



**ESCUELA
DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA**



Trabajo Fin de Grado

**Título: Estudio observacional sobre la vivencia de la
soledad en los pacientes.**

Alumno: Paloma Vicente Sandonís

Director: Carlos Valencia Rodríguez

Madrid, abril de 2021.

ÍNDICE

1. Resumen.	4
2. Abstract.	5
3. Presentación.	6
4. Estado de la cuestión.	7
4.1. Fundamentación.	7
4.1.1. <i>Concepto de soledad, relación y diferenciación con el aislamiento social.</i>	7
4.1.2. <i>Epidemiología.</i>	8
4.1.3. <i>Repercusión de la soledad en la salud del individuo.</i>	10
4.1.4. <i>Terapias de apoyo social e intervenciones.</i>	12
4.1.5. <i>Abordaje de la soledad desde la práctica enfermera.</i>	13
4.1.6. <i>Medición de la soledad.</i>	15
4.2. Justificación.	16
5. Objetivos e hipótesis.	18
5.1. Objetivos.	18
5.1.1. <i>Objetivo general.</i>	18
5.1.2. <i>Objetivos específicos.</i>	18
5.2. Hipótesis.	19
6. Metodología.	21
6.1. Diseño del estudio.	21
6.2. Sujetos de estudio.	21
6.3. Variables.	23
6.4. Procedimiento de recogida de datos.	24
6.5. Fases del estudio y cronograma.	30
6.6. Análisis de datos.	31
7. Aspectos éticos.	33
8. Limitaciones del estudio.	34
9. Bibliografía.	35
10. Anexos.	38
10.1. Anexo I. – Hoja informativa del consentimiento informado.	38

10.2. Anexo II. – Consentimiento Informado.....	39
10.3. Anexo III. – Ficha de recogida de datos sociodemográficos.	40
10.4. Anexo IV. – Carta de solicitud de acceso a la historia clínica.....	41
10.5. Anexo V. – Carta dirigida al Comité de Ética	42

1. Resumen.

Introducción: este trabajo de investigación se dispone como un estudio observacional descriptivo transversal. La finalidad de este estudio es conocer la implicación que tiene la soledad en las personas mayores de 65 años que viven solas y que pueden estar en riesgo social. Se busca saber el impacto que puede tener la soledad en la salud física y psíquica de las personas.

Objetivos: uno de los objetivos principales de este estudio es conocer la relación que existe entre la soledad y las distintas características personales que tiene un individuo, pudiéndole conducir a ese riesgo de aislamiento social y, por tanto, al sentimiento de soledad. Para ello, se analizarán variables sociodemográficas como edad, sexo, estado civil, nivel de estudios y nivel económico, comparándolas con el nivel de soledad y el apoyo social percibido.

Metodología: se ha elegido una muestra de 350 personas que han acudido a los servicios de salud, tanto hospitales como en centros de salud, en un periodo de diez meses durante el 2021. Los pacientes que cumplen los criterios de inclusión serán aquellos que tengan más de 65 años.

Implicaciones para enfermería: el sentimiento de soledad de forma mantenida en el tiempo conlleva el agravamiento de las patologías de base y la aparición de otras. No solo a nivel físico, sino que también agrava o incrementa las patologías psicológicas y provoca un aumento de las estancias hospitalarias. Con ello, se produciría un aumento de los costes sanitarios. Por este motivo, desde enfermería es imprescindible el diagnóstico de esta situación y su abordaje, poniendo al alcance de los pacientes las herramientas necesarias para abordar la soledad.

Palabras clave (DeCS): Soledad, enfermedad, atención hospitalaria, salud física, aislamiento social, escalas.

2. Abstract.

Introduction: this research work is set out as a cross-sectional descriptive observational study. The aim of this study is to find out the implications of loneliness for people over 65 years of age who live alone and who may be at social risk. The aim is to find out the impact that loneliness may have on people's physical and psychological health.

Objectives: one of the main objectives of this study is to find out the relationship between loneliness and the different personal characteristics of an individual, which may lead to the risk of social isolation and, therefore, to the feeling of loneliness. To this end, socio-demographic variables such as age, sex, marital status, level of studies and economic level will be analysed, comparing them with the level of loneliness and perceived social support.

Methodology: a sample of 350 people attending health services, both hospitals and health centres, has been chosen over a period of ten months during 2021. Patients meeting the inclusion criteria will be those over 65 years of age.

Implications for nursing: the feeling of loneliness over time leads to the aggravation of underlying pathologies and the appearance of others. Not only on a physical level, but it also aggravates or increases psychological pathologies and causes an increase in hospital stays. This would lead to an increase in healthcare costs. For this reason, it is essential for nurses to diagnose this situation and address it, providing patients with the necessary tools to deal with loneliness.

Key words (DeCS): Loneliness, illness, hospital care, physical health, social isolation, scales.

3. Presentación.

La soledad cada vez está más presente en nuestros días, por la forma en la que vivimos y los cambios que se están dando en las culturas. Es interesante que tomemos conciencia que debemos dar la importancia que merece al sentimiento de soledad y saber abordarlo desde los servicios de salud. Para ello, es necesario un cambio de mentalidad en la forma de trabajar en la que, debido a las ajetreadas jornadas de trabajo, se da más prioridad al abordaje del dolor físico que al psicológico, teniendo ambos igual importancia y repercusión en la salud.

La elección de este trabajo fue algo fortuito, ya que nunca había pensado en que la soledad fuera un factor tan importante en la salud. Un día de prácticas en el hospital, un hombre acudió a realizarse unas analíticas; este hombre se derrumbó a llorar, nos comentó que iba a ser operado, porque tenía cáncer de colon en un estadio avanzado. De pronto nos dimos cuenta que le atormentaba el hecho de que su mujer e hijos no pudieran acompañarle al médico debido a las restricciones por la pandemia. Él se sentía sobrepasado, al ver que tenía que afrontar sólo todas las noticias y decisiones en las consultas, eso le llevaba a no dormir y a medicarse con ansiolíticos. Tras unos minutos de charla y ofreciéndole nuestro apoyo, se repuso y volvió a casa más calmado. Con esto comprendí que no todo lo soluciona la medicación y que el factor humano es imprescindible para el cuidado de calidad. A este hombre le dedicamos más tiempo del que se necesita para simplemente sacar una analítica, y con ello me di cuenta de la necesidad de invertir tiempo en los pacientes que se ven en situaciones similares a la de este hombre; un tiempo que a veces es complicado ofrecerles por la forma en la que se trabaja o la falta de personal. Por ello, creo que es necesario desde enfermería adquirir habilidades en este ámbito por medio de formación para que en situaciones como la de este hombre poder ofrecerle más recursos para afrontar su situación y que no se quede únicamente en una charla de media hora en el hospital, sin saber que fue de él en el futuro.

Tras la investigación sobre la soledad, me he dado cuenta de lo poco que se investiga en este ámbito y lo necesario que es. Me gustaría que este trabajo sirviera de motivación para abordar esta dimensión del cuidado de forma más extensa y, sobre todo, se amplíe su investigación.

4. Estado de la cuestión.

4.1. Fundamentación.

La siguiente fundamentación consta de una aproximación al concepto de soledad, la relación y diferencia de la soledad con el aislamiento social, las principales enfermedades desencadenadas por una soledad mantenida, terapias de apoyo social, el abordaje de la soledad desde una perspectiva enfermera y, por último, la medición de la soledad con distintas escalas. Para su realización se utilizaron los siguientes recursos (tabla 1).

Tabla 1. Recursos bibliográficos.	
Bases de datos	Pubmed, Dialnet, EBSCO, Elsevier.
Términos DeCS	Loneliness, disease, hospital care, physical health, social isolation, scales.
Términos MESH	Soledad, enfermedad, atención hospitalaria, salud física, aislamiento social, escalas.

Tabla nº1, elaboración propia del autor, 2021.

4.1.1. Concepto de soledad, relación y diferenciación con el aislamiento social.

La soledad se reconoce como un sentimiento subjetivo de insatisfacción personal con las relaciones sociales (1,2). El sentimiento de soledad es un evento natural que puede ocurrirle a cualquier persona en algún momento de su vida, pero si se mantiene en el tiempo, es un desencadenante de la morbimortalidad en la sociedad (3).

En los comportamientos sociales influyen distintos procesos fisiológicos (hormonales, genéticos y neuronales) que han influido en el desarrollo de la evolución humana, su conservación y reproducción de la especie. Se ha postulado que la explicación biológica de la aparición del insomnio o sueño intermitente en la soledad derivaría de la posibilidad de que un depredador pudiera atacar de improviso por la noche (4). Del mismo modo que fisiológicamente el dolor pone de manifiesto un daño físico, la soledad provoca un sentimiento de angustia y desagrado. Por ello, las personas sienten rechazo a la soledad y buscan continuamente compañía. De forma simultánea, el ser humano tiene el instinto de autoprotección, que aparece cuando se percibe una amenaza social y su reacción inmediata es la hipervigilancia. Este mecanismo de defensa se utiliza cuando el individuo percibe que debe protegerse de alguna amenaza social, y así evitar que otro se aproveche de la

necesidad de compañía que tiene. Este mecanismo, si se produce en periodos de tiempo largos, se patologiza y se convierte en un problema para la salud e influye en el bienestar del individuo (5).

A diferencia de la soledad, sentimiento subjetivo, el aislamiento social es un término objetivo. El individuo muestra una actitud en la que no tiene contacto social con otras personas, no se implica en actividades grupales y vive solo (1,2).

Es importante destacar que ambos conceptos son inversamente proporcionales, es decir, una persona puede sentirse sola y eso no implica que esté aislada socialmente. Pero ambos ponen en una situación de riesgo a los individuos, convirtiéndoles en más vulnerables y frágiles socialmente (3).

Hoy en día no existen suficientes estudios que demuestren que la soledad y el aislamiento estén directamente asociados con la fragilidad de las personas, pero si existen evidencias de que ciertos grados de soledad están relacionados con un déficit de movilidad, dificultades para realizar actividades cotidianas de la vida, que contribuyen a la aparición de sarcopenia, y que desencadenan fragilidad física o deterioro funcional. En cambio, no existe una evidencia clara de que el aislamiento social provoque fragilidad (1).

En cuanto a la fragilidad social, es un concepto más integral. Está definido por factores psicosociales y físicos. Este término debe ser medido en base a tres premisas que pueden estar alteradas en el individuo, éstas son el afecto, la conducta y el estatus. Una persona será más frágil socialmente cuanto más afectadas estén estas tres (3).

Aparte de la fragilidad como factor influyente en la aparición de la soledad, las enfermedades físicas y genéticas también son un factor determinante. De igual modo, el nivel económico bajo y una escasa educación, junto con un déficit de apoyo social, tanto familiar como de amigos, están en conexión con una mayor probabilidad de mortalidad. Estas características conforman el concepto de vulnerabilidad social (3).

4.1.2. Epidemiología.

Es importante comprender y tener en cuenta aquellos factores que están relacionados con la soledad para así reducir los efectos derivados de ésta. Es complicado establecer las variables correctas para determinar el perfil de soledad en la población. Por ello, es muy útil la identificación de la soledad por medio de cribados aleatorios con cuestionarios (6).

Encontramos dos rasgos diferenciados de la soledad, de ese modo debemos diferenciar la soledad desencadenada por las dificultades asociadas al proceso de la vejez, como las barreras físicas, la falta de movilidad y las relacionadas con la salud mental o física, frente a la soledad presentada por la dificultad intrínseca de la persona para sociabilizarse con sus semejantes. Esto es crucial para enfocar las distintas intervenciones según el perfil de cada persona (6).

Existe un notable predominio de soledad en población anciana, llegando al 40% de la población de los países desarrollados. En España, las mujeres mayores de sesenta y cinco años, que viven en domicilios unipersonales, tienen mayor riesgo de sufrir soledad, factor desencadenado por el fallecimiento de su pareja (6-8).

En el caso de los hombres mayores de 65 años, a diferencia de las mujeres, presentarán deterioro funcional y escasos ingresos económicos para que se produzca un mayor riesgo de soledad (7,8).

Son escasas las investigaciones que relacionan la soledad y el aislamiento con la demografía. Existen hipótesis que relacionan la soledad con zonas rurales, debido a que la población es reducida y los servicios de transporte son menores. Esto puede afectar en las relaciones sociales y conducir a un aislamiento social (9). A ello se suma la disgregación familiar, debido a las migraciones de los hijos o allegados a las ciudades. Al contrario, hay estudios que determinan que, si existen vínculos muy fuertes con los miembros de la zona rural, se reduce la probabilidad de aislamiento debido a ese acompañamiento. Por ello, es importante proveer de recursos eficientes a zonas rurales para prevenir la soledad (7).

El hecho de vivir en zonas urbanas no exime de aislamiento social. Hay hipótesis que afirman que personas que viven en el extrarradio de las ciudades tienen más prevalencia a la soledad y el aislamiento que aquellas que viven en el centro urbano. Por ello, es importante estudiar cada zona y evaluar la incidencia de soledad o aislamiento para enfocar las intervenciones según las necesidades (7).

El factor económico es otro desencadenante de la soledad y se ha demostrado que personas mayores que viven en comunidades de vecinos más desfavorables económicamente tienen mayor riesgo a la soledad que aquellos que viven en zonas con un alto nivel adquisitivo (8).

En personas más jóvenes el aislamiento y sentimiento de soledad está relacionado con un bajo nivel educacional, bajo nivel adquisitivo, deterioro funcional, sexo masculino y el estado civil, siendo los solteros o viudos lo que mayor riesgo de soledad tienen (10).

Es imprescindible estudiar estos factores para que se apliquen políticas correctas y se provea de recursos eficaces a la población en riesgo de aislamiento social (7,9).

4.1.3. Repercusión de la soledad en la salud del individuo.

La soledad es un factor importante en el ámbito de la salud y es la causante del agravamiento o aparición de patologías tanto físicas como psicológicas (11).

La sensación de soledad eleva los niveles de cortisol en el organismo, lo cual hace que aumente la probabilidad de padecer patologías crónicas en el sistema cardiovascular o respiratorio; puede derivar en enfermedades como el cáncer, diabetes y otras relacionadas con la conducta como la ansiedad, depresión o demencia en la etapa de la vejez. También es la causante del riesgo de abuso de drogas o alcohol (9,11,12).

La soledad puede coadyuvar alteraciones en la funcionalidad celular, incrementar las resistencias vasculares provocando hipertensión e ictus. También influye en el deterioro cognitivo, la depresión y acelera la evolución de la enfermedad de Alzheimer. Todas estas afecciones mantienen una relación con el incremento de la actividad simpático-adrenérgica estimulado por el eje hipotálamo – pituitario – adrenal (HPA) (3).

El estrés está vinculado con factores físicos, como son las toxinas, infecciones, enfermedades metabólicas y con factores psicológicos como la depresión o el miedo que puede surgir del sentimiento de soledad. Esto provoca una alteración en el equilibrio homeostático de nuestro cuerpo. La manifestación de distintos estresores conduce al “Síndrome General de Adaptación”, que está caracterizado por cambios en la morfología y funcionalidad de la corteza suprarrenal, del timo, de los órganos linfáticos y del intestino, provocando alteraciones metabólicas (13).

Hoy en día se utiliza el término “Alostasis” para hacer referencia a los mecanismos de adaptación utilizados por el organismo para así mantener su estabilidad ante la presencia de estresores que aparecen en nuestra vida. Los sistemas implicados en esta adaptación son el sistema neuroendocrino, el sistema inmunitario y el sistema nervioso simpático que a su vez están mediados por los glucocorticoides y la adrenalina en las glándulas suprarrenales y

las citoquinas, sustancias proinflamatorias, sintetizadas por el sistema inmunitario. Estos mediadores activados durante un largo periodo de tiempo pueden resultar perjudiciales y pueden provocar patologías crónicas asociadas, como la diabetes, artritis, enfermedades cardiovasculares, cáncer, trastornos inmunitarios, enfermedades respiratorias y problemas en la conducta como trastornos afectivos, ansiedad, estrés, y abuso de sustancias, convirtiendo al individuo en más vulnerable (11,13,14).

El aislamiento social permanente provoca la activación del eje HPA, mencionado anteriormente, es el que aumenta la síntesis de cortisol. Una elevación de este glucocorticoide provoca la liberación de glutamato, que en exceso puede provocar, por acción del estrés oxidativo, neurotoxicidad, en periodos de estrés prolongados. También es el responsable de procesos isquémicos, la epilepsia, traumatismos y una aceleración de la vejez (3,13).

Por otro lado, la soledad y el aislamiento son los causantes de un déficit de la movilidad y de la realización de actividades, lo que puede originar sarcopenia, disminución de la masa muscular y la pérdida de la fuerza. Esto ayuda a que se desencadene un deterioro funcional y aumenta la fragilidad de la persona. La sarcopenia puede desencadenar otros trastornos como resistencia a la insulina, procesos inflamatorios y desajustes endocrinos. Todo ello se debe a que las personas que están solas son más inactivas y tienen dietas de menor calidad (1,15).

En el ámbito de la salud mental, un estudio relaciona mayores estancias en las hospitalizaciones de psiquiatría con la soledad. Hay una relación bilateral entre la soledad y las hospitalizaciones, ya que mayores estancias hospitalarias provocan en el paciente un distanciamiento social y puede perder el sentido de pertenencia en el trabajo o dentro del entorno familiar. De forma inversa, el sentimiento de soledad provoca que la estancia en el hospital se alargue y se intensifique el dolor físico. Los individuos con trastornos mentales graves (TGM) tienen mayores tasas de soledad que el resto de las personas sin esta patología. En estos casos, la soledad es la causa de relaciones sociales desadaptativas y escasas habilidades sociales, por lo que es importante considerar la soledad como un objetivo de intervención (11).

4.1.4. Terapias de apoyo social e intervenciones.

El ámbito de la salud no se debe centrar únicamente en la enfermedad o la discapacidad, sino que es conveniente que se apliquen métodos para mejorar psicológicamente el estado de los pacientes. De esta manera, sería propio aplicar intervenciones para reducir la soledad y el aislamiento social (16).

Es imprescindible tener en cuenta que no existe un único enfoque para abordar la soledad por lo que es necesario proporcionar variedad de intervenciones (10).

Algunas de las intervenciones que se van a desarrollar son: servicio de apoyo entre pares, programas grupales, método de la reminiscencia, el contacto con animales y visitas domiciliarias individuales.

El servicio de apoyo entre pares es un programa reconocido de forma internacional en el que se abordan las relaciones sociales desadaptativas y se exponen las experiencias de soledad vividas. Es importante la cooperación entre los especialistas que manejan este tipo de apoyo y científicos para que investiguen cuanto es de aceptable este método, su eficacia y si es viable. El servicio entre pares se desarrolla con la actuación de los mentores, que son pacientes voluntarios que están o han estado en la misma situación de soledad pero que han adquirido unas capacidades y conocimientos, lo que les permite acompañar y brindar apoyo a otras personas que están pasando por el mismo problema. Se demostró que las visitas constantes y las llamadas promovieron a la realización de actividades físicas mantenidas en el tiempo (9). Con ello, se promovió el compañerismo, el apoyo social y emocional. Además, surgieron nuevas amistades, se creó un vínculo social con otras personas y se promovió unos hábitos de vida saludables (11,16).

Los programas grupales son utilizados para reducir la soledad y el aislamiento social. En estas intervenciones se les ofrece apoyo y se realizan actividades para educarles en habilidades sociales. Para ello, existe un programa de enriquecimiento de la amistad, que consta de doce clases impartidas semanalmente y que promueven habilidades en las relaciones, aumento de la autoestima y conservación de las amistades. La finalidad es suscitar interés por la vida, implicándoles en actividades físicas y culturales, y así promover la interacción social (3,17).

La reminiscencia es otro método que puede resultar útil. De forma grupal y con un ambiente cómodo se exponen temas relacionados con las tradiciones e historias familiares. También

se habla sobre experiencias o recuerdos pasados y se crea un debate. Con ello, facilitamos el diálogo entre los integrantes y se acercan de una forma más íntima (18,19).

El contacto con animales es un proceso con bastante aceptación. Cada persona tiene asignado un perro, según sus preferencias, y se realizan actividades donde se crea un vínculo entre el animal y la persona. Esto permite la expresión de diferentes emociones. Este método tiene la particularidad que puede desarrollarse en el ámbito hospitalario (17,18). Desde el 2017, la Fundación Aladina junto con la asociación "Perros azules" dirige un proyecto en el Hospital Gregorio Marañón (Madrid) con niños oncológicos, donde interaccionan con perros para potenciar habilidades comunicativas, mejorar física y psicológicamente su estado y reducir el estrés en la estancia hospitalaria. De igual forma, esto puede ser aplicado en pacientes que no reciben visitas o tienen sentimientos de soledad (20).

Las visitas domiciliarias individuales se ofrecen a personas que viven solas en su domicilio y que reciben la visita de enfermería domiciliaria. El criterio de inclusión de estas personas en esta intervención es captado por la enfermera que, tras una evaluación y cuantificación de la soledad, consideran que son subsidiarias de este servicio. El objetivo es la potenciación de los sentimientos de valía y una mayor integración social con la presencia de un consejero que acude a su domicilio para prestar ese apoyo. Gracias a este servicio, con el tiempo pudieran optar de forma voluntaria, a asistir a grupos de apoyo y recurrir de forma telefónica con sus consejeros cuando lo precisen (21).

4.1.5. Abordaje de la soledad desde la práctica enfermera.

Como se ha mencionado con anterioridad, la soledad es un factor que debe tenerse en cuenta, ya que repercute en el ámbito de la salud. Por ello, es importante que sea tratada como un objetivo de intervención en la enfermería (11).

Para conseguir este objetivo es necesario forjar relaciones de confianza en el ámbito de la atención sanitaria. Pero las rutinas de trabajo establecidas y las condiciones limitan mucho el abordaje de la soledad. Es imprescindible una flexibilidad en la organización de los profesionales en este ámbito, adecuando los cuidados a las necesidades de cada persona. Los sanitarios deben tener la virtud de liderazgo, en primer lugar, para hacer posibles las relaciones de confianza con los pacientes y, en segundo lugar, para poder verse respaldados por los líderes o supervisores para considerar estos aspectos tan existenciales a nivel de cuidados generales y de soledad. Para abordar la soledad es importante que el

apoyo brindado al paciente esté adaptado al entorno y contexto de la atención (22).

Desde enfermería se puede abordar la soledad aplicando determinadas intervenciones.

Tabla 2. Intervenciones de enfermería.
Riesgo a la soledad: <ul style="list-style-type: none">• Ayudar a la familia en la resolución de conflictos.• Animar al paciente a desarrollar relaciones.• Fomentar el compartir los problemas con otras personas.• Realizar afirmaciones de forma empática o de apoyo.• Disminución de la ansiedad y el estrés animando a familiares o allegados que pasen más tiempo con el paciente facilitando las visitas.• Mantenimiento de los procesos familiares.
Aislamiento social: <ul style="list-style-type: none">• Fomentar la implicación del paciente en nuevos intereses.• Remitir al paciente a programas de habilidades interpersonales.• Explorar los puntos fuertes y débiles de su círculo de relaciones.• Determinar las barreras al uso de los sistemas de apoyo no utilizados o infrautilizados.
Procesos familiares disfuncionales: <ul style="list-style-type: none">• Utilizar la historia clínica del paciente para fomentar el dialogo con la familia.• Establecer una buena comunicación con el paciente desde su ingreso.• Identificar los papeles habituales dentro del sistema familiar.• Apoyo en la toma de decisiones sirviendo de enlace entre el paciente y la familia.• Facilitar el dialogo familiar.
Severidad de la soledad: <ul style="list-style-type: none">• Evaluación del estado de ánimo de forma inicial y con regularización.• Determinar si el paciente supone un riesgo para su seguridad y la de los demás.• Vigilar el estado físico del paciente y autocuidado.• Enseñar al paciente habilidades para tomar decisiones.

Tabla nº2, elaboración propia del autor a partir de taxonomía NANDA – NIC – NOC, 2021 (23).

4.1.6. Medición de la soledad.

Para poder planificar una actividad de intervención en torno a la soledad del paciente es necesario disponer de herramientas que nos permitan medir esa soledad, no solo los vínculos existentes con otras personas (aislamiento), sino también importa la calidad de estas relaciones (soledad) (5). Para ello, existen diversas escalas como la Escala de Soledad de UCLA, la Escala de Jong Gierveld, la Escala EDSOL y la Escala de apoyo social de Lubben.

Tabla 3. Escalas de medición de Soledad y Aislamiento social.

Tipo de escala.	Número de ítems.	Dimensión que aborda.	Aplicación de la escala.
Escala de la Soledad de UCLA (24,25).	Consta de 20 ítems, 10 relacionados con sentimiento de soledad y otros 10 relacionados con la conexión social. La puntuación mínima es de 20. La puntuación máxima, 80 puntos, corresponde al máximo nivel de soledad.	Cuantifica los contactos sociales junto con el nivel de satisfacción y valora el sentimiento de soledad.	Escala aplicada a cualquier perfil de persona.
Escala de Jong Gierveld (26,27).	Está formada por 11 ítems, de los cuales 6 valoran la soledad emocional y los otros 5 valoran la soledad social. Cada ítem tiene 3 opciones de respuesta.	Soledad emocional y social.	Se aplica en personas mayores de 60 años no institucionalizadas. Se determina cantidad de relaciones interpersonales en determinadas situaciones.
Escala de EDSOL (28).	La primera parte consta de 3 preguntas para evaluar el sentimiento de soledad del enfermo. La segunda parte va dirigida al sanitario el cual valorará la existencia de signos relacionados con la soledad y su intensidad. Puntuación máxima 15 puntos.	Escala de detección de la soledad existencial en pacientes al final de la vida.	Cuestionario en el que el enfermo marcará la intensidad del sentimiento de soledad y la satisfacción en la relación con los demás, con un razonamiento. El profesional valorará si demanda o no visitas y si las rechaza, si siente miedo, tristeza, enfado...
Escala de Apoyo social de Lubben – Versión Española (29).	Consta de 12 ítems, de los cuales 6 valoran las relaciones familiares y los otros 6 el apoyo social global. Cada ítems se puntúa de 0 a 5, siendo la puntuación máxima total de 60.	Apoyo social percibido y riesgo de aislamiento.	Sirve para valora el número de contactos que tiene el anciano, la frecuencia y la cercanía de éstos. Cuantifica el apoyo social que recibe esa persona por medio de los familiares, no familiares y el apoyo social global.

Tabla nº3, elaboración propia del autor, 2021.

Existe una influencia directa de la cultura sobre el sentimiento de la soledad. Esto ocurre con la Escala de Jong Gierveld, desarrollada bajo la influencia de una cultura individualista. La cultura española es colectivista y el hecho de vivir solo es sinónimo de abandono y desamparo, mientras que, en la cultura holandesa, la soledad tiene una connotación más positiva y se relaciona con la autonomía personal y el ser más competente. Es necesario tener en cuenta este aspecto a la hora de utilizar las distintas escalas. Dependiendo del país donde se quieran aplicar variará la puntuación dando diferentes resultados. Por lo que, con esta escala en España las puntuaciones de soledad serían más elevadas que en Holanda, bajo el mismo contexto de soledad (27,30).

4.2. Justificación.

La soledad es un sentimiento subjetivo que cada persona puede sentir en cualquier momento de su vida, pero que mantenido en el tiempo tiene un gran impacto en la salud, pasando desapercibido en muchas ocasiones. Por ello, es importante estudiar cómo afecta en las personas y detectarlo con premura para poder intervenir de forma eficiente.

Son pocos los estudios que abordan este tema y parece ser que la investigación en este ámbito no avanza. En la sociedad en la que vivimos cada vez está más presente la soledad, las poblaciones son cada vez más envejecidas, la forma de vida tan ajetreada y el uso de las tecnologías, que deberían de ser parte de la solución para conectar a las personas, a veces se convierten en una barrera que las distancia.

En el ámbito de la salud, la soledad y el aislamiento social no se valoran con tanta frecuencia en los enfermos como sí se hace con el dolor, usando escalas para medirlo y aplicando cuidados para combatirlo. La soledad debería ser tratada de igual forma, pero la escasa formación de los profesionales o la dinámica de trabajo hace que sea difícil su detección y pase desapercibida. Tanto la soledad y el aislamiento son los desencadenantes de recidivas en muchas enfermedades y estancias hospitalarias más largas que podrían ser evitadas.

La enfermería es la que mayor tiempo pasa con los pacientes y la que en primer instancia, tiene la oportunidad de detectar los sentimientos de soledad o el aislamiento social en las personas, por lo que sería la primera en dar el toque de alarma y poner todos los recursos en marcha para abordar este tema.

Así pues, tenemos la responsabilidad de seguir investigando y adquirir capacidades dentro de nuestra profesión para tener presente ese factor que tanto dolor causa y así proporcionar un cuidado holístico tan fundamental en nuestra profesión.

Por todo lo anterior, he decidido realizar este estudio observacional debido a la escasa investigación que existen sobre la soledad en la actualidad, la relevancia que tiene esta en el ámbito de la salud y por la implicación de la enfermería con los pacientes para abordar este sentimiento.

5. Objetivos e hipótesis.

5.1. Objetivos.

5.1.1. Objetivo general.

El objetivo principal de este estudio se centra en identificar los signos subjetivos y objetivos de la soledad presentes en pacientes mayores de 65 años pluripatológicos e hiperfrecuentadores de los servicios de salud para evaluar la soledad y el aislamiento social de éstos.

5.1.2. Objetivos específicos.

Los objetivos específicos van encaminados a:

1. Detectar la prevalencia del sentimiento de soledad (soledad subjetiva) en el paciente.
2. Determinar la soledad objetiva del paciente detectada por el personal sanitario.
3. Evaluar la percepción del apoyo social que perciben los pacientes.
4. Describir el apoyo social que el paciente recibe y las personas que se lo brindan.
5. Correlacionar la sensación de la soledad de los pacientes con relaciones interpersonales y el apoyo percibido por él.
6. Asociar la sensación de soledad del paciente con lo percibido del personal sanitario.
7. Relacionar los datos sociométricos (edad, género, patologías, nivel económico, nivel de estudios, estado civil y depresión) con el sentimiento de soledad y el apoyo social percibido por el paciente.
8. Comparar la depresión con la soledad percibida por el personal sanitario.

5.2. Hipótesis.

Como hipótesis principal de este estudio, se puede afirmar que: No es frecuente que el sentimiento de soledad en los pacientes pluripatológicos e hiperfrecuentadores tiene una alta prevalencia.

En cuanto a las posibles hipótesis susceptibles de estudio:

- **Hipótesis nulas (H_0):**

1. No se evidencia relación entre el sentimiento de soledad y el haber recibido apoyo social en pacientes que viven solos mayores de 65 años y que acuden a los servicios de salud.
2. No se evidencia relación entre el sentimiento subjetivo de soledad y la percepción objetiva por parte del profesional de la soledad del paciente.
3. El género no influye en la sensación de soledad
4. No se asocia el género con el apoyo social percibido por el paciente.
5. Las patologías de base no se relacionan con el sentimiento de soledad.
6. Tener patologías basales no influye en al apoyo social percibido.
7. El nivel económico no se asocia al sentimiento de soledad.
8. No influye el nivel económico con el apoyo social.
9. El nivel de estudios no se vincula con el sentimiento de soledad.
10. No se relaciona el nivel de estudios con el apoyo social percibido.
11. El estado civil no se asocia con el sentimiento de soledad.
12. No son vinculantes el estado civil de los pacientes y el apoyo social percibido.
13. No existe relación entre la depresión y el sentimiento de soledad.
14. La depresión y la soledad percibida por el personal sanitario no se asocian.
15. No se produce una influencia entre la depresión y el apoyo social percibido.

- **Hipótesis alternativa (H_a):**

1. Se evidencia menores niveles de soledad en los pacientes que viven solos mayores de 65 años que acuden a los servicios de salud y que han recibido apoyo social.
2. Se demuestra la relación entre el sentimiento de soledad del paciente con la soledad percibida por el profesional sanitario.
3. Existe una relación entre el género masculino y mayores niveles de soledad.
4. Hay una asociación del género con el apoyo social percibido.
5. El hecho de tener patologías de base se asocia con la soledad.

6. Existe una influencia de las patologías con el apoyo social percibido por el paciente.
7. Se demuestra una relación entre el nivel económico bajo con el sentimiento de soledad.
8. Influye de forma negativa el nivel económico con el apoyo social percibido.
9. El nivel de estudios se vincula con el sentimiento de soledad.
10. Existe una asociación entre el nivel de estudios con el apoyo social percibido.
11. Se evidencian mayores niveles de soledad en pacientes solteros, viudos y separados.
12. El estado civil y el apoyo social percibido son vinculantes.
13. Se relaciona mayores niveles de soledad en personas con depresión.
14. Existe una relación entre la depresión y la soledad percibida por el personal sanitario.
15. Sí influye la depresión del paciente con el apoyo social percibido.

6. Metodología.

6.1. Diseño del estudio.

Este proyecto de investigación se encuadra en un estudio observacional de tipo cuantitativo y de carácter transversal descriptivo.

Es observacional porque con él se pretende conocer el impacto que tiene la soledad en la salud de las personas y en la calidad de vida de éstas. Es de tipo cuantitativo, ya que para determinar dicho impacto son necesarias diferentes escalas. De carácter transversal por que estudia la prevalencia de un problema de salud como es la soledad en una población determinada (mayores de 65 años) relacionándolo con su conducta y otros problemas de salud.

El tema de este trabajo ha sido elegido debido a los escasos estudios de investigación que existen en la actualidad sobre la soledad, a la importancia que tiene ésta en el ámbito de la salud, lo necesario que es su valoración y su posterior abordaje.

La duración de este estudio es de un año y cinco meses y, para ello, será necesario la autorización pertinente por los Comités de Ética. También, se analizarán los datos que han sido extraídos de dicho estudio y posteriormente se publicará como un artículo de investigación.

6.2. Sujetos de estudio.

El estudio se desarrollará en el ámbito de los servicios de salud, en hospitales, consultas de especialización, áreas de hospitalización y en centros de atención primaria.

La población que se va a estudiar deberá reunir los siguientes criterios: la población diana es aquella a la que se le va a inferir los resultados. En el caso de este estudio, hace referencia a personas mayores de 65 años que viven solos o están aislados socialmente. La población accesible, es aquella que acude a los centros donde se lleva a cabo la investigación y reúne los criterios de la población diana. Engloba a aquellas personas mayores de 65 años que acuden al centro de salud u hospital. Y, por último, la población elegible debe ser representativa sin sesgar los datos del estudio. Es aquella que se va a estudiar, la que cumple con unos criterios determinados de inclusión para la investigación y a la que se le van a aplicar determinadas conclusiones. Finalmente serán aquellas personas

con los requisitos anteriores que cumplan con los criterios de inclusión para realizar las encuestas o escalas.

Criterios de inclusión:

- Mujeres y hombres que acudan a cualquier servicio de los servicios de salud anteriormente indicados.
- Jubilados y amas de casa.
- Aquellos que vivan en un domicilio unipersonal que no tengan otra persona que los acompañe, familiar o contratada.
- Los que acepten participar en el estudio y realizar la encuesta.
- Que hayan entendido y firmado el consentimiento informado para la realización del estudio.
- Que no vivan en domicilio colectivo.

Criterios de exclusión:

- Menores de 65 años.
- Pacientes con un alto deterioro cognitivo.
- Pacientes con un deterioro físico considerable.
- Pacientes que no quieran participar.
- Pacientes que convivan con otras personas en su domicilio.

La muestra o población que se va a estudiar representará el tamaño de 350 personas mayores de 65 años. El nivel de confianza será del 95% con una pérdida esperada del 10%.

6.3. Variables.

Tabla 4: Variables del estudio.			
Variable	Tipo	Recogida	Medida
Edad	Cuantitativa continua.	Cuestionario	Años
Sexo	Cualitativa dicotómica nominal transformada en dicotómica ordinal.	Cuestionario	Femenino (0) Masculino (1)
Estado civil	Cualitativa ordinal.	Cuestionario	Viudo, soltero o separado (0) Casado o conviviente con pareja estable o de hecho (1)
Nivel de estudios	Cualitativa ordinal.	Cuestionario	Ninguno (0) Bajo (1) Medio (2) Alto (3)
Nivel económico	Cualitativa ordinal.	Cuestionario	Bajo (0) Medio (1) Alto (2)
Convive solo	Cualitativa dicotómica nominal.	Cuestionario	Si/No
Patologías de base	Cualitativa dicotómica nominal.	Hª Clínica	Si/No
Días de estancia hospitalaria en el año anterior al estudio.	Cuantitativa discreta.	Hª Clínica	Nº de días
Depresión clínicamente diagnosticada.	Cualitativa dicotómica nominal transformada en dicotómica ordinal.	Hª Clínica	No depresión (0) Sí depresión (1)
Soledad	Cualitativa ordinal.	Escala UCLA y EDSOL.	Nada (0) Poco (1) Mucho (2)
Apoyo social percibido	Cualitativa ordinal.	Escala de Lubben.	Nada (0) Poco (1) Mucho (2)

Tabla nº 4, elaboración propia del autor, 2021.

A continuación, se va a desarrollar cada variable, teniendo en cuenta los aspectos anteriores mencionados en la tabla.

Las variables sociodemográficas son las siguientes: edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, nivel económico y si convive solo. Estas variables se recogen en la encuesta que se realiza al paciente y describen las características de la población que se va a estudiar.

Con ellas se va a interpretar el comportamiento de cada persona y se llegará a una conclusión.

En cuanto al nivel económico, se va a tener en cuenta la suma de las pensiones públicas y los planes de pensiones. Se determina un nivel económico bajo a personas que reciben pensiones de menos de 600 €/mes brutos. El nivel económico medio engloba a todos los jubilados que perciben pensiones entre 600 a 1500 €/mes. Todas las personas que reciban pensiones superiores a 1500 €/mes pertenecen al nivel económico alto.

Por medio de la Historia Clínica de los pacientes, tanto de hospitales como de los centros de salud, extraeremos las variables de patologías de base, días de estancia hospitalaria y la depresión. Estas variables describen de forma más personal a los pacientes y sus características son más específicas. Los «días de estancia hospitalaria» se considera una variable cuantitativa discreta, ya que en el momento que el paciente come en el hospital se cuenta dicho día, independientemente de que se le dé el alta posteriormente a la comida. La variable «depresión» será tomada en cuenta por medio de la historia clínica de un diagnóstico anterior al motivo de la consulta, debido a que no sería factible pasar tantos cuestionarios al paciente y sería un motivo de abandono del estudio.

Las variables de «Soledad» y «Apoyo social» serán medidas a partir de escalas ya validadas. La soledad será medida por medio de la Escala UCLA o ESDSOL y el Apoyo social con la Escala de Lubben. Ambas variables serán estudiadas por medio de la comparación de ambas escalas.

6.4. Procedimiento de recogida de datos.

El estudio se desarrollará en los centros de atención primaria y hospitales de la Comunidad de Madrid. Para que el paciente que acuda a dichos centros acepte la participación a dicho estudio de investigación, previamente deberá haber sido correctamente informado de la finalidad de éste por medio de una hoja informativa (Anexo I) y haber resuelto todas sus dudas. Por último, firmará el consentimiento informado (Anexo II).

El procedimiento de recogida de datos sociodemográficos se obtendrá por medio de una entrevista, donde se le realizarán las preguntas pertinentes relacionadas con estos datos al paciente y el profesional sanitario será el encargado de rellenar dicho cuestionario (Anexo III).

La obtención de datos sobre posibles patologías y diagnóstico de depresión serán recabados desde la historia clínica de cada centro. Para ello, es imprescindible contar con la aprobación de dicho centro, por lo que será necesario presentar una carta de solicitud para acceder a la historia clínica de cada paciente (Anexo IV). De igual forma, se presentará una carta al Comité de Ética para que autorice el tratamiento de éstos con fines de investigación (Anexo V).

Los datos relacionados con la soledad y el aislamiento social serán recogidos por medio de dos escalas, que serán explicadas al paciente antes de proporcionárselas. Se le proporcionará ayuda si el paciente la solicitara para su cumplimentación.

Se utilizará la Escala de Detección de Soledad Existencial (EDSOL) para medir la soledad. Esta escala consta de dos partes, la primera parte está formada por 3 preguntas con dos apartados en cada una. El paciente en cada pregunta seleccionará en el primer apartado el nivel con el que se siente identificado según su percepción de soledad y en el segundo apartado hará un breve razonamiento de por qué ha elegido ese nivel. Los niveles van puntuados del 1 al 5 y al final se sumará la puntuación de cada pregunta. La puntuación máxima es de 15 representando a la máxima soledad. El segundo apartado va destinado al profesional sanitario y nos va a proporcionar información adicional para determinar el grado de soledad del paciente (28).

Tabla 5. Escala de Detección de Soledad Existencial (EDSOL) - Parte 1.

Para el paciente.					
Fecha de administración:			Evaluador:		
Hora de administración:			Código/Número:		
1-a. ¿Últimamente se ha sentido solo?					
Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Muchas Veces	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-b. ¿Por qué?					
2-a. ¿En qué medida se ha sentido solo?					
Nada	Un poco	Ni mucho Ni poco	Bastante	Mucho	Muchísimo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2-b. ¿Por qué?					
3-a. En general, ¿disfruta de la compañía, contacto o relación con los demás?					
Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-b. ¿Por qué?					

Tabla nº5, elaboración propia del autor a partir de la Escala EDSOL, 2021 (28).

Tabla 6. Escala de detección de la Soledad (EDSOL) - Parte 2.

Para el profesional.										
Fecha de administración:			Evaluador:							
Hora de administración:			Código/Número:							
4-a. ¿Con que frecuencia el enfermo se encuentra acompañado?										
Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre	Siempre					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
4-b. Las personas que acompañan al enfermo son:										
Siempre la misma persona:										
Pareja	Hijo	Hija	Hermano/a	Nieto/a	Otra					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Personas diferentes: <input type="checkbox"/> Pocas <input type="checkbox"/> Muchas										
Pareja	Hijo	Hermano/a	Nieto/a	Otro familiar	Otra					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Signos externos de soledad:										
a. ¿Consideras que el enfermo presenta signos externos de soledad? P.ej.: comportamientos, verbalizaciones, etc. Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>										
En caso afirmativo, señala cual: _____										

b. El enfermo solicita expresamente no recibir visitas. <input type="checkbox"/>										
c. Hay visitas que incomodan o generan malestar emocional al enfermo. <input type="checkbox"/>										
d. El enfermo utiliza el móvil u otros dispositivos electrónicos para pasar tiempo y/o comunicarse con los demás. <input type="checkbox"/>										
e. El enfermo demanda compañía y/o atención (p.ej.: quejas constantes). <input type="checkbox"/>										
f. Valora la intensidad global de Soledad en el enfermo en una escala de 0 – 10:										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Criterios provisionales de corrección – EDSOL: SOLEDAD = ÍTEM 1 + ÍTEM 2 + ÍTEM 3										
Observaciones:										
<ul style="list-style-type: none"> • Puntuación máxima: 15 puntos. • Los ítems 1b, 2b, y 3b no se suman, pero complementan la información sobre la soledad del enfermo, la posible causa de esta y la necesidad o no de derivación a especialistas. El ítem 4 nos da información adicional por parte del profesional sanitario. 										

Tabla nº6, elaboración propia del autor a partir de la Escala EDSOL, 2021 (28).

La Escala de Apoyo Social de Lubben Revisada será una herramienta necesaria para medir el apoyo social percibido por el paciente y determinar el riesgo de aislamiento. Consta de doce preguntas, las seis primeras están relacionadas con el ámbito familiar y las otras seis con otras personas de su círculo social que no son familiares (29).

Tabla 7. Escala de Apoyo Social de Lubben Revisada (Versión española) - Parte 1.					
A continuación, piense en los <u>miembros de su familia</u> y en la relación que mantiene habitualmente con ellos:					
1. ¿Con cuántos de sus familiares se reúne o tiene noticias de ellos al menos una vez al mes?					
Ninguno	Uno	Dos	Tres/Cuatro	De cinco a ocho	Nueve o más
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Del familiar con el que tiene más contacto, ¿con qué frecuencia se ve o tiene noticias de él?					
Menos de una vez por mes	Mensualmente	Algunas veces al mes	Semanalmente	Varias veces por semana	Diariamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Con cuántos de sus familiares se siente lo suficientemente cómodo como para hablar sobre sus asuntos personales?					
Ninguno	Uno	Dos	Tres/Cuatro	De cinco a ocho	Nueve o más
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿A cuántos de sus familiares siente lo suficientemente cercanos como para llamarlos cuando necesita ayuda?					
Ninguno	Uno	Dos	Tres/Cuatro	De cinco a ocho	Nueve o más
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Cuando uno de sus familiares tiene que tomar una decisión importante, ¿con qué frecuencia se lo comenta a usted?					
Siempre	Con mucha frecuencia	Con frecuencia	A veces	Rara vez	Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Con qué frecuencia alguno de sus familiares está disponible para hablar cuando usted tiene que tomar una decisión importante?					
Siempre	Con mucha frecuencia	Con frecuencia	A veces	Rara vez	Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tabla nº 7, elaboración propia del autor a partir de la escala LSNS-R, 2021 (29).

Tabla 8. Escala de Apoyo Social de Lubben Revisada (Versión española) - Parte 2.

Ahora piense en las personas cercanas e importantes para usted pero que no son miembros de su familia (amigos, vecinos, etc.) y en la relación que mantiene con ellos:

7. ¿Con cuántos amigos se reúne o tiene noticias de ellos al menos una vez al mes?

Ninguno	Uno	Dos	Tres/Cuatro	De cinco a ocho	Nueve o más
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. ¿Con qué frecuencia se ve o tiene noticias del amigo con el que tiene más contacto?

Menos de una vez por mes	Mensualmente	Algunas veces al mes	Semanalmente	Varias veces por semana	Diariamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. ¿Con cuántos amigos se siente lo suficientemente cómodo como para hablar sobre sus asuntos personales?

Ninguno	Uno	Dos	Tres/Cuatro	De cinco a ocho	Nueve o más
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. ¿A cuántos amigos siente lo suficientemente cercanos como para llamarlos cuando necesita ayuda?

Ninguno	Uno	Dos	Tres/Cuatro	De cinco a ocho	Nueve o más
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Cuando uno de sus amigos tiene que tomar una decisión importante, ¿con qué frecuencia se lo comenta a usted?

Siempre	Con mucha frecuencia	Con frecuencia	A veces	Rara vez	Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. ¿Con qué frecuencia alguno de sus amigos está disponible para hablar cuando usted tiene que tomar una decisión importante?

Siempre	Con mucha frecuencia	Con frecuencia	A veces	Rara vez	Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tabla nº8, elaboración propia del autor a partir de la escala LSNS-R, 2021 (29).

6.5. Fases del estudio y cronograma.

El estudio se realiza entre el año 2020 y 2022.

- **Fase 1: Desarrollo del proyecto de investigación.**

En el mes de octubre (mes 1º) y noviembre (mes 2º) de 2020 se realiza una búsqueda bibliográfica relacionada con el tema a tratar. Tras la recopilación de varios artículos de interés, en diciembre (mes 3º) de 2020 se comienza la estructuración de los contenidos, la elección de la metodología que se aplicaría y el posterior desarrollo de ésta en los meses de enero (mes 4º) a febrero (mes 5º) de 2021.

- **Fase 2: Investigación.**

Desde los meses de marzo de 2021 (mes 6º) a diciembre de 2021 (mes 15º) se realizarán las encuestas a los pacientes que acudan a los servicios de salud y que cumplan con los criterios de inclusión del estudio. Estas encuestas serán proporcionadas a los pacientes por medio de profesionales de enfermería en su jornada laboral junto con el consentimiento informado.

- **Fase 3: Conclusión del estudio.**

Tras la recopilación de los datos obtenidos en las encuestas, durante el mes de enero de 2022 (mes 16º) a febrero de 2022 (mes 17º) se realiza un análisis estadístico con el programa SSPS-IBM, tras la obtención de un resultado conclusivo se procederá a su publicación en dicho mes.

Tabla 9. Cronograma del proceso de estudio.

Mes	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º	13º	14º	15º	16º	17º
Fase 1																	
Fase 2																	
Fase 3																	

Tabla nº9, elaboración propia del autor, 2021.

6.6. Análisis de datos.

En este estudio descriptivo se realizará un análisis estadístico de datos por medio del programa SPSS-IBM. Se elaborará una base de datos en Excel con las variables y datos obtenidos del estudio. Posteriormente, será utilizada para efectuar los análisis estadísticos.

Para el análisis de todas las variables se realizará un estudio descriptivo, integrando los datos de ambas escalas junto con los datos sociométricos. Recogiendo los estadísticos básicos de cada uno de los ítems del estudio.

Seguidamente, se realizará un estudio de correlación entre las distintas variables y las escalas de EDSOL y Lubben. Será necesario la asociación de valores numéricos a los distintos ítems de la Escala de Lubben para medir el “apoyo social percibido”. Se darán valores del 0 a 6 a las respuestas del paciente en cada pregunta.

Los distintos estudios de correlación se realizarán entre:

- La dimensión de la soledad (Escala EDSOL completa) con el apoyo social percibido por el paciente (Escala de Lubben).
- La soledad percibida por el paciente (EDSOL- Parte 1) con el apoyo social percibido por el mismo (Escala de Lubben).
- La soledad percibida del paciente, soledad subjetiva, (EDSOL – Parte 1), con la soledad percibida por el personal sanitario, soledad objetiva (EDSOL – Parte 2).
- El género con el sentimiento de soledad del paciente (Escala EDSOL).
- El género con el apoyo social percibido (Escala Lubben). Esta correlación es importante ya que en otros estudios se llega a la conclusión de que las mujeres que viven solas presentan niveles más bajos de aislamiento social.
- Las patologías de base con el sentimiento de soledad (Escala de EDSOL).
- Las patologías de base con el apoyo social percibido (Escala de Lubben).
- El nivel económico con el sentimiento de soledad (Escala EDSOL).
- El nivel económico con el apoyo social percibido (Escala Lubben).
- El nivel de estudios con el sentimiento de soledad (Escala EDSOL).
- El nivel de estudios con el apoyo social percibido (Escala Lubben).
- El estado civil con el sentimiento de soledad (Escala de EDSOL).
- El estado civil con el apoyo social percibido (Escala Lubben).
- La depresión con la soledad subjetiva, soledad percibida del paciente (Escala

EDSOL – Parte 1).

- La depresión con la soledad objetiva, soledad percibida por el personal sanitario (Escala EDSOL – Parte 2).
- La depresión con el apoyo social percibido (Escala de Lubben).

Para realizar el estudio de correlaciones será necesario la recodificación de variables cualitativas a cuantitativas. Posteriormente, dichas variables se analizan con la prueba de coeficiente r de Pearson mediante el programa SPSS o por medio de funciones estadísticas con EXCEL. Con ello, se averigua la correlación entre ambas escalas y si se aprueban o rechazan las hipótesis según los resultados obtenidos.

7. Aspectos éticos.

De forma prioritaria será necesario la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética de los servicios de salud, a través de una carta formal dirigida a éste, para que pueda desarrollarse la investigación cumpliendo de forma ética con las normas legales.

Se respetará el principio de autonomía y la dignidad de las personas que participarán en el estudio, ya que lo harán siempre de forma voluntaria, sin coacción alguna y pudiendo revocar su participación cuando ellos lo deseen. Para que este principio se proteja de forma correcta es necesario aplicar la **Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación sanitaria**. Así, el paciente tendrá el derecho a ser informado por medio de un consentimiento y tomará una decisión previa a su participación de forma voluntaria y libre. Este consentimiento informado se ha elaborado de tal forma que quedan reflejados los puntos de estudio y el procedimiento que se va a llevar a cabo.

La confidencialidad es un derecho que tienen todos los participantes del estudio, por ello se debe garantizar la privacidad y protección de datos de todos los pacientes. Se tendrá en cuenta el **REGLAMENTO UE 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de éstos**. Esta norma se ve complementada en España por **Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales**. Por ello, no se podrá acceder a los datos de las personas en la historia clínica sin la previa aprobación por parte del servicio de salud. Las personas que formen parte del estudio serán las únicas que de forma exclusiva tengan acceso a los datos.

8. Limitaciones del estudio.

Una de las principales limitaciones de este estudio es que sólo es aplicable a población que hace un uso de los servicios de salud y son mayores de 65 años, por lo que se excluye a los pacientes que no acuden a los centros de salud u hospitales y que sí pueden estar en riesgo de soledad o aislamiento social. De igual forma, se excluyen a los pacientes menores de 65 años que, aunque en menor medida, también pueden tener este riesgo social.

Debido al método de recogida de datos por medio de escalas y cuestionario, las personas con limitaciones cognitivas, que son personas con alta probabilidad de riesgo de soledad y aislamiento, quedarían fuera del estudio debido a que no tendrían las capacidades necesarias para comprender dichas escalas y el consentimiento informado, por lo que requieren de un tutor que en ocasiones puede no estar presente. Por lo que, esta población, que sería susceptible de estudio, queda excluida.

9. Bibliografía.

- (1) Gale CR, Westbury L, Cooper C. Social isolation and loneliness as risk factors for the progression of frailty: the English Longitudinal Study of Ageing. *Age Ageing* 2018 - 5;47(3):392-397.
- (2) Tragantzopoulou P, Giannouli V. Social isolation and loneliness in old age: Exploring their role in mental and physical health. *Psychiatriki* 2021 -03-08.
- (3) Yanguas J, Pinazo-Henandis S, Tarazona-Santabalbina FJ. The complexity of loneliness. *Acta Biomed* 2018;89(2):302-314.
- (4) Hsu LR, Hailey BJ, Range LM. Cultural and emotional components of loneliness and depression. *J Psychol* 1987 -01;121(1):61-70.
- (5) Gené-Badía J, Ruiz-Sánchez M, Obiols-Masó N, Oliveras Puig L, Lagarda Jiménez E. Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria? *Aten Primaria* 2016 -11;48(9):604-609.
- (6) Gené-Badía J, Comice P, Belchín A, Erdozain MÁ, Cáliz L, Torres S, et al. Perfiles de soledad y aislamiento social en población urbana. *Atención Primaria* 2020 April 1,;52(4):224-232.
- (7) Menec VH, Newall NE, Mackenzie CS, Shooshtari S, Nowicki S. Examining individual and geographic factors associated with social isolation and loneliness using Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA) data. *PLoS One* 2019;14(2):e0211143.
- (8) Velarde-Mayol C, Gil MSF, Cecilia, José Manuel García de. Validación de la escala de soledad de UCLA y perfil social en la población anciana que vive sola. *Semergen: revista española de medicina de familia* 2016(3):177-183.
- (9) Courtin E, Knapp M. Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health & Social Care in the Community* 2017;25(3):799-812.
- (10) Franssen T, Stijnen M, Hamers F, Schneider F. Age differences in demographic, social and health-related factors associated with loneliness across the adult life span (19-65 years): a cross-sectional study in the Netherlands. *BMC Public Health* 2020 -08-06;20(1):1118.

- (11) Fortuna KL, Brusilovskiy E, Snethen G, Brooks JM, Townley G, Salzer MS. Loneliness and its association with physical health conditions and psychiatric hospitalizations in people with serious mental illness. *Soc Work Ment Health* 2020;18(5):571-585.
- (12) Petite T, Mallow J, Barnes E, Petrone A, Barr T, Theeke L. A Systematic Review of Loneliness and Common Chronic Physical Conditions in Adults. *Open Psychol J* 2015;8(Suppl 2):113-132.
- (13) F. De Nicola A. Mecanismos neuroendocrinos de respuesta durante el estrés y la carga alostática. *Ciencia e Investigación*. 2015;65(1):12.
- (14) Luo Y, Hawkley LC, Waite LJ, Cacioppo JT. Loneliness, health, and mortality in old age: a national longitudinal study. *Soc Sci Med* 2012 -03;74(6):907-914.
- (15) Santos-Orlandi AAD, Brigola AG, Ottaviani AC, Luchesi BM, Souza ÉN, Moura FGd, et al. Elderly caregivers of the elderly: frailty, loneliness and depressive symptoms. *Rev Bras Enferm* 2019 -11;72(suppl 2):88-96.
- (16) Geffen LN, Kelly G, Morris JN, Howard EP. Peer-to-peer support model to improve quality of life among highly vulnerable, low-income older adults in Cape Town, South Africa. *BMC Geriatr* 2019 -10-22;19(1):279.
- (17) Gardiner C, Geldenhuys G, Gott M. Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. *Health & Social Care in the Community* 2018;26(2):147-157.
- (18) O'Rourke HM, Collins L, Sidani S. Interventions to address social connectedness and loneliness for older adults: a scoping review. *BMC Geriatr* 2018 -09-15;18(1):214.
- (19) Syed Elias SM, Neville C, Scott T. The effectiveness of group reminiscence therapy for loneliness, anxiety and depression in older adults in long-term care: a systematic review. *Geriatr Nurs* 2015 Sep-Oct;36(5):372-380.
- (20) Terapia con perros en hospitales. Available at: <https://aladina.org/terapia-perros-hospitales/>. Accessed Mar 1, 2021.
- (21) Dickens AP, Richards SH, Greaves CJ, Campbell JL. Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. *BMC Public Health* 2011 -08-15;11:647.

- (22) Sundström M, Blomqvist K, Edberg A, Rämngård M. The context of care matters: Older people's existential loneliness from the perspective of healthcare professionals-A multiple case study. *Int J Older People Nurs* 2019 -09;14(3):e12234.
- (23) T. Heather Herdman, PhD, RN, FNI, Shingemi Kamitsuru, PhD, RN, FNI. *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. . : Elsevier; 2017.*
- (24) Vázquez Morejón AJ, Jiménez García-Bóveda R. RULS: Escala de Soledad UCLA Revisada. Fiabilidad y validez de una versión española; The revised UCLA Loneliness Scale (RULS); The revised UCLA Loneliness Scale (RULS). *Revista de Psicología de la Salud / Journal of Health Psychology*. 1994, 6(1): 45-54 1994.
- (25) Wongpakaran N, Wongpakaran T, Pinyopornpanish M, Simcharoen S, Suradom C, Varnado P, et al. Development and validation of a 6-item Revised UCLA Loneliness Scale (RULS-6) using Rasch analysis. *Br J Health Psychol* 2020 -05;25(2):233-256.
- (26) De Jong Gierveld J, Van Tilburg T. The De Jong Gierveld short scales for emotional and social loneliness: tested on data from 7 countries in the UN generations and gender surveys. *Eur J Ageing* 2010 -4-9;7(2):121-130.
- (27) Buz J, Prieto G. Análisis de la Escala de Soledad de De Jong Gierveld mediante el modelo de Rasch. *Universitas Psychologica* 2013 August 8,;12.
- (28) Siritto SV, Méndez JM, Ortega DM, Martí MB, Julvé CS, Martínez-Romans J, et al. Desarrollo de la escala "EDSOL" para la detección de la soledad existencial en enfermos al final de la vida. *Psicooncología* 2018;15(1):89-101.
- (29) Menéndez Álvarez - Dardet, Susana, Pérez Padilla J. *La Escala de Apoyo Social de Lubben Revisada (LSNS-R) para personas mayores, 2019.*
- (30) Foti SA, Khambaty T, Birnbaum-Weitzman O, Arguelles W, Penedo F, Giacinto RAE, et al. Loneliness, cardiovascular disease, and diabetes prevalence in the Hispanic Community Health Study/Study of Latinos Sociocultural Ancillary Study. *J Immigr Minor Health* 2019 -4-08.

10. Anexos.

10.1. Anexo I. – Hoja informativa del consentimiento informado.

Responsable e investigadora: Paloma Vicente Sandonís, alumna de 4º de Enfermería.

Título del proyecto: Estudio observacional sobre la vivencia de la soledad en los pacientes.

Centro: EUEF – San Juan de Dios.

Correo electrónico: 201610261@alu.comillas.edu

Este documento recoge la información necesaria para que usted decida de forma libre y con autonomía su participación en el presente estudio. En todo momento garantizando la protección de sus datos con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, y respetando su autonomía bajo la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación sanitaria.

El objetivo de este estudio de investigación es reunir una serie de datos de cada participante para observar la percepción de soledad y sus vivencias, relacionándolo con una serie de datos de carácter clínico y sociodemográfico. Se le proporcionará unas escalas con una serie de preguntas relacionadas con la soledad y el apoyo social percibido. Asimismo, se le hará una breve entrevista con datos personales.

La finalidad de este estudio es determinar el impacto de la soledad en la salud de las personas y usarlo como herramienta para proporcionar a aquellos que lo necesiten apoyo social. Con este estudio se quiere concienciar tanto a los profesionales de la salud como a pacientes que la soledad y el aislamiento social deben ser abordados por el bienestar físico y psíquico de las personas. Por lo que, con este estudio usted está proporcionando ayuda para la investigación, la mejoría de la atención sanitaria y el aumento de recursos en ésta.

Los cuestionarios serán proporcionados por todo aquel profesional de la salud que quiera colaborar con el estudio. Éste ha sido informado previamente de las características del estudio y su finalidad.

Usted debe saber que su participación es voluntaria y que tiene el derecho a revocar este consentimiento informado cuando lo desee. Cualquier duda que le surgiera debe ser resuelta por el profesional que le está atendiendo antes de la firma de este documento.

10.2. Anexo II. – Consentimiento Informado.

Responsable e investigadora: Paloma Vicente Sandonís, alumna de 4º de Enfermería.

Título del proyecto: Estudio observacional sobre la vivencia de la soledad en los pacientes.

Centro: EUEF – San Juan de Dios.

Correo electrónico: 201610261@alu.comillas.edu

D./Dña. _____

Con DNI _____

He leído y comprendido la hoja de información con relación al presente estudio y de su propósito. Todas mis preguntas han sido resueltas de forma satisfactoria por el profesional sanitario responsable del servicio. Entiendo que mi participación es voluntaria y que tengo la posibilidad de revocar este documento cuando lo estime necesario.

Con este documento doy mi consentimiento para participar en dicho estudio de investigación y acepto la utilización de mis datos para el desarrollo de este.

En Madrid, a _____ de _____ del 20____.

Firma participante.

Firma investigador.

10.3. Anexo III. – Ficha de recogida de datos sociodemográficos.

Tabla 10. Entrevista: ficha de recogida de datos sociodemográficos.

- ¿Qué edad tiene?
- Sexo: F / M
- Estado civil:

Soltero/a	Casado/a	Pareja de hecho	Divorciado/a Separado/a	Viudo/a
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Nivel de estudios:

Ninguno	Bajo	Medio	Alto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Nivel económico:

Bajo	Medio	Alto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- ¿Convive usted solo/a?: SI / NO
- ¿Tiene algún empleado o profesional interno que le ayude en casa (Servicios internos) ? : SI / NO

Tabla nº 10, ficha de elaboración propia del autor, 2021.

10.4. Anexo IV. – Carta de solicitud de acceso a la historia clínica.

Responsable e investigadora: Paloma Vicente Sardonís, alumna de 4º de Enfermería.

Título del proyecto: Estudio observacional sobre la vivencia de la soledad en los pacientes.

Centro: EUEF – San Juan de Dios.

Correo electrónico: 201610261@alu.comillas.edu

Con la presente carta solicito al centro _____, la autorización al acceso de datos clínicos y personales en la historia clínica de aquellos pacientes que den su consentimiento previo para la elaboración de una base de datos y el posterior análisis con fines de investigación.

Me comprometo al tratamiento de estos datos únicamente con fines de investigación, protegiendo la intimidad de los participantes en todo momento y cumpliendo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

A través de esta solicitud se deja constancia de la autorización del Comité Institucional de Evaluación (CIE) para acceder a datos personales.

En Madrid, a _____ de _____ del 20____.

Firma del investigador principal:

Firma del Jefe de Servicio:

10.5. Anexo V. – Carta dirigida al Comité de Ética

Responsable e investigadora: Paloma Vicente Sardonís, alumna de 4º de Enfermería.

Título del proyecto: Estudio observacional sobre la vivencia de la soledad en los pacientes.

Centro: EUEF – San Juan de Dios.

Correo electrónico: 201610261@alu.comillas.edu

Con la presente carta solicito al Comité de Ética la autorización para el acceso de datos personales, por medio de la historia clínica de los centros sanitarios correspondientes, de aquellos pacientes que previamente hayan dado su consentimiento por escrito para la participación en este estudio observacional.

Me comprometo a respetar el principio de autonomía de cada participante, la confidencialidad de los datos personales y al tratamiento de estos para fines exclusivamente de investigación, cumpliendo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

A través de esta solicitud se deja constancia de la autorización del Comité de Ética para el acceso y tratamiento de los datos con fines de investigación.

En Madrid, a _____ de _____ del 20____.

Firma del investigador principal:

Firma del Jefe de Servicio:

