



**ESCUELA
DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA**



Trabajo Fin de Grado

Título:

La soledad no deseada en el adulto mayor

Alumno: Lucía Martínez Fernández

Director: Jesús Muñoz Muñoz

Madrid, mayo de 2023

Índice

Glosario de abreviaturas	7
Resumen	9
Abstract	10
Presentación.....	11
1 Estado de la cuestión	13
1.1 Introducción	13
1.2 Epidemiología y Demografía.....	14
1.3 Envejecimiento y Esperanza de vida	16
1.4 Historia y Modelos teóricos de soledad y soledad no deseada	17
1.5 Conceptos: Riesgo de Soledad, Soledad, Soledad no deseada y Aislamiento social 19.....	19
1.6 Tipos de soledad	21
1.7 Instrumentos de medición de la soledad.....	22
1.8 Factores predisponentes y consecuencias de la soledad no deseada.....	24
1.9 Bioética y Vulnerabilidad en la vejez ante la soledad.....	28
1.10 Recursos para abordar el envejecimiento y la soledad no deseada.....	29
1.11 Influencia de la Infección del Coronavirus en la soledad.....	30
2 Justificación	31
3 Proyecto educativo	33
3.1 Población y captación.....	33
3.2 Población diana	33
3.3 Captación	33
3.4 Objetivos	34
3.5 Objetivos generales	34
3.6 Objetivos específicos.....	34
3.7 Contenidos	34

3.8	Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales.....	35
3.9	Planificación general.....	35
3.10	Cronograma general.....	36
3.11	Número de participantes.....	37
3.12	Docentes	37
3.13	Sesiones.....	37
3.14	Evaluación.....	42
3.15	Evaluación de la estructura y el proceso.....	42
3.16	Evaluación de resultados.....	43
	Bibliografía.....	45
	ANEXOS.....	51
	Anexo I. Escala UCLA.....	52
	Anexo II. Escala DJGLS.....	53
	Anexo III. Escala ESTE I.....	54
	Anexo IV. Cartel divulgativo para Adultos Mayores	56
	Anexo V. Cartel divulgativo para las familias de los adultos mayores.....	57
	Anexo VI. Tríptico Informativo sobre el Taller educativo.....	57
	Anexo VII. Presentación Power Point: Sesión 1	59
	Anexo VIII. Técnicas de Investigación: frases incompletas: Sesión 4.....	62
	Anexo IX. Hoja de Inscripción para el taller ``Acompaña a la soledad no deseada´´	63
	Anexo X. Cuestionario de Evaluación de cada sesión.....	64
	Anexo XI. Planilla Asistencia al taller.....	65
	Anexo XII. Cuestionario final de satisfacción del taller.....	66
	Anexo XIII. Cuestionario Evaluación del docente por el ``Observador´´	67
	Anexo XIV. Cuestionario Evaluación a medio y largo plazo.....	68

Índice de tablas

Tabla 1. Términos Naturales, DeCS y MeSH.....	13
Tabla 2. Esperanza de vida por años.	14
Tabla 3. Esperanza de vida por sexo y edad.	17
Tabla 4. Escalas más comunes de soledad y aislamiento	24
Tabla 5. Esquema de la evaluación de sesiones.	42
Tabla 6. Escala UCLA.....	52
Tabla 7. Escala DJGLS.....	53
Tabla 8. Escala ESTE I para medir la soledad de la población adulta.	55

Índice de figuras

Figura 1. Índice de Envejecimiento.	15
Figura 2. Piramides de poblacion.	15
Figura 3. Hogares Unipersonales por sexo y edad.....	16
Figura 4. Esquema Factores Predisponentes de la soledad	26
Figura 5. Esquema consecuencias de la soledad y el aislamiento social.....	27

Glosario de abreviaturas

Atención Primaria	AP
Actividades de la vida diaria	AVD
Centro de día	CD
Infección de coronavirus	COVID- 19
De Jong- Gierveld Loneliness Scale	DJGLS
Emotional and Social Loneliness Inventory	ESLI I Y II
Escala Este de Soledad Social I Y II	ESTE I Y II
Instituto de Mayores y Servicios Sociales	INMERSO
Instituto Nacional de Estadística	INE
North American Nursing Diagnosis Association	NANDA
Organización Mundial de la Salud	OMS
Real Academia Española	RAE
Revised UCLA Loneliness Scale	R- UCLA
Servicio de Atención Primaria	SAD
Trabajo de Fin de Grado	TFG
Tecnologías de Información y Comunicación	TIC
University of California – Los Angeles Loneliness Scale	UCLA
University of California – Los Angeles Loneliness Scale. Versión 3	UCLA - 3

Resumen

Introducción: la soledad no deseada puede aparecer en cualquier etapa de la vida, siendo de mayor prevalencia y riesgo en edades avanzadas. Se trata de un fenómeno y sentimiento que genera sensaciones negativas en la salud física y psíquica de la persona, es considerada una percepción insatisfactoria de las relaciones que conserva el adulto, resulta de mayor importancia en el ámbito de salud pública debido al aumento de la esperanza de vida y al incremento del número de personas que viven solas y experimentan una soledad no deseada. La soledad no deseada puede tener graves consecuencias en la salud de las personas, especialmente en los adultos mayores.

Objetivos: conocer el concepto de soledad no deseada en el adulto mayor, así como los factores de riesgo, las consecuencias y los recursos existentes para poder combatirla, con la finalidad principal de disminuir la sensación de soledad en el adulto mayor.

Metodología: se ha desarrollado un proyecto educativo dirigido a las familias de aquellos adultos mayores que tienen mayor riesgo de sufrir soledad no deseada en el Centro de Día de mayores de Aranjuez.

Implicaciones para la práctica de la enfermería: fomentar los conocimientos sobre el fenómeno de soledad no deseada, para poder incluirlo en la valoración según las necesidades del adulto mayor, y proporcionar estrategias que puedan adaptarse a la realidad y reducir la soledad no deseada.

Palabras clave: soledad, aislamiento social, envejecimiento

Abstract

Introduction: Unwanted loneliness can appear at any stage of life, but it is more prevalent, and people are at higher risk as they get older. It is a phenomenon and feeling that generates negative sensations in the physical and psychological health of the person. It is considered as an unsatisfactory perception of the relationships that the adult maintains. It has greater importance in the field of public health due to the increase of life expectancy and the increase in the number of people living alone and experiencing unwanted loneliness. Un wanted loneliness can have serious consequences for people's health, especially in older people.

Objectives: To understand the concept of unwanted loneliness in the elderly, as well as its risk factors, consequences, and existing resources to combat it, with the main objective of reducing loneliness in the elderly.

Methodology: We developed an educational project aimed at the families of those elderly people with a higher risk of suffering from unwanted loneliness in the Day Centre for the Elderly in Aranjuez.

Implications for nursing practice: To promote knowledge about the phenomenon of unwanted loneliness, to be able to include it in the assessment according to the needs of the elderly, and to provide strategies that can be adapted to the reality of many elderly people and reduce unwanted loneliness as much as possible.

Keywords: Loneliness, social isolation, ageing.

Presentación

Vivimos en una sociedad, donde cada vez más personas viven solas, siendo la gran mayoría personas mayores, las cuales, expresan sentirse solos en algún momento de su vida, esta situación y el daño producido a un colectivo de especial vulnerabilidad con el que sensibilizo al convivir diariamente con un adulto mayor, ha impulsado mi motivación en la elección del tema del Trabajo Fin de Grado, sin imaginarme que las personas acompañadas podían sentirse solas, experimentado un tipo de soledad, llamada soledad no deseada, y con ella, graves consecuencias en todas las dimensiones del ser humano. La soledad no deseada es la otra cara de la soledad, aquella que genera sufrimiento y que se ha vuelto invisible, difícil de detectar y abordar, por lo que, este fenómeno supone la movilización de intervenciones que hagan posible su prevención y disminución. Además, es relativamente, un fenómeno reciente, que sigue siendo desconocido para la mayoría de la población, por lo que, siento que aún queda mucho por aportar. La soledad no deseada puede verse agravada por problemas vividos como crisis económicas, globales o sanitarias, especialmente, durante la pandemia, la cual, trajo consigo numerosas secuelas, afectando mayoritariamente a nuestros mayores, los cuales, vivieron un aislamiento social y una soledad impuesta, sin recursos existentes para poder mantener una buena red social o recursos dificultosos para la tercera edad. Una vez finalizada la situación de confinamiento, resalta aún más la importancia y necesidad de contacto humano, detectando una soledad duradera y subjetiva en las personas mayores que sigue presente actualmente.

Agradecimientos

Para concluir la presentación, quería agradecer a todas las personas que han sido guía, ayuda y apoyo durante este trayecto.

A mis padres, Isabel Fernández y Nicolas Martínez, por ser la mano que me acompaña. A ti padre, por ser el mejor referente profesional. A mi hermana, Carmen, por agarrar mi mano siempre. Sin duda mención especial a mis abuelos, especialmente a mi abuela, siendo cómplices de mi motivación en la realización del trabajo, demostrándome que la vejez no significa fracaso, si no experiencia y éxito. A la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia San Juan de Dios, por hacerme cumplir un deseo, en especial, a la figura de San Juan de Dios por guiarme, y a mi director del trabajo, D. Jesús Muñoz, el cual, me ha ayudado en todo el proceso. A Iván Morcillo, alumno de 4º de Fisioterapia, por acompañarme en este camino, ha sido mi calma en mis agobios durante el trabajo y la carrera.

1 Estado de la cuestión

1.1 Introducción

Este Trabajo de Fin de Grado (TFG) abarca la evolución del fenómeno del envejecimiento, así como la experiencia que viven los adultos mayores ante la llamada soledad no deseada, teniendo en cuenta la vulnerabilidad en la que se encuentran. Además, podemos diferenciar los distintos tipos de soledad, instrumentos para su medición y los recursos existentes para abordar la situación de soledad no deseada.

El trabajo tiene la finalidad de aproximarnos al concepto de soledad no deseada, teniendo en cuenta al afectado colectivo de adultos mayores, las causas y los efectos que puede causar.

En cuanto a la búsqueda bibliográfica, se ha buscado mayoritariamente en dos idiomas: castellano e inglés. A la hora de realizar la bibliografía, se han utilizado bases de datos como Dialnet, PubMed, SciELO, Academic Search Complete. En todas las búsquedas se han empleado operadores booleanos (OR, AND, NOT, NEAR, SAME, ADJ) y se han aplicado los términos en MeSH y DeCS. (Véase en la tabla 1).

Términos Usuales	Términos DeCS	Términos MeSH
Soledad	Soledad	Loneliness
Anciano	Anciano Anciano frágil Salud del Anciano	Aged Frail Elderly Health of the Elderly
Envejecimiento	Envejecimiento Envejecimiento saludable	Aging Healthy Aging
Aislamiento	Aislamiento Social	Social Isolation
Vulnerabilidad	Vulnerabilidad Social Vulnerabilidad en Salud	Social Vulnerability Health Vulnerability
Bioética	Bioética	Bioethics
COVID	Infecciones por coronavirus	Coronavirus Infections

Tabla 1. Términos Naturales, DeCS y MeSH. Elaboración propia.

1.2 Epidemiología y Demografía

Según datos provisionales del Instituto Nacional de Estadística (INE), la población española se encuentra en crecimiento constante, debido al aumento de 50.490 personas en 2021, situándose actualmente en 47,4 millones de habitantes, dato que seguirá incrementándose a causa del aumento de la natalidad, esperanza de vida, el crecimiento vegetativo y migratorio y el envejecimiento, ganando más de 4 millones de habitantes en los próximos 15 años (1-3).

La población española se encuentra en un proceso de «envejecimiento demográfico», en 2010 las personas de 65 o más años, suponían un total de 16,80%, mientras que en 2022 aumenta el número de personas de 65 o más años a 20,08%, suponiendo una diferencia del 3%, por lo que, un aumento de población envejecida y un descenso de la tasa de mortalidad de un 11,53% en 2000 a un 9,36% en 2021, supondría un aumento de esperanza de vida en el grupo de edad de 65 años o más, que, actualmente y a diferencia del año 2000, aumentaría de un 18,74% a un total 21,15% (Véase en la tabla 2) (4-6)

Esperanza de vida por años	
2000	18,73%
2005	19,25%
2010	20,54%
2021	21,14%

Tabla 2. Esperanza de vida por años. Elaboración propia a partir de INE, 2022.

A lo largo del paso del tiempo, se han producido numerosos cambios en la estructura demográfica española, caracterizada por el aumento del colectivo de personas mayores y un descenso de natalidad, así se muestra en las siguientes figuras 2 y 3, con un progresivo índice de envejecimiento y diferentes pirámides de población que muestran los cambios más significativos, con proyecciones de un futuro sobre envejecido y una importante disminución de nacimientos, que suponen un desafío para la sociedad (7-11).

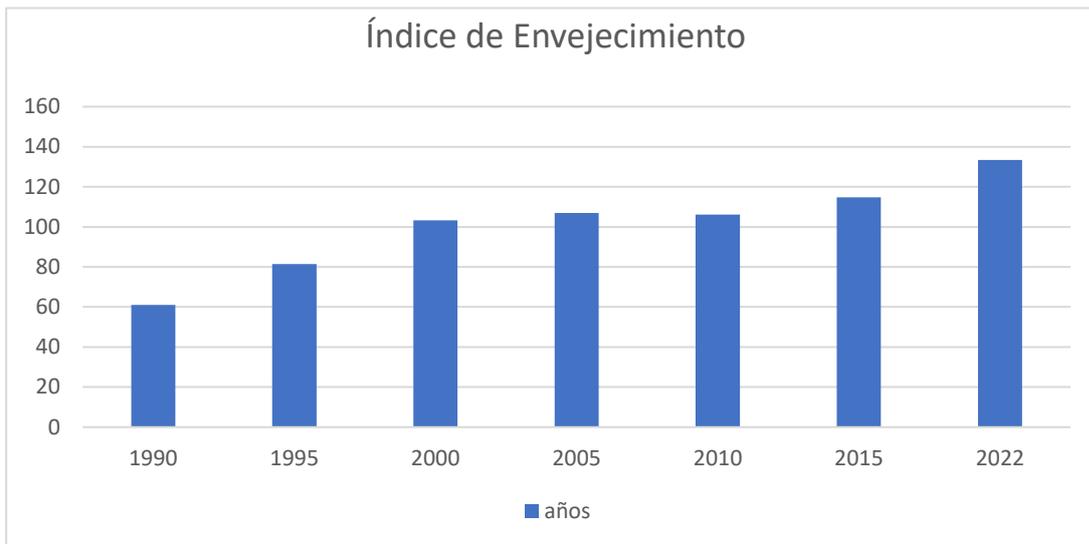


Figura 2. Índice de Envejecimiento. Elaboración propia a partir de INE, 2022

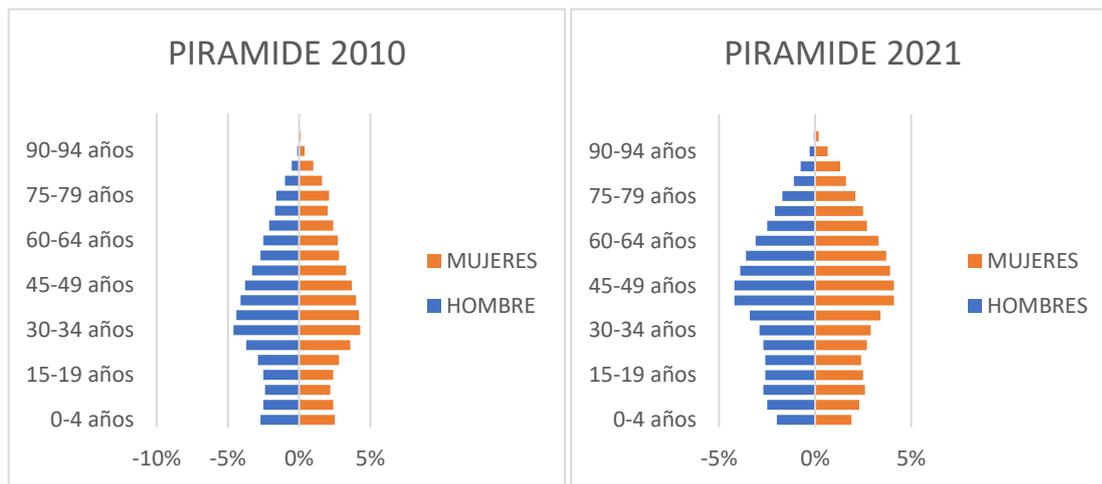


Figura 1. Pirámides de población. Elaboración propia a partir de INE, 2022

Son numerosas las personas que viven solas en España, lo que provoca un aumento de riesgo a sufrir aislamiento social y experimentar la soledad, el 59% ha llegado a sentir sensaciones negativas sobre estos dos aspectos (12).

En España se han producido cambios, en cuanto el tamaño del hogar, indicándonos, un aumento del número de hogares unipersonales del 2,0% y una disminución de hogares formados por más de dos personas en relación con el año 2019. En 2020, las personas que viven solas constituyen un total de 4.849.900, siendo un total de 2.131.400 y aumentando un 6,1% las personas de 65 o más años, y un 70,9 son mujeres, por lo que, se ha reconocido un perfil evidente de las personas que viven en soledad, siendo mayoritariamente mujer mayor de 65 años (Véase en la Figura 3) (12,13).

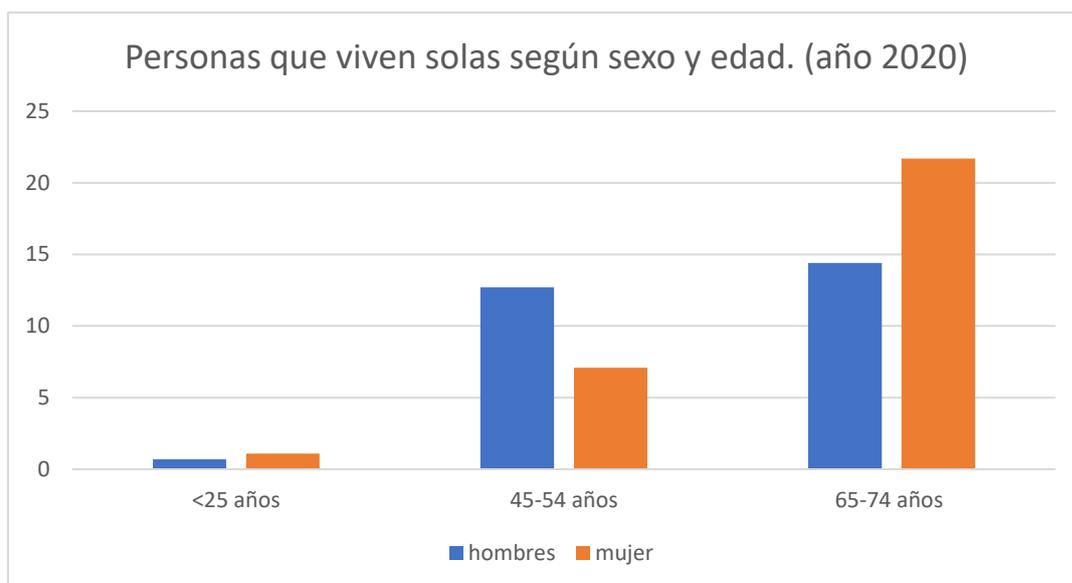


Figura 3. Hogares Unipersonales por sexo y edad. Elaboración propia a partir de INE, 2021, abril.

1.3 Envejecimiento y Esperanza de vida

El envejecimiento se relaciona con varios conceptos como la tercera edad, vejez, ancianidad, longevidad e incluso discapacidad, pero se podría considerar el envejecimiento como un proceso vital, cambiante, complejo, universal e invariables, así como un fenómeno social, influenciado por numerosos factores genéticos, sociales, afectivos y emocionales, que indica una disminución de la capacidad funcional y de adaptación progresiva de la persona a lo largo de su vida, además, el envejecimiento supone un proceso biológico y fisiológico que se caracteriza por daños moleculares y celulares acumulados de forma gradual, llegando a producir deterioro continuo y generalizado de las funciones del cuerpo (12,14,15). El envejecimiento también se puede considerar un «proceso natural» propio de una etapa fundamental en el ciclo de la vida, su papel en la sociedad es de gran importancia, supone grandes desafíos y una preocupación a nivel de salud pública, debido a las transformaciones físicas, psicológicas y sociales que generan cambios en todas las dimensiones del ser humano, incluyendo sentimientos negativos, y, por tanto, un mayor riesgo de soledad (16-18).

Aparecen varios modelos de envejecimiento propuestos para positivizar la definición y el concepto de envejecimiento, uno de ellos es el «envejecimiento exitoso», por Rowe, el cual, afirma la posibilidad de mantener bajo riesgo de enfermar si se realiza actividad física, mental y social. Por otro lado, el «envejecimiento saludable» otro modelo propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que hace referencia a la etapa comenzada antes de los 60 años, pudiendo conseguirse estilos de vida saludables, y a su vez, poder prevenir patologías y discapacidades. Además, en 2002 la OMS propone otro modelo «envejecimiento activo» definido como «proceso de

optimización de las oportunidades de salud», con la finalidad de dar calidad de vida a las personas que vayan envejeciendo, haciendo hincapié a la importancia de la participación en la sociedad (14).

Según el INE, la esperanza de vida se define como «el número medio de años que esperaría seguir viviendo una persona de una determinada edad en caso de mantenerse el patrón de mortalidad por edad» (19).

Las proyecciones futuras, nos informan de que el envejecimiento ascenderá a nivel mundial, suponiendo problemas sociales y de salud, por lo que, si se analizan factores predisponentes, existen dos factores fundamentales, el descenso de la tasa de la fecundidad y el aumento de la esperanza de vida, cuyo crecimiento apunta a ser uno de los más alto de la Unión Europea, esto podría deberse a los avances médicos y tecnológicos, condiciones de vida óptimas y el progreso de la sanidad pública (12,20).

Si las tendencias demográficas se mantienen, la evolución demográfica futura aumentaría 52,9 millones de personas en el año 2072, la población adulta de 65 y más años aumentaría dentro de 14 años un 26,0% y el sexo femenino al ser predominante en la ancianidad, la esperanza de vida será mayor respecto a los hombres, llegando a superarles en un 30,9% en el año 2021 (9). En la siguiente tabla, podemos ver las diferencias de esperanza de vida por sexo, señalando el sexo femenino como mayoritario en la vejez.

	Esperanza de vida a los 65 años (HOMBRES)	Esperanza de vida a los 65 años (MUJERES)
2020	18,35	22,31
2022	19,11	23,06
2031	20,57	24,15
2051	21,99	25,44
2071	22,72	26,30

Tabla 3. Esperanza de vida por sexo y edad. Elaboración propia a partir de INE, 2022.

1.4 Historia y Modelos teóricos de soledad y soledad no deseada

Antes de definir soledad y soledad no deseada como concepto, cabe destacar la historia de su origen, nombrando a varios autores que comenzaron sus investigaciones sobre la soledad en los años 70 y 80, como Robert Weiss (1983), con la inspiración de la «Teoría del apego» de Bowlby, realiza su primera publicación del primer manual sobre la soledad, el cual, advirtió de la importancia de los «estereotipos nocivos» de la soledad,

Estado de la cuestión

fue pionero en su estudio, diferenciando los tipos de la soledad entre la emocional y la social, y definiendo la soledad desde su riqueza y complejidad, como debilidad, flaqueza o autocomplacencia, que no puede tratarse como única dolencia física. Rubinstein y Shavel (1980, 1982) a través de taxonomías, diferenciaban distintos sentimientos de soledad, los motivos y las repuestas de ellos. Peplau y Perlman (1982) con su obra discuten sobre las teorías de la soledad y destacan la importancia de la percepción que tienen las personas sobre la calidad y cantidad de sus relaciones sociales. De Jong Gierveld (1987) desarrolla un modelo teórico y crea la escala De Jong Gierveld Loneliness Scale (DJGLS) para la soledad, señalándola, como aquellos sentimientos generalmente emocionales de abandono, vacío, tristeza o desesperación, dando importancia a las relaciones sociales. Cacioppo y Patrick (2008) destacan las consecuencias de la soledad a nivel físico y mental y definen la soledad como un «dolor social» como seguridad ante el aislamiento, pudiendo sufrir como consecuencias negativas a nivel de salud, deterioro del funcionamiento vascular, síntomas depresivos, mala higiene del sueño. Juan López Doblas (2015) profundiza sobre las motivaciones, las causas y circunstancias de la soledad. Víctor y Sullivan (2015) perciben la soledad como experiencia propia, personal y variable, que depende de la interacción de varios factores. Sacramento Pinazo, evalúa la soledad y el apoyo social (12,21-23)

Teniendo en cuenta el origen, se proponen distintas definiciones que parten de diferentes enfoques teóricos y modelos: (12,24,25).

- «Enfoque existencial», entiende que la soledad es propia del ser humano y sirve tanto como sensación y vivencia dolorosa como para el desarrollo personal.
- «Teoría psicodinámica», la soledad es entendida como un estado patológico y una experiencia desagradable como resultado de la dificultad a la hora de relacionarse.
- «Teoría interaccionista o del apego», que, junto con el autor, Robert. S. Weiss, entiende la soledad como la consecuencia de la disminución de las relaciones sociales y la define como «la deficiencia de la necesidad básica de las relaciones íntimas que ocurre cuando las necesidades sociales de una persona no están satisfechas».
- «Aproximación cognitiva y Modelo de discrepancia cognitiva» de Peplau y Perlman (1979), indican que esta aproximación y la psicodinámica han sido las más utilizadas para el estudio de la soledad, definiéndola como «experiencia desagradable que ocurre cuando la red de relaciones sociales de una persona es deficiente de alguna forma importante para el individuo, ya sea cuantitativa o cualitativamente». A este modelo se añaden autores como Sermant (1978),

Young (1982) que relacionan la soledad con la percepción que se tiene de las relaciones sociales y la satisfacción de las mismas, y posteriormente, Jong – Gierveld entendiendo la soledad como parte desagradable derivada por la falta de relación social. Este modelo diferencia factores que previenen la soledad, los factores precipitantes y los predisponentes y desarrollan estrategias relacionadas con los niveles de contacto social para abordar la soledad.

- Modelo de las causas de la soledad de Jong- Gierveld (1987), señala la soledad como «experiencia personal subjetiva», no está ligada íntimamente a la red social del individuo, si no que, el autor hace hincapié a los procesos cognitivos y los rasgos definitorios de la propia persona, incluyendo 4 variables que explican la vivencia de la soledad.
- Modelo de los efectos de la soledad de Cacioppo y Hawkley (2009), destacan las causas y consecuencias que supone la soledad en la salud física y mental, sobre todo en las personas que la padecen de forma continua.

1.5 Conceptos: Riesgo de Soledad, Soledad, Soledad no deseada y Aislamiento social

- Riesgo de soledad:

Riesgo de soledad, es un diagnóstico de enfermería reconocido por la asociación North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), es utilizado como recurso para la detección de la soledad y prevención del riesgo. NANDA define el riesgo de soledad como «Susceptible de experimentar malestar asociado al deseo o necesidad de un mayor contacto con los demás, que puede comprometer la salud». Es necesario la valoración al paciente antes de aplicar dicho diagnóstico, en el cual, aparecen varias intervenciones que ayudan a la actuación enfermera ante el riesgo de soledad. Valorar la percepción que tiene el paciente sobre la soledad, escucha activa, ayudar en la identificación de causas, factores, recursos y riesgos, fomentar la participación en la red social del usuario etc... (26,27).

- Soledad:

Actualmente, no existe una definición única para la soledad, se puede considerar como un término inexacto, puesto que, se trata de un fenómeno complejo y multidimensional (12,28).

Ante las numerosas definiciones que han propuesto diversos autores durante la historia, partimos de la base de la definición de la Real Academia Española (RAE) la soledad es la falta de compañía o el sentimiento ante la muerte y pérdida de persona u objeto (29).

Estado de la cuestión

Sin embargo, la soledad abarca un concepto más amplio y global, puede tratarse de un sentimiento, no siempre negativo, en ocasiones la soledad se escoge para mantener la intimidad personal y disfrutar estando solo, siempre pudiendo restablecer la relación y compañía en el momento que se desee, resultando, por tanto, una soledad voluntaria, surge ante la necesidad innata de tener contacto humano, se puede experimentar de forma individual, subjetiva, poco agradable, creando en ocasiones, una «angustia psicológica», ante la escasez de compañía, es capaz de generar cambios en todas las esferas del ser humano (12,23,26,28,30,31).

El autor Álvarez, define «el síndrome de la soledad» como proceso psicológico derivado de pérdidas, poca participación social y sentimiento de fracasar (26,28).

- Soledad no deseada:

Según Rubio y Aleixandre, existen diferencias entre «estar solo» y «sentirse solo», este último concepto podría vincularse a la definición de soledad no deseada, tratándose de un sentimiento interno que provoca sensaciones como tristeza o ansiedad (32).

La soledad no deseada, es un concepto cuya preocupación va en ascenso y es de gran interés e importancia para la salud pública, se trata de una percepción insatisfactoria de las relaciones personales que mantiene el individuo, a diferencia de la soledad, esta no es elegida, es decir, se da involuntariamente, y es duradera en el tiempo, por lo que es una condición que no se puede controlar. La soledad no deseada produce un sentimiento originado por el incumplimiento de mantener relaciones sociales deseadas, provocando una vivencia personal negativa, malestar y emociones negativas ligadas a la tristeza o el miedo y sufriendo grandes consecuencias en la salud física, social y mental (12,18,33,34).

Aunque puede surgir en cualquier momento de la vida del individuo, el sentimiento de soledad no deseada se ha vinculado a la tercera edad, llegando a normalizarse por ser propia de la edad adulta, es más vulnerable a sufrirla, debido a causas como viudez, pérdidas, jubilación, enfermedades o daño cognitivo, las cuales, pueden producir en la vida diaria sensación de inutilidad o carga. El adulto mayor presenta una serie de características y cambios que suponen mayor riesgo de sentir soledad no deseada, como el hecho de vivir solo, separado o viudo, tener deterioro en el estado de salud o presentar mayor edad, ya que, cuanto más mayor es el individuo mayor será el riesgo. A consecuencia de sentir soledad, el adulto mayor es más propenso a padecer depresión y aumentar el riesgo de mortalidad (16,28,35,36).

- Aislamiento social:

A pesar de que el aislamiento social y la soledad están relacionados entre sí, a lo largo de la historia y tras varias definiciones de autores, se han detectado diferencias (25,37).

El aislamiento y la soledad están relacionados entre sí y repercuten en la salud de la persona y su autonomía, sobre todo en las personas mayores (12,38).

Cabe destacar la diferencia entre estar solo y sentirse solo, pues estar aislado socialmente no es sinónimo de soledad, no significa sentirse solo (39). El aislamiento social a diferencia de la soledad es un aspecto objetivo de las escasas relaciones sociales que tiene la persona, pudiendo ser un determinante de la salud y un factor de riesgo para sufrir soledad, se caracteriza por la cantidad de contactos, generalmente, mínimas o nulas y formas de convivencia, habitualmente, hogares unipersonales o monoparentales (12).

1.6 Tipos de soledad

Durante toda la historia, varios autores han hecho distinciones de los tipos de soledad. El autor Weiss hace la primera distinción entre soledad emocional y la soledad social (40,41)

- Soledad emocional: se refiere a los sentimientos derivados de pérdidas de seres queridos, principios o costumbres, únicamente podría mejorar restableciendo relaciones de afecto que resulten suficientes para la persona. Este tipo de soledad se asocia a la prevalencia de sufrir depresión o ansiedad (16,41).
- Soledad social: se caracteriza por la reducción de contactos y las relaciones sociales incompletas. La persona se siente desconectada de la comunidad, sintiéndose en exclusión, puede ser compensada por una buena red social (16,41).

Según autores como Sahu o Young, la soledad también puede dividirse desde un enfoque temporal, distinguiéndose entre soledad crónica y soledad pasajera (16,24).

- Soledad crónica: aquella que perdura en el tiempo, llegando a durar años y siendo difícilmente reversible (24). Se caracteriza por ser una de las más peligrosas, con consecuencias graves para la salud (16,31).
- Soledad pasajera o transitoria: se trata de un estado temporal, derivado de una situación fortuita con una duración breve y con posibilidad de curación (16,31).

En relación con los diferentes tipos de soledad, encontramos otra clasificación muy utilizada:

Estado de la cuestión

- Soledad objetiva: sucede cuando la persona carece de compañía, trata el mero hecho de estar solo, puede ser medible y buscada e incluso favorecedora para el individuo (28,31). La prevalencia de esta soledad en el adulto mayor supone un 14% y es menor a la soledad subjetiva (28).
- Soledad subjetiva: es un concepto más confuso, que se ha convertido en un problema de gran importancia para la actualidad. Se trata de la percepción que tiene la persona de su red social, producida cuando la persona no está completa con las relaciones interpersonales o sus expectativas son insuficientes, ello conlleva a una «experiencia psicológica desagradable» (28). Es subjetiva porque no se evidencian signos desde fuera, si no, que solo la propia persona puede percibirla (12).

Según Rubio y Aleixandre, la soledad puede medirse en diferentes factores, permitiendo conocer los niveles de soledad que tienen las personas mayores (32,42).

- Soledad familiar: hace referencia al trato que se mantiene con la familia, ya que la familia ha sido considerada una fuente importante de apoyo, la cual proporciona seguridad a los miembros que la constituyen, en el caso de los adultos mayores resulta un apoyo fundamental para evitar sentirse inútiles (42).
- Soledad conyugal: apela a las relaciones afectivas, que se benefician tras sentirse acompañados (42).
- Soledad existencia o crisis de adaptación: se refiere la autopercepción, la percepción que se tiene de uno mismo, permite hacer frente a importantes cambios externos, como la vejez, debido a la vinculación con la personalidad, autoestima y costumbres (32,42).

1.7 Instrumentos de medición de la soledad

Existen diferentes escalas para medir y evaluar la soledad, las más utilizadas son la University of California – Los Angeles Loneliness Scale (UCLA), Jong Gierveld Loneliness Scale (DJGLS), Escala Este de Soledad Social (ESTE I Y II), las cuales son desarrolladas a continuación (12).

- La Escala de Soledad de la Universidad de California, Los Ángeles (UCLA) (Anexo I), fue elaborada por Russell, Peplau y Ferguson en 1978, consta de tres dimensiones, la subjetividad de la soledad, el soporte familiar y social, cuya finalidad es evaluar de manera sencilla la soledad de una manera generalizada, a través de sujetos que describieran su estado de soledad, y además expresaran sus sentimientos y estado de ánimo (12,18). Es una de las más utilizada también actualmente, se han realizado varias revisiones, destacando la escala R- UCLA

de Russell, por su buena validez presente y discriminante. Russell señala «la soledad como un fenómeno único aprehendido por una única medida global» (43,44).

- UCLA Loneliness Scale (versión 3), es una versión más actualizada, dispone de respuestas más sencillas. Se ha demostrado validez asociándose a condiciones de salud en adultos mayores, como la depresión (12,45).
- Escala de Soledad de Jong Gierveld (DJGLS), es creada en 1985 por De Jong Gierveld y Kamphuis, a priori fue denominada Escala de Soledad Tipo Rasch (12). Se elabora mediante experiencias de 114 personas que han experimentado la soledad, con la finalidad de definir los grados de soledad, bien sean severos o intensos, negativos o positivos. A pesar de no estar clara su dimensión, en un principio la escala se podría ajustar a dos dimensiones, la social y emocional, sin embargo, tras ser comprobada por varios autores, se afirma que es fundamentalmente unidimensional y que mide la soledad en general. La escala DJGLS resulta ser eficaz para la medición de la soledad en personas mayores (Anexo II) (12,46).
- Escala de Soledad Social Este I (ESTE I), es diseñada por Rubio y Rico en 199, en la Universidad de Granada, sirve para la medición de la soledad en adultos mayores, principalmente para evaluar el apoyo social y el sentimiento que puede ejercer al individuo. La escala se basa en otras como la escala UCLA, escala de Soledad Social y Emocional para Adultos (SELSA) y la escala Emotional And Social Loneliness Inventory (ESLI), llegando a valorar en una misma escala cuatro factores de la soledad: familiar, conyugal, social y crisis existencia, que permiten analizar la experiencia ante la digitalización, nuevas tecnologías y los cambios sociales, involucrando procesos emocionales y mentales (Anexo III). Escala de Soledad Este II (ESTE II), es realizada en Granada, por el Instituto de Mayores y Servicios sociales (IMSERSO), en el 2009, es el seguimiento de la escala anterior, se realizó un estudio con muestra de adulto mayores de 65 años por vía telefónica (12,18,32,42).

En la siguiente tabla se desarrollan las características de cada escala de medida de la soledad, el formato de la escala, el número y el tipo de preguntas que componen cada escala, además de los ítems que la componen y el nombre junto con el autor de cada una de las escalas más destacadas y comunes.

Escalas más comunes de soledad y aislamiento		
Nombre y autor	Formato, nº y tipo de preguntas	Características
UCLA (Russell, Peplau, Cutrina, 1980; Russell, 16)	20 artículos Frases negativas Diferentes versiones	Sujetos expresan estado de soledad actual, estado de ánimo y sentimientos
Escala de soledad de UCLA versión 3 (UCLA- 3)	20 ítems: 11 existencias y 9 de omisión de soledad	Validada en población adulta, grados de soledad
DJGLS (De Jong Gierveld y Kamphuis, 1985)	11 elementos Frases + y -	Evalúa la soledad general, social y emocional Compuesta por 2 subescalas: social y emocional Fiable en muestra de adultos mayores
ESTE I (Rubio y Aleixandre, 1999)	34 ítems en 4 factores (Soledad familiar, conyugal, social y crisis existencial)	Mide la soledad en adultos mayores

Tabla 4. Escalas más comunes de soledad y aislamiento. Elaboración propia a partir de List of the most common scales for loneliness and isolation, 2018 y aislamiento y soledad no deseada en las personas mayores, factores predisponentes y consecuencias para la salud, 2021.

1.8 Factores predisponentes y consecuencias de la soledad no deseada

Se distinguen diferentes factores que determinan las causas o el riesgo de sufrir soledad (Véase en Figura 4) (16).

- Factores sociodemográficos: incluyen una serie de aspectos que se interrelacionan, y favorecen el aumento o disminución del riesgo a sufrir soledad en edades avanzadas: (12)
 - Edad: Existe una evidencia ante la prevalencia en personas mayores de experimentar soledad, sobre todo en el grupo de edad de 80 años, por lo que, a más edad mayor riesgo. Además, las personas mayores son más incidentes a sufrir cambios vitales que benefician el riesgo de soledad como pérdidas, aumento de discapacidades, deterioro de la salud, dependencia y posible exclusión (12,16,48).
 - Género: esta característica es incierta, pero datos científicos muestran como el sexo femenino es más probable que sufra soledad, debido a diferencias tanto económicas como demográficas, pues presentan menores niveles de ingresos por consiguiente peor calidad de vida, además, suelen ser más longevas presenta mayor riesgo de viudez y

posible soledad futura. También hay que tener en cuenta el nivel cultural, pues las mujeres tienden a expresar más sus sentimientos, y, por tanto, poder detectar más casos de soledad (12,44,48).

- Estado civil: Aunque no hay evidencia de la relación soledad y estado civil, si bien es cierto que tener pareja resulta un factor favorecedor para no padecer situaciones de soledad, por el contrario, el divorcio, separación o la viudedad supone un factor de riesgo de aislamiento y posible soledad no deseada, se trata una soledad forzosa ante una pérdida de un ser querido importante (12).
- Nivel socioeconómico: Aunque existe controversia en este ámbito, muchos estudios relacionan el bajo nivel económico y de estudios con la probabilidad de experimentar soledad, haciendo vulnerables aquellas personas pobres y sin estudios, debido a que las personas con niveles socioeconómicos bajos tienen menor accesibilidad a actividades sociales y tienden a tener menos contactos sociales y mayor riesgo de aislamiento social. Por otro lado, puede aparecer el sentimiento de soledad a partir de la jubilación, ya que, supone una disminución en la red social de la persona mayor y menos ingresos (44,49).
- Sitio de residencia: El sentimiento de soledad aparece con más probabilidad en adultos mayores que viven en residencias (12).
- Factores de salud física:
 - Capacidad funcional y movilidad: La soledad se ha relacionado con una capacidad funcional y movilidad reducida, influyendo en el mantenimiento de las relaciones sociales, la realización de las AVD y actividades de ocio, teniendo en cuenta las barreras arquitectónicas que pueden influir en el entorno y la movilidad (12).
 - Discapacidades: La soledad no deseada en personas mayores se ha relacionado en muchos estudios al hecho de padecer alguna discapacidad, sobre todo, discapacidad visual o auditiva (12).
- Factores psicológicos o de personalidad:
 - Rasgos de la personalidad: Según Jong Gierveld, hay ciertas características de la personalidad que hace que la persona sea introvertida y como consecuencia posible reducción de contactos social y riesgo de aislamiento social y soledad. También se asocia la ansiedad con un posible aumento de sentimientos de soledad (12).
 - Depresión: La soledad es más frecuente en personas con trastorno mental, muchos estudios han establecido una relación recíproca entre

Estado de la cuestión

una mala salud mental con el sentimiento de soledad, sobre todo, en personas que padece trastorno depresivo mayor, debido a la falta de motivación e interés que provoca un mayor aislamiento social (12,48,50).

- Factores sociales:
 - Aislamiento social: vivir solo provoca un riesgo de aislamiento social, y por tanto mayor sentimiento de soledad, se ha comprobado que los adultos mayores que viven solos experimentan soledad no deseada, culturalmente también se asocia vivir solo a abandono o desapego familiar (12).
 - Red y apoyo social: Se ha asociado sentimientos de soledad con la red social, tanto a nivel cuantitativo como cualitativo de la persona mayor, siendo más importante la calidad de las redes sociales que su tamaño. Las personas mayores, suele tener menos contactos sociales que personas jóvenes, esto contribuye a una disminución de participación social (12).

En la siguiente figura se desarrolla de forma esquematizada cuales son los factores predisponentes de la soledad no deseada.

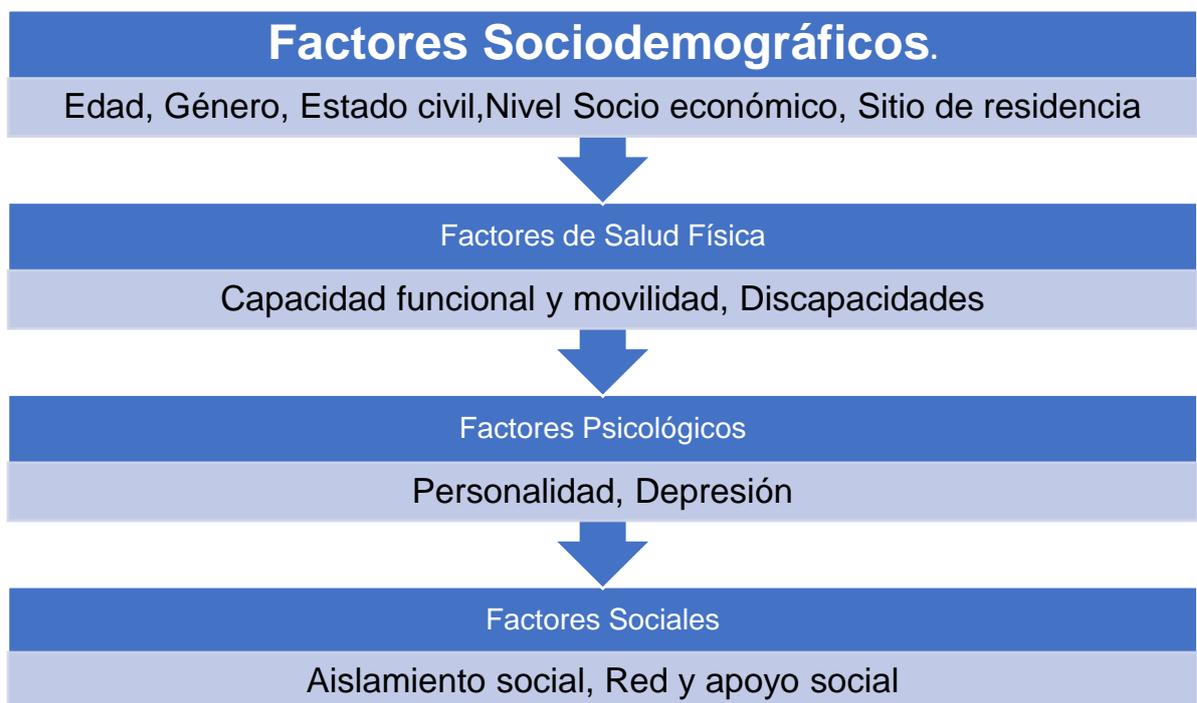


Figura 4. Esquema Factores Predisponentes de la soledad. Elaboración propia.

La soledad no deseada en las personas mayores afecta a su calidad de vida, trayendo consigo numerosas consecuencias, como podemos observar en la Figura 4, la cuales,

generalmente son negativas, que afectan a la persona física y psicológicamente, pudiendo contribuir incluso a la muerte (12).

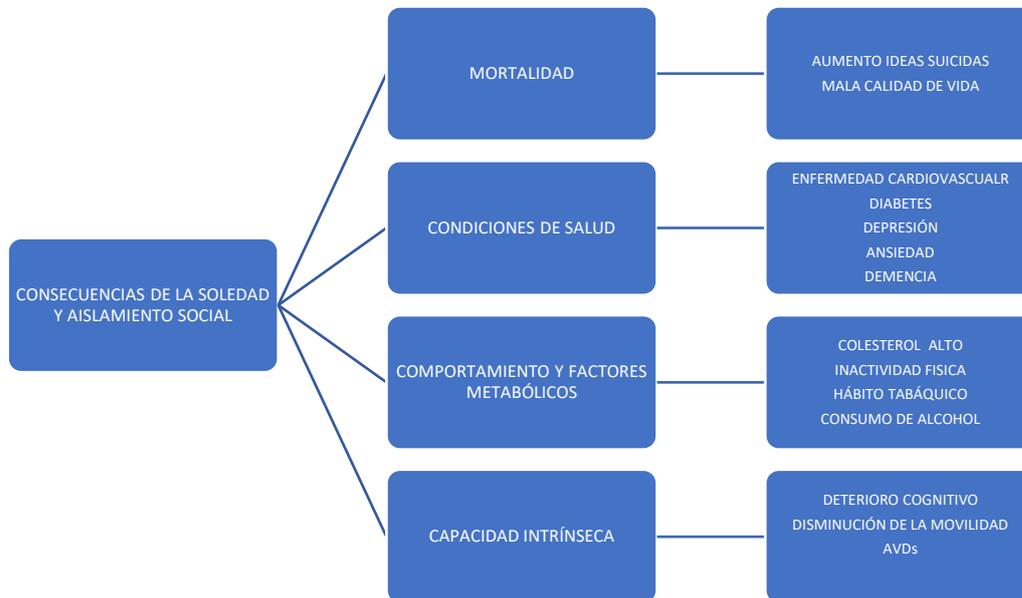


Figura 5. Esquema consecuencias de la soledad y el aislamiento social. Elaboración propia a partir de World Health Organization, 2021.

Haciendo referencia a varios autores e investigaciones, la soledad supone un factor de riesgo a padecer enfermedades y presentar síntomas cardiovasculares, como el aumento de la presión sanguínea sistólica en personas mayores, enfermedad coronaria o accidente cerebrovascular, además, a nivel fisiológico, se ha demostrado que los pacientes con carencias en relaciones sociales presentan alteraciones en el sistema inmune, neuroendocrino y en el síndrome metabólico, como hipertensión arterial, aumento de grasa abdominal y altos niveles de triglicéridos y glucosa, además al elevar los niveles de cortisol el sistema nervioso vegetativo se encuentra alterado y produce daño celular. También es asociada a la alteración del sueño en adultos mayores, caracterizada por mala calidad en el descanso, presencia de fatiga, somnolencia, falta de memoria (12,51).

La fragilidad es un síndrome muy habitual en personas mayores de 65 años, su inicio y evolución se produce con mayor facilidad si se experimenta sentimiento de soledad, las personas que viven en soledad se encuentran inactivas, por lo que, la fragilidad será relevante en el estado de la salud (12,52).

En cuanto a las consecuencias psicológicas que produce la soledad, a priori, se ha evidenciado a través de estudios y autores como Cacioppo y Hawkey, la existencia de

Estado de la cuestión

un deterioro cognitivo posiblemente vinculado a la soledad y al aislamiento social, afectando a su vez a la elaboración de las Actividades de la Vida Diaria (AVD) y el posible desarrollo de demencia, especialmente Alzheimer, puesto que, las personas que experimentan la soledad tienden a mostrar cambios significativos en la atención y la inteligencia, el razonamiento y el procesamiento, la memoria y la fluidez verbal (12,50,53,54).

La soledad no deseada, al ser definida como una «experiencia desagradable», se manifiestan sentimientos y efectos emocionales negativos, afectando a la salud física del mayor por la presencia de inactividad física, y especialmente en la salud mental, donde los adultos mayores, pueden presentar ansiedad, baja autoestima y sobre todo la depresión, trayendo como consecuencia grave la idea pasiva del suicidio en personas mayores (12,55).

1.9 Bioética y Vulnerabilidad en la vejez ante la soledad

Por el hecho de ser humano existe una «fragilidad propia» que hace que todos en algún momento sean vulnerables (56). Pero si es cierto, que, a medida, que pasan los años, las personas mayores se exponen a vivencias que conllevan grandes cambios en su red social, ocasionándoles una mayor vulnerabilidad (55). El concepto de «vulnerabilidad social», cuenta como la desprotección de un grupo que se enfrenta a situaciones amenazantes, a medida que pasan los años, las personas mayores se exponen a vivencias que conllevan grandes cambios en su red social, por lo que, las personas mayores son considerados un colectivo vulnerable por sus condiciones, tanto sociales como biológicas, además de factores externos, así como, políticos, recursos económicos o su entorno (57).

Existen aspectos comunes que hacen que los adultos mayores sean más vulnerables a sufrir soledad o agravar aún más la situación, como la viudez, jubilación, pérdida de amistades y familiares, institucionalización, empeoramiento en la salud, aumento de dependencia, cambios de valores en la sociedad (37), por lo que, la soledad y más concretamente la soledad no deseada, son situaciones que provocan exclusión y vulnerabilidad, encontrándose en extrema fragilidad y contribuyendo a perjuicios relacionados con la vejez, llegando a existir el término «gerontofobia», definido como enfermedad, fobia al envejecimiento, puede afectar de forma negativa al proceso natural de envejecer, llegando a desencadenar repugnancia o miedo a la vejez. Tanto es así, que investigaciones afirman que tener una percepción negativa del envejecimiento actúa a favor de un posible comienzo de depresión, soledad o ansiedad (57-59).

Ante esta situación de vulnerabilidad en el mayor y el gran aumento de adultos mayores en nuestra sociedad, también se deberá abordar a través de la bioética, la cual, es posible dar respuesta ante dicha vulnerabilidad, permitiendo crear «disposiciones esperanzadoras de sentido ante situaciones existenciales» (56).

Para abordar la situación que sufren los adultos mayores vulnerables a sufrir soledad, la bioética debe ser consciente del problema. Es esencial el apoyo social para la soledad, lo que supone la igualdad en la comunidad. Teniendo en cuenta los principios bioéticos, la comunidad debe considerar la dignidad y el respeto del individuo, con el fin de promover una autonomía que resulta escasa al experimentar soledad, además, ante la reducción de contactos la libertad también se ve delimitada. Además, la soledad como determinante social y como problema de salud pública debe entrar en el área de la justicia y la solidaridad (60).

1.10 Recursos para abordar el envejecimiento y la soledad no deseada

El concepto de soledad no deseada resultaba ser un término relativamente desconocido en la Unión Europea, mientras que en Japón instaura el ministerio contra la soledad hasta que se empezó a tratar en el año 2018, de manera preventiva con el «Libro Verde para el envejecimiento activo» y la Comisión Europea en materia de soledad no deseada con acciones encaminadas a los adultos mayores (48). Por otro lado, la OMS también promueve acciones como «La Década del Envejecimiento Saludable» contribuyendo al desarrollo del envejecimiento activo y saludable, se trata de un modelo que consta de factores indispensables como la independencia que supone la habilidad para poder realizar las AVD, la autonomía, definida como la habilidad para poder dominar su propia vida y la calidad de vida (12,61).

Existen varias intervenciones en este contexto, como la «prestación de servicios» la cual ofrece un apoyo continuo, así como programas de voluntariado de forma gratuita o programas de transporte para mayores con el objetivo de disminuir el aislamiento social y, en ese sentido, prevenir la soledad no deseada, también se cuenta con la existencia de las intervenciones con tecnología como «llamadas telefónicas por Skype, correo electrónico que aseguran lidiar con el aislamiento y soledad a través de fomentar la comunicación. Además, para la prevención y detección son necesarios distintos recursos y dispositivos que reduzcan este fenómeno, pudiendo encontrar la Ley de Dependencia 39/2006 del 14 de diciembre, que hace referencia a las necesidades que deben ser cubiertas de la población mayor en situación de dependencia, contribuyendo a prestar servicios y prestaciones, como el Servicio de Atención Domiciliaria (SAD),

Estado de la cuestión

destinada a prestar atención a las necesidades existentes en el propio domicilio de la persona en situación de dependencia, y en cierto modo, acompañar a la persona en situación de soledad, también existen los centros residenciales cuyo servicio es más complejo, ya que es preciso un ingreso para atender las necesidades básicas durante todo el día, este servicio podría ser útil para la soledad al estar acompañado por más personas, sin embargo, la persona mayor puede sentirse sola aun estando acompañada, llegando a existir el término «soledad residencial». Por otro lado, y de manera diferente se puede optar por Centros de día (CD), atienden a las personas mayores durante un periodo de tiempo, habitualmente por la mañana, esta prestación aumenta los contactos sociales de la persona mayor, previniendo la soledad. Cabe destacar la existencia del voluntariado como forma de prevenir y combatir la soledad incluida la no deseada, con el objetivo principal de acompañar al adulto mayor (31).

1.11 Influencia de la Infección del Coronavirus en la soledad

La pandemia de la COVID-19 y el riesgo de poder contagiarse por el virus, ha traído consigo numerosas limitaciones y repercusiones, como el confinamiento o el distanciamiento social, que han cambiado la forma de relacionarse, contribuyendo al aislamiento social y, por tanto, al aumento de soledad no deseada, especialmente al colectivo de personas mayores (62).

Algunas de las medidas propuestas para frenar la pandemia, mantener el contacto social y recibir una atención sanitaria, han sido la aplicación de nuevas tecnologías, haciendo vulnerable al adulto mayor, lo cuales, presentan mayor dificultad en su utilización. Por lo que, para luchar contra el distanciamiento social, se encuentra la necesidad de un aprendizaje en el manejo de las llamadas Tecnologías de la Información y la comunicación (TIC), siendo las más utilizadas el «WhatsApp» o «Skype», las cuales, permiten restablecer el contacto social a través de mensajes o videollamadas y parecen ser útiles para disminuir el sentimiento de soledad (63).

La cuarentena también ha supuesto una barrera para el acceso a la sanidad, sobre todo a los más mayores, los cuales, acudían frecuentemente a la AP, y esta, fue actualizada e incluyó en sus actuaciones las TIC para poder dar asistencia médica, excluyéndoles en cierta manera de este servicio, por lo que, de nuevo, se detecta la necesidad formar a los adultos mayores en las nuevas tecnologías (48)

2 Justificación

La soledad no deseada es un término relativamente reciente y desconocido para la sociedad, por lo que es necesario una nueva visión que permita dar visibilidad del fenómeno y se pueda hacer frente a la soledad no deseada.

A pesar de que la soledad no deseada puede estar presente en cualquier etapa de la vida, se ha comprobado la influencia que tiene en la etapa de envejecimiento, al ser una época característica por posibles pérdidas, posible aislamiento o estatus sociales, todo ello trae consigo consecuencias negativas en todas las dimensiones de la vida del adulto mayor.

El auge de la soledad no deseada se ha visto reflejado tras las diferentes crisis vividas, sobre todo la crisis sanitaria, que supuso la vivencia de una situación y experiencia desfavorable como el confinamiento y la pandemia, lo que supuso graves consecuencias, tanto a nivel social como de salud, dejando ver la existencia del fenómeno de soledad no deseada y la importancia que tiene en edades avanzadas.

Tras la información recogida, el objetivo del proyecto será poder elaborar una intervención educativa que promueva el conocimiento de la soledad no deseada existente en el adulto mayor, con la finalidad de poder disminuirla según el riesgo que padezca las personas con edades avanzadas (>65 años), teniendo en cuenta y siendo orientado a las familias, las cuales protagonizan un papel esencial en la prevención y promoción de la salud en los adultos mayores. Para ello, será primordial impartir una formación a modo de información e interacción sobre las diferentes soledades, haciendo hincapié en la soledad no deseada, sus factores de riesgo, consecuencias y recursos existentes para poder ser conscientes de la situación por la que pasan los adultos mayores.

Además, después de toda la búsqueda y los datos alarmantes de la esperanza de vida y el aumento de casos de soledad no deseada, es necesario, un nuevo enfoque dentro de la enfermería que permita tanto visibilizar el actual y futuro problema social y de sanidad pública que impulsa el fenómeno de la soledad no deseada, como el abordaje mediante intervenciones de salud, permitiendo que las familias de los adultos mayores de 65 años colaboren en ello y sean conscientes de la situación, el riesgo y las consecuencias negativas que provoca la soledad no deseada en la salud.

3 Proyecto educativo

3.1 Población y captación

3.2 Población diana

Como ya se ha desarrollado previamente, debido a la importancia de la soledad no deseada y las posibles consecuencias que puedan sufrir las personas mayores que la experimenten, la población diana del proyecto educativo serán las familias de aquellos adultos mayores que realicen en el Centro de Salud de Aranjuez la escala ESTE I, orientada y realizada a las personas mayores de 65 años con riesgo a sufrir soledad no deseada (Anexo 3), la puntuación correspondiente a más de 85 puntos, nos indicara el riesgo a padecer soledad no deseada, y por tanto, la selección de las familias pertenecientes al centro de salud.

La realización de la actividad educativa será de manera voluntaria, por lo que no se incluirán personas que no quieran participar, ni den su consentimiento. El proyecto educativo se llevará a cabo en el Centro de Día de mayores de Aranjuez (Madrid), contando con una sala de reuniones con capacidad de 20-25 personas (familiares).

3.3 Captación

La captación se realizará de manera indirecta durante 2-3 meses, a través de carteles informativos (Anexo IV y V) distribuidos tanto en el Centro de Salud donde se llevara a cabo la realización de la escala validada indicándonos el riesgo de soledad del adulto mayor como en el Centro de día de mayores de Aranjuez donde se llevara a cabo el proyecto educativo, como ya se ha mencionado anteriormente también se realizara la captación a las familias través de la puntuación y el riesgo obtenido de la escala validada (Anexo III) para la medición de la soledad no deseada a persona de 65 o más años en la propia consulta de enfermería, facilitada por la enfermera del servicio de Atención Primaria en el Centro de Salud de Aranjuez. Posteriormente y tras los resultados de la escala, la captación de nuestra población diana que recibirá el taller sobre a la soledad no deseada en el adulto mayor se llevará a cabo mediante correos electrónicos, llamadas telefónicas o trípticos informativos (Anexo VI) enviados al correo domiciliario de los familiares del adulto mayor con una puntuación en la escala ESTE I informándoles de la situación y ofreciéndoles de forma voluntaria la actividad educativa. Por tanto, la captación de la población se realizará, por una parte, en el Centro de Salud con carteles informativos, para que el adulto mayor pueda realizar en la consulta de Atención Primaria la escala y medir el riesgo de sufrir soledad no deseada y así poder ponerse

en contacto directo con las familias de los mayores a través de trípticos o correos electrónicos, y también el Centro de Día de Mayores de Aranjuez mediante carteles informativos sobre el taller que se va a impartir.

3.4 Objetivos

3.5 Objetivos generales

- Disminuir el sentimiento de soledad en el adulto mayor a través de las familias.

3.6 Objetivos específicos

- Área Cognitiva: A partir de la percepción que tengan las familias sobre el tema a trabajar. Las familias estarán capacitadas para:
 - Aumentar los conocimientos básicos relacionados con la soledad no deseada.
 - Conocer factores de riesgo y consecuencias de la soledad no deseada.
- Área Afectiva: En cuanto a las emociones derivadas de la posibilidad de sentir soledad no deseada:
 - Expresar los sentimientos, inquietudes y dudas sobre el sentimiento de soledad no deseada del familiar mayor.
 - Verbalizar situaciones vividas respecto a la soledad no deseada que puede sufrir en adulto mayor y escuchar otras experiencias que puedan servir de ejemplo.
- Área de Habilidades: Las destrezas para realizar actividades que disminuyan la soledad no deseada. Las familias conseguirán:
 - Desarrollar acciones en las que se empleen los conocimientos adquiridos para disminuir el sentimiento de soledad.
 - Practicar estrategias adquiridas que permitan la adaptación a una situación real de soledad no deseada.

3.7 Contenidos

En la siguiente tabla se expondrán los contenidos que se llevarán a cabo en cada sesión.

SESIÓN 1: Contenidos Teórico
<ul style="list-style-type: none">• Introducción al concepto y sentimiento de soledad no deseada• Factores de riesgo y consecuencias a nivel físico, psicológico y social.• Recursos existentes

SESIÓN 2: Contenido Afectivo
<ul style="list-style-type: none"> • Impacto emocional ante la soledad no deseada en el adulto mayor • Experiencias y opiniones personales
SESIÓN 3: Contenidos Práctico
<ul style="list-style-type: none"> • Practicar estrategias para disminuir el sentimiento de soledad no deseada
SESIÓN 4: Conclusiones y cierre
<ul style="list-style-type: none"> • Intercambio de reflexiones y sensaciones del taller • Despedida

3.8 Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales

3.9 Planificación general

La formación educativa será llevada a cabo por la enfermera del Centro de Salud de Aranjuez en el Centro de Día para mayores de la misma localidad.

La intervención educativa contara con 4 sesiones que serán realizadas en el mes de octubre, dos veces a la semana con horario fijo de 2 sesiones de 50- 60 minutos cada sesión y un descanso de 20 minutos con el fin de aumentar la red social de la familia de la persona mayor

La actividad educativa contara con un espacio amplio y recursos suficientes para las sesiones, así como, una sala con ordenador, proyector, pizarra, mesas y sillas disponibles.

Cada sesión estará formada por 20 personas familiares del adulto mayores, las cuales, participarán y aprenderán sobre el tema a tratar, con la disponibilidad de la enfermera responsable para la atención de dudas al respecto, tanto presencialmente como telemáticamente a través de correo electrónico profesional.

Las sesiones irán dirigidas al cumplimiento de los objetivos general y específicos, que se eran evaluables durante todo el proyecto a corto y largo plazo, se dividirán en general por una introducción con previa formación de los contenidos a tratar, dinámicas que promuevan la participación de los integrantes y cierre final con retroalimentación y feedback llegando a conclusiones.

3.10 Cronograma general

El proyecto educativo dirigido a las familias con adultos mayores que experimenten sentimiento de soledad no deseada contará con 4 sesiones, las dos primeras sesiones se trabajarán el área cognitiva y el área afectiva, en dos restantes se desarrollarán las habilidades adquiridas, y, por último, la finalización de la actividad educativa. Cada sesión tendrá una duración de 50- 60 minutos cada una, teniendo las dos últimas menor duración de 30- 40 minutos distribuidas en dos semanas, 2 sesiones se realizarán sábado por la mañana con un horario de mañana de 11:00 a 13:10 y de 11:00 a 12:40 con parada entre medias para fomentar la red social de los familiares que estén pasando por la misma situación, las dos sesiones sobrantes se llevarán a cabo el sábado de la siguiente semana con el mismo horario, con el objetivo de que las familias puedan asistir sin intervenir en la semana con la jornada laboral y posible situación familiar. Por lo que, el cronograma general se desarrolla de la siguiente manera:

CRONOGRAMA GENERAL		
1º sesión	14/10/2023	11:00 a 12:00
<i>Descanso de 12:00 a 12:20</i>		
2º sesión	14/10/2023	12:20 a 13:10
3º sesión	21/10/2023	11:00 a 11:50
<i>Descanso de 11:50 a 12:10</i>		
4º sesión	21/10/2023	12:10 a 12:40

3.11 Número de participantes

Al ir dirigido el proyecto educativo a las familias que tienen a personas mayores con riesgo a sufrir soledad no deseada y contar con una sala amplia en el centro de día de mayores de la provincia de Aranjuez, se plantea que el número de participantes sea de 20 personas, máximo 25.

3.12 Docentes

Las sesiones serán impartidas por dos profesionales de la enfermería, cuya actividad profesional se desarrolle en Atención Primaria y un profesional de enfermería como "observador".

3.13 Sesiones

En la siguiente tabla se muestra cada sesión el número de la sesión que se imparta, el contenido a desarrollar, la metodología a utilizar, los recursos necesarios para la realización del taller, y el tiempo de duración de cada sesión.

Sesión	Contenido	Objetivo	Metodología	Recursos	Duración
1º	Introducción-presentación.	Presentación entre los asistentes con la finalidad de crear un ambiente de confianza y favorecer la relación y comunicación en grupo.	Técnica de encuentro – dinámica del ovillo: la persona que recoja el ovillo se presentara identificándose y expresando lo que quiere conseguir del taller, al terminar se lo tirara a otro integrante del grupo para que este haga lo mismo y se finalice con una unión del hilo del ovillo.	Materiales: sala, sillas, ovillo de lana.	10''
1º	Análisis de conocimientos previos sobre la soledad no deseada en el adulto mayor.	Conocer los conocimientos que tienen las familias sobre la soledad no deseada del adulto mayor.	Técnica de investigación en el aula: rejilla de análisis: los integrantes del grupo expondrán sus conocimientos previos sobre el tema abordado.	Materiales: sala, sillas forma de U, proyector, presentación Power Point, pantalla, ordenador, mesa, pizarra.	20'
1º	Soledad no deseada: concepto, factores de riesgo, consecuencias, recursos existentes.	Aumentar los conocimientos básicos de la soledad no deseada conociendo factores de riesgo, definición, consecuencias y recursos existentes.	Técnica de exposición: lección con discusión. Explicación con charla y presentación Power Point (Anexo VII) teniendo en cuenta los conocimientos previos de los integrantes en la anterior sesión.	Materiales: sala, sillas hacia el proyector, presentación Power Point, ordenador, pantalla.	20 '

Cuestionario de evaluación de sesión 5 ‘

Descanso 20 ‘

Sesión	Contenido	Objetivo	Metodología	Recursos	Duración
2º	Grado de afectación en las familias ante la situación de soledad no deseada del adulto mayor.	Verbalizar y escuchar sentimientos y experiencias fomentando la comunicación en el grupo.	Técnica de Investigación: tormenta de ideas. Los familiares apuntarán en la pizarra y con una o dos palabras sus sentimientos y miedos respecto a la soledad no deseada del adulto mayor.	Materiales: Rotuladores/tizas, pizarras, sillas en círculo.	25 ‘
2º	Suceso real de soledad no deseada en el adulto mayor.	Identificarse y comprender la situación de soledad no deseada en el adulto mayor.	Técnica de análisis: caso. Tras la entrega de un suceso real de soledad no deseada, se analizará el caso y se tomarán decisiones al respecto, posteriormente se hará puesta en común.	Materiales: Caso en fotocopia, bolígrafos, sillas en círculos.	30 ‘

Cuestionario de evaluación de sesión 5 ‘

Sesión	Contenido	Objetivo	Metodología	Recursos	Duración
3º	Aproximación a la realidad de la soledad no deseada del adulto mayor.	Desarrollar habilidades que permitan actuar en posibles sucesos reales.	Técnicas para el desarrollo de habilidades: Juego de roles: Los participantes escogerán al azar el papel que les toque interpretar: padre- abuelo (adulto mayor), hija/o, nieta/o) el enfermero dará pautas al que interprete el adulto mayor exponiendo un caso o posibles sucesos con complicaciones. Posteriormente se cambiarán los papeles y puesta en común.	Materiales: Caso en fotocopia para la dinámica, papeles, bolígrafos.	40 ‘
Questionario de evaluación de sesión 5 ‘					
Descanso 20 ‘					

Sesión	Contenido	Objetivo	Metodología	Recursos	Duración
4º	Finalización del taller	Expectativas y sensaciones experimentadas en el taller	<p>Técnicas de Investigación: frases incompletas.</p> <p>Se les repartirá diferentes frases incompletas que ellos completaran para compartir la experiencia, sensaciones y expectativas del taller. (Anexo 8)</p> <p>Para terminar el profesional de enfermería acabara agradeciendo a las familias y ofreciéndoles su correo electrónico para más dudas</p>	<p>Materiales:</p> <p>Hoja impresa con preguntas incompletas, bolígrafos</p>	30 ‘
<i>Cuestionario de evaluación de la sesión 5’</i>					
<i>Cuestionario final satisfacción 10 ‘</i>					

3.14 Evaluación

La evaluación nos indica el grado de cumplimiento de los objetivos generales y específicos, así como el taller educativo de forma general, la efectividad de las sesiones, teniendo en cuenta las áreas de aprendizaje. Se realizará a en el proceso y en los resultados a corto, medio y largo plazo

3.15 Evaluación de la estructura y el proceso

La evaluación de la estructura y el proceso nos permite valorar el funcionamiento de las actividades realizadas, así como, la programación, la asistencia, la adecuación del lugar de realización, los contenidos, las sesiones, los recursos, la difusión, la participación de los integrantes del proyecto y la calidad tanto de los profesionales.

Por un lado, la evaluación a los participantes mediante un cuestionario donde se evaluará de forma cuantitativa las sesiones del proyecto educativos, los contenidos impartidos, las técnicas empleadas, los recursos utilizados y el cumplimiento de la programación (Anexo X), y para la evaluación del proceso de captación y la asistencia al taller educativo se tendrán en cuenta las inscripciones que realicen los asistentes a través de un código QR (Anexo IX) y se presentará en cada sesión y a cada integrante una plantilla de asistencia (Anexo XI). Para valorar el grado de satisfacción de los participantes, en la sesión 4, se pasará cuestionario final de satisfacción del taller (Anexo XII) que nos proporcionará el nivel de satisfacción global del taller y la eficacia del mismo.

Por otra parte, la evaluación los docentes mediante la figura del «observador», el cual, valora toda la actividad educativa teniendo en cuenta diferentes aspectos a modo de guía para el cumplimiento del funcionamiento del proyecto, de los objetivos, fechas, horarios, lugar, recursos, contenidos y actividades propuestas (Anexo XIII).

En la siguiente tabla, se exponen a modo esquematizado la evaluación que se realiza en cada sesión y el tipo de evaluación.

Sesión	Evaluación	Tipo
Al principio de las sesiones: 1º, 2º, 3º, 4º	Nº asistentes, fecha, hora.	Hoja de inscripción y Plantilla asistencia (Anexo 9, 11)
Al final de las sesiones: 1º, 2º, 3º, 4º	Planificación, contenidos, sesiones, técnicas, recursos, calidad docente, posibles sugerencias	Cuestionario de evaluación de sesión (Anexo 10)
Al final de la sesión: 4º	Grado de satisfacción y propuestas o sugerencias	Cuestionario final de satisfacción global (Anexo 12) y Cuestionario «observador» (Anexo 13)

Tabla 5. Esquema de las evaluaciones de las sesiones. Elaboración propia.

3.16 Evaluación de resultados

La evaluación nos indica el grado de cumplimiento de los objetivos generales y específicos, así como la efectividad de las sesiones, teniendo en cuenta las áreas de aprendizaje cognitiva, afectividad y de habilidades. Se realizará a corto, medio y largo plazo.

- Evaluación a corto plazo
 - Área cognitiva: evalúa la garantía de los métodos utilizados con el objetivo de valorar los conocimientos de los integrantes del grupo tanto los conocimientos previos en la 1º sesión con la técnica de «investigación de aula» rejilla de análisis como para los conocimientos desarrollados y posteriormente adquiridos con la técnica expositiva de lección con discusión (Anexo 7).
 - Área afectiva: permite evaluar la efectividad de las actividades relacionadas con los sentimientos de los participantes, por lo que en la sesión 2º al utilizar la técnica de «investigación del aula» tormenta de ideas fomentando la expresión de emociones, y con la técnica de caso real pudiéndose identificar y comprender las experiencias demás participantes con respecto al tema abordado en el taller.
 - Área de habilidades: en la finalización del taller, previo a valorar la satisfacción global, la sesión 4º, desarrollara una actividad de evaluación con la técnica investigación de frases incompletas (Anexo VIII), y, en la sesión 3º, el juego de roles que permiten valorar de manera cualitativa las habilidades y conocimientos de los integrantes del grupo poniendo en práctica.
- Evaluación a medio y/o corto plazo

Pasado el mes y los 5 meses desde la finalización y cierre del taller educativo, se enviará un Cuestionario de evaluación a medio y largo plazo (Anexo XIV) por correo electrónico a los integrantes del grupo que autorizaron sus datos personales, con el fin de evaluar la eficacia del proyecto educativo y la puesta en marcha en la vida de los participantes, de tal manera, que nos servirá para valorar si se han cumplido los objetivos propuestos, y por tanto, la posible disminución de la soledad en el adulto mayor.

Por otro lado, tras la realización del cuestionario, el cual, cuenta con preguntas abiertas para posibles sugerencias, podemos valorar propuestas para mejorar e incluso ampliar la actividad educativa con visión futura.

Bibliografía

- (1) INEbase / Demografía y población /Cifras de población y Censos demográficos /Proyecciones de población / Últimos datos. Available at: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176953&menu=ultiDatos&idp=1254735572981. Accessed Jan 24, 2023.
- (2) INEbase / Demografía y población /Padrón. Población por municipios /Estadística del Padrón continuo / Últimos datos. Available at: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177012&menu=ultiDatos&idp=1254734710990. Accessed Jan 24, 2023.
- (3) Avance de la Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2022 Datos provisionales. 2022; Available at: https://www.ine.es/prensa/pad_2022_p.pdf. Accessed Apr 27, 2023.
- (4) Proporción de personas mayores de cierta edad por provincia. Available at: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1488>. Accessed Jan 24, 2023.
- (5) INEbase. CONSUL. Available at: <https://www.ine.es/consul/serie.do?d=true&s=TM1657&c=2&>. Accessed Jan 24, 2023.
- (6) Tablas de mortalidad por año, sexo, edad y funciones. Available at: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=27153>. Accessed Jan 24, 2023.
- (7) Morilla García F. Estructura demográfica de España. 2012(5):141-143.
- (8) Índice de Envejecimiento. Available at: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1418#!tabs-grafico>. Accessed Oct 22, 2022.
- (9) Pérez Díaz J, Ramiro Fariñas D, Aceituno Nieto P, Muñoz Díaz C, Bueno López C, Ruiz-Santacruz JS, et al. Un perfil de las personas mayores en España 2022. Indicadores estadísticos básicos. Informes. Envejecimiento en red 2022 Sept, (29):1-40.
- (10) Abades Porcel M, Rayón Valpuesta E. El envejecimiento en España: ¿un reto o problema social? Gerokomos 2012 12;/23(4):151-155.
- (11) Pirámide de la población empadronada en España. Available at: <https://www.ine.es/covid/piramides.htm>. Accessed Oct 22, 2022.
- (12) Luna Porta B, Pinto Fontanillo JA. AISLAMIENTO Y SOLEDAD NO DESEADA EN LAS PERSONAS MAYORES, factores predisponentes y consecuencias para la salud. Dirección General de Salud Pública ed.; 2021.
- (13) INEbase / Demografía y población /Cifras de población y Censos demográficos /Encuesta continua de hogares / Últimos datos. Available at: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176952&menu=ultiDatos&idp=1254735572981. Accessed Jan 27, 2023.

Bibliografía

- (14) Alvarado García AM, Salazar Maya ÁM. Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos* 2014 06/;25(2):57-62.
- (15) Navarro-Pardo E, Suay F, Murphy M. Ageing: Not only an age-related issue. *Mech Ageing Dev* 2021 -10; 199:111568.
- (16) Chaparro Díaz L, Carreño Moreno S, Arias-Rojas M. Soledad en el adulto mayor: implicaciones para el profesional de enfermería. *Revista Cuidarte* 2019 May;10(2):1-11.
- (17) Gajardo Jauregui J. Vejez y soledad: implicancias a partir de la construcción de la noción de riesgo. *Acta bioethica* 2015 11/;21(2):199-205.
- (18) González-Tovar J, Isabel Garza-Sánchez R. La medición de soledad en personas adultas mayores: estructura interna de la escala ESTE en una muestra del norte de México. *Interdisciplinaria: Revista de Psicología y Ciencias Afines* 2021 September;38(3):169-184.
- (19) Productos y Servicios / Publicaciones. Available at: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout.
- (20) Abades Porcel M, Rayón Valpuesta E. El envejecimiento en España: ¿un reto o problema social? *Gerokomos* 2012 12/;23(4):151-155.
- (21) Yanguas Lezaun JJ, Cilveti Sarasola A, Hernández Chamorro S, Pinazo Hernandis S, Roig Canals S, Segura Talavera C. El reto de la soledad en la vejez. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria = Revista de servicios sociales* 2018(66):61-75.
- (22) Coca Barbado A, Gómez González JL. Estudio de la compañía y la soledad a través de la lógica. *Ene* 2015 04/;9(1):0-0.
- (23) López Doblás J, Díaz Conde MdP. El sentimiento de soledad en la vejez. *Revista internacional de sociología* 2018;76(1 (enero-marzo)):85.
- (24) Montero López Lena M, Sánchez Sosa JJ. La soledad como fenómeno psicológico: un análisis conceptual. *Salud Mental* 2001 Feb;24(1):19-27.
- (25) Vicente Arruebarrena A, Sánchez Cabaco A. La soledad y el aislamiento social en las personas mayores. *Studia Zamorensia* 2020 Sept; 19:15-32.
- (26) Rodríguez Martín M. La soledad en el anciano. *Gerokomos* 2009 12/;20(4):159-166.
- (27) NNNConsult. Available at: <https://www.nnnconsult.com/nanda/54>. Accessed Jan 3, 2023.
- (28) Bermejo Higuera JC. La soledad en los mayores. *ARS MEDICA. revista de ciencias médicas* 2005 Agos,32(2):126-144.
- (29) Soledad. Available at: <https://dle.rae.es/soledad>.

- (30) Gentry M, Palmer BW. The "timbre" of loneliness in later life. *Int Psychogeriatr* 2021 -12;33(12):1233-1236.
- (31) Yusta Tirado R. La soledad no deseada en el ámbito de la gerontología. *Trabajo social hoy* 2019(88):25-42.
- (32) Cardona Jiménez JL, Villamil Gallego MM, Villa EH, Echeverri ÁQ. El sentimiento de soledad en adultos. *Medicina UPB* 2013 Jan;32(1):9-19.
- (33) ¿Qué es la soledad? Available at: <https://soledadnodeseada.es/que-es-la-soledad-no-deseada/>. Accessed Nov 17, 2022.
- (34) Martín Roncero U, González-Rábago Y, Martín Roncero U, González-Rábago Y. Soledad no deseada, salud y desigualdades sociales a lo largo del ciclo vital. *Gaceta Sanitaria* 2021 10;35(5):432-437.
- (35) Rubio Herrera R, Cerquera Córdoba AM, Muñoz Mejía R, Pinzón Benavides, Erika Alejandra. Concepciones populares sobre soledad de los adultos mayores de España y Bucaramanga, Colombia. *Diversitas: Perspectivas en Psicología* 2011 Dic.;7(2).
- (36) Regina M. DETECTAR LA SOLEDAD DURANTE EL ENVEJECIMIENTO. UNA GUÍA. *La Soledad como Fenómeno Complejo* 2021 Sept;2.
- (37) Gardiner C, Geldenhuys G, Gott M. Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. *Health Soc Care Community* 2018 -03;26(2):147-157.
- (38) World Health Organization, International Telecommunications Union, United Nations Department of Economic and Social Affairs. Social isolation and loneliness among older people: advocacy brief. 2021 Julio:1-17.
- (39) Malcolm M, Frost H, Cowie J. Loneliness and social isolation causal association with health-related lifestyle risk in older adults: a systematic review and meta-analysis protocol. *Syst Rev* 2019 -2-7; 8:48.
- (40) Maes M, Qualter P, Lodder GMA, Mund M. How (Not) to Measure Loneliness: A Review of the Eight Most Commonly Used Scales. *Int J Environ Res Public Health* 2022 -8-30;19(17).
- (41) Rubio Herrera R. LA PROBLEMÁTICA DE LA SOLEDAD EN LOS MAYORES. *International Journal of Developmental and Educational Psychology* 2007;1(2):11-27.
- (42) Cardona Jiménez JL, Villamil Gallego MM, Henao Villa E, Quintero Echeverri Á. Validación de la escala ESTE para medir la soledad de la población adulta. *Investigación y Educación en Enfermería* 2010;38(3):416-427.
- (43) Neto F. Psychometric analysis of the short-form UCLA Loneliness Scale (ULS-6) in older adults. *Eur J Ageing* 2014 -12;11(4):313-319.
- (44) Pinazo Hernandis S, Donio Bellegarde Nunes M. La soledad de las personas mayores

Bibliografía

Conceptualización, valoración e intervención. Estudios de la Fundación Pilaes para la autonomía personal ed.; 2018.

(45) Russell DW. UCLA Loneliness Scale (Version 3): reliability, validity, and factor structure. *J Pers Assess* 1996 -02;66(1):20-40.

(46) Tomás JM, Pinazo-Hernandis S, Donio-Bellegarde M, Hontangas PM. Validity of the de Jong Gierveld Loneliness Scale in Spanish older population: competitive structural models and item response theory. *Eur J Ageing* 2017 -12;14(4):429-437.

(47) List of the most common scales for loneliness and isolation. Available at: <https://publichealth.ie/ilink/>.

(48) Riera JR. Las soledades. Reflexiones, causas y efectos. Consell Assessor Científic contra la Soledat ed.; 2022.

(49) Iglesias de Ussel J, López Doblas J, Díaz Conde MP, Alemán Bracho C, Trinidad Requena A, Castón Boyer P. LA SOLEDAD EN LAS PERSONAS MAYORES: Influencias Personales, Familiares y Sociales. Análisis Cualitativo. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO) ed.; 2001.

(50) Lara E. SOLEDAT NO DESITJADA I DETERIORAMENT COGNITIU. 2020:6.

(51) Hawkey LC, Cacioppo JT. Loneliness Matters: A Theoretical and Empirical Review of Consequences and Mechanisms. *Ann Behav Med* 2010 -10;40(2):10.1007/s12160-8.

(52) Sha S, Pan Y, Xu Y, Chen L. Associations between loneliness and frailty among older adults: Evidence from the China Health and Retirement Longitudinal Study. *BMC Geriatr* 2022 -07-01;22(1):537.

(53) Donovan NJ, Wu Q, Rentz DM, Sperling RA, Marshall GA, Glymour MM. Loneliness, depression and cognitive function in older U.S. adults. *Int J Geriatr Psychiatry* 2017 -05;32(5):564-573.

(54) Boss L, Kang D, Branson S. Loneliness and cognitive function in the older adult: a systematic review. *Int Psychogeriatr* 2015 -04;27(4):541-553.

(55) Palma-Ayllón E, Escarabajal-Arrieta MD. Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. *Gerokomos* 2021 00;32(1):22-25.

(56) Andino Acosta CA. Bioética y humanización de los servicios asistenciales en la salud. *Colombiana de Bioética* 2015 Jun,10(1):38-64.

(57) Guerrero-R N, Yépez-Ch MC. Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. *Universidad y Salud* 2015 06;17(1):121-131.

(58) Carneiro SFL, Lessa MMR, Boechat Cabral HLT. La dignidad de las personas mayores y la gerontofobia. 2020(60):100-121.

(59) Losada-Baltar A, Márquez-González M, Jiménez-Gonzalo L, Pedroso-Chaparro MDS, Gallego-Alberto L, Fernandes-Pires J. [Differences in anxiety, sadness,

loneliness and comorbid anxiety and sadness as a function of age and self-perceptions of aging during the lock-out period due to COVID-19]. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2020;55(5):272-278.

(60) Lederman Z. The bioethics of loneliness. *Bioethics* 2021 -06;35(5):446-455.

(61) Rita Petretto D, Gavianoa L, Pilib R, Matos López C, Zuddas c. Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 2016;51(4):229-241.

(62) Losada-Baltar A, Jiménez-Gonzalo L, Gallego-Alberto L, Pedroso-Chaparro MDS, Fernandes-Pires J, Márquez-González M. "We Are Staying at Home." Association of Self-perceptions of Aging, Personal and Family Resources, and Loneliness With Psychological Distress During the Lock-Down Period of COVID-19. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2021 -01-18;76(2): e10-e16.

(63) Döring N, Conde M, Brandenburg K, Broll W, Gross H, Werner S, et al. Can Communication Technologies Reduce Loneliness and Social Isolation in Older People? A Scoping Review of Reviews. *Int J Environ Res Public Health* 2022 -09-08;19(18):11310.

ANEXOS

Anexo I. Escala UCLA

	1. A menudo	2. Con frecuencia	3. Rara vez	4. Nunca
Con qué frecuencia siente que no puede tolerar sentirse solo				
Con qué frecuencia siente que no tiene a nadie con quien poder hablar				
Con qué frecuencia se siente infeliz haciendo tantas cosas solo				
Con qué frecuencia siente que nadie le entiende				
Con qué frecuencia se siente completamente solo				
Con qué frecuencia se encuentra a sí mismo esperando que alguien le llame o le escriba				
Con qué frecuencia se siente incapaz de llegar a los que le rodean y comunicarse con ellos				
Con qué frecuencia se siente falta de compañía				
Con qué frecuencia siente dificultad para hacer amigos				
Con qué frecuencia se siente poco integrado en los grupos				

Tabla 6. Escala UCLA. Elaboración propia a partir de «Validación de la escala de soledad de UCLA y perfil social en la población anciana que vive sola», 2016.

Anexo II. Escala DJGLS

	NO	MÁS O MENOS	SI
Siento una sensación de vacío a mi alrededor	1	2	3
Echo en falta tener un buen amigo/a de verdad	1	2	3
Siempre hay alguien con quien puedo hablar de mis problemas	1	2	3
Hay suficientes personas a las que puedo recurrir en caso de necesidad	1	2	3
Echo en falta la compañía de otras personas	1	2	3
Puedo contar con mis amigos siempre que los necesito	1	2	3
Pienso que mi círculo de amistades es demasiado limitado	1	2	3
Considero que tengo suficientes personas con las que tengo una amistad muy estrecha	1	2	3
Echo en falta tener gente a mi alrededor	1	2	3
Me siento abandonada a menudo	1	2	3
Cuento con mucha gente en la que confiar completamente	1	2	3

Tabla 7. Escala DJGLS. Elaboración propia a partir de *La soledad de las personas mayores*, 2018

Anexo III. Escala ESTE I

Ítems	1. Siempre	2. Muchas veces	3. Algunas veces	4. Rara vez	5. Nunca
no tengo a nadie cerca					
Mi familia se preocupa por mi					
No hay nadie de mi familia que me preste su apoyo, aunque me gustaría que lo hubiera					
Me encuentro a gusto con mi gente					
Realmente me preocupo por mi familia					
Mi familia es importante para mi					
Mis amigos y familiares realmente me entienden					
Tengo amigos a los que recurrir cuando necesito consejo					
Tengo amigos con los que comparto mis opiniones					
Tengo a alguien que llena mis necesidades emocionales					
Tengo un compañero sentimental que me da apoyo que necesito					
Mis amigos entienden mis intenciones y opiniones					
Podría contar con mis amigos si necesitara recibir ayuda					
No me siento satisfecho con los amigos que tengo					
Me siento cercano a mi familia					
Me gusta la gente con la que salgo					

Me siento solo cuando estoy con mi familia					
Cuento con alguien que quiere compartir su vida contigo					
No tengo amigos que compartan mis opiniones, aunque me gustaría tenerlos					
Estoy enamorada de alguien que ama					
Contribuyo a que mi pareja sea feliz					
No me siento importante para nadie					
Me siento aislado sin apoyo o comprensión cuando cuento mis problemas					
Lo que es importante para mí no parece ser importante para la gente					
Me siento aislado sin apoyo o comprensión cuando cuento mis problemas					
Me siento aislado sin apoyo o comprensión cuando cuento mis problemas					
A medida que me voy haciendo mayor, se ponen las cosas peor para mí					
Me molestan ahora las cosas pequeñas más que antes					
A veces siento que la vida no merece la pena ser vivida					
Siento que conforme me hago mayor soy menos útil					
Me siento solo					
Tengo miedo de muchas cosas					

Tabla 8. Escala ESTE I para medir la soledad de la población adulta. Elaboración propia a partir de Validación de la escala ESTE para medir la soledad de la población adulta, 2010.

Anexo IV. Cartel divulgativo para Adultos Mayores

SaludMadrid

SABÍAS QUE...?

VISITAR A TU ENFERMERA/O DEL CENTRO DE SALUD PUEDE AYUDAR MÁS DE LO QUE PIENSAS

PIDE CITA SI ERES MAYOR DE 65 AÑOS

**EN EL CENTRO DE SALUD DE ARANJUEZ
918922548**

ESCUELA DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA SAN JUAN DE DIOS

COMILLAS

Anexo V. Cartel divulgativo para las familias de los adultos mayores

SaludMadrid **COMILLAS** **ESCUELA DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA** **SAN JUAN DE DIOS**

TALLER "ACOMPaña A LA SOLEDAD NO DESEADA" ORIENTADO AL ADULTO MAYOR

Familias con personas >65 años

OCTUBRE 2023
horario: 14- 21 de 11:00 a 13:10/12:40h.
(Fin de semana por la mañana)

+ INFO:
Enfermería
C.S.Aranjuez
C/ de Abastos

Centro de Día para Mayores. Aranjuez (Madrid)

INFORMACIÓN: 

Anexo VI. Tríptico Informativo sobre el Taller educativo.

CONSECUENCIAS:

- ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES
- ALTERACIÓN DEL SUEÑO
- FRAGILIDAD en personas mayores
- DEMENCIA
- DEPRESIÓN
- DETERIORO COGNITIVO
- IDEAS SUICIDAS
- MORTALIDAD

Recursos:
Centro de Día
Voluntariados
Nuevas tecnologías
Servicio de Atención Domiciliaria



¿QUÉ ES ?

sentimiento interno que provoca sensaciones como tristeza o ansiedad

diferencias entre «estar solo» y «sentirse solo»

FACTORES DE RIESGO:
Edad: personas mayores, sobre todo 80 años
Género: Sexo femenino
Jubilación
Viudez
Bajos ingresos
Residencia
Aislamiento social
Discapacidad

taller educativo

SOLEDAD NO DESEADA

Son muchas de las personas que viven solas las que han aumentado de riesgo a sufrir aislamiento social y experimentar la soledad, el **59%** ha llegado a sentir sensaciones negativas sobre estos dos aspectos. Especialmente, personas mayores.

INSCRÍBETE AQUI



Centro de Día de Mayores. Aranjuez
14- 21 Octubre 2023
Horario: Mañana 11:00 a 13:10

Anexo VII. Presentación Power Point: Sesión 1

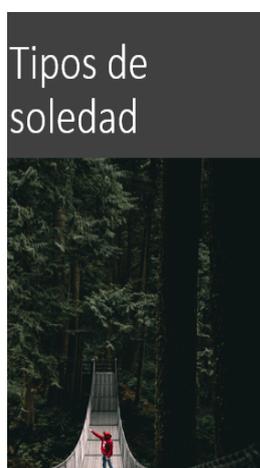


SOLEDAD NO
DESEADA EN EL ADL



Definición

- **Riesgo de Soledad:** Riesgo de soledad como «Susceptible de experimentar malestar asociado al deseo o necesidad de un mayor contacto con los demás, que puede comprometer la salud».
- **Soledad no deseada :**
 - Entre «estar solo» y «sentirse solo», el último se relaciona a la soledad no deseada, tratándose de un sentimiento interno que provoca sensaciones como tristeza o ansiedad.
 - Percepción insatisfactoria de las relaciones personales que mantiene el individuo, a diferencia de la soledad, esta no es elegida, es decir, se da involuntariamente
 - Produce un sentimiento originado por el incumplimiento de mantener relaciones sociales deseadas, provocando una vivencia personal negativa
 - el sentimiento de soledad no deseada se ha vinculado a la tercera edad



- Soledad emocional
 - Soledad social
 - Soledad crónica
 - Soledad pasajera
 - Soledad objetiva
 - Soledad subjetiva
- Soledad familiar
 - Soledad conyugal
 - Soledad existencial

Factores predisponentes

Factores sociodemográficos: Edad, Género, Estado Civil, Nivel Socioeconómico, sitio de residencia

Factores de Salud física: Capacidad funcional y movilidad, Discapacidades

Factores psicológicos: Personalidad, Depresión

Factores sociales: Aislamiento social, Red y apoyo social

Consecuencias

Enfermedades cardiovasculares: HTA

↑ niveles de glucosa, triglicérido, grasas

Daño celular

Alteración del sueño

* Fragilidad *

Deterioro cognitivo

Demencia

Depresión

Ideas suicidas

Mortalidad

¿ Cómo podemos medir la soledad?



Escala ESTE I

- Mi familia se preocupa por mi
- No hay nadie de mi familia que me preste su apoyo, aunque me gustaría que lo hubiera
- Realmente me preocupo por mi familia
- Me encuentro a gusto con mi gente
- Mi familia me entiende
- Mi familia es importante para mi
- Me siento cercano con mi familia
- Me siento solo cuando estoy con mi familia
- Me siento solo
- Me siento poco útil
- A veces siento que la vida no merece la pena ser vivida

Recursos

- Nuevas tecnologías
- Servicio de Atención Domiciliaria (SAD)
- Centro de Día
- Voluntariados
- Leyes



Casos reales

- https://www.eldiario.es/madrid/largos-dias-mayores-viven-solas-levanto-miedo_1_9683399.html

**Anexo VIII. Técnicas de Investigación: frases incompletas:
Sesión 4.**

<p>Siento que mi adulto mayor (padre, abuelo) :</p>	
<p>Siento que para mí adulto mayor soy :</p>	
<p>Siento que el trato/ compañía con mi adulto mayor es :</p>	
<p>Mi adulto mayor me expresa que :</p>	
<p>Mi adulto mayor piensa que :</p>	
<p>Del taller me llevo..... :</p>	
<p>El taller me ha servido para..... :</p>	

Anexo IX. Hoja de Inscripción para el taller ``Acompaña a la soledad no deseada``

Para poder asistir al taller ``Acompaña a la soledad no deseada`` en el Centro de Dia de Aranjuez, los días 14 – 21 de octubre de 2023, será necesario la realización de la hoja inscripción, la cual, se puede realizar a través del **código QR** que aparece tanto en el cartel divulgativo colocado tanto en el Centro de Salud de Aranjuez como en el Centro de Dia para mayores de Aranjuez. Además, se enviará por correo electrónico.

Para la inscripción deberá seguir los siguientes pasos:

- Escanear con el teléfono móvil el siguiente QR:



- Rellenar los siguientes apartados

Familiar de: Nombre y apellidos (del adulto mayor) + edad	
Nombre y apellidos del asistente (familiar)	
DNI	
Dirección	
Teléfono y correo electrónico	
Firma del asistente	

Anexo X. Cuestionario de Evaluación de cada sesión



COMILLAS



ESCUELA DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA SAN JUAN DE DIOS



SaludMadrid



Centro de Salud Aranjuez
Comunidad de Madrid

Cuestionario taller ``acompaña a la soledad no deseada`` de evaluación de cada sesión

- Nº de la sesión

Marque con una X en la opción correspondiente, siendo del 1 al 5, el 1 la puntuación más baja y el 5 la más alta.

Evaluación DOCENTES	1	2	3	4	5
Adecuado conocimiento de la materia					
Claridad en la exposición					
Adecuada actitud con los integrantes del grupo					
Resolución de dudas					
Evaluación global					
Evaluación SESIONES	1	2	3	4	5
Contenidos desarrollados					
Metodología utilizada					
Objetivos alcanzados					
Recursos					
Evaluación general					
Sugerencias:					

Anexo XII. Cuestionario final de satisfacción del taller

Cuestionario final de satisfacción: sesión 4

Queremos saber su opinión sobre el taller impartido, con el fin de mejorar y atender sus sugerencias. Marque con una casilla donde corresponde, del 1 al 5, siendo el 1 la puntuación más baja y el 5 la más alta.

Docentes	1	2	3	4	5
Conoce y domina la materia impartida					
Claridad en la exposición					
Resolución de dudas					
Se ha regido a lo acordado: horario, materia, materiales etc...					
Evaluación general del docente					

Sesiones	1	2	3	4	5
Contenido educativo adecuado					
Objetivos cumplidos con la metodología desarrollada					
Buen empleo de los materiales y recursos					
Evaluación general					

Organización	1	2	3	4	5
Estructura y proceso del taller					
Adecuado lugar de celebración del taller					
Cumplimiento del horario y calendario					
Evaluación general					

Valoración General del taller	1	2	3	4	5
Se han cumplido objetivos y expectativas					
Recomendarías el taller					
Ha resultado útil el taller					
Evaluación general					

Sugerencias y mejoras:

Anexo XIII. Cuestionario Evaluación del docente por el "Observador"



Cuestionario Evaluación del Docente

	1	2	3	4	5
Han respetado el tiempo, duración de las sesiones					
Han respetados las fechas previstas					
Han desarrollado correctamente las sesiones según objetivos y metodología					
Han dejado participar a los integrantes del grupo					
Han realizado todas las actividades y/o técnicas propuestas					
Han cumplido los objetivos					
Han resuelto de sin problemas dudas de los integrantes					
Han utilizado de manera correcta todos los recursos					

Observaciones:

Anexo XIV. Cuestionario Evaluación a medio y largo plazo.



Cuestionario de evaluación a medio y largo plazo del taller “acompaña a la soledad no deseada”

Nos ponemos en contacto para la realización de un cuestionario sobre el taller realizado.

Deberá señalar en el estado del mensaje en la fecha y nombre del taller, así como en el momento que se realiza dicha evaluación (mes/ 5 meses)

1. ¿Cree que las sesiones han sido de utilidad para su vida diaria tras el taller?
2. ¿Le han servido los contenidos más teóricos para abordar el tema en su práctica diaria?
3. ¿Ha desarrollado las habilidades adquiridas y puesto en práctica?, si ha sido así describa el proceso.
4. ¿Cree que repetiría o recomendaría a otras personas?

Gracias por su colaboración

