

TRABAJO DE FIN DE GRADO

GRADO EN ENFERMERÍA



UNIVERSIDAD
DE ALMERÍA

LA SOLEDAD EN EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

LONELINESS IN THE AGING PROCESS

AUTOR

D. / D.ª Marina Rueda Sáez

DIRECTOR

Prof./Prof.ª María del Mar Torres Navarro



Facultad de
Ciencias de la Salud
Universidad de Almería

Curso Académico
2019/2020
Convocatoria
Junio

RESUMEN

Introducción: El envejecimiento comprende una serie de cambios a nivel fisiológico, psicológico y social, que ocurren de forma continua e irreversible, y además dependen de las características del individuo y su entorno. Además, existe una tendencia demográfica al envejecimiento a nivel global. Es por ello por lo que es necesario comprender ciertos fenómenos que ocurren mayoritariamente en la vejez. Uno de ellos es la soledad, que se define como el desequilibrio entre las relaciones sociales que la persona tiene con relación a sus expectativas, ya sea de forma cualitativa o cuantitativa.

Objetivo: El objetivo de este trabajo es analizar la soledad en el adulto mayor y su abordaje actual según la evidencia disponible.

Metodología: Se ha realizado una revisión bibliográfica entre enero y mayo de 2020, de la cual 66 artículos han pasado a formar parte de la bibliografía consultada de este trabajo.

Resultados: Según la evidencia consultada, se desarrollaron los factores de riesgo y factores protectores de la soledad en las personas mayores, se identificaron los problemas de salud asociados, se estableció un perfil de la persona mayor susceptible de sufrir soledad, se analizó el marco normativo y de referencia, así como algunas intervenciones para paliar la soledad y su efectividad, y se revisó el abordaje enfermero desde la taxonomía NANDA, NIC y NOC.

Conclusiones: Merecen especial atención para futuras investigaciones la falta de conocimiento, de recursos reales y apoyo institucional, incluso de la formación de los profesionales, incluidas las enfermeras, a la hora de la prevención, detección y tratamiento de la soledad.

PALABRAS CLAVE: *Soledad, Aislamiento social, Envejecimiento, Enfermería.*

ABSTRACT

Introduction: Aging comprises a series of physiological, psychological, and social changes, which occur continuously and irreversibly, and depend on the characteristics of the individual and his or her environment. In addition, there is a demographic trend towards ageing at a global level. Therefore, it is necessary to understand certain phenomena that occur mostly in old age. One of these is loneliness, which is defined as the imbalance between the social relations that a person has in relation to his or her expectations, whether in qualitative or quantitative terms.

Aim: The aim of this paper is to analyze loneliness in the elderly and its current approach according to the available evidence.

Methodology: A bibliographic review was carried out between January and May 2020, of which 66 articles were included in the bibliography consulted for this work.

Results: According to the evidence consulted, the risk factors and protective factors of loneliness in older people were developed, associated health problems were identified, a profile of the elder person susceptible to loneliness was established, the regulatory and reference framework was analyzed, as well as some interventions to alleviate loneliness and their effectiveness, and the nursing approach from the NANDA, NIC and NOC taxonomy was reviewed.

Conclusions: Lack of knowledge, real resources, and institutional support, including training of professionals, including nurses, in the prevention, detection and treatment of loneliness deserve special attention for future research.

KEYWORDS: *Loneliness, Social isolation, Aging, Nursing.*

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS	9
3. METODOLOGÍA	10
4. RESULTADOS	11
5. CONCLUSIONES	26
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Evolución del concepto de envejecimiento.

El **envejecimiento**, desde un punto de vista biológico, comprende un conjunto de cambios a nivel celular que se acumulan a lo largo del tiempo, ocasionando un aumento de morbilidad, de discapacidades físicas y mentales, prolongándose hasta el final de la vida. (1,2) Se trata de un proceso irreversible y continuo, cuyo inicio se sitúa alrededor de los 30 años. (3)

Sin embargo, no es uniforme y no se desarrolla de la misma forma en todos los individuos, ya que las características del individuo y el entorno influyen en gran medida en el desarrollo de los cambios asociados a esta etapa. (2)

Acompañando a los cambios fisiológicos asociados, sobrevienen multitud de patologías crónicas, incluidas las patologías cardíacas y accidentes cerebrovasculares, enfermedades respiratorias, enfermedades oncológicas y demencia, además de problemas auditivos, visuales y de movilidad relacionados con la edad. Este hecho se asocia con un mayor riesgo de que se presente más de una a la vez (multimorbilidad), con el añadido de que estos procesos crónicos no son estáticos, y puede presentarse de una forma atípica o diferente a cómo suelen manifestarse en otras etapas. (2)

Por otro lado, existen una serie de cambios psicológicos y sociales asociados al envejecimiento.

Respecto a los cambios psicológicos, el envejecimiento conlleva alteraciones en la memoria, lenguaje y expresión y en los procesos de pensamiento, pero la personalidad se suele mantener intacta. (4)

En cuanto a los cambios sociales, en esta etapa el individuo se enfrenta a cambios de roles sociales, como el paso a la jubilación, o a situaciones de pérdida de relaciones, estas comúnmente asociadas al fallecimiento de amigos y cónyuges.(5) Todo esto puede traducirse en sentimientos de soledad, por ser una etapa marcada por pérdidas, tanto afectivas como de sus facultades físicas, psíquicas o económicas. (4)

Este concepto de envejecimiento lleva consigo una serie de connotaciones negativas, asociadas a la existencia de estereotipos y prejuicios en torno a las personas mayores, y

no se encuentran únicamente en la población general, si no que pueden surgir en la propia persona mayor e incluso en su entorno más cercano. (6)

Los prejuicios son opiniones previas asociadas normalmente al grupo social al que pertenecen, sin tener en cuenta las características individuales. Estos provienen de los estereotipos, que son las creencias que se asocian a un grupo social, y los justifican. Están basados en la percepción que se toma de ese grupo, de la cual resulta la imagen que se toma de esas personas. (7)

En la población adulta mayor, estos estereotipos y prejuicios más comúnmente asociados son (8):

- Relacionar el envejecimiento con enfermedad.
- Deducir que el envejecimiento conlleva a dependencia y falta de productividad.

Estos estereotipos generan en las personas mayores una interiorización de estos, cumpliendo con las expectativas que la sociedad tiene sobre ella, lo que se conoce como auto estereotipos. (6)

Añadido a este hecho, los profesionales que se dedican al cuidado de los mayores (médicos, enfermeros, terapeutas ocupacionales, etc.) poseen unos estereotipos más negativos que los de la población general. Esto puede deberse tanto a una escasa formación en cuanto al proceso de envejecimiento como a la sobrecarga de trabajo que puede conllevar el propio cuidado. (6)

Debido a las consecuencias y el impacto que supone el proceso de envejecer, unido a la tendencia demográfica de la población, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la Segunda Asamblea de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento, celebrada en Madrid en 2002, establece el concepto de **envejecimiento activo**, definiendo este como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”. (9)

También establecen como determinantes que afectan a este proceso la cultura y el género, sistemas sanitarios y servicios sociales, la conducta y el entorno, los factores personales y los factores económicos; de esta forma, las estrategias deben ir encaminadas a estos factores para promover la calidad de vida en el envejecimiento. (9)

Por último, dando un paso más, la OMS propone en el Informe Mundial Sobre Envejecimiento y Salud en 2015 la definición de **envejecimiento saludable**, en la que resaltan dos conceptos principales: capacidad intrínseca y capacidad funcional. (10)

Esta definición de la OMS establece que el envejecimiento saludable es “el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez”. (2). Así, en el proceso de envejecer, tanto la capacidad funcional (aquella que se relaciona con la salud y que permite a la persona realizar todas aquellas cosas que considera importantes) y la capacidad intrínseca (capacidades físicas y mentales de una persona), unidas al entorno, van a ser los aspectos en los que se deben enfocar las estrategias de salud pública que se puedan plantear. (2)

Por último, cabe destacar dos conceptos a tener en cuenta en el proceso de envejecimiento, que se recogen en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia: dependencia y autonomía.

La definición de **autonomía** en la ley es “la capacidad de controlar, afrontar y tomar por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades de la vida diaria.” (11)

Por otro lado, la **dependencia** se define en la ley como “el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.” (11)

Pero si nos centramos en el ámbito de la Enfermería, ambos conceptos forman parte de uno de los modelos teóricos más utilizados a nivel mundial, el modelo de Virginia Henderson y las catorce necesidades básicas.

Para Henderson estas definiciones tienen otras connotaciones. Cuando se habla de dependencia en este modelo, se refiere al “desarrollo insuficiente e inadecuado para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo, sexo y su situación de vida y salud. Está causada por una falta de fuerza, conocimiento y voluntad.” (12)

En cuanto a la autonomía, es “la capacidad física e intelectual de la persona que le permite satisfacer las necesidades básicas mediante acciones realizadas por ella misma”.(12)

En este contexto, Henderson habla de dependencia cuando el individuo tiene alguna de sus catorce necesidades no cubierta, y si es incapaz de cubrir estas necesidades básicas por sí misma se refiere a una falta de autonomía. Si bien hay que tener en cuenta que la persona podría ser independiente, aunque no autónoma en el caso de contar con un agente de autonomía asistida que le supliera total o parcialmente en sus necesidades no cubiertas.

1.2 Epidemiología del envejecimiento

Las personas mayores constituyen en la actualidad un grupo demográfico en crecimiento; en 2019 a nivel mundial se contabilizaban 703 millones de personas mayores de 65 años. (13) Este hecho viene motivado por dos factores: una baja tasa de natalidad y un aumento de la esperanza de vida. (14)

Se puede entender cómo oscila el envejecimiento de la población mundial basándose en datos, como, por ejemplo, en el índice de envejecimiento de la población española, que está recogido en el Instituto Nacional de Estadística, desde 1975 hasta 2019. Según datos de INE, el índice de envejecimiento en 1975 era del 35%, llegando en 2019 a suponer casi el 123%. (15)

En 2018, según datos de la OMS, el número de personas de 80 años o más alcanzaba los 125 millones; para 2050 se prevé que esta cifra llegará a los 434 millones de personas. (1)

En Europa, el envejecimiento de la población como tendencia se inicia hace varias décadas. En 2018, el porcentaje de personas mayores (65 años o más) representaba el 19,7% de la población. (16) Los países con mayor porcentaje de personas de 65 años o más (en 2019) son Italia, Grecia, Portugal, Finlandia y Alemania. (17)

Además, la previsión de envejecimiento hace que el porcentaje de personas mayores en Europa pueda llegar al 35% en 2050. (18)

La situación en España sigue una tendencia similar a Europa y al resto del mundo. Según Envejecimiento en Red, organismo que colabora con el Consejo Superior de

Investigaciones Científicas (CSIC) para la divulgación de información útil sobre el envejecimiento, en 2019 el porcentaje de personas mayores, de 65 años o más, supone un 19,3% de la población, y el número de personas octogenarias representa el 6,1%. (17)(18)

Esta tendencia en España se refleja en un aumento en el volumen de las generaciones que han alcanzado los 65 años y su supervivencia tras cumplir esa edad. (19)

Para entender este fenómeno a nivel nacional hay que tener en cuenta que existe un descenso de la mortalidad, ligada a una esperanza de vida en torno a los 83 años. También existe un aumento en la población centenaria, alcanzando en 2017 la cifra de 15.381, con un crecimiento acelerado en los últimos años. (19)

En cuanto a género, según Pérez Díaz, aunque cada vez las diferencias entre ambos sexos son menores, es preciso destacar el predominio del sexo femenino en el conjunto de los mayores. (19)

Otro aspecto a valorar es la relación entre el envejecimiento y las causas de la muerte. Estas están relacionadas principalmente con afecciones del sistema circulatorio, enfermedades oncológicas, respiratorias o degenerativas, repercutiendo en el estado de salud percibido y en la calidad de vida. (19)

1.3 Marco normativo y estrategias oficiales relacionadas con el envejecimiento en España

Una vez analizados los datos actuales sobre el envejecimiento y su impacto, es necesario mencionar algunas de las leyes y estrategias puestas en marcha en los últimos años, a nivel autonómico, nacional e internacional.

Respecto al marco normativo general relacionado con el envejecimiento, la primera norma que se encuentra es la Constitución Española, cuyos apartados 49 y 50 abordan la atención a ciudadanos durante la tercera edad. (20)

Tanto el Código civil como diversas leyes nacionales, como son la Ley General de Sanidad, la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud o la Ley de Autonomía también abordan aspectos en la atención a las personas mayores. (21-24, 11)

Pero no contamos únicamente a nivel general con normativas aplicables a nuestra población de estudio, sino que a nivel autonómico contamos con varias leyes, entre las que se encuentran la Ley de Servicios Sociales de Andalucía, la Ley de Atención y Protección a las Personas Mayores o la Ley de Declaración de Voluntad Vital Anticipada. (25-27)

Por último, también hay que destacar que existen diferentes estrategias de actuación a nivel nacional e internacional, desarrollados desde 2002 hasta 2017.

Ejemplos de estas, son el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento de las Naciones Unidas de 2002, o la Estrategia Nacional para el Envejecimiento Activo y el Buen Trato del Consejo Estatal de las Personas Mayores de 2017. Estas medidas se han desarrollado con mayor profundidad en el apartado de Resultados.

1.4 Envejecimiento y soledad

La soledad es otro de los conceptos clave de este trabajo, y uno de los fenómenos más comúnmente asociados con el proceso de envejecimiento.

El Diccionario de la Real Academia Española (RAE) define la soledad como “carencia voluntaria o involuntaria de compañía” o “pesar y melancolía que se sienten por la ausencia, muerte o pérdida de alguien o algo”. (20)

Dando un paso más, en el contexto de los cuidados enfermeros, Perlman y Peplau definen la **soledad** como un desequilibrio entre las relaciones sociales que la persona tiene con relación a sus expectativas, ya sea de forma cualitativa o cuantitativa. (21,22)

Este concepto se tiende a confundir a veces con el de **aislamiento social**. A diferencia del anterior, para Bermeja el aislamiento social supone la carencia de interacciones con otros. (23)

Pero volviendo a la soledad, si se comparan las definiciones antes citadas, en la primera definición de la RAE se estaría haciendo alusión al aislamiento social mientras que la segunda guardaría mayor relación con la soledad.

Por lo tanto, cuando hablamos de aislamiento social según Bermeja, este se podría enmarcar en el término de “**soledad objetiva**”, siendo esta la carencia de compañía ya

sea permanente o temporal, que no tiene que conllevar necesariamente sentimientos negativos. Si hablamos de “**soledad subjetiva**”, hablamos de sentimientos de soledad, que adquieren una connotación negativa debido a que puede resultar dolorosa o angustiosa. (23)

El sentimiento de soledad tiene una mayor incidencia en personas mayores (65 años o más), asociado a situaciones que se desarrollan en esta etapa, como la muerte del cónyuge y la pérdida de relaciones, y el deterioro de la salud; todo ello se incrementa cuando la persona vive sola. (21)

La soledad se ha convertido en un factor importante que influye en la salud y el bienestar. (24) Las consecuencias de este fenómeno van desde el desarrollo de discapacidades físicas, hasta depresión; (21) su asociación con un deterioro cognitivo y demencias, y un aumento de la mortalidad y de morbilidad relacionada con enfermedades crónicas. (25)

1.5 Abordaje del envejecimiento y la soledad en Enfermería: uso de taxonomías

Con anterioridad se han comentado conceptos relacionados con la soledad por parte de enfermeras teóricas como Peplau o Henderson.

Pero independientemente del marco teórico elegido por cada enfermera para atender a sus pacientes, contamos con la clasificación internacional de diagnósticos enfermeros NANDA que aborda expresamente la soledad en uno de sus diagnósticos propuestos.

Esta clasificación cuenta con dos diagnósticos clave relacionados con este trabajo: “**Riesgo de Soledad**” y “**Aislamiento Social**”

En el apartado de resultados se detallarán los factores relacionados y de riesgo de ambos diagnósticos, así como algunos resultados NOC e intervenciones NIC relacionadas que completarían el plan de cuidados enfermero.

1.6 Aspectos relacionados con la situación actual: Covid-19.

El día 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud declaró el estado de pandemia mundial, originado por un brote de enfermedad por coronavirus, o Covid-19. (26)

En España, la incidencia de nuevos casos ha ido aumentando hasta alcanzar en abril de 2020 los 166.019 casos, con 16.792 fallecidos. Estos datos han sido recogidos el día 12 de abril de 2020 desde el Ministerio de Sanidad. (27)

Según el Ministerio de Sanidad, hoy en día se conoce que esta enfermedad “afecta de forma más grave a mayores de 65 años con patología cardiovascular previa (sobre todo hipertensión e insuficiencia cardíaca) y en menor medida con patología respiratoria crónica y diabetes. La mortalidad aumenta con la edad” (28)

Los datos de mortalidad en nuestro país evidencian que el porcentaje de personas fallecidas, así como el porcentaje de letalidad de la enfermedad son mayores en pacientes comprendidos entre los 70 y 90 años en adelante. (29).

Además, la situación en los centros sociosanitarios es susceptible de agravarse debido a que sus residentes son personas de edad avanzada, que presentan situaciones de pluripatología y que se encuentran continuamente en contacto con el personal encargado de sus cuidados y con los demás residentes. (30)

En este contexto, donde las personas mayores han sido y son un grupo de riesgo, las medidas de confinamiento en casa han pasado factura, y la soledad ha sido destacada por diferentes instituciones y medios de comunicación, dando pie a iniciativas oficiales y particulares.

A modo de ejemplo, en cuanto a medidas tomadas para abordar la soledad en personas mayores durante el confinamiento, se encuentra en Andalucía el proyecto “Minutos en Compañía”. Este tiene por finalidad acompañar a las personas mayores aisladas durante el confinamiento de manera telemática por voluntarios, para disminuir los sentimientos de aislamiento y soledad. (31)

Otro ejemplo vendría de la mano de la Diputación de Almería, que también ha habilitado un nuevo servicio desde el Área de Bienestar Social, dirigido a las personas mayores que viven solas en la provincia. Se trata de una atención telefónica, por parte psicólogos y educadores sociales, para aquellas personas que quieran hacer consultas o necesiten mantener una conversación. Además, han facilitado material tecnológico a las personas mayores en las residencias para que puedan mantener el contacto con sus familiares. (32)

Por último, cabe destacar el programa de la Universidad de Almería en colaboración con la empresa Zred, llamado “ACOMPAÑANDO-nos desde CASA”, en el que las personas que quieran ayudar a las personas que están sufriendo el confinamiento en soledad puedan dar su número de teléfono y ofrecerles apoyo y acompañamiento vía telemática.

1.7 Justificación

Teniendo en cuenta la situación expuesta anteriormente, encontramos que la soledad es un problema relevante para la población adulta mayor, que va en aumento, donde el abordaje no está definido específicamente. Es evidente que la soledad es un problema que afecta en mayor medida a esta población y que su carácter subjetivo puede enmascararlo.

Otro factor relevante, es la situación actual que estamos viviendo, relacionada con el confinamiento por Covid-19, que deja aún más al descubierto la necesidad de nuevas medidas o de una evaluación del abordaje actual de la soledad en las personas mayores.

A nivel de actuación, para los profesionales sanitarios en general y para los enfermeros en particular, va a suponer un verdadero reto proporcionar una atención integral y de calidad, si no se profundiza en este tema.

Es por esto por lo que este trabajo fin de grado pretende realizar un análisis de la soledad en las personas mayores y su abordaje actual, que ayude a mejorar su conocimiento y a plantear medidas efectivas concretas y con base científica.

2. OBJETIVOS

Objetivo general: Analizar la soledad en el adulto mayor y su abordaje actual según la evidencia disponible.

Objetivos específicos:

- Determinar los factores de riesgo y los factores protectores de la soledad en las personas mayores.
- Conocer qué patologías se asocian con la soledad en las personas mayores.
- Establecer un perfil de la persona mayor susceptible de experimentar soledad.

- Analizar los recursos actuales disponibles para paliar la soledad en las personas mayores y las principales estrategias institucionales puestas en marcha para paliar la soledad en las personas mayores, así como su efectividad.
- Analizar el abordaje enfermero de la soledad en personas mayores desde las taxonomías NANDA, NIC y NOC.

3. METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la información disponible sobre el tema de este TFG, llevada a cabo entre enero y abril de 2020.

Las bases de datos consultadas se detallan a continuación en la Tabla 1, donde se especifica el número total de artículos identificados y el número de artículos que han sido finalmente seleccionados para la elaboración de este trabajo.

Tabla 1 Bases de datos utilizadas en la búsqueda bibliográfica

Bases de datos y recursos electrónicos consultados	N.º documentos identificados	N.º de artículos seleccionados
PROQUEST	165	25
COCHRANE	355	3
CINAHL	64	4
ELSEVIER	328	1
PSICODOC	42	1
OTROS (Legislaciones, planes oficiales, etc.)	32	32

Además, se han consultado diferentes páginas web de organismos nacionales e internacionales de referencia en el abordaje de la soledad de las personas mayores:

- Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Envejecimiento en red.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Instituto Nacional de Estadística (INE).

- Junta de Andalucía.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Boletín Oficial del Estado.
- Comisión Económica de las Naciones Unidas para Europa.
- Centro Internacional sobre el Envejecimiento.
- Organización de las Naciones Unidas.

Se han utilizado las mismas palabras clave en todas las bases de datos, recurriendo a lenguaje natural y a términos DECS y MESH, que a continuación se especifican en castellano e inglés.

- Palabras clave (Castellano): soledad, anciano, persona mayor.
- Palabras clave (Inglés): loneliness [MESH], aged [MESH], aged 80 and over [MESH].

Y para afinar la estrategia de búsqueda se ha utilizado el operador booleano AND para unir los términos de búsqueda.

En cuanto a los filtros utilizados, han sido los siguientes:

- ✓ Documentos publicados en los últimos 5 años (2015-2020), para incluir todos los artículos publicados sobre el tema. También se han utilizado documentos oficiales clave para el trabajo que no cumplen este criterio de inclusión.
- ✓ Idioma inglés y castellano.
- ✓ Palabras clave contenidas en el título y en el resumen.

Tras su análisis se han seleccionado aquellos con calidad suficiente, de **66** en total, que han pasado a formar parte de la bibliografía final de este trabajo Fin de Grado.

4. PRINCIPALES RESULTADOS/SÍNTESIS DE RESULTADOS

4.1 Factores de riesgo y factores protectores de la soledad en las personas mayores

Existen una serie de factores que pueden ayudar a identificar a aquellas personas que pueden ser propensas a padecer soledad, así como otros factores que pueden llegar a

protegerlas. La identificación temprana de todos estos factores puede ayudar a potenciar aquellos que tienen un efecto protector, y prevenir aquellos que suponen un riesgo.

Según la evidencia disponible, se encuentran los siguientes factores:

- **Edad:** Para Hawkley, la edad parece estar más relacionada con la soledad, por los cambios que se producen en las edades más tardías, que la edad por sí misma. (33)

Conforme aumenta la edad, las limitaciones físicas también lo hacen, y los cambios asociados al aumento de la edad pueden provocar la disminución de las relaciones sociales. (34) Por tanto, los grupos de edad más avanzados serán más susceptibles de experimentar soledad. (35)

- **Estado civil:** En tanto que la pérdida del cónyuge aumenta el riesgo de soledad, el matrimonio puede considerarse un factor protector de la misma. (21,33,36) Además, si esta relación es más estrecha, si se considera al cónyuge como confidente principal, conlleva a niveles menores de soledad. (33,37)

- **Apoyo social/ relaciones sociales:** La posibilidad de poder interactuar con las personas del entorno en el que se reside, con sus vecinos y amigos, además de la calidad de este en términos de seguridad, de poder satisfacer sus necesidades, influyen positivamente en los sentimientos de soledad. (38) Esto significa que en zonas donde existe una adecuada prestación de servicios, condiciones de los hogares adecuadas y además existe cohesión y participación social, y satisfacción con el entorno ocasionarían mayor apego, y menor sentimiento de soledad. (39)

Por otro lado, el apoyo dentro de la red social, que incluye el mantenimiento de relaciones satisfactorias con la familia y tener relaciones con amigos y vecinos con las que exista contacto, además de la participación en actividades dentro de la comunidad, se pueden considerar factores protectores de la soledad. Sin embargo, el factor que puede ser clave para predecir la soledad es la satisfacción con la red social. (36,38,40) Esto se traduce en la calidad de la red social, así como el contacto con familiares como predictor, más que la participación en actividades de la comunidad para prevenir la soledad. (37,38)

La calidad de las relaciones es el factor más importante, más allá del tamaño de la red social. (36)

Para Zhong, vivir solo puede suponer un riesgo para padecer soledad si se le atribuyen otros factores de riesgo. (33)

En cuanto a la identidad social, la percepción que la sociedad tiene de las personas mayores y el valor que tienen en ella influye en la soledad, de manera que las personas mayores las interiorizan, dando lugar a comportamientos que refuerzan la soledad. Estos sentimientos son fundamentalmente: vulnerabilidad, indefensión y angustia por la situación social. (41)

- **Género:** Según Hawkley, pueden existir diferencias dependiendo de los factores de riesgo de soledad que son más prevalentes en un género u otro. (33)

Las mujeres refieren mayores niveles de soledad que los hombres según estudios recientes. Esto puede ocurrir debido a que las mujeres más propensas a hablar sobre sus vivencias y sus sentimientos además tienen una esperanza de vida mayor. (52)(34)

Sin embargo, en el estudio de Menec, relacionan la soledad con el género masculino, debido a que suelen tener redes sociales más pequeñas, incapaces de suplir por ejemplo la pérdida del cónyuge. (42)

Además, a estos puede resultarles más difícil expresar si se sienten solos, a diferencia de las mujeres, como se ha expuesto anteriormente. (24)

- **Institucionalización:** Según Paque se podría evidenciar que los residentes en centros sociosanitarios pueden experimentar soledad. Esto está asociado principalmente a una sensación de pérdida de autonomía y autodeterminación, a la disminución de relaciones satisfactorias. (43)

Según Emerson, la institucionalización favorece los sentimientos de soledad por un distanciamiento de la red familiar y por una restricción de la libertad por el confinamiento, que acentúan el sentimiento de soledad. (44)

- **Patologías asociadas:** Debido a la extensión del apartado, se han detallado en el siguiente apartado las patologías que se asocian con la soledad.

- **Utilización de los servicios de salud:** Existe una relación entre la soledad y la utilización de los servicios de salud, buscando satisfacer la necesidad de

interacción social, incluso independientemente del estado de salud. Esto se ve en mayor medida en las consultas de atención primaria, donde se puede establecer más fácilmente la relación médico-paciente. (35,45,46)

La gran demanda de servicios sanitarios se asocia a la polifarmacia, ya que además de buscar apoyo social, se produce una somatización de los sentimientos provocados por la soledad. (40)

- **Nivel educativo:** Bajos niveles educativos se traducen en dificultades para hacer frente a sus necesidades sociales y las percepciones de la satisfacción con sus relaciones.(33,36,38)

- **Nivel económico:** Para Rocha-Vieira, los bajos ingresos suponen un factor predictivo, aunque esto por si solo puede ser insuficiente para determinar la soledad. (40)(37)

Esto se debe a una disminución de la autoestima y de autoeficacia, todo ello asociado a la reducción de las relaciones sociales y la asistencia a eventos.(34)

- **Diferencias culturales:** La soledad se percibe de manera diferente según la cultura. (44)

Estudios realizados en culturas orientales, como el estudio de Lim en Singapur, establecen la diferencia entre su comportamiento, el cual refieren que consta de menores visitas al médico relacionadas con la soledad, a fin de no suponer una molestia para los demás. Se establecen las diferencias culturales, por un lado, las poblaciones occidentales priorizan la autonomía personal (comportamiento individualista), mientras que la cultura oriental da mayor importancia a las relaciones (comportamiento colectivista). (47)

En Europa, también existen discrepancias culturales. Según el estudio de Vozikaki, las sociedades de los países del sur tienen un comportamiento más familiar, al contrario que los países del norte, que se consideran más individualistas, lo que explicaría por qué en Grecia e Italia se indicaron mayores niveles de soledad. (24)

A modo de resumen, en la tabla 2, se agrupan tanto los factores que pueden suponer un riesgo a la hora de padecer soledad, como los factores protectores de la soledad.

Tabla 2 Factores de riesgo y factores protectores en la soledad

FACTORES DE RIESGO	FACTORES PROTECTORES
Estado civil: soltero/a o viudo/a	Estado civil: casado/a o con pareja
Edad avanzada	
Vivir solo/a	Vivir acompañado
Vivienda en zonas con bajos recursos	Vivienda en zonas con recursos adecuados
Nivel económico bajo	Nivel económico medio-alto
Nivel educativo bajo	Nivel educativo medio-alto
Carencia de red de apoyo	Presencia de una red de apoyo
No participación social	Participación social
Limitaciones físicas y patologías asociadas	Conductas de salud adecuadas y buen estado de salud
Estilo de vida poco saludable	
Pérdida de autonomía y problemas de autoestima	Estrategias de afrontamiento y autorrealización eficaces

4.2 Problemas de salud que se asocian con la soledad en las personas mayores.

Según la evidencia disponible, existen una serie de problemas de salud que tienen relación con la soledad en las personas mayores.

- **Patologías vinculadas a la soledad**, que padecen las personas mayores y que puede derivar en una mayor necesidad de atención médica. Beutel, Gerst-Emerson y Zhang resaltan las siguientes patologías: (25,34,43,45,46,48)
 - Hipertensión y enfermedad cardiovascular en general.
 - Deterioro cognitivo y enfermedad de Alzheimer
 - Aumento de síntomas depresivos

Para Ausin, esto se traduce en una disminución en la calidad de vida de los adultos mayores. (34)

- **Limitaciones físicas y sensoriales relacionadas con la edad:** para autores como Paque y Cheung pueden considerarse factores de riesgo al influir en el compromiso social (43,49) :
 - Deterioro de la movilidad,
 - Pérdida de vista
 - Pérdida de audición
- **Estrés:** según Boss, el estrés crónico viene dado por la soledad. Las personas mayores que experimentan soledad tienden a tener mayores pensamientos y

sentimientos negativos que promueven este estrés, lo que además empeora la sensación de soledad. (50)

Según Beutel y Boss, este estrés contribuye además al declive cognitivo. Existen otras dos posibilidades que aumenten el riesgo de provocar un mayor deterioro cognitivo:

a) El aumento de cortisol prolongado puede causar daño cerebral, asociado con un declive cognitivo, que incluye aumento de demencias y de Enfermedad de Alzheimer

b) El aumento del estrés también influye en la activación de los glucocorticoides, que supone niveles más altos de inflamación, otro factor que influye en la demencia y enfermedad de Alzheimer. (25,50)

- **Dolor:** Dentro de las patologías asociadas, el dolor crónico mantenido durante largos períodos de tiempo puede ser un determinante de soledad en las personas mayores, aun habiendo controlado otros factores (como el estado civil). Esto se puede explicar por la incapacidad que provoca el dolor, tanto en ser menos activos físicamente, como en la participación social, por la incomodidad del dolor. Además, los efectos secundarios de los tratamientos contra el dolor pueden ser otro factor limitante (estreñimiento, sedación, etc.).(48)

- **Estilo de vida poco saludable.** Tanto la soledad como el aislamiento social se asocian con el aumento de los biomarcadores inflamatorios y aumento del estrés, así como comportamientos relacionados con la salud. Estos comportamientos de salud pueden suponer un riesgo para la salud a largo plazo, y son (51): sobrepeso y obesidad, inactividad física, Y consumo de tabaco y alcohol.

Para De Jong, un mal estado de salud, asociado a problemas físicos y mentales (por ejemplo, la depresión) influye en que agrave el sentimiento de soledad, además esto es recíproco, la soledad puede aumentar, en el caso de la depresión, sus síntomas. (36)

4.3 Perfil de la persona mayor susceptible de sufrir soledad.

En base a toda la bibliografía consultada y anteriormente expuesta, de los factores de riesgo se puede extraer un perfil de la persona mayor susceptible de padecer soledad, que pueda servir para poder establecer medidas eficientes para su prevención, detección y tratamiento.

La propuesta de perfil de la persona susceptible de padecer soledad sería la siguiente:

- Persona de edad avanzada, con nivel de estudios bajo, soltera o viuda, que vive sola, sin relaciones de calidad con familiares y amigos.
- Bajo nivel adquisitivo, cuya vivienda se encuentra en zonas con recursos limitados.
- Presencia de limitaciones físicas, deterioro cognitivo y problemas de salud o hábitos poco saludables, con una utilización frecuente de los servicios de salud

4.4 Marco normativo y de referencia relacionado con la soledad en las personas mayores.

Para comprender mejor la situación de soledad en las personas mayores también es necesario conocer el marco normativo y los recursos actuales a nivel legal, social y económico de los que disponen las personas mayores. Aunque se han mencionado anteriormente de forma general en la introducción, en este apartado se concretan aquellas que tienen puntos clave en relación a las personas mayores.

A nivel de marco legislativo general:

- **Constitución Española** de 1978, en sus artículos 49 y 50 aluden al derecho a la atención sanitaria de las personas mayores, así como el derecho a prestaciones económicas y uso de los servicios sociales. (52)

Estos artículos sirvieron de base para la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de **Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia**. En primer lugar, esta ley recoge las dos definiciones que se han recogido anteriormente: los conceptos de autonomía y dependencia.

Establece tanto prestaciones sociales como económicas a cargo de entidades públicas o privadas acreditadas para ello. El tipo de prestación dependerá del

grado de dependencia y/o de la situación económica de la persona solicitante.

(11)

En cuanto al catálogo de servicios que oferta esta ley recoge (11):

- Servicios de prevención de las situaciones de dependencia y de promoción de la autonomía personal
- Teleasistencia
- Ayuda a domicilio: cuidados personas y necesidades del hogar.
- Servicio de Centro de Día y de Noche.
- Atención Residencial, tanto en residencias de personas mayores como aquellas que ofertan servicios para personas con discapacidad

En referencia a las prestaciones económicas, estas pueden ser (11):

- Asociadas al servicio.
- Asociadas a cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales.
- Asistencia personal.

Tanto las prestaciones incluidas en el catálogo de servicios como las económicas son gestionadas por cada comunidad autónoma. (11)

- **Código Civil:** en el título IX se recoge, en los artículos 199 y 200, la definición de **incapacitación**: "las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impidan a la persona gobernarse por sí misma". (53)

Es importante conocer este término, ya que en personas mayores es común que se produzca algún tipo de incapacitación que requiera de una persona que realice el tutelaje.

- La Ley 14/1986, de 5 de abril, **General de Sanidad**, desarrolla todas las acciones y recursos relacionados con la protección de la salud de los ciudadanos, desde el derecho a la protección de su salud, como todos aquellos aspectos relacionados con la estructura y funciones del sistema sanitario público. También incluye los aspectos relacionados con las profesiones sanitarias, la docencia y la investigación. (54)

- La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de **Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud**. Se regulan las prestaciones y cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud: (55)
 - El catálogo de prestaciones, que incluye: atención primaria y especializada, atención de urgencias, atención en centros sociosanitarios, productos farmacéuticos, protésicos, dietéticos y de transporte sanitario. (55)
 - En cuanto a los servicios sociosanitarios, estos engloban al “conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social.” (55)
A su vez, estos servicios constan de: cuidados de larga duración y cuidados destinados a la convalecencia, y rehabilitación de aquellos pacientes que tienen un déficit funcional recuperable. (55)
- El Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la **Ley General de la Seguridad Social**. En este decreto se modifica el texto de la ley donde se regulan los servicios, recursos y prestaciones de la Seguridad Social. (56)

Contamos también con legislación de referencia en materia de envejecimiento en Andalucía. Esta se detalla a continuación:

- Ley 2/1988, de 4 de abril, de **Servicios Sociales de Andalucía**, que tiene por objetivo de regular los servicios sociales dentro de la comunidad autónoma, y que sus recursos y prestaciones sean accesibles a la población susceptible de utilizarlos. (25)
- Ley 6/1999, de 7 de julio, de **Atención y Protección a las Personas Mayores** en Andalucía, cuyo objetivo es que todos aquellos aspectos relacionados con las personas mayores y que se puedan ver afectados, estén regulados, de manera que se garantice la atención y protección de esta población, siempre en colaboración

con las administraciones públicas de la comunidad autónoma y los servicios sociales. Esta ley regula:

- Servicios públicos y privados de atención a las personas mayores, tanto públicos como privados, y la prestación de servicios, tanto comunitarios como especializados, que se recogen dentro del Sistema Andaluz de Servicios Sociales.(57)
 - Programas de formación y soporte sociosanitario, así como la creación de asociaciones y grupos de apoyo. (57)
 - Los servicios sociales especializados se establecen en los ámbitos más próximos a las personas mayores que los requieren, y constan de centros de día, unidades de estancia diurna, centros residenciales, viviendas tuteladas y otros. (57)
 - Además, esta ley hace alusión tanto a la atención sanitaria como la sociosanitaria a nivel autonómico, así como los derechos de vivienda, derecho a la formación y educación, y el acceso a la cultura, el ocio, el turismo y el deporte. (57)
- Ley 5/2003, de 9 de octubre, de **Declaración de Voluntad Vital Anticipada**, donde consta el derecho a poder dejar por escrito la voluntad de la persona de decidir en qué modo desea recibir la asistencia sanitaria, en el supuesto de que ocurra cualquier situación adversa que impida que pueda expresar su voluntad. (58) Es importante conocer que existe el derecho a realizar el documento de Voluntad Vital Anticipada, ya que si ocurren situaciones de incapacidad en las que la persona mayor no puede decidir por sí misma, este documento certifica cuál es el deseo de la persona en una situación determinada.

A nivel nacional e internacional, se han establecido diferentes marcos de actuación:

- El **Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento** de 2002 centra su atención en tres áreas de actuación (60):
 - Las personas de edad y el desarrollo.
 - El fomento de la salud y el bienestar durante la vejez.
 - La creación de un entorno favorable para las personas mayores.

Según este informe, se anima a los países a que adopten medidas enmarcadas dentro de estos tres ámbitos, donde es el gobierno de cada país quien tiene la responsabilidad de la ejecución y seguimiento del plan de actuación. (59)

Este plan fue la base para la consecución de las actuaciones en materia de envejecimiento hasta la actualidad.

- El **Plan de acción para las personas mayores 2003-2007** del Plan Gerontológico Nacional, aprobado por el Consejo de Ministro de 29 de agosto de 2003. (60)

Este plan consta de una serie de medidas que tienen como objetivos (60):

- Disponer de servicios y recursos sociales suficientes para mejorar las condiciones de vida de las personas mayores.
- Promover la autonomía y la participación de las personas mayores, basándose en el concepto de envejecimiento activo.
- Establecer políticas de protección de personas mayores que se encuentren en situaciones de dependencia.
- Mejorar la imagen social, tanto de las personas mayores, como del proceso de envejecimiento.

Además, este plan toma en consideración las recomendaciones de otras estrategias, como en Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento. (60)

Cabe destacar que en Plan de acción para las personas mayores 2003-2007, dentro de las problemáticas de la población mayor, establecen la soledad y el aislamiento social como un fenómeno que debe tenerse en cuenta, ya que es una situación que afecta de mayor forma a las personas mayores. (60) Al igual que el anterior, este sentó las bases para las acciones consecutivas en materia de envejecimiento.

- **Marco de actuación para las personas mayores del 23 de octubre de 2015:** Gobierno de España planteó un **Marco de actuación para las personas mayores** en el Consejo de Ministros de 23 de octubre de 2015.

En este documento, se recogen los problemas o situaciones que afectan a las personas mayores y las líneas de actuación que deberían adoptarse para hacer frente a las mismas, todo ello relacionado con el concepto de envejecimiento

activo. (61) Las medidas a adoptar en este marco se basan, entre otras, en el empleo, participación en la sociedad, fomento de actividades culturales, voluntariado, educación a las personas mayores, defensa de condiciones dignas de vivienda y protección ante los diferentes tipos de maltrato y violencia hacia ellos.

- **Estrategia Nacional para el Envejecimiento Activo y el Buen trato 2018-2021:** Por otro lado, el Consejo Estatal para las Personas Mayores, órgano consultivo que se encuentra dentro del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) pone de manifiesto las estrategias propuestas en materia de “envejecimiento activo” (anteriormente definido), impulsando así la **Estrategia Nacional para el Envejecimiento Activo y el Buen trato 2018-2021**, con el objetivo de aumentar la calidad de vida de las personas mayores, promoviendo políticas destinadas a este fin. Se centran en cinco líneas de actuación: trabajo y vida laboral; participación en la sociedad y en sus órganos decisorios, promoción de vida saludable e independiente, en entornos seguros; igualdad, no discriminación y atención a situaciones de vulnerabilidad; maltrato y abusos. (62) Este es el plan actualmente vigente, el cual continua con la línea de actuación de los anteriores planes.

4.5. Algunas intervenciones concretas relacionadas con la soledad en las personas mayores y su efectividad.

En la evidencia consultada, se han encontrado diferentes intervenciones para tratar la soledad, además de las características que podrían determinar la eficacia de estas. Algunos estudios aluden las características más comunes de las intervenciones en personas mayores relacionadas con la soledad que pueden resultar más eficaces (63):

- Intervenciones desarrolladas con una base teórica.
- Intervenciones en grupo.
- Participación activa por parte de las personas mayores.

Según Hernández-Ascanio, sin embargo, entienden como componentes principales de las intervenciones la comunicación, el sentido de competencia y la participación en actividades sociales (63)

Un aspecto importante de las intervenciones que se realicen es que deben ajustarse a las necesidades de los pacientes y a los recursos locales, de forma que tengan en cuenta las limitaciones físicas, sociales y económicas de los pacientes y faciliten el acceso a las intervenciones. (64)

Menec sugiere que, para reducir el aislamiento en zonas desfavorecidas, las intervenciones se deben focalizar en adaptar la comunidad a las necesidades de la edad, potenciando el entorno, para que puedan disponer de viviendas asequibles, espacios públicos adecuados, y fomentar la participación social. Estas políticas se enmarcan dentro del concepto de ciudades o comunidades “amigables” (42)

Una de las intervenciones que se han llevado a cabo, y que ha sido estudiada, es la denominada “I-SOCIAL”. Fue llevada a cabo por Cohen-Mansfield en Israel en 2017, y para ello, seleccionó aleatoriamente a 89 personas. Se basa en el abordaje de las barreras psicosociales y las barreras ambientales. De esta manera, se identificaban estas barreras y se realizaban actividades para hacerles frente. Los resultados del estudio fueron prometedores, ya que resultaron efectivos pese a las limitaciones, aun así, se requiere mayor investigación sobre esta intervención. (64)

Por otra parte, en cuanto a terapia con animales en personas mayores que se encontraban en residencias y que manifestaban sentirse solos, han demostrado ser eficaces para reducir la soledad. Para Brimelow, la evidencia en cuanto a la asistencia asistida con animales reduce los sentimientos de soledad, además de no existir diferencias entre la terapia individual y grupal. (65)

Otras estrategias basadas en el entrenamiento cognitivo o videoconferencias semanales con familias y amigos también han mostrado resultados positivos. Sin embargo, para Wijesiri se conoce poco sobre las que las personas mayores utilizan por sí mismas. (44)

En cuanto a las actividades en grupo, estas consistían en la mejora de las redes sociales de los participantes. Entre sus bases se encontraban el entrenamiento cognitivo, el estímulo y la actividad. Pueden suponer un medio para reducir la soledad, pero se requieren más investigaciones que refuercen estas intervenciones. (65)

Los recursos tecnológicos, como las videollamadas con los familiares, o el uso de videoconsolas pueden resultar útiles para disminuir la soledad. Sin embargo, hay que

tener en cuenta las limitaciones asociadas con la edad y las características individuales de cada paciente en cuanto a la idoneidad de la intervención. (65)

Todas las actividades anteriores publicadas muestran una mejoría de los sentimientos de soledad, bienestar psicológico y mejorar los síntomas depresivos, entre otros; tanto a nivel individual como a nivel grupal. Además, suponen una potencialización de la socialización y un incremento de la interacción entre los participantes. (23)

Pese a que existe evidencia sobre intervenciones que actúan sobre la soledad en pacientes adultos mayores, parece no existir un consenso. Esto puede deberse a que no todos los estudios tienen en cuenta las limitaciones que pueden tener las personas de edad avanzada, o los recursos de los que disponen. Al mismo tiempo, hay diferentes opiniones en cuanto a cuáles serían las características de las intervenciones. Todo esto podría suponer diferencias significativas en los resultados de dichas intervenciones.

4.6 Abordaje enfermero desde las taxonomías NANDA, NIC Y NOC

Como último apartado de este trabajo, no se puede dejar pasar la oportunidad de revisar el abordaje de la soledad en las personas mayores desde la metodología de cuidados enfermeros.

En la clasificación de diagnósticos enfermeros NANDA encontramos dos diagnósticos relacionados con este trabajo de fin de grado, y con las definiciones que se establecieron anteriormente: riesgo de soledad y aislamiento social.

El diagnóstico de riesgo con la etiqueta [00054] “**Riesgo de Soledad**” se define como “Susceptible de experimentar malestar asociado al deseo o necesidad de un mayor contacto con los demás, que puede comprometer la salud”, teniendo como factores de riesgo asociados el aislamiento físico y social y la privación afectiva y emocional. (66)

Este diagnóstico fue aprobado en el año 1994, con la última revisión en 2013. Sin embargo, desde entonces sus factores de riesgo no han sido modificados ni ampliados.

Por otro lado, el diagnóstico con la etiqueta [00053] “**Aislamiento social**” está definido como “soledad experimentada por la persona y percibida como impuesta por otros y

como un estado negativo o amenazador” (66), aprobado en 1982 y con la última revisión en 2017. Consta de las siguientes características definitorias: acciones repetitivas, acciones sin sentido, actitud triste, antecedentes de rechazo, ausencia de sistema de apoyo, contacto visual escaso, deseo de estar solo, enfermedad, falta de propósito, hostilidad, incapacidad para satisfacer las expectativas de otros, incongruencia cultural, inexpresividad, inseguridad en público, miembro de una subcultura, preocupación por los propios pensamientos, problema discapacitante, retraído/a, sentirse diferente a los demás, soledad impuesta por otros y valores incongruentes con las normas culturales. (66)

En cuanto a la clasificación de resultados NOC, encontramos tres resultados que se pueden utilizar en el plan de cuidados: [1216] “Nivel de ansiedad social”, relacionado con Riesgo de Soledad; [1503] “Implicación social”, relacionado con Aislamiento social; y [1203] “Severidad de la soledad”, siendo este último común a ambos diagnósticos. (66).

La definición de [1216] Nivel de ansiedad social es “gravedad de la evasión irracional, aprensión, y angustia en anticipación de o durante las situaciones sociales”. Este resultado consta de una serie de indicadores, entre los que podemos encontrar: evitar situaciones sociales, evitar situaciones desconocidas, evitar salir de casa, activación de respuestas del sistema nervioso simpático, autopercepciones negativas de las habilidades sociales, discomfort durante los encuentros sociales, entre otros. (66)

En cuanto a [1203] Severidad de la soledad, esta se define como “gravedad de los signos y síntomas emocionales, sociales o existenciales de aislamiento” y está relacionada con los siguientes indicadores: sensación de no pertenencia, sensación de pérdida debido a la separación de otra persona, sensación de aislamiento social, sensación de no ser comprendido, dificultad para establecer contacto con los demás, dificultad para tener una relación mutua eficaz. (66)

La [1503] Implicación social se define como “interacciones sociales con personas, grupos u organizaciones”, con los consiguientes indicadores: interacciona con amigos íntimos, interacciona con vecinos, interacciona con miembros de la familia, participa en actividades de ocio, evalúa su red social personal, establece nuevas relaciones, asiste a actividades grupales, entre otros. (6)

Así mismo, en la clasificación de intervenciones enfermeras NIC también encontramos las siguientes intervenciones relacionadas con ambos diagnósticos que se pueden utilizar en el plan de cuidados, así como sus actividades relacionadas. Estas se han desarrollado en la Tabla 3.

Tabla 3 NIC y actividades relacionadas con el riesgo de soledad

Principales NIC relacionados	Actividades
<i>[7100] Estimulación de la integridad familiar: Favorecer la cohesión y la unidad familiar.</i>	[Establecer una relación de confianza con los miembros de la familia. Comprobar las relaciones familiares actuales. Determinar los sentimientos de la familia respecto a su situación. Colaborar con la familia en la solución de problemas y en la toma de decisiones.
<i>[5100] Potenciación de la socialización: Facilitar la capacidad de una persona para interactuar con los demás.</i>	Fomentar una mayor implicación en las relaciones ya establecidas. Animar al paciente a desarrollar relaciones. Fomentar las actividades sociales y comunitarias. Remitir al paciente a un grupo o programa de habilidades interpersonales en los que pueda aumentar su comprensión de las transacciones, si resulta oportuno. Animar al paciente a cambiar de ambiente, como salir a caminar o al cine. Fomentar la planificación de actividades especiales por parte de grupos pequeños.
<i>[4310] Terapia de actividad: Prescripción de actividades físicas, cognitivas, sociales y espirituales específicas para aumentar el margen, frecuencia o duración de la actividad de un individuo, así como ayuda con ellas.</i>	Colaborar con los terapeutas ocupacionales, recreacionales y/o fisioterapeutas en la planificación y control de un programa de actividades, según corresponda. Identificar estrategias para fomentar la participación del paciente en actividades deseadas. Fomentar la participación en actividades o terapias de grupo, según corresponda. Permitir la participación de la familia en las actividades, según corresponda. Ayudar al paciente a desarrollar la automotivación y el refuerzo.

Ambos diagnósticos NANDA son diagnósticos enfermeros que las enfermeras deben ser capaces de resolver de forma independiente y son responsables únicas de su tratamiento y resolución. Si bien y en base a todo lo presentado en este trabajo, el mejor abordaje posible parece ser multidisciplinar, de manera que deberían ser enunciados como problemas de colaboración.

Además, es necesario una revisión y actualización de estos diagnósticos, ya que existen diferencias entre las definiciones aportadas por la evidencia y las que se encuentran en la taxonomía, así como sus factores asociados.

5. CONCLUSIONES

La soledad es un problema que afecta mayoritariamente a las personas mayores, y dado que actualmente está en auge el envejecimiento de la población global, este fenómeno supone un problema de salud pública que requiere una mayor comprensión. Son necesarias medidas que identifiquen correctamente a la población susceptible de sufrir soledad, así como medidas para tratarla.

En situaciones donde se acentúa la vulnerabilidad de la población adulta mayor, como es el caso de la pandemia mundial por Covid-19, se hace más visible la situación de soledad y la necesidad de establecer a nivel político, legislativo y social estrategias más eficaces y que sean capaces de atenderla.

Se han podido identificar los principales factores asociados con la soledad en las personas mayores, como ser viudo/a, con una escasa red de apoyo, limitaciones físicas, patologías crónicas y un bajo nivel adquisitivo; sin embargo, se requiere mayor investigación que pueda clarificarlos con mayor detenimiento y que sea la base para unas intervenciones adecuadas.

También se ha propuesto un perfil de la persona susceptible de padecer soledad, siendo este el de una persona de edad avanzada, con escasas relaciones sociales con familiares y amigos, con bajos niveles tanto educativo como económico, cuya vivienda se encuentra en zonas desfavorecidas, con problemas de salud asociados al proceso de envejecimiento, y que hace un uso frecuente de los servicios de salud.

En cuanto al marco normativo de referencia, actualmente contamos con la Estrategia Nacional para el Envejecimiento Activo y el Buen Trato (2018-2021), cuyas líneas de actuaciones pueden ser capaces de mejorar la calidad de vida de las personas mayores, además de englobar puntos clave para la soledad y el envejecimiento, como la participación social y la actividad laboral, el fomento de la vida saludable y espacios seguros, además de la atención a las situaciones vulnerables que pueden presentar.

De forma más específica, las intervenciones encontradas en la evidencia consultada, como terapias con animales o el uso de medios tecnológicos han demostrado que pueden llegar a ser eficaces teniendo en cuenta las limitaciones y características personales, así como los recursos disponibles.

Aun así, se requieren más estudios para establecer qué aspectos son los idóneos para establecer intervenciones que puedan ser realmente eficaces para el tratamiento de la soledad, además de seguir apostando por medidas en el ámbito político, legal y social que protejan a las personas mayores, y cuyas actuaciones sean capaces de dar una respuesta adecuada a sus necesidades.

Es innegable, además, que es necesario una mayor formación sobre el envejecimiento en los profesionales sanitarios. Esto supone un conocimiento más especializado del proceso del envejecimiento y sus consecuencias, y su vez, del desarrollo de intervenciones en el cuidado eficaces y adecuadas.

La formación universitaria que reciben los estudiantes de enfermería durante sus estudios de grado sobre el envejecimiento se concentra sobre todo en una única asignatura, donde se abordan específicamente todos los conceptos y procesos relacionados con las personas mayores. En cuanto a la especialización, es cierto que existe la especialidad de Enfermera Geriatra, aunque no suele ser la más demandada. Es preciso hacer hincapié en la importancia de la especialización, ya que, como se ha expuesto anteriormente, la población mundial está experimentando un envejecimiento cada vez más acelerado. Añadido a esto los problemas asociados con la edad, como es la soledad, hacen que esta población sea muy demandante en cuanto a servicios de atención sanitaria. Es por ello por lo que el abordaje de las personas mayores desde el enfoque la especialización puede suponer un aumento en la calidad de la atención, de uso de los recursos y el planteamiento de intervenciones que supongan una mejora en la calidad de vida en la vejez.

En cuanto a la soledad, desde el punto de vista enfermero, existe como un diagnóstico de riesgo. Sin embargo, la complejidad del problema dificulta, metodológicamente, abordarlo como tal, debido a la carencia de capacitación legal y recursos para hacerlo. Por ello, debería considerarse como un problema de colaboración, con un enfoque multidisciplinar.

Añadido a lo anterior, las discrepancias entre las definiciones y factores de riesgo que aporta este trabajo y la taxonomía enfermera sugieren la necesidad de actualizarlos en base a la evidencia, de manera que sea capaz de considerar este problema multifactorial e interdisciplinar, y cuyas actividades sean eficaces.

Merecen especial atención para futuras investigaciones la falta de conocimiento, de recursos reales y apoyo institucional, incluso de la formación de los profesionales, incluidas las enfermeras, a la hora de la prevención, detección y tratamiento de la soledad.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [cited 2020 Feb 21]. Envejecimiento y salud. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
2. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 [cited 2020 Feb 21]. Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. Available from: <https://www.who.int/ageing/publications/world-report>
3. Ribera Casado JM. Envejecimiento [Internet]. Madrid: Universidad Complutense. [cited 2020 Feb 21]. Available from: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/ribera-envejecimiento-01.pdf>
4. De la Uz Herrera ME. El envejecimiento. Reflexiones acerca de la atención al anciano. Revista Bioética [Internet] 2009 mayo-agosto. [cited 2020 Feb 25]: 4-8. Available from: <http://www.cbioetica.org/revista/92/920408.pdf>
5. Aguirre Lekue MC. Características generales del envejecimiento y las personas mayores. Revista El Farmaceutico [Internet]. 2018 enero [cited 2020 Feb 21]. Available from: <https://elfarmaceutico.es/index.php/cursos/item/8768-caracteristicas-generales-del-envejecimiento-y-las-personas-mayores#.XksVShKjIU>
6. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). El Libro Blanco del Envejecimiento Activo. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
7. Centro Internacional sobre el Envejecimiento [Internet]. Salamanca: Centro Internacional sobre el Envejecimiento; 2019 [cited 2020 Mar 29]. ¿Por qué

- tenemos tantos prejuicios sobre la vejez? Available from: <https://cenie.eu/es/blogs/envejecer-en-sociedad/por-que-tenemos-tantos-prejuicios-sobre-la-vejez>
8. Fundación Salud y Comunidad. Envejecimiento y edad: estereotipos asociados. Geriatricarea [Internet]. 2015 marzo [cited 2020 Mar 29]. Available from: <https://www.geriatricarea.com/2015/03/10/envejecimiento-y-edad-estereotipos-asociados/>
 9. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento activo: un marco político. Revista Española de Geriatria y Gerontología. 2002;37(S2):74–105.
 10. HelpAge International España [Internet]. Madrid: HelpAge Internacional España; 2019 septiembre [cited 2020 Feb 29] Década del Envejecimiento Saludable 2020 / 2030. Available from: <https://www.helpage.org/spain/noticias/dcada-del-envejecimiento-saludable/>
 11. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado, nº 299, (15/12/2006)
 12. Alvarez M, Arkaute I, Belasustegi A, Chaparro S, Criado A, Gonzales P et al. Guia de practica clinica Cuidados criticos de enfermeria. [Internet]. Vitoria-Gasteiz: Hospital Txagorritxu; 2004 [cited 2020 May 6]. Available from: <https://www.enfermeriaaps.com/portal/guia-de-practica-clinica-cuidados-criticos-de-enfermeria-hospital-txagorritxu-2004>
 13. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. World population ageing 2019: Highlights. New York: United Nations. Department of Economic and Social Affairs; 2019.
 14. United Nations Economic Commission for Europe. Active Ageing Index 2018. Analytical Report. 2019 [Internet]. Brussels: United Nations Economic Commission for Europe; 2019 June [cited 2020 Mar 1]. Available from: https://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/Active_Ageing_Index/Stakeholder_Meeting/ACTIVE_AGEING_INDEX_TRENDS_2008-2016_web_cover_reduced.pdf

15. Instituto Nacional de Estadística. Índice de Envejecimiento. [Internet]. Instituto Nacional de Estadística; 2020 [cited 2020 Apr 7]. Available from: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1418>
16. Eurostat. Estructura demográfica y envejecimiento de la población - Statistics Explained [Internet]. Luxembourg: Eurostat; 2020 [cited 2020 Mar 1]. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing/es
17. Pérez Díaz J, Abellán García A, Aceituno Nieto P, Ramiro Fariñas D. Un perfil de las personas mayores en España [Internet] Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Centro de Ciencias Humanas y Sociales. Envejecimiento en red; 2020 [cited 2020 Apr 7]; 25:1–39. Available from: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2020.pdf>
18. Rodríguez-Rodríguez V. El marco de las políticas de vejez en Europa. Panorama Social [Internet]. Madrid: Funcas; 2018 [cited 2020 Mar 1]; 28:147–160. Available from: https://www.funcas.es/publicaciones_new/Sumario.aspx?IdRef=4-15028
19. Pérez Díaz J, Abellán García A. Envejecimiento demográfico y vejez en España. Panorama Social [Internet]. Madrid: Funcas; 2018 [cited 2020 Mar 1]; 28:11-47. Available from: https://www.funcas.es/publicaciones_new/Sumario.aspx?IdRef=4-15028
20. Real Academia Española de la Lengua. Definición de soledad. Diccionario de la lengua española [Internet]. [cited 2020 Mar 11]. Available from: <https://dle.rae.es/soledad?m=form>
21. López Doblas J, Díaz Conde M del P. Widowhood, loneliness, and health in old age. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2018 [cited 2020 Mar 17]; 53(3):128–33. DOI: 10.1016/j.regg.2017.09.005
22. Yaben SY. Adaptación al castellano de la escala para la evaluación de la soledad social y emocional en adultos SESLA-S. Int J Psychol Psychol Ther. 2008;8(1):103–16.

23. Bermeja AI, Ausín B. Programs to combat loneliness in the institutionalised elderly: A review of the scientific literature. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2018 [cited 2020 Mar 11]; 53(3):155–64. DOI: 10.1016/j.regg.2017.05.006
24. Vozikaki M, Papadaki A, Linardakis M, Philalithis A. Loneliness among older European adults: results from the survey of health, aging and retirement in Europe. *J Public Heal*. 2018;26(6):613–24.
25. Beutel ME, Klein EM, Brähler E, Reiner I, Jünger C, Michal M, et al. Loneliness in the general population: Prevalence, determinants and relations to mental health. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):1–7.
26. Organización Mundial de la Salud. Nuevo coronavirus 2019 [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [cited 2020 Apr 7]. Available from: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019>
27. Centro Nacional de Epidemiología. Situación de COVID-19 o Coronavirus en España. [Internet]. Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 2020 [cited 2020 Apr 12]. Available from: <https://covid19.isciii.es/>
28. Ministerio de Sanidad. Guía de prevención y control frente al COVID- 19 en residencias de mayores y otros centros de servicios sociales de carácter residencial. [Internet] Madrid: Ministerio de Sanidad; 2020 [cited 2020 Apr 12]; 1–14. Available from: https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Residencias_y centros_sociosanitarios_COVID-19.pdf
29. Ministerio de Sanidad. Actualización nº 73. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19). Madrid: Ministerio de Sanidad; 2020;1–11.
30. Ministerio de Sanidad. Documento técnico Recomendaciones a residencias de mayores y centros sociosanitarios para el COVID-19 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2020 [cited 2020 Apr 7]; 1-9. Available from: https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Centros_sociosanitarios.pdf
31. Minutos en compañía [Internet]. Madrid: Minutos en compañía; 2020 [cited 2020 Apr 17]. Available from: <https://minutosencompañia.org/>

32. Entre Mayores. Diputación 'conecta' por videoconferencia a los usuarios de la Residencia Asistida con sus familias [Internet]. Andalucía: Redacción Entre Mayores; 2020 [cited 2020 Apr 17]. Available from: <http://entremayores.es/spa/ccaa.asp?var2=Andaluc%EDa&var3=Diputaci%F3n%91conecta%92 por videoconferencia a los usuarios de la Residencia Asistida con sus familias&nar1=3&nar2=24&nar3=42673&nar5=5>
33. Hawkley LC, Kocherginsky M. Transitions in Loneliness Among Older Adults: A 5-Year Follow-Up in the National Social Life, Health, and Aging Project. *Res Aging*. 2018;40(4):365–87.
34. Ausín B, Muñoz M, Castellanos MA. Loneliness, Sociodemographic and Mental Health Variables in Spanish Adults over 65 Years Old. *Span J Psychol*. 2017;1–7.
35. Zhong BL, Liu XJ, Chen WC, Chiu HFK, Conwell Y. Loneliness in Chinese older adults in primary care: prevalence and correlates. *Psychogeriatrics*. 2018;18(5):334–42.
36. De Jong Gierveld J, Keating N, Fast JE. Determinants of loneliness among older adults in Canada. *Can J Aging*. 2015;34(2):125–36.
37. Ejlskov L, Wulff J, Bøggild H, Kuh D, Stafford M. Assessing the relative importance of correlates of loneliness in later life. Gaining insight using recursive partitioning. *Aging Ment Heal* [Internet]. 2017 september. [cited 2020 Mar 29]; 22(11):1486-1493. DOI: 10.1080/13607863.2017.1370690
38. Kemperman A, Van Den Berg P, Weijs-Perrée M, Uijtdewillegen K. Loneliness of older adults: Social network and the living environment. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(3).
39. Van den Berg P, Kemperman A, de Kleijn B, Borgers A. Ageing and loneliness: The role of mobility and the built environment. *Travel Behav Soc* [Internet]. 2016 september. [cited 2020 Apr 2]; 5:48-55. DOI: 10.1016/j.tbs.2015.03.001
40. Rocha-Vieira C, Oliveira G, Couto L, Santos P. Impact of loneliness in the elderly in health care: A cross-sectional study in an urban region of Portugal. *Fam Med Prim Care Rev*. 2019;21(2):138–43.

41. Wong A, Chau AKC, Fang Y, Woo J. Illuminating the psychological experience of elderly loneliness from a societal perspective: A qualitative study of alienation between older people and society. *Int J Environ Res Public Health*. 2017;14(7).
42. Menec VH, Newall NE, Mackenzie CS, Shoostari S, Nowicki S. Examining individual and geographic factors associated with social isolation and loneliness using Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA) data. *PLoS One*. 2019;14(2):1–18.
43. Paque K, Bastiaens H, Van Bogaert P, Dilles T. Living in a nursing home: a phenomenological study exploring residents' loneliness and other feelings. *Scand J Caring Sci*. 2018;32(4):1477–84.
44. Wijesiri HSMSK, Samarasinghe K, Edberg AK. Loneliness among older people living in care homes in Sri Lanka. *Int J Older People Nurs*. 2019;14(4):1–11.
45. Gerst-Emerson K, Jayawardhana J. Loneliness as a public health issue: The impact of loneliness on health care utilization among older adults. *Am J Public Health*. 2015;105(5):1013–9.
46. Zhang J, Xu L, Li J, Sun L, Ding G, Qin W, et al. Loneliness and health service utilization among the rural elderly in shandong, China: A cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(7):1–11.
47. Lim KK, Chan A. Association of loneliness and healthcare utilization among older adults in Singapore. *Geriatr Gerontol Int*. 2017;17(11):1789–98.
48. Emerson K, Boggero I, Ostir G, Jayawardhana J. Pain as a Risk Factor for Loneliness Among Older Adults. *J Aging Health*. 2018;30(9):1450–61.
49. Cheung G, Wright-St Clair V, Chacko E, Barak Y. Financial difficulty and biopsychosocial predictors of loneliness: A cross-sectional study of community dwelling older adults. *Arch Gerontol Geriatr* [Internet]. 2019 november - december. [cited 2020 Apr 7]; 85:103935. DOI: 10.1016/j.archger.2019.103935
50. Boss L, Kang DH, Branson S. Loneliness and cognitive function in the older adult: A systematic review. *Int Psychogeriatrics*. 2015;27(4):541–53.
51. Kobayashi LC, Steptoe A. Social isolation, loneliness, and health behaviors at

- older ages: Longitudinal cohort study. *Ann Behav Med.* 2018;52(7):582–93.
52. Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, nº 311, (29/12/1978)
 53. Conceptos jurídicos. Código Civil Español [Internet]. Valladolid: Conceptos jurídicos. [cited 2020 Apr 4]. Available from: <https://www.conceptosjuridicos.com/codigo-civil/>
 54. Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, nº 102, (29/04/1986)
 55. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, nº 128, (29/05/2003)
 56. Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado, nº 261, (31/10/2015)
 57. Ley 6/1999, de 7 de julio, de Atención y Protección a las Personas Mayores. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, nº 87, (29/07/1999)
 58. Ley 5/2003, de 9 octubre, de declaración de voluntad vital anticipada. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, nº 210, (31/10/2003)
 59. Fernández A. II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. *Revista Española de Geriátría y Gerontología.* 2020;37:1–2.
 60. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Plan De Acción Para Las Personas Mayores 2003-2007. [Internet]. [cited 2020 Mar 29]. Available from: <https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/planppmm20032007.pdf>
 61. Gobierno de España. Presidencia de Gobierno [Internet]. Madrid: Gobierno de España; 2020 [cited 2020 Apr 7]. Referencia del Consejo de Ministros del 23 de octubre de 2015. Available from: <https://www.lamoncloa.gob.es/consejodeministros/referencias/Paginas/2015/refc20151023.aspx>
 62. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Estrategia Nacional de

- Personas Mayores para un Envejecimiento Activo y para su Buen Trato 2018–2021. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2017;67–8, 70.
63. Hernández-Ascanio J, Pérula-de Torres LÁ, Roldán-Villalobos A, Pérula-de Torres JC, Rich-Ruiz M. Effectiveness of a multicomponent intervention to reduce social isolation and loneliness in community-dwelling elders: A randomized clinical trial. Study protocol. *J Adv Nurs*. 2020;76(1):337–46.
 64. Cohen-Mansfield J, Hazan H, Lerman Y, Shalom V, Birkenfeld S, Cohen R. Efficacy of the I-SOCIAL intervention for loneliness in old age: Lessons from a randomized controlled trial. *J Psychiatr Res*. 2018;99(January):69–75.
 65. Brimelow RE, Wollin JA. Loneliness in Old Age: Interventions to Curb Loneliness in Long-Term Care Facilities. *Act Adapt Aging* [Internet] 2017 June. [cited 2020 Mar 29]; 41(4):301-305. DOI: 10.1080/01924788.2017.1326766
 66. Herramienta online para la consulta y diseño de Planes de Cuidados de Enfermería. [Internet]. NNNConsult. Elsevier; 2015 [cited 2020 May 25]. Available from: <http://www.nnnconsult.com/>