

Percepción de soledad en personas mayores: estudio cualitativo

¹ Álvaro Jesús Giménez Ledo
¹ Andrea Calvo Ascarza

¹ Enfermero/a especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Dirección de contacto: alvarogimled@gmail.com
Institut Català de la Salut (ICS). SAP Baix Llobregat Centre.
Barcelona

Cómo citar este artículo:

Giménez Ledo AJ, Calvo Ascarza A. Percepción de soledad en personas mayores: estudio cualitativo. *RIdEC* 2020; 13(1):80-90.

Fecha de recepción: 22 de diciembre de 2019. Aceptada su publicación: 6 de mayo de 2020.

Resumen

Objetivo: conocer la vivencia de soledad desde la perspectiva de las personas mayores de 65 años que viven solas.

Metodología: se trata de un diseño cualitativo de tipo fenomenológico. Se plantearon dos metodologías, una primera fase individual desde la consulta de enfermería donde se recogió la información mediante entrevistas semiestructuradas; y una segunda fase que se realizó a través de tres grupos focales que participan en un grupo de intervención comunitaria. El muestreo se llevó a cabo por conveniencia en personas que reunían los criterios de inclusión y exclusión. El análisis de datos consistió en representar todos los datos relevantes y determinar categorías apropiadas procediendo a la codificación de manera manual.

Resultados: los resultados se estratificaron en categorías como son el afrontamiento de la soledad, aspectos psicológicos, red familiar, red social y otras. Se identificaron fortalezas y debilidades destacando la baja autoestima por el proceso, el aislamiento social y deterioro del autocuidado. Por otra parte, se reflejó la percepción de los profesionales y el impacto de una intervención comunitaria observándose la satisfacción personal de participar al compartir experiencias y sentirse comprendidas en un contexto similar al que están viviendo.

Conclusión: en el contexto de la soledad se ha descrito una necesidad de apoyo que no encuentran en su entorno. De este modo, las enfermeras comunitarias ejercen un papel fundamental para fortalecer la salud mental y física de las personas que padecen soledad, favoreciendo la autonomía personal y las relaciones sociales mediante la promoción de intervenciones por y para la comunidad.

Palabras clave: soledad; aislamiento social; envejecimiento; enfermería en salud comunitaria.

Abstract

Perception of loneliness in the elderly: a qualitative study

Purpose: to understand the experience of loneliness from the perspective of people over 65 living alone.

Methods: a study using a phenomenological qualitative design. Two methodologies were proposed: a first phase at an individual level in the nursing office, where details were collected through semi-structured interviews; and a second phase by means of three focus groups participating in a community intervention group. A convenience sampling was used in people meeting all inclusion and exclusion criteria. Data analysis involved representing all relevant data and determining appropriate categories by manual coding.

Results: results were stratified into categories, such as coping with loneliness, psychological aspects, family network, social network and others. Strengths and weaknesses were identified, with low self-esteem due to the process, social isolation, and self-care impairment being the most significant ones. Besides, the perception of the professionals and the impact of a community intervention were reflected, and the personal satisfaction derived from participating in sharing experiences and feeling understood in a context similar to that in which they are living was observed.

Conclusion: in the context of loneliness, a need for support that they do not find in their environment has been reported. Thus, community nurses play a key role in strengthening the mental and physical health of people suffering from loneliness by fostering personal autonomy and social relationships through the promotion of interventions by and for the community.

Key words: loneliness; social isolation; ageing; community health nursing.

Introducción

Según la literatura, el concepto de soledad viene definido como el sentimiento negativo que ocurre cuando las necesidades sociales de una persona no corresponden en calidad o cantidad con las relaciones sociales reales (1).

Este concepto ha ido evolucionando y se ha diferenciado en función del enfoque, ya que puede ser cuantitativo, relacionado con la cantidad de relaciones sociales que tiene la persona (soledad social); o cualitativo, que hace referencia a la satisfacción de la persona con las relaciones sociales existentes (soledad). Las personas pueden estar viudas y solitarias sin tener percepción de soledad, o tener muchas relaciones sociales y sentirse solas (2-4).

Según las diferentes definiciones aportadas, y en un intento por conjugar todos los aspectos relevantes de la soledad, los autores del presente artículo la definen como la percepción personal generalmente de insatisfacción según las relaciones sociales que mantiene. Aunque la soledad percibida se puede dar en todos los grupos de edad, el estudio irá enfocado a personas mayores puesto que son el colectivo más prevalente y de mayor riesgo de morbimortalidad (5).

Contexto de soledad del macro al micro contexto

Teniendo en cuenta todos los grupos de edad, en España hay 4,5 millones de personas que viven solas; esto supone un 10% de la población total. Sin embargo, este porcentaje se incrementa cuando se habla de personas de 65 años o más, ocupando el 41,8% (1.960.900 personas) de acuerdo con los datos de la Encuesta continua de hogares de 2017 (6).

En el contexto de Cataluña, según el Institut d'estadística de Catalunya, el porcentaje de personas que viven solas aumenta a un 52,4% de la población (318.300 personas) (7).

Este tipo de hogares se denominan "hogares unipersonales" y se forman en la mayoría de los casos a consecuencia de un estado de viudez. El porcentaje de mujeres duplica al de varones (29% frente a 14%) (6).

Impacto de la soledad en la salud de las personas mayores

Se ha identificado que las personas mayores que viven solas se encuentran en una situación de vulnerabilidad para la salud. Relacionando la vulnerabilidad con la soledad, se encuentra el concepto de "fragilidad en el anciano" de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y entre los indicadores de fragilidad se encuentra "vivir solo" (8), es decir, existe una relación significativa entre la vivencia de soledad y una situación de mayor complejidad (8-10).

La soledad genera sentimientos de angustia, depresión y desapego debido a un vacío en la vida social y/o emocional, conllevando resultados negativos en la salud mental con mayor deterioro cognitivo (11) y tasas más altas de depresión y ansiedad (5,12-14). Por otra parte, tiene un impacto sobre los estilos de vida aumentando significativamente la malnutrición y un hábito sedentario (15-17).

El contacto social se ha relacionado con un mayor nivel de salud y una mayor longevidad, generando un mayor soporte emocional, apego y autoestima (18). El deterioro de las relaciones sociales y el aislamiento social en las personas mayores es más pronunciado, siendo más frecuente padecer un peor estado de salud o mayor discapacidad, lo que contribuye a la pérdida de las relaciones íntimas y un papel menos activo en la sociedad (19).

El papel de los profesionales de la salud

A partir del análisis expuesto se ha identificado la necesidad de abordar el problema de la soledad en la práctica de los profesionales. La OMS entre sus estrategias del abordaje de las personas mayores, propone la importancia del envejecimiento activo; aprovechar al máximo las oportunidades para tener un bienestar físico, psíquico y social durante toda la vida. Además de continuar siendo activo físicamente, mantienen la importancia de permanecer social y mentalmente participando en actividades recreativas, de carácter voluntario o remunerado, tanto familiares como comunitarias (6,20).

Las intervenciones comunitarias enfocadas al contexto de soledad que mejor efectividad han tenido son las realizadas de manera grupal con carácter educativo o de soporte en actividades de la vida diaria (5). Estas intervenciones generan una mejora de la percepción personal de la salud mental y síntomas depresivos (21,22).

El objetivo del presente estudio es describir la vivencia de soledad en las personas mayores de 65 años que viven solas desde el entorno de la Atención Primaria. Como objetivos específicos se pretende: identificar las redes de apoyo de las personas

que viven solas, explorar la visión por parte de la persona que vive sola hacia los profesionales de la salud en Atención Primaria, identificar las necesidades y demandas no cubiertas de las personas que viven solas, y describir la vivencia de la intervención comunitaria grupal en la percepción personal de soledad.

Metodología

Diseño

Se trata de un diseño cualitativo de tipo fenomenológico (23) que permite obtener información de cierta profundidad para identificar de forma precisa las percepciones, sentimientos, inquietudes, temores y necesidades que las personas mayores de 65 años experimentan en situación de soledad.

Población y muestra

El muestreo fue de conveniencia y se efectuó por derivación de las enfermeras del equipo que atendían a las personas durante las consultas de Atención Primaria, reuniendo los criterios de inclusión y exclusión concretados por los investigadores. Los investigadores en el estudio fueron profesionales que formaban parte del equipo de Atención Primaria con la categoría de residente de enfermería durante su periodo de formación como especialistas de enfermería familiar y comunitaria.

Criterios de selección

En cuanto a los criterios de inclusión se encuentran las personas mayores de 65 años con vivencia de soledad de más de un año; la muestra fue escogida en relación al marco teórico como es el género (dos mujeres por cada varón) y que sean residentes en Cataluña. Por criterios de exclusión están el deterioro cognitivo moderado o grave, paciente de atención a domicilio, dependencia moderada o grave en las actividades básicas de la vida diaria y al paciente con enfermedad avanzada crónica definido según el Plan de Salud 2011-2015 como MACA (paciente con pronóstico de vida limitado, que precisa otras necesidades, atención paliativa o planificación de decisiones avanzadas).

Dado que el estudio muestra el impacto que puede tener una intervención comunitaria en personas con situación de soledad, se decidió descartar todos aquellos pacientes que no podrían participar en futuras intervenciones comunitarias (ya sea por su condición de atención a domicilio, deterioro cognitivo o grado de dependencia).

Procedimiento

Para la consecución del estudio se plantearon dos metodologías. Una primera fase exploratoria individual en la consulta de enfermería en la cual se realizaron por parte de los propios investigadores veinte entrevistas semiestructuradas a personas mayores de 65 que vivían solas procedentes al Área Básica de Salud de Gavarra (Cornellá de Llobregat), para las cuales se desarrolló un guion con preguntas abiertas estructurado por categorías (Anexo 1), que fueron la autoestima personal, red familiar, la red social y la percepción de los profesionales de la salud. Las entrevistas tuvieron una duración de 20 a 30 minutos.

La segunda fase se realizó a través de tres grupos focales de seis sujetos que participaron de manera activa en un grupo de intervención comunitaria de personas mayores con vivencia de soledad, coordinado por un enfermero de salud mental que no formó parte del equipo de investigación. Las personas participantes cumplían los criterios de inclusión detallados más adelante. Se obtuvo la información a través de entrevistas semiestructuradas que recogieron los aspectos relevantes en relación a la autoestima personal de vivir solas y la percepción de la intervención comunitaria grupal.

Dichas entrevistas fueron grabadas y posteriormente transcritas y analizadas. Por ello, se aportó a cada paciente un documento de información detallado en relación a la implicación del uso de grabadora en este estudio. Además, se entregó un consentimiento informado que de manera explícita recogió la aprobación del paciente en el empleo de grabadora durante la entrevista. Ambas fases, tanto la individual como la grupal a través de las entrevistas, permitieron obtener una saturación de la información por lo que la muestra era pertinente.

Análisis de la información

Se realizó el análisis de contenido latente, que consiste en representar en el contexto a estudio todos los datos relevantes y determinar categorías apropiadas procediendo a la codificación de los datos de manera manual a través de fichas, que

son un tipo de unidades analíticas. El periodo de análisis permitió identificar cuáles son los datos que deben ser considerados relevantes, dejando de lado lo que se entiende como información residual, o sea aquellos datos que no están acordes al tema de la investigación.

Consideraciones éticas

Se aseguró la confidencialidad de los datos y anonimato a través del consentimiento informado, según el actual Reglamento General de Protección de Datos 2016/679, tanto en la fase de ejecución como en las presentaciones o publicaciones que de él se deriven. El proyecto fue aprobado por el CEIC (Comité Ético de Investigación Clínica) del Instituto de Investigación en Atención Primaria (IDIAP) Jordi Gol, e incorpora sus recomendaciones y sugerencias.

En cuanto a la financiación del proyecto, la realización no supondrá ningún coste dado que se cuenta con el permiso del centro para poder hacer uso del espacio; las entrevistas se realizarán dentro de la jornada laboral del investigador y los dispositivos empleados serán aportados por los propios investigadores.

Por último, se especifica la ausencia de conflicto de intereses para la realización del proyecto de investigación.

Resultados

En total participaron 38 personas, siendo un 80% mujeres y un 20% hombres. La edad media de las personas participantes fue de 78 años. En la primera fase del estudio, es decir, personas que vivían solas pertenecientes al Centro de Atención Primaria de Gavarra (Cornellá de Llobregat, Barcelona) se entrevistó a 20 personas de forma individual. En la segunda fase se entrevistó a tres grupos focales con un total de 18 personas divididas en dichos grupos de individuos con vivencia de soledad, que participaban en un grupo de intervención comunitaria también del barrio de Cornellá de Llobregat.

El análisis de contenido permitió la categorización y subcategorización de la información obtenida a partir de las entrevistas y grupos focales (Tabla 1).

Tabla 1. Categorías y subcategorías de las entrevistas realizadas a las personas en estado de soledad			
Categorías temáticas	Subcategorías	Códigos	Subcódigos
Afrontamiento de la soledad	Aspectos negativos		
	Aspectos positivos	Libertad	
Aspectos psicológicos/emocionales	Miedo	La noche y la soledad	
	Resiliencia		
	Aislamiento personal		
	Autoestima		
	Cuidado personal		
	Ocio y tiempo libre		
Red familiar	Dinámicas familiares	Roles	"Sentirse una carga"
		Comunicación	
	Apoyo familiar	Implicación insuficiente	
		Otras figuras de apoyo	
Red social	Afrontamiento ante la pérdida de relaciones sociales		
Profesionales de la salud	Recursos comunitarios Grupo de intervención		

Afrontamiento de la soledad

Hace referencia a los recursos personales del sujeto para convivir en el proceso de soledad.

- Aspectos negativos: muchas veces la persona puede verse sin capacidades para poder enfrentar la vivencia de soledad y por ello surgirán nuevas necesidades derivadas de esta situación:

"Esto no lo sabe nadie más que las que pasamos por ello".

"Lo único que llevo mal en casa es la soledad. La soledad, el estar solo. El no tener con quien hablar".

"Por la tarde cuando me siento en el sofá tengo que salir corriendo porque la echo a faltar".

- Aspectos positivos: otras personas salen reforzadas de la nueva situación de soledad debido a una relación disfuncional con la persona conviviente en el hogar.

"No está bien que te lo diga. Pues yo ahora desde que vivo sola, vivo mejor que en mi vida".

En muchas sociedades, incluida la española, existen roles por los cuales las mujeres han estado a cargo del cuidado de sus maridos no solamente en el proceso final de vida; esto ha evocado una situación de compromiso por el cual las mujeres han vinculado su tiempo a las actividades que su cónyuge ha querido realizar y que puede generar un sentimiento de represión del tiempo libre que, al estar en una situación de soledad, se manifieste con recuperar el tiempo no invertido en ellas mismas.

"Cierro la puerta por las noches, llego a la hora que quiero, me apunto a todas las actividades que me apetece como manualidades, gimnasia, hago ovillos, estoy aprendiendo con el ordenador, salgo a caminar".

"Mi marido nunca quiso salir a ningún sitio, entonces yo no podía salir a ningún sitio".

Aspectos psicológicos/emocionales

- Miedo: hace referencia a la capacidad de hacer frente a una situación desconocida, dolorosa y que genera incertidumbre, tanto por el estado de discapacidad que conlleva como por las consecuencias que el mismo puede tener en la vida diaria de quien lo padece:

"(La noche es) Cuando más se siente, porque no sabes lo que te puede pasar, a quien puedes acudir. Si te caes, te caes. No hay quien te ayude, todas estas cosas...".

"Y si me pasa algo y no puedo llamar... Estoy tramitando la teleasistencia. Tengo miedo porque cuando me dio lo del corazón me veía muerta".

La noche y la soledad: la noche es el momento en el cual se cierra la puerta al día y la persona se encuentra con una misma hasta la mañana siguiente. Esto puede generar inseguridad a no saber dar respuesta a una posible necesidad y es también un momento de tener pensamientos recurrentes al estado de soledad.

"Cuando no están los vecinos pongo una escalera detrás de la puerta porque me da mucho miedo. Y la noche que estoy muy mala la cierro de golpe".

"La noche es más mala que el día, sobre todo cuando te encuentras mal. Soy asmática y a veces me paso las noches enteras en el sofá porque no puedo estar en la cama".

- Resiliencia: definida como la capacidad que tiene una persona de recuperarse frente a la adversidad para seguir proyectando el futuro. La situación de soledad es más habitualmente padecida que deseada. Por ello, la vejez y las pérdidas de personas queridas no son vividas como una negación, sino que pasan a ser experiencias que obligan a ser aceptadas como una parte más de la vida.

"Yo desde el primer día dije: tengo que vivir sola".

"Pues concienciándome, haciéndome a la idea de decir: tengo que vivir esto. Mi vida sigue".

- Aislamiento personal: el deterioro de la comunicación, el no tener a alguien con quien hablar puede conllevar una experiencia negativa que evoca a la privación sensorial. El aislamiento supone la incapacidad de un individuo para manifestar sus sentimientos.

"No he tenido ganas de ir a ningún sitio, he preferido quedarme en casa".

"Mis hijas me dicen que tengo que hacer vida social y salir más, pero a mí no me dan ganas de salir, estoy más a gusto en casa".

- **Autoestima:** la soledad, sobre todo cuando se alarga en el tiempo, suele generar en las personas un progresivo estado de aislamiento y abandono de las necesidades personales, lo que desencadena una pérdida de autoestima. Esta baja autoestima manifestada en sentimientos como depresión, soledad o ansiedad repercute tanto en su estado personal como en las relaciones familiares y sociales.

"Yo no, antes era muy presumida y ahora no me miro ni al espejo".

- **Cuidado personal y/o salud:** el estado de soledad afecta de manera significativa en la percepción de salud. El proceso de adaptación a la nueva rutina puede disminuir la necesidad de autocuidado y desencadenar nuevos problemas de salud.

"Hombre, cuando estamos dos o tres para comer preparas más comida. Pero como estoy sola me digo: voy a hacerme un bocadillo y ya está".

"Ahora me iré a casa, me tomaré una cerveza o dos, me pondré la tele; si tengo hambre como y si no, no como. Esa es la vida mía. Me acuesto y si amanezco al otro día, pues lo mismo".

- **Ocio y tiempo libre:** la soledad, la tristeza por la pérdida y la gestión ineficaz de las emociones genera en las personas que cambien sus actividades lúdicas por quedarse en casa y no relacionarse.

"Yo estaba siempre en una entidad de la asociación de extremeños. Pero desde que cayó Manolo ya no voy".

"Se me hacen las tardes muy largas, me aburro".

"Me he vuelto muy vaga, no me apetece nunca hacer nada".

Red familiar

- **Dinámicas familiares (relaciones):** hace referencia a los procesos de relación entre los miembros que integran la unidad familiar y que tienen un vínculo de parentesco o cercanía con la persona en estado de soledad.

"El mayor de mis hijos me decía que me fuera con él aunque fueran unos meses, pero le dije que yo me quedaba en mi casa. Y suelo estar en casa, salgo a comprar, me hago la comida y tengo a una señora que viene a domicilio a limpiar cada semana".

- **Roles:** el envejecimiento y la incorporación de nuevos integrantes en la familia (generalmente nietos) supone una reorganización de los modelos familiares en los que en muchas ocasiones se delegan actividades de cuidado a las abuelas.

"Cada 15 días viene mi nieto y está el fin de semana conmigo. Y luego otro nieto que tengo porque ya son mayores vienen un día a comer".

"Tengo la hija cerca y es quien me arregla la ropa, me hace la comida o viene a comer conmigo".

"Yo, como todas las madres, quiero lo mejor para la nieta, pues les preparaba la comida, los caldos y todo. Porque a los jóvenes de ahora no les gusta la casa".

"Sentirse una carga": esta reestructuración de los roles puede provocar un sentimiento de "carga" de la familiar que se ha quedado sola como si fuera un compromiso o un esfuerzo añadido en las actividades de la vida diaria de las cuidadoras familiares (hijas, nueras...). Para dar respuesta a esta situación la persona que está sola renuncia a relacionarse.

"A ellos les gustaría que fuera más, sobre todo a mi hija. Pero yo no quiero cansar, a ver si me entiendes, no quiero agobiarlos. Voy cuando me parece".

"Yo me he acostumbrado porque no me queda otra. Yo soy muy miedosa, me callo y así no hago sufrir a mi hija".

- **Comunicación:** se puede ver afectada cuando un familiar se encuentra en estado de soledad y suscita a que alguno de los familiares se dedique a atenderla de manera más cercana.

"Me llaman cada día por la mañana y por la noche. No me dejan sola un momento".

- **Apoyo familiar:** "vivimos (mi hija y yo) a menos de cien metros. Todos los días voy a desayunar con ella y tomar café. Muchos días me dice de comer con ella. Ella se encarga de lavarme la ropa".

- Implicación insuficiente: en algunas ocasiones por una relación disfuncional o por simple desinterés los familiares no atienden las posibles necesidades que puedan surgir derivadas de la soledad o se limitan a cubrir las demandas puntuales que puedan solicitar.

"Tengo un hermano mío que vive al lado, ellos tienen su vida y solo vienen y me ayudan si necesito algo porque estoy sola. Y ya está".

"Yo a mi hijo lo tengo a un paso y no me ha llamado nunca por teléfono, he tenido que ir yo a buscarlo por lo que sea. Es como que estoy esperando algo que no llega, ¿entiendes? Y yo reconozco que su vida es su vida y yo no me puedo meter, porque no quiero".

- Otras figuras de apoyo: las personas que están solas generalmente prefieren no acoger a nadie en su hogar a no ser que sea un familiar. Sin embargo, la incorporación de mascotas en la unidad familiar ha permitido que la persona asuma nuevas responsabilidades y roles que generen una nueva rutina e inclusive poder comunicarse y sentirse acompañadas.

"(La mascota) lleva conmigo 15 años. Me da mucha compañía. Abro la puerta de casa y la tengo ahí".

"Te obliga un poco a salir de casa, a dar los paseos. Por la mañana, por la tarde y por la noche también".

Red social

La familia como principal unidad de la sociedad en la que se integra la persona en estado de soledad genera una serie de relaciones y vínculos que le permite tejer una red de apoyo que va a resultar fundamental en situaciones de desequilibrio, como puede ser el mismo proceso de soledad. Sin embargo, dicha red no siempre responde como se espera por situaciones de distancia, comunicación ineficaz o barreras que dificultan su acción. La persona que afronta la situación de soledad decide en muchas ocasiones abandonar sus relaciones, aunque puede verse muy reforzada cuando las mantiene:

"Me encuentro cómoda. Salimos cada día a caminar y si no te encuentras a una, te encuentras a otra y te paras a hablar: cómo estás con esto o aquello...".

Por otra parte, las amistades que se generan a partir de ahora, y las únicas redes sociales que mantienen, son las que presentan una situación semejante a la que padecen las personas en estado de soledad, es decir, se relacionan con personas que también han vivido o tienen una situación de estar solas:

"Me queda solamente una amiga de los que éramos antes, el marido también murió el año pasado, poco tiempo después de que muriera el mío, murió el suyo. No hay una noche que nos acostemos sin llamarnos para decirnos cómo estamos".

- Afrontamiento ante la pérdida de las relaciones sociales: el fallecimiento de los amigos es una situación que genera tristeza y alimenta el sentimiento de soledad.

"El problema es que todos los amigos que teníamos se han ido muriendo, y por cada una que fallece también duele".

"Los amigos o han muerto todos o están en una residencia."

Percepción de los profesionales de la salud

Una atención integral, integrada e integradora por parte de las enfermeras que genere confianza y seguridad en la persona durante el transcurso de este estado de soledad, es fundamental para conseguir mayor satisfacción y seguridad con los cuidados prestados:

"La enfermera me escribió una carta cuando se fue mi marido y todavía la tengo guardada. A veces me da por cogerla y leerla".

"Con la enfermera muy bien, porque venía a ver a mi marido cuando estaba en casa y tengo mucha relación. Con la médica menos porque me ha tocado menos, pero si tengo algún problema me lo soluciona enseguida, muy bien, estoy contenta".

- **Recursos comunitarios para el afrontamiento de la soledad:** las enfermeras identifican, coordinan y articulan los diferentes recursos existentes en el ámbito de los cuidados, especialmente en el manejo de la soledad:

"Cuando he faltado dos días a una actividad todas preguntan por mí".

"Hago una actividad de piscina y una de andar [...] También estoy apuntada en el Casal y ahora hacemos baile de línea. Y en febrero haremos ejercicios de memoria".

"Yo hago taichí porque pertenezco a la Asociación de fibromialgia de Cornellá".

- **Grupo de intervención:** una herramienta eficaz y eficiente para el manejo de necesidades manifestadas en la comunidad y que promueve la salud de la misma es a través de las intervenciones grupales; donde los protagonistas comparten experiencias y se sienten comprendidos en un contexto similar al que están viviendo. Estas intervenciones generan un impacto positivo en la salud física y psicológica de las personas en situación de soledad porque permite que se relacionen y tengan una motivación para salir de casa. Durante la intervención en el grupo focal, los participantes encontraron un espacio de expresión de necesidades y manifestación de fortalezas a las mismas:

"Yo vengo con ilusión, me pongo el teléfono en silencio para que no me llamen porque el rato que estoy aquí quiero disfrutarlo".

"Dos vecinas del barrio que jamás nos hemos dicho ni hola y ahora estamos siempre sentadas al lado las unas de las otras".

"Yo desde el sábado hasta ahora (miércoles) que no había salido".

Discusión

El perfil de las personas en estado de soledad según la bibliografía coincide con la muestra extraída en este trabajo (2,5,6,11,24-27). En su mayoría son mujeres, siendo la viudedad la principal causa que ha generado esta vivencia de soledad.

Por lo que se refiere a los problemas que presentan las personas mayores que manifiestan a la hora de vivir en soledad, se percibe inseguridad por el desconocimiento a envejecer, miedo por lo desconocido, un descenso progresivo de la autoestima, ansiedad, agotamiento físico y sobre todo mental, además de una fuerte demanda de necesidad de apoyo. El estado de ánimo deprimido, el vacío social y emocional son sentimientos compartidos entre las personas entrevistadas que manifestaron además tener una percepción de aislamiento social y un afrontamiento de la soledad generalmente negativo (5,11). Esto genera, coincidiendo con la bibliografía (12-17), que exista una peor percepción de la calidad y cantidad del sueño, que sean más sedentarias en relación a la actividad física o que tengan peores hábitos higiénico-dietéticos.

En cuanto a la red familiar y social se evidencia la importancia de acompañamiento en el cuidado como participación activa en el ámbito hospitalario o en el domicilio para fortalecer la salud física, mental, emocional, social y espiritual de las personas mayores, aunque la percepción del aislamiento social ha sido manifestado como uno de los problemas más prevalentes provocando deterioro de las relaciones sociales o familiares, además de que perjudica de manera significativa en el envejecimiento activo de las personas mayores (2,19,25,26). La implicación insuficiente de los familiares o los cambios en los roles ha generado la importancia de incorporar nuevos protagonistas en el manejo de la soledad, como mascotas u otras personas que se encuentran también solas, a través de actividades o talleres. Estas intervenciones han tenido un impacto positivo sobre el sedentarismo o en la gestión emocional.

Las actividades de promoción de la salud y las intervenciones comunitarias son un recurso útil y con un impacto positivo en el proceso de soledad porque permiten que se generen vínculos y relaciones entre las diferentes protagonistas de la comunidad que comparten un proceso de soledad (5). Las personas entrevistadas han manifestado satisfacción y mejora de síntomas depresivos por la participación de estos talleres. Por otra parte, la percepción individual de personas entrevistadas que están en un proceso de soledad fue de no conocer las intervenciones que los equipos de Atención Primaria pueden ofrecer. Se ha identificado a las enfermeras como figura de gran apoyo en el proceso de soledad, aunque se ha manifestado la importancia de crear nuevas estrategias en la difusión de las intervenciones para mayor participación comunitaria.

Además de la mejora en el estado anímico, han identificado como un aspecto positivo la posibilidad de relacionarse con otras personas que están viviendo una situación similar y así han podido concebir nuevas redes de apoyo. Esta soledad percibida como un estado de libertad ha generado a su vez que quieran buscar nuevas actividades que hacer juntas y que tengan un papel más activo en la comunidad (18).

Las implicaciones prácticas del presente estudio son que permitirá reflexionar sobre las necesidades percibidas por las personas que padecen soledad, y así generar nuevas líneas de actuación que permitan actuar sobre la misma; la incorporación del diagnóstico de salud del barrio, de la red social y familiar en el plan de cuidados son elementos clave en la planificación del plan de cuidados.

Una de las limitaciones en el estudio ha sido la ausencia de vínculo del paciente con el investigador, que ha generado una falta de confianza por la cual algunas personas han preferido no firmar el consentimiento informado.

Conclusiones

La percepción de soledad es un sentimiento negativo aunque también puede tener una perspectiva positiva y de empoderamiento en la salud de la persona. Existen consecuencias significativas en la salud mental, física, familiar y social derivadas de la soledad que ponen en alto riesgo de sufrir depresión y aislamiento social en las personas que están solas. Por otra parte, se ha identificado a la red social y familiar como elemento clave para el proceso de soledad. Por ello, fortalecer y movilizar los recursos comunitarios ha resultado ser fundamental para facilitar el manejo del proceso de soledad a través de la prescripción social. Los talleres de personas en estado de soledad ofrecen una gran ayuda para la recuperación de la autoestima y el afrontamiento del proceso de soledad, además de favorecer la autonomía personal y las relaciones sociales. Es importante establecer nuevas líneas de promoción de intervenciones comunitarias por y para la comunidad.

Bibliografía

- [1] Perlman LA. Perspectives on lone-liness. En: Peplau LA, Perlman D (eds.). *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*. New York: Wiley; 1982. p. 1-8.
- [2] Hawkey LC, Capitanio JP. Perceived social isolation, evolutionary fitness and health outcomes: a lifespan approach. *Philos Trans R Soc B Biol Sci* [internet]. 2015 [citado 8 may 2020]; 370(1669):20140114. Disponible en: <https://royalsocietypublishing.org/doi/10.1098/rstb.2014.0114>
- [3] Ong AD, Uchino BN, Wethington E. Loneliness and health in older adults: a mini-review and synthesis. *Gerontology* 2016; 62(4):443-9. Doi: <http://dx.doi.org/10.1159/000441651>
- [4] Leigh-Hunt N, Bagguley D, Bash K. An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*. 2017; (152):157-71. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2017.07.035>
- [5] Coll-Planas L, del Valle Gómez G, Bonilla P, Masat T, Puig T, Monteserin R. Promoting social capital to alleviate loneliness and improve health among older people in Spain. *Heal Soc Care Community*. 2017; 25(1):145-57. Doi: <http://dx.doi.org/10.1111/hsc.12284>
- [6] Vidal Domínguez MJ, Labeaga Azcona JM, Casado Durandez P, Madrigal Muñoz A, López Doblas J, Montero Navarro A, et al. Informe 2017: las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas [internet]. Madrid: Ministerio Sanidad, Servicios Sociales e Igual; 2017. [citado 8 may 2020]. Disponible en: https://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/112017001_informe-2016-persona.pdf
- [7] Institut d'Estadística de Catalunya, IDESCAT. Población de 20 años y más que vive sola por sexo y grupos de edad [internet]. IDESCAT 2018 [citado 8 may 2020]. Disponible en: <https://www.idescat.cat/indicadors/?id=anual&tn=10793&tema=llars&lang=es>
- [8] Puig Llobet M, Lluch Canut MT, Rodríguez Ávila N. Valoración de enfermería: detección de la soledad y del aislamiento social en los ancianos de riesgo. *Gerokomos* [internet]. 2009 Mar [citado 8 may 2020]; 20(1):9-14. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000100002&lng=es
- [9] Álvarez González R, Cullell Pares M, De Frutos Gallego E, Fabretat Casamitjana M, Ramírez Llaras A. 1. Envejecimiento y soledad. *Enferm Global*. 2009; 8(3). Doi: <https://doi.org/10.6018/eglobal.8.3.75251>
- [10] Rodríguez Martín M. La soledad en el anciano. *Gerokomos* [internet]. 2009 Dic [citado 8 may 2020]; 20(4):159-66. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000400003&lng=es
- [11] Masi CM, Chen HY, Hawkey LC, Cacioppo JT. A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personal Soc Psychol Rev* [internet]. 2011 [citado 8 may 2020]; 15(3). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3865701/>
- [12] López Doblas J, Díaz Conde M del P. Viudedad, soledad y salud en la vejez. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2018. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2017.09.005>
- [13] Burholt V ST. Poor health and loneliness in later life: The role of depressive symptoms, social resources, and rural environments. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2014; (69):311-24. Doi: <http://doi.org/10.1093/geronb/gbt121>
- [14] Warner D, Kelley-Moore J. The social context of disablement among older adults: Does marital quality matter for loneliness? *J Heal Soc Behav*. 2012; (53):50-66. Doi: <https://doi.org/10.1177/0022146512439540>
- [15] Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science* 2015; (10):227-37. Doi: <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>
- [16] Kido Y. The issue of nutrition in an aging society. *J Nutr Sci Vitaminol*. 2015; (61):176-7. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.10.007>

- [17] Ramic E, Pranjić O, Batić-Mujanović E, Karić E, Alibasić A. The effect of loneliness on malnutrition in elderly population. *Med Arh.* [internet] 2011 [citado 8 may 2020]; (65):92-5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21585182>
- [18] Shor E, Roelfs DJ. Social contact frequency and all-cause mortality: A meta-analysis and meta-regression. *Soc Sci Med.* 2015; (128):76-86. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.01.010>
- [19] Chen Y, Hicks A, While A. Loneliness and social support of older people in China: a systematic literature review. *Heal Soc Care Community.* 2013; 22(2):113-23. Doi: <http://doi.org/10.1111/hsc.12051>
- [20] OMS. Envejecimiento activo: un marco político. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* [internet] 2002 [citado 8 may 2020]; 37(S2):74-105. Disponible en: https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf
- [21] Ilgaz A, Gözümlü S. Health promotion interventions for older people living alone: a systematic review. *Perspect Public Health* [internet]. 2019 [citado 8 may 2020]; 139(5):255-63. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1757913918803980>
- [22] Hashi I. Case management promotion of social media for the elderly who live alone. *Prof Case Manag.* 2016; 21(2):82-7. Doi: <http://doi.org/10.1097/NCM.0000000000000138>
- [23] Berenguera A, Fernández de Sanmamed MJ, Pons M, Pujol E, Rodríguez D, Saura S, et al. To listen, to observe and to understand. bringing back narrative into the health sciences. *Contributions of Qualitative Research.* Barcelona Inst Univ d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J Gol), 2017.
- [24] Cohen-Mansfield J, Hazan H, Lerman Y, Shalom V. Correlates and predictors of loneliness in older-adults: a review of quantitative results informed by qualitative insights. *International Psychogeriatrics.* 2016. Doi: <http://doi.org/10.1017/S1041610215001532>
- [25] Hand C, Oteg P, Mccoll MA, Birtwhistle R, Fcyp M, Kotecha Mpa JA, et al. Social isolation in older adults who are frequent users of primary care services [internet] 2014 [citado 8 may 2020]; 60(6):322-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4055344/>
- [26] Cohen-Mansfield J, Hazan H, Lerman Y, Shalom V. Correlates and predictors of loneliness in older-adults: a review of quantitative results informed by qualitative insights. *Int Psychogeriatrics* [internet]. 2016 [citado 8 may 2020]; 28(4):557-76. Disponible en: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S1041610215001532/type/journal_article
- [27] Klinenberg E. Social Isolation, Loneliness, and Living Alone: Identifying the Risks for Public Health. *Am J Public Health.* 2016; 106(5).

Anexo 1

Entrevista estructurada por categorías. Vivencia de soledad en personas mayores de 65 años

CATEGORÍA 1: AUTOESTIMA

1. ¿Cómo te sientes viviendo solo/a?
2. ¿De qué manera ha influido vivir solo/a en tu día a día? (autocuidado, cuidado del domicilio)
3. ¿Cómo ha influido en tu salud estar sola? (problemas de salud derivados de la soledad)

CATEGORÍA 2: RED FAMILIAR

4. Pregunta sobre cronograma familiar (hijos, nietos...)
5. ¿Qué familiares tienes cerca de ti?
6. ¿Cómo es la relación con ellos? (identificar si encuentra en la familia una fortaleza)

CATEGORÍA 3: RED SOCIAL

7. ¿Qué relación tienes con tus amigos?
8. ¿Y con el vecindario?
9. ¿Cómo te hace sentir tus relaciones sociales?

CATEGORÍA 4: PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE SALUD

10. ¿Haces alguna actividad organizada por parte del ayuntamiento u otros organismos?
11. ¿Se hacen actividades en el barrio para personas que están solas?
12. ¿Te gustaría que se hiciera desde el ambulatorio?
13. ¿Cómo es la relación con tu médico/a y enfermero/a?

Entrevista estructurada por categorías. Vivencia de soledad en personas mayores de 65 años que han participado en intervención comunitaria grupal

CATEGORÍA 1: AUTOESTIMA

1. ¿Cómo os habéis sentido cuando afrontasteis la situación de soledad?
2. ¿De qué manera ha influido vivir solo/a en tu día a día? (autocuidado, cuidado del domicilio)
3. ¿Cómo ha influido en tu salud estar solo/a? (problemas de salud derivados de la soledad)

CATEGORÍA 2: INTERVENCIÓN GRUPAL DINAMIZADA POR ENFERMERÍA

4. ¿Cómo conocisteis la existencia de este grupo?
5. ¿Cómo os hace sentir cuando venís al grupo?
6. ¿Qué os aporta acudir a este grupo de intervención?