

**TRABAJO DE FIN DE GRADO**  
**GRADO EN ENFERMERÍA**



**UNIVERSIDAD  
DE ALMERÍA**

**LA SOLEDAD EXISTENCIAL EN EL ADULTO MAYOR  
FRÁGIL**

THE EXISTENTIAL LONELINESS IN ELDERLY FRAIL

**AUTOR**

**D. José María Martínez Mayor**

**DIRECTORA**

**Prof.<sup>a</sup> Diana Jiménez Rodríguez**



Facultad de  
**Ciencias de la Salud**  
Universidad de Almería

**Curso Académico**  
2019/2020  
**Convocatoria**  
Junio

## **AGRADECIMIENTOS**

Especial agradecimiento a mi tutora Diana Jiménez Rodríguez por su implicación y apoyo en la realización de este trabajo. A Manuel y Laura por sus consejos y aportaciones. Y a todas las profesoras y profesores que habéis tenido la paciencia y profesionalidad necesaria para guiarnos hacia la evidencia y la profesionalidad.

## **RESUMEN**

### Introducción

La fragilidad es un síndrome que afecta a personas adultas mayores y conlleva un deterioro de la salud en los aspectos físicos, psicológicos y sociales. En añadido, la mayoría de las personas que padecen este síndrome experimentan sentimientos de soledad existencial. Así, consideramos que es básico conocer las experiencias de soledad de dicha población, así como la de sus familiares y personal sanitario. Por ello, se plantea a través de una búsqueda bibliográfica, analizar los sentimientos presentes y el contexto de la soledad existencial de los adultos mayores y adultos mayores frágiles.

### Metodología

La revisión bibliográfica se realizó en las bases de datos PUBMED, SCOPUS, PROQUEST, PSYCOINFO, EMBASE Y CINAHL, con un total de 11 artículos válidos.

### Resultados

La mayoría de los estudios emplean la metodología cualitativa. Así, las categorías y temas principales que emergen relacionados con los sentimientos son: la soledad, aislamiento social, sentirse en una burbuja, temor ante la muerte, la pérdida de significado y la ausencia de relaciones sociales trascendentales. Por otro lado, existe diferencias en los sentimientos dependiendo el contexto en el que se encuentren (residencia, hogar, hospital y/o cuidados paliativos).

### Conclusión

En los adultos mayores frágiles los sentimientos de soledad varían en función de la persona, del contexto en el que viva y de la gestión que haga de la misma. Por ello, se recomienda que los profesionales sanitarios realicen una valoración holística que contemple todas las áreas de la persona para poder abordar unos cuidados de calidad relacionados con la soledad existencial en este tipo de pacientes.

### Palabras clave

Fragilidad; anciano; anciano frágil; soledad; soledad existencial; experiencias; enfermería.

## **ABSTRACT**

### Introduction

Fragility is a syndrome that affects older adults and leads to deterioration of health in physical, psychological and social aspects. In addition, the vast majority of people that suffer this syndrome experience feelings of existential loneliness. So, we consider that is basic to know the experiences of loneliness of this population, like the ones of the families and healthcare personnel. For this reason, it is proposed through a bibliographic search, analyse the present feelings and the context of the existential loneliness of older adults and fragile older adults.

### Methodology

The bibliographic review was done in the databases PUBMED, SCOPUS, PROQUEST, PSYCOINFO, EMBASE and CYNABL, with a total of eleven valid articles.

### Results

The vast majority of the studies use qualitative methodology. Thus, the main categories and themes that emerge related to feelings are: loneliness, social isolation, feel like inside a bubble, fear of death, the loss of meaning and the absence of transcendental social relationships. On the other hand, there are differences in feelings depending on the context in which they are found (residence, home, hospital and/or palliative care).

### Conclusion

In fragile older adults, feelings of loneliness vary depending on the person, the context in which they live and the management they make of it. Therefore, it is recommended that health professionals carry out a holistic assessment that covers all areas of the person in order to address quality care related to existential loneliness in this type of patient.

### Key words

Fragility; elderly; elderly frail; loneliness; existential loneliness; experiences; nursing.

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
Síndrome de fragilidad.....	1
Fisiopatología de la fragilidad .....	5
Soledad.....	12
Justificación .....	14
Objetivo .....	14
METODOLOGÍA.....	14
Criterios de inclusión .....	15
Criterios de exclusión .....	15
RESULTADOS .....	15
Diagrama de flujo .....	16
DISCUSIÓN.....	21
CONCLUSIÓN .....	27
BIBLIOGRAFÍA .....	27

## SUBÍNDICE

Tabla 1. CUESTIONARIO TULBURG.....	3
Tabla 2. FENOTIPO DE FREUD .....	4
Tabla 3. MECANISMOS ALTERADOS.....	8
Tabla 4. FARMACOS A EVITAR .....	9
Tabla 5. RESULTADOS .....	17
Ilustración 1. CIRCULO DE FREUD .....	6
Diagrama 1 DIAGRAMA DE FLUJO .....	16

## INTRODUCCIÓN

En España, el 19.3 % de la población tiene una edad de 65 años o superior (Estadística, 2019). Siguiendo la línea de este último medio siglo donde se da una tendencia al aumento, se estima que esta cifra aumente considerablemente en los próximos años (Álamo González et al., 2014).

Este incremento de personas adultas mayores en España es debido a diferentes factores. Las principales causas del aumento de este sector poblacional residen en un aumento de la esperanza de vida, en relación con los distintos avances científicos. Esto nos permite un cuidado basado en la evidencia y con unas garantías no aplicables a épocas anteriores. Así, la mejora de la economía, como la prestación de servicios retribuíbles a las personas que han finalizado su periodo de población activa, la calidad de vida, gracias a las características de nuestro clima, oportunidades de ocio y demás prestaciones dirigidas a las personas mayores. Por último, encontramos un descenso de la natalidad junto con una disminución de la mortalidad en nuestro país (Álamo González et al., 2014).

Como consecuencia de esta serie de factores, el riesgo de padecer una enfermedad convive con el aumento de la esperanza de vida de la población. Entre ellas podemos encontrar enfermedades de carácter crónico como, EPOC, hipertensión arterial, diabetes, sarcopenia, artritis reumatoide, osteoporosis o enfermedades cardíacas. Estas patologías suponen un reto para la sanidad y para la salud de las personas afectadas. La edad biológica de la población aumenta, pero con una mayor probabilidad de que esto conlleve un deterioro de la salud (Faller et al., 2019; Rodríguez Martín Marta, 2009).

Uno de los síndromes más importantes es la fragilidad, conocido como “*síndrome de fragilidad*”. Entendemos por fragilidad, una disminución de la reserva homeostática del organismo que conlleva una serie de alteraciones tanto a nivel psicológico, social y físico, que aumenta la sucesión de acontecimientos adversos. Se ve influida por factores intrínsecos y extrínsecos, haciéndola multifactorial y compleja de detectar. La fragilidad supone un aumento de la hospitalización, mala calidad de vida, aislamiento, soledad y discapacidad (Álamo González et al., 2014; Apóstolo et al., 2017; Craig, 2019).

Podemos encontrar un porcentaje de fragilidad variable entre el 4 – 17 % dependiendo del género y demografía de la población respecto a edades de 65 años y superiores. A medida que la edad avanza, aumenta el número de personas con fragilidad. En personas

de entre 80 – 84 años encontramos un porcentaje del 15.7 % y mayores de 84 años un 21 % (Apóstolo et al., 2017).

La patología tiene un importante impacto en centros residenciales y centros socio-sanitarios, con una incidencia de fragilidad del 50% y de prefragilidad del 40%. Unos porcentajes muy elevados para una población muy vulnerable. Cabe destacar que es vital implementar medidas que contrarresten este hecho desde la prefragilidad, disminuyendo así los casos de fragilidad. La prevención debe llevarse a cabo desde las primeras sospechas clínicas. Es de vital importancia la actuación enfermera y multidisciplinar (Craig, 2019).

Es importante resaltar, que la fragilidad no debe confundirse con otras patologías. Es común que exista una difícil detección cuando se encuentran patologías presentes como la discapacidad o sarcopenia. Hay que tener en cuenta que dichas patologías pueden agravar su curso e incluso llevar un paralelismo en la clínica, sobre todo con la discapacidad (Carneiro et al., 2017; Craig, 2019).

Las patologías de mayor relevancia en el “síndrome de fragilidad” y que están presentes con mayor frecuencia junto a esta son osteoartritis, diabetes mellitus, depresión, discapacidad, enfermedades neurológicas y enfermedades cardiacas (Carneiro et al., 2017).

Una de las medidas de acción más importantes recae sobre su correcta detección temprana y abordaje interdisciplinar, aunque esto a veces suponga un reto para los profesionales sanitarios.

Según la evidencia actualizada, la fragilidad puede llevar a una persona a una situación límite de su salud, es primordial tener un buen plan de prevención y detección geriátrica que nos permita afrontar este problema a tiempo. Es un síndrome difuso y multifactorial, se deben de tener en cuenta múltiples variables y patologías. Una detección a tiempo, nos permitirá reducir el impacto sobre los pacientes afectados. Proporcionando los cuidados basados en la evidencia, tendremos garantizados resultados satisfactorios y una mejora de la calidad de vida de nuestros mayores (Álamo González et al., 2014; Faller et al., 2019).

Existen diferentes métodos de identificación del síndrome de fragilidad. Esto ha supuesto un debate sobre cual es más objetivo, cual es más holístico y cual escoger a la hora de realizar un diagnóstico. En distintas zonas se pueden emplear diferentes escalas y

cuestionarios para su detección, entre ellos cabe destacar el “fenotipo de Freud” y “Tilburg”, por proporcionarnos un punto de vista holístico y personalizado (Álamo González et al., 2014; Gobbens, van Assen, Luijckx, Wijnen-Sponselee, & Schols, 2010).

- Tilburg: Adaptado en 49 países, nos proporciona 15 puntos que abarcan el ámbito social, psicológico y físico de la persona. Un resultado con un número igual o superior a 5 nos indica fragilidad. Es capaz de predecir la calidad vida esperada de la persona, así como la autonomía y el requerimiento de ayuda profesional en su vida diaria. Actualmente es una medida fiable con la cual podemos saber si existe y prever la fragilidad de las personas adultas mayores (Faller et al., 2019; Gobbens et al., 2010). Ver tabla 1.

*Tabla 1. CUESTIONARIO TULBURG*

<b>Cuestionario Tilburg</b>	Sí	A veces	No
● Aspectos físicos			
1. ¿Te sientes físicamente sano?			
2. ¿Has perdido más de 3kg en 1 mes o más de 6kr en 6 meses?			
- ¿Experimentas dificultad en tu vida a cerca de..?			
3. Andar			
4. Mantener el equilibrio			
5. Capacidad auditiva			
6. Empeoramiento de visión			
7. Pérdida de fuerza en las manos			
8. Cansancio físico			
● Aspectos psicológicos			



9. ¿Problemas de memoria?			
10. ¿Te has sentido decaído en el último mes?			
11. ¿Te has sentido ansioso o nervioso en el último mes?			
12. ¿Eres capaz de hacer frente a los problemas satisfactoriamente?			
• Aspectos sociales			
13. ¿Vives solo?			
14. ¿Echas de menos a la gente de tu alrededor a veces?			
15. ¿Recibes el suficiente apoyo de la gente que te rodea?			

Fuente: Adaptado y traducido de (Gillespie et al., 2012).

- Fenotipo de Freud: El más usado por la comunidad gerontológica, considera a una persona frágil si cumple 3 o más requisitos, prefrágil si cumple 1 o 2 y robusto si no cumple ninguno. Los requisitos son los representados en la siguiente tabla (Álamo González et al., 2014). Ver tabla 2.

Tabla 2. FENOTIPO DE FREUD

1. Pérdida de peso
Pérdida de peso involuntaria superior a 4,5 kg en el último año o mayor del 5% de peso previo al último año.
2. Baja energía y resistencia
Mínimo de una respuesta afirmativa en la escala de depresión CES-D:

“¿Sentía que todo lo que hacía suponía un esfuerzo en la última semana?” o “¿Sentía que no podía ponerse en marcha en la última semana?”
3. Bajo nivel de actividad física
Kilocalorías gastadas por semana usando MLATQ como instrumento de medida. Fragilidad si: hombres < 383 kcal/semana – mujeres < 270 kcal/semana
4. Velocidad de la marcha
Tiempo transcurrido en andar 15 pasos, estratificado por altura y género. Hombres: altura $\leq 173$ cm $\geq 7$ segundos/altura > 173 cm $\geq 6$ segundos Mujeres: altura $\leq 159$ cm $\geq 7$ segundos/altura > 159 cm $\geq 6$ segundos
5. Fuerza prensora
Medida en kg y estratificada por género e IMC. Hombres : IMC $\leq 23 \leq 17$ – Mujeres : IMC $\leq 24 \leq 29$

Fuente: Adaptado de (Álamo González et al., 2014).

Además de los indicadores anteriormente citados, podemos encontrar otros, como el “FRAIL”, que sirve para detectar a una persona con fragilidad de manera rápida y objetiva.

También podemos encontrar “11-puntos FI”, “escala funcional geriátrica”, “escala frágil”, “prisma-7” ... entre otras muchas escalas. Cada una de ellas abarca unos ámbitos de la persona, ya sea ambiente, sociedad, físico, psicología, etc. Estas escalas son similares a las anteriormente citadas. La variación es leve de unas a otras, son igualmente válidas para la detección de la fragilidad, una de las destacas es el “índice de Fragilidad” (Álamo González et al., 2014; Faller et al., 2019).

#### *Fisiopatología de la fragilidad.*

El “síndrome de fragilidad” es una patología multifactorial y difusa, es importante diferenciarla de otras patologías como la discapacidad. Encontramos una estrecha relación con la sarcopenia, ambas afecciones tienen un gran impacto en el sistema locomotor del organismo. El sistema musculo esquelético es uno de los sistemas

corporales que en reposo consume más energía, la sarcopenia junto con el descenso de consumo de energía propio del envejecimiento, dan lugar a una menor ingesta de nutrientes, sobre todo proteínas, un menor apetito y en consecuencia disminución de la síntesis de proteínas (Álamo González et al., 2014; Veronese, 2020).

Dicho suceso provoca en el organismo una alteración de citoquinas, que, sumadas a la inflamación característica del envejecimiento, se produce una “sobre inflamación sistémica”. La alteración de las citoquinas produce una respuesta pro inflamatoria, insulinoresistencia, alteraciones hepáticas, aumento del estrés oxidativo y un aumento de la actividad osteoclastica. Las citoquinas especialmente alteradas son IL-6, IL-1a, TNF-a y el IFN-a. estos sucesos combinados con patologías de base como por ejemplo anorexia, EPOC, enfermedades cardiacas (FA, ACV), diabetes mellitus y alteraciones hormonales, suponen un gran cambio en la composición química del organismo que predispone a la fragilidad (Álamo González et al., 2014; Veronese, 2020).

A continuación, podemos ver un esquema representativo de dicho proceso, conocido como “circulo de fragilidad de Freud”.

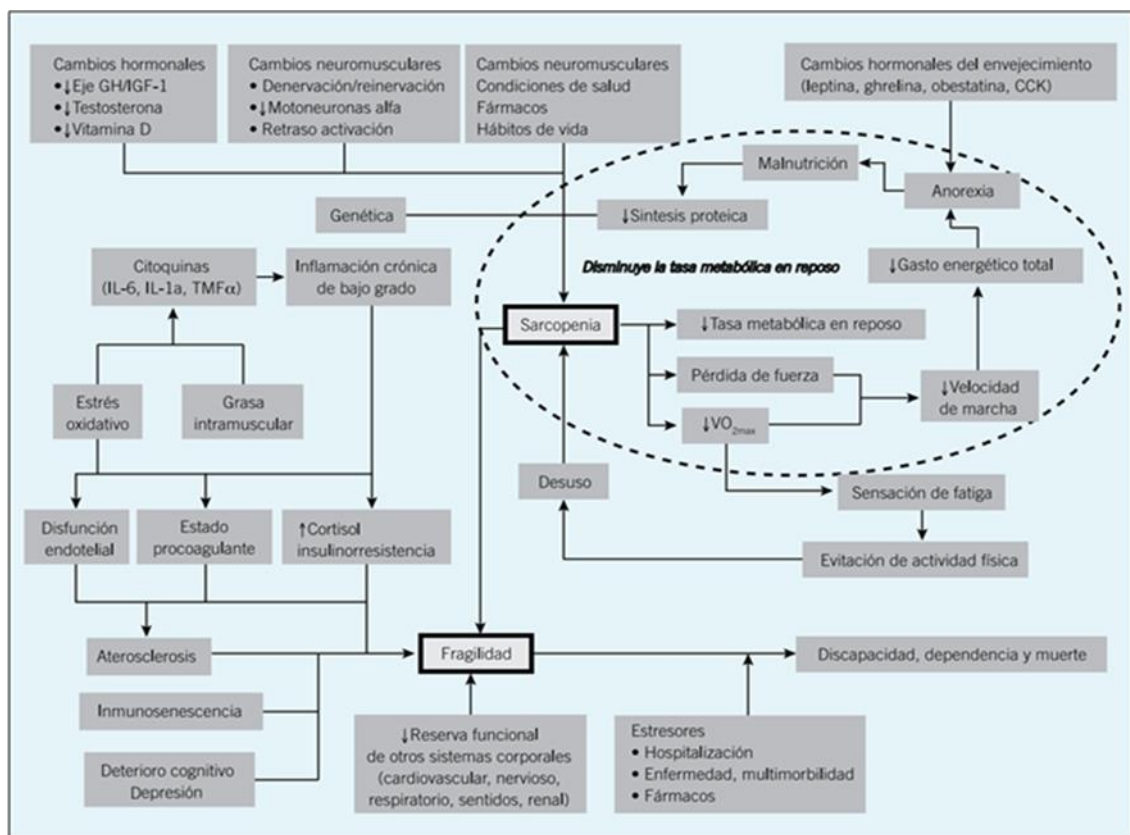


Ilustración 1. CIRCULO DE FREUD

Fuente: (Álamo González et al., 2014).

En respuesta estas citoquinas inflamatorias encontramos las citoquinas antiinflamatorias como IL-4, IL-10 e IL-13. La “*lucha interna*” (Veronese, 2020) entre estas citoquinas provoca un desajuste metabólico que trae consigo distintas consecuencias perjudiciales para el adulto mayor. Se refleja un aumento de la resorción ósea, alteraciones del cortisol, incremento de la velocidad de oxidación mitocondrial, hipovitaminosis, en especial vitamina D, tendencia pro coagulante, alteración neurohormonal e inflamación crónica. Todos estos sucesos contribuyen al desarrollo de patologías como osteoporosis, alteraciones cardiacas, resistencia a la insulina, alteraciones de la marcha y deterioro cognitivo (Álamo González et al., 2014; Veronese, 2020; Yannakoulia, Ntanasi, Anastasiou, & Scarmeas, 2017).

Todas estas alteraciones modifican también la administración de medicamentos, añadiéndole un factor peligroso de intoxicación farmacológica que obliga a reestructurar las dosis.

Aparece el término fragilidad farmacológica, referente al aumento del riesgo de padecer efectos adversos con el uso de fármacos y dosis con bajo riesgo de efectos adversos en la población general, según la evidencia actualizada (Nessighaoui, Géniaux, Dantoine, & Laroche, 2016).

Actualmente, se carece de un plan de acción a medida sobre los fármacos administrados a las personas adultas mayores, que presentan un estado mayor de vulnerabilidad y son más propensos a padecer efectos adversos con la toma de distintas medicaciones. La pluripatología juega un papel fundamental en esto, ya que, a mayor número de patologías, mayor número de medicamentos, y, por lo tanto, un riesgo más probable de efectos adversos (Nessighaoui et al., 2016).

Un aumento de masa grasa y disminución de masa magra juega un papel fundamental en la distribución de medicamentos hidrosolubles, aumentando su nivel de toxicidad. Esto puede estar agravado en caso de desnutrición, en donde el déficit proteico provoca una disminución de transporte del fármaco aumentando la fracción libre del mismo. No podemos olvidar que el envejecimiento renal juega un papel clave. La eliminación dificultosa de los fármacos provoca un mayor riesgo de sobredosis y toxicidad en la persona, pudiendo llegar a descontrolar patologías de base o incluso provocarlas, como una insuficiencia renal (Álamo González et al., 2014; Nessighaoui et al., 2016).

Dichos problemas incluso pueden llegar a ser los desencadenantes de la fragilidad. Esto nos lleva a los profesionales de la salud, en especial a los enfermeros, a llevar un control de dosis y farmacovigilancia para detectar problemas de medicación y poder así incluso solventar el síndrome de fragilidad, siempre que este sea el único factor implicado (Nessighaoui et al., 2016).

Por lo tanto, un anciano frágil presenta mayor riesgo de problemas iatrogénicos que uno no frágil o robusto. Esta situación se ha de tener en cuenta en la prescripción farmacológica (Álamo González et al., 2014; Nessighaoui et al., 2016).

A continuación, podemos ver unas tablas acerca de los mecanismos disminuidos en el anciano con fragilidad y cuáles son los fármacos con los que hay que tener especial precaución en dicha población. Ver tabla 3.

Tabla 3. MECANISMOS ALTERADOS

PARAMETRO	MODIFICACION	CONSECUENCIA
Absorción	<p>Aumento de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Función celular GI</li> <li>● pH gástrico</li> </ul> <p>Disminución de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● transporte activo</li> <li>● velocidad de vaciamiento gástrico</li> <li>● velocidad de transito GI</li> <li>● efecto primer paso hepático</li> </ul>	<p>Aumento de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● biodisponibilidad a fármacos</li> </ul> <p>disminución de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● absorción de nutrientes</li> <li>● velocidad de absorción</li> <li>● degradación de ciertos fármacos</li> </ul>
Metabolismo	<p>Disminución de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● capacidad metabólica</li> <li>● flujo plasmático hepático</li> <li>● masa hepática</li> </ul>	<p>Disminución de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● velocidad Max de saturación de fármacos</li> <li>● metabolismo de los fármacos</li> </ul>

Distribución	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Variación del flujo tisular</li> </ul> <p>Aumento de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Grasas corporales</li> <li>● Alfa-globulinas</li> </ul> <p>Disminución de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Albumina plasmática</li> <li>● Agua corporal, tamaño corporal y volumen plasmático</li> </ul>	<p>Aumento de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Velocidad de distribución en fármacos hidrosolubles.</li> <li>● Fracción libre de fármacos ácidos.</li> <li>● Efecto en órganos con flujo conservado</li> </ul> <p>Disminución de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Velocidad de distribución en fármacos liposolubles</li> <li>● Fracción libre de fármacos básicos</li> </ul>
Eliminación	<p>Disminución de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Masa renal.</li> <li>● Parénquima renal.</li> <li>● Flujo plasmático renal.</li> <li>● Aclaramiento creatinina.</li> <li>● Secreción tubular.</li> </ul>	<p>Disminución de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Aclaramiento renal de los fármacos.</li> </ul>

Fuente: Adaptado de (Álamo González et al., 2014).

Tabla 4. FARMACOS A EVITAR

Benzodiacepinas como flurazepam, diazepam, triazolam y alprazolam.	AINES como indometacina, ketorolaco, piroxicam, mefenamico y fenibutazona.	Antiestaminicos como cloferanamina, difenidramina o prometazina.	Agentes cardiacos como antihipertensivos, diuréticos y betabloqueantes.
--------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------

Antidepresivos como amitriptilina, imipranina o doxepina.	Opioides como propoxifeno, meperidina y pentazocina.	Antiagregantes plaquetarios como ticlopidina y dipyridamol.	Vasodilatadores periféricos como ergotamina y pentoxifilina.
Antipsicóticos como haloperidol y tioridazina.	Antiestamínicos como ranitidina.	Hipoglucemiantes orales como clorpropamida.	Antiarrítmicos como la digoxina.

Fuente: Adaptado de (Álamo González et al., 2014).

Por último, cabe destacar la importancia de la actividad física y la nutrición adecuada para abarcar en su totalidad el “síndrome de fragilidad”.

En primera instancia como se refleja en la evidencia, una alteración de la actividad física diaria es un indicativo que puede guiarnos hacia un diagnóstico de fragilidad. Tener o no fragilidad no excluye de posibles problemas de movilidad, discapacidad y otras alteraciones musculoesqueléticas. Estas alteraciones son más acusadas en personas que presentan el síndrome, pudiendo afectar a su salud física, psicológica y social (McPhee et al., 2016).

Las recomendaciones nos dictan una línea a seguir en relación a la intervención enfermera, centrandó nuestro esfuerzo en el ejercicio. Los ejercicios aeróbicos de intensidad moderada en función de las capacidades del individuo, y en ejercicios de resistencia, ayudan a la regeneración de las fibras musculares de tipo II. Salir a caminar durante 20 minutos dos veces al día y hacer ejercicios de resistencia, con mancuernas en bajo peso, alrededor de 6 repeticiones en 4 series. Estos actos suponen una disminución del 30% en el riesgo de morbilidad, mortalidad y dependencia funcional, a los que se le suma entre un 50-80% de menor riesgo de inmovilidad (McPhee et al., 2016).

La responsabilidad de recomendación y seguimiento de nuestros pacientes frágiles recae sobre atención primaria. Una buena promoción de la salud y cuidado holístico y personalizado, nos permite aumentar considerablemente el estado de salud física de las personas afectadas y con el añadido de no existir ningún riesgo adverso para los pacientes que lo realicen (McPhee et al., 2016).

Las intervenciones y cuidados enfermeros a nivel físico, se deben de ver complementados con una mejora de la alimentación y seguimiento prorrogado de la dieta prescrita. La

nutrición para las personas afectadas con fragilidad, supone un pilar básico en la mejora de su clínica. Las personas con fragilidad experimentan una pérdida de peso involuntaria y empeoramiento físico que está estrechamente relacionado con la nutrición (Yannakoulia et al., 2017).

La incorrecta nutrición de micro-elementos y macro-elementos como proteínas o vegetales, sumado a la pérdida de masa muscular por la sarcopenia, predisponen un cuadro clínico desfavorable, y puede ser el inicio de una “cascada de dependencia” (Yannakoulia et al., 2017).

Con el envejecimiento, el metabolismo incrementa su anabolismo sobre la proteína muscular, situación crítica para las fibras musculares de la musculatura. Este hecho se puede contrarrestar con una ingesta diaria de proteína de 20-30gr de alta calidad que ayuda al organismo a reproducir correctamente las fibras musculares, obteniendo mayor fuerza y resistencia (Yannakoulia et al., 2017).

La correcta ingesta de micronutrientes como selenios, carotenos, ácidos grasos, ácido fólico, vitamina C, vitamina E y poli fenoles, han demostrado reducir significativamente el riesgo de padecer fragilidad y la mejora de la misma. Actualmente la dieta que mejor suple esas carencias a nivel nutricional es la mediterránea. Esto nos da la respuesta a nuestra intervención enfermera en prescribir una dieta mediterránea a nuestros pacientes, adecuándola siempre a las necesidades nutricionales demandadas junto con la actuación fundamental de un nutricionista-dietista (Yannakoulia et al., 2017).

En relación a lo anteriormente expuesto sobre la fragilidad en el anciano, cabe destacar la importancia de la relación entre la soledad y la fragilidad. Un adulto mayor frágil, viva solo o en residencia, experimentara sentimientos de soledad, que condicionaran su salud emocional a la hora de afrontar su proceso de fragilidad. Ambas patologías son clave para el cuidado holístico e integral de nuestra población más vulnerable (Herrera-Badilla, Navarrete-Reyes, Amieva, & Avila-Funes, 2015).

En cuanto a la soledad, es de vital importancia conocer sus significados, tipología y como puede condicionar la situación de salud de un anciano frágil. Es por esto que procedemos a indagar sobre este tema tan importante e infravalorado por los profesionales sanitarios. La enfermería juega un papel fundamental en el abordaje preventivo e in situ de las personas afectadas, ya sea por los factores de riesgo que puedan presentar, o por nuestra



valoración y detección de los sentimientos mostrados en el momento de contacto con los pacientes (Bolmsjö, Tengland, & Rämgård, 2019).

En nuestro mundo moderno, la ciencia ha conseguido mejorar la atención que se les proporciona a la población, en concreto a la población adulta mayor. Los criterios clínicos y el cuidado de los pacientes, nos hace no tener en cuenta al ser humano de forma holística, es decir, tanto su esfera física como social y emocional. Así podemos encontrarnos una persona totalmente sana, sin patologías físicas, pero que experimentan un sentimiento de soledad. Debemos de invertir gran parte de nuestro esfuerzo como profesionales sanitarios, en abordar ese problema que puede condicionar o empeorar la calidad de vida de los pacientes, en concreto de los adultos mayores frágiles (Bolmsjö et al., 2019).

La vejez es una etapa de la vida en donde afloran los recuerdos y vivencias de toda una vida, junto a esto se experimentan una serie de cambios en la vida de dichas personas que predisponen a una situación de soledad.

La *soledad* está definida como “convencimiento apesadumbrado de estar excluido, de no tener acceso a ese mundo de interacciones, siendo una condición de malestar emocional que surge cuando una persona se siente incomprendida o rechazada por otros o carece de compañía para las actividades deseadas, tanto físicas como intelectuales o para lograr intimidad emocional” (Rodríguez Martín Marta, 2009), este suceso recae en un 14% de las personas adultas mayores que viven en casa, y esta cifra aumentan cuando hablamos de adultos mayores frágiles que viven en residencia o en sus domicilios (Rodríguez Martín Marta, 2009).

No obstante, la soledad no siempre es un suceso negativo, podemos diferenciar dos tipos, la soledad objetiva y la soledad subjetiva. La primera hace referencia al hecho de estar solo, que puede interpretarse como algo negativo para la persona o como algo totalmente positivo, que ayuda a enriquecerse y ser buscada por la persona, aunque en la mayoría de las ocasiones es una situación forzada. En segundo lugar, encontramos la soledad subjetiva, que consta del sentimiento de la persona de sentirse solo, un experiencia temida y difícil, que en ningún caso es buscada (Rodríguez Martín Marta, 2009).

Nos centraremos en la soledad subjetiva, incluyendo la soledad social, puesto que son factores importantes en el sentimiento de soledad y en la soledad existencial. Entendemos por soledad social, aquella en la que no hay una red social cercana que permitan a la

persona establecer vínculos sociales. La soledad existencial va más allá, es un sentimiento de sufrimiento que es experimentado bajo circunstancias de pérdida de familiares o sentimientos de muerte próxima en el tiempo (Bolmsjö et al., 2019).

Como profesionales de enfermería, debemos de proporcionar un alivio en la soledad emocional y objetiva que experimenta nuestra población adulta mayor frágil. Haciendo énfasis en los sentimientos de muerte que cada persona puede sentir, incluyendo el abordaje de todas las necesidades que supondrían un cambio en la vida diaria de dichas personas. No podemos olvidar que estos sentimientos de soledad están estrechamente vinculados al proceso de fragilidad, siendo para nuestros mayores una barrera aparentemente infranqueable, pero que con ayuda, vocación y sentimiento enfermero junto con otras disciplinas especializadas. Podemos paliar ese efecto de pensamiento negativo y reforzar un envejecimiento activo y saludable, siempre personalizado y en un ámbito holístico para cada caso concreto (Bolmsjö et al., 2019; Rodríguez Martín Marta, 2009).

Como profesionales sanitarios, nuestro primer objetivo consistirá en realizar una valoración enfermera integral y basada en la evidencia. Se expondrán cuáles son las causas de ese sentimiento de soledad de entre tres posibles sucesos. Se indagará junto a la persona, para comprobar si su sentimiento de soledad está relacionado con una crisis de autonomía, favorecida por la incapacidad de realizar correctamente las ABVD. Por una crisis de identidad, relacionada con la pérdida de algún ser querido o por crisis de pertenencia, en donde una pérdida de funciones sociales o profesionales pueden desencadenarla (Rodríguez Martín Marta, 2009).

Las principales acciones enfermeras de prestación de cuidados a dicha población se centrará en conjunto con profesionales de psicología, trabajo social, medicina o terapia ocupacional. Haciendo hincapié en las necesidades de comunicación, valores y creencias, autorrealización y aprendizaje, debe ser la piedra angular de nuestro afrontamiento y cuidados a los adultos mayores frágiles (Bolmsjö et al., 2019).

Para aquellas personas que lo necesiten, debemos ofertar la diferente cartera de servicios socio sanitarios que están a disposición de los usuarios, adecuándonos y recomendando la mejor opción para cada persona, estos incluyen aportación económica, residencia, centro de día, servicio a domicilio, terapia en centros especializados, asociaciones y demás servicios. Debemos garantizar siempre la seguridad y salud de nuestra población más vulnerable (Bolmsjö et al., 2019).

De esta forma, como *justificación*, consideramos que conocer las percepciones y experiencias de los adultos mayores frágiles, supondría un avance en la mejora del cuidado holístico hacia dicho sector poblacional, consiguiendo empatizar con sus sentimientos, miedos y preocupaciones para conseguir un envejecimiento activo y saludable en todas las esferas que los rodean.

Por lo expuesto, el *objetivo* de la presente investigación, es conocer cuáles son las experiencias y sentimientos de los adultos mayores frágiles que se encuentran en situación de soledad a través de una búsqueda de la bibliografía.

## **METODOLOGÍA**

En esta revisión de la bibliografía la metodología de búsqueda se realizó sobre las bases de datos PUBMED, SCOPUS, PROQUEST, PSYCOINFO, EMBASE Y CINAHL, con los criterios de búsqueda “elderly frail AND loneliness AND experience”, “elderly frail AND loneliness” y “elderly AND existential loneliness AND experience”, “elderly AND existential loneliness” añadiendo los límites de búsqueda de “10 años”, “artículo original” y “disponible a texto completo”.

La búsqueda de artículos tuvo su inicio en enero de 2020 y finalizó en marzo de 2020. Se comenzó la búsqueda en PUBMED, donde se encontraron 15 artículos que podían ser válidos para el desarrollo de la revisión, utilizando los operadores “elderly frail AND loneliness AND experience”. Tras aplicar los criterios de inclusión, 7 de ellos fueron descartados por no cumplir nuestras exigencias. A continuación, proseguimos la búsqueda en las distintas bases de datos, PROQUEST, PSYCOINFO, EMBASE Y CINAHL, sin encontrar ningún artículo válido, a excepción de PROQUEST, donde se encontraron dos artículos previamente incluidos en la selección, puesto que los resultados disponibles eran revisiones sistemáticas o la fecha no era adecuada para incluirla en el trabajo. Por último, se inició la búsqueda en SCOPUS, en donde encontramos 6 artículos aparentemente válidos para su inclusión, después de leer resumen y palabras clave, se procedió a la eliminación de dos artículos. Finalmente se pudo reunir 11 artículos que cumplían nuestros criterios de inclusión y eran óptimos para su implementación en el desarrollo de nuestra revisión de la literatura.

La pregunta pio empleada en esta revisión fue, “adultos mayores frágiles que exponían sus experiencias de soledad existencial”.

Los artículos seleccionados fueron cribados siguiendo el método CASPe (Cabello, 2015)

Los *criterios de inclusión* utilizados fueron:

- Personas mayores frágiles y familia o cuidadores de personas mayores frágiles que relaten la experiencia de la soledad.
- Publicados en los últimos 8 años.
- Con acceso a título completo.
- Artículos cualitativos y mixtos como artículos originales, ensayos clínicos u observacionales.

Como *criterios de exclusión* se cribaron:

- Artículos no originales o revisiones de la literatura.
- Artículos que no hablaban de la soledad o que no hacían referencia a los adultos mayores frágiles.
- Artículos que tras leer título o resumen no cumplían con nuestros criterios de inclusión.
- Artículos cuantitativos que no ofrecían datos relevantes para la revisión bibliográfica.
- Duplicidad de artículos.

## **RESULTADOS**

Los artículos encontrados finalmente para nuestra revisión bibliográfica fueron 11, seleccionados tras el cribado de 129 artículos revisados en esta revisión bibliográfica.

Los países de realización de estos estudios fueron Suecia (7), Sri Lanka, Holanda, Sudáfrica y Finlandia. El total de participantes de los estudios supuso una muestra de 363 personas. Las edades de los participantes adultos mayores estaban comprendidas entre 62 años y 101 años, los participantes profesionales de la salud tenían una edad de 26 años a 68 años.

En cuanto a la metodología, la mayoría de los estudios eran cualitativos (Larsson, Edberg, Bolmsjö, & Rämgård, 2018)(Taube, Jakobsson, Midlöv, & Kristensson, 2016)(Larsson, Rämgård, & Bolmsjö, 2017)(Sjöberg, Beck, Rasmussen, & Edberg, 2017)(Larsson et al., 2017)(Sundström, Edberg, Rämgård, & Blomqvist, 2018)(Sundström, Blomqvist, Edberg, & Rämgård, 2019)(Sjöberg, Edberg, Rasmussen, & Beck, 2018)(Sjöberg et al.,

2018)(Roos & Malan, 2012) y un estudio mixto (Wijesiri, Samarasinghe, & Edberg, 2019).

En cuanto a la recogida de datos de los estudios cualitativos, encontramos que siete de los estudios se realizan a través de entrevistas, tres fueron semiestructuradas (Larsson et al., 2018; Sundström et al., 2018; Taube et al., 2016), dos fueron abiertas (Larsson et al., 2017; Bindels et al., 2015) y uno que reunía ambas (Sjöberg et al., 2018). Siguiendo la línea de los estudios cualitativos, encontramos un estudio de casos múltiples (Sundström et al., 2019), dos de enfoque hermenéutico (Hemberg, Nyqvist, & Näsman, 2019; Sjöberg et al., 2017) y por último un estudio de diseño (Roos & Malan, 2012), que mediante un análisis KWIC, visual y temático de distintas actividades de los participantes, se transcriben en información cualitativa válida para el estudio.

Por último, en la recogida de datos se incluyó un estudio mixto, de entrevistas tanto abiertas como semiestructuradas (Wijesiri et al., 2019).

A continuación, se muestra el *diagrama de flujo* junto con la tabla representativa de los estudios anteriormente citados.

Diagrama 1 DIAGRAMA DE FLUJO

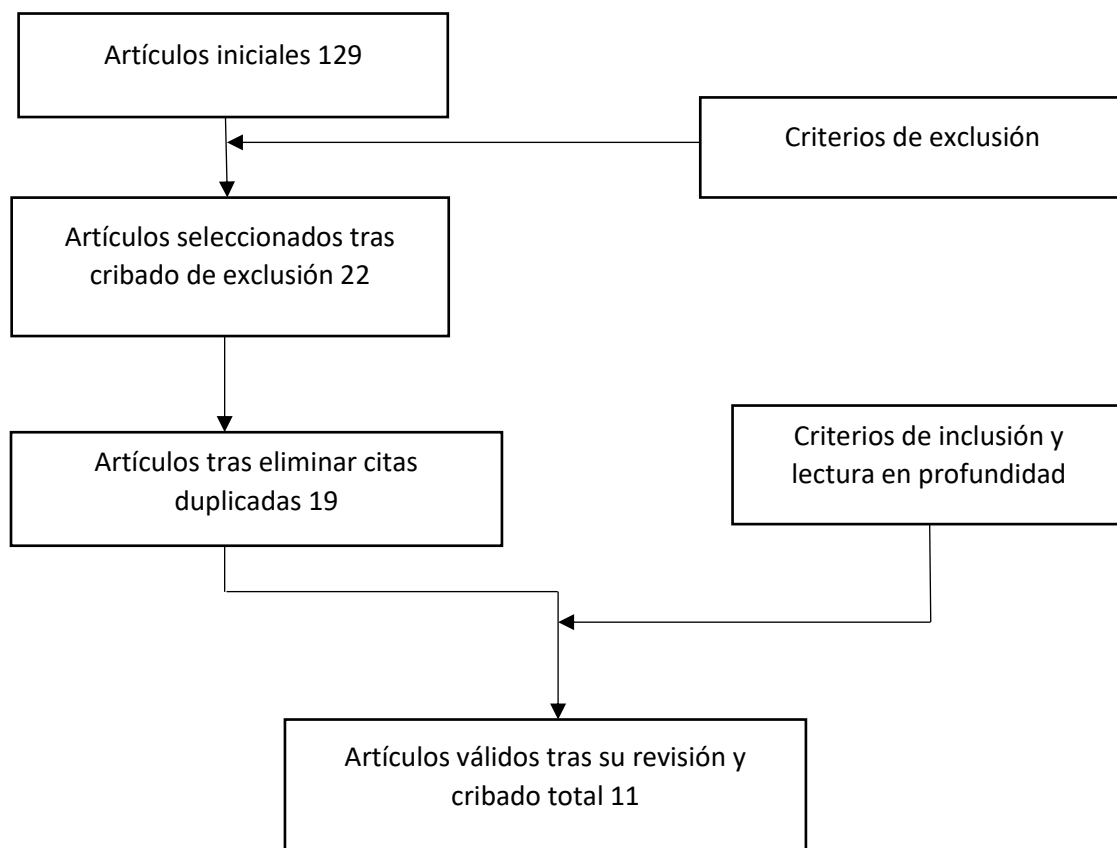


Tabla 5. RESULTADOS

Autor, año	País	Tipo de estudio	CASPe	Muestra	Resultados
Wijesiri et al., 2019	Sri Lanka	Mixto, entrevista individual abierta y semiestructurada.	Este artículo cumple la rigurosidad de todas las preguntas de lectura crítica.	90 participantes adultos mayores	A nivel cuantitativo, los participantes según la escala de soledad R-UCLA, obtuvieron una puntuación entre 29 y 77, la puntuación media fue de 49. Los sentimientos de soledad de los participantes, eran expresados en forma de “sensación de abandono, pérdida de libertad, ansiedad por su futuro y depresión por no sentirse realizados en su vida”.
Sundström et al., 2019	Suecia	Cualitativo, diseño de casos múltiples.	Este artículo cumple la rigurosidad de todas las preguntas de lectura crítica.	52 participantes profesionales de la salud	Los resultados se pueden agrupar en diferentes casos. Caso de atención domiciliaria, en donde las preocupaciones de las personas mayores se resumen en, “falta de apoyo por familiares, sentimientos de inutilidad, insatisfacción con su vida anterior, sentimientos de muerte e invisibilidad a hacia los demás “. Caso de residencia, los sentimientos de soledad estaban asociados a “pérdida de personas importantes, malas relaciones con familia y amigos, discapacidad y sentimientos de rareza”. Caso de cuidados paliativos, la soledad era expresada por “sentimientos de muerte inminente y necesidad de alivio de la incertidumbre”. Caso de atención hospitalaria, la soledad estaba asociada a la “falta de compañía, sentimientos de muerte inminente”.

Hemberg et al., 2019	Finlandia	Cualitativo, enfoque hermenéutico.	Este artículo cumple la rigurosidad de todas las preguntas de lectura crítica.	17 participantes adultos mayores.	Los resultados se pueden agrupar en una gran categoría: “ser personas sin hogar en la vida, soledad expresada y derivada de la soledad emocional”. Se identificaron tres subcategorías: “Pérdida de la comunión con el otro cónyuge u otros seres queridos, pérdida de las actividades sociales significativas debido al aislamiento y la pérdida de la salud, debido a la fragilidad”.
Larsson et al., 2018	Suecia	Cualitativo, entrevistas semiestructuradas individuales y colectivas.	Este artículo cumple la rigurosidad de todas las preguntas de lectura crítica.	15 adultos mayores frágiles, 19 parejas o familia de los mismos.	Se definen tres temas principales: la espera de la muerte sin sentido en contraposición de la falta de actividades, el anhelo de una red de conexiones más profunda en contraposición con los que no participan en un entorno social y la restricción de la libertad en contraste con la renuncia a la vida.
Sundström et al., 2018	Suecia	Cualitativo, entrevistas semiestructuradas en grupos focales.	Este artículo cumple la rigurosidad de todas las preguntas de lectura crítica.	61 participantes profesionales sanitarios	Los resultados se agruparon en : “Las barreras de las percepciones e interpretaciones de los profesionales y pacientes en la soledad existencial, inseguridad a la hora de entender necesidades y deseos, la inseguridad de como romper el escudo personal y el miedo y la dificultad en el encuentro con cuestiones existenciales”.

Sjöberg et al., 2018	Suecia	Cualitativo descriptivo y exploratorio. Entrevistas abiertas y semiestructurada.	Este artículo cumple la rigurosidad de todas las preguntas de lectura crítica.	22 participantes adultos mayores frágiles.	Se obtuvieron dos categorías y siete subcategorías bien definidas, encontramos la categoría “siendo reconocido por los demás”, divida en “siendo el centro de las preocupaciones de los demás, encontrando a la intimidad y tener un intercambio significativo de sentimientos y pensamientos (negativos)”. La siguiente categoría “sentimientos”, consta de las subcategorías “ajustar y aceptar la situación actual, ver la vida desde el espejo retrovisor, estar en contacto con dimensiones espirituales y tener la oportunidad de retirarse y distraerse.”
Sjöberg et al., 2017	Suecia	Cualitativo descriptivo. Hermenéutico fenomenológico.	Este artículo cumple la rigurosidad de todas las preguntas de lectura crítica.	23 participantes adultos mayores frágiles.	Los temas a tratar son los siguientes, “estar atrapado en un cuerpo frágil y con deterioro, ser tratados con indiferencia, no tener a nadie con quien compartir la vida y falta de propósito y significado.”
Larsson et al., 2017	Suecia	Cualitativo descriptivo. Entrevistas abiertas.	Este artículo cumple la rigurosidad de todas las preguntas de lectura crítica.	19 participantes parejas de adultos mayores frágiles.	Tres temas se destacan en el objetivo de este estudio, encontramos “ser limitado en cuerpo y espacio, sentirse en desconexión y al estar desconectado del mundo exterior.”



Taube et al., 2016	Suecia	Cualitativo, entrevistas semiestructuradas y audios de voz.	Este artículo cumple la rigurosidad de todas las preguntas de lectura crítica.	12 adultos mayores frágiles.	Se trataron varios temas en lo referente a soledad, el tema general es “la experiencia de sentirse en una burbuja”, junto con varios temas como “la libertad, las barreras psicológicas, sociales y físicas y la desesperanza”.
Bindels et al., 2015	Holanda	Cualitativo, entrevistas abiertas.	Este artículo cumple la rigurosidad de todas las preguntas de lectura crítica.	23 adultos mayores frágiles.	Surgieron dos categorías principales, “la pérdida de conexiones”, haciendo especial hincapié en la importancia de la practica enfermera y “recibir un apoyo para volver a conectar”.
Roos & Malan, 2012	Sudáfrica	Cualitativo, método Mmogo, método KWIC, análisis visual y temático.	Este artículo cumple la rigurosidad de todas las preguntas de lectura crítica.	10 participantes adultos mayores.	Se identificaron cuatro temas principales que posteriormente agruparon subtemas más específicos. Los temas fueron “experiencias de relaciones, estilos interpersonales, las relaciones en contexto e interacciones en las relaciones”.

## DISCUSIÓN

Todos los estudios que se incluyen en esta revisión, coinciden en el hecho de que los adultos mayores y en especial los adultos mayores frágiles tienen más predisposición a los sentimientos de soledad. Estos sentimientos son variables según el ámbito social de cada persona (Sundström et al., 2019, 2018). Podemos diferenciar el aspecto residencial, hospitalario, cuidados paliativos y el hogar. Todos los ámbitos son experimentados por la persona como un reto al que no se habían enfrentado antes y que tienen enfoques personales muy distintos y similares a la vez (Sundström et al., 2019, 2018).

Los adultos mayores sienten que la fragilidad los limita a la hora de realizar las cosas que siempre han hecho, algo tan sencillo como levantarse de la cama, hacer las actividades básicas de la vida diaria o salir a la calle. Esta incapacidad les provoca la sensación de inutilidad, de no poder hacer lo que realmente quieren, se sienten aislados y dependientes. Estos hechos conllevan un gran impacto emocional que les causa ese sentimiento de soledad, de no ser ellos mismos, de sentirse atrapados en cuerpo que ya no es el mismo que les había acompañado durante toda su vida (Sjöberg et al., 2017).

Según diversos estudios (Bindels et al., 2015; Sjöberg et al., 2017; Taube et al., 2016), cuando se genera una situación de incapacidad y fragilidad, los adultos mayores necesitan apoyo, alguien que esté con ellos y les proporcionen la ayuda necesaria. El sentimiento de abandono y de no tener relaciones sociales íntimas, que les permitan sentirse realizados, poder vivir su vida con libertad y tomar sus propias decisiones, desemboca en no sentirse valorados ni poder expresarse libremente.

Para Taube et al. 2016 el apoyo suele recaer fundamentalmente en la familia y amigos más cercanos, por lo que, se hace indispensable conectar y salir de su propia burbuja para aliviar esos sentimientos de soledad. De hecho, continuando con el estudio de Taube et al. 2016, algunos de sus informantes relatan que, sentirse el centro de atención y tener un propósito en la vida, como puede ser contarles a sus nietos sus experiencias y valores, es de vital importancia para su salud emocional y para poder sentirse realizados en su día a día.

En la misma línea, otros estudios (Roos & Malan, 2012; Sjöberg et al., 2017) apoyan esta idea, indicando que los adultos mayores poseen experiencias, recuerdos y relatos, que desean y necesitan compartir con sus más allegados. Así, en dichos estudios se argumenta que tener una

conversación íntima y/o trascendental, ayuda a estas personas a sentirse aliviados y comprendidos, puesto que, cada persona tiene una visión de la vida única y personal.

Por otro lado, Taube et al. 2016 expone que es necesario tener en cuenta que estos sentimientos de soledad se incrementan si la persona ha perdido a un ser querido cercano, como a su cónyuge. De hecho, causa tal impacto en la persona que puede desembocar en el inicio de la fragilidad y soledad, aislándose o queriendo eliminar cualquier contacto con otras personas. Así, en su estudio existe un testimonio en el que la persona indica que prefería no conocer a nadie ni volver a tener pareja, para evitar volver a sufrir por una posible pérdida futura. En contraposición, los participantes del estudio de Sjöberg et al. 2017 proponían el estar acompañado emocionalmente como una de las soluciones más eficaces para el alivio de la soledad. Esta divergencia puede deberse a las diferentes formas de abordar la pérdida y la vida futura, que pueden ser diferentes en función de las vivencias anteriores, creencias, la forma de entender la vida y/o la personalidad de cada persona (Cabodevilla, 2007).

En referencia al entorno residencial, los adultos mayores y adultos mayores frágiles que se encuentra en una residencia de cuidado, en su mayoría, presentan un estado de salud deteriorado, pudiendo incluso, ser el motivo de ingreso (Roos & Malan, 2012). Esta situación es un factor desencadenante de sentimientos de soledad existencial y muerte inminente en los residentes (Sjöberg et al., 2017; Wijesiri et al., 2019)

Para Wijesiri et al. (2019), los adultos mayores que viven en residencias de cuidado, presentan una red social más amplia pero no por ello más íntima. Se sienten rodeados de personas con las que no tienen ninguna conexión, personas que no los entienden y con los que no pueden mantener una conversación profunda. Estas personas sienten la necesidad de una conexión real y de confianza sobre los temas que más incertidumbre les causan, muerte, dolor, sufrimiento.

A esta situación, se le suma según Sjöberg et al. 2017, la odisea que puede suponer para una persona en entorno residencial, una mala noticia o un diagnóstico de salud debido a que no tienen de forma inmediata, a nadie cercano con quien poder compartir esta noticia, con quien poder desahogarse y sentirse comprendidos, puesto que, poseen la creencia errónea de que su situación no tiene importancia ni para sus compañeros de residencia ni para el personal sanitario.

Apoyando esta idea, en el estudio de Wijesiri et al. 2019, los participantes indican que nunca habían experimentado esta falta de apego y/o apoyo. Así, muchas de estas personas experimentan una pérdida de constancia en su lucha por su libertad e independencia, provocándoles una enorme desolación y el sentimiento de haber perdido la batalla.

Esta idea de soledad se refleja en los discursos de los participantes que viven en residencia, pues coinciden en que la pérdida de relaciones personales e interpersonales significativas, marca un antes y un después en su estancia residencial, (Roos & Malan, 2012; Sjöberg et al., 2017; Wijesiri et al., 2019). Así, necesitan actividades estimulantes y conseguir forjar una red social fuerte que permita a nuestros mayores establecer nuevos vínculos emocionales entre las personas de su alrededor.

Para intentar dar respuesta a esta situación y apoyándonos en el planteamiento de Sjöberg et al. 2017 que propone que el profesional sanitario se tiene que adaptar a la situación y a los recursos disponibles, pensamos que el uso de las nuevas tecnologías debe ser fomentado y emplearlo a favor del cuidado con el fin de conseguir un mayor contacto con la familia y amigos. A su vez, varios estudios coinciden en que dicho profesional debe proporcionar apoyo emocional a sus pacientes en situaciones complicadas para ellos (Sundström et al., 2019, 2018).

Por su parte, la atención a las personas en cuidados paliativos, requiere de una adaptación por parte del personal sanitario. Los pensamientos y sentimientos de nuestros pacientes, respetando su libertad, su identidad, y proporcionándoles un ambiente de confort y seguridad, debe ser nuestra línea guía respecto al cuidado prestado como enfermeros (Sjöberg et al., 2018).

Según Sjöberg et al. 2018, los adultos mayores que se encuentran en cuidados paliativos, experimentan sensaciones de muerte inminente y abandono. Sufren la sensación de estar solos, de que la muerte es algo que está ahí y sienten el deseo de calmar esa angustia con sus seres queridos. Afloran sentimientos de miedo a ser juzgados cuando, por ejemplo, se les cae un vaso, debido a su fragilidad. Estos sentimientos nos hacen ver la fragilidad con la que ellos se identifican y cómo se siente su sensación de vulnerabilidad ante cualquier situación que pueda provocar malestar en las personas que los rodean, tanto al personal sanitario como a la familia (Sjöberg et al., 2018). Cuando una persona se encuentra en esta situación, el hecho de ir a casa con su familia, poder comer con ellos y sentirse querido, es la experiencia más gratificante (Sjöberg et al., 2018). Sentirse valorado y ser el centro de atención, alivia su soledad existencial (Sjöberg et al., 2018).

Para los adultos mayores que viven en sus casas, la soledad es una de las cuestiones más temidas. Entre los factores más prevalentes e influyentes, destaca la viudez, vivir solo, y problemas de salud como la depresión, deterioro cognitivo, etc. La fragilidad juega un papel fundamental en este ámbito, la mayoría de las personas que sufren este síndrome, tienen cuidados a domicilio, algo que los hace especialmente vulnerables (Hemberg et al., 2019).

Dichas personas, experimentan sentimientos de angustia y ansiedad por su estado de salud. La fragilidad les hace sentirse aún más en soledad y afloran las preocupaciones existenciales. El no poder visitar a su familia, la pérdida de un cónyuge, la disminución de sus actividades sociales o el empeoramiento de su salud, provocan en los adultos mayores un sentimiento de desolación. Varios relatos nos muestran su punto de vista acerca de la vida, relatan no querer vivir en esta situación, sin un compañero/a de vida, sin seguridad y con soledad. En situaciones así no podían llamar “hogar” a su casa (Bindels et al., 2015; Hemberg et al., 2019).

En cuanto a los adultos mayores que ingresan en una unidad hospitalaria, suelen padecer un proceso agudo, esto puede mermar la capacidad de comunicación con los profesionales sanitarios. Las personas con fragilidad a menudo van acompañadas con familiares y amigos, los cuales nos brindan toda la información que demandemos del paciente. Esto supone un deterioro de la relación con el paciente y nos impide detectar o interpretar sentimientos de soledad existencial presentes en dichas personas (Larsson et al., 2017). Los sentimientos de soledad en estas personas están enfocados a estar solos en una habitación o sentir que no tienen a nadie allí cerca por si sufren un evento adverso (Larsson et al., 2018, 2017; Sjöberg et al., 2017, 2018). También, debido al ingreso y en función de la patología, se generan sentimientos de muerte inminente, incertidumbre y desasosiego (Larsson et al., 2018). Un factor a tener en cuenta, es la posibilidad de deterioro cognitivo y/o desorientación debido al ingreso que puede dificultar la comunicación y la expresión de sentimientos (Larsson et al., 2018).

Es importante destacar, que los sentimientos de las parejas y personas cercanas a dicha población, pueden ser un punto de conflicto entre ambos. En este sentido, los estudios de Larsson et al. 2018;2017, nos muestran que los relatos contrastados de los participantes y de las personas significativas de los mismos, difieren en la necesidad de relación social. De esta manera, las personas significativas sienten alivio de la soledad con una amplia lista de contactos y relaciones sociales, sin embargo, los adultos mayores, sienten el alivio de la soledad con unas relaciones sociales de menor afluencia y una intimidad más marcada. Las conversaciones sobre

temas profundos, como el significado de la vida y las preocupaciones de soledad y deterioro corporal, provocan en estas personas un sentimiento de alivio emocional, de comprensión y encontrando así un alivio de su soledad (Larsson et al., 2018).

Desde el punto de vista de los profesionales sanitarios, en concreto de los enfermeros, observamos que según el servicio en el que se presten los cuidados, la forma de abordar y entender la soledad difiere (Sundström et al., 2019).

Los profesionales de atención hospitalaria refieren percibir una barrera entre el paciente y el personal, debido a la falta de tiempo y transcurso acelerado de sus turnos. A pesar de esto, se ha detectado un rechazo por parte de las personas adultas mayores ingresadas a volver a su residencia habitual, esto encuentra explicación por la sensación que ellos perciben de ser el centro de atención y recibir el cuidado de una manera diferente a su residencia natural (Sundström et al., 2019, 2018).

En el ámbito de cuidados paliativos, el sentimiento de soledad se asocia con la muerte, encontrar alivio y comprensión en esa fase de la vida, supone un gran reto para los profesionales sanitarios y una sensación de miedo y angustia para el paciente. Sin embargo, las personas que presentaban mayor edad, estaban más satisfechos con su vida y encontraban un alivio existencial en su proceso de enfermedad paliativa (Sundström et al., 2019, 2018).

Tanto en las residencias como en las viviendas en donde se encuentran los adultos mayores, presentaban un punto en común, la soledad existencial vinculada a la pérdida de algún ser querido y la pérdida de sus relaciones sociales. Estos aspectos son destacados con más frecuencia en el discurso de los profesionales enfermeros acerca de la soledad en estas personas (Sundström et al., 2019, 2018).

En este punto, tras el análisis de la soledad existencial, es necesario mencionar cuales son las fuentes de alivio en las que estas personas encuentran consuelo y refugio para sus sentimientos más profundos (Wijesiri et al., 2019).

Las personas adultas mayores encuentran cobijo en aceptar que la soledad es un proceso más de su vida, algo que es natural y que tarde o temprano iba a llegar (Sjöberg et al., 2018; Wijesiri et al., 2019). Esta estrategia supone la capacidad de aceptarla y buscar actividades que ayuden a conciliar sus sentimientos negativos y profundos con actividades que les hagan sentirse realizados.

Según los autores Wijesiri et al. 2019 y Sjöberg et al. 2018, la religión y el retiro supuso una mejora significativa en su bienestar emocional. Así, este alivio existencial estaba vinculado a una concepción metafísica de la existencia con independencia de las creencias o del tipo de religión. Reflexionar sobre el curso de su vida, sus experiencias y recordar los buenos momentos vividos, suponían una gran aceptación y cambio de actitud ante su situación. Algunos participantes lo relatan cómo “ver la vida desde el espejo retrovisor” (Sjöberg et al., 2018), una visión retrospectiva llena de sentimientos, recuerdos y emociones, que aliviaban la soledad (Sjöberg et al., 2018; Wijesiri et al., 2019).

Por todo lo anteriormente expuesto, destacamos la similitud de los relatos, en la mayoría de los estudios revisados, entre los adultos mayores frágiles y el personal sanitario. Haciéndose evidente, que los sentimientos de soledad son algo muy relevante para la población adulta mayor y que los profesionales sanitarios, en especial los enfermeros, debemos de ser una parte fundamental del cuidado de estas personas en su alivio existencial.

En la revisión de la literatura nos hemos encontrado con dos limitaciones principales. La primera limitación reside en la muestra de estudios, pudiendo ser insuficiente debido a la variabilidad interpersonal de cada participante. Cada persona experimenta unos sentimientos de soledad o alivio de una índole totalmente independiente, pudiendo variar entre ellos. Esto nos lleva a la conclusión de que, ampliando la muestra de estudio, podremos lograr alcanzar una mayor evidencia y abordar dicha cuestión más personalizada y holística, según la personalidad de cada adulto mayor.

Por otra parte, la cantidad de evidencia disponible acerca del tema deseado era principalmente de los países del norte europeos y otras regiones como Sri Lanka y Sudáfrica, existiendo la posibilidad de una variación de emociones por causa cultura o tradición.

Finalizando con el análisis de los resultados, podemos afirmar que una de las líneas de investigación a seguir, sería la realización de estudios cualitativos sobre la soledad en los adultos mayores españoles, añadiendo factores como la economía y los sistemas de apoyo disponibles para dicha población. Esto supondría una crítica constructiva al sistema sanitario, y la posibilidad de mejora en la calidad del cuidado de nuestros pacientes con la mayor evidencia posible.

## CONCLUSIÓN

Los sentimientos más destacados entre la población estudiada son, soledad existencial relacionada con la pérdida de cónyuges y amigos cercanos, falta de propósito y significado en sus vidas, temor por su situación de soledad, no tener relaciones sociales con capacidad para conseguir un intercambio de sentimientos existenciales, un alivio existencial desde la comprensión y el apoyo, y la importancia emocional de ser una persona frágil para realizar y sentirse realizados en sus actividades básicas de la vida diaria. Por lo tanto, todos los sentimientos de los adultos mayores y sobre todo adultos mayores frágiles, tienen un gran impacto tanto en su salud emocional como física. Dicha población ha de ser capaz junto con el apoyo de los profesionales sanitarios de realizar una investigación introspectiva de sus propias emociones para lograr un alivio existencial de sus sentimientos más profundos.

Todo lo expuesto debe ser realizado con un enfoque holístico a cada paciente, desde el momento de la entrevista inicial, hasta el acompañamiento en sus últimos días, proporcionándole la sensación de seguridad y confianza que todo ser humano se merece.

Es importante recalcar que la acción enfermera no debe enfocarse únicamente en el paciente. Según la evidencia consultada, tanto los amigos y familiares, como las personas más cercanas, han de jugar un papel fundamental para poder conseguir un alivio existencial y perceptible en nuestros pacientes. Pudiendo adaptar las intervenciones a las preferencias y tradiciones de cada adulto mayor, consiguiendo así un envejecimiento activo, saludable y con unos cuidados basados en la mejor evidencia y calidad posibles, destinadas a la mejora de la calidad de vida de nuestra población más vulnerable.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Álamo González, C., Cuesta Triana, F., Gómez Pavón, J., Roja, C., José Santa Adela, S., Alfonso González Ramírez, M., & Geriatra Hospital Clínico Universitario San Carlos Madrid Dra. Pilar Matía Martín, M. (2014). Dra. Montserrat Lázaro gel nogal.
2. Apóstolo, J., Cooke, R., Bobrowicz-Campos, E., Santana, S., Marcucci, M., Cano, A., ... Holland, C. (2017, April 1). Predicting risk and outcomes for frail older adults: An umbrella review of frailty screening tools. *JBISRIR*, Vol. 15, pp. 1154–1208. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-003018>.



3. Bindels, J., Cox, K., De La Haye, J., Mevissen, G., Heijing, S., van Schayck, O. C. P., ... Abma, T. A. (2015). Losing connections and receiving support to reconnect: experiences of frail older people within care programmes implemented in primary care settings. *International Journal of Older People Nursing*, 10(3), 179–189. <https://doi.org/10.1111/opn.12066>.
4. Bolmsjö, I., Tengland, P. A., & Rämgård, M. (2019, August 1). Existential loneliness: An attempt at an analysis of the concept and the phenomenon. *Nursing Ethics*, Vol. 26, pp. 1310–1325. <https://doi.org/10.1177/0969733017748480>.
5. Cabello, J. B. (2015). PROGRAMA DE LECTURA CRÍTICA CASPe.
6. Cabodevilla, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos Loss and mourning. In *An. Sist. Sanit. Navar* (Vol. 30).
7. Carneiro, J. A., Cardoso, R. R., Durães, M. S., Guedes, M. C. A., Santos, F. L., Costa, F. M. da, & Caldeira, A. P. (2017). Frailty in the elderly: prevalence and associated factors. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(4), 747–752. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0633>.
8. Craig, L. (2019). The role of the registered nurse in supporting frailty in care homes. *British Journal of Nursing*, 28(13), 833–837. <https://doi.org/10.12968/bjon.2019.28.13.833>
9. Estadística, I. I. N. de. (2019). INE. Instituto Nacional de Estadística. Retrieved April 5, 2020, from <https://www.ine.es/>.
10. Faller, J. W., do Nascimento Pereira, D., de Souza, S., Nampo, F. K., de Souza Orlandi, F., & Matumoto, S. (2019). Instruments for the detection of frailty syndrome in older adults: A systematic review. *PLoS ONE*, 14(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216166>.
11. Gillespie, L. D., Robertson, M. C., Gillespie, W. J., Sherrington, C., Gates, S., Clemson, L. M., & Lamb, S. E. (2012, September 12). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Vol. 2012. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007146.pub3>.
12. Gobbens, R. J. J., van Assen, M. A. L. M., Luijkx, K. G., Wijnen-Sponselee, M. T., & Schols, J. M. G. A. (2010). The tilburg frailty indicator: Psychometric properties. *Journal of the American Medical Directors Association*, 11(5), 344–355. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2009.11.003>.

13. Hemberg, J., Nyqvist, F., & Näsman, M. (2019). "Homeless in life" – loneliness experienced as existential suffering by older adults living at home: a caring science perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(2), 446–456. <https://doi.org/10.1111/scs.12642>.
14. Herrera-Badilla, A., Navarrete-Reyes, A. P., Amieva, H., & Avila-Funes, J. A. (2015). Loneliness Is Associated with Frailty in Community-Dwelling Elderly Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(3), 607–609. <https://doi.org/10.1111/jgs.13308>.
15. Larsson, H., Edberg, A. K., Bolmsjö, I., & Rämgård, M. (2018). Contrasts in older persons' experiences and significant others' perceptions of existential loneliness. *Nursing Ethics*, 26(6), 1623–1637. <https://doi.org/10.1177/0969733018774828>.
16. Larsson, H., Rämgård, M., & Bolmsjö, I. (2017). Older persons' existential loneliness, as interpreted by their significant others - An interview study. *BMC Geriatrics*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0533-1>.
17. McPhee, J. S., French, D. P., Jackson, D., Nazroo, J., Pendleton, N., & Degens, H. (2016, June 1). Physical activity in older age: perspectives for healthy ageing and frailty. *Biogerontology*, Vol. 17, pp. 567–580. <https://doi.org/10.1007/s10522-016-9641-0>.
18. Nessighaoui, H., Géniaux, H., Dantoine, T., & Laroche, M. L. (2016). Médicaments et fragilité chez les personnes âgées. Vers une nouvelle entité: la fragilité pharmacologique? *Thérapie*, 71(3), 275–279. <https://doi.org/10.1016/j.therap.2016.02.021>.
19. Rodríguez Martín Marta. (2009). La soledad en el anciano. *Gerokomos*, Vol. 20, pp. 159–166. Retrieved from [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2009000400003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000400003).
20. Roos, V., & Malan, L. (2012). The role of context and the interpersonal experience of loneliness among older people in a residential care facility. *Global Health Action*, 5(1), 18861. <https://doi.org/10.3402/gha.v5i0.18861>.
21. Sjöberg, M., Beck, I., Rasmussen, B. H., & Edberg, A. K. (2017). Being disconnected from life: meanings of existential loneliness as narrated by frail older people. *Aging and Mental Health*, 22(10), 1357–1364. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1348481>.
22. Sjöberg, M., Edberg, A.-K., Rasmussen, B. H., & Beck, I. (2018). 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), e12213. <https://doi.org/10.1111/opn.12213>.

23. Sundström, M., Blomqvist, K., Edberg, A., & Rämgård, M. (2019). The context of care matters: Older people's existential loneliness from the perspective of healthcare professionals—A multiple case study. *International Journal of Older People Nursing*, 14(3). <https://doi.org/10.1111/opn.12234>.

24. Sundström, M., Edberg, A.-K., Rämgård, M., & Blomqvist, K. (2018). Encountering existential loneliness among older people: perspectives of health care professionals. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 13(1), 1474673. <https://doi.org/10.1080/17482631.2018.1474673>.

25. Taube, E., Jakobsson, U., Midlöv, P., & Kristensson, J. (2016). Being in a Bubble: The experience of loneliness among frail older people. *Journal of Advanced Nursing*, 72(3), 631–640. <https://doi.org/10.1111/jan.12853>.

26. Veronese, N. (Ed.). (2020). *Frailty and Cardiovascular Diseases*. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-33330-0>.

27. Wijesiri, H. S. M. S. K., Samarasinghe, K., & Edberg, A.-K. (2019). Loneliness among older people living in care homes in Sri Lanka. *International Journal of Older People Nursing*, 14(4), e12253. <https://doi.org/10.1111/opn.12253>.

28. Yannakoulia, M., Ntanasi, E., Anastasiou, C. A., & Scarmeas, N. (2017, March 1). Frailty and nutrition: From epidemiological and clinical evidence to potential mechanisms. *Metabolism: Clinical and Experimental*, Vol. 68, pp. 64–76. <https://doi.org/10.1016/j.metabol.2016.12.0>.