

---

# **La soledad y el aislamiento en la gente mayor. El papel del TSS en atención primaria**

**- Modalidad INVESTIGACIÓN -**

---

*Trabajo Final de Máster Trabajo Social Sanitario*

---

Autora: Vanessa Martínez Salas

Directora: Dra. Miryam Rodríguez Monter

---

marzo – junio 2020

## Agradecimientos

*Gracias a todas las personas que me han ayudado en este proceso para realizar mi trabajo final de máster.*

*A mi tutora Miryam Rodríguez, por sus consejos, ánimos y por hacerme de guía en este proceso resolviendo mis dudas referentes al trabajo final de máster.*

*A mi marido por hacerme este proceso menos duro con su compañía y sus ánimos.*

*A mi futuro bebé, **Bruno**, que estando en mi vientre y en mi recta final de embarazo me acompaña también con sus pataditas haciéndose notar. Y también presente ya que lo tengo sano en mis brazos como “ladrón del tiempo”.*

*A mi familia, por acompañarme (aunque en la distancia) en estos momentos duros para todos, que nos obligan a replantearnos nuestra forma de vivir y relacionarnos (covid-19). Situación que me ha hecho pensar aún más en lo importante que es relacionarse y evitar la soledad y el aislamiento en todas las personas, pero en especial en las más vulnerables.*

*«Yo pensaba que lo peor de esta vida era acabar solo. Y no lo es. Lo peor es acabar con gente que te haga sentir solo»*

*Robin Williams*

## Índice

- Resumen .....	4
-Abstract.....	5
-Introducción.....	6
-Marco teórico.....	8
1. Conceptos:	
• Envejecimiento como problema de salud pública.....	8
• Definición de salud/enfermedad.....	11
• Proceso de envejecer.....	13
• Diferentes teorías psicosociales para entender el envejecimiento.....	13
• Crisis asociadas al envejecimiento.....	15
• Definición de soledad y diferentes tipos de soledad.....	16
2. Instrumentos para medir la soledad.....	18
3. Trabajo social sanitario en Atención primaria y valoración social.....	23
-Hipótesis.....	26
-Metodología .....	27
• Tipo de investigación.....	27
• Cronograma.....	27
• Población objeto de estudio.....	27
• Selección muestra de trabajo.....	28
• Procedimiento utilizado (Técnicas e instrumentos).....	29
• Recogida de datos.....	29
• Consideraciones éticas.....	29
• Consideraciones Legales.....	30
• Limitaciones de la investigación.....	30
-Resultados.....	31
-Discusión.....	43
-Conclusiones.....	45
-Bibliografía .....	47

## Resumen / Abstract

La soledad no deseada y aislamiento en personas mayores es un problema creciente en la mayoría de sociedades.

Este trabajo pretende demostrar cómo los Trabajadores Sociales Sanitarios de atención primaria son profesionales clave para identificar a personas mayores con percepción de soledad no deseada y aislamiento.

Definir cómo influye negativamente en la salud de las personas mayores la soledad y el aislamiento y frenarlo con un envejecimiento activo y saludable, y la intervención y detección del TSS.

El presente trabajo se centra en la zona del Baix Llobregat Litoral y Hospitalet de Llobregat Sud, zona en la cual desarrollo mi función como Trabajadora social sanitaria. Para este trabajo he realizado 15 entrevistas a TSS de atención primaria de la zona, para abordar, desde la visión de los profesionales, el tema de la soledad y el aislamiento en las personas mayores de 65 años, identificación de estas personas, prevención y tratamiento.

Vital importancia la de los TSS en atención primaria, realizando su trabajo de forma coordinada con la resta de equipo de salud. Con su intervención y diagnóstico social pueden abordar la soledad no deseada y el aislamiento de personas mayores, interfiriendo en mejorar la salud de estas personas, minimizando el impacto negativo que puede provocar la soledad no deseada, ayudando en el terreno físico, social y psicológico.

Los TSS de atención primaria son clave para identificar a personas mayores con percepción de soledad no deseada. Trabajando de forma proactiva y/o coordinada con otros profesionales y/o equipos, se identifican a las personas vulnerables y se puede combatir la soledad y el aislamiento de los mayores promoviendo un envejecimiento saludable y activo.

**Palabras clave:** soledad y aislamiento, soledad no deseada, soledad en personas mayores, soledad crónica, soledad situacional, envejecimiento saludable.

## Abstract

Unwished loneliness and isolation in the elderly is a growing problem in most societies.

This work aims to show how Health Social Workers (HSW) in primary care are key professionals to identify elderly people with perception of unwished loneliness and isolation.

To define how loneliness and isolation have a negative impact on the elderly's health, how it can be curbed through an active and friendly aging, and the interventions and detection by HSWs.

This work takes place in Baix Llobregat Litoral and Hospitalet de Llobregat Sud areas, where I work as a health social worker. I have performed 15 interviews to HSWs from primary care in the area to know how loneliness and isolation in people older than 65 is addressed, identified, prevented and treated from their point of view.

HSWs are key to primary care and they work in coordination with the rest of health care providers. Through their interventions and social diagnosis, they are able to address unwished loneliness and isolation of the elderly, which improves their health and minimizes the negative impact that unwished loneliness can have. Therefore, their help embraces physical, social and psychological areas.

HSW in primary care are key to identify the elderly people with a perception of unwished loneliness. By working in a coordinated and/or proactive way with the rest of health care providers and/or teams, vulnerable people are identified and loneliness and isolation in the elderly can be addressed by promoting a healthy and active aging.

**Key words:** loneliness and isolation, unwished loneliness, loneliness in the elderly, chronic loneliness, situational loneliness, healthy aging.

## Introducción y justificación

Según datos de un Informe del IMSERSO<sup>1</sup> de 2012 “En España, el 36,8% de las personas de 65 y más años viven en hogares unipersonales: el 9,2% de los hombres y el 27,5% de las mujeres. Entre la población anciana, el 56% de los hombres y el 72% de las mujeres refieren sentir algún tipo de soledad, aumentando esta proporción a medida que avanza la edad”.

“En España, los mayores de 80 años han pasado de representar el 0,6 % sobre el total de población de 65 años y más a principios del siglo XX al 1,2 % en el año 1960 y al 6 % en 2015. Las proyecciones de población apuntan a que en el año 2065 las personas de más de 80 años representarán un 18,1 % sobre el total de población mayor”<sup>2</sup>.

“Previsiblemente, en las próximas décadas también aumentará la población centenaria. Las proyecciones realizadas por el INE señalan que las personas de 100 años y más son 14.863 personas en el 2015 (1 de enero de 2016), y pasarán a 16.417 individuos en el año 2020, a 52.953 en 2040 y nada menos que a 165.826 habitantes de ese grupo de edad en 2060; cinco años después (2065), se estima que se eleven a 213.040 ancianos centenarios. Sobre el total de personas de más de 65 años, los centenarios pasarán de representar un 0,17 % en 2015 a un 0,18 % en 2020, 0,37 % en 2040, casi triplicarse porcentualmente en el año 2060 (1,11 %), y para el 2065 se estima que asciendan al 1,49”<sup>2</sup>.

Y la huella no solo será en estos datos demográficos que no dejaran de crecer, sino que en según qué sociedades el hecho de envejecer puede percibirse de forma negativa, y eso causar un **gran impacto en la salud de una persona**, y más en la de nuestros mayores, causando problemas como soledad, depresión, ansiedad, mayor mortalidad, deterioro cognitivo, abandono de hábitos saludables y de higiene y por el contrario aumento de hábitos tóxicos (como puede ser consumo de alcohol, etc.).

Revisando la bibliografía son muchos los autores que afirman que no todo el mundo envejece igual, pero que si detectamos que la soledad no deseada y el aislamiento afloran, esto puede provocar que se aceleren otros problemas de salud, que hay que identificar e intentar frenar.

Con mi Trabajo Final de Máster pretendo demostrar que con un envejecimiento activo y saludable, las personas mayores, pueden minimizar los efectos provocados por la

soledad y el aislamiento. El Trabajador Social Sanitario (en adelante TSS), por otra parte, con su abordaje e intervención en los equipos de atención primaria será un profesional clave en la identificación de estos pacientes, realizando un trabajo proactivo, actividades de prevención, tratamiento y trabajo interdisciplinar.

**El trabajo constará de 4 grandes apartados:** En primer lugar del marco teórico, donde se analizará bibliografía y que dicen diferentes autores sobre qué es la soledad, tipos de soledad que existen, etc.

Un segundo apartado donde analizaremos diferentes escalas, instrumentos o cuestionarios que se utilizan a nivel sanitario, y nos pueden facilitar la tarea para medir la soledad que puede estar sufriendo una persona.

En tercer lugar, abordaremos cual es la función y rol del TSS en atención social de salud desde definiciones de la literatura y como la soledad afecta y puede poner en riesgo la salud de una persona.

Por último y cuarto lugar, entrevistas a TSS de atención primaria para saber de primera mano cómo abordan la problemática de la soledad y el aislamiento en mayores, e intervenciones para poder envejecer de forma activa y saludable.

## Marco teórico

### El envejecimiento como problema de salud pública

El envejecimiento es considerado un problema de salud pública que afecta a toda la población mundial que está envejeciendo por momentos, y donde la mayoría de países del mundo están experimentando este crecimiento tanto en el número como en la proporción de personas mayores que solo hacen que aumentar.

La preocupación es a nivel mundial y es por eso que se plantean estrategias, conferencias y políticas para buscar solución a este problema creciente.

### Conferencias importantes sobre envejecimiento

- En 1982, la Asamblea General convocó la primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, donde se elaboró un informe con 62 puntos: el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento: En dicho plan se mencionaban acciones concretas como la salud y la nutrición, la protección de los consumidores de mayor edad, la vivienda y el medio ambiente, la familia, el bienestar social, la seguridad de ingresos y de empleo, la educación, y el análisis de datos de investigaciones.
- En 1991 También la Asamblea General proclama los Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad, donde se mencionan 18 derechos de las personas mayores referentes a: la independencia, la participación social, la atención, la realización personal y la dignidad.
- En 1992, la Conferencia Internacional sobre el Envejecimiento se reunió y revisó el Plan de Acción del 82 y adoptó la Proclamación sobre el Envejecimiento.
- En 1999, la Asamblea General de la ONU proclamó ese año el Año Internacional de las Personas de Edad, celebrándose así cada año El Día Internacional de las Personas de Edad el 1 de octubre de cada año.
- En 2002, en Madrid se celebró la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento donde se decreta una Declaración Política y el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento de Madrid a nivel internacional para destacar la importancia que se les da a las personas mayores, su desarrollo, la promoción de **la salud y su bienestar en la vejez**, para que tengan un entorno propicio y de apoyo.



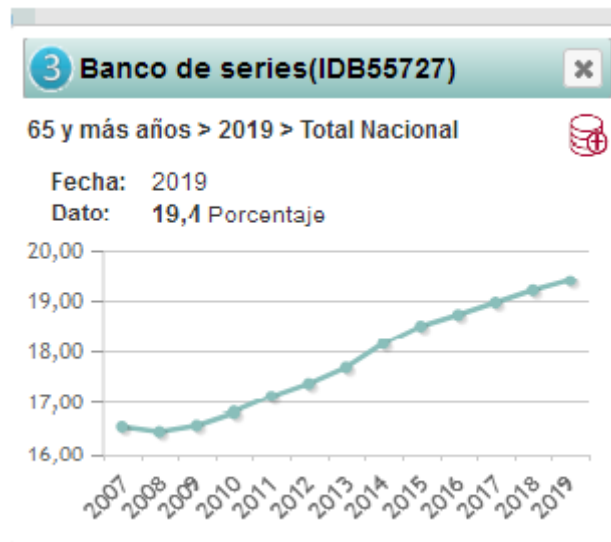
- En 2013, se celebra la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento.
- En 2017, Cuarta Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores.
- Entre otras hasta nuestros días...

La OMS <sup>3</sup> también se hace eco de este problema y declara que “La población mundial está envejeciendo a pasos acelerados. Entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo”.

Por ello hablamos de que es un reto a nivel mundial ya que vivir más tiempo no es atribuible a tener mejor salud.

“En España, según los datos oficiales del Padrón municipal de habitantes de 2015 (1 de enero de 2016), había 46.557.008 habitantes; es decir, han disminuido sus efectivos en algo más de 315.000 individuos desde el recuento realizado para el Censo de población y vivienda de 2011. De ese conjunto, las personas de 65 años y más representaban el 18,7 % (8.701.380 personas) frente al 17,3 % en el año 2011, lo que supone un incremento de 550.000 individuos, muchos más de los que se han perdido del total nacional. Y de ese colectivo formado por personas mayores de 65 años, el 6 %, un tercio aproximadamente sobre el total, tenían 80 años y más (2.792.613 habitantes en 2015)”<sup>4</sup>

También importantes estos datos de España, extraídos del Instituto Nacional de Estadística (INE) <sup>5</sup>, podemos observar esta gráfica de datos y podremos ver como desde 2007 hasta 2019 el número de personas mayores de 65 años ha ido en ascenso.



INE

Berrío <sup>6</sup>, ya mencionaba en un artículo de 2011 que por aquel entonces “el 8% de la población mundial tiene más de 65 años, y se espera que en 20 años este porcentaje aumente al 20%; muchas de estas personas incluso serán mayores de 80 años. Por ejemplo, en Italia se proyecta más de un millón de personas sobre la edad de 90 años para el año 2024, y en China en el 2050 se proyecta 330 millones de personas mayores de 65 años y 100 millones mayores de 80 años”.

Aun así, estamos delante de una situación todavía nueva para todos y el mundo es muy cambiante. En este 2020, una situación excepcional como ha sido una pandemia a nivel mundial, la Covid-19 ha hecho cambiar algo estos números y predicciones. Poco sabemos de esta nueva enfermedad, pero sí que parece que afecta más a la población más mayor y vulnerable de forma agresiva, y también más en hombres que en mujeres, afectando también a aquellos pacientes con patologías previas y crónicas. Es por ello que puede que las tasas de envejecimiento a nivel mundial cambien y nos sorprendan con nuevos datos en un futuro. Aún así, la tendencia hasta fecha de hoy era esta.

Hasta la fecha, factores como el incremento de la esperanza de vida y las tasas de baja natalidad han originado que la mayoría de sociedades tengan un crecimiento acelerado en el porcentaje de personas mayores. Esto tiene como consecuencia un aumento del envejecimiento de la población, y que a su vez nuestros mayores lleguen a su vejez con mayores problemas de salud y cronicidad (dependencia, discapacidad, ansiedad, deterioro cognitivo, depresión, mayor mortalidad, abandono de hábitos

saludables y de higiene y por el contrario aumento de hábitos tóxicos (como puede ser consumo de alcohol, sentimiento de soledad, aislamiento, etc.).

Causas como el descenso de la natalidad, el aumento de los hogares unipersonales, la precariedad económica, la falta de pertenencia a un grupo, la vida acelerada que vivimos,... son **factores que influyen en nuestra salud, pero en especial en la de nuestros mayores por su vulnerabilidad.**

La soledad es un problema creciente y afecta a muchos de nuestros mayores. Podríamos llamarla la epidemia de nuestro siglo. En ocasiones llegar a la vejez nos hace perder amistades, sufrir la pérdida de nuestra pareja, hijos mayores con cargas laborales y familiares que no pueden visitarnos todo lo que nos gustaría, llegamos a la vejez con mayores problemas de salud, enfermedades crónicas,...).

A este hecho, Álvarez<sup>7</sup>, lo define como **el síndrome de la soledad** un "estado psicológico que sucede a consecuencia de pérdidas en el sistema de soporte individual, disminución de la participación de las actividades dentro de la sociedad a la que pertenece y sensación de fracaso en su vida".

Así que no es lo mismo la situación de percibir y sentirse solo, que desear estar solo si uno/a dispone de buena salud. Es por eso que deberíamos diferenciar la soledad no deseada de la soledad por decisión propia, entre otras. **Pero también... ¿qué es envejecer con salud?**

### **Definición salud y enfermedad**

Deberíamos empezar definiendo lo que entendemos por salud y enfermedad. Cuando hablamos de salud puede que la mayoría lo tengamos claro, pero el concepto salud es relativo, multidimensional y cambiante.

Como dice San Martín<sup>8</sup>, "el concepto de salud es dinámico, histórico, cambia de acuerdo con la época, la cultura y con las condiciones de vida de la población. La idea que tiene la gente de su salud está siempre limitada por el marco social en el que actúan".

Según la OMS<sup>9</sup> (Organización Mundial de la Salud) en su Carta Constitucional de 1946 define la salud como "El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades", añadiendo también que hay otros determinantes de salud como "el conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones".

Por tanto cuando hablemos de salud se deberán tener en cuenta también los elementos culturales y sociales de la persona, la enfermedad y su percepción.

Comelles<sup>10</sup> cita a Horacio Fàbrega, médico y antropólogo estadounidense, que en 1974 expone ya la existencia de dos dimensiones de la enfermedad. Diferencia entre la DISEASE "La enfermedad biológica" y la "illness" o "SUFRIMIENTO" que correspondía a la expresión subjetiva de la enfermedad. Es decir, que existe una dimensión en la enfermedad objetiva que correspondía al signo y una expresión subjetiva que sería el síntoma. Pero esta diferenciación sería reduccionista si no se aceptan las expresiones culturales del signo y del síntoma y las pautas de los contextos culturales locales".

Así pues podemos afirmar tal y como dice Valentín Gavidia<sup>11</sup> que "la salud y la enfermedad son conceptos opuestos y construimos el significado de uno en función del otro, sobretodo del más conocido. Así, de la misma forma que la vida es lo opuesto a la muerte, la salud tradicionalmente se ha representado como "la ausencia de enfermedades e invalideces".

Por tanto cuando hablamos de salud se nos viene a la cabeza el binomio de salud-enfermedad, y es que podríamos afirmar que no entendemos una palabra sin pensar en la otra.

"Por otra parte, si bien el concepto de salud no ha variado desde 1945, sí lo han hecho las necesidades y las expectativas de las personas, factores clave que se deben considerar en momentos en los que los sistemas sanitarios han de adaptarse al entorno"<sup>1</sup>.

**Así pues, en general, y cuando más pensamos en la salud y en la enfermedad es en la vejez, que es cuando más podemos notar el proceso de envejecimiento. Pero no en todos los casos las personas envejecemos igual, ya que no solo es un proceso biológico. Según las definiciones anteriores podemos decir que la idea de sentirse bien o mal depende no solo de las afecciones, enfermedades o momento en el que nos encontremos, sino que también depende de nuestra idea subjetiva, de la percepción de cada individuo, entre otros factores.**

Sumar años también significa por norma general sumar dolencias, enfermedades,... pero puede depender de nosotros y nuestra fortaleza en cómo nos acerquemos sigilosamente a la vejez y a la enfermedad. En la mayoría de sociedades se suele

entender que se entra a formar parte de la vejez en la edad de jubilación, sobre los 65 años aproximadamente. **Actualmente, este concepto pueda verse variado si se retrasa la edad en que la persona se jubila o si esta continúa en activo unos años más.**

### **Proceso de envejecer**

Envejecer es un proceso normal propio del proceso vital de la persona.

Walker y Avant<sup>12</sup>, analizan y definen el proceso de envejecimiento y lo describen como: “un proceso irreversible, único, individual, universal de cambio que involucra todas las dimensiones del ser humano, disminuye la velocidad de los procesos del cuerpo, entre otros”.

En este proceso de envejecimiento la persona puede enfrentarse a pérdidas y duelos, tanto a nivel físico, psicológico, familiar y social. También en este proceso pueden sufrir o notar un deterioro de sus capacidades físicas y cognitivas, pero no todas las personas se enfrentaran de la misma forma a este proceso.

Algunos factores podrán ser claves como la genética, realizar ejercicio físico de forma regular y la ausencia o el buen control de enfermedades crónicas, que hayan podido surgir en esta etapa, serán claves para afrontar de una forma u otra este proceso de envejecimiento.

**Otro factor importante sobre cómo afrontemos este proceso será el tema redes, apoyos y contactos con los que contemos.** Tener apoyo familiar, social o de la comunidad puede ser algo que también influya en la manera de cómo afrontemos la vivencia de la vejez.

### **Diferentes teorías psicosociales para entender el envejecimiento**

Diferentes **teorías psicosociales** nos podrían hacer entender el fenómeno del envejecimiento en las sociedades modernas y occidentales. No en todas las culturas se vive y siente de la misma forma el acontecimiento de envejecimiento. Autores como Merchán y Cifuentes<sup>13</sup> mencionan y recogen estas distintas teorías de otros autores, aunque mencionan también que ninguna de ellas tiene por sí sola suficiente fuerza para explicar este fenómeno del envejecimiento, pudiendo existir múltiples causas y condicionantes para envejecer de la mejor manera posible.

- **Teoría de la desvinculación (también llamada del desapego o del retraimiento):** afecta a las relaciones entre el individuo y la sociedad, a los procesos internos que experimenta una persona en su degenerar de la vida. Desarraigo, desvinculación a su red de pertenencia sin vincularse a ningún otro grupo.
- **Teoría de la actividad:** vendría a ser lo contrario a la anterior teoría ya que afirma que el proceso de envejecimiento de las personas es más satisfactorio cuanto más actividades sociales realiza el individuo.
- **Teoría de los roles:** el rol es la función que una persona representa en un grupo social o en la vida misma. Estos roles por los que atraviesa una persona van cambiando según la distintas etapas de su desarrollo cronológico. Las personas mayores pueden ir perdiendo el papel que tenían en la sociedad hasta quedar desposeído de roles, sin lugar y sin status. Esta teoría viene a afirmar que la persona que envejece ha de ir asumiendo los roles señalados anteriormente que corresponden a su edad, ya que con una adaptación positiva a su proceso de envejecimiento le haría aceptar esta pérdida de papeles en la sociedad, aceptando lo que se espera de su compromiso social.
- **Teoría de la subcultura:** esta teoría afirma que personas de una misma edad (mayores de 65 años) comparten determinadas vivencias, intereses, pérdidas,... que hace que se encuentren y entiendan en esa “subcultura de la edad”.
- **Teoría de la continuidad:** teoría que explica que la vejez es una prolongación de todas las etapas anteriores, el comportamiento de una persona y las habilidades desarrolladas al largo de su vida. Por tanto, la clave está en como la persona se adapte a los cambios o a nuevas situaciones y siga en continua actividad aunque de diferente forma.
- **Teoría de la estratificación por edades:** estratificación de individuos o grupos sociales por la edad que tienen, compuestos por personas que tienen esa misma edad que comparten intereses e inquietudes.
- **Teoría de la modernidad:** esta teoría afirma que la posición social de los ancianos es inversamente proporcional al grado de industrialización de esa sociedad. La condición social que adquieren las personas mayores está en función del grado de modernización o cambios sociales que se den en la sociedad.

- **Teoría del apego:** esta teoría afirma que el ser humano siente la necesidad de relacionarse o vincularse con otros individuos de su especie desde sus etapas más tempranas. Una necesidad de relación que puede ser esencial para las personas ya que la persona sobrevive gracias a los apegos o vínculos que desarrolla.

**Estas diferentes teorías** nos pueden hacer entender en parte como cada persona puede vivir el proceso de envejecer, pero sin existir una única causa. **Pero también** podemos hablar de otros factores o causas.

### **Crisis asociadas al envejecimiento**

Laforest<sup>14</sup>, es otro autor que define tres crisis asociadas al envejecimiento: la crisis de identidad, de autonomía y de pertenencia.

- **La crisis de identidad:** donde se viven un conjunto de pérdidas que pueden deteriorar la propia autoestima. Hay una pérdida entre el yo ideal y el yo real.
- **La crisis de autonomía:** dada por el deterioro del organismo y de las posibilidades de desenvolverse de forma autónoma en las actividades de la vida diaria (AVD).
- **La crisis de pertenencia:** experimentada por la pérdida de roles y de grupos a los que la vida profesional y las capacidades físicas y de otra índole que afectan en la vida social.

Por tanto podemos afirmar que no hay un patrón en el hecho de envejecer y que hay que estudiarlo en base a la individualidad de la persona.

Y eso nos hace pensar en cómo vivimos y afrontamos la soledad. Por tanto la pregunta que podríamos hacernos es... **¿Qué es la soledad? ¿Hay diferentes tipos de soledad?**

## Definición de soledad y diferentes Tipos de soledad

Según la Real Academia Española<sup>15</sup>, la soledad es “la carencia voluntaria o involuntaria de compañía”.

Madoz<sup>16</sup>, describe la soledad como el "convencimiento apesadumbrado de estar excluido, de no tener acceso a ese mundo de interacciones, siendo una condición de malestar emocional que surge cuando una persona se siente incomprendida o rechazada por otros o carece de compañía para las actividades deseadas, tanto físicas como intelectuales o para lograr intimidad emocional".

A la pregunta de si hay diferentes tipos de soledad, la respuesta es sí.

La soledad de por sí no tiene por qué tener una connotación negativa. Hay personas que les gusta estar solos, y/o vivir en soledad. Por tanto podríamos hablar de **soledad objetiva y soledad subjetiva**. La primera hace referencia a la falta de compañía, donde según el estudio realizado por CIS-IMSERSO, “el 14% de las personas mayores que residen en sus domicilios manifiesta soledad y no siempre implica una vivencia desagradable para el individuo, ya que puede ser una experiencia buscada y enriquecedora, aunque la mayoría de estas personas, según los resultados, se ha visto obligada a ello”<sup>17</sup>.

La soledad subjetiva es el **sentimiento o percepción propia** de las personas que se sienten solas. No es una situación buscada o deseada y por eso es algo temido y puede llegar a ser doloroso.

Autores como Young<sup>18</sup> mencionan tres tipos de soledad en función de su duración, diferenciando entre: la soledad crónica, la soledad situacional y la soledad pasajera.

- **“Soledad crónica:** dura dos o más años y es el sentimiento de insatisfacción con las relaciones sociales y la incapacidad de desarrollar relaciones sociales satisfactorias.
- **Soledad situacional:** surge después de un evento vital estresante, como la muerte del cónyuge o la ruptura de un matrimonio. En estos casos, el sentimiento de soledad es temporal y el individuo lo supera en el momento en que acepta su pérdida.
- **Soledad pasajera:** es la forma más habitual y se caracteriza por episodios cortos de sentimientos de soledad”.



Por tanto podríamos afirmar que hay una soledad que es más permanente de otra que es más puntual y podría resolverse si se resuelve un hecho concreto.

Otros autores como Luanaigh y Lawlor<sup>19</sup>, hablan de **soledad patológica** y **soledad normal** diferenciándolas por su duración, frecuencia (puntual o persistente) y la gravedad de la experiencia que se percibe.

Por tanto **soledad y salud** es también un binomio a tener en cuenta ya que implica que la persona que mayor vulnerabilidad presente por sentir esa soledad no deseada, mayor posibilidad tendrá de enfermar.

Castro<sup>20</sup> hace otra mención de tres tipos de soledad: **soledad objetiva**, **soledad emocional** y **soledad social sintónica**.

- **Soledad objetiva:** este tipo de soledad según la autora hace referencia a la presencia o la ausencia de relaciones sociales.
- **Soledad emocional:** en esta soledad se tiene en cuenta la red de ayuda y cuidados que una persona puede tener de su entorno social.
- **Soledad social sintónica:** hace referencia a la falta de sintonía que se puede tener con otras personas, como una desconexión.

Viendo todos estos tipos de soledad, podemos afirmar que no hay una única causa, y su durada puede ser también muy variable. También podemos analizarla desde una base objetiva o subjetiva de la persona, y como cada persona se relaciona con su red de apoyos y soportes o como los percibe.

Hay personas que pueden vivir solas y estar a gusto con este hecho, otras que aun y estar rodeados de gente se sientan solos, y los/las que vivan la soledad no deseada y se les sumen otras circunstancias como factores económicos, personales, físicos, entorno, etc. **Por tanto soledad y aislamiento no son el mismo concepto** pero si en muchos casos un hecho acompaña al otro.

Así pues, una pregunta que podemos hacernos es **¿Cómo podemos detectar o diagnosticar que una persona sufre soledad no deseada?**

## 2. Instrumentos para medir la soledad

A nivel sanitario nos pueden ser de gran ayuda la utilización de diferentes test, cuestionarios o escalas para hacer mediciones y extraer resultados fiables para analizar y/o diagnosticar algunas situaciones de pacientes.

Por ejemplo en el ámbito sanitario encontramos diferentes escalas que nos pueden ser útiles para diagnosticar a pacientes que puedan estar padeciendo soledad.

Algunas de estas **escalas** son las siguientes:

- Escala indicador del riesgo social TIRS: nos puede ayudar a medir el riesgo social o la vulnerabilidad de la persona en cuanto a soporte personal o familiar, vivienda, o situación económica. Un dato que nos puede dar es que la persona se encuentra en una situación de aislamiento o con ciertas dificultades que deberíamos analizar y/o valorar.
- Escala de valoración del anciano: esta escala permite la detección de situaciones de riesgo o problemática social con un grado de fiabilidad alto y de validez aceptable. Utilizada por los profesionales que trabajan en la atención social o sanitaria con personas mayores. Nos permitirá analizar los aspectos sociales, junto a los funcionales o a los psicológicos, a la hora de detectar situaciones de riesgo, emitir un pronóstico, orientar una intervención o efectuar un seguimiento.
- Escala de Barber: puede realizarla la propia persona o realizarla un profesional si la persona presenta dificultades. Contiene nueve preguntas, a través de las cuáles se puede averiguar si el anciano está en riesgo de dependencia o no.
- Escala Gijón: evalúa la situación familiar de personas mayores que vivan en su domicilio, relaciones y contactos sociales, apoyo de red social, y situación económica. Su objetivo es detectar situaciones de riesgo y problema sociales para poder poner en marcha intervenciones sociales
- Escala OARS (escala de recursos sociales): nos proporciona información acerca de cinco áreas: estructura familiar y recursos sociales, recursos económicos, salud mental, salud física y capacidades para la realización de AVB.
- Escala Moral Piladelphia Lawton, 1972: escala basada en el concepto multidimensional de bienestar psicológico, que parte del supuesto de que un estado de ánimo elevado, se caracterizaría por la sensación de satisfacción con uno mismo, un sentimiento de que “uno tiene un sitio en esta vida” y la aceptación de lo que no se puede cambiar.

- La Escala Este II de Soledad Social: escala que mide 3 factores: percepción del apoyo social, uso de nuevas tecnologías, e índice de participación social. Mencionar que la universidad de Granada consiguió un instrumento de contexto español. Es una de las más utilizadas para valorar la soledad social.
- Escala Oslo3: herramienta para medir el apoyo social. Es una escala utilizada por los profesionales de la salud.
- Escala de Soledad de UCLA: nos puede ayudar a clasificar el nivel de soledad de la persona según la puntuación obtenida. Se considera que las puntuaciones más habituales oscilan entre 15 y 20, mientras que una puntuación superior a 30 sería indicativa de un grado severo de soledad.
- Escala sesla: escala para la evaluación de la soledad social y emocional en adultos.
- Escala Esli (Emotional And Social Emotional And Social Loneliness Inventory): mide la soledad emocional y la soledad social.
- Escala de Hamilton: es la escala más utilizada para estimar la severidad y diagnosticar la depresión. Nos puede ayudar para aquellos casos de personas que al sufrir una depresión puedan empezar a aislarse y perder contacto con su entorno, redes de apoyo, etc.
- Cuestionario Duke: sirve para estudiar el apoyo social percibido o funcional.

**Otras escalas importantes** para valorar el estado funcional y mental de la persona son:

- Índice de Barthel: es un instrumento que nos ayudará a realizar una evaluación, de las actividades de la vida diaria (AVD) de una persona. Esta escala nos ayudará a valorar diez actividades básicas de la vida diaria de una persona para saber con qué tipo de funcionalidad cuenta.
- Escala de Pfeiffer: es un instrumento o cuestionario que nos ayudará a medir el grado de deterioro cognitivo que puede tener una persona.
- Escala de depresión geriátrica: Test de Yesavage: para población mayor de 65 años. Puede ser realizado por la propia persona. Sirve para el cribado de la depresión en personas mayores. Hay dos versiones, una con 15 preguntas y otra con 5. Cada. El método de 5 tiene las preguntas salteadas entre el resto, para evitar que el paciente las interprete mal o haya algún tipo de sesgo. Test muy completo para valorar la depresión, y de mucha utilidad.

Otra pregunta que podemos hacernos es **¿Puede la soledad ser un riesgo para la salud de las personas mayores?**

**Muchos son los estudios que abalan que la soledad es causante** de muchos problemas que pueden afectar a nuestra salud.

El psiquiatra Bullock<sup>21</sup> realizó un estudio en Gran Bretaña y donde llegó a las siguientes conclusiones sobre cómo afecta la soledad a la salud:

- Mayor riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares: un estudio realizado por investigadores del Hospital Universitario de Copenhague (Dinamarca), dice que " los varones y mujeres que, afectados por una enfermedad cardiovascular, se sienten solos (con independencia de que vivan solos o en compañía), tienen el doble de riesgo de sufrir una muerte prematura"<sup>22</sup>.
- Disminución de la función cognitiva y ejecutiva: mayor riesgo de padecer enfermedad de Alzheimer, disminución del control ejecutivo y aumento de los síntomas depresivos.
- Mayor riesgo de muerte prematura: la soledad y el aislamiento está íntimamente con otras enfermedades como obesidad, deterioro cognitivo y en definitiva provocar que la persona tenga un peor auto cuidado y empeore su salud.
- Disminución en la calidad del sueño: hay expertos que hablan sobre un círculo entre la soledad y la calidad del sueño y que también se asocia con la depresión y la ansiedad.
- Mayor riesgo de deterioro cognitivo y demencia: la OMS<sup>23</sup> define la demencia como "un síndrome que implica el deterioro de la memoria, el intelecto, el comportamiento y la capacidad para realizar actividades de la vida diaria". Por eso factores psicológicos como el sentimiento de soledad y la depresión asociados al riesgo de sufrir demencia se estudian cada vez más.
- Aumento de inflamación crónica: las personas que sufren soledad y aislamiento pueden llegar a cuidar peor su salud y sufrir inflamaciones varias en el cuerpo, repercutiendo en la capacidad de respuesta de nuestro sistema inmune.
- Mayor vulnerabilidad a más enfermedades: tal y como estamos viendo en los ejemplos anteriores las personas que se sienten solas corren un mayor riesgo de contraer muchas más enfermedades.
- Disminución de la función inmune: un estudio realizado en 2015 por el Dr. John Cacioppo, experto en el tema de la soledad, en la revista Proceedings of the

National Academy of Sciences en 2015, estudian “la expresión de los genes implicados en los procesos de inflamación y observan una disminución de la expresión de los genes relacionados con las defensas para combatir las infecciones virales”<sup>24</sup>.

- Aumento de síntomas depresivos: Uribe y Molina<sup>25</sup> resaltan que una de las variables que más afecta a la salud en las personas mayores es el estado de ánimo, en el que las mujeres se ven más afectadas que los hombres, ya que la soledad, la **dependencia de familiares**, el estar expuestas a violencia de género, el trabajo no remunerado y la discriminación, se convierten en factores de riesgo, y si no son tratados, pueden llevar a patologías como la depresión mayor, la cual es más frecuente en mujeres que en hombres.
- Miedos y fobias sociales: sufrir soledad puede conducir a padecer miedos y fobias sociales, e irnos aislando, hasta el punto de no tener contacto con otras personas.
- Mayor riesgo de accidentes cerebrovasculares: la revista Heart<sup>26</sup> en un estudio de 2016, sugieren que las deficiencias en las relaciones sociales están asociadas con un mayor riesgo de desarrollar enfermedades del corazón y derrame cerebral.
- Obesidad: soledad y obesidad pueden guardar una estrecha relación, aumentando así también el riesgo de padecer otras enfermedades y aumentar el riesgo de muerte prematura.
- Presión arterial alta: “la hipertensión se incorpora a las circunstancias de vida de quienes la padecen. Los motivos que elaboran los pacientes sobre las causas y el desarrollo de la enfermedad reflejan las historias personales, y en ocasiones se relacionan con situaciones que no comprenden o que causan tristeza y angustia”<sup>27</sup>.

Y si la soledad no deseada y el aislamiento tienen repercusiones en la salud de las personas mayores que la sufren **¿Podemos hacer algo para combatir este hecho?**

La OMS<sup>28</sup> utiliza el término de **Envejecimiento activo** en este sentido: "El envejecimiento activo es el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez". Se trata de promover el máximo de autonomía posible, es decir, potenciar la propia capacidad para controlar, afrontar y tomar decisiones sobre la vida diaria.

En el informe de la OMS<sup>3</sup> de 2015 esta ya describe que hay que facilitar “los entornos amigables con las personas mayores, que les permiten ser y hacer lo que valoren, ayudándolas a maximizar sus capacidades y habilidades”.

Puede que tengamos que cambiar la mirada sobre cómo prestamos los servicios y atenciones a las personas mayores. Puede que el enfoque sea el atender a las personas mayores escuchando más su voz y sus necesidades, y que la línea sea la de prestar unos cuidados a largo plazo, adaptándolos a la situación cambiante de cada persona ya que como hemos visto no todos envejecemos igual.

**Así que puede que tengamos que cambiar la forma de pensar** y ver a las personas mayores para tratar y salir al paso de la soledad no deseada y el aislamiento, ya que no es exclusivamente una responsabilidad de la persona mayor o de la familia, sino de la sociedad en su conjunto y de los profesionales y equipos que tratan a estas personas.

### 3. Trabajo Social Sanitario en Atención primaria y Valoración social

La **valoración social** es un instrumento utilizado por los trabajadores sociales sanitarios. En el caso de estudiar la situación de una persona mayor nos acercaría a saber cuál es su situación real y como se relaciona esta con su entorno. Cuál es su red de apoyos, situación familiar, situación económica, etc. Esta valoración social el TSS la debe hacer constar en la historia clínica del paciente para así aportar el diagnóstico social al sanitario, y así disponer de una valoración integral de esa persona.

Pero ¿Cómo se interviene desde el trabajo social y/o atención primaria para abordar la soledad?

Según una guía elaborada por un equipo de TSS de la comunitat Valenciana<sup>29</sup> y citando a la OMS dejan referencia que la presencia de más de uno de los criterios mencionados ya será suficiente para considerar “anciano/a frágil o de alto riesgo”,

“Según la OMS son criterios de inclusión "de anciano / a frágil" o "de alto riesgo", los siguientes:

- Patología crónica invalidante (física y / o psíquica): aumentan este tipo de patologías entre las personas que sufren de soledad.
- polimedicados (más de 5 fármacos): mayores que son más hiperfrecuentadores a los servicios sanitarios por múltiples dolencias y por tanta mayor probabilidad de consumir más fármacos.
- Vivir solo: puede estar relacionado con mayor probabilidad de mortalidad.
- Edad avanzada: en la actualidad, la tendencia es que se seleccionan las personas de más de 80 años.
- Hospitalización en los últimos tres meses: un indicativo en salud es valorar si la persona ha precisado tres o más ingresos en los últimos meses.
- Viudedad reciente (último año): puede presentar mayor vulnerabilidad por ese factor estresante de la pérdida reciente de la pareja.
- Presencia de problemas sociales con incidencia para la salud.

Desde el punto de vista del TSS, además de los criterios anteriormente mencionados consideramos anciano/a de riesgo aquel que cumple alguno de los siguientes criterios:

- Ancianos/as reclusos en su domicilio: personas que se aíslan y tienen poco contacto con otras personas.
- Sospecha de malos tratos: otro de los puntos a tener en cuenta es el aumentar la detección de los malos tratos en personas mayores ya que les hace ser más vulnerables y tener más riesgo de fragilidad.
- Situaciones que presentan riesgo de institucionalización del anciano/a de forma prematura o inadecuada: a más fragilidad mayores problemas de hospitalización, institucionalización, etc.
- Ancianos con problemas económicos: en ocasiones la vejez y sus múltiples problemas de dependencia y discapacidad hace aumentar las necesidades de la personas mayores disparando sus gastos, y perjudicando su, ya a veces, ajustada situación económica.
- Carencia de apoyo familiar y/o social: la falta de apoyos, tanto formal como informal, en las personas mayores puede tener repercusión en sus necesidades biopsicosociales.
- Cualquier otro problema que incida en su salud.

Estos criterios pueden ser la señal que nos diga que hay que fijarse en que algo no va bien, ya que **puede que la persona no haga una demanda clara de ayuda, o no tenga clara la percepción de que algo no va bien.**

Pero hay que tener una cosa clara y es que “La responsabilidad de intervenir sobre la soledad y el aislamiento social no recae exclusivamente sobre atención primaria. La familia, la comunidad y los servicios sociales y de salud pública tienen un papel central”<sup>30</sup>.

Los TSS de atención primaria basamos nuestra intervención con todo tipo de personas. Cuando atendemos a personas vulnerables como son las personas mayores debemos estudiar sus necesidades psicosociales y su estado de salud, con el objetivo de conocer y poder cambiar su realidad para contribuir a su bienestar físico, psicológico y emocional.

Pilar Porcel<sup>31</sup> ya menciona en su libro que el Trabajo social es un valor añadido en atención primaria y afirma que “El trabajador social no es sólo aquel profesional conocedor de la dinámica de los recursos comunitarios, es quien tiene capacidad



académica y habilidades para modificar actitudes y hacer un buen acompañamiento de las personas ante situaciones de salud difíciles, pero también tiene capacidad para dinamizar el equipo terapéutico o iniciar trabajos grupales con colectivos de pacientes que tienen una problemática común o viven situaciones difíciles, modificando vivencias y puntos de vista por el hecho de compartir estas experiencias”.

**Ahora bien**, para analizar de primera mano cual es la intervención desde TSS en atención primaria de salud con personas mayores que puedan sufrir soledad y/o aislamiento, analizaremos las respuestas de diferentes TSS que intervienen directamente con estas personas y comprobaremos si lo que se dice la literatura se adecua a la realidad.

## Hipótesis de trabajo

**-La percepción de soledad y el aislamiento en las personas mayores puede frenarse con un envejecimiento activo y saludable.**

### Objetivos

#### Objetivo general

**-Definir la soledad no deseada y el aislamiento en personas mayores en el ámbito de salud.**

#### Objetivos específicos

**-Investigar como la soledad puede influir negativamente en la salud de las personas mayores que vivan situaciones de soledad y aislamiento.**

**-Dar a conocer cuál es la intervención del TSS en atención primaria de salud con personas mayores que vivan una situación de soledad no deseada y aislamiento.**

**-Indagar sobre actividades para combatir la soledad en personas mayores para un envejecimiento activo y saludable.**

## Metodología

### Tipo de investigación

Para esta investigación he elegido una **metodología mixta** que me permita extraer datos concretos y por otra parte la propia opinión de los profesionales entrevistados. Para ello he utilizado la plataforma Google drive y he realizado un cuestionario preguntando datos concretos y relevantes para la investigación y preguntas abiertas para que los TSS entrevistados muestren su punto de vista y opinión. Con este tipo de investigación pretendo recoger información basándome en la observación de los propios protagonistas, su relación con el entorno, y la posterior interpretación de significados extraídos.

Acercarme a saber y conocer, de la mano de los propios profesionales, TSS que trabajan en el campo de la salud, como influye la soledad y el aislamiento, en las personas mayores de 65 años, y como afecta a la salud de estos, y cuál es la intervención del TSS en atención primaria, su rol y labor para abordar este problema.

### Cronograma

El periodo de estudio durante el cual se ha llevado a cabo esta investigación ha sido de **abril a junio de 2020**.

### Población objeto de estudio

La población objeto de estudio para esta investigación han sido 15 TSS de atención primaria de salud.

La Región Sanitaria en la cual he centrado mi estudio es **BARCELONA**, para ser más exactos **el Ámbito territorial de la Metropolitana Sud**, con una población corte de 1.355.631 en 2019.

Esta zona se denomina SAP DELTA y comprende poblaciones del Baix Llobregat y Hospitalet de Llobregat Sud. Los profesionales de TSS a los que se les ha pasado la encuesta pertenecen a los siguientes Equipos de Atención Primaria (EAP) <sup>32</sup>.

EAP Castelldefels 1  
EAP Can Bou Castelldefels  
EAP Gavà-1  
EAP Gavà 2  
EAP Begues  
EAP Viladecans-1  
EAP Viladecans-2 i 3  
EAP Ramona Via El Prat  
EAP Disset de Setembre El Prat  
EAP Pujol i Capçada El Prat  
EAP Centre Hospitalet  
CAP Sant Feliu Hospitalet  
EAP Sant Josep Hospitalet  
EAP Can Serra Hospitalet  
EAP Sta Eulàlia Nord Hospitalet  
EAP Bellvitge Hospitalet  
EAP Gornal Hospitalet  
EAP Santa Eulàlia Sud Hospitalet  
EAP Pubilla Casas Hospitalet  
EAP Florida Nord Hospitalet  
EAP Florida Sud Hospitalet

Nota: de todos los centros con los que se ha contactado, **no todos los profesionales han respondido la encuesta.**

#### Selección muestra de trabajo

La forma de selección de los profesionales participantes en la investigación ha sido mediante contacto **vía mail directo y/o a través de la referente de zona** del Baix Llobregat y Hospitalet de Llobregat Sud, para pedir colaboración de los diferentes TSS para participar de forma voluntaria en este estudio. Han sido elegidos estos centros y no otros por ser mi zona actual de trabajo, en la cual desarrollo mi función como Trabajadora social sanitaria.

Para la elección de los profesionales me he basado en varios criterios:

- Que el TSS fuera el titular de la plaza o llevara una temporalidad superior a los 6 meses para conocer a la población objeto de estudio.
- Que fueran TSS de atención primaria de la zona del Baix Llobregat y Hospitalet de Llobregat Sud.

#### Procedimiento utilizado (Técnicas e instrumentos)

Una vez elaboradas las entrevistas con google drive se han enviado a los diferentes TSS conjuntamente con un mail de presentación de la investigación. La entrevista se ha llevado a cabo de forma no presencial y de forma individual, por la situación actual de confinamiento por la Covid-19. Con algunos profesionales se ha podido también contactar e informar vía telefónica y/o whats App para informar previamente sobre esta investigación y así pedir colaboración sobre la participación en dicho estudio.

La entrevista ha sido fragmentada por contenidos para así facilitar los temas a tratar según los objetivos propuestos.

#### Recogida de datos

Los TSS participantes, una vez han respondido el formulario enviado, solo lo debían devolver de vuelta. De esta forma se ha intentado **facilitar al máximo la devolutiva de la información** para poder después proceder con el análisis de resultados y poder extraer conclusiones.

#### Consideraciones éticas

Con el fin de exponer el motivo de estudio y explicar la investigación que se quiere llevar a cabo he escrito una carta de presentación que ha sido enviada por mail y enviada a todos los TSS participantes y a la referente de TSS y coordinadora de zona - Dirección de Atención Primaria Costa de Ponent.

**En los anexos de este TFM se encuentra anexada la carta y la entrevista** que se ha elaborado con Google drive, y enviado a los participantes, donde se les informa también del **compromiso de confidencialidad y la participación voluntaria en dicho estudio.**

### Consideraciones Legales

En base a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre<sup>33</sup>, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Se informa a los TSS participantes que **los resultados extraídos en la investigación serán solo utilizados para fines académicos** por la estudiante de este máster de Trabajo social sanitario de la UOC, y/o por el profesorado evaluador de dicho máster.

Este punto se envía en el mail informativo donde se adjunta el enlace a la entrevista.

### Limitaciones de la investigación

Debida a la situación de confinamiento y estado de alarma decretado por el Gobierno de España por la Pandemia a nivel mundial de Covid-19 (momento en el cual se realiza este estudio), he pedido colaboración a la referente de TSS de zona para pedir la cooperación de los profesionales participantes, ya que al tratarse de una situación excepcional la carga laboral de los profesionales, **estos meses, se ha visto afectada y/o algunos manifiestan estar realizando teletrabajo o con otras cargas laborales, dificultándoles la participación en el estudio, así como me lo han hecho saber.**

**Otras limitaciones** con las que me he encontrado han sido referentes a la búsqueda bibliográfica, ya que no hay mucha literatura o es escasa referente a trabajadores sociales sanitarios que describan situaciones como las del objeto de estudio.

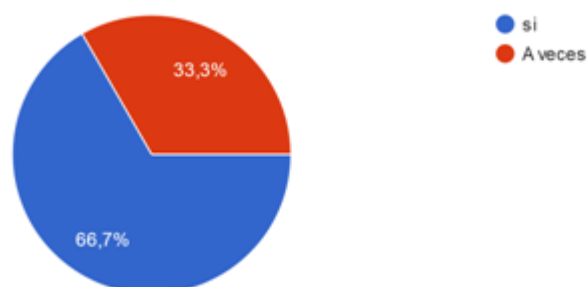
## Resultados

La entrevista fue realizada a **15 profesionales de TSS** que trabajan en quipos de atención primaria de salud. Esta se estructuró en diferentes apartados en la que se preguntó a los entrevistados sobre la relación de la soledad y el aislamiento que pueden sufrir los pacientes mayores de 65 años que atienden conforme:

- Relación salud/enfermedad
- Factores y causas de la soledad
- Detección
- Intervención desde TSS (equipo de salud)
- Dificultades

### Relación salud/enfermedad

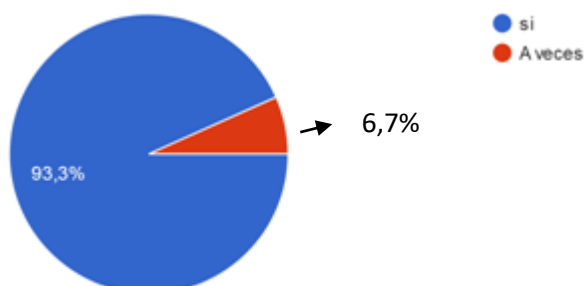
**Gráfico 1.** ¿Las personas mayores que viven solas y/o no tienen soporte son más hiperfrecuentadoras de los servicios sanitarios?



En la cuestión 1, tal y como **muestra el grafico que adjunto** a continuación la mayoría de profesionales han respondido a la pregunta de:

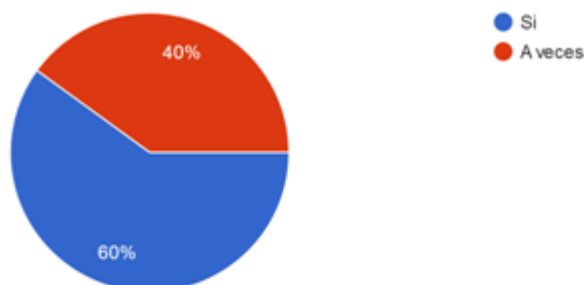
Que las personas mayores que viven solas, según la percepción de los TSS, si son **más hiperfrecuentadoras de los servicios sanitarios**, con un 66%, y con un 33'3% han respondido que, solo a veces pueden visitar con más frecuencia a los servicios sanitarios.

**Gráfico 2. ¿Hay personas mayores que aún y teniendo soporte familiar se sienten solos?**



En esta pregunta 2 pregunta, los TSS responden casi por unanimidad que sí con un 93,3%, que **la mayoría de personas a las que atienden, aún y teniendo soporte familiar, se sienten o pueden sentirse solas**. Solo un 6,7% responden que a veces.

**Gráfico 3. ¿Las personas mayores acuden a la consulta del TSS i reconocen tener problemas de soledad y aislamiento?**



En la pregunta 3, de los 15 TSS entrevistados, un 60% manifiesta que de las personas mayores que acuden a su consulta de TSS reconocen abiertamente tener **problemas de soledad y aislamiento**, y un 40% reconoce que solo a veces lo manifiestan. He procedido a eliminar la categoría No ya que ninguno de los TSS ha respondido esta opción.

En la pregunta 4, se preguntó a los TSS sobre la percepción que creen que tienen las personas mayores sobre su propio estado de salud.



Varios TSS coinciden y responden que **las personas mayores tienen una percepción subjetiva de su salud percibiendo que esta es peor de lo que en realidad es.**

*“En cuanto a la percepción de la salud creo que nos encontramos con personas que tienen la sensación de tener una percepción más negativa de su estado de salud del real, y en otros casos, que diría algo más mayoritaria, la percepción de que no hace falta modificar nada, quitando importancia al estado de salud” (TSS2).*

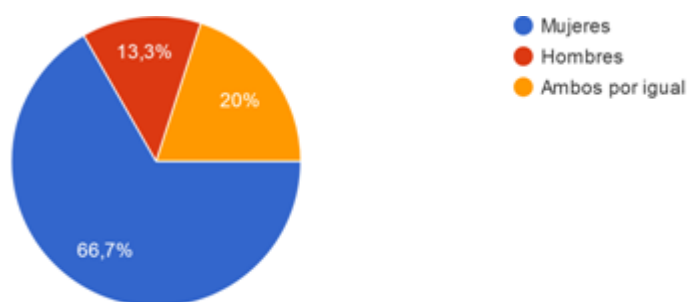
*“Generalmente la perciben peor de lo que realmente la tienen” (TSS3).*

*“En general la percepción es de que tienen muchas patologías y les duele todo” (TSS4).*

*“Percepción subjetiva de peor estado de salud” (TSS8).*

### **Factores y causas de la soledad**

**Gráfico 5: De los pacientes que atendéis ¿Quién sufre mayores problemas de soledad y aislamiento?**



En este segundo apartado se preguntó, a los TSS sobre posibles factores y causas de la soledad. La pregunta 5 se enfocó en saber en cuanto a género, quien presenta mayores problemas de soledad no deseada y aislamiento, si hombres, mujeres o ambos. Claramente, los TSS han respondido con un 66% que las mujeres son quienes mayormente sufren los problemas de soledad y aislamiento, mientras que queda un resultado algo repartido entre los que creen que con un 13% son los hombres y con un 20% son ambos por igual.

En la cuestión 6 de la entrevista, se pregunta a los TSS por las **principales causas y factores que influyen en la soledad no deseada de las personas mayores**. Los TSS enumeran varias causas o factores como son:

*“Factores sociales, familiares y económicos. Soporte familiar escaso o nulo, falta de red social y recursos económicos escasos” (TSS1)*

*“Pérdida de la pareja, familiares que por motivos laborales no pueden tener mayor implicación en el día a día, falta de red social de apoyo, **familiares que no viven cerca**, limitaciones físicas, emocionales o cognitivas que no permiten salir del domicilio en el grado deseado, pérdida de red social, viviendas ubicadas en zonas aisladas de transportes, del centro de la ciudad, etc.” (TSS2).*

*“Enfermedad física y mental, pérdida de la pareja, y a veces el factor económico” (TSS4).*

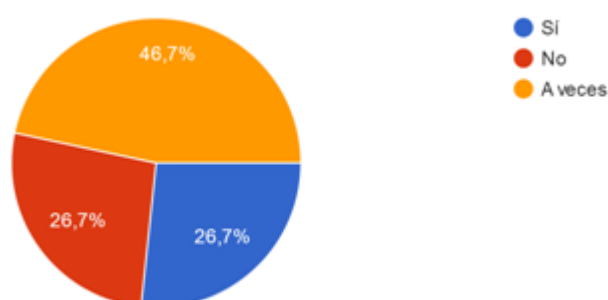
*“Fallecimiento del conyugue, y sin hijos” (TSS8).*

*“Vivir solas, poco contacto con la familia, sentimiento de pérdida de autonomía, falta de actividades de tiempo libre y de vinculación social con otras personas” (TSS11).*

La mayoría de TSS coinciden en señalar las mismas causas y factores que influyen directamente en la soledad y aislamiento de las personas mayores, como son la **perdida de la pareja y duelo, mala relación con la familia o relación inexistente**, falta de una red de apoyo, pérdida de autonomía para las actividades básicas del día a día, empeoramiento en su salud, problemas económicos, etc.

### DetECCIÓN

**Gráfico 7. ¿Se trabaja con una estrategia de equipo interdisciplinario para combatir la soledad y el aislamiento de las personas mayores en tu centro de salud? (medicina, enfermería y TSS).**



La pregunta 7 se enfocó en detectar, si en los diferentes equipos en los que trabajan los TSS se trabaja con una **estrategia de equipo para combatir la soledad y el aislamiento de las personas mayores** a las que atienden.

En este caso la respuesta está muy repartida entre varias respuestas ya que con el mismo porcentaje, un 26,7% responden a la vez con un sí, y otros con el mismo porcentaje con un no, en cambio gana por goleada con un 46% los que responden que solo en algunos casos se trabaja con una estrategia de equipo. **Esta respuesta claramente hace pensar que en general no se trabaja en todos los casos y/o equipos con una estrategia para afrontar y combatir la soledad y el aislamiento de las personas mayores.**

En la pregunta 8 se les preguntó a los TSS sobre qué **escalas o criterios de riesgo utilizan para detectar y diagnosticar la soledad y el aislamiento en personas mayores**, desde el trabajo social sanitario, y cuáles son las escalas más utilizadas por ellos.

**Muchos TSS coinciden en mencionar las mismas escalas, aunque no hay un consenso** en definir que utilizan las mismas escalas o criterios.

*“No trabajo con ninguna escala específica para diagnosticar la soledad pero si con otras que nos pueden orientar como Barber, Gijon, Barthel, Oslo o TIRS” (TSS1).*

*“TIRS, escala de valoración social de l'ancià” (TSS4)*

*“Escala valoración social de l'ancià. Escala Funcionalitat Social. Escala Suport Social. Escala de bienestar Emocional” (TSS11).*

El TSS 12 y el TSS 15 manifiestan que mucha de la detección que se realiza en su centro puede ser diagnosticada o detectada por cualquier persona del equipo (medicina, enfermería y/o TSS).

*“Escala Oslo 3 (en e-cap) pasada a personas que viven solas. También se registra el diagnóstico "vive solo" por parte de medicina, enfermería y trabajo social para tener identificadas a las persona que viven solas y hacer seguimiento social” (TSS12).*

*“Tirs, escala Valoració social de l'ancià, i molta detecció es fa per part d'infermeria (TSS15).*

En la pregunta 9, se les preguntó a los TSS, sobre si las personas mayores detectaban con problemas de soledad no deseada reconocían tener dicho problema, y sobre si aceptaban ayuda profesional y/o soporte.

La mayoría de profesionales afirman que las personas mayores a las que atienden reconocen y **son consientes de tener sentimiento de soledad**, aunque algunos pacientes necesiten un tiempo o establecer un vínculo con el profesional para poderlo verbalizar. **Por el contrario**, en el tema de aceptar ayuda profesional o soporte, los TSS se encuentran algo divididos, ya que algunos TSS manifiestan que hay personas mayores que aceptan bien la ayuda y otras en cambio hacen una demanda concreta y aun y reconocer problemas de soledad y aislamiento no aceptan a la primera ayuda.

*“Reconocen su soledad, pero en muchos casos no aceptan ayuda profesional” (TSS3).*

*“Reconocen su soledad, pero en muchos casos no aceptan ayuda profesional” (TSS12).*

*“En la mayoría de los casos lo reconocen y son conscientes, y no solo aceptan la ayuda sino que la demandan ellos de forma activa, otro porcentaje más pequeño de pacientes con otras características no lo reconoce y por lo tanto le cuesta más aceptar ayuda, y otros lo reconocen pero no quieren este soporte porque dicen no necesitarlo” (TSS14)*

En la pregunta 10 se preguntó sobre la **percepción de los TSS**, sobre si creían tener un índice alto de **detección de casos de soledad en sus centros respectivos**. En caso de responder de forma negativa, se les preguntó también, sobre que creían que podían hacer para aumentar la detección.

La mayoría de TSS **reconocen tener un alto índice de detección** de los casos que se dan en su centro. Otros TSS manifiestan que no se detectan todos los casos por diferentes motivos, y manifiestan varias críticas como que el TSS no solo debe conocer el caso cuando haya alguna demanda que activar, que ha de haber unos circuitos más claros de detección entre el equipo, y que hay que hacer más prevención para evitar posibles problemas en un futuro cercano con ese paciente.

*“Creo que hay una buena red para detectar los casos, conjuntamente con el equipo del CAP, pero, la presión asistencial hacer que no podamos dedicar todo el tiempo necesario a la detección, la prevención y la atención. No sólo consiste en poder*

*detectar sino en cómo damos continuidad. Por otro lado, si creo que se hace necesario que no haya una comunicación a TSS de una persona mayor en situación de soledad, sólo cuando hay una demanda de activar X, sino que debería haber un circuito directo en que en casos de persona que vive sola, desde TSS tengamos conocimiento para poder intervenir en esta fase de prevención. En la mayoría de ocasiones, somos informados cuando hay una situación que requiere de una intervención inmediata. Considero que a través de la prevención podemos evitar muchos problemas de salud y sociales posteriores” (TSS2).*

“No. Para hacer una detección más cercana a la realidad sería necesario la implicación de los profesionales sanitarios, **así como un procedimiento concreto y exacto que pudiésemos trasladar a estos compañeros sanitarios**: ¿qué queremos detectar? ¿Cómo lo detectamos? ¿Para qué detectamos?” (TSS6).

“No, sería necesario que los compañeros sanitarios entendieran la importancia de la soledad no deseada en la forma de gestionar la enfermedad, también sería necesario menos sobrecarga de trabajo” (TSS12).

En la cuestión 11 se preguntó sobre si las personas mayores con problemas de soledad y aislamiento, que acuden a los servicios sanitarios y/o sociales, hacen otro tipo de demandas de salud, que pueda ayudar a diagnosticarlas, y en caso de ser afirmativa la respuesta se les pidió algún ejemplo...

En esta pregunta, coinciden varias respuestas de TSS que manifiestan que **las personas mayores hacen demandas de atención y/o servicios, que pueden estar estrechamente ligados al sentimiento de soledad**, destacando problemas de ansiedad, tristeza, apatía, aislamiento, etc.

*“Si en muchas ocasiones la demanda que hacen la focalizan en un problema de salud, somatizan o tiene problemas de ansiedad y depresión. Cuando realmente si están personas estuvieran en contacto con otras y realizaran alguna actividad, no pensarían en lo que les duele...” (TSS4).*

O por el contrario demandas muy concretas de servicios que denotan necesidad de relación con otras personas.

*“Teleassistència- Casal d'avis- Alternativas culturales y ocio” (TSS8).*

*“A nivell social, la demanda és diferent, el que volen és poder tenir algú que els ajudi a casa o bé a nivell de neteja del domicili o bé higiene personal, acompanyament a compres, o bé algú que els faci companyia” (TSS15)*

### **Intervención desde TSS (equipo de salud)**

Es este penúltimo apartado que corresponde a la pregunta 12, se preguntó sobre la **intervención de los TSS con personas diagnosticadas con problemas de soledad no deseada y aislamiento**, en sus respectivos centros de salud o comunidad con la que intervienen.

Las respuestas son muy variadas ya que cada municipio o centro puede disponer de unas particularidades u oferta de servicios y/o actividades diferentes.

**Pero cabe destacar la importancia de realizar una buena exploración** de la situación de la persona para poder elaborar el diagnóstico social y un buen plan de trabajo, para poder **conocer la situación individual de cada persona y valorar las opciones que ofrece cada centro o comunidad**, para ofrecérselo y consensuar con la persona.

*“Escalas de detección, visitas presenciales, ATDOM o telefónicas donde poder explorar, hacer un diagnóstico social y establecer un plan de trabajo. Movilizar recursos del municipio/comunitarios: voluntariado, actividades para personas mayores... En el caso de nuestro centro hay un programa de voluntariado orientado a continuar vinculado a aquellas personas que viven solas a la comunidad, se hacen talleres de memoria, y talleres de pintura mandala” (TSS2).*

*“Contacto con la persona, escucha y valoración de la situación sociofamiliar y detección de necesidades y plan intervención en caso necesario” (TSS6).*

*“Estudio y diagnóstico psicosocial de cada persona, en caso de identificar indicadores de ansiedad o depresión pedir valoración médica. En caso de falta de red relacional, prescripción social (trabajar la vinculación a entidades de la comunidad), seguimiento periódico por parte de TSS. Si hay problemas de relación familiar, y procede, usar técnicas mediadoras. Todo dependen de la situación de cada persona” (TSS11)*

En la pregunta 13 se preguntó sobre la existencia, en sus zonas de intervención, de servicios disponibles para derivar a las personas mayores que sufren soledad no deseada (actividades de socialización, ocio, ejercicio,..).

La mayoría respondieron que existen varios servicios para poder derivar y/o coordinar con dichos servicios a sus pacientes como centros cívicos, “casals d’avis”, actividades deportivas o de memoria, etc. Aunque hay una respuesta que deja claro un problema con el que muchos TSS se pueden encontrar, y es que, el problema no sea en sí que haya o no servicios a los que derivar cuando se diagnostica o detecta un problema de **soledad o aislamiento en una persona mayor**, sino que pueden darse varios como que la persona mayor acepte o no el recurso, que tenga autonomía para poder asistir, que su situación personal y económica se lo permita (en caso de tener que realizar algún copago), que si necesita algún medio de transporte y/o acompañamiento exista este servicio, etc.

*“Hi ha un Casal d'avis obert a la població major de 65 anys, on es fan diferents activitats, algunes dirigides i d'altres no. Ofereixen també servei de dinar, excursions, etc... També Creu Roja té un programa per a gent gran per estimulació cognitiva "Tallers de memòria" on realitzen sortides o bé xerrades. N'hi han CD a nivell privat, etc... però a vegades el problemes no són els recursos, sinó el desig de la persona de voler anar, integrar-se, etc... i també el grau d'autonomia que presenti per poder gaudir d'aquest serveis, les barreres arquitectòniques que tingui per poder accedir a l'entorn, etc....” (TSS15).*

La pregunta 14 se formula para indagar sobre si en los centros de salud, ya se está llevando a cabo la **prescripción social**, y sobre qué opinión tienen los propios TSS sobre este tema. También saber quién la lleva a cabo, si es el propio TSS o algún otro profesional. Indagar sobre la opinión que tienen sobre si piensan que hay o no intrusismo profesional con el tema de la prescripción social, y si piensan que debería ser una tarea exclusiva y asignada al TSS.

*“Hay **mucha controversia** con la prescripción social. La prescripción social se puede realizar es activar voluntariado, o dirigir a actividades de la comunidad que están disponibles. En principio, es una función que en muchas ocasiones si el profesional conoce recursos hace esta prescripción, todo y que valoro que en gran mayoría lo desarrolla TS, y que es algo que debería ser competencia de Trabajo Social, ya que es quien tiene conocimientos para poder tener una visión, detección, exploración de la situación socio-familiar y sanitaria de la persona, grupo, o familia. Pudiendo así poder hacer una exploración en profundidad de las necesidades detectadas, para poder hacer un plan de trabajo también preventivo. En muchas ocasiones, hacer una prescripción social debe ir acompañado de un plan de trabajo más complejo. Creo que*

el riesgo de que muchos profesionales puedan hacer la prescripción social es la pérdida de información y de una buena valoración social. Así que la prescripción social no sea en exclusiva una competencia del TSS, creo que puede implicar situaciones de riesgo que se podrían detectar y abordar si en detectarse la necesidad de una prescripción no son orientados y/o derivados a TSS” (TSS2).

“Si se hace prescripción social. A veces lo hace alguna DUI, pero tienen poco claro el circuito y terminan derivando al paciente a TSS” (TSS3).

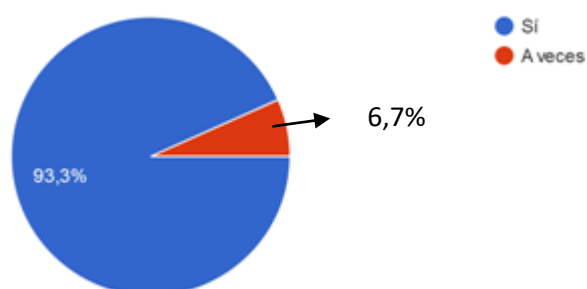
“La prescripció social és una part important de la nostra feina. Desconec si els altres professionals sanitaris ho fan, no sé si han rebut formació, etc... Però la prescripció social no és solament donar l'adreça d'un servei, equipament públic, etc...va més enllà” (TSS15).

**Otros profesionales** tienen claro que la prescripción social puede ser una cosa de equipo mientras se tenga formación, aunque piensan que la persona más indicada es el propio TSS. También afirman que debe haber implicación por parte de ayuntamientos y otros recursos y servicios, y no solo desde el ámbito sanitario.

“Mayoritariamente es la TS quien realiza prescripción social. Mi opinión respecto a la prescripción social es que la puede realizar cualquiera que tenga conocimiento de las entidades e iniciativas comunitarias” (TSS11).

“S’ha fet alguna formació tan TSS com infermeria.a data d’avui no s’aplica. El nostre Ajuntament hauria d’implicar-se penso en introduir entitats...i tenir la base de dades actualitzada. En teoria qualsevol professional del equip pot fer- ho però penso que s’ha de treballar la motivació requereix el seu temps i un bon seguiment. El perfil més adient es el TSS” (TSS13).

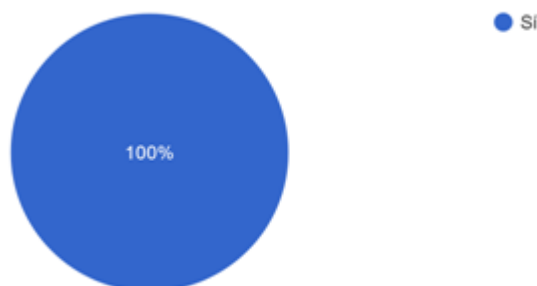
**Gráfico 15. ¿Crees importante que intervenga siempre el TSS cuando se detecte un problema de soledad y aislamiento en una persona mayor?**





En la pregunta 15, se les preguntó a los TSS sobre si creen en la importancia de que siempre que se detecte un problema de soledad y aislamiento en una persona mayor, piensan que ha de **intervenir el TSS**. Y la respuesta es unánime, ya que la mayoría de los TSS entrevistados **han respondido con un rotundo 93'3% que sí**. Solo un 6,7% ha respondido a veces.

**Gráfico 16. ¿Crees importante fomentar un envejecimiento activo y saludable en las personas mayores para incidir en un mejor estado de salud?**



En la respuesta a la pregunta 16, no puede haber mayor consenso, ya que todos los TSS entrevistados están de acuerdo y creen en que **fomentar un envejecimiento activo y saludable puede mejorar el estado de salud de las personas mayores** que atienden.

### **Dificultades**

A la última pregunta 17, y no por ello menos importante, se les preguntó sobre con que dificultades se encuentran como TSS para **abordar la soledad y el aislamiento en las personas mayores** que atienden.

**Muchos coinciden y lo tienen claro: la falta de tiempo por la carga asistencial**, los trámites burocráticos, la falta de voluntad de la persona mayor, ya que puede que no acepte ningún recurso, servicio o ayuda, recursos limitados, falta de implicación por parte de la resta de equipo sanitario, barreras económicas, dificultades de movilidad, falta de soporte, etc.

Y es que por mucho que los TSS se impliquen al 100% en abordar los problemas de soledad, hay **dificultades que acompañan y deben ser valoradas y tratadas** anteriormente para poder allanar el camino.

*“Nos encontramos con recursos limitados, que quizás no se adapten del todo a la multitud de personas que nos encontramos. Por ejemplo, el tema del transporte hasta las actividades a veces es uno de los grandes motivos de aislamiento. En ocasiones, no hay transporte, o no pueden hacer uso de los mismos” (TSS2).*

*“En muchas ocasiones faltan servicios, porque si es una persona que le gustaría participar en actividades pero necesita acompañamiento y no existe este servicio no podrá participar en la actividad. **También nos encontramos que vive en un piso que no tiene ascensor y tiene la movilidad afectada**, está persona se queda aislada aunque ella quiera salir y participar en actividades grupales” (TSS4).*

Con este presente TFM puedo concluir diciendo que la soledad no deseada y el aislamiento tienen consecuencias negativas para la salud. **Las mujeres**, por norma general, son las que peor percepción tienen sobre su salud. Tienen **mayor esperanza de vida**, pero llegan a la vejez en peores condiciones físicas, económicas y con mayor sentimiento de soledad no deseada (por la pérdida de la pareja o por la falta de relación con familiares o redes de apoyo).

Las personas mayores que acuden a las consultas sanitarias y sociales de su equipo de referencia, pueden no hacer, en ocasiones, una demanda clara, pero sí reconocer que su salud ha empeorado y que tienen mayores dificultades para algunas actividades, poco soporte o una red familiar inexistente.

No existe a día de hoy una fórmula magistral para abordar la soledad y el aislamiento en personas mayores, pero lo que sí tienen claro los profesionales es que hay que hacer una intervención interdisciplinar y realizar un buen diagnóstico sanitario y social.

**En cuanto a las escalas o criterios de riesgo no hay una respuesta estándar**, ya que aunque haya multitud de escalas o criterios para valorar el riesgo social y la soledad no deseada, el aislamiento, la **falta de apoyos sociales y la depresión**, y **haya escalas y criterios más indicados que otros para los profesionales de la salud, cada profesional o equipo sanitario utilizará unos u otros según aquello que necesite indagar o conocer.**

Los TSS por su parte consideran que tienen bien **identificadas a las personas de su centro o comunidad que puedan estar sufriendo situaciones de soledad y aislamiento. Los TSS se consideran un profesional clave**, junto a la resta de su equipo para abordar estas situaciones, pero también reconocen que hay barreras para poder realizar su trabajo, como una gran carga asistencial, mil trámites burocráticos, servicios limitados, criterios para acceder a recursos y/o servicios, y pacientes con los que hay que establecer un vínculo y relación para poder acompañar y buscar las mejores opciones para cada caso.

Eso mismo es lo que afirma Abreu<sup>34</sup> cuando habla del Trabajo Social Sanitario en Atención Primaria de salud “La idoneidad de esta profesión para hacer operativo el abordaje de los factores sociales que inciden en el proceso salud- enfermedad tiene que ver con el foco dual de la disciplina que se centra tanto en el individuo y la familia como en la interacción del ser humano con el entorno. **A pesar de que la atención primaria de salud es un marco ideal para que el trabajador social sanitario** pueda desarrollar su labor en ambos focos se está encontrando con dificultades para llevarla a cabo”.

Un estudio del Dr. Iglesias De Ussel<sup>35</sup> afirma que, “la soledad de las personas mayores se previene o se supera cuando se realizan actividades incompatibles con los pensamientos que la generan, especialmente si éstas favorecen el cultivo de unas relaciones sociales y familiares satisfactorias”.

**Así que puede que lo llevemos en nuestro “ADN profesional”, y en lo que si todos los TSS entrevistados han estado de acuerdo, es en que es necesario buscar estrategias y actividades para incidir de forma positiva, en aportar a nuestros mayores, estrategias para combatir la soledad y el aislamiento y fomentar un envejecimiento activo y saludable.**

En este presente trabajo me planteaba unos objetivos referentes a conocer y definir que es la soledad no deseada y el aislamiento, como influye la percepción que tienen las personas mayores sobre su salud si se ven afectadas por sentimientos de soledad y aislamiento, y como pueden verse afectados negativamente deteriorando su salud. También el papel relevante que tienen los TSS de atención primaria para identificar y tratar a estas personas mayores con un papel clave en los equipos de salud.

Así pues, podemos concluir que se confirma la hipótesis de trabajo de la que partíamos sobre que, la soledad y el aislamiento en las personas mayores puede frenarse con un envejecimiento activo y saludable, siempre que haya un buen diagnóstico, prevención y tratamiento, y una buena intervención profesional como la que puede ofrecer el TSS.

## Conclusiones

**La soledad y el aislamiento no deseados se ha demostrado que influyen negativamente en la salud de quien los padece. Las personas mayores pueden ser más vulnerables ya que según como sea su envejecimiento,** su red de apoyo y sus capacidades, afrontará esta última etapa de su vida de una forma u otra.

Una población envejecida, aislada y que padezca soledad no deseada tiene más riesgo de enfermar y consumirá más servicios sanitarios.

Por eso, **puede que algunas claves estén en cambiar de un modelo asistencial** que se basa en diagnosticar enfermedades y debemos prestar una atención más integrada y centrada en la persona.

Una vez tengamos identificada a la persona mayor que sufre soledad y aislamiento no deseado debemos activar intervenciones individuales y/o comunitarias, pero siempre buscando hacer partícipe a la persona y buscar su mayor beneficio.

**El profesional clave para esto son los TSS ya que analizamos todos los factores biopsicosociales que pueden influir en un proceso de salud/enfermedad.**

**Vivimos en un mundo en constante cambio,** y en el cual las personas mayores en ocasiones se pueden sentir apartadas y/o en el que no encajan.

Envejecer de forma activa y saludable es posible, pero para ello debemos cambiar algunas cosas como que vivamos en una sociedad que tenga en cuenta a todas las edades, y que no excluya por temas de edad y/o enfermedad a aquellos que sufren.

Debemos ayudar a las personas mayores a **adaptarse a los tiempos cambiantes** y que puedan acceder a las TIC (Tecnologías de la información y la comunicación) y nuevas tecnologías también para acercarles el mundo desde otra perspectiva y/o ventana.

**Para acabar mi TFM,** me gustaría hacerlo con esta frase de la escritora Carmen Martín Gaité, ya que este trabajo ha sido realizado en un contexto **excepcional** por la situación vivida a nivel mundial de Pandemia por la Covid-19 y situación de confinamiento. **Esto me ha hecho reflexionar mucho,** y pensar en muchas personas mayores se han visto recluidas en sus domicilios agravando su situación de soledad y aislamiento, por unas circunstancias excepcionales, y en las que las redes de apoyo se han hecho más evidentes y necesarias si cabe.

***“La soledad se admira y desea cuando no se sufre, pero la necesidad humana de compartir cosas es evidente”.***

**Carmen Martín Gaité (escritora)**

## **Referencias Bibliográficas**

1. IMSERSO. Informe 2012: Las personas mayores en España [consultado 13 abril 2020]. Disponible en:  
[http://www.imserso.es/imserso\\_01/documentacion/estadisticas/informe\\_ppmm/index.htm](http://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/informe_ppmm/index.htm)
2. IMSERSO. Informe 2016: Las personas mayores en España [consultado 3 mayo 2020]. Disponible en:  
[https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/112017001\\_informe-2016-persona.pdf](https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/112017001_informe-2016-persona.pdf)
3. OMS. Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud; 2015.
4. IMSERSO. INFORME 2016: Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas, Colección Personas Mayores Serie Documentos Técnicos y Estadísticos; 2017.
5. INE. [www.ine.es](http://www.ine.es) [consultado 13 abril 2020].
6. Berrio, MI. Envejecimiento de la población: un reto para la salud pública. *Revista Colombiana de Anestesiología*, Volumen 40, P. 192-194; 2012.
7. Álvarez, EA. *La amistad en la edad avanzada*. Geriátrika; 1996.
8. SANMARTIN, H. *Manual de salud pública y medicina preventiva*. Masson: Barcelona; 1981.
9. OMS: <http://www.who.int/es>.

10. COMELLES, JM De l'Assistència i l'ajut mutu com a categories antropològiques. Revista d'Etnologia de Catalunya, vol.11, Tarragona; 2015.
11. Gavidia,V. (et al). La construcción del concepto de salud. Revista didáctica de las ciencias experimentales y sociales. Universidad de Valencia, Núm. 26. 161-175; 2012.
12. Walker LO, Avant KC. Strategies for theory construction in nursing. 4.<sup>a</sup> ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall; 2005.
13. Merchán, E. y Cifuentes, R. Teorías psicosociales del envejecimiento. Asociación Cicerón. Universidad Autónoma de Madrid; 2014. Disponible en: <http://asociacionciceron.org/wp-content/uploads/2014/03/00000117-teorias-psicosociales-del-envejecimiento.pdf>
14. Laforest J. Introducción a la gerontología. El arte de envejecer. Barcelona: Herder. 79-173; 1991.
15. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española (23<sup>a</sup> ed.). 2014. Disponible en <http://www.rae.es/>
16. Madoz V. Soledad, en 10 palabras clave sobre los miedos del hombre moderno. Verbo Divino, Estella. 283-4; 1998.
17. Boletín sobre el envejecimiento. La soledad de las personas mayores. Observatorio de Personas Mayores. IMSERSO; 2000.
18. Young, J.E. Loneliness, depression and cognitive therapy: Theory and application. En L. A. Peplau y D. Perlman (Eds.), Loneliness: A sourcebook of



current theory, research and therapy, (pp. 379-406). Nueva York: John Wiley and Sons; 1982.

19. Luanaigh, C.O. & Lawlor, B.A. Loneliness and the health of older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 1213-1221. doi: 10.1002/gps.2054; 2008.
20. Castro, M. P. El sentimiento de soledad en las personas mayores y su relación con la atribución causal y el afrontamiento. Universidad de Deusto; 2015.
21. Bullock, C. I'm so lonesome I could cry. Harvard Health Blog. 2018. [consultado: 23 abril 2020]. Disponible en: [https://www.health.harvard.edu/blog/im-so-lonesome-i-could-cry-2018032113512?utm\\_content=bufferf0be1&utm\\_medium=social&utm\\_source=twitter&utm\\_campaign=buffer](https://www.health.harvard.edu/blog/im-so-lonesome-i-could-cry-2018032113512?utm_content=bufferf0be1&utm_medium=social&utm_source=twitter&utm_campaign=buffer)
22. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, (et al) Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci*; 10: 227–237; 2015.
23. OMS, Demencia, 2019. [consultado: 23 abril 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>.
24. Cole, S. (et al) Myeloid differentiation architecture of leukocyte transcriptome dynamics in perceived social isolation. *Proceedings of the National Academy of Sciences*; 2015.  
<https://www.pnas.org/content/pnas/early/2015/11/18/1514249112.full.pdf>
25. Uribe, AF. (et al) Salud objetiva y salud psíquica en adultos mayores colombianos. *Acta Colombiana de Psicología*; 10: 75-81; 2007.

26. Fundacion Femeba. Soledad y aislamiento social como factores de riesgo para la enfermedad coronaria y derrame cerebral. [internet]. 2016. [Consultado: 24 abril 2020]. Disponible en: <https://www.fundacionfemeba.org.ar/blog/farmacologia-7/post/soledad-y-aislamiento-social-como-factores-de-riesgo-para-la-enfermedad-coronaria-y-derrame-cerebral-43456>
27. Campos-Navarro, R. (et al). Las representaciones del padecer en ancianos con enfermedades crónicas. Un estudio en la Ciudad de México. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(5), 1271-1279; 2002.
28. OMS. Salud y envejecimiento. Un documento para el debate. Boletín para el envejecimiento, Perfiles y tendencias. IMSERSO. Observatorio de personas Mayores. 15; 2001.
29. Altimiras, MD. INTERVENCIÓ DEL TREBALLADOR O TREBALLADORASOCIAL EN ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT AMB PERSONES MAJORS. Guia d'Intervenció de Treball Social Sanitari. Intervenció del treballador o treballadorasocial d'APS amb Persones Majors. Generalitat Valenciana; 2012.
30. Gené-Badia, J. (et al). Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria?, *El Sevier* [internet]; 2016 [consultado 2020 Mar 23]; 48(9), 604-609. Disponible en: [www.sevier.es/ap](http://www.sevier.es/ap).
31. Porcel, P. El treball social en l'àmbit de la salut: un valor afegit. Barcelona: Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears; 2008.
32. Registro central de población del CatSalut (RCA). Datos de población de referencia; 2019.

33. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Boletín Oficial del Estado, n.º 294 (06-12-2018).
34. Abreu MC. El trabajo social sanitario en la atención primaria de la salud. Revista ENE; 2009. [Revista en línea] [Fecha de consulta 20 de abril de 2018]; 3 (2) 70-79.  
Disponibile en:  
<http://www.eneenfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/viewFile/146/129>
35. Iglesias De Usel J. La soledad en las personas mayores: influencias personales, familiares y sociales. Análisis cualitativo. IMSERSO. Madrid. p. 14, 25, 115, 120, 149-65; 2001.

## Anexo 1

### Carta de presentación

Estimado/a compañero/a:

Soy Vanessa, Trabajadora social Sanitaria, y actualmente estudiante del máster de Trabajo social sanitario de la Universitat Oberta de Catalunya, UOC.

Me complace presentarte mi propuesta de estudio para el Trabajo final de máster que estoy realizando, titulada **“La soledad y el aislamiento en la gente mayor. El papel del TSS en atención primaria”**.

Con esta carta te invito a participar en este proyecto de investigación, para comprender y estudiar cómo afecta la soledad y el aislamiento a muchos/as de las personas mayores que atendemos cada día en las consultas de atención primaria, y como estos hechos puede afectar de forma negativa a su salud. También la labor fundamental de los TSS, sobre cómo abordar este problema y ponerle freno fomentando un envejecimiento activo y saludable.

#### **¿En qué consiste la participación en este estudio?**

Puedes participar en este estudio de forma totalmente voluntaria, pero me ayudaría mucho tu colaboración respondiendo a un cuestionario tipo entrevista que te adjunto en este mismo mail. No te llevará más de 30 minutos aproximadamente.

La entrevista quedará registrada en el mismo formulario de google drive y solo tendrás que enviármela de nuevo para que pueda proceder al análisis y transcripción de datos.

Debido a la situación actual de estado de alarma y confinamiento entiendo todas las situaciones personales de cada profesional participante, y es por ello que he pensado que la mejor forma de realizar la entrevista sea por este medio.

Informarte que los datos de esta entrevista serán tratados de forma confidencial y solo con fines académicos por la estudiante de este máster de Trabajo social sanitario de la UOC, y/o por el profesorado evaluador de dicho máster.

Si tienes cualquier pregunta o duda acerca de esta investigación, puedes contactar conmigo en el siguiente mail: [vmartinezs@uoc.edu](mailto:vmartinezs@uoc.edu)

Muchas gracias por tu colaboración

**Vanessa Martínez Salas**

**Alumna del Máster Universitario en Trabajo Social Sanitario (MUTSS)**

## **Anexo 2**

**Entrevista la soledad y el aislamiento en personas mayores. El papel del TSS en atención primaria.**

**Relación salud/enfermedad**

1. ¿Las personas mayores que viven solas y/o no tienen soporte son más hiperfrecuentadoras de los servicios sanitarios?
  - Si
  - No
  - A veces
2. ¿Hay personas mayores que aun y teniendo soporte familiar se sienten solos/as?
  - Si
  - No
  - A veces
3. ¿Las personas mayores acuden a la consulta del TSS reconocen tener problemas de soledad y aislamiento?
  - Si
  - No
  - A veces
4. ¿Cuál es la percepción de las personas mayores sobre su estado de salud?  
(respuesta larga)

**Factores y causas de la soledad**

5. De los pacientes que atendéis ¿Quién sufre mayores problemas de soledad no deseada y aislamiento?
  - Mujeres
  - Hombres
  - Ambos por igual
6. ¿Cuáles diría que son las principales causas o factores de la soledad no deseada?  
(Respuesta larga)

## **Detección**

7. ¿Se trabaja con una estrategia de equipo interdisciplinario para combatir la soledad y el aislamiento de las personas mayores en tu centro de salud? (medicina, enfermería y TSS).
- Si
  - No
  - A veces
8. ¿Utilizáis escalas o criterios de riesgo para detectar y diagnosticar la soledad y el aislamiento en personas mayores desde TSS? ¿Cuáles son las más utilizadas?  
(Respuesta larga)
9. ¿Las personas mayores que detectas con problemas de soledad no deseada, reconocen tener dicho problema? ¿Son conscientes de ellos? ¿Aceptan ayuda profesional/soporte?  
(Respuesta larga)
10. ¿Creéis que tenéis un índice alto de detección de casos? ¿En caso negativo que haría falta para aumentar la detección?  
(Respuesta larga)
11. ¿Hacen otro tipo de demandas de salud, las personas con problemas de soledad y aislamiento, que acuden a los servicios sanitarios y/o sociales que puedan ayudar a ser diagnosticadas? Ejemplos...  
(Respuesta larga)

## **Intervención desde TSS (equipo de salud)**

12. ¿Qué intervenciones se realizan desde TSS con personas diagnosticadas con problemas de soledad no deseada y aislamiento en tu centro o comunidad?  
(Respuesta larga)
13. ¿En tu zona de trabajo hay servicios disponibles para derivar a las personas mayores que sufren soledad no deseada? (actividades de socialización, ocio, ejercicio,..). (Respuesta larga)

14. ¿Desde tu centro realizáis prescripción social para combatir la soledad? ¿Es solo el TSS quien, lo realiza o también otros profesionales? ¿Qué opinión tienes al respecto?

(Respuesta larga)

15. ¿Crees importante que intervenga siempre el TSS cuando se detecte un problema de soledad y aislamiento en una persona mayor?

- Si
- No
- A veces

16. ¿Crees importante fomentar un envejecimiento activo y saludable en las personas mayores, para incidir en un mejor estado de salud?

- Si
- No
- A veces

### **Dificultades**

17. ¿Con que dificultades te encuentras como TSS para abordar la soledad y el aislamiento en personas mayores?

(Respuesta larga)