). La fragilidad y la soledad son dos problemas que se incrementan con la edad, se estima que la prevalencia de la soledad es del 21% y de la fragilidad es del 18% en personas de 65 o más años y de un 25-50% en mayores de 85 (Palma-Ayllón & Escarabajal-Arrieta, 2021) (Ministerio de Sanidad, 2022), la soledad es considerado un riesgo de fragilidad, el cuestionario Barber su primer ítem es ¿Vive solo? (Pedrero-Pérez et al., 2022). Las enfermeras que atienden a estos pacientes orientan su intervención desde una valoración holística, para conseguir una visión integral de sus necesidades y problemas de salud, evitando la despersonalización (Rodríguez Gómez et al., 2021).

Respecto a la fragilidad, una definición reciente es “el deterioro progresivo relacionado con la edad de los sistemas fisiológicos que provoca una disminución de las reservas de la capacidad intrínseca, lo que confiere una mayor vulnerabilidad a los factores de estrés y aumenta el riesgo de una serie de resultados sanitarios adversos” (Ministerio de Sanidad, 2022). Dentro de los resultados adversos se incluyen caídas, fracturas, discapacidad y morbilidad. Según Yet et al. (2021), la fragilidad es un concepto multidimensional que se refiere a no sólo los dominios físicos sino también psicológicos y sociales. Plantea la fragilidad social como un estado de riesgo de perder (o haber perdido) recursos que son esenciales para satisfacer una o más demandas sociales. Es más probable que la fragilidad psicológica y social contribuyan a la discapacidad y la mortalidad, que la fragilidad física, psicológica o social solas.

De acuerdo con la Cartera de Servicios de Atención Primaria de Castilla y León, la población diana para la atención a la persona mayor frágil es aquella persona con 70 o más años con un Índice de Barthel igual o >90 y alteraciones en la marcha (escala Downton a partir de 3 puntos) o alteraciones en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) (cuestionario VIDA menos de 31 puntos) (Andres Gonzalo, C. 2019). Estas últimas alteraciones disminuyen la autonomía de las personas y está relacionado con la probabilidad de que las redes de apoyo disminuyan y los sentimientos de soledad y desvinculación aumenten (Yanguas Lezaun et al., 2018).

En cuanto a la soledad, en España en el año 2020, de las 4.889.900 personas que vivían solas, 2.131.400 personas eran mayores de 65 años, de las cuales 620.400 eran hombres y 1.511.000 eran mujeres (INE 2020), sin embargo, la soledad es más frecuente

en hombres y en personas que no tienen estudios, y aumenta con la edad. No se debe confundir la soledad con el hecho de vivir solo o sola, no es lo mismo. El aislamiento social y la soledad son distintos conceptos, el aislamiento social se puede cuantificar objetivamente, ya que se define como la falta de contacto social, como podría ser la situación de vivir solo; sin embargo, la soledad no se puede cuantificar objetivamente, es una percepción subjetiva, un sentimiento personal, que puede ser doloroso. (Junta de Castilla y León, 2021)

La soledad, según Yanguas Lezaun et al. (2018), se debe comprender y conceptualizar a través de una combinación de distintas perspectivas complementarias: un sentimiento de aislamiento, objetivo y subjetivo, metafísico o comunicativo, existencial, social, etc., que se encuentra siempre presente y es una parte fundamental de la experiencia personal e intransferible de lo que denominamos soledad; también como la falta o privación, acerca de sentimientos de vacío o abandono relacionados a la falta de relaciones de intimidad. Igualmente, es una discrepancia cognitiva entre las relaciones que una persona tiene y las que le gustaría o esperaba tener, que incluye un conjunto de emociones que la acompañan, tales como la tristeza, la melancolía, la frustración, la vergüenza o la desesperación. Asimismo, la soledad se debe a la interacción mutua entre variables intrapersonales (personalidad o expectativas) y extrapersonales (edadismo, eventos vitales o vivienda).

Existen distintos tipos de soledades, y distintas formas de explicarla, según diversas categorías, como la duración o el efecto que tiene. La soledad emocional es la sensación de echar de menos una relación íntima o a la falta de una figura de apego y se suele acompañar de ansiedad. La soledad social es la sensación de echar de menos una red social más amplia o la pérdida de roles sociales y se relaciona con el aburrimiento y la sensación de estar siendo excluido (Gallardo-Peralta et al., 2023), (Pinazo Hernandis & Donio Bellegarde Nunes, 2018). La soledad existencial está entrelazada y se ve afectada por estas dos soledades, pero se describe como más profunda; es un estado de inseguridad y desesperación, donde la falta de relaciones sociales significativas y de personas cercanas no son imprescindibles, ya que resulta de una separación más amplia asociada a la naturaleza de la vida y la falta de sentido. Si la soledad existencial se acepta y se es consciente de ella, puede dar resultados positivos y un crecimiento interno. Entre las personas mayores frágiles, significa estar desconectado de la vida y atrapado en un cuerpo deteriorado (Sjöberg et al., 2019) (Yanguas, 2021).

Según la teoría de envejecimiento, denominada de la desvinculación, se postula que en la vejez las personas, se van desvinculando cada vez más de las relaciones sociales, reduciendo los roles más activos y centrándonos en la vida anterior, la persona mayor se aleja de su red social, separándose de su grupo sin vincularse a otro (Nuin Orrio,

2011). A la vez, la sociedad va cercando las posibilidades de participación a la persona mayor, la “libera” de sus obligaciones y roles sociales, lo que hace que la persona se sienta feliz y satisfecha. Sin embargo, si la desvinculación ocurre con la conexión con las personas, puede ocasionar sentimientos de soledad (Yanguas, 2021).

El modelo de cuidado centrado en las relaciones interpersonales es el de Hiderlgar Peplau y su teoría de la desvinculación teórica, modelo de referencia para este trabajo. Peplau, fundamenta que “la enfermería es, en esencia, un proceso interpersonal”. Definió 4 etapas en las que se establecen las relaciones interpersonales durante el cuidado: orientación, identificación, aprovechamiento y resolución. Primero es la fase de orientación, la atención se centra en expresar sentimientos y necesidades; la segunda etapa es la de la identificación donde la enfermera representa una persona que ayuda, que apoya; la tercera es la del aprovechamiento, la enfermera ayuda a aprovechar todas las posibilidades u opciones de solución que hayan encontrado conjuntamente y la cuarta y última sería la resolución y es cuando se llega a la independencia y libertad. Peplau propone que la relación enfermera-paciente es una forma de construir confianza y así ayudar a las personas a que puedan identificar sus problemas en sus situaciones de salud (Henao Lopez et al., 2020); en el tema que proponemos, se tendría que trabajar el acompañamiento a la persona mayor en su situación de fragilidad en la vejez.

2. JUSTIFICACIÓN

A lo largo de mis prácticas clínicas, he cuidado a personas mayores, uno de los rotatorios fue en una residencia para mayores, donde había personas en distintas situaciones. Unas tenían alguna discapacidad física y/o mental y percibí que algunas podrían estar en situación de soledad. El tema de la soledad me impactó, me hizo reflexionar y me gustaría profundizar y conocerlo mejor, por esta razón he elegido este tema de trabajo de fin de grado, para formarme y en un futuro responder mejor a nivel profesional ante estas situaciones. Tanto la fragilidad como la soledad van a aumentar con el paso del tiempo, según los estudios demográficos, como se ha planteado en la introducción, considero importante identificar la relación entre los dos conceptos, para optimizar las propuestas de intervenciones personalizadas. Determinar si las personas en situación de fragilidad, por las características físicas que tienen, pueden ser vulnerables de desarrollar sentimientos de soledad, en concreto soledad no deseada, al no salir tanto de casa y disminuir sus relaciones sociales por la inseguridad que genera la disminución de sus capacidades físicas; y, además, si realmente presentan soledad e identificar sobre cómo influye sobre la fragilidad, si la empeora o no. Me surgieron distintas preguntas sobre el tema: ¿Son las personas mayores frágiles vulnerables a la soledad? ¿Cómo afecta la soledad a las personas mayores frágiles? A partir de estas

preguntas, la hipótesis propuesta es la siguiente: Las personas mayores frágiles de más de 65 años tienen más riesgo a desarrollar sentimientos de soledad.

El estudio de caso permite comprender fenómenos complejos analizando el discurso de los usuarios u observando una situación, en su contexto natural. Ya que cada persona es única, en todos los ámbitos de su vida, incluida la salud. En la realidad asistencial podemos encontrar casos únicos con distintos factores o situaciones que nos pueden generar incógnitas asistenciales (Arroyo Rodríguez et al., 2023). En este trabajo se pretende analizar cómo afecta la soledad en un caso real de una mujer mayor frágil que vive sola.

3. OBJETIVOS

General

Valorar las intervenciones enfermeras orientadas a personas mayores en situación de fragilidad que viven solas.

Específicos

- Determinar la relación entre las personas mayores frágiles y soledad no deseada.
- Determinar las intervenciones sanitarias para abordar la soledad en las personas mayores frágiles.
- Identificar la perspectiva de una paciente frágil que vive sola.

4. METODOLOGÍA

Se ha realizado una metodología mixta con una revisión bibliográfica de alcance y el estudio de caso, con enfoque cualitativo.

4.1. Revisión bibliográfica

Revisión bibliográfica de alcance. La pregunta de investigación planteada es la siguiente: ¿Las personas mayores frágiles tienen más riesgo a desarrollar sentimientos de soledad? La revisión, se ha llevado a cabo mediante una estrategia de búsqueda electrónica, se han identificado los términos basados en la pregunta planteada: “anciano”, “fragilidad”, “enfermería”, “soledad” según el tesoro DeCS (Descriptor de Ciencias de la Salud); “aged”, “frailty”, “nursing”, “loneliness” según el tesoro MeSH (Medical Subject Headings) y las palabras clave “soledad emocional” / “emotional loneliness”, “soledad social” / “social loneliness” y “resultados de salud” / “health outcomes”. Posteriormente se han elaborado distintas fórmulas de búsqueda, combinando estos descriptores con los operadores booleanos “AND”, “OR” y “NOT”, como se muestra a continuación:

- (aged) AND (frailty) AND (emotional loneliness) AND (social loneliness)
- (elderly) AND (frailty) AND (emotional loneliness) AND (social loneliness) AND (health outcomes)
- (aged) AND (frailty) AND (loneliness) NOT (social isolation)
- (frailty) AND (loneliness) AND (nursing)

Tabla 1. Formato de la pregunta PES. Elaboración propia.

P	Población	Personas mayores.
E	Exposición	Situación de fragilidad.
S	Resultados	Padecer soledad.

La búsqueda bibliográfica se realizó entre marzo y abril de 2024 en distintas bases de datos de ciencias de la salud: Pubmed, Web Of Science, Cinahl, Cochrane, y Lilacs; y los artículos seleccionados pertenecían a Pubmed, Web Of Science, Cinahl y Cochrane. Para seleccionar los documentos se siguieron diferentes criterios de inclusión: artículos originales, publicados entre 2020-2024, en español, inglés o portugués y textos completos. Los criterios de exclusión fueron textos que no trataran de fragilidad o soledad y que no se ajustasen a los objetivos del trabajo. El algoritmo de búsqueda se ha resumido en la figura 1.

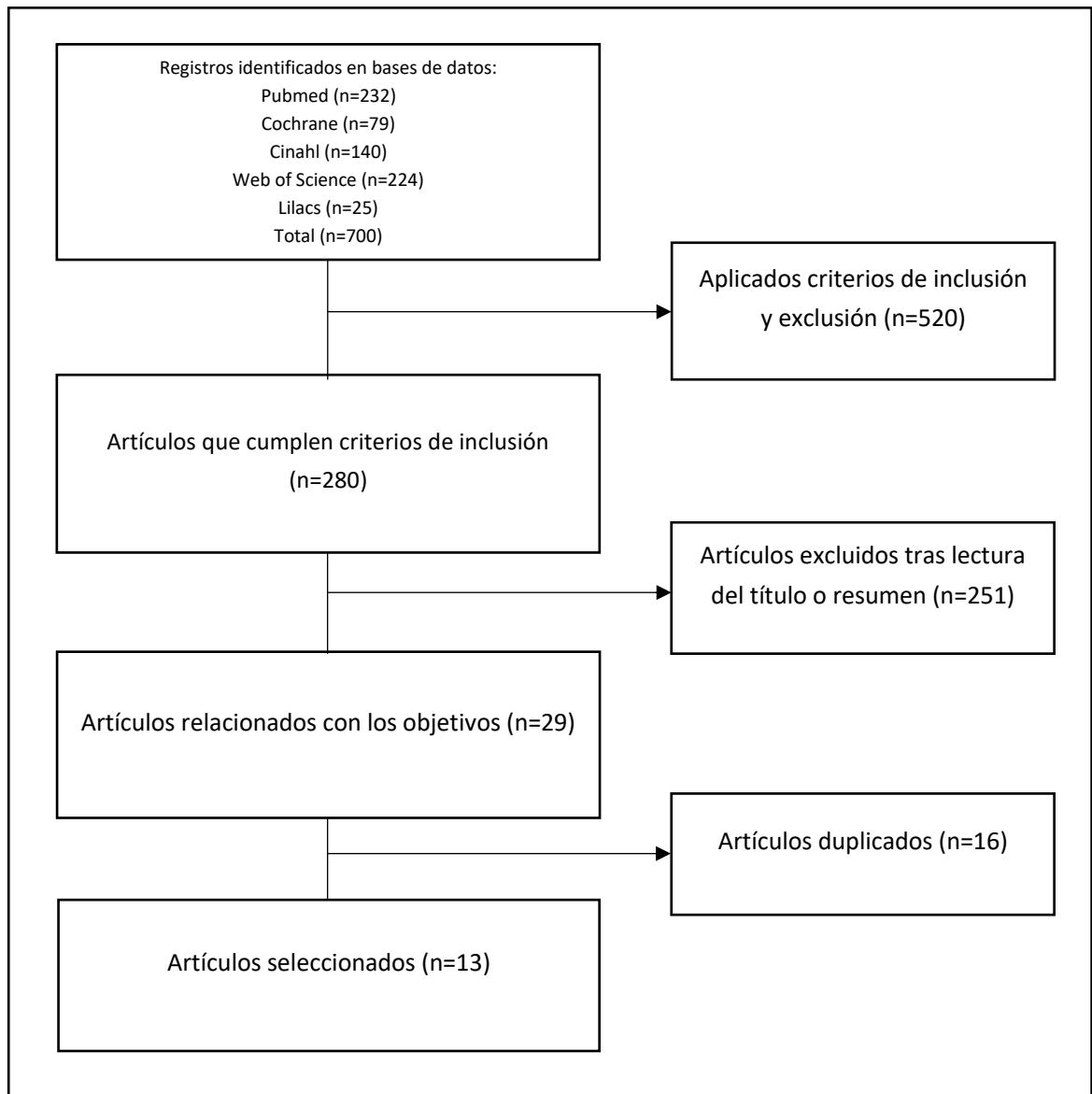


Figura 1. Diagrama de flujo sobre la metodología. Elaboración propia. Modificado de la propuesta de PRISMA (Page et al., 2021).

4.2. Estudio de caso

Estudio de caso cualitativo, relacionado con lo expuesto en la justificación. Se basa en la propuesta de Arroyo et al. (2023). Se elabora una narrativa del caso, presentando a la usuaria y describiendo su experiencia. Se hará referencia a la usuaria con un nombre ficticio para anonimizar el caso. Los datos se triangularon entre la estudiante y la tutora y también se contrastó con los trabajos publicados relacionados con el problema general del estudio. Se elaborará el análisis de la entrevista de forma codificada para así poder reducir los datos y enfocarlos a los objetivos del trabajo. Por último, se destacarán las implicaciones que pueda tener en la práctica asistencial el conocimiento obtenido.

Se selecciona el caso de una mujer frágil que vive sola. La selección de la paciente se realizó con la ayuda de su enfermera del centro de salud, quien se puso en contacto con ella mediante el Servicio de Atención Primaria. La entrevista se concretó en una consulta rutinaria.

Se realizó una entrevista semiestructurada de 22 preguntas después de llevar a cabo una revisión bibliográfica y teniendo en cuenta los elementos de soledad descritos por Jong-Gierveld (Pinazo Hernandis & Donio Bellegarde Nunes, 2018). La usuaria participó de forma voluntaria y estuvo presente, con el consentimiento y preferencia de la usuaria, su hermana. La entrevista se llevó a cabo en el centro de salud de la usuaria, el 24 de abril de 2024 en la consulta de enfermería, tuvo una duración de 20 minutos, la grabación se realizó con el teléfono móvil y se tomaron notas de campo. El guion se adaptó al lenguaje de la usuaria y la transcripción fue literal. Se selecciona el relato que corresponde con los objetivos del trabajo.

Se solicitó permiso a la Unidad de Investigación del Hospital Santa Bárbara de Soria. Se obtuvo el consentimiento informado de la paciente, tras explicarle verbalmente el objetivo del estudio y de darle tiempo para poder realizar preguntas o formular dudas (anexo A). Se utilizará un nombre ficticio para conservar la identidad de la usuaria. No existen conflictos entre los principios bioéticos.

5. RESULTADOS

Se analizan y resumen los 13 artículos seleccionados (anexo B- tabla 4). 7 (B. L. Chu & Zhang 2022; Li et al., 2024; Sha, Chan, et al., 2022; Sha, Pan, et al., 2022; Sha et al., 2022; Wei et al., 2022; Zhao & Si 2021) artículos son realizados en China, 1 en Japón (W. M. Chu et al., 2023), 1 en Singapur (Ge et al., 2022), 1 en Países Bajos (Hoogendijk et al., 2020), 1 en Canadá (Freedman & Nicolle 2020), 1 en Croacia (Ožić et al., 2020) y 1 en distintos países de Europa (Jarach et al., 2021). Las revistas donde se encuentran los artículos son del ámbito sanitario.

5.1. La relación entre las personas mayores frágiles y la soledad no deseada

Para analizar la relación entre la soledad y la fragilidad los autores han seguido distintas escalas o preguntas para diagnosticarlas, como se resume en la tabla 2.

Tabla 2. Preguntas o escalas para diagnosticar soledad y fragilidad. Elaboración propia

Artículo	Soledad	Fragilidad
B. L. Chu & Zhang (2022)	Una pregunta ¿con qué frecuencia te sentiste solo? de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos.	Criterios del Fenotipo de Fragilidad modificado.
W. M. Chu et al. (2023)	No se menciona.	La fragilidad física fue determinada por los criterios modificados del CHS.
Ge et al. (2022)	UCLA (3 preguntas)	Escala de fragilidad clínica.
Hoogendijk et al. (2020)	Escala de soledad de Jong-Gierveld.	Criterios del fenotipo de fragilidad operacionalizados de manera idéntica a los de Fried o ligeramente modificados.
Jarach et al. (2021)	UCLA (3 preguntas).	Según los 5 criterios del fenotipo Fried.
Li et al. (2024)	UCLA.	Escala de fragilidad social (desarrollada en 2018 basada en el estudio longitudinal de cohorte del envejecimiento en Pekín de 2004 a 2012).
Ožić et al. (2020)	No se menciona.	Cuestionario Indicador de Fragilidad de Tilburg.
Sha, Chan, et al. (2022)	Una pregunta ¿con qué frecuencia se sintieron solos durante la última semana? de la escala del Centro de Estudios Epidemiológicos.	Escala de Fenotipo de Fragilidad Física.
Sha, Pan, et al. (2022)	Una pregunta “Me sentí solo/a” de la escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos.	Escala del Fenotipo de Fragilidad Física.
Sha et al. (2020)	Una pregunta ¿con qué frecuencia se siente solo?	Escala FRAIL.
Wei et al. (2022)	Una pregunta: ¿Se siente solo o aislado?	Índice de Fragilidad.
Zhao & Si (2021)	UCLA-8.	Escala FRAIL.

En 11 de los artículos analizados los autores estudian la relación entre la fragilidad y la soledad (B. L. Chu & Zhang, 2022; Ge et al., 2022; Hoogendijk et al., 2020; Jarach et al., 2021; Li et al., 2024; Ožić et al., 2020; Sha, Chan, et al., 2022; Sha et al., 2020; Sha, Pan, et al., 2022; Wei et al., 2022; Zhao & Si, 2021) y en 3 identificaron la relación como bidireccional (Hoogendijk et al., 2020; Sha, Chan, et al., 2022; Sha, Pan, et al., 2022). La fragilidad se asoció con un aumento de la soledad con el paso del tiempo y la soledad como un factor de riesgo de la fragilidad, tener niveles altos de soledad predice tener niveles de fragilidad más altos en el futuro y viceversa (Hoogendijk et al., 2020; Sha, Pan, et al., 2022).

Respecto al efecto que tiene la soledad sobre la fragilidad, las personas en soledad tienen menos probabilidades de revertir su situación de fragilidad y volver a un estado pre-frágil o no frágil y de la misma manera, no sentir soledad ayuda a mantenerse en situación pre-frágil o no frágil (B. L. Chu & Zhang, 2022; Jarach et al., 2021; Sha et al., 2020). En el estudio de Ožić et al. (2020), se determina que intervenir contra la soledad impide que la fragilidad aumente, mientras que la falta de intervención según los datos del grupo de control, la fragilidad se incrementa. Wei et al. (2022), reporta que independientemente de la situación de vivienda (vivir solo o no), las personas mayores que se sentían solos eran más propensas a ser frágiles. En el estudio de Sha et al. (2020), se hizo un seguimiento de los pacientes a 3 y 6 años, y encontraron que la soledad estaba relacionada con permanecer en un estado de fragilidad a los 6 años de seguimiento, no encontraron que hubiera relación a los 3 años de seguimiento.

En cuanto al efecto de la fragilidad sobre la soledad, Sha, Chan, et al. (2022), aporta que las personas mayores que están en situación de fragilidad tienen mayor riesgo de desarrollar o empeorar el nivel de soledad con el paso del tiempo, y también, van a tener menos probabilidades de revertir su soledad. Igualmente, Sha, Pan, et al. (2022), encontraron que la relación cruzada entre la fragilidad y el cambio temprano en la soledad fue significativa al nivel del 10% ($\beta=0.03$ y $P<0.1$) y que el cambio tardío en la soledad fue predicho por la fragilidad ($\beta=0.09$ y $P<0.01$). Los autores concluyen que el efecto de la fragilidad sobre la soledad es mayor que el efecto de la soledad sobre la fragilidad; es decir, que la salud física tiene un efecto más pronunciado en la salud mental, mientras que el efecto de la salud mental sobre la salud física tarda en manifestarse, tal como se ve en el estudio Sha de 2020.

5.2. Intervenciones de profesionales sanitarios para abordar la soledad en personas mayores frágiles

Una de las intervenciones para abordar la soledad en personas mayores frágiles es el apoyo social (W. M. Chu et al., 2023; Li et al., 2024; Zhao & Si, 2021); junto con apoyo emocional y apoyo instrumental. W. M Chu et al. (2023), detalló que el apoyo emocional e instrumental, tanto de fuera como de dentro de la familia podría reducir la fragilidad física en el futuro. También concluyeron que el apoyo social fuera de la familia podría reducir el riesgo de tener poca fuerza. Ge et al. (2022), destaca la importancia de promover la participación social, tanto en frecuencia como en variedad y abordar la soledad para prevenir el desarrollo o atenuar la progresión de la fragilidad. Igualmente, Li et al. (2024), aporta que la participación en actividades colectivas y el ejercicio en grupo ayuda a aliviar la fragilidad social. En el estudio de Ožić et al. (2020), realizaron intervenciones de educación y talleres organizados por el programa Ciudad Saludable Rijeka, destacando la importancia de intervenciones centradas en la persona junto con actividades específicas de equipos multidisciplinares. Zhao et al. (2021), detalló que el apoyo social y la resiliencia ayudan a reducir la relación entre la soledad y la fragilidad.

Freedman y Nicolle (2020) analizan distintas intervenciones para hacer frente a la soledad en las personas mayores, no necesariamente frágiles, como intervenciones grupales: educativas, sociales, o combinadas con ejercicio o intervenciones psicosociales; o las intervenciones individuales: videoconferencias, terapia con animales y el uso de internet. Recomiendan que los profesionales sanitarios usen un enfoque individualizado y centrado en el paciente para abordar la soledad, ya que cada persona tiene distintas necesidades y preferencias.

Por último, sobre los profesionales de salud se plantea la sugerencia de explorar el apoyo social en las consultas rutinarias de las personas mayores, para poder prevenir futuras fragilidades o incluso discapacidades (W. M. Chu et al., 2023). Asimismo, se debería animar a las personas mayores a participar en actividades sociales (Li et al., 2024). La intervención temprana previene resultados sanitarios más graves y ayuda a mantener el estado de salud (Sha, Chan, et al., 2022; Sha et al., 2020).

5.3. Caso clínico

La Sra. Sofia es una mujer de 90 años en seguimiento en el programa de atención a la persona mayor frágil, Cuestionario VIDA: 30 puntos (fragilidad), Escala Downton: 4 puntos (riesgo de caídas alto), Test Minimental: 22 puntos (deterioro cognitivo), Índice de Barthel: 95 puntos (dependencia muy leve para las actividades de la vida diaria). Vive sola en su domicilio, en la ciudad de Soria, es viuda, no tiene hijos ni hijas y toda su familia (4 hermanas y sobrinos) vive en Barcelona, a excepción de un sobrino que también vive en Soria. Además, su familia tiene una casa en un pueblo de la provincia de Soria, y en el momento de la entrevista su hermana había venido de Barcelona y estaban pasando la semana juntas.

Después de analizar la información, sobre su entorno, sobre como percibe su situación de fragilidad, sobre la soledad (siguiendo la escala de soledad de Jong-Gierveld, para evaluar la soledad social y emocional) y el sentido de la vida; se consideró que la Sra. Sofia no presenta soledad no deseada a pesar de vivir sola. A continuación, en la tabla 3 se exponen los resultados de la entrevista, estructurados en las categorías identificadas tras leer e interpretar el relato de dicha entrevista. En el anexo C se detalla la transcripción de la misma.

Tabla 3. Categorización de la entrevista con la Sra. Sofia. Elaboración propia.

Tema	Subcategoría	Verbatim
Estado de salud	Memoria	“¿Cuántos años hace que murió la madre?” Preguntando a su hermana porque no lo recordaba. “26, pues el murió después, pues hará unos 28 o 30 años” “No me acordaba”
	Caídas	“Si, me he caído 2 o 3 veces, la última vez fue aquí por la dehesa, que creo que me dio así algo repentino en la cabeza y me caí” Hermana: “Se ha caído 2 veces más” Hermana: “¿No te has caído 2 veces más desde que el cabestrillo? ¿Cuándo te caíste en el lavabo? ¿Y la vez anterior que te fuiste a Barcelona en navidad para operarte el ojo? ¿O no?”
Recursos sociales	Familia	“Hijos no tengo, soy viuda y hermanos hemos sido 5 y ahora somos 4, porque un hermano murió” “Tenemos muy buena relación en la familia” “No, mi hermana vive en Barcelona, pero tenemos casa en el pueblo y a veces viene, que ahora está bien y está también conmigo” “Viven en Barcelona” (Refiriéndose a su familia) “Si tengo un sobrino que trabaja en (nombre de la empresa)” (en Soria) “Tengo un sobrino que cualquier cosa que tenga, lo consulto con él y él si yo dudo él me lo resuelve y está muy pendiente de mí” “No encuentro faltar a nadie porque todas mis hermanas están muy pendientes de mí y ella (su hermana) está aquí ahora”
	Vecinos	“Tengo relación con mis vecinos y tengo amigas y tengo muy buenas amistades aquí en Soria, si”

		"Tengo también unos vecinos que a veces por la noche subo a jugar con ello a cartas"
	Apoyo externo	"Tengo una chica que me viene a limpiar"
	Actividades	
	Ejercicio	"Por la mañana a veces si no hace demasiado frío, voy a gimnasia ahí al alto de la dehesa y luego de que acabo gimnasia doy un par de paseos por ahí por la dehesa y luego ya me subo a casa"
	Socialización	"Tengo muy buena relación, muy buenas amistades y tengo una vecina" "Tengo una amiga que es como si fuese una hermana" "Tengo también unos vecinos que a veces por la noche subo a jugar con ellos a cartas" "Por la tarde sobre las 17:30 me bajo al centro de la tercera edad y con las amigas hacemos la partida de cartas" "Yo creo que sí, que las amistades que tengo son suficientes"

6. DISCUSIÓN

No hay consenso en los criterios para diagnosticar la fragilidad y la soledad. Respecto a la soledad, en 5 artículos los autores emplean una sola pregunta para diagnosticarla, ¿se siente solo? o ¿con qué frecuencia se siente solo? (B. L. Chu & Zhang, 2022; Sha, Chan, et al., 2022; Sha et al., 2020; Sha, Pan, et al., 2022; Wei et al., 2022), y a pesar de considerarla como un criterio válido, Sha, Chan et al (2022), difiere y considera que no es suficiente una pregunta ya que puede subestimar el impacto de la soledad. Respecto a la fragilidad 9 de los artículos emplean escalas que solo valoran la fragilidad física sin tener en cuenta lo social o psicológico (B. L. Chu & Zhang 2022; W. M. Chu et al. 2023; Ge et al. 2022; Hoogendijk et al. 2020; Jarach et al. 2021; Sha, Chan, et al. 2022; Sha, Pan, et al. 2022; Sha et al. 2020; Zhao & Si 2021). Además, no hay unanimidad de criterios diagnósticos, la escala FRAIL y la escala del fenotipo de fragilidad física, son las más referenciadas. Los criterios de la escala FRAIL son fatiga, resistencia, actividad aeróbica, enfermedades y pérdida de peso (Sha, Pan, et al., 2022). Los criterios del fenotipo de fragilidad física son debilidad, lentitud, agotamiento, baja actividad y encogimiento (Sha, Chan, et al., 2022). En consecuencia, es complicado contrastar los resultados ya que no se siguen los mismos criterios.

Respecto a la Sra. Sofia, los criterios que se emplearon para diagnosticar la fragilidad no coinciden con las escalas presentadas en la tabla 1, ya que se emplearon el índice de Barthel, el cuestionario VIDA (valora la autonomía de las personas para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)) y la escala Downton. Para diagnosticar la soledad se usó la escala de Jong-Gierveld, que valora la soledad social y emocional, coincidiendo con la propuesta de Hoogendijk et al. (2020). La escala dio resultado negativo, a pesar de vivir sola y aparentar ser una persona susceptible de padecer soledad, desde el centro de salud se pensaba que no tenía familia en Soria y no

se conocía su estilo de vida ni su sistema de apoyo. Esto nos hace reflexionar sobre la valoración, no fue completa, se centró en aspectos físicos de la Sra. Sofia y faltó realizar una valoración de los aspectos sociales, una valoración holística.

En el caso de la Sra. Sofia no está clara la relación de fragilidad y soledad como los autores afirman. Según los resultados que se presentan en la literatura científica revisada quizás si sea una persona de riesgo teniendo en cuenta el efecto pronunciado que tiene la fragilidad y la soledad a largo plazo. Aún hay dudas sobre cómo evoluciona la fragilidad en el futuro y cuál puede ser el impacto que tiene sobre la salud mental y la soledad (Sha, Pan, et al., 2022).

Respecto a la fragilidad, en los últimos 6 meses se ha caído 3 veces y aunque dice encontrarse ágil, su hermana comenta que no asume el empeoramiento de su salud física y mental (deterioro cognitivo). Tiene una marcha lenta y la última caída ocurrió cuando estaba en bipedestación, a diferencia de las otras caídas que estaba caminando. En relación con el deterioro cognitivo, lo hemos constatado durante la entrevista, la Sra. Sofia no recordaba la fecha de la entrevista y a lo largo de la conversación repetía información y no recordaba cuando habían ocurrido distintos sucesos. Además, durante el relato de la Sra. Sofia, su hermana gesticulaba no estar de acuerdo con todo lo que decía, y le tuvo que corregir en varias ocasiones. Consideramos que puede ser una limitación del estudio. El plan de cuidados de enfermería que se aporta en el anexo D se proponen intervenciones enfocadas a la fragilidad, concretamente a la prevención de caídas y al estímulo de la memoria. El objetivo es abordar la fragilidad y evitar la soledad en un futuro. Además, sería recomendable hacer un seguimiento y constatar si su red de apoyo se mantiene o necesita refuerzo.

En cuanto a las intervenciones enfocadas a la prevención de la soledad, la literatura sugiere el apoyo social, emocional e instrumental, trabajar la resiliencia, promover la participación social, realizar actividades colectivas, el ejercicio en grupo, intervenciones tanto grupales como individuales, que las intervenciones estén centradas en la persona y realizar actividades específicas de equipos multidisciplinares (W. M. Chu et al., 2023; Freedman & Nicolle, 2020; Ge et al., 2022; Li et al., Ožić et al., 2020; 2024; Zhao & Si, 2021). Algunas de estas intervenciones coinciden con el estilo de vida de la Sra. Sofia y las acciones que realiza en su vida diaria. La Sra. Sofia participa en actividades sociales y realiza ejercicio en grupo, cuando acude al centro de la tercera edad y cuando realiza ejercicio en el parque de la dehesa o sale a pasear. Muestra tener resiliencia, ya que a lo largo de la entrevista transmitía confianza en sí misma. Además, tiene una red de apoyo amplia, de apoyo social, emocional e instrumental, dado que cuenta con amistades, familia y vecinos que la apoyan y ayudan cuando lo necesita, y una trabajadora que le ayuda con el cuidado de su hogar.

De cualquier manera, para hacer frente a la soledad y a la fragilidad, tanto de forma conjunta, como individual, hay que realizar intervenciones multimodales y personalizadas a cada caso, valorando las necesidades de cada persona junto con sus recursos, tanto personales como sociales. Las enfermeras tienen que estar atentas desde el sistema sanitario y establecer relaciones de confianza con los usuarios frágiles, en soledad, o ambas, para poder realizar una valoración holística y llevar a cabo intervenciones adecuadas.

En cuanto a las limitaciones del trabajo, la mayoría de los artículos seleccionados abordan la soledad y de aislamiento social, no solo de soledad y solo uno diferenciaba entre distintos tipos de soledad, la soledad crónica y la transitoria (B. L. Chu & Zhang, 2022). Aunque los autores confirman que la soledad y la fragilidad están relacionadas, ninguno diferencia sobre como distintos tipos de soledades, como podrían ser la social, emocional o existencial influyen en esta relación. Además, en cuanto a las intervenciones, la mayoría de los autores no detallan cómo tienen que ser, se explican de forma genérica, sin especificar como se han llevado a cabo. Por último, la percepción de los profesionales sanitarios no se ajusta a la realidad, ya que en un principio se pensó que la Sra. Sofia presentaba soledad por los datos que se sabían de ella y después de conversar con ella se pudo comprobar que no tenía soledad no deseada. Se propone como futura línea de trabajo establecer cuáles son las intervenciones que puede llevar a cabo enfermería para cuidar a pacientes frágiles y en soledad.

7. CONCLUSIONES

- La fragilidad y la soledad están relacionadas y se considera que la relación es bidireccional. La fragilidad tiene un impacto más inmediato en la soledad, mientras que la soledad tarda en manifestar su impacto en la fragilidad.
- No hay unanimidad de criterios para diagnosticar la soledad y la fragilidad, las escalas para medir fragilidad que más se utilizan son la escala FRAIL y el fenotipo de fragilidad física.
- Se recomienda que las intervenciones sanitarias se centren en la situación de cada persona, la valoración individual debe incluir aspectos físicos, sociales y el sistema de apoyo de los usuarios para prevenir la soledad no deseada. Las intervenciones tienen que ser tempranas para conseguir mejores resultados de salud, y prevenir situaciones de soledad.
- La percepción que tienen los profesionales sanitarios si no se ha hecho una valoración integral puede no coincidir con la realidad, como en el caso analizado.
- Es necesaria una relación de confianza con los usuarios para que desde enfermería se realice una valoración holística y los usuarios reconozcan las competencias enfermeras.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Andres Gonzalo, C. (2019). Cartera de servicios de atención primaria. Valladolid. Consultado el 16 de marzo de 2024. <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/catalogo-prestaciones/cartera-servicios/cartera-servicios-atencion-primaria.ficheros/1522344-cartera%20de%20servicios%202019.pdf>
- Arroyo Rodríguez, A., Amezcua, M., & Orkaizagirre Gómara, A. (2023). Diez claves para la elaboración de un Estudio de Caso cualitativo. *Index de Enfermería Digital*, e14663. <https://doi.org/10.58807/indexenferm20235871>
- Chu, B. L., & Zhang, W. (2022). Impact of transient and chronic loneliness on progression and reversion of frailty in community-dwelling older adults: four-year follow-up. *BMC Geriatrics*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03283-1>
- Chu, W. M., Tange, C., Nishita, Y., Tomida, M., Shimokata, H., Otsuka, R., Lee, M. C., & Arai, H. (2023). Effect of different types of social support on physical frailty development among community-dwelling older adults in Japan: Evidence from a 10-year population-based cohort study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 108. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2023.104928>
- Clarivate. Journal Citation Reports (s.f.) Clarivate [Portal]. Consultado el 25 de abril de 2024. Disponible en: <https://jcr.clarivate.com/jcr/home>
- Elsevier. (2015). *Herramienta online para la consulta y diseño de Planes de Cuidados de Enfermería*. Consultado el 9 de mayo de 2024. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com/>
- Freedman, A., & Nicolle, J. (2020). Social isolation and loneliness: the new geriatric giants: Approach for primary care. *Canadian Family Physician Medecin de Famille Canadien*, 66(3), 176–182. Consultado el 20 de marzo de 2024. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32165464>
- Gallardo-Peralta, L. P., Sánchez-Moreno, E., Rodríguez Rodríguez, V., & García Martín, M. (2023). La investigación sobre soledad y redes de apoyo social en las personas mayores: una revisión sistemática en Europa. *Rev Esp de Salud Pública*, 97, e202301006. Consultado el 15 de marzo de 2024.
- Ge, L., Yap, C. W., & Heng, B. H. (2022). Associations of social isolation, social participation, and loneliness with frailty in older adults in Singapore: a panel data analysis. *BMC Geriatrics*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02745-2>
- Henao Lopez, C. P., Osorio Galeano, S. P., & Salazar Blandón, D. A. (2020). Relación entre el personal de enfermería y las gestantes durante el trabajo de parto. *Revista Ciencia y Cuidado*, 17(1), 71–84. <https://doi.org/10.22463/17949831.1636>
- Hoogendijk, E. O., Smit, A. P., van Dam, C., Schuster, N. A., de Breij, S., Holwerda, T. J., Huisman, M., Dent, E., & Andrew, M. K. (2020). Frailty Combined with Loneliness or Social Isolation: An Elevated Risk for Mortality in Later Life. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(11), 2587–2593. <https://doi.org/10.1111/jgs.16716>
- Jarach, C. M., Tettamanti, M., Nobili, A., & D'Avanzo, B. (2021). Social isolation and loneliness as related to progression and reversion of frailty in the Survey of Health Aging Retirement in Europe (SHARE). *Age and Ageing*, 50(1), 258–262. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa168>
- Junta de Castilla y León. (2021). Plan estratégico contra la soledad no deseada y el aislamiento social de Castilla y León 2022/2027. Valladolid. Consultado el 16 de marzo de 2024. <https://www.jcyl.es/junta/cp/202010923-plan-estrategico-soledad.pdf>
- Li, Z., Gu, J., Li, P., Hu, J., Wang, S., Wang, P., Zhou, L., Yun, Y., Shi, Y., & Wang, P. (2024). The relationship between social frailty and loneliness in community-dwelling older adults: a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-024-04666-2>
- Ministerio de Sanidad. (2021). *Recomendaciones para abordaje de la fragilidad en situación de crisis sanitaria generada por la covid-19*. Consultado el 17 de marzo de 2024. https://www.sanidad.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Fragilidad.pdf
- Ministerio de Sanidad. (2022). *Actualización del documento de consenso sobre prevención de la fragilidad en la persona mayor*. Madrid. Consultado el 15 de marzo de 2024. https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/envejecimientoSaludable/fragilidadCaidas/estrategiaSNS/docs/ActualizacionDoc_FragilidadyCaidas_personamayor.pdf
- Nuin Orrio, N. (2011). *Enfermería de la persona mayor*. Editorial Universitaria Ramón Areces.

- INE - Instituto Nacional de Estadística. (s/f). Número de hogares unipersonales por comunidades y ciudades autónomas según sexo, edad y estado civil. INE. Citado el 11 de marzo de 2024. Disponible en: <https://ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/p274/serie/prov/p02/I0/&file=02014.px>
- Ožić, S., Vasiljev, V., Ivković, V., Bilajac, L., Rukavina, T., & Zhu, Y. (2020). Interventions aimed at loneliness and fall prevention reduce frailty in elderly urban population. *Medicine (United States)*, 99(8). <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000019145>
- Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T.C., Mulrow, C.D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E.A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J.M., Hróbjartsson, A., Lalu, m.M., Li, T., Loder, E.W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L.A., Alonso-Fernández, S. (2021). Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología*, 74(9), 790-799. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>
- Palma-Ayllón, E., & Escarabajal-Arrieta, M. D. (2021). Efecto de la soledad en la salud de las personas mayores. *Gerokomos*, 32(1), 22–25. <https://dx.doi.org/10.4321/s1134-928x2021000100006>
- Pedrero-Pérez, Eduardo J, Morales-Alonso, Sara, Rodríguez-Rives, Ester, Valero-Oteo, Irene, Álvarez-Crespo, Blanca, Díaz-Olalla, José Manuel, & Benítez-Robredo, María Teresa. (2022). Fragilidad y riesgo de dependencia: el cuestionario de Barber en estudios poblacionales. *Gerokomos*, 33(2), 76-81. Consultado el 22 de mayo de 2024, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2022000200003&lng=es&tlng=es
- Pérez Díaz, J., Ramiro Fariñas, D., Aceituno Nieto, P., Escudero Martínez, J., Bueno López, C., Castillo Belmonte, A. B., de las Obras-Loscertales Sampériz, J., Fernández Morales, I., & Villuendas Hijosa, B. (2023). Un perfil de las personas mayores en España 2023. In *CSIC*, 3 (1). Consultado el 19 de marzo de 2024. <https://envejecimientoenred.csic.es/wp-content/uploads/2023/10/enred-indicadoresbasicos2023.pdf>
- Pinazo Hernandis, S., & Donio Bellegarde Nunes, M. (2018). *La soledad de las personas mayores. Conceptualización, valoración e intervención*. Fundación Pilares para la Autonomía Personal. Consultado el 13 de marzo de 2024. https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/doc_sosa_soledad_mayores/eu_def/fpilares-estudio05-SoledadPersonasMayores-Web.pdf
- Rodríguez Gómez, S., Company-Sancho, M. C., Teixidó Colet, N., & Peñacoba Maestre, D. (2021). Nurses in the approach to frailty. Reflective analysis on the importance of nursing care in frail elderly. *Rev Esp de Salud Publica*, 95, 1–13, e202110175. Consultado el 22 de marzo de 2024. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34668491>
- Scimago, (s.f.). SJR — Scimago Journal & Country Rank [Portal]. Consultado el 25 de abril de 2024. Disponible en: <http://www.scimagojr.com>
- Sha, S., Chan, S., Chen, L., Xu, Y., & Pan, Y. (2022). The Association between Trajectories of Loneliness and Physical Frailty in Chinese Older Adults: Does Age Matter? *Int. J. Environ. Res. Public Health* 19(9), 5105. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095105>
- Sha, S., Pan, Y., Xu, Y., & Chen, L. (2022). Associations between loneliness and frailty among older adults: Evidence from the China Health and Retirement Longitudinal Study. *BMC Geriatrics*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03044-0>
- Sha, S., Xu, Y., & Chen, L. (2020). Loneliness as a risk factor for frailty transition among older Chinese people. *BMC Geriatrics*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01714-5>
- Sjöberg, M., Edberg, A. K., Rasmussen, B. H., & Beck, I. (2019). Being acknowledged by others and bracketing negative thoughts and feelings: Frail older people's narrations of how existential loneliness is eased. *International Journal of Older People Nursing*, 14(1). <https://doi.org/10.1111/opn.12213>
- Wei, K., Liu, Y., Yang, J., Gu, N., Cao, X., Zhao, X., Jiang, L., & Li, C. (2022). Living arrangement modifies the associations of loneliness with adverse health outcomes in older adults: evidence from the CLHLS. *BMC Geriatrics*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02742-5>
- Yanguas, J. (2021). *Pasos hacia una nueva vejez*. Editorial Planeta.
- Yanguas Lezaun, J., Cilveti Sarasola, A., Hernández Chamorro, S., Pinazo-Hernandis, S., Roig i Canals, S., & Segura Talavera, C. (2018). El reto de la soledad en la vejez. *ZERBITZUAN*, 66, 61–75. <https://doi.org/10.5569/1134-7147.66.05>
- Yanguas Lezaun, J., Galdona Erquicia, N., Segura Talavera, C., & García Soler, Á. (2018). Soledad en personas mayores: propuesta para una nueva conceptualización e intervención. *HAEL*, 3(1), 35-48. Consultado el 13 de marzo de 2024. <https://reunido.uniovi.es/index.php/hael/article/view/20374/15960>

Zhao, X., & Si, H. (2021). Loneliness and frailty among nursing home older adults: the multiple mediating role of social support and resilience. *Psychogeriatrics*, 21(6), 902–909. <https://doi.org/10.1111/psyg.12765>

9. ANEXOS

Anexo A. Documento 1. Consentimiento informado.

Junta de Castilla y León
Consejería de Sanidad

Sacyl

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PUBLICACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

INFORMACIÓN AL PACIENTE

Con este consentimiento se solicita la conformidad del paciente o representante legal para el acceso y recogida de datos de su historia clínica y realizar una publicación científica/académica sobre su problema de salud.

Un caso clínico es un documento que recoge información detallada sobre el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de un paciente en particular, y normalmente se usa para compartir información novedosa que puede ser de utilidad para otros médicos y profesionales de la salud, aumentando así el conocimiento científico; siendo utilidad para otras personas con un problema de salud como el suyo.

Puede ser publicado (en forma impresa y / o mediante difusión en Internet) para que otros puedan leerlo o presentarlo en una conferencia.

No se divulgará su información personal (por ejemplo, nombre, fecha de nacimiento, número de historia clínica) y se protegerá su privacidad, de acuerdo a la Ley Orgánica 3/2018 del 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.

Aunque su información personal se mantendrá confidencial y protegida en la medida máxima de la ley, al tratarse de una publicación basada en una experiencia única, existe un riesgo muy limitado de pérdida de confidencialidad. El Material puede mostrar o incluir detalles de su enfermedad o lesión y cualquier pronóstico, tratamiento o cirugía que haya tenido, tuviera o pueda tener en el futuro.

No se espera que Ud. obtenga beneficio ni se exponga a ningún riesgo. El/los profesional/es autor/es de la publicación científica no recibirán retribución específica por la dedicación al estudio. Ud. no será retribuido por autorizar el uso de sus datos de salud.

Su decisión de participar es completamente voluntaria y usted podrá retirar su consentimiento antes de que el caso clínico haya sido publicado, sin tener que dar un motivo o sin que ello altere a la calidad de su atención en el futuro y a sus derechos legales. Una vez que el caso clínico haya sido publicado, no será posible que retire su consentimiento.

Paseo de Santa Bárbara, s/n.- 42005 SORIA
Tel. 975 23 43 00 - Fax: 975 23 43 05

Junta de Castilla y León
Consejería de Sanidad

Sacyl

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título provisional de caso Clínico (detallar problema de salud):
Síndrome de angustia vivida por una persona mayor de 70 años.

Yo, (nombre y apellidos del participante), [REDACTED]

He hablado con (nombre y apellidos del solicitante, titulación, institución)
WILDE MARTINEZ K. LINDORF ANDRÉS

Confirmo que: (marque las casillas para confirmar):

☒ He leído la información anterior sobre la publicación de un caso clínico y he entendido cómo se usará la información.

☒ He podido hacer preguntas en relación con el caso clínico.

☒ He recibido suficiente información y respuestas adecuadas.

☒ Comprendo que mi participación es voluntaria.

☒ Comprendo que puedo retirar mi conformidad:

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

☐ Deseo conocer el documento una vez que se haya publicado

☒ Se me ha facilitado ver y leer la versión final del documento y autorizo su publicación (si no se va a utilizar material sensible como fotos o grabaciones de video o audio, eliminar este punto)

De conformidad con lo que establece el Reglamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 26 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en cuanto al tratamiento de datos personales y la libre circulación de datos, y a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, declaro haber sido informado de la existencia de un fichero o tratamiento de datos de carácter personal, de la finalidad de la recogida de éstos y de los destinatarios de la información y **presto libremente mi conformidad para que se utilicen los datos clínicos de mi historia clínica en las condiciones que se describen.**

Paseo de Santa Bárbara, s/n.- 42005 SORIA
Tel. 975 23 43 00 - Fax: 975 23 43 05

Junta de Castilla y León
Consejería de Sanidad

Sacyl

Firma del paciente/representante legal
[REDACTED]

Firma del profesional que solicita el consentimiento
[Firma]

Fecha: *24/04/2024*

Fecha: *24/04/2024*

Para la realización de un Trabajo de Fin de Grado (TFG), se añade firma del tutor o co-tutor perteneciente a la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria que tendrá acceso a la información recogida en su historia clínica.

Firma del Tutor o Co-tutor
[Firma]

Nombre y apellidos
Fecha: *20/04/2024*

Revocación del consentimiento informado

Yo, _____, deseo informar de mi decisión de revocar el consentimiento de publicación del caso clínico y que mis datos no se incluyan en el mismo.

Firma del paciente/representante legal

Fecha: ____/____/____

Paseo de Santa Bárbara, s/n.- 42005 SORIA
Tel. 975 23 43 00 - Fax: 975 23 43 05

Anexo B. Resumen de las publicaciones seleccionadas.

Tabla 4. Resumen de las publicaciones seleccionadas.

Artículo	Objetivos / Hipótesis	Metodología	Hallazgos	Datos a considerar
Chu, B. L., & Zhang, W. (2022). Impact of transient and chronic loneliness on progression and reversion of frailty in community-dwelling older adults: four-year follow-up. <i>BMC Geriatrics</i>, 22(1). https://doi.org/10.1186/s12877-022-03283-1 SJR: Q1 (2023) (Scimago, (s.f.)) JCR: Q1 - Q2 (2022) Factor de impacto: 4.1 (2022) (Clarivate, (s/f))	Identificar la prevalencia y explorar los posibles impactos de la soledad transitoria y la soledad crónica en la progresión y reversión de la fragilidad mediante el uso de datos del Estudio Longitudinal de Salud y Jubilación de China (CHARLS).	Estudio de cohortes transversal. Muestra de 2961 personas de CHARLS, de los datos de 2011-2015. Criterios de inclusión: tener 60 años o más en 2011; encuestados que informaron de 4 o más componentes de fragilidad entre 2011-2015. Criterios de exclusión: Sin datos de soledad.; diagnosticados de Alzheimer, Parkinson, accidente cerebrovascular o atrofia cerebral.	Se estudia la transición de fragilidad en adultos mayores chinos. Encontraron que, aunque la fragilidad se podría revertir espontáneamente, la mayoría de los adultos permanecieron en el mismo estado, o empeoraron cuando ya estaban frágiles o pre-frágiles. También destaca que la soledad crónica puede impedir mejorar el estado de fragilidad. Comenta que los profesionales sanitarios prestan poca atención a los elementos de interacción social, como la soledad. Las personas mayores con soledad crónica son un grupo vulnerable y los autores sugieren que este grupo se podría beneficiar de intervenciones tempranas para aumentar la probabilidad de revertir la fragilidad, lo que podría reducir la carga sanitaria.	Limitaciones: La muestra solo incluyó a los encuestados entre 2011-2015 y se excluyeron a varios por fallecimiento o pérdida de seguimiento, además podría haber sesgo de selección, ya que los participantes incluidos probablemente eran más sanos que los excluidos; la soledad se evaluó con una sola pregunta y aunque esa medida se ha usado ampliamente en la población china, puede ser menos fiable que una medida con múltiples aspectos de la soledad; se preguntó sobre la soledad en la última semana.
Chu, W. M., Tange, C., Nishita, Y., Tomida, M., Shimokata, H., Otsuka, R., Lee, M. C., & Arai, H. (2023). Effect of different types of social support on physical frailty development among community-dwelling older adults in Japan: Evidence from a 10-year population-based cohort study. <i>Archives of Gerontology and Geriatrics</i>, 108. https://doi.org/10.1016/j.archger.2023.104928 SJR: Q1-Q2 (2023) (Scimago, (s.f.)) JCR: Q2 (2022) Factor de impacto: 4.0 (2022) (Clarivate, (s/f))	Evaluar la relación longitudinal entre diferentes categorías de apoyo social y la fragilidad física en adultos mayores que viven en la comunidad en Japón.	Estudio de cohortes transversal. 466 participantes, media de 71.3 años y seguimiento de 7.33 años. Los datos se recopilaron del Instituto Nacional de Ciencias de la Longevidad - Estudio Longitudinal del Envejecimiento, de la segunda oleada entre abril de 2000 y mayo de 2002.	Tener apoyo social e instrumental desde dentro y fuera de la familia se asoció con menor riesgo de fragilidad física, mientras que el apoyo negativo no se con el riesgo de fragilidad física. Tener apoyo emocional e instrumental desde dentro o fuera de la familia se asoció con menor riesgo de cansancio y riesgo de poca fuerza de agarre, mientras que el apoyo negativo se asoció con tener riesgo de cansancio.	El estudio fue aprobado por la Junta de Revisión Institucional del Centro Nacional de geriatría y Gerontología de Japón. Limitaciones: Solo se incluyeron a adultos mayores japoneses saludables que podían viajar al centro de encuestas; algunas medidas objetivas relacionadas con la fragilidad física como análisis de sangre o imágenes no se incluyeron; solo se consideró el apoyo social subjetivo, no tenían información sobre el apoyo social objetivo.

Continuación Tabla 4.

Freedman, A., & Nicolle, J. (2020). Social isolation and loneliness: the new geriatric giants: Approach for primary care. <i>Canadian Family Physician Medecin de Famille Canadien</i>, 66(3), 176–182. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32165464 SJR: Q2-Q3 (2023) (Scimago, (s.f.)) JCR: Q2 (2022) Factor de impacto: 3.1 (2022) (Clarivate, (s/f))	Revisar los problemas de aislamiento social, soledad y vulnerabilidad social en adultos mayores y los riesgos asociados, y ayudar a los proveedores de atención primaria a identificar a los pacientes en riesgo y recomendar intervenciones efectivas.	Revisión bibliográfica. La búsqueda se realizó en distintas bases de datos y también búsquedas manuales de artículos encontrados en referencias. Se realizó una búsqueda separada de la literatura gris utilizando Google La búsqueda abarcó artículos relevantes de los 10 años anteriores a junio de 2019.	Intervenciones para abordar la soledad y el aislamiento social: Facilitación social (la mayoría de las intervenciones grupales exitosas incluyen un enfoque educativo o psicosocial); terapias psicológicas (dirigidas por profesionales de la salud); con base de animales; actividad física; cuidado social y sanitario; hacer amistad (a menudo para personas confinadas en casa, dirigido por voluntarios); desarrollo de habilidades y tiempo libre (las actividades de ocio son más efectivas con ejercicio o apoyo social).	Limitaciones: los autores comentan que dada la baja calidad de los estudios, es difícil sacar conclusiones sobre qué factores contribuyen a intervenciones exitosas.
Ge, L., Yap, C. W., & Heng, B. H. (2022). Associations of social isolation, social participation, and loneliness with frailty in older adults in Singapore: a panel data analysis. <i>BMC Geriatrics</i>, 22(1). https://doi.org/10.1186/s12877-021-02745-2 SJR: Q1 (2023) (Scimago, (s.f.)) JCR: Q1 - Q2 (2022) Factor de impacto: 4.1 (2022) (Clarivate, (s/f))	Evaluar las asociaciones longitudinales entre el aislamiento social, la soledad y el nivel de fragilidad en adultos mayores que viven en la comunidad utilizando datos de panel, y examinar si el aislamiento social y la soledad tenían una asociación diferencial con la fragilidad. Explorar el efecto del género en estas asociaciones.	Estudio descriptivo. 606 participantes. Los datos de panel del estudio se derivaron de la Encuesta de Índice de Salud de la Población longitudinal de Singapur. Criterios de inclusión de los participantes: Tener más de 60 años, estar cognitivamente sano y respondió a la encuesta de manera independiente. Criterios de exclusión: Tener solo una observación y que faltasen las respuestas para las variables del modelo.	El estudio encontró que el aislamiento social, la participación social y la soledad se asociaron con niveles de fragilidad entre los adultos mayores que viven en comunidades en Singapur. La participación social y la soledad se asociaron de forma independiente con la fragilidad en los adultos mayores, y el género no moderó las asociaciones.	El comité de revisión ética de la Junta de Revisión de Dominios Específicos del Grupo Nacional de Atención Médica aprobó el estudio y se realizó según la Declaración de Helsinki.

Hoogendijk, E. O., Smit, A. P., van Dam, C., Schuster, N. A., de Breij, S., Holwerda, T. J., Huisman, M., Dent, E., & Andrew, M. K. (2020). Frailty Combined with Loneliness or Social Isolation: An Elevated Risk for Mortality in Later Life. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i>, 68(11), 2587–2593. https://doi.org/10.1111/jgs.16716 SJR: Q1 (2023) (Scimago, (s.f.)) JCR: Q1 (2022) Factor de impacto: 6.3 (2022) (Clarivate, (s/f))	Examinar el impacto combinado de la fragilidad y la soledad o el aislamiento social en la mortalidad de los adultos mayores, utilizando datos de un período de 22 años del Estudio Longitudinal de Envejecimiento de Ámsterdam (LASA).	Estudio de cohortes. 1333 participantes desde 1995 hasta 2017, de LASA (estudio multidisciplinar), en adultos mayores de países bajos. Los datos de seguimiento se recopilan cada 3 años por entrevistadores que visitaban a los encuestados en sus hogares. Se descartaron a los participantes a los que les faltasen datos de fragilidad, soledad y covariables.	Las personas con soledad o aislamiento social tienen mayor prevalencia de fragilidad, frente a los que no tienen soledad ni aislamiento social. Las personas con fragilidad y combinación de fragilidad con soledad, o fragilidad con aislamiento social tienen riesgo elevado de mortalidad. Los resultados sugieren un enfoque multidimensional y personalizado para reducir la fragilidad y sus consecuencias negativas. Se debe considerar la vulnerabilidad social a la hora de proporcionar cuidados a los adultos mayores frágiles. Son necesarias intervenciones específicas para el aislamiento social y la soledad.	Limitaciones: Usaron instrumentos validados para medir la fragilidad y soledad, no el aislamiento social, por no disponer de una medida estándar; solo se incluyeron variables básicas en los análisis, pudo haber cambios en el estado de fragilidad, soledad y aislamiento social durante el periodo de seguimiento; pueden existir otros factores de riesgo conductuales o clínicos para la mortalidad que no se pudieron controlar.
Jarach, C. M., Tettamanti, M., Nobili, A., & D'Avanzo, B. (2021). Social isolation and loneliness as related to progression and reversion of frailty in the Survey of Health Aging Retirement in Europe (SHARE). <i>Age and Ageing</i>, 50(1), 258–262. https://doi.org/10.1093/ageing/afaa168 SJR: Q1 (2023) (Scimago, (s.f.)) JCR: Q1 (2022) Factor de impacto: 6.7 (2022) (Clarivate, (s/f))	Hipótesis: el aislamiento social y la sensación de soledad están asociados con un mayor riesgo de volverse frágil o pre-frágil, y, viceversa, con una probabilidad reducida de revertir el estado después de 2 años en la población europea.	Estudio de cohortes longitudinal. 27468 participantes de más de 60 años y de los países de Suecia, Dinamarca, Austria, Alemania, Francia, Suiza, Bélgica, Luxemburgo, República Checa, Eslovenia, España, Italia e Israel, de las oleadas de 2013 y 2015 de la base de datos SHARE (encuesta de salud, envejecimiento y jubilación en Europa).	La soledad y el aislamiento social estuvieron asociados con el riesgo de que las personas no frágiles se volvieran frágiles o pre-frágiles y que las pre-frágiles se volvieran frágiles. El riesgo de revertir de pre-frágil a no frágil fue menor en personas con alto nivel de soledad. La atenuación de la soledad y el aislamiento social pueden ser claves para detener la progresión de la fragilidad. Los hallazgos indican que abordar aspectos sociales de las personas frágiles y pre-frágiles puede revertir la soledad. Se debe actuar desde la prevención y no esperar a que comience y avance el proceso de fragilidad.	Limitaciones: Se uso una adaptación del índice de fragilidad de Fried, que se basa en información autoinformada; el índice de aislamiento social no fue validado; el tiempo corto entre las dos oleadas puede limitar el número de cambios y afectar la posibilidad de encontrar asociaciones significativas; las posibilidades ofrecidas por SHARE no fueron aprovechadas completamente, por no abordar las diferencias entre los países.

Continuación Tabla 4.

Li, Z., Gu, J., Li, P., Hu, J., Wang, S., Wang, P., Zhou, L., Yun, Y., Shi, Y., & Wang, P. (2024). The relationship between social frailty and loneliness in community-dwelling older adults: a cross-sectional study. <i>BMC Geriatrics</i>, 24(1). https://doi.org/10.1186/s12877-024-04666-2 SJR: Q1 (2023) (Scimago, (s.f.)) JCR: Q1 - Q2 (2022) Factor de impacto: 4.1 (2022) (Clarivate, (s/f))	Investigar la fragilidad social y la soledad en adultos mayores en la comunidad en China y explorar de forma preliminar los factores de fragilidad social y la correlación entre la soledad y la fragilidad social.	Estudio transversal. 295 participantes. Cuestionarios entre mayo y octubre de 2022 a personas de la ciudad Zhengzhou en China. Criterios de inclusión: tener más de 60 años; estar viviendo en la comunidad durante más de 1 año, tener conciencia clara y cierto nivel de lectura; consentimiento informado y participación voluntaria. Criterios de exclusión: enfermedad mental o antecedentes de enfermedad mental y dificultades de comunicación.	Proporciona evidencia de la relación entre la soledad y la fragilidad social, y explora los factores de fragilidad social en los adultos mayores de la comunidad china. Destaca la importancia de la salud mental y la fragilidad social, y la necesidad de intervenciones psicosociales para los adultos mayores en la comunidad. La edad, el nivel educativo y la soledad fueron los principales predictores de fragilidad social entre los adultos.	Aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Zhengzhou. Limitaciones: el estudio transversal no pudo verificar la relación causal entre la fragilidad social y la soledad.
Ožić, S., Vasiljev, V., Ivković, V., Bilajac, L., Rukavina, T., & Zhu, Y. (2020). Interventions aimed at loneliness and fall prevention reduce frailty in elderly urban population. <i>Medicine (United States)</i>, 99(8). https://doi.org/10.1097/MD.000000000019145 SJR: Q3 (2023) (Scimago, (s.f.)) JCR: Q3 (2022) Factor de impacto: 1.6 (2022) (Clarivate, (s/f))	Hipótesis: Las intervenciones dirigidas a la soledad y al riesgo de caídas reducen el nivel de fragilidad en la población mayor que vive en la comunidad urbana.	Intervención comunitaria. 410 participantes que viven en sus propios hogares (283 mujeres y 127 hombres), de 80 años de media. Criterios de inclusión: tener 75 años o más, vivir de forma independiente y que puedan participar en el estudio durante al menos 6 meses según la evaluación de su enfermera comunitaria.	Grupo de control y grupo de intervención (prevención de caídas y actividad "reduciendo la soledad"): el nivel total de fragilidad en el grupo de control después de 1 año aumentó significativamente, mientras que no se observó aumento de la fragilidad en los grupos de intervención.	El estudio fue aprobado por el comité ético de la Facultad de Medicina de la Universidad de Rijeka. Limitaciones: los sujetos se inscribieron según su lugar de residencia y se asignaron a la intervención o al grupo de control, no hubo aleatorización entre los 2 grupos de intervención y los participantes fueron libres de elegir la intervención que deseaban.

Continuación Tabla 4.

Sha, S., Chan, S. H. W., Chen, L., Xu, Y., & Pan, Y. (2022). The Association between Trajectories of Loneliness and Physical Frailty in Chinese Older Adults: Does Age Matter? <i>Int. J. Environ. Res. Public Health</i> 19(9). https://doi.org/10.3390/IJERPH19095105 SJR: Q2 (2023) (Scimago, (s.f.)) JCR: Q2 (2021) Factor de impacto: 4.614 (2021) (Clarivate, (s/f))	Investigar la asociación entre la soledad y la fragilidad física en diferentes grupos de edad de adultos mayores. Hipótesis: La relación entre la trayectoria de la soledad y la fragilidad es bidireccional; las relaciones entre la trayectoria de la soledad y la fragilidad podrían ser más débiles en el grupo de edad mayor.	Estudio de cohortes longitudinal. 4618 adultos mayores: 40% entre 60-64 años; 46% 65-74 años; 14% más de 75 años. Los datos se obtuvieron entre 2011-2015 del Estudio Longitudinal de Salud y Jubilación de China (CHARLS).	Se encontró una asociación significativa entre la soledad y la fragilidad, bidireccional. La edad tiene un efecto protector y se encontró más evidencia en el grupo de 75 años o menos. El apoyo social y la resiliencia mediaron la asociación entre la soledad y la fragilidad. Además, la soledad y la fragilidad podrían compartir los mismos mecanismos fisiopatológicos, como la inflamación y los cambios en la función endocrina.	Los protocolos fueron aprobados por el comité de revisión ética en la Universidad de Pekín. Limitaciones: Medir la soledad con una sola pregunta puede subestimar su impacto y puede dificultar la medición de cambios en la soledad; la muestra analítica utilizada tenía una edad promedio joven (67 años) y una proporción menor de participantes de 75 años o más; no se controlaron factores psicológicos adicionales, como síntomas depresivos.
Sha, S., Pan, Y., Xu, Y., & Chen, L. (2022). Associations between loneliness and frailty among older adults: Evidence from the China Health and Retirement Longitudinal Study. <i>BMC Geriatrics</i>, 22(1). https://doi.org/10.1186/s12877-022-03044-0 SJR: Q1 (2023) (Scimago, (s.f.)) JCR: Q1 - Q2 (2022) Factor de impacto: 4.1 (2022) (Clarivate, (s/f))	Proporcionar evidencia adicional sobre la posible asociación bidireccional entre la soledad y la fragilidad utilizando un diseño de panel cruzado Hipótesis: Existe una relación recíproca entre la soledad y la fragilidad en los adultos mayores; existe una asociación entre los cambios en la soledad y los cambios en la fragilidad en los adultos mayores.	Estudio descriptivo. 2412 participantes con media de edad de 66.7 años. Los datos se obtuvieron del Estudio Longitudinal de Salud y Jubilación en China (CHARLS).	Se encontró que la soledad y la fragilidad tienen relación bidireccional. Tener niveles de soledad altos en un momento en el tiempo predice tener niveles altos de fragilidad en un futuro, y viceversa. Las personas mayores con niveles de soledad altos suelen tener niveles altos de fragilidad al mismo tiempo, y si la fragilidad aumenta, también lo hace la soledad.	El CHARLS fue aprobado por el comité de revisión ética de la Universidad de Pekín y los participantes dieron su consentimiento informado por escrito. Limitaciones: La soledad se midió con una sola pregunta, lo que limitó la capacidad para examinarla desde una sola dimensión, lo que podría subestimar su influencia; la mayoría de las medidas en el estudio fueron autoinformadas; no se controlaron otros factores psicológicos, como la depresión; el período de encuesta del estudio fue relativamente corto.

Sha, S., Xu, Y., & Chen, L. (2020). Loneliness as a risk factor for frailty transition among older Chinese people. <i>BMC Geriatrics</i>, 20(1). https://doi.org/10.1186/s12877-020-01714-5 SJR: Q1 (2023) (Scimago, (s.f.)) JCR: Q1 - Q2 (2022) Factor de impacto: 4.1 (2022) (<i>Clarivate</i>, (s/f))	Examinar la asociación entre la soledad y la transición de fragilidad en adultos mayores de 60 años en China. Hipótesis: La soledad está relacionada con la transición de fragilidad; la relación entre la soledad y la fragilidad está relacionada con el género.	Estudio de cohortes. Los datos provienen de la Encuesta Longitudinal de Longevidad Saludable en China. Se analizó una muestra de 8425 participantes durante 3 años (2008-2011) y 5245 participantes durante el periodo de seguimiento de 6 años (2008-2014).	Se encontró que la soledad aumentó el riesgo en personas mayores con fragilidad, así como en aquellos que permanecieron frágiles después de 6 años. No se encontró una relación significativa en el período de 3 años. Puede indicar que la soledad no solo aumenta la posibilidad de fragilidad en adultos mayores, sino también la probabilidad de que se vuelvan más frágiles. La soledad variaba según el género. La baja resiliencia se asoció con la soledad y fue más pronunciada en los hombres. La alta resiliencia puede ser un factor protector para que las personas mayores mantengan su estado de salud.	Limitaciones: el 68% tenía datos completos en la escala de fragilidad y el 63-67% en el índice de fragilidad en los dos períodos de encuesta, aquellos que no completaron el cuestionario tienden a ser más frágiles y solitarios; nuestros hallazgos pueden subestimar la relación entre la transición de fragilidad y la soledad; solo se usó una pregunta para valorar la soledad, probablemente subestimando su prevalencia; no se incluyeron variables de salud mental, como la depresión.
Wei, K., Liu, Y., Yang, J., Gu, N., Cao, X., Zhao, X., Jiang, L., & Li, C. (2022). Living arrangement modifies the associations of loneliness with adverse health outcomes in older adults: evidence from the CLHLS. <i>BMC Geriatrics</i>, 22(1). https://doi.org/10.1186/s12877-021-02742-5 SJR: Q1 (2023) (Scimago, (s.f.)) JCR: Q1 - Q2 (2022) Factor de impacto: 4.1 (2022) (<i>Clarivate</i>, (s/f))	Evaluar las asociaciones entre la soledad y las funciones cognitivas y físicas, así como la mortalidad, y determinar si la situación de convivencia modifica estas asociaciones en adultos mayores de 65 años o más que viven en la comunidad en China.	Estudio de cohortes. 13.738 participantes iniciales, al final del estudio 7.524. Los datos se obtuvieron del Estudio Longitudinal de Salud y Jubilación en China (CHARLS).	La soledad fue un factor de riesgo para la mortalidad a los 3 años, en especial en personas de más de 80 años y mujeres. La soledad se asoció con mayor prevalencia de fragilidad, en especial en mayores de 80 años y hombres. Entre las personas que viven solas, la soledad se asoció con la fragilidad solo en mujeres mayores. La soledad era más común en las personas que vivían solas. La soledad es un factor de riesgo para la fragilidad.	El estudio se aprobó por el comité de ética de investigación de la Universidad de Pekín. Limitaciones: La soledad se evaluó a través de una sola pregunta, no mediante una escala, lo que dificultó la evaluación de otras dimensiones de la soledad y podría causar cierto sesgo; aquellos que vivían solos tenían mejores funciones físicas y cognitivas; la situación de vivienda y soledad fueron dinámicos, y solo se consideraron la situación de vivienda y la soledad iniciales, no en el seguimiento.

Zhao, X., & Si, H. (2021). Loneliness and frailty among nursing home older adults: the multiple mediating role of social support and resilience. <i>Psychogeriatrics</i>, 21(6), 902–909. https://doi.org/10.1111/psyg.12765 SJR: Q2 (2023) (Scimago, (s.f.)) JCR: Q4 (2022) Factor de impacto: 2.0 (2022) (Clarivate, (s/f))	Evaluar la prevalencia de fragilidad entre los adultos mayores en residencias de ancianos en China y explorar el papel mediador del apoyo social y la resiliencia entre la soledad y la fragilidad Hipótesis: El apoyo social puede mediar la asociación entre la soledad y la fragilidad; la resiliencia puede mediar la asociación entre la soledad y la fragilidad; el apoyo social y la resiliencia desempeñan un papel mediador entre la soledad y la fragilidad.	La encuesta transversal se realizó en la ciudad de Heze, provincia de Shandong, China, desde enero de 2020 hasta marzo de 2021. 210 adultos mayores, con una tasa de respuesta del 90.5%. Criterios de inclusión: tener 60 años o más; estar viviendo en la residencia de ancianos al menos 1 mes; ser capaces de comunicarse. Criterios de exclusión: trastornos psicológicos graves; enfermedades terminales; estar recibiendo psicoterapia; tener un grave deterioro cognitivo (Examen del Estado Mental Mini-Mental)	Se encontró que el apoyo social y la resiliencia eran mediadores en la relación entre la soledad y la fragilidad. Se encontró una asociación significativa entre la soledad y la fragilidad. Además, la soledad y la fragilidad podrían compartir los mismos mecanismos fisiopatológicos, como la inflamación y los cambios en la función endocrina.	El estudio se aprobó por el Programa de Protección de la Investigación Humana del Colegio Médico de Heze y se obtuvo la aprobación ética. Limitaciones: el diseño transversal no pudo verificar las relaciones causales entre las variables; se usó la escala FRAIL para medir la fragilidad física, no la fragilidad multidimensional; las medidas autoinformadas podrían permitir un sesgo de memoria.
---	--	---	---	--

Anexo C. Documento 2. Transcripción literal de la entrevista con la Sra. Sofia.

Pregunta (P), respuesta de la Sra. Sofia (RS) y respuesta de la hermana de la Sra. Sofia (RH).

P: Gracias otra vez, he visto que vive aquí en Soria.

RS: Si.

P: ¿Vive sola, acompañada?

RS: Vivo sola.

M: Vale, tiene familia, hermanos, hijos, marido...

RS: Hijos no tengo, soy viuda y hermanos hemos sido 5 y ahora somos 4, porque un hermano murió

P: ¿Su marido cuando falleció?

RS: Mi marido pues exactamente, ¿cuántos años hace que murió la madre? (a su hermana)

RH: 26

RS: 26, pues el murió después, pues hará unos 28 o 30 años.

P: Vale, por saber si ha pasado poco tiempo. Entonces, como no tiene hijos, ¿tiene sobrinos?

RS: Si.

P: ¿Cuántos?

RS: ¿Cuántos? pues 10 o 11 (RH: tiene 11)

P: ¿Tenéis buena relación en la familia?

RS: Si, tenemos muy buena relación.

P: Con todos, hermanos, tíos...

RS: Si, si.

P: Muy bien, vive aquí en Soria en un piso.

RS: Si, en (dice su dirección).

P: ¿Su hermana vive también en Soria?

RS: No, mi hermana vive en Barcelona, pero tenemos casa en el pueblo (dice el nombre del pueblo) y a veces viene, que ahora está bien y está también conmigo.

P: Aprovecháis y estáis juntas.

RS: Si, y aprovechamos el buen tiempo.

P: Eso, ahora que hace, sí. ¿El resto de sus hermanos viven en Soria o también viven fuera?

RS: Viven en Barcelona.

P: ¿Todos?

RS: Si.

P: Usted se has quedado aquí.

RS: Si.

P: Vale, pues como vive sola, tiene relación con tus vecinos, amistades?

RS: Si si.

P: ¿Con sus vecinos?

RS: Tengo relación con mis vecinos y tengo amigas y tengo muy buenas amistades aquí en Soria, si.

P: ¿Lleva toda la vida viviendo aquí?

RS: No, he vivido 32 años o 33 años en Barcelona.

P: ¿Cuándo era joven? ¿o hace menos?

RS: Si, cuando era joven claro, trabaje en seat, estaba de encargada en la sección de tapicería, donde se cosía con las máquinas.

P: Y ahí estuvo mucho tiempo.

RS: 32 o 33 años, bueno antes trabaje, no sé si 4 o 5 años en paracaídas, y hacíamos los paracaídas para el ejército color caqui, y luego hacíamos otros blancos de seda natural.

P: Muy interesante, ¿me podría contar un poco como es tu día a día?

RS: Eh, ¿continuo?

P: Qué suele hacer, si va a pasear...

RS: Pues mira, por la mañana a veces si no hace demasiado frío, voy a gimnasia ahí al alto de la dehesa, y luego de que acabo la gimnasia doy un par de paseos por ahí por la dehesa y luego ya me subo a casa

P: ¿Y la gimnasia la hace sola? o va con alguna amiga?

RS: No, hay bastante gente.

P: ¿Pero quedas con ellos o?

RS: No, no.

P: Coincide.

RS: Es particular, cada uno si le parece va y si no le parece pues no va.

P: Vale, siguiendo el día a día, cuando está sola aquí, se prepara, se organiza todo usted, se cocinas, limpia la casa.

RS: Bueno, tengo una chica que me viene a limpiar.

P: Vale.

RS: Y cocinar y eso me lo hago yo.

P: Vale, muy bien.

RS: Me lo hago yo a mi manera.

P: Siguiendo un poco, ¿duerme bien, siente que descansa, siente algún problema?

RS: como un tronco, duermo estupendamente bien, suelo acostarme sobre las 12 (pm) y me despierto sobre las 8 o así, pero luego me hago el remolón y me levanto sobre las 8:30 o las 8:45, depende lo que tenga que hacer.

P: Vale, con el tema de la fragilidad, siente usted que desde que se siente más frágil, en el sentido de menos fuerza, que se cansa más, más fatiga.

RS: Hombre, a medida que te vas haciendo mayor pues vas perdiendo facultades, pero hasta el momento yo me encuentro bastante bien y bastante ágil para andar (la hermana hace gestos de desacuerdo).

P: Hablando con Eva (su enfermera del centro de salud), me comentó que tuvo una caída no hace mucho tiempo.

RS: Si, me he caído 2 o 3 veces, la última vez fue por aquí por la dehesa, que creo que me dio así algo repentino en la cabeza y me caí (la hermana gesticula no estar de acuerdo).

P: Desde entonces...

RS: Y me hice daño, me parece que en el hombro.

P: Y se recuperó.

RS: Si, y tuve que llevarlo 10 días me parece inmovilizado, pero vaya que no me han quedado secuelas

P: Vale, desde que, cuando se cayó, pudo pedir ayuda, tenía gente que le ayudase.

RS: Bueno, había gente alrededor y enseguida me ayudaron, pero vaya tan pronto me levanté pues me encontré bien, pero incluso había una amiga mía por allí y fuimos a la milagrosa, entonces allá en la milagrosa me hicieron una revisión, unas preguntas, me dijeron que todo estaba bien.

P: y eso que ha dicho que tuvo cabestrillo, el brazo inmovilizado, tenía gente que le ayudase por tener el brazo así, los vecinos, alguna amiga, teniendo a la familia viviendo lejos.

RS: Me iba defendiendo.

RH: Sofia, viniste a Barcelona.

RS: Si es verdad, que no me acordaba, si, no me acordaba.

P: Y le ayudaron ellos.

RH: Tuve que venir a buscarla de Barcelona.

RS: Si, me vino ella a buscarme de Barcelona y estuve allí una temporada hasta que se me fue pasando.

RH: Dos meses.

P: ¿Desde que se cayó siente más miedo?

RS: Hombre, tengo más precaución y voy mirando más al suelo, a ver dónde piso.

RH: Se ha caído 2 veces más.

P: Desde entonces, ¿la última cuando fue?

RS: ¿Cómo?

RH: ¿No te has caído 2 veces más desde que el cabestrillo? ¿cuándo te caíste en el lavabo? ¿y la vez anterior que te fuiste a Barcelona en navidad para operarte el ojo? ¿o no?

RS: En Barcelona no me caí.

RH: Sofia, te caísteis aquí en Soria.

RS: Si.

RH: Y te afectó al ojo que te tuviste que ir a operarte a Barcelona.

RS: Si.

RH: Y después de venir de Barcelona te caíste en el lavabo.

RS: Porque me caí sobre el lado izquierdo y entonces tenía una lente y se me movió la lente y veía muy nublado, entonces tenemos un sobrino que vive en Barcelona que es oculista (RH: te cuenta toda la historia) y entonces él me lo solucionó.

P: Vale, de volver a pasar, que se cayera, de tener una caída, siente que tiene apoyo cerca en Soria.

RS: Si, tengo muy buena relación, muy buenas amistades y tengo una vecina (señala hacia arriba).

RH: Tienes un sobrino.

RS: Si tengo un sobrino que trabaja en (nombre de la empresa).

P: Al que puede llamar.

RS: Si.

P: ¿Hay alguna cosa que le preocupe respecto a la fragilidad? al sentirse con menos fuerza?

RS: Hombre, cuando vas perdiendo facultades siempre te afecta un poco y piensas más en lo que haces.

P: Pues si le parece nos metemos más con el tema de la soledad.

RS: Vale.

P: ¿Qué entiende usted por soledad? ¿qué piensa que es?

RS: ¿Que qué entiendo por la soledad? pues que es muy triste el encontrarse una persona sola sin que nadie se preocupe de ella, pero yo gracias a dios ese problema no lo tengo, porque tengo toda mi familia que está muy pendiente de mí.

P: Le pregunto porque yo en el trabajo parto o tengo la idea de que no toda la soledad es mala.

RS: Ya ya, yo creo que no.

P: Por eso, hay alguna pregunta que igual pues puede ser.

RS: Molesta.

P: Si, pero por ser un tema un poco difícil o raro, que no se suele comentar, entonces para que supiese que no estoy preguntando por la soledad mala, estoy preguntando sobre la soledad en general. Más o menos ya lo hemos ido hablando, pero, siente que tiene a alguien con quien hablar de sus problemas diarios, algún familiar, alguna amiga, algún vecino...

RS: Si, si, tengo mi sobrino que cualquier cosa que tenga, lo consulto con él y él si yo dudo él me lo resuelve y está muy pendiente de mí.

P: Le cuida mucho.

RS: Si.

P: Vale, echa de menos alguna vez, tener alguna amigo íntimo, igual lo tiene o igual lo tuvo y lo echa de menos.

RS: Si tengo, tengo una amiga que es como si fuese una hermana.

P: Qué suerte tener a personas así.

RS: Si, si (dice el nombre de la amiga) y luego tengo también unos vecinos que a veces por la noche subo a jugar con ellos a cartas. Lo que pasa que ahora el marido está enfermo y entonces ahora pues no subo, pero de todos modos por la tarde sobre las 17:30 me bajo al centro de la tercera edad y con las amigas hacemos la partida de cartas.

P: Eso hay que disfrutarlo y aprovecharlo al máximo.

RS: Si.

P: ¿Alguna vez ha llegado a sentir una sensación de vacío a su alrededor?

RS: Pues no.

P: Vale, ya se lo he preguntado de forma distinta, en caso de que necesitase algo, alguna vez, ¿siente que personas para poder recurrir a ellas? ¿que le ayuden?

RS: Si.

P: Y ahora mismo, ¿siente que echa en falta a alguien? ¿alguna persona?

RS: Pues no, ahora mismo, pues no encuentro faltar a nadie porque todas mis hermanas están muy pendientes de mi y ella (su hermana) está aquí ahora y la verdad que no.

P: Respecto a las amistades que tiene, ¿siente que son pocas, muchas, que son suficientes?

RS: Pues si, están bien, bastantes, porque no por nada, pero no sé qué tengo que las personas que me conocen por primera vez pues no suelen olvidarme.

P: ¿Siente que igual echa de menos tener gente a su alrededor? o se encuentra bien?

RS: Hombre, hay ratos pues que si, que te encuentras un poco sola y desearías tener alguien querido a tu alrededor, eso yo creo que nos pasa a todos.

P: Y hemos hablado de las amistades, pero ¿siente que suficientes amistades íntimas, más cercanas de más, siente que son suficientes? porque las amistades ya sabe que pueden ser muy distintas.

RS: Si, yo creo que si, que las amistades que tengo son suficientes, pero vaya no está de más conocer a alguien más.

P: Siempre se puede ampliar.

RS: Exactamente.

P: Vale, ¿ha llegado alguna vez a sentirse rechazada o abandonada?

RS: ¿Rechazada?

P: Si, por alguna persona.

RS: No, yo creo que no.

P: ¿Y cree que puede contar con sus amistades siempre que lo necesite?

RS: Mmm si, no con todas, pero sí con varias.

P: Luego, estas preguntas son un poco más sobre el sentido de la vida digamos. ¿En general, durante el día siente que se aburre o tiene algún momento de aburrimiento?

RS: No, no, no me aburro, porque tengo cosas que hacer, me gusta hacer ganchillo, me gusta hacer punto, me gusta leer, y la verdad no, no siento aburrimiento.

P: Vale, ¿en general en su vida cree que tiene propósitos o metas o algún anhelo, que le mueva a hacer cosas?

RS: Hombre pues si, si.

RH: Tiene 90 años ee.

P: Si, bueno, pero me refiero, puede ser la familia.

RS: A ver que no he entendido bien la pregunta.

P: A ver si tiene propósitos, qué le puede motivar, siente que tiene motivaciones o, pues salir a pasear, a gimnasia, que llegue alguna fecha para estar con la familia, ¿siente que tiene esas motivaciones?

RS: Si, si me gusta andar porque ando bastante y después de la gimnasia allí en lo alto de la dehesa un par de paseos para arriba y para abajo y luego por las tardes yo vivo (dice su dirección) y todas las tardes bajo a jugar al centro de la tercera edad en la plaza mayor.

P: Bien, no para en ningún momento. Entonces, con todo esto, ¿siente que los días son exactamente iguales o que cada día tiene algo diferente, que cambian?

RS: Hombre, yo creo que no hay ningún día igual, porque cada día pues yo creo que es diferente, hay otras actividades, otras motivaciones y cada día pues no es igual, bajo mi punto de vista.

P: Si, cada uno lo que siente o le parece. Bueno, y esta es igual un poco rara, pero ¿cuáles son sus razones para vivir?

RS: ¿Qué cuáles son mis razones para vivir? Pues llevar una vida sana y no hacer daño a nadie, yo disfruto haciendo el bien y haciendo favores si me los piden y lo tengo pues estoy encantada de complacerlos.

P: Pues no tengo más preguntas, porque ya me ha dicho que no siente soledad.

RS: No, no, no, no y ya te digo no me gusta hacer daño a nadie, al contrario, disfruto haciendo bien y si puedo hacer un favor encantada de hacerlo.

P: Muy bien, pues muchas gracias de nuevo.

Anexo D. Documento 3. Plan de cuidados enfermero siguiendo la taxonomía NANDA (Elsevier, 2015).

Diagnóstico NANDA: [00257] Síndrome de fragilidad del anciano r/c disfunción cognitiva y deterioro del equilibrio postural y m/p caídas repetidas en el último año y deterioro de la memoria.

NOC: [1912] Caídas.

Indicadores: ESCALA 07 Número de presentaciones.

- Caídas en bipedestación 4 → 5 (1-3 → Ninguno)
- Caídas caminando 4 → 5 (1-3 → Ninguno)
- Caídas al ir al servicio 4 → 5 (1-3 → Ninguno)

NIC: [6490] Prevención de caídas. **Actividades:**

- Animar al paciente a utilizar un bastón o andador cuando vaya a la consulta de enfermería.
- Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas en la siguiente visita al centro de salud.
- Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio al deambular, y recomendar ejercicios para su mejora.

NOC: [0900] Cognición.

Indicadores: ESCALA 01 Grado de deterioro de la salud o el bienestar.

- Memoria reciente 3 → 3 (Moderadamente comprometido)
- Memoria inmediata 3 → 4 (Moderadamente comprometido)
- Procesa la información 4 → 4 (Levemente comprometido)

NIC: [4760] Entrenamiento de la memoria. **Actividades:**

- Indicar llevar a cabo técnicas de memoria, como imaginación visual, dispositivos mnemotécnicos, juegos de memoria, pistas de memoria, técnicas de asociación, realizar listas, utilización de etiquetas con nombres o repasar información.
- Animar al paciente a que participe en grupos de entrenamiento de la memoria.
- Proporcionar entrenamiento de orientación, como que el paciente repase información y fechas personales.