



El abordaje de trabajo social sanitario ante la soledad no deseada en la gente mayor en el ámbito de atención primaria

Trabajo Final de Máster – MU de Trabajo Social Sanitario



Autora: Escuder Andreu, Sonia

Tutora: Gijón Sánchez, M^a Teresa

Curso: 2017-2018

Agradecimientos

Gracias a todas las personas que han participado en este estudio, por vuestro tiempo y generosidad.

Me gusta pensar que vivo bajo tus alas....

0. Resumen/Abstract

Durante el proceso de envejecimiento aumenta la probabilidad de experimentar situaciones de duelo y pérdida que contribuyen a generar sentimiento de soledad, que si bien es una experiencia universal, es en esta etapa donde implica mayor riesgo para el desarrollo de problemas de salud. En este sentido se lleva a cabo el presente estudio, con la intención de conocer cuál es el abordaje de trabajo social sanitario ante la soledad no deseada en la gente mayor en el ámbito de atención primaria de la salud. Para éllo, se han llevado a cabo diversas entrevistas a siete trabajadoras sociales sanitarias de cuatro centros de atención primaria ubicados en la comarca del Baix Llobregat y el Barcelonés. Los resultados obtenidos, demuestran la importancia de abordar la soledad en la vejez desde una perspectiva interdisciplinaria. No hay una evidencia científica sólida sobre la mejor manera de intervenir ante la soledad no deseada. No obstante, su intervención se debe hacer sobre un enfoque integral, donde el papel del trabajador social sanitario cobra un sentido especial como generador de procesos de cambio, quien promueve y acompaña en ese proceso de cambio con y para la persona mayor mediante la promoción de redes sociales como factor protector de su salud.

Palabras Clave: *soledad no deseada, trabajo social sanitario, personas mayores, aislamiento social, atención primaria, redes sociales, salud.*

During the aging process, there is an increased likelihood of experiencing grief and loss that contribute to a feeling of loneliness, which, although it is a universal experience, is at this stage where it poses the greatest risk for the development of health problems. In this sense, the present study is carried out with the intention of knowing what is the approach of social health work to the unwanted loneliness in the elderly in the primary health care field. For him, several interviews were carried out with seven social health workers from four primary care centers located in the Baix Llobregat and Barcelonés regions. The results obtained demonstrate the importance of addressing loneliness in old age from an interdisciplinary perspective. There is no solid scientific evidence on the best way to intervene in the face of unwanted loneliness. However, its intervention must be done on an integral approach, where the role of the social health worker takes on a special meaning as a generator of change processes, who promotes and accompanies this process of change with and for the elderly through the promotion of social networks as a protective factor of your health

Keywords: *unwanted loneliness, social health work, elderly people, social isolation, primary care, social networks, health.*

Índice de contenido

0. Resumen/Abstract.....	3
1.INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.....	5
2. MARCO TEÓRICO.....	6
2.1. Aproximación al concepto de soledad y aislamiento social.....	6
2.1.1. Tipos de soledad y aislamiento social.....	7
2.2. La influencia de la soledad y aislamiento social en la salud desde el modelo de redes sociales.....	8
2.3. Detección del riesgo para soledad no deseada y/o aislamiento en las personas mayores.	9
2.4. Intervenciones ante la soledad y aislamiento en la gente mayor.....	11
2.5. El Trabajo Social Sanitario en el ámbito de atención primaria con las personas mayores	12
3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	14
4. METODOLOGÍA.....	15
4.1. Diseño de la investigación.....	15
4.2. Población objeto de estudio.....	15
4.3. Selección de la muestra.....	15
4.4. Técnicas e instrumentos utilizados.....	16
4.5. Recogida de datos y procedimientos.....	16
4.6. Consideraciones éticas y legales.....	16
4.7. Limitaciones de la investigación.....	16
5. RESULTADOS.....	17
6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES.....	26
7. LISTADO DE REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	30
8. ANEXOS.....	32
8.1. Anexo 1. Carta de presentación.....	32
8.2. Anexo 2. Modelo de entrevista.....	33

1.INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La presente investigación se ha realizado en el marco de la asignatura de Trabajo Final del Máster Universitario en Trabajo Social Sanitario (MUTSS). Este constituye un estudio exploratorio sobre el abordaje de la soledad no deseada y aislamiento social en la personas mayores desde el trabajador social sanitario del ámbito de atención primaria.

La sociedad actual viene avanzando la evolución de la propia familia como entidad, añadido al aumento de la esperanza de vida, con un crecimiento de la población con edad avanzada. Este grupo poblacional y heterogéneo, con mayor riesgo de morbilidad, es el que utiliza en mayor medida los recursos sanitarios.

Concretamente, desde el contexto de atención primaria, se detecta que la soledad es un factor de riesgo para la salud, y viceversa, que aunque no es ni mucho menos exclusiva de la etapa de la vejez, es en esta donde adquiere mayor relevancia dada la implicación de factores afectivos como situacionales en su origen¹. En este caso, nos venimos refiriendo, concretamente, a la soledad no deseada. La soledad no deseada, tal como están demostrando estudios científicos, afecta a la salud y a la calidad de vida de las personas mayores.

Es durante el proceso de envejecimiento donde aumenta la probabilidad de experimentar situaciones de duelo que pueden facilitar la aparición del sentimiento de soledad y/o aislamiento social. Cuando se trata de una soledad no deseada, la salud de la persona mayor se ve comprometida, por lo que se hace importante su detección, prevención y tratamiento. En este sentido, la trabajadora social sanitaria se constituye como una profesional de valor en el abordaje de esta problemática en el contexto de atención primaria de la salud.

2. MARCO TEÓRICO

Para llevar a cabo el apartado del marco teórico, ha sido necesario enmarcarlo en cinco grandes dimensiones, que se han desarrollado de la siguiente manera: El primer gran bloque se introduce con una aproximación teórica entorno al concepto de soledad y aislamiento social, así como sus tipos. Seguidamente, se propone el modelo de redes sociales para comprender cómo afecta la soledad y aislamiento en la salud de la gente mayor. En el tercer bloque, relativo a la detección del riesgo para soledad no deseada y/o aislamiento en las personas mayores, se identifican las herramientas de medición disponibles, así como los factores de riesgo para el aislamiento social en este colectivo. Para el siguiente y cuarto apartado, se describen las diferentes intervenciones dirigidas a prevenir y/o tratar el sentimiento de soledad y aislamiento en el adulto mayor, para ya centrarnos en última instancia, en la intervención del trabajador social sanitario en el ámbito de atención primaria de la salud y, concretamente, con el paciente mayor.

2.1. Aproximación al concepto de soledad y aislamiento social

Se necesita un enfoque integral para comprender el concepto de la soledad y/o aislamiento. Sin embargo tal y como sugiere Elder y Retrum², hasta el momento no existe una definición unificadora consensuada ni un marco conceptual integrado para comprender dichos fenómenos. No obstante, la literatura disponible ha planteado características distintivas en conceptos relacionados como vivir solo, soledad y aislamiento social. A la hora de definir la soledad según Russell, Peplau y Cutrona³, se concibe como la discrepancia entre las relaciones sociales deseadas y reales de una persona. El aislamiento social, por su lado, se ha definido como un estado objetivo de tener contacto social mínimo con otros individuos.

Por su parte, Peplau y Perlman⁴ destacan tres características comunes a la soledad: ser el resultado de deficiencias en las relaciones interpersonales; ser una experiencia subjetiva que contrasta con la evidencia física del aislamiento social, y ser una experiencia estresante y displacentera. La soledad, añadimos, es una experiencia universal, que si bien no es exclusiva de la edad avanzada, es en esta etapa vital donde, por su propia particularidad, aparece con más frecuencia, constituyéndose un factor de riesgo para el desarrollo de determinadas circunstancias o problemas que afectarían a la salud.

“La soledad es, pues, una realidad de matices. Serán los acontecimientos particulares de cada uno los que dispondrán la necesidad real de ayuda. Beneficio frente a perjuicio. Una u otra posibilidad se orquestan con independencia de la voluntad de la persona. Las condiciones de cada individuo suturan circunstancias que en su conjunto devienen, o no, conflictivas”⁵

Siguiendo en esta línea, la soledad no puede entenderse al margen de las circunstancias que envuelven la realidad de la persona, lo que implica que en cualquier caso, debe ser analizada desde una perspectiva integral, mediante la puesta en práctica del modelo biopsicosocial.

2.1.1. Tipos de soledad y aislamiento social

La soledad puede clasificarse en función de su expresión y/o perspectiva temporal. Como dice Fernández, Muratori y Zubieta⁶ se han establecido dos tipos de soledad que se muestran a continuación⁶:

- Soledad social o aislamiento social: carencia de relaciones de afiliación que, cuando existe, genera un sentimiento de marginalidad, la sensación de no ser aceptado por los otros, aislamiento y aburrimiento, y la falta de pertenencia a un grupo o red social.
- Soledad emocional: ausencia de relaciones de apego, es decir, a relaciones especialmente significativas para la persona, y que proporcionan una base segura.

Por otro lado Young⁷ concibe la soledad como la ausencia real o percibida de relaciones sociales satisfactorias, que pueden acompañarse de manifestaciones de distress psicológico. Identifica tres tipos de soledad en función de la perspectiva temporal, son las siguientes:

- Soledad crónica, dura años y la persona se siente incapaz de establecer relaciones sociales satisfactorias.
- Soledad situacional, vinculada generalmente a situaciones estresantes, como el divorcio o la muerte de la pareja, los padres o los hijos.
- Soledad transitoria, es la más común y se asocia con brotes breves del sentimiento de soledad.

En base a esta última clasificación, se extrae que cuanto más tiempo esté presente la percepción de soledad, mayor es su impacto en la vida de la persona mayor. Esta consideración supone importante en cuanto a su prevención, porque una soledad situacional que no se gestiona de una forma adecuada podría llevar a una soledad crónica con pérdida de autonomía.

2.2. La influencia de la soledad y aislamiento social en la salud desde el modelo de redes sociales

Existen diferentes modelos conceptuales que han sido desarrollados fruto de la evidencia empírica entorno a la asociación de distintos aspectos de las relaciones sociales con el proceso de salud/enfermedad. En este apartado se propone, concretamente, el modelo desarrollado por Berkman y Glaser al estudiar cómo las redes sociales impactan en la salud.

Estos autores aportan un modelo en el que las condiciones estructurales, las redes sociales y los mecanismos psicosociales actúan sobre la salud a través de un proceso causal⁸. De esta forma, las redes sociales ofrecen oportunidades para desarrollar mecanismos psicosociales que integran la (1) provisión de apoyo social; los tipos de apoyo -instrumental y financiera, informativo, de evaluación, y emocional- (2) influencia social; (3) sobre compromiso social y apego; y (4) acceso a recursos y bienes materiales.

Estos mecanismos, a su vez, actúan sobre procesos fisiológicos, psicológicos y conductuales, tales como (1) respuestas fisiológicas directas al estrés, (2) estados y rasgos psicológicos que incluyen autoestima, autoeficacia, seguridad, (3) y comportamientos perjudiciales o beneficiosos para la salud que son los que finalmente afectan a la salud.

Siguiendo en la línea de dichos autores, las redes sociales pueden examinarse en función de la estructura de la red o las características de los vínculos individuales. En relación con la estructura de la red podemos contemplar (1) el número de miembros de la red, (2) la medida en que los miembros están conectados entre sí, (3) el grado en que se definen sobre la base de las estructuras grupales tradicionales, como parientes, trabajo, vecindario; (4) la medida en que los individuos son similares entre sí en una red. En cuanto a las características de los vínculos individuales, éstas incluyen (1) el número de contactos y / o contactos cara a cara por teléfono o correo; (2) la cantidad de tipos de transacciones o soporte que fluyen a través de un conjunto de vínculos; (3) el tiempo que un individuo conoce a otro; (4) la medida en que los intercambios o transacciones son pares o recíprocos).

2.3. Detección del riesgo para soledad no deseada y/o aislamiento en las personas mayores

La Fundación Estadounidense American Association of Retired Persons (AARP) ha elaborado un estudio sobre el aislamiento social en las poblaciones de mayor edad, en la que se establecen los factores de riesgo clave para que esté presente en los adultos mayores, con implicaciones a nivel individual, social y comunitario², para los que encontramos los siguientes:

- Vivir solo
- Movilidad deteriorada (física, funciones sensoriales deficientes)
- Experimentar una transición importante de vida (pérdida de pareja / cónyuge u otros miembros principales de la red, empleo o recursos en general)
- Tener bajos ingresos (limitado recursos)
- Ser cuidador (para alguien con una discapacidad o enfermedad crónica grave)
- Tener vulnerabilidades psicológicas o cognitivas (depresión, baja autoestima, autoeficacia comprometida, adicción)
- Vivir en un lugar rural
- Tener limitaciones de vecindario / comunidad (inaccesible, sin eventos significativos y / o inseguro)
- Tener una red social pequeña y / o apoyo social inadecuado
- Hablar un idioma distinto al inglés
- Pertener a un grupo minoritario (un grupo minoritario étnico y / o racial, el LGBTQ comunidad, o un grupo religioso o de otra minoría cultural)

Es importante tener en cuenta que estos indicadores de riesgo para el aislamiento no son mutuamente excluyentes y que cualquier factor no necesariamente ha de conducir directamente éste². Por lo tanto, será el resultado de una combinación de factores que coexisten de forma simultánea y de forma prolongada en el tiempo los que aumentan las posibilidades de generar una situación de aislamiento.

Otro aspecto importante es que algunos de los factores de riesgo para la soledad, también puede ser consecuencia de ésta. No sólo las personas con limitaciones físicas tienen más probabilidades de experimentar soledad sino que la soledad también predice un aumento en las limitaciones funcionales a lo largo del tiempo⁹. Por lo tanto la soledad está relacionada recíprocamente con las limitaciones físicas. Estos hechos ponen de relieve la necesidad de llevar a cabo investigaciones longitudinales para desentrañar el orden temporal que vincula soledad y sus diversas causas y consecuencias⁹.

Por lo que hace a los instrumentos para medir la soledad en adultos mayores, identificamos la Escala de red social de Lubben (LSNS) con tres versiones que no se han encontrado adaptadas al español. Miden el riesgo de aislamiento social mediante el apoyo percibido entre la familia, vecinos o amistades. En la versión breve LSNS-6, que se diseñó para satisfacer las necesidades de brevedad del médico¹⁰, el punto de corte para identificar a las personas consideradas en riesgo de aislamiento social es de <12 sobre 30. Sin embargo, existen algunas particularidades en cuanto a la consideración de riesgo que quedaría sujetas a consideraciones teóricas y prácticas¹⁰.

Por otro lado encontramos la escala University of California – Los Ángeles Loneliness Scale (UCLA) que es la más utilizada por investigadores de todo el mundo con su última versión UCLA Loneliness Scale (Version 3) o UCLA-3¹¹. Mide los sentimientos de soledad y aislamiento social no específica de la población mayor, para la que se ha validado. Cuenta con 20 ítems y las preguntas se plantean de la siguiente manera: *¿Con qué frecuencia sientes que estás "en sintonía" con las personas que te rodean?*¹². La escala de respuestas es nunca, raramente, a veces, siempre. El entrevistado puede obtener desde 20 puntos, siendo este la más baja puntuación de soledad, hasta 80 puntos que es el nivel más alto.

Finalmente, se considera que tanto el establecimiento de factores de riesgo, como las escalas de medición de la soledad y/o aislamiento social suponen herramientas útiles y complementarias al diagnóstico social sanitario del trabajador social, para la detección de la soledad no deseada y aislamiento en las personas mayores.

2.4. Intervenciones ante la soledad y aislamiento en la gente mayor

Desde la década de los ochenta las diferentes intervenciones dirigidas a prevenir o reducir la soledad y el aislamiento social han contemplado las siguientes líneas estratégicas: mejorar las habilidades sociales, promover el soporte social, aumentar las oportunidades para la interacción social y abordar la cognición social mal adaptada¹³

No obstante, una revisión examinó veintiuna intervenciones diseñadas para reducir la soledad entre las personas mayores, y las intervenciones más efectivas usaron más de una estrategia de intervención, incluyeron actividades grupales, autoayuda o apoyo de duelo, grupos específicos, tuvieron una evaluación que coincidió con la intervención, y les dio a los participantes cierto nivel de control¹⁴.

Los programas intergeneracionales y la participación social, en cuanto a que crean círculos de contacto, asociación y cooperación, han demostrado ser eficaces a la hora de disminuir los posibles sentimientos de soledad, al tiempo que afianzan la autoestima e identidad personal y social del anciano¹⁵, la cual se siente apreciada e integrada en una red social que le brinda apoyo. Estudios han tratado de definir los efectos de actividades concretas en la soledad en las personas mayores. Uno de ellos ha demostrado el efecto positivo de los talleres de ocio en las personas mayores usuarias de un Centro de Día, incrementando el bienestar subjetivo y reduciendo los niveles de soledad percibida¹⁶. Sin embargo, se concluye que la participación en estos talleres no afecta al resto de actividades desarrolladas habitualmente por sus usuarios, no modificándose significativamente ni la frecuencia ni la satisfacción que obtienen con ellas¹⁶. Esto sugiere la importancia de adoptar un enfoque comunitario en el abordaje de la soledad, buscando que el impacto de las actividades de tiempo libre tenga su continuidad en el entorno natural de la persona.

Con esta perspectiva grupal-comunitaria a la que se hace referencia encontramos publicado el proyecto de intervención ``Caminos: de la soledad a la participación`` que ha sido desarrollado en diferentes centros de atención primaria de la salud. Se diseñó con el objetivo de incidir en la soledad mediante la promoción de su participación social y apoyo entre iguales, entendiendo que soledad-participación están vinculadas en su salud y en su utilización de los recursos. Se ha llevado a cabo con la colaboración de profesionales de trabajo social sanitario y enfermería, así como personas mayores activas en casales que han participado como voluntarias para facilitar la vinculación a los recursos comunitarios. Más de la mitad construyó nuevos contactos dentro del grupo y se implicó en nuevas actividades. A los dos años los efectos de la disminución significativa de la soledad y aumento de la participación se mantuvieron y los síntomas depresivos disminuyeron significativamente, por lo que sus resultados fueron positivos¹⁷.

2.5. El Trabajo Social Sanitario en el ámbito de atención primaria con las personas mayores

El trabajo social sanitario tiene por objeto de estudio los factores psicosociales que inciden en el proceso de salud-enfermedad, así como el tratamiento de los problemas psicosociales que aparecen en relación con las situaciones de enfermedad, tanto si tienen que ver con su desarrollo como si derivan de éstas. La inclusión de las trabajadoras sociales en los equipos de atención primaria es fruto de la reforma sanitaria iniciada en nuestro país a raíz de la creación de la Ley General de Sanidad de 25 de abril de 1986 y está vinculada a un proceso de mayor sensibilidad de la medicina hacia el contexto social que rodea la enfermedad, siendo un hecho novedoso frente a su extensa trayectoria previa en hospitales y dispositivos de salud mental¹⁸.

La organización del servicio de trabajo social sanitario debe desarrollar sus proyectos de atención y prevención partiendo de las mismas líneas de trabajo sobre los colectivos de población que define el Ministerio de Sanidad, entre los que se encuentra la atención a las personas mayores. El colectivo de personas mayores es un grupo heterogéneo por lo que nos centramos en el concepto de persona mayor de riesgo: *“La persona mayor de riesgo es aquella con edad igual o superior a los 65 años en situación de vulnerabilidad por sus condiciones físicas, mentales, funcionales, o sociales, que la predisponen a un alto grado de dependencia”*¹⁴. Según el servicio canario de salud¹⁹ la Organización Mundial de la Salud (1987) estableció unos criterios sanitarios y sociales a tener en cuenta para considerar una persona mayor de riesgo. Y a excepción de demencia o enfermedad terminal que por sí mismo son criterios de riesgo, deben darse dos de los siguientes:

- Edad igual o mayor de 80 años
- Vivir solo
- Pérdida de la pareja en el último año
- Cambio reciente de domicilio (inferior a un año)
- Polimedicación (4 o más fármacos)
- Afección crónica invalidante (física o psíquica)
- ACV con secuelas
- Depresión
- Enfermedad osteoartricular
- Caídas recurrentes
- Deficit visual severo
- Hipoacusia severa
- Problemática social con incidencia sobre la salud: Situación económica precaria, aislamiento geográfico extremo, ausencia de personas de apoyo con necesidad de ellas.
- IAM o ICC reciente (inferior a 6 meses)
- Enfermedad de Parkinson
- EPOC

De esta forma, tal y como manifiesta Abreu¹⁴, la tendencia ha ido dirigiéndose hacia la atención preferente a individuos y familias que presenten indicadores de riesgo social previamente

establecidos en los diferentes programas de salud. Este previo establecimiento de indicadores de riesgo nos permite trabajar con la gente mayor desde la prevención, en vez de la atención por problemas psicosociales ya instaurados. En cada uno de ellos pudiera haber detrás una soledad no deseada. Es importante actuar bajo estos criterios teniendo en cuenta que la ausencia de demanda no implica la inexistencia de necesidad, y adaptándolo a la soledad no deseada en concreto, dice Colom: *''la falta de demanda no significa ausencia de necesidad. A esta soledad no se la puede ignorar, porque cual traidora, provoca malestar en la persona. Socialmente la va desdibujando. Le aviva recuerdos inesperados. Le genera estados de ánimo nocivos que le impiden afrontar, gestionar, superar sus pérdidas para vivir dentro de unas calidades aceptables (...)''*⁴.

Finalmente, estos criterios nos debe permitir explorar una posible soledad no deseada desde atención primaria, teniendo en cuenta que la intervención social estará determinada por las circunstancias particulares que envuelven la soledad no deseada en la persona mayor. *''Los trabajadores sociales intervienen ante la soledad que supone pérdida, melancolía, aislamiento. Esa realidad objetiva que merma la vida y si nadie lo remedia, la va secando. Esa vivencia que impide a la persona manifestarse de manera autónoma e independiente. Ese estado de ánimo que la aboca al descuido personal y psíquico. Los profesionales del trabajo social conocen bien que de ahí, a la mala nutrición, a la falta de higiene, a la inmovilidad, al aislamiento, a la depresión, al incumplimiento terapéutico, a los errores de medicación y a la enfermedad, el recorrido es muy corto(...)''*⁴. Así pues, todo ello tendrá que reflejarse en el diagnóstico social sanitario realizado por trabajo social sanitario, que determinará la posterior intervención social sanitaria.

3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

OBJETIVO GENERAL: conocer cual es el abordaje del trabajador social sanitario ante la soledad y aislamiento en la gente mayor en el ámbito la atención primaria de la salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Definir el fenómeno de la soledad y aislamiento social y sus implicaciones en la salud.
- Conocer que se está haciendo desde los equipos de atención primaria de la salud ante la prevención de la soledad no deseada en la gente mayor.
- Dar a conocer como trabajo social sanitario interviene con la persona mayor ante la soledad no deseada.
- Explorar cuales son las dificultades actuales con las que se encuentran las TSS, ellos y ellas, a la hora de prevenir la soledad y aislamiento de la gente mayor.
- Plantear posibles líneas de actuación para prevenir y tratar la soledad no deseada en la gente mayor, de acuerdo con los resultados obtenidos.

4. METODOLOGÍA

4.1. Diseño de la investigación

Con tal de responder a los objetivos propuestos anteriormente, se ha diseñado un estudio de finalidad aplicada con el propósito de transformar la realidad social y hacer propuestas de mejora, de profundidad exploratoria. Según su alcance temporal la investigación se ha realizado en un periodo de tiempo concreto que comprendió desde abril hasta junio del 2018, concretamente durante 3 meses. Se trata de un estudio no experimental, mediante la observación y el contacto verbal con la población estudio, se ha pretendido describir cual es el abordaje que realiza el trabajador social sanitario ante la soledad no deseada y aislamiento en la gente mayor. El carácter del estudio es cualitativo, ya que esta perspectiva nos ayuda a comprender la vida cotidiana desde la perspectiva de sus actores. La información del trabajo de campo se ha adquirido mediante fuentes primarias a partir de las entrevistas semiestructuradas realizadas a las profesionales de trabajo social sanitario que ejercen en centros de atención primaria repartidos entre la comarca del Baix Llobregat y el Barcelonés.

4.2. Población objeto de estudio

En cuanto a la población objeto de estudio de la presente investigación, ha comprendido a siete profesionales de trabajo social sanitario del ámbito de atención primaria de la salud que ejercen en cuatro centros de atención primaria de las comarcas el Baix Llobregat y Barcelonés.

4.3. Selección de la muestra

El sistema de selección de los sujetos se ha realizado siguiendo el método de muestreo intencional de tipo no probabilístico. De esta forma, a la hora de seleccionar a los profesionales que han participado en el presente estudio se plantearon previamente unos criterios de inclusión concretos. Debieran ser profesionales de trabajo social sanitario, encontrarse en situación laboral activa, ejercer en el ámbito de atención primaria de la salud, que el centro donde ejercen estuviera situado en los diferentes centros que componen la población de estudio, así como aceptación voluntaria por parte del profesional en la participación del estudio mediante la oficialización del consentimiento informado.

Una vez fue identificada los candidatos a participar en el estudio, se contactó con ellos y se facilito la carta de presentación (disponible en los anexos) donde se explica el motivo de estudio. Se programó hora y lugar para llevar a cabo las entrevistas, siendo en la misma consulta de los trabajadores sociales sanitarios. Finalmente, el tamaño con el que se ha concretado la muestra ha sido de siete trabajadoras sociales sanitarias que supone el total de la población de estudio.

4.4. Técnicas e instrumentos utilizados

El instrumento que se ha utilizado para la recogida de información ha sido la entrevista, así como la grabación en audio de la misma. Para ello, ha sido necesario desarrollar un modelo de entrevista dirigida a los participantes que han compuesto la muestra de estudio. El formato de la entrevista en profundidad ha sido semiestructurado. El contenido de las mismas se estructuró por dimensiones con tal de responder a los objetivos propuestos. La entrevista se llevo a cabo de forma presencial. Otro aspecto a destacar es que de entre todas, una de las entrevistas fue individual, mientras que en los otros tres centros, en los que cuentan con dos trabajadores sociales, se llevo a cabo de forma conjunta.

4.5. Recogida de datos y procedimientos

Una vez fué elaborado el instrumento de recogida de información se contactó con las participantes del estudio, en concreto con las profesionales de Trabajo Social Sanitario para poder llevar a cabo las entrevistas pertinentes. Se ha aplicado la grabación en audio para retener la mayor información posible y que esta no sea distorsionada. Después de la realización de las entrevistas, se ha procedido a la transcripción de las mismas. Finalizado el proceso de recogida de información, se procedió a la revisión de las entrevistas mediante análisis de contenido para el tratamiento de los resultados obtenidos.

4.6. Consideraciones éticas y legales

Previamente a cada una de las entrevistas realizadas, se han facilitado dos originales del documento del consentimiento informado que han sido firmadas con tal de formalizar la relación en el marco de la entrevista, y con ello el compromiso de confidencialidad. Una vez se han oficializado estos aspectos, se ha procedido a hacer una entrega de las copias a los profesionales entrevistados, mientras que otra ha sido retornada a la investigadora para su conservación. Los datos e información obtenida a partir de la participación de los entrevistados, serán solo utilizados para fines académicos y solo por parte del estudiante o profesorado del Máster, basándonos en lo recogido por la ley orgánica 15/1999 del 13 de diciembre, sobre la Protección de Datos de Carácter Personal.

4.7. Limitaciones de la investigación

En relación a las limitaciones de la investigación, se valora que una gran parte de la bibliografía publicada referente a la línea de investigación, está disponible en idioma ingles por lo que ha sido necesaria su traducción. Por otro lado, no se ha encontrado bibliografía publicada sobre el tema de estudio desde trabajo social en general ni trabajo social sanitario en particular, lo que tal y como se ha constatado, no quiere decir que no se este llevando a cabo su abordaje.

5. RESULTADOS

-Aproximación al concepto de soledad no deseada y aislamiento con perspectiva de género y sus causas en el paciente mayor que acude al centro de atención primaria.

En relación a que entienden las trabajadoras sociales sanitarias entrevistadas por soledad no deseada, esta se entiende bajo la perspectiva de no voluntariedad. Por otro lado, se expresa en consonancia con una situación objetiva que viene dada por la falta o ausencia de relaciones sociales y/o familiares, pero también a partir de su carácter subjetivo que puede o no coincidir con estar solo:

''Hay que diferenciar entre situación de soledad que no quiere tener relación con la red familiar o social que es decidida por la persona y la disfruta, y la no decidida que por falta de red familiar, que quizá a lo largo de su vida no han sido personas con mucha red social, que se ha aislado por situación de trabajo o situación familiar y es una situación no deseada, que le gustaría tener pero no puede tener esa relación.'' (TSS3)

''La persona se puede sentir sola incluso estando acompañada, por tanto es un sentimiento de poca pertenencia con el entorno, de aislamiento y que afecta psicológica, física y biológicamente, y en todo los ámbitos. Es una percepción que tiene la persona a consecuencia de estar aislada socialmente de la red familiar, social, amistades.. y que te puede afectar a nivel físico, emocional y psicológico''. (TSS1)

Una de las participantes nos comenta que muchas de las personas mayores que acuden al centro viven solas y que entre las cuales se identifican sentimientos de soledad éste aparece como imposición de ciertas situaciones vitales como son el fallecimiento del cónyuge y/o el desapego por parte de los hijos que se han emancipado:

''Des del centro de atención primaria diariamente se observan personas mayores las cuales viven solas, la gran mayoría de soledad que se observa es la soledad obligada. Con esto me refiero a ese tipo de soledad la cual viene dada por la muerte de un ser querido como es la pareja, y en la mayoría de discursos de las personas que tienen sentimiento de soledad y tienen hijos es que estos tienen sus obligaciones familiares, laborales y viven lejos, por lo que no pueden estar por ellos. Las personas solteras sin hijos quizás son quienes más toleran la soledad, ya que es algo que indirectamente han decido ellos.'' (TSS7)

Por otro lado, las siete trabajadoras sociales coinciden en que la percepción de soledad no deseada que se detecta en la gente mayor es más generalizada entre las mujeres, viudas, +70/80 años, que viven solas. La mayoría lo explican por la mayor longevidad o esperanza de vida que caracteriza a la mujer por encima del hombre, lo que posibilita más espacios para que puedan producirse situaciones de dependencia o pérdida de autonomía. Dos de las participantes añaden a su vez, que si bien el sentimiento de soledad se presenta en menor medida en los hombres, éstos la experimentan de forma diferente:

''Yo también creo que por datos demográficos en la esperanza de vida la mujer llega más mayor y es mujer viuda...Pero también puede haber hombres que están...pero esa percepción de soledad aquí poco nos llega. El hombre es como que no lo dice, es como que saliendo a pasear o mirando como jugar a la petanca ya está, o no lo verbalizan, no se si es una condición del hombre, la mujer quizá más sí. Pero hay mucho hombre mayor viudo solo, pero son menos los que llegan a hacer demanda.'' (TSS1)

''La mujer lo verbaliza más y también es más generalizado. No teniendo esa soledad tan agudizada. No tienen sentimiento de soledad, aunque estén solos consideramos.'' (TSS2)

Así mismo, vemos como la experiencia de soledad se verá influenciada en función de la situación o circunstancias que rodean a la persona, pues tal y como sostienen tres de las participantes la capacidad de afrontamiento de la soledad en la persona se verá condicionada por su falta de autonomía física. La pérdida de salud que conlleva algún grado de dependencia posibilita que la sensación de soledad esté más presente:

''Hay diferencia porque nosotras encontramos que hay mucha gente mayor, soltera y sin hijos, que realmente ha hecho su vida y que realmente ven la soledad, dentro de que se han organizado actividades sociales y si que es verdad que viven la soledad mal o con problemas cuando hay un problema de salud porque ven que no tienen red y que no son tan autónomos como antes y que necesitan ayuda''. (TSS6)

''Cuando hay un problema de salud y no tenemos un referente que ayude en su proceso o en su seguimiento porque nosotros no podemos estar siempre. Entonces si esta persona está sola. Yo pienso que cuando la persona pierde la salud es cuando más te encuentras la soledad en la gente mayor. Porque cuando tienen salud y pueden ir saliendo, van a comprar....que también pueden sentirse solos porque no tengan relaciones sociales pero no lo notan tanto, y nosotros tampoco porque no vienen a hacerte ninguna demanda''. (TSS5)

''En situaciones de que todavía conserve autonomía física y no haya deterioro cognitivo en la persona pues puede ser una persona autónoma en el sentido de que pueda organizarse y mantener una mínima calidad de vida pero cuando aparece por cuestión de edad, tampoco hace falta que haya enfermedad sino ya con el deterioro físico y cognitivo de demencia senil, ahí es cuando empieza la soledad no deseada y sin la posibilidad de un soporte sea del tipo que sea. Y aquí si que hay más problemática porque la falta de autonomía física puede hacer que no tenga la capacidad de cubrir las necesidades básicas''. (TSS3)

Todas las participantes en general identifican un cambio de paradigma en las relaciones sociales y familiares, que han promovido un modelo familiar cambiante, con un aumento de la soledad no deseada en la gente mayor. En esta línea opinan que anteriormente no se cuestionaban las responsabilidades de los hijos hacia la gente mayor, y en el momento actual en algunos casos han quedando delegadas al sistema profesional.

“La tipología de familias que hay actual. Antes mi abuela era impensable que estuviera sola en un sitio porque la sociedad tenía esa estructura familiar y ahora lo más normalizado es cuando la señora cuando viuda se queda sola y es un hecho aceptado. Nadie se preocupa hasta que haya un motivo de salud que requiere de una intervención, nadie cuestiona que eso no sea así. Todos los hijos trabajamos o vivimos fuera y la madre está aquí sola.” (TSS2)

“En muchos casos se delega a los profesionales la atención de esa persona. Por ejemplo si mi madre se ha puesto enferma en vez de decir vamos a reunirnos la familia, son pocos los casos. Se dan más los casos de qué va a hacer usted con mi madre?” (TSS1)

Por otro lado, mientras una de las participantes expertas añade que la creación de servicios públicos dirigidos a la atención de la gente mayor ha motivado un proceso de normalización de la soledad, otro de los participantes lo atribuye a la falta o inadecuación de los recursos para atender estas necesidades. Finalmente, dos de las trabajadoras sociales añaden la incorporación de la mujer al mercado laboral como un factor de cambio, y una participante sugiere que actualmente ha disminuido el contacto con la familia extensa.

“También es verdad que la sociedad ha creado una serie de servicios como centro de día, residencias, o espacios para ocupar esa soledad, con lo cual cuando uno está solo hay instituciones y servicios que ocupan... y eso antes no existía lo que ha provocado que sea normalizada esa soledad”. (TSS2)

“Antes se entendía que la persona mayor era responsabilidad de los hijos. Había un entorno cuidador cuando la persona ya no podía valerse por sí misma iba a vivir a casa de los hijos, pero toda la situación cambiante a nivel laboral y social la familia ya no asume esta función y responsabilidad. Además a nivel de recursos públicos no hay los adecuados para cubrir estas necesidades.” (TSS3)

-Soledad no deseada y sus implicaciones en la salud de las personas mayores y en la utilización de recursos sanitarios:

Son múltiples las formas que el problema de soledad no deseada tiene de manifestarse en la salud del paciente mayor según sostienen las participantes expertas. Puede afectar de una forma física debido al incumplimiento terapéutico como falta de control de diabetes, por la falta de control de la medicación o una inadecuada alimentación. A nivel emocional con apatía, labilidad emocional, somatización, aislamiento, o facilitando la aparición de trastornos afectivos leves como depresión y ansiedad. Aumentando el uso de psicofármacos o que se concrete en una falta de organización.

Una de las participantes explica que cuando la sensación de soledad está presente, toda su atención se concentra en sus problemas de salud, provocando que la percepción sobre el nivel de dolor aumente y la tolerancia al dolor disminuya:

“El nivel de dolor es mayor, como que tienen más dolores (-algias). Sí, artrosis, porque se centran mucho en sus enfermedades porque no hay nada más entonces la salud para ellos es lo que les permite venir al centro y se fijan en eso. Por eso nosotras desde trabajo social sanitario intentamos ampliar su red para que no se miren tanto.” (TSS2)

Por otro lado, la mayoría de los participantes nos explica como la percepción de riesgo o de soledad en la persona mayor puede derivar en trastornos psicósomáticos:

“Hay muchos casos en que los médicos te dicen que esta señora viene mucho que lo único que tiene es que se siente sola, es no tiene a nadie, es que ya la he mirado, tiene taquicardias o presión o dolor de cabeza y es como mucha somatización, pero es por este sentimiento y este aislamiento” (TSS2)

Todo ello incrementa la demanda sanitaria sin un problema médico, y que algunos participantes explican porque la atención que reciben por parte de los profesionales les proporciona seguridad y supone una garantía de contacto.

“Tiene consecuencias en el estado anímico, dejan de hacer actividades, de salir, se cierran en casa, cada vez se relacionan con menos gente...y lo vemos muy claro con un aumento de visitas médicas” (TSS6)

“Sentimiento de tristeza, depresión, aislamiento. Y pienso que las personas que se pueden desplazar y venir aquí, que las que no se pueden desplazar es otra historia(...) con mucha más demanda de atención sanitaria. La hiperfrecuentación, que son los que vienen para pasearse o tener relación con alguien” (TSS1)

Al mismo tiempo, varias de las participantes expertas nos muestra que también puede ocurrir lo contrario y que haya dificultad para llegar a esas personas porque tienen una falta de capacidad para pedir ayuda que está estrechamente relacionada con este aislamiento, o porque las limitaciones que tiene la persona para desplazarse dificulten o impidan llevar un seguimiento ambulatorio.

“Puede haber dos tipos personas muy demandantes o hiperfrecuentadoras, por la percepción de riesgo o soledad que solicitan muchas consultas en el ambulatorio o domicilio, y la otra, puede ser totalmente lo contrario personas que pierda la pista que venían a hacer rehabilitación pero ahora como tiene más limitaciones para desplazarse pues no viene y te dificulta llevar el seguimiento de la evolución. A veces solicitan consulta directamente por trabajo social pero es difícil que nos llegue directamente porque la persona está aislada a veces por esta falta de capacidad para solicitar ayuda. Muchas veces vienen derivados del médico o enfermera para que se empiece a trabajar el soporte a domicilio.” (TSS3)

-Implicación de los equipos de atención primaria de la salud en la prevención de la soledad no deseada en la gente mayor:

La implicación de los equipos de atención primaria en el trabajo ante la soledad en la gente mayor es principalmente desde los planes de desarrollo comunitario del barrio en el que forman parte a partir de la mesa de salud comunitaria, conjuntamente con otras entidades del barrio. Uno de los centros donde se encuentran dos de las trabajadoras sociales entrevistadas comentan que se han llevado a cabo diferentes proyectos que trabajan por la soledad de las personas mayores en concreto, con los que se coordinan actualmente. Un ejemplo son el proyecto ``Vincles`` y ``Saviesa camera en má`` de la Fundación Aroa, y el proyecto Radars de la diputación de Barcelona:

``A nivel de centro de salud estamos en el plan de desarrollo comunitario del barrio, con lo cual dentro de la mesa de salud del que formamos parte uno de los objetivos es la gente mayor. Se hizo un proyecto que es vincles que básicamente lo lleva fundación Aroa, y se dirige a personas con un sentimiento de soledad que se encuentran un día a la semana y consiste en que un técnica de esta fundación les habla de la soledad, aislamiento, duelo, con el objetivo que hagan vinculo y luego conocen las entidades del barrio pero no solos sino conjuntamente. Y nosotros como centro derivamos y tenemos coordinaciones. Y dentro de la mesa de salud está servicios sociales que tiene el proyecto Radars, que se implemento hace poco en el barrio.``
(TSS2)

Las mismas entrevistadas comentan que actualmente están dentro de una prueba piloto en salud de preinscripción social dirigido a gente mayor que consiste en prescribir actividades sociales para abordar este sentimiento de soledad.

En este mismo contexto dos de los centros de salud en los que se encuentran cuatro de los profesionales entrevistados, colaboran en proyectos que trabajan por la soledad de las personas en general y que se concreta en el ciclo de actividades ``gaudir millora la salut`` que se sigue llevando a cabo actualmente. Estas actividades están dirigidas a toda la población de referencia y se planteó con el objetivo de abordar la soledad mediante la participación en actividades sociales que generen bienestar emocional.

``Tenemos una mesa de salud promovida por los ambulatorios formado por 40 entidades del barrio. Hace dos años se hizo un diagnóstico de salud intentando priorizar las problemáticas y necesidades que tenia el barrio y uno de los temas que salio es la soledad en todos los ámbitos. Lo que se trabajo es que el tema de la soledad estaba muy relacionado con el bienestar social de la persona. Ese sentimiento de soledad venia muy dado por el bienestar social. Por lo que trabajar el tema de la soledad se planteo desde la mesa desde el tiempo libre, buscando actividades que pudiesen provocar bienestar emocional a la persona para poder trabajar este tema de la soledad. Entonces, a través de la mesa surgió un ciclo de actividades que es disfrutar mejora la salud`` (TSS5)

En cuanto a la detección de la soledad no deseada desde los centros de salud, los participantes comentan que no disponen de escalas específicas para medir la soledad ni de unos criterios de riesgo social y clínicos establecidos que faciliten la detección de las personas con soledad no deseada:

“Sería un punto importante a trabajar poder crear una escala en personas que viven solas en una soledad no deseada, que factores intervienen y que factores de riesgo puede haber para determinar o empezar a hacer una intervención. Que esta escala no estuviera solo a manos del trabajador social sino de todo el equipo como médicos y enfermeras para pasar esta escala como pasan tantas de alimentación.. para detectar esta situación antes de llevar a una más grave” (TSS3)

Si bien, la derivación del paciente mayor por parte del profesional médico o de enfermería, suele darse cuando al vivir solo se le añade una pérdida de autonomía y dependencia:

“Hay bastante implicación, sobre todo desde enfermería los cuales en las visitas rutinarias detectan personas mayores que viven solas. Depende del estado físico, funcional en referencia a la autonomía o dependencia de estas personas, en ocasiones son derivadas a trabajo social sanitario para poder conocer, hacer una primera visita y valoración social y valorar si son susceptibles de empezar a tramitar recursos o servicios de apoyo” (TSS7)

•Detección de las personas mayores con riesgo o problemática de soledad no deseada desde trabajo social sanitario:

En relación a cómo se identifica a las personas mayores con riesgo o problemática de soledad no deseada desde trabajo social sanitario los participantes coinciden en que si bien, en ocasiones el paciente mayor solicita consulta con trabajo social sanitario, la soledad no suele ser motivo de demanda directa sino que se encuentra implícita en muchos de sus discursos.

A su vez, uno de los participantes comenta que pocas veces la persona aparece en una primera visita con un problema explícito de soledad, sino que en la mayoría de ocasiones se encuentra implícita en las demandas y surge en términos sociofamiliares. Una de las TSS sugiere que existe en diferentes tipologías de demandas en cuanto a la soledad se refiere:

“Desde un familiar que te dice convence a mi madre para que tal, hasta una vecina, porque lo dice el médico o la enfermera. Te pueden venir porque quieren la Teleasistencia, porque cuando cierran la puerta se sienten muy solos. También hay quien te viene directamente y te dice me siento sola y ahora me vengo con ganas de hacer cosas..y la doctora me ha dicho que venga y se lo pregunte. Lo más fácil es cuando vienen y te lo preguntan y tienen las ganas de hacer cosas(...)” (TSS2)

Las visitas de seguimiento del duelo, el programa de atención domiciliaria con seguimiento anual a personas que no pueden salir del domicilio, así como el objetivo específico de trabajo social de seguimiento sistemático bianual a aquellos pacientes registrados con el identificador ``Z.60.2`` suponen herramientas de seguimiento mediante las cuales se puede llevar una detección desde trabajo social sanitario.

``El diagnóstico de vivir solo es una herramienta que nos sirve una vez ya la detección, es decir para seguimiento, pero únicamente lo puede poner trabajo social, por lo que si no conocemos a la persona no podemos hacer esa detección.`` (TSS3)

``Cuando la persona enviuda lo que hago es cada tiempo si me ha llegado me lo deriva la doctora o la enfermera, la voy viendo por seguimiento del duelo y entonces llegar el momento de para prevenir el aislamiento``. (TSS1)

En cuanto a los criterios de riesgo que son susceptibles de generar o promover el sentimiento de soledad no deseada en la gente mayor, son varios los planteados por los participantes. De entre todos en general surge la situación de vivir solo, los problemas de salud que rompen con su dinámica diaria (fracturas, descompensación de enfermedades), nivel de dependencia y autonomía, duelos y pérdidas, ingresos hospitalarios, falta o inexistencia de red familiar porque no tenga hijos o por la mala relación familiar o dispersión geográfica de los hijos, red social escasa, condiciones de vivienda con barreras arquitectónicas. Una de las participantes añade la falta de recursos económicos para asumir soporte formal y la ayuda pública no llega.

``Fracturas que generan consecuencias que generan un ingreso, un sociosanitario, durante 3-4-5 meses de su vida van a estar en servicios sanitarios varios, o con personal o con hijos fuera a raíz de una fractura de hueso, con lo cual eso genera un cambio en su entorno de aislamiento, perderá a los amigos, perderán el club de petanca, el paseo semanal con la vecina, y luego cuesta mucho volver porque eso muchas veces crea un deterioro cognitivo, pérdida de memoria, y anímica mente porque si la fractura le comporta una pérdida de movilidad son duelos , y comienza el aislamiento``.(TSS1)

Por lo que hace a cómo valora en la persona mayor su soledad, si se utilizan herramientas complementarias para su detección aparece que ninguna de las participantes hace uso de alguna de las escala específicas de medición de la soledad, sino que aparece en su mayoría el test de indicador de Riesgo Social (TIRS) donde se considera el vivir solo por si mismo una situación de riesgo social y la Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón, como herramientas complementarias bajo un seguimiento continuo para explorar su gravedad.

``Dentro de esta soledad no deseada si que podría haber varios niveles. No quiero estar solo, me siento solo, pero soy autónomo hago mis gestiones, tengo relaciones; casal que hay que pagar pero no puedo pagar y ha dejado de ir; Si podemos sumar los ítems que hemos comentado anteriormente...`` (TSS4)

•Intervención del trabajo social sanitario dirigida a personas mayores con problema de la soledad no deseada:

En cuanto a la pregunta de cuando en la persona mayor la soledad constituye un riesgo que debe ser abordado por el trabajador social sanitario, la mayoría de los participantes manifiestan que su abordaje acontece con la presencia de una situación de pérdida de salud y/o enfermedad, a lo que una de las participantes añade que la soledad por sí misma no se trata como un riesgo, por lo que se interviene cuando viene precedida a un proceso de salud y/o enfermedad. Al mismo tiempo, una de las participantes sugiere que hay que ser más proactivo con la soledad para su prevención.

``Abordamos la soledad aunque no haya un riesgo. En sí mismo no lo tratamos como un factor de riesgo, sino que viene añadido siempre, por ejemplo cuando acompañamos a un familiar en un proceso que acaba en éxitus, aunque no haya riesgo todavía, ya lo prevenimos. Alomejor si que desde el hospital señora ingresada que se da de alta y está sola. Entonces sí, tiene el agravante y que aparte de que tiene la fractura de fémur, está sola. Pero es un agravante. No por el hecho de estar sola. Primero el factor de salud (cataratas) y luego el añadido es la soledad. Tenemos una especial mirada. Se trata más el como la enfermedad afecta a la soledad que no la soledad a la enfermedad.`` (TSS2)

Dos de las participantes refieren que el problema de la soledad se aborda indirectamente de forma transversal en los diferentes niveles (individual y/o familiar, grupal y comunitario) pero coinciden con el resto en que generalmente se interviene de forma directa a nivel individual y/o familiar.

``Sobretudo se trabaja a nivel individual. Grupos de trabajo con personas que vivan solas no se hacen en este centro. Sería más a nivel individual y cuando tienes la posibilidad de contactar con la familia, aunque vivan lejos, intentas tener algunas entrevistas de seguimiento para informarles (muchas veces son conocedores de la situación pero no de los sentimientos y sensaciones de la persona que vive sola) e intentamos trabajar a ver que tipo de soporte le puede dar sea en tiempo, económico...para poder tener esta ayuda en casa``. (TSS3)

En cuanto a los recursos de apoyo aparece en todos los participantes la importancia del servicio de voluntariado para solicitar un acompañamiento semanal, asociaciones de voluntarios municipales o *Amics de la Gent Gran* o Cruz Roja. La mayoría de participantes hacen uso del servicio de teleasistencia, casal de la gent gran, servicio de ayuda de atención a domicilio (SAD) y actividades sociales del barrio, así como utilizan actividades grupales que se llevan a cabo en el mismo ambulatorio.

Finalmente, una de las trabajadoras sociales sostiene que mejorar el estado de ánimo mediante la promoción de las relaciones sociales es la línea estratégica ante el problema de la soledad. Lo

explica porque las relaciones sociales tienen capacidad para influir en el bienestar emocional vinculado con la vivencia de la soledad, por lo que la clave está en incidir en el estado de ánimo mediante la promoción de bienestar social.

“Las actividades que hemos ido organizando tanto a nivel grupal como comunitario realmente hemos visto que mejora el estado de ánimo de la persona. Entonces ese concepto de soledad es diferente, lo viven de forma diferente. La actividad es poco importante sino lo que genera esa actividad que comparten con otras personas y que de ahí genera poder hablarse, relacionarse, encontrarse en el parque,...” (TSS5)

•Dificultades que se presentan en el abordaje del trabajador social sanitario ante la soledad no deseada y aislamiento en la gente mayor:

En cuanto a que dificultades aparecen en el abordaje de la soledad y aislamiento, cinco de las siete trabajadoras sociales ponen de manifiesto limitaciones de tiempo para llevar a cabo un trabajo proactivo. Al mismo tiempo, dos de las participantes aluden como la dificultad se encuentra precisamente en generar un proceso de cambio en algunas personas mayores para que acepten y comprendan los beneficios de vincularse a alguna actividad.

“Las dificultades que nos encontramos para abordar el sentimiento de soledad es que la persona lo asuma, que se de cuenta de que hacen demanda distorsionadas. Que les iría muy bien participar y siempre la excusa de no tengo tiempo, pica pedrear para que se acaben de vincular a algo. Y luego dicen que bien que contento estoy, que suerte. Hay gente que sigue pensando estoy mejor solo y no la vas a sacar de ahí pero hay otros que si que funciona” (TSS2)

En esta misma línea nos manifiesta una de las participantes la dificultad para acceder a estas personas con poco hábito a participar en actividades sociales al margen de su contexto familiar:

“Nosotros intentamos llegar al máximo número de gente pero hay veces que no llegamos y eso nos preocupa. A nivel comunitario a veces nos planteamos que la misma gente mayor, es la gente mayor la que hace muchas actividades y hay otra a la que no llegamos. Entonces muchas veces con el tema grupal lo que intentamos es gente que no hace ninguna actividad que pueda venir al centro al grupo y que puedan contagiarse de otra gente que si que haga actividades. Hay gente que te lo pide, y hay gente que siempre nos dice que no, que es muy reacia a veces es gente que durante su vida no ha hecho muchas actividades, ha estado en su casa con su familia... y te lo dice...” (TSS5)

6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El primer objetivo que se ha planteado ha sido definir el fenómeno de la soledad y aislamiento social y sus implicaciones en la salud en la gente mayor. Las expertas entrevistadas han definido la soledad como la ausencia o carencia de relaciones sociales impuesta, que genera malestar emocional, psicológico y físico. Añadimos pues, una nueva perspectiva a la que se ha recogido previamente, que comprende la soledad como la discrepancia entre el deseo de relaciones sociales y su realidad³. De cualquier forma, resulta importante rescatar el término de ``*situaciones de soledad*`` que aporta una de las trabajadoras sociales sanitarias, ya que nos ayuda a entender, tal y como se ha ido viendo, que para intervenir sobre esa soledad, ésta ha de haberse analizado en consonancia con el entorno y la vivencia de la persona. No puede quedar descontextualizada.

El modelo desarrollado por Berkman y Glaa al estudiar como las redes sociales impactan en la salud, nos ofrece herramientas para comprender como la soledad no deseada como consecuencia de la ausencia o debilidad de las relaciones sociales contribuye a afectar a la salud. Las redes sociales actúan sobre procesos fisiológicos, psicológicos y conductuales que son los que actúan directamente sobre la salud⁸. De esta forma se ha visto concretamente como la soledad no deseada puede manifestarse de diferentes formas en el paciente mayor, de un forma física debido al incumplimiento terapéutico o desorganización, afectar a nivel emocional (apatía, labilidad emocional, somatización, aislamiento), facilitando la aparición de trastornos afectivos leves (depresión, ansiedad) aumentando el uso de psicofármacos, falta de organización, etc. Un aspecto novedoso que se aporta es como la percepción del dolor está estrechamente relacionada con la soledad no deseada, una de las trabajadoras sociales sanitarias lo explica porque toda su atención se concentra en sus problemas de salud, provocando que la tolerancia al dolor disminuya.

En los centros de atención primaria de la salud que han sido visitados, actualmente no cuentan con intervenciones grupales específicas dirigidas a personas mayores con soledad no deseada. Los grupos de trabajo disponibles en el centro se plantean con otros objetivos y aunque pudieran tener incidencia sobre esta problemática, ésta no ha sido evaluada. No obstante, a partir de la revisión bibliográfica se han identificado ejemplos que han demostrado buenos resultados, como es el proyecto de intervención grupal «CAMINOS: de la soledad a la participación»¹⁷ que ha sido conducido por trabajo social sanitario y enfermería en diferentes centros de atención primaria de la salud. Por lo tanto se concluye que la colaboración de los equipos de atención primaria en el trabajo ante la soledad en la gente mayor se da principalmente desde la promoción de actividades comunitarias inscritas en los planes de desarrollo comunitario del barrio en el que forman parte a partir de la mesa de salud comunitaria, conjuntamente con otras entidades del barrio.

En cuanto a la implicación de los centros de atención primaria en la detección, se conoce por los entrevistados que no disponen de escalas específicas para medir la soledad ni de unos criterios de riesgo social y clínicos establecidos que faciliten la detección de las personas con soledad no deseada por parte de los diferentes profesionales sanitarios. Sin embargo, el carácter temporal que Young⁷ atribuye al concepto de soledad, resulta importante para su abordaje en la práctica y especialmente para la prevención de su cronicidad. La soledad situacional vinculada a situaciones de estrés como puede ser un duelo o pérdida de salud que no se gestiona de una forma adecuada, podría derivar en una soledad que se alarga en el tiempo con pérdida de autonomía, definida como soledad crónica. Es importante actuar de forma preventiva porque cuando el problema de soledad o aislamiento está instaurado es más complicado intervenir. En este sentido se dan a conocer dos instrumentos de medición de la soledad como son la escala de red social de Lubben'' (LSNS), en su modalidad breve, para ser accesible a los diferentes profesionales en el contexto clínico y la escala University of California – Los Ángeles Loneliness Scale (UCLA) que es la más utilizada.

Siguiendo en esta línea, y de acuerdo con las trabajadoras sociales sanitarias entrevistadas, se han identificado algunos factores que combinados entre sí pueden incidir sobre la soledad y el aislamiento social. el vivir solo, movilidad deteriorada, experimentar una transición importante de vida, tener bajos ingresos, tener limitaciones de vecindario / comunidad (inaccesible, sin eventos significativos y / o inseguro), tener una red social pequeña y / o apoyo social inadecuado. Estos coinciden con los planteados con la fundación ARRP a los que se le añade: ``ser cuidador, tener vulnerabilidades psicológicas o cognitivas (depresión, baja autoestima, autoeficacia comprometida, adicción), Vivir en un lugar rural, Hablar un idioma distinto al inglés y pertenecer a un grupo minoritario (un grupo minoritario étnico y / o racial, el LGBTQ comunidad, o un grupo religioso o de otra minoría cultural)''.

Se ha visto como las redes sociales tienen el potencial de generar bienestar emocional que influye sobre los comportamientos que promueven la salud. En esta misma línea, una de las entrevistadas sostiene que se ha demostrado la promoción de las relaciones sociales que mejora el estado de ánimo modifica la vivencia de la soledad, puesto que el estado de ánimo está estrechamente vinculado con la experiencia de la soledad. Así pues, la participación social en actividades significativas es fundamental para el envejecimiento saludable y supone un aspecto clave del aislamiento⁹

Para concluir, con todo ello se pone de relieve la importancia de abordar la soledad en la vejez desde una perceptiva interdisciplinaria. Se ha visto como las personas mayores que viven solas suelen ser los principales usuarios de los servicios de Trabajo social sanitario del ámbito de atención primaria, que dependiendo del estado físico y funcional en referencia a la autonomía y dependencia de la persona, generalmente son derivadas por el médico o enfermería para una primera visita para valoración social sanitaria. La soledad no deseada puede tener importantes consecuencias en la salud de la persona mayor y que la pérdida de salud y autonomía es uno de los criterios que más se repite que tiende a agudizar este sentimiento.

No hay una evidencia científica sólida sobre la mejor manera de intervenir ante la soledad no deseada. No obstante, se hace necesario un enfoque integral para el abordaje de la soledad no deseada. Así, desde la perspectiva grupal y comunitaria se ha comprobado que la participación social en actividades es fundamental para el envejecimiento saludable y que el bienestar emocional derivado de las redes sociales que se establecen, suponen un aspecto clave para el afrontamiento de la soledad no deseada y el aislamiento en la gente mayor. Si bien, cabe destacar que en cualquier caso la estrategia de intervención desde trabajo social vendrá avalada por el diagnóstico social sanitario.

Si bien, en los centros de atención primaria de la salud que han sido visitados actualmente se llevan a cabo intervenciones grupales no específicas que pudieran servir de herramienta para incidir en la soledad en la gente mayor en cualquier caso no se ha evaluado su efecto en la percepción de soledad. Es por eso que dados los buenos resultados de la experiencia de caminos como grupo de trabajo específico para personas mayores que están o se sienten solas, se propone la creación y promoción de los mismos.

Se ha visto como existen diferentes formas de afrontar la soledad. Aunque en algunos casos es la propia persona que problematiza el estar solo, normalmente está implícito en sus discursos y vienen con demandas distorsionadas. Por otro lado, a menudo se presenta gente mayor que nunca ha tenido actividades de ocio porque las actividades que han realizado hasta el momento han quedado limitadas a la vida doméstica y familiar. En este punto es donde cobra un sentido especial el papel del trabajador social sanitario como generador de procesos de cambio, quien promueve y acompaña en ese proceso de cambio con y para la persona mayor.

Las trabajadoras sociales sanitarias están contribuyendo a atender a las personas con soledad no deseada con actuaciones encaminadas a la promoción de redes sociales mediante la participación en actividades sociales como factor protector de la salud, que modifica la vivencia de soledad en la persona. Así mismo, los recursos de apoyo que se están gestionando con más frecuencia en el marco de la soledad no deseada son los servicios de voluntariado, servicio de teleasistencia y servicio de atención a domicilio. No obstante, este trabajo de promoción de recursos comunitarios dirigidos a la gente mayor en ocasiones no son accesibles para las personas precisamente por

esta situación de soledad o aislamiento porque no les llega la información o no están acostumbradas a participar en actividades sociales.

Añadida a esta dificultad de detección y entendiendo que la ausencia de demanda no implica que el problema no exista, se asume la necesidad de ser proactivo ante la detección de una posible soledad no deseada y/o aislamiento para evitar que la soledad se cronifique y dificulte su posterior abordaje. En este sentido para realizar una detección precoz del problema de soledad no deseada se propone que el equipo de atención primaria tuviera al alcance alguna de las escalas específicas de soledad que se han identificado en el presente estudio, para su aplicación en las personas identificadas con el código Z.60.2 ``vive solo'', y ser derivadas a trabajo social sanitario para que realice el diagnóstico social sanitario que determinará la necesidad de intervención. Así mismo, se establecen unos criterios de riesgo para la soledad no deseada donde todos los profesionales del centro de salud tengan conocimiento de estos para identificar aquellos pacientes que pudieran beneficiarse de un programa específico para abordar la soledad no deseada en el paciente mayor.

7. LISTADO DE REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sequeira DS. La soledad en las personas mayores: factores de riesgo y de protección. [tesis doctoral]. Granada: Universidad de Granada; 2011
2. Elder KM, Retrum JP. Framework for Isolation in Adults Over 50. California: American Association of Retired Persons y Research Works; 2012
3. Russell D, Peplau LA, Cutrona CE. The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Jou of Pers and Soc Psyc* 1980; 39 (3):472–480.
4. Peplau LA, Perlman D. Perspectives on loneliness. En: Peplau LA, Perlman D (eds). *Loneliness. A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*. 1-18, Nueva York, 1982
5. Colom DM. La soledad: entre el placer y la desesperación, el trabajador social. *Profesiones [Revista en línea]* 2007 [acceso 20 de abril de 2018]; Disponible en: <http://www.profesiones.org/var/plain/storage/original/application/5583c6a28e313f13cab0effdd434cbe6>
6. Fernández O, Muratori M, Zubieta E. Bienestar eudaemónico y soledad emocional y social. *Bol de Psic.* 2013; (108) 7-23
7. Young JE. Loneliness, depression and cognitive therapy. Theory and application. En: Peplau LA, Perlman D (eds). *Loneliness. A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*. 379-405, Nueva York, 1982.
8. Berkman LF, Glass T, Brissete I, Seeman TE. From Social Integration to Health: Durkheim in the New Millennium. *Soc Scie and Med.* 2000; 51 (6) 843-857.
9. Luo Y, Hawleky LC, Waite LJ, Cacioppo JP. Loneliness, health, and mortality in old age: A national longitudinal study. *Soc Scie & Med.* 2012; 74 (6) 907-914.
10. Lubben J, Blozik E, Gillman G, Iliffe S, Stuck AE, Beck JC. Performance of an Abbreviated Version of the Lubben Social Network Scale Among Three European Community-Dwelling Older Adult Populations. *The Ger Soc of Am.* 2006; 46 (4) 503-513
11. Pinazo HS, Donio MB. La soledad en las personas mayores: Conceptualización, valoración e intervención. Valencia: Estudios de la Fundación Pilares para la autonomía personal; 2018. M-18809-2018.
12. Russell DW. UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, Validity, and Factor Structure. *Jou of Pers Ass.* 1996; 66 (1) 20-40.

13. Gene JB, Ruiz MS, Obiols NM, Oliveras LP, Lagarda EJ. Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria?. *At prim.* 2016; 48 (9) 604-609.
14. Masi CM, Chen H-Y, Hawkley LC, Caciopoo JT. A Meta-Analysis of Interventions to Reduce Loneliness. *Pers Soc Psyc Rev.* 2011; 15 (3) 10.1177
15. Gutierrez MS, Hernández DT. Los beneficios de los programas intergeneracionales desde la perspectiva de los profesionales. *Rev Int Ped Soc.* 2013; 80 (21) 213-235
16. Garcia MA, Cómez L. Efectos de los talleres de ocio sobre el bienestar subjetivo y la soledad en las personas mayores. *Rev de Psic Soc.* 2003; 18 (1) 35-47.
17. Coll-Planas L. Solitud, suport social i participació de les persones grans des d'una perspectiva de salut. [dissertation] Barcelona: UAB; 2017
18. Abreu MC. El trabajo social sanitario en la atención primaria de la salud. *Revista ENE [Revista en línea]* 2009 [Fecha de consulta 20 de abril de 2018]; 3 (2) 70-79. Disponible en: <http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/viewFile/146/129>
19. Servicio Canario de Salud. Guía de actuación en las personas mayores en atención primaria. 2ªed. Canarias: Servicio Canario de Salud; 2002.

8. ANEXOS

8.1. Anexo 1. Carta de presentación

Carta de presentación dirigida al profesional de trabajo social sanitario del equipo de atención primaria de la salud

Como estudiante del máster en Trabajo Social Sanitario (MUTSS) de la Universitat Oberta de Catalunya (UOC), y en el marco del Trabajo Final de Máster, me complace presentar mi propuesta de estudio titulada "El abordaje del trabajador social sanitario ante la soledad no deseada y aislamiento social en la gente mayor desde el ámbito de la atención primaria".

Esta investigación tiene como objetivo conocer como se aborda la soledad no deseada y el aislamiento en la gente mayor en el ámbito de atención primaria de la salud y su prevención, concretamente desde la práctica profesional de trabajo social sanitario.

Para ello, sería de gran ayuda su colaboración a través de la participación en una entrevista individual de 30 minutos de duración aproximadamente, que con previa autorización será grabada en audio.

La participación en la entrevista es voluntaria, los datos serán tratados de forma confidencial, donde los resultados no permitirán la identificación de los participantes. Por lo que en la misma entrevista se le hará entrega de un consentimiento informado que le asegura que sus datos estarán protegidos.

Muchas gracias por su colaboración.

Sonia Escuder Andreu

Alumna del Máster Universitario en Trabajo social sanitario.

8.2. Anexo 2. Modelo de entrevista

APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE SOLEDAD

1. ¿Qué entiende por sentirse solo?
2. ¿Como afecta la soledad a la gente mayor que acude al centro?
3. ¿Cuando la soledad constituye un factor de riesgo para la salud? ¿Qué consecuencias tiene?
4. Según la evidencia científica la soledad no deseada va en crecimiento... ¿Cuáles cree que podrían ser los motivos?
5. A nivel de centro, como colaboráis en el abordaje de la soledad en la gente mayor? (*acciones concretas, intervención grupal o comunitaria...*)

INTERVENCIÓN TSS-SOLEDAD

A) DETECCIÓN

6. ¿Cuáles observa que son los factores de riesgo para la soledad no deseada en la gente mayor? (*vivir solo, dependencia, duelo...*)
7. ¿Cómo identifica a las personas mayores con riesgo o problema de soledad no deseada? (*por ejemplo a través de demanda, otras demandas, a través de un programa, procedimiento o protocolo, directriz...*)
8. ¿Cómo se manifiesta la soledad cuando no es deseada? (*qué indicadores o síntomas presenta*)
9. ¿Qué perfil se detecta? ¿Cuáles cree que son los motivos de este perfil?

B) DIAGNOSTICO SOCIAL SANITARIO

10. Cuando la soledad en la gente mayor constituye un riesgo o un problema que debe ser abordado desde trabajo social sanitario? (*de que depende que intervengamos o no, por ejemplo tipo de soledad emocional o social, crónica/situacional/transitoria*)
11. ¿Cómo valora/mide/analiza en la persona mayor su soledad? (*DSS!!!!!!Que la define como grave, se tiene en cuenta si es subjetiva u objetiva, se utilizan herramientas complementarias para medirla*)

C) INTERVENCIÓN

12. ¿Cómo aborda el problema de soledad en la gente mayor desde los diferentes métodos básicos de trabajo social?(individual y/o familiar, grupal, comunitario)
13. Qué variables tiene en cuenta para intervenir con la gente mayor sobre su soledad? (*existencia de variables que orientan nuestra intervención, por ejemplo tipo de soledad, género, si tiene familia, autonomía física o dependencia...*)
14. En el marco de su intervención con qué recursos o servicios se complementa para incidir sobre la soledad?
15. Qué objetivos tiene la intervención? (*por ejemplo reducir el sentimiento de soledad, depresión, aumentar el tamaño de la red social, mejorar la calidad de los apoyos, aumentar la frecuencia de contactos...*)
16. ¿Cómo cree que podría mejorarse el abordaje de la soledad y aislamiento en la gente mayor desde el ámbito de atención primaria de la salud y concretamente desde la práctica de trabajo social sanitario?