



Trabajo Fin de Grado

Facultad de Enfermería
Universidad de Santiago de Compostela

EL IMPACTO DE LA SOLEDAD EN LA SALUD DE LOS MAYORES. EL PAPEL DE ENFERMERÍA.

Autora: Daniela Pérez González.

Tutoras: Raquel Rodríguez González, Alba Elena Martínez Santos.

Junio de 2022.

UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Grado de Enfermería

El Proyecto de Fin de Grado titulado: "El impacto de la soledad en la salud de los mayores. El papel de Enfermería.", ha sido realizado por la abajo firmante.

Santiago de Compostela, 1 de junio de 2022.

La alumna,



Fdo.: Daniela Pérez González

Vº Bº Las tutoras: Raquel Rodríguez González, Alba Elena Martínez Santos

Fdo.:

Sinaturas dixitais / Firmas digitales / Digital signatures

Asinante/Firmante/Signer: ALBA ELENA MARTÍNEZ SANTOS, NIF *1875**, 02/06/2022 13:41:09.**

Asinante/Firmante/Signer: RAQUEL RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, NIF *6308**, 02/06/2022 13:15:59.**

CSV: 1508-80CD-4C35-B853

RESUMEN

Introducción: la soledad no deseada en los mayores es una problemática alarmante dado su incremento en estos últimos años y, especialmente una vez iniciada la pandemia de la COVID-19. Enfermería cuenta con una posición estratégica para abordar esta situación debido al gran contacto con este grupo poblacional en el desempeño de su profesión. **Objetivos:** los objetivos de este trabajo fueron estudiar la soledad como un problema que puede influir en el desarrollo de problemas sociales y de salud, así como analizar los posibles cuidados que las enfermeras/os pueden realizar al respecto. **Métodos:** se realizó una revisión exhaustiva de la literatura científica en diferentes bases de datos siguiendo la metodología PRISMA, incluyéndose finalmente 14 artículos. **Resultados:** la demencia, en especial la Enfermedad de Alzheimer, las enfermedades cardiovasculares y la depresión son las enfermedades más estudiadas en relación con el impacto de la soledad en la salud de los mayores. Los mecanismos biológicos, principalmente la inflamación, y sociales, como la adopción de peores hábitos de vida, apuntan ser los principales responsables de estas asociaciones. Las enfermeras/os pueden realizar diversas actividades basadas en la evidencia para prevenir y/o tratar esta situación. Las intervenciones grupales e individuales basadas en la autonomía e interacción social han demostrado mayor éxito. **Conclusiones:** se ha encontrado evidencia suficiente para afirmar que la soledad no deseada en los mayores tiene un impacto negativo en su salud. Además, se demuestra que Enfermería posee un papel relevante para la detección y tratamiento de la soledad no deseada en esta población.

Palabras clave: soledad, envejecimiento, personas mayores, ancianos, salud, demencia, enfermedad de Alzheimer, enfermedad cardiovascular, depresión, Enfermería, Atención Primaria.

RESUMO

Introducción: a soidade non desexada nos maiores é unha problemática alarmante dado o seu incremento nestes últimos ano e, especialmente unha vez iniciada a pandemia da COVID-19. Enfermaría conta cunha posición estratéxica para abordar esta situación debido ao gran contacto con este grupo poboacional no desempeño da súa profesión. **Obxectivos:** os obxectivos deste traballo foron estudar a soidade coma un problema que pode influír no desenvolvemento de problemas sociais e de saúde, así coma analizar os posibles coidados que as enfermeiras/os poden realizar ao respecto. **Métodos:** realizouse unha revisión exhaustiva da literatura científica en diferentes bases de datos seguindo a metodoloxía PRISMA, incluíndose finalmente 14 artigos. **Resultados:** a demencia, en especial a Enfermidade de Alzheimer, as enfermidades

cardiovasculares e a depresión son as enfermidades máis estudadas en relación co impacto da soidade na saúde dos maiores. Os mecanismos biolóxicos, principalmente a inflamación, e sociais, como a adopción de peores hábitos de vida, apuntan ser os principais responsables de estas asociacións. As enfermeiras/os poden realizar diversas actividades baseadas na evidencia para previr e/ou tratar esta situación. As intervencións grupais e individuais baseadas na autonomía e interacción social demostraron maior éxito. **Conclusións:** atopouse evidencia suficiente para afirmar que a soidade non desexada nos maiores ten un impacto negativo na súa saúde. Ademais, amósase que Enfermaría posúe un papel relevante para a detección e tratamento da soidade non desexada nesta poboación.

Palabras clave: soidade, envellecemento, persoas maiores, anciáns, saúde, demencia, Enfermidade de Alzheimer, enfermidade cardiovascular, depresión, Enfermaría, Atención Primaria.

ABSTRACT

Introduction: unwanted loneliness in older people is an alarming problem owing to its increase in recent years, and especially once the COVID-19 pandemic started. Nursing has a strategic position to address this situation due to the great contact with this population group in the performance of their profession. **Objectives:** the aim of this project was to study loneliness as a problem that can influence the development of social and health problems, as well as to analyze the possible care that nurses can carry out in this regard. **Methods:** an exhaustive review of the scientific literature was done in different databases following the PRISMA methodology, finally including 14 articles. **Results:** dementia, especially Alzheimer's disease, cardiovascular diseases and depression are the most studied illnesses in relation to the impact of loneliness on the older people's health. Biological mechanisms, mainly inflammation, and social mechanism such as the adoption of worse lifestyle habits, seem to be the main responsible for these associations. Nurses can carry out various evidence-based activities to prevent and/or treat this situation. Group and individual interventions based on autonomy and social interaction have shown greater success. **Conclusions:** enough evidence has been found to affirm that unwanted loneliness in older people has a negative impact on their health. In addition, it is shown that Nursing has a relevant role in the detection and treatment of unwanted loneliness in this population.

Keywords: loneliness, aging, elderly, old people, health, dementia, Alzheimer's disease, cardiovascular disease, depression, Nursing, Primary care.

ÍNCIDE

1 INTRODUCCIÓN	1
2 JUSTIFICACIÓN	4
3 OBJETIVOS	4
4 METODOLOGÍA.....	5
5 RESULTADOS	7
6 DISCUSIÓN	12
6.1 Impacto de la soledad en la salud de los mayores.....	12
Soledad como factor de riesgo para la Enfermedad de Alzheimer (EA)	12
Soledad como factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares (ECV).....	13
Soledad como factor de riesgo para la depresión	14
Mecanismos moleculares y respuestas fisiológicas asociadas a la soledad y al desarrollo de enfermedades	15
Hábitos de vida y factores sociales relacionados con la soledad y sus repercusiones sobre la salud.....	16
6.2 Intervenciones de Enfermería	17
7 CONCLUSIONES.....	20
8 BIBLIOGRAFÍA	21

1 INTRODUCCIÓN

La esperanza de vida a nivel mundial ha aumentado considerablemente en las últimas décadas. Según datos del Instituto Nacional de Estadística, la esperanza de vida media de España se sitúa en los 82,33 años (1), posicionándose como uno de los países con mayor proporción de población envejecida a nivel mundial (2). Desde 1900 hasta 2017, el número de personas mayores de 65 años en España se multiplicó por 9, siendo el grupo de población que ha sufrido un mayor incremento en estos últimos años. Esta tendencia continuará, y se prevé que para el año 2065 haya aproximadamente 15 millones de mayores, casi el doble de la población mayor que existe en la actualidad (2).

Este fenómeno lleva consigo un aumento de las demandas y necesidades por parte de este grupo de población, consecuencia de los numerosos cambios, tanto físicos como sociales, que se dan en esta etapa de la vida y que se suelen traducir en una mayor morbilidad y fragilidad (3). Fruto de esta situación, la OMS ha declarado el periodo de 2021-2030 como la “década de Envejecimiento Saludable”. Se trata de una estrategia que pretende unir a gobernantes, sistemas de salud y a la propia población para conseguir una sociedad adaptada a las nuevas necesidades de los mayores y mejorar así su calidad de vida (4). Es por ello por lo que todos los profesionales de la salud han de estar formados y disponer de los suficientes recursos para ofrecer las máximas posibilidades de ayuda y colaborar con la consecución de este envejecimiento saludable. En este sentido, la Enfermería tiene una función muy destacable. Ejemplo de ello se encuentra en la ORDEN CIN/2134/2008 del 3 de julio, donde se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habilitan para el ejercicio de la profesión de Enfermero. En ésta, una de las competencias de Enfermería que se recoge es *“Conocer los problemas de salud más frecuentes en las personas mayores”* así como *“seleccionar las intervenciones cuidadoras dirigidas a tratar o a prevenir los problemas de salud y su adaptación a la vida diaria mediante recursos de proximidad y apoyo a la persona anciana”* (5).

En relación con la salud de las personas, existen dos tipos de determinantes: los intrínsecos y los extrínsecos. Los primeros corresponden a la genética, a las condiciones de salud y enfermedades y son difícilmente controlables. Los extrínsecos, en cambio, tienen que ver con lo que rodea a las personas, el ámbito social en el que se desarrollan, cómo este influye en ellas y son más fáciles de manejar (6). Dentro de los determinantes extrínsecos se encuentra una de las mayores problemáticas sociales que se está dando durante estos últimos años y sobre la que muchos profesionales de salud ya han dado la voz de alarma: la soledad en la tercera edad. Tal

es la magnitud de dicha situación que muchos autores empiezan a referirse a la soledad en los mayores como una “pandemia silenciosa” (7), un determinante que interfiere con el desarrollo de un envejecimiento saludable. Como resultado del envejecimiento de la población mundial, son muchos los países que están sufriendo esta situación. Japón se refiere a la soledad como un alarmante problema social y Reino Unido ha establecido recientemente un Ministerio de Soledad por el gran desafío que esta situación supone para la población mayor de su país (2). Debido al crecimiento de este fenómeno social durante estos últimos años en España, el último informe del Instituto de Mayores y Servicios Sociales sobre los mayores publicado en 2018 incluye como novedad un capítulo íntegro sobre la soledad como tema monográfico. Esto se debe a que los decisores son conscientes de *“que la soledad crónica no deseada afecta negativamente a la dignidad de los seres humanos, pudiendo conculcar derechos fundamentales de hombres y mujeres”* (2).

En términos estadísticos, un 27% de los españoles de 65 a 69 años afirma sentirse solo. Esta situación aumenta entre los mayores de 80 años, donde el porcentaje asciende a un 36%. Entre los mayores viudos y solteros, el sentimiento de soledad representa un 39% y destaca especialmente el grupo de personas separadas, donde la soledad está presente en un 68% de ellas. Además, un 22% de los mayores temen sentirse solos en algún momento de sus vidas (8), lo que indica que muchos mayores son conscientes de esta problemática y conviven de cerca con ella, pudiéndose ver afectados también de manera indirecta. En este sentido, la pandemia de la COVID-19 hizo aún más evidente esta problemática. El confinamiento domiciliario durante el estado de alarma hizo que aproximadamente 2 millones de personas mayores de 65 años que vivían solas no tuvieran ningún tipo de contacto social durante 3 meses. Y es que, de los casi 5 millones de personas que viven solas en España, un 42,5% son personas mayores de 65 años. Esta situación, sumada al miedo a padecer la enfermedad por la letalidad que suponía en este grupo de edad, incrementó notablemente los sentimientos de soledad durante esta etapa (9).

Establecer una única definición de soledad es complicado. Para Weiss (1973), pionero en la investigación de la soledad, es la falta de la necesidad básica de relacionarse de manera íntima con los demás. Este autor habla de dos tipos, la soledad social, relacionada con la falta de una red de apoyo social de calidad y la soledad emocional, que aparece tras la pérdida de relaciones sociales muy importantes (10). Para Perlman y Peplau (1981) la soledad es una experiencia desagradable resultado de una red deficiente de relaciones sociales, ya sea de manera cualitativa o cuantitativa. Añaden, además, que la soledad es el resultado de la discrepancia entre las relaciones deseadas y las reales, pudiendo llegar a convertirse en un sentimiento

patológico. De este modo, resaltan la importancia de diferenciar entre la soledad objetiva y la subjetiva (11). La soledad objetiva es la falta cuantitativa de relaciones interpersonales, pero esta no siempre se tiene por qué considerar negativa. Algunas personas deciden estar solas o vivir solas, situación que les hace sentir mejor consigo mismas. Para ellos la soledad es una manera de vivir que se corresponde con su personalidad y con su forma de ver la vida. La soledad subjetiva es la que tiene que ver con la sensación negativa de sentirse solo, la soledad no deseada. Esta última es la más frecuente en los mayores debido, en parte, a los cambios vividos en esta etapa y a las situaciones que tienen que hacer frente. En concreto, existen tres sucesos vitales que los precipitan al sentimiento de soledad: el abandono del hogar por parte de los hijos, la viudedad y la jubilación. Muchas personas encuentran en su pareja el cimiento en el que apoyarse durante la vejez (por ejemplo, cuando los hijos se marchan), convirtiendo la viudez en uno de los acontecimientos más traumáticos para los mayores. Por otra parte, tras la jubilación, muchas personas no saben en qué emplear su tiempo libre, en muchos casos los ingresos disminuyen y se sienten “inservibles” al no desempeñar alguna función como estaban acostumbrados. Además, se pierde el entorno social que mantenían trabajando, y comienzan actividades y hobbies más propios de desarrollar en el hogar, lo que favorece la soledad (8).

Más de un 40% de las personas mayores de 65 años acuden al menos una vez al mes a la consulta de Enfermería, principalmente para el seguimiento de patologías crónicas (3). Esta situación ofrece un contexto idóneo para prevenir, indagar e intentar buscar solución al problema de la soledad no deseada. Para ello, además, Enfermería contempla diagnósticos propios dentro de la taxonomía NANDA relacionados con la soledad y que permitirían sistematizar y basar en evidencia los cuidados de Enfermería (12). Portavoces de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología comentan que *“lo que necesitan las personas mayores es hablar para sacar sus emociones a la luz. Las consultas de Atención Primaria están llenas de personas mayores que van al médico buscando que las escuchen y les presten atención”* (13).

La soledad no deseada no es exclusiva de los mayores, puede darse en cualquier momento de la vida. Sin embargo, es este sector de la población quien más sufre esta situación. La disrupción con su vida pasada, los temores por cómo será la vida futura, las morbilidades y la cada vez mayor falta de autonomía, son situaciones que viven a menudo. Muchos cambios no significan algo negativo, forman parte del proceso de envejecimiento. Sin embargo, otros cambios pueden dejar a los mayores en situaciones de vulnerabilidad, indefensión e incluso marginación que les impiden envejecer saludablemente. Asimismo, factores como la dependencia, el miedo o la vergüenza hacen que en muchas ocasiones los mayores no sepan cómo exigir sus

derechos o luchar contra situaciones desfavorables que puedan estar viviendo, como es el caso de la soledad no deseada (14).

Quienes más están en contacto con este gran sector de la población, donde destaca la Enfermería, tienen el deber de investigar más acerca de los problemas con los que conviven, sobre las consecuencias, medidas para prevenirlos y, sobre todo, para darles voz cuando ellos no pueden hacerlo. No es solo la gran experiencia que nos aportan sino las inquietudes, los deseos, los sueños, las habilidades y, por encima de todo, sus ganas e ilusión lo que hacen de las personas mayores y ancianos una parte imprescindible de nuestra sociedad.

2 JUSTIFICACIÓN

Los mayores representan cada vez un mayor porcentaje dentro de la totalidad de la población mundial (2). En relación con la Enfermería, conocer los problemas de salud de la población mayor e intervenir sobre ellos son requisitos indispensables para el desarrollo de la profesión (5). Esto justifica una mayor investigación científica en el campo de la Enfermería para disponer de más recursos que cubran las necesidades de este gran sector poblacional.

Dado el aumento de la soledad no deseada en los últimos años (2), resulta relevante investigar sobre esta problemática desde una perspectiva holística, teniendo en cuenta que la soledad no deseada puede ser abordada también como un problema de salud. Actualmente una gran parte de las consultas de Enfermería están destinadas al control y manejo de enfermedades crónicas de los mayores (3). Esto ofrece un contexto privilegiado para averiguar qué otras situaciones pueden estar afectando a la salud de estos pacientes, como puede ser la soledad no deseada. Es por ello por lo que una parte de la investigación sobre esta problemática debe estar enfocada a cómo intervenir para minimizar esta situación. Además, la existencia diagnósticos enfermeros relacionados con la soledad dentro de la taxonomía NANDA (12), demuestra que la Enfermería tiene competencias propias para su detección y tratamiento a nivel internacional.

3 OBJETIVOS

- Objetivo principal:
 - Conocer las principales consecuencias biológicas, de salud y sociales de la soledad no deseada en los mayores.

- Objetivos secundarios:

- Indagar sobre posibles intervenciones que puede llevar a cabo las enfermeras/os para minimizar la soledad no deseada.
- Presentar cuidados de Enfermería relacionados con la soledad basados en la taxonomía NANDA Internacional.

4 METODOLOGÍA

Para este trabajo se realizó una revisión exhaustiva de la literatura en 4 bases de datos, contrastando los resultados obtenidos con la finalidad de obtener conclusiones lo más precisas posibles del tema a estudio. Para la búsqueda, se emplearon Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y *Medical Subject Headings (MeSH)* para la determinación de las palabras clave, resultando las fórmulas y resultados siguientes (tabla 1):

BASE DE DATOS	FILTROS	ECUACIÓN DE BÚSQUEDA	RE-SULTADOS
PUBMED	Texto completo Tipo de artículo: libros y documentos, estudio clínico, ensayo clínico, metaanálisis, ensayo controlado aleatorio, revisión, revisión sistemática Fecha de publicación: entre los años 2016 y 2022 Edad: personas mayores de 65 años.	"Loneliness AND aging AND health"	103
		"Loneliness AND health AND old age"	22
		"Loneliness AND health AND (elder people OR older people)"	165
		"Loneliness AND health AND (depression OR cardiovascular OR dementia)"	94
		"Loneliness AND cardiovascular AND elderly"	12
DIALNET	Todo tipo de artículo Fecha de publicación: entre los años 2016-2022 Materia: ciencias de la salud Idioma: español o inglés	"Soledad AND envejec*"	43
		"Soledad AND salud AND anciano"	27
		"Soledad AND atención primaria AND anciano*"	10
		"Loneliness AND health AND aging"	10
SCOPUS	Buscar dentro de: título del artículo, abstracto o palabras clave Todo el acceso abierto Fecha de publicación: entre los años 2016 y 2022 Tipo de documento: artículo o revisión Área temática: medicina, enfermería Idioma: español, inglés	"Loneliness AND elder people"	210
		"Loneliness AND health AND (cardiovascular OR dementia OR mental health OR physical health OR disease) AND aging"	9

	Buscar dentro de: título del artículo Todo el acceso abierto Fecha de publicación: entre los años 2016 y 2022	"Loneliness AND intervention**"	9
	Tipo de documento: artículo o revisión Área temática: enfermería Idioma: español, inglés	"Loneliness AND nurs**"	9
		"Loneliness AND nurs* AND intervention**"	2
Web Of Science	Palabras clave en título Todo tipo de artículos Acceso abierto Fecha de publicación: entre los años 2016 y 2022	"Loneliness AND (depression OR dementia OR cardiovascular OR quality of life) AND aging"	16
		"Loneliness AND health AND (older people OR elder people)"	6
	Palabras clave en tema Todo tipo de artículos Acceso abierto Fecha de publicación: entre los años 2016 y 2022	"Loneliness AND health AND aging AND nurs* AND primary care"	24
		"Loneliness AND aging AND intervention* AND nurs* NOT social isolation NOT nursing home"	24

Tabla 1. Resultados de las búsquedas en las bases de datos con las fórmulas empleadas.

Con la finalidad de acotar los resultados y obtener las fuentes más pertinentes para esta revisión, se emplearon los criterios de inclusión-exclusión siguientes:

- Criterios de inclusión:

- Artículos publicados en los últimos cinco años, a excepción de dos de ellos debido a la especial relevancia de su información.
- Investigaciones orientadas al proceso de envejecimiento, con participantes cuya edad fuese 50 años o más, pero con una edad media al inicio del estudio mayor de 60 años.
- Algunos estudios fueron escogidos a partir de la bibliografía de otras investigaciones debido a la especial relevancia para el tema, mediante el proceso de encadenamiento de citas.

- Criterios de exclusión:

- Artículos en un idioma distinto al español o inglés.
- Investigaciones no orientadas a la población mayor o proceso de envejecimiento.
- Estudios que valoraban el aislamiento social, apoyo social o el habitar en soledad sin incluir, a su vez, la soledad percibida como objeto de estudio. Asimismo, se descartaron investigaciones donde se valora la soledad en grupos con características especiales (por ejemplo, soledad percibida en ancianos supervivientes del cáncer, etc.).

El sistema empleado para la búsqueda de artículos científicos se basó en la metodología PRISMA (15), con un proceso que se especifica en la figura 1:

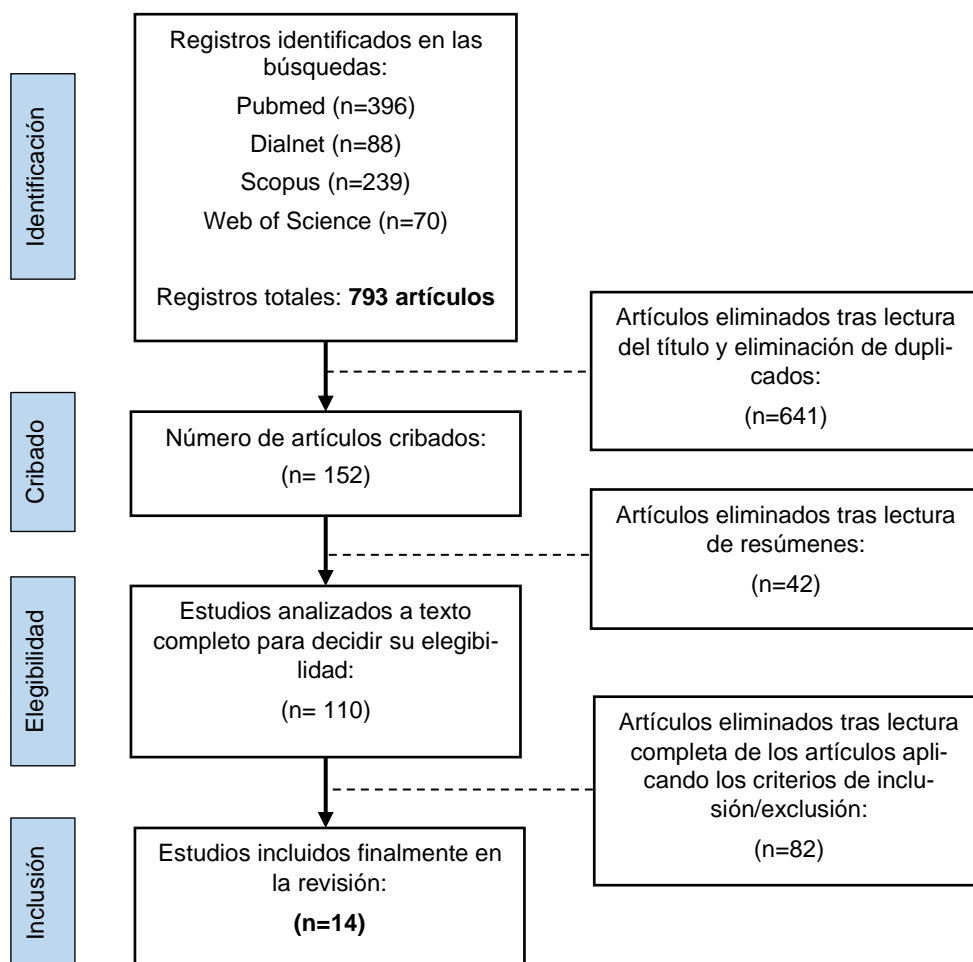


Figura 1. Esquema del proceso de búsqueda de artículos basado en el método PRISMA.

5 RESULTADOS

Para responder al objetivo principal se seleccionaron 10 artículos. Entre ellos se encuentran cinco estudios longitudinales (16-19, 25), dos estudios prospectivos (21, 22), un ensayo aleatorio controlado (24), un estudio observacional (20) y una revisión teórica y empírica (23). Dos de ellos estudian la asociación entre soledad y demencia (16, 17), otros dos la soledad y su impacto en las enfermedades cardiovasculares (18, 19), tres de ellos la relación entre soledad y salud mental (20-22), dos investigan los mecanismos fisiológicos y biológicos que intervienen en el impacto de la soledad en la salud (24, 25), y finalmente la revisión (23), que reúne datos muy interesantes acerca de todos los aspectos anteriormente mencionados. Los resultados, así como las principales características de cada estudio, se muestran detalladamente en la tabla 2:

AUTORES Y AÑO	MUESTRA	MÉTODO, OBJETIVO E INSTRUMENTO	PRINCIPALES RESULTADOS
Rafnsson et al., 2020 (16)	6677 participantes del ELSA ¹ con edad igual o superior a 52 años (edad media 66 años +/- 9,4 DE ² al inicio del estudio) de los cuales 2.961 hombres y 3.716 mujeres.	<p>-Estudio longitudinal que investiga el impacto de las relaciones sociales objetivas (aislamiento social), así como subjetivas (soledad percibida) y su influencia en la función cognitiva durante un periodo de seguimiento medio de 6 años.</p> <p>-La soledad se midió con la versión corta de la escala de soledad revisada de UCLA³.</p>	<p>-Los participantes que desarrollaron demencia tenían menos relaciones cercanas e informaron de una mayor soledad percibida al inicio del estudio. Cuántas más relaciones de importancia para la persona, menor fue el riesgo de desarrollar demencia. Las que no estaban casadas también tuvieron un mayor riesgo de padecer la enfermedad.</p> <p>-La frecuencia de contacto demostró ser menos importante que la sensación de cercanía con las personas.</p> <p>-No se encontró ninguna asociación con el aislamiento social.</p> <p>-En los participantes que desarrollaron la enfermedad aparecieron más casos de hipertensión y ACV⁴.</p>
Akhter-Khan et al., 2021 (17)	2880 participantes del <i>Framingham Heart Study</i> de 45 años o más (edad media 62,1 años +/- 9 DE ²) de los cuales un 53,9% mujeres y un 46,1% hombres.	<p>-Estudio longitudinal cuyo objetivo fue analizar la relación entre los diferentes tipos de soledad y el riesgo de desarrollar demencia y EA⁵ durante un periodo de seguimiento medio de 18 años.</p> <p>-Para la valoración de la soledad emplearon la escala CES-D⁶.</p>	<p>-Un 8,4% de los participantes padecieron soledad incidente mientras que un 8,8% sintieron soledad persistente a lo largo del estudio.</p> <p>-Dentro del grupo de soledad persistente, un 13,4% desarrolló demencia y un 10,6% EA⁵. De las personas con soledad transitoria, un 2,1% desarrolló demencia y la misma cifra EA⁵. En el grupo de ninguna soledad, un 7,5% desarrolló demencia y un 6% EA⁵. Estos datos mostraron que la soledad persistente es FR⁷ tanto para el desarrollo de demencia como de EA⁵. La soledad transitoria es una situación más beneficiosa que no sentir ningún tipo de soledad para el desarrollo de ambas enfermedades ya que puede producir una estimulación cognitiva al buscar interacciones sociales para paliar la situación.</p> <p>-Otros estudios que no han encontrado relación entre soledad y demencia realizan valoraciones únicas en el tiempo, lo que puede ser la causa de estas diferencias.</p>
Bu et al., 2020 (18)	8310 participantes de 50 años o más (edad media de 64 años +/- 8,3 DE ²) de los cuáles un 45% hombres y un 55% mujeres.	<p>-Estudio longitudinal que combina resultados del ELSA¹ con datos de ingresos hospitalarios y de mortalidad en relación con ECV⁸ para analizar el impacto de la soledad percibida en el desarrollo de estas enfermedades durante un periodo de seguimiento medio de 9,6 años.</p> <p>-La soledad se midió mediante la escala de soledad revisada de UCLA³.</p>	<p>-Los participantes con la puntuación más alta en la escala de soledad tuvieron un riesgo un 30% mayor de reportar alguna ECV⁸ en comparación con las personas con la puntuación más baja. En relación con la hospitalización por alguna ECV⁸, este porcentaje fue de un 48%.</p> <p>-La soledad se relacionó con un mayor riesgo de desarrollar algún tipo de ECV⁸ independientemente de otros factores, estableciéndose la soledad percibida como FR⁷ psicosocial para estas enfermedades.</p> <p>-No se encontró relación entre aislamiento social, desarrollo de ECV⁸ y mayor riesgo de ingreso hospitalarios por las mismas.</p>
Freak-Poli et al., 2021 (19)	11486 participantes con una edad de 70 años o más.	<p>-Análisis secundario de un ensayo longitudinal para investigar si el aislamiento social, el bajo apoyo social y la soledad predicen ECV⁸ en un periodo de seguimiento medio de 4,5 años.</p>	<p>-Tener mala salud social (bajo apoyo social, aislamiento social o soledad percibida) se relacionó tanto con ECV⁸ incidente como fatal. Por separado, solo el aislamiento y bajo apoyo social predijeron ECV⁸ incidentes. La soledad lo hizo con las ECV⁸ fatales y los eventos cardiovasculares adversos mayores, independientemente de otros factores.</p>

		-El apoyo social se basó en tener 4 personas muy cercanas y la soledad mediante la escala CES-D ⁶ .	-Las tres variables estudiadas tanto juntas como por separado, predijeron de manera significativa el ACV ⁴ isquémico. -La mala salud social se tradujo en un 42% de mayores posibilidades de desarrollar ECV ⁸ y el doble de riesgo de morir por las mismas. Esta probabilidad se vio aumentada hasta en 5 veces en fumadores.
Mayerl et al., 2021 (20)	557 participantes mayores de 60 años fueron seleccionados para la primera ola de los cuáles 463 participaron también en la segunda.	-Estudio observacional longitudinal de una muestra aleatoria mediante encuestas para analizar los efectos de la soledad en la salud mental debido a la situación vivida por la pandemia del COVID-19. -La soledad se valoró mediante la escala de soledad de UCLA ³ .	-En la primera ola tanto las restricciones sociales como la soledad se asociaron con sintomatología depresiva y ansiosa. -Las restricciones sociales en la primera ola, predijeron más soledad percibida, lo que a su vez incrementó los síntomas depresivos y de ansiedad en la ola 2. Sin embargo, no se halló relación entre las restricciones sociales en la ola 1 sin aparición de sentimientos de soledad, con la sintomatología depresiva y de ansiedad en la ola 2.
Domech-Abella et al., 2019 (21)	5066 participantes del Estudio Longitudinal Irlandés sobre el Envejecimiento con una edad igual o mayor a 50 años (edad media de 63,3 años) de los cuáles un 51,8% fueron mujeres y un 48,2% hombres.	-Análisis prospectivo longitudinal cuyo objetivo fue valorar las asociaciones bidireccionales entre soledad, redes sociales, ansiedad y depresión durante un periodo de seguimiento medio de 2 años. -La soledad se valoró a través de la escala de soledad de UCLA ³ .	-La relación entre sentir soledad y padecer TAG ⁹ o TDM ¹⁰ tras un periodo de 2 años fue bidireccional. No obstante, la asociación fue más fuerte cuando los sentimientos de soledad aparecían primero, independientemente de otros factores. -Ni el TAG ⁹ ni el TDM ¹⁰ se asociaron con el aislamiento social mientras que soledad y aislamiento social si predijeron ambos trastornos. -La soledad puede suponer cambios en el aislamiento social, pero este no se relaciona con cambios en la soledad.
Holwerda et al., 2016 (22)	2878 participantes de entre 55 a 85 años del <i>Longitudinal Aging Study Amsterdam</i> .	-Estudio prospectivo longitudinal para determinar si la soledad se asocia con mayores niveles de mortalidad y si la depresión aumenta dicho riesgo en un periodo de seguimiento medio de 19 años. -La soledad se valoró con la escala de <i>De Jong Gierveld</i> y la depresión con la escala CES-D ⁶ .	-Tanto la depresión como la soledad fueron FR ⁷ para una muerte prematura en los mayores. -La soledad tanto emocional como social (objetiva) y la depresión se asociaron a un exceso de mortalidad en el análisis bivariado en ambos sexos, pero no en el multivariante. No obstante, la depresión severa en hombres con soledad se asoció a una mayor mortalidad en todos los análisis, suponiendo una "combinación letal" para ellos con el paso del tiempo. Sin embargo, la soledad emocional y la depresión fueron más prevalentes en mujeres. -Ambas situaciones comparten características comunes por lo que el hallazgo de interacción entre ambas podría sentar las bases para realizar interesantes intervenciones tanto para la soledad como la depresión.
Hawkley LC et al., 2013 (23)	No aplica.	-Revisión teórica y empírica sobre las consecuencias y mecanismos de la soledad en la salud.	-La soledad influye en muchos procesos cognitivos incrementando su deterioro y aumentando el riesgo de EA ⁵ , entre otros. A edades avanzadas la soledad puede conducir a cambios irreversibles en la cognición. Estas personas, también tienen una peor calidad del sueño y, por tanto, un descanso poco reparador que repercute negativamente en el funcionamiento fisiológico. Además, predice la sintomatología depresiva y una mayor morbimortalidad por todas las causas, especialmente en los mayores.

			<p>-Se observó una sobreexposición de los marcadores inmunes e inflamatorios en los individuos con sentimientos de soledad percibida.</p> <p>-Las cifras de presión arterial sistólica se vieron aumentadas en intervalos de 4 años en personas con soledad.</p> <p>-La soledad contribuye a una desregularización de comportamientos saludables que puede conllevar a una peor alimentación, inactividad física y abuso de sustancias que comprometen la salud y aumentan el riesgo de enfermedad.</p>
Hackett et al., 2012 (24)	524 participantes de entre 53 y 76 años (edad media de 63 años +/- 5,7 DE ²).	<p>-Ensayo aleatorio controlado que investigó la relación entre soledad y enfermedad mediada por factores inflamatorios.</p> <p>-La valoración de la soledad se realizó a través de la escala de UCLA³.</p>	<p>-Los niveles de cortisol se vieron aumentados en personas con soledad siendo la capacidad de respuesta de esta hormona la que resultó estar alterada, dificultando la regulación de las vías de transcripción inflamatorias y aumentando así la inflamación.</p> <p>-Los niveles de PCR¹¹ aumentaron en los mayores con sentimientos de soledad.</p> <p>-Se observaron niveles elevados de las interleucinas proinflamatorias IL-6, IL-1Ra en mujeres con soledad, pero no en hombres. Los niveles de la proteína quimiotáctica de monocitos 1, o MCP-1¹², se vieron aumentados en ambos sexos. Estos marcadores se asocian, a su vez, con enfermedades coronarias, vasculares y/o deterioro físico y cognitivo.</p>
Vingeliene et al., 2019 (25)	3239 participantes procedentes del ELSA ¹ mayores de 50 años (edad media 64 años).	-Estudio longitudinal de las posibles vías biológicas en la asociación de la soledad con la morbimortalidad en 4 años de seguimiento.	<p>-Los hombres con sentimientos de soledad mostraron niveles significativamente más altos de PCR¹¹, fibrinógeno y ferritina relacionados con el aumento de la inflamación, pero no las mujeres.</p> <p>-Los mayores niveles de soledad se dieron en mujeres, lo que muestra que la soledad en los hombres tiene peores consecuencias para la salud.</p> <p>-Todos los resultados fueron independientes de otros factores, con especial énfasis a la depresión.</p>

Tabla 2. Principales características y resultados de los estudios seleccionados para el objetivo principal. **ELSA¹:** Estudio Longitudinal Inglés sobre el Envejecimiento; **DE²:** Desviación Estándar; **UCLA³:** Universidad de California, Los Ángeles; **ACV⁴:** Accidente Cerebrovascular; **EA⁵:** Enfermedad de Alzheimer; **CES-D⁶:** Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos; **FR⁷:** Factor de Riesgo; **ECV⁸:** Enfermedad Cardiovascular; **TAG⁹:** Trastorno de Ansiedad Generalizada; **TDM¹⁰:** Trastorno Depresivo Mayor; **PCR¹¹:** Proteína C Reactiva; **MCP-1¹²:** *Monocyte chemoattractant protein-1*.

En relación con el primer objetivo secundario, se seleccionaron un total de 4 artículos. Uno de ellos se trata de un estudio cualitativo descriptivo que analiza los beneficios de un grupo de apoyo de mayores con sentimientos de soledad (26), los otros 3 estudios son revisiones integradoras de la literatura que abordan distintos aspectos de la soledad, especialmente las posibles intervenciones que se pueden llevar a cabo para prevenir o tratar dicha situación (27-29). En la siguiente tabla se muestran las principales características y resultados de cada estudio:

AUTORES Y AÑO	MUESTRA	MÉTODO, OBJETIVO E INSTRUMENTOS	PRINCIPALES RESULTADOS
Coll-Planas et al., 2021. (26)	26 participantes mayores de 65 años.	<ul style="list-style-type: none"> -Estudio cualitativo descriptivo-interpretativo de los beneficios de un grupo de apoyo de personas mayores con soledad mediante la promoción de apoyo entre iguales. -La intervención fue dirigida por enfermeras y trabajadores sociales en un centro de Atención Primaria de Cataluña. -Las sesiones tenían una duración de 1 hora y media, un día a la semana y tuvo una duración de 15 semanas. -Participaron 9 voluntarios que atravesaron una situación similar. 	<ul style="list-style-type: none"> -Se observó una disminución de los niveles de soledad resultando un aumento en la participación social, mayor sensación de compañerismo y nuevas amistades creadas a partir del grupo de apoyo. -La salud mental se vio afectada positivamente, sobre todo en relación con la sintomatología depresiva. Los participantes afirmaron tener pensamientos más positivos sobre la vida tras la intervención. -Según los investigadores, el éxito de la intervención se debió a la búsqueda del empoderamiento y al hecho de compartir una situación y edad similar.
Badia et al., 2016. (27)	No aplica	<ul style="list-style-type: none"> -Revisión de distintas estrategias para identificar la soledad no deseada en los mayores e intervenir sobre ella. 	<ul style="list-style-type: none"> -Es crucial identificar de manera correcta la situación de soledad y saber diferenciarla de una soledad no patológica. Enfermería ha de indagar sobre la situación social de la persona mayor y dejar constancia en la historia clínica, así como de los factores de riesgo detectados: viudedad, incapacidad física, problemas de visión o auditivos, menores ingresos, incontinencia urinaria, mala imagen corporal, etc. -Enfermería debe intervenir y elaborar un plan de cuidados para pacientes en esta situación, no únicamente derivar a otros servicios. -Toda intervención dirigida a la soledad ha de potenciar la autonomía de la persona mayor. -Las intervenciones grupales, sobre todo las realizadas junto a otros servicios sociales o comunitarios, demuestran ser los más efectivos.
Díaz et al., 2019. (28)	No aplica	<ul style="list-style-type: none"> -Revisión sistemática de alcance integrativo que aborda las características, causas, consecuencias y factores que disminuyen la soledad en las personas mayores, así como las implicaciones para el personal de Enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> -Entre los factores que pueden precipitar los sentimientos de soledad están: la muerte de pareja o amigos, la falta de compañía, cambios en la posición social debido a la vejez, la pérdida de las tradiciones familiares, no ser visitados, vivir solos, etc. -La interacción social con personas en la misma situación, intereses y con actividades comunes es un factor protector de la soledad. -Tras valorar cada caso y detectar soledad, Enfermería puede llevar a cabo diversas actividades basadas en la interacción social. Además, puede ofrecer el asistir a grupos de apoyo y realizar visitas domiciliarias o llamadas telefónicas programadas para acompañarlos durante el proceso. -Otras acciones más sencillas como la escucha activa, el asesoramiento, la motivación o coger las manos en señal de comprensión pueden disminuir los sentimientos de soledad de estas personas al sentirse acompañados.

Gardiner et al., 2018. (29)	No aplica	-Revisión integradora de la literatura para analizar las intervenciones sobre el aislamiento social y soledad en personas mayores.	-Se encuentran varias categorías de posibles intervenciones en relación con la soledad en los mayores, siendo la prestación sanitaria y social la que mejores resultados demostró. -La adaptabilidad, el enfoque grupal y la productividad son los pilares básicos para el buen funcionamiento de estas intervenciones. Asimismo, estas intervenciones han de contar con diversos mecanismos para que sean exitosas. -Aunque las investigaciones muestran que las intervenciones grupales son las más efectivas, una buena asistencia individual también puede contribuir a paliar esta situación.
-----------------------------	-----------	--	--

Tabla 3. Principales características y resultados de los estudios seleccionados para el primer objetivo secundario.

6 DISCUSIÓN

6.1 El Impacto de la soledad en la salud de los mayores

En esta revisión se encontraron valiosos estudios que investigaron la soledad como un problema potencial de salud. La mayor parte fueron transversales, es decir, valoraron la asociación en un solo momento temporal (16). Dado que para la progresión y desarrollo de las enfermedades tratadas a continuación pueden ser necesarios varios años (17, 18), en el análisis de su asociación con la soledad cobran más importancia los estudios longitudinales. En ellos, las variables del estudio fueron valoradas en más momentos temporales y durante un largo periodo de tiempo, lo que ofrece datos más precisos (16). A continuación, se subdividen los principales aspectos hallados en esta revisión.

Soledad como factor de riesgo para la Enfermedad de Alzheimer (EA)

En relación con el desarrollo de demencia, son muchos los estudios que apuntan a la soledad como un factor de riesgo sustancial. Uno de ellos deriva del Estudio Longitudinal Inglés del Envejecimiento (ELSA), una gran cohorte de población inglesa mayor de la que se investigan los procesos que acompañan al envejecimiento. En él se encontró que la soledad percibida influye de manera clara en el desarrollo de demencia en una muestra de 6.677 participantes seguidos durante 6 años. Por el contrario, estar casado y mantener contacto estrecho con personas cercanas, resultó ser un factor protector para su desarrollo (16). Otra investigación con una media de seguimiento de 18 años dio a conocer interesantes resultados en relación con la influencia de la soledad en la demencia y EA (17). Se trató de un estudio pionero en abordar el impacto diferencial de los distintos tipos de soledad en la función cognitiva. Dentro del grupo de personas diagnosticadas con soledad persistente, un 13,4% desarrollaron demencia y un 10,6% EA. En el grupo de personas con soledad transitoria, un 2,1% desarrollaron demencia y el mismo

porcentaje fueron diagnosticadas de EA. En el grupo de ninguna soledad, un 7,5% desarrollaron demencia y un 6% EA. Estos datos se traducen en dos resultados muy interesantes. Por un lado, el estudio, en consonancia con el derivado del ELSA (16), encontró que la soledad persistente es un factor de riesgo para el desarrollo de demencia y, además, también para la EA. Sin embargo, la soledad transitoria resultó ser un factor protector frente al desarrollo de ambas enfermedades, más incluso que no padecer soledad. Los investigadores explicaron que, en situaciones adversas donde se experimentan sentimientos de soledad puntuales, la resiliencia y los mecanismos personales de adaptación pueden estimular la actividad cognitiva. De esta manera, se favorece la prevención de demencia y de la EA. Por ejemplo, se encontraron niveles mucho más bajos de soledad entre los viudos que buscaban actividades sociales o entornos estimulantes para hacer frente a su situación. Por tanto, la personalidad y factores intrapersonales de superación podrían mediar en la forma en que la soledad influye en la aparición de demencia y EA. Por otro lado, la detección de soledad en una única evaluación no se asoció con demencia o EA. Esto explicaría por qué algunos estudios transversales no encontraron relación entre soledad y riesgo de demencia (17). Tanto en este estudio como en el anterior, el desarrollo de demencia y EA fue independiente de otras variables. En el primer estudio se encontró además un mayor número de casos de hipertensión, accidente cerebrovascular y enfermedad coronaria en el grupo de pacientes con soledad percibida (16).

Soledad como factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares (ECV)

Un estudio procedente del ELSA analizó la posible relación entre soledad y ECV, encontrando una asociación evidente. Estos resultados se vincularon con registros hospitalarios y de mortalidad por ECV en general para poseer una visión mucho más amplia (18). Se encontró una relación entre mayor puntuación en la escala de soledad y riesgo de ECV. Concretamente, aquellos con la puntuación más alta tuvieron un riesgo un 30% y 48% mayor de padecer estas enfermedades e ingresar por las mismas, respectivamente, en comparación con aquellos con la puntuación más baja. Esta relación fue independiente de factores de riesgo de las ECV (hipertensión, obesidad, tabaquismo, hipercolesterolemia, diabetes, sedentarismo, insomnio o depresión), así como del género, de los factores sociodemográficos y del riesgo basal que toda persona asume. No se encontró relación entre el aislamiento social y el riesgo de ECV. Del mismo modo, en el estudio derivado del ELSA que concluyó que la soledad es factor de riesgo para la demencia, tampoco se observó asociación alguna con el aislamiento social (16). Se podría entender que, son los sentimientos de soledad, y no la ausencia objetiva de relaciones sociales, los que tienen consecuencias negativas en la salud de las personas mayores. Esto confirmaría el hecho de que una persona mayor puede vivir sola o tener poco contacto social sin que ello afecte a su salud.

Sin embargo, un pequeño porcentaje de estudios no coincidió con estos resultados. Una investigación de una cohorte de 11.486 participantes mayores de 70 años analizó soledad, apoyo social y aislamiento (19). Estudiando cada entidad por separado, concluyeron que el aislamiento y el bajo apoyo social predicen la aparición de ECV incidentes. Con la soledad, por el contrario, no observaron una asociación relevante, pero sí con los eventos adversos cardiovasculares mayores y con alguna ECV fatal. Por otro lado, tanto el bajo apoyo social, el aislamiento social y la soledad predijeron el accidente cerebrovascular isquémico. En cambio, el anterior sólo encontró esta asociación con la soledad percibida (18). Al comparar ambos estudios se observa que los instrumentos de valoración son distintos. En este, las medidas empleadas tanto para la soledad como para el aislamiento social difirieron a las empleadas en la mayor parte de las investigaciones encontradas, pudiendo resultar más inespecíficas. Por ello, se podría considerar el hecho de que los participantes de los tres grupos estuvieran mezclados, influyendo así en los resultados finales. Un ejemplo es que al analizar las tres variables en conjunto definieron “mala salud social” a sentirse solo, estar aislado o tener bajo apoyo social. Los mayores con mala salud social tuvieron un 42% de mayores probabilidades de desarrollar alguna ECV en 5 años, independientemente a que categoría perteneciesen. Pese a todo, ambos estudios aportaron resultados consistentes que demuestran que la soledad es un factor de riesgo manifiesto para el desarrollo de las ECV.

Soledad como factor de riesgo para la depresión

En esta revisión se observó menos evidencia sobre la relación entre soledad y depresión. Destaca la importancia que le dieron los estudios anteriores, ajustando los resultados finales teniendo en cuenta la depresión como posible factor de confusión debido a la similitud entre la sintomatología de ambos procesos (16, 17). Mucha de la información disponible acerca de los efectos en la salud mental surgió a raíz de la pandemia de la COVID-19. Un estudio observacional mostró que las limitaciones sociales de los mayores durante esta etapa aumentaron los sentimientos de soledad y estos, a su vez, predijeron síntomas depresivos y de ansiedad pasados 10 meses (20). Anteriores a la pandemia, también existen estudios que analizaron esta asociación. Los resultados de una investigación del Estudio Longitudinal Irlandés sobre el Envejecimiento (21) mostraron que experimentar soledad percibida se asocia longitudinalmente con una mayor probabilidad de desarrollar trastorno depresivo mayor o trastorno de ansiedad generalizado tras dos años. Esta asociación fue parcialmente bidireccional, ya que se encontró que padecer un trastorno de ansiedad, pero no uno depresivo, también predice el desarrollo de sentimientos de soledad. No obstante, la relación más consistente y significativa fue la que cursó con soledad al inicio. Otro estudio derivado del *Longitudinal Aging Study Amsterdam* encontró que

soledad y depresión están relacionadas con una mayor mortalidad. Asumiendo que la soledad es factor de riesgo para la depresión, se observaron los efectos sinérgicos de dicha asociación. El estudio mostró que las personas de 85 años con depresión y soledad poseen un riesgo de muerte mayor en los siguientes 5 años. La asociación resultó ser mucho más intensa cuando se presentaban a la vez soledad y depresión que por separado. Además, este estudio descubrió que el impacto en la mortalidad fue mucho mayor en hombres, señalando la “combinación letal” que soledad y depresión supone en ellos (22).

Mecanismos moleculares y respuestas fisiológicas asociadas a la soledad y al desarrollo de enfermedades.

Si bien casi la totalidad de estudios concluyeron que la soledad influye en la salud, se destacó la falta de información disponible para dilucidar cuáles son los mecanismos causales (16, 18). En relación con las ECV, Cacioppo et al. (2013), experto en el estudio de la soledad, observó cambios en la presión arterial sistólica (PAS) en adultos mayores que se sentían solos. Para estos individuos, la soledad se asoció con incrementos significativos en los valores de la PAS en un intervalo de 4 años (23). Sabiendo que la hipertensión es un factor de riesgo bien conocido para las ECV (18), esta podría ser una de las explicaciones. Además, las modificaciones en la fisiología vascular durante el envejecimiento potenciarían este efecto (23). Otros autores apuntaron a la inflamación como protagonista de los cambios que la soledad produce en la salud (24, 25). La inflamación está implicada en muchas ECV (24) y, además, conlleva cambios en la neuroplasticidad de áreas importantes del cerebro durante el envejecimiento (17). Determinadas investigaciones mostraron una sobreexposición de los genes proinflamatorios en personas con soledad (23). Un estudio transversal analizó las variaciones en los niveles de las interleucinas IL-1Ra e IL-6, proteínas proinflamatorias que intervienen en la activación del sistema inmune (24). La IL-1Ra se asocia con la aparición de eventos coronarios mientras que la IL-6 se asocia con la enfermedad coronaria y, además, predice el deterioro cognitivo en el envejecimiento. De igual modo, analizaron los niveles de la proteína quimioatrayente de monocitos-1 (MCP-1), proteína proinflamatoria con un importante papel en la formación de la placa aterosclerótica implicada en muchas ECV. Se encontró que la soledad se relaciona independientemente con mayores respuestas de IL-6 e IL-1Ra en mujeres, y niveles más elevados de MCP-1 en ambos sexos. También se observaron niveles de cortisol altos en los individuos con soledad. Dado que esta hormona interviene en la inhibición de la respuesta inflamatoria, los resultados parecen paradójicos. En justificación, el estudio explicó que la respuesta al cortisol, y por ende su eficacia, es la que se ve afectada en las personas con sentimientos de soledad. Por cada aumento en las puntuaciones de soledad, las probabilidades de ser un buen respondedor al cortisol fueron un 4,2%

menores. El estudio concluyó que las personas que se sienten solas poseen una desregularización de las vías de transcripción proinflamatorias. Además, se observaron mayores niveles en la proteína C reactiva (PCR), indicativa de inflamación. Por tanto, una menor respuesta al cortisol y el aumento de la MCP-1 y PCR podrían ser las responsables de la mayor respuesta inflamatoria en relación con la soledad, y, por tanto, de muchas enfermedades de causa inflamatoria como las ECV e incluso la demencia (24). Otro estudio longitudinal procedente del ELSA investigó el impacto de la inflamación en la salud mediante el análisis de tres biomarcadores: PCR, fibrinógeno plasmático y ferritina (25). En concordancia con el anterior estudio, encontró que, entre las personas con soledad, hubo un aumento importante de la PCR. No obstante, esta asociación sólo fue encontrada en hombres. Lo mismo sucedió con el fibrinógeno y la ferritina. Dado que el número de mujeres solitarias fue significativamente mayor que de hombres, los resultados tienen una interpretación complicada. El estudio concluyó que la soledad en los hombres podría tener consecuencias peores para la salud debido a que estos parecen informar menos de estar padeciendo esta situación, por lo que no recibirían una atención adecuada. Además, la soledad tras enviudar podría tener más impacto en ellos por los nuevos roles que tienen que desempeñar (autocuidado, cuidado del hogar, etc.). Esto coincide con la investigación que encontró que la coexistencia de depresión y soledad en hombres tiene resultados fatales (22). Sin embargo, el estudio transversal concluyó que las respuestas biológicas de la soledad tales como el aumento de la IL-6 e IL-1Ra son peores en las mujeres debido a los roles de género y a la gran importancia que dan a las relaciones sociales en su vida (24). Como conclusión de ambos estudios, el hecho de que se hayan encontrado diferentes marcadores inflamatorios en hombres y mujeres apunta hacia la posible existencia de mecanismos diferenciales entre sexos por los que la soledad pudiera afectar a la salud de los mayores.

Hábitos de vida y factores sociales relacionados con la soledad y sus repercusiones sobre la salud.

Muchos estudios pusieron el foco en mecanismos indirectos que podrían mediar el impacto de la soledad en la salud. Según Cacioppo et al. (2013), los sentimientos de soledad incrementan la vulnerabilidad, los pensamientos negativos y la hipervigilancia de la amenaza social (23). Todo ello provocaría alteraciones psicológicas, causando cambios en el funcionamiento fisiológico, aumentando así la morbimortalidad. Además, informaron de que la misma cantidad de sueño es de peor calidad en las personas que se sienten solas. Un sueño poco reparador se ha asociado con problemas cardiovasculares e inflamatorios que, a su vez, están muy relacionados con los sentimientos de soledad. Por otro lado, los sentimientos negativos que acompañan a la soledad (hostilidad, estrés, pesimismo, baja autoestima, nerviosismo, etc.) pueden dar como

resultado una desregularización de los comportamientos de estilo de vida saludables de los mayores. Por ejemplo, se encontró que los individuos que se sienten solos realizan menos ejercicio físico, factor protector bien establecido para la salud mental, cardiovascular y funcionamiento cognitivo. También se observó un escaso autocuidado, así como una peor alimentación, mayor obesidad y consumo de tabaco. Todos estos efectos podrían interactuar entre sí, conduciendo a un envejecimiento fisiológico mucho más rápido (23).

6.2 Intervenciones de Enfermería.

En la mayoría de los estudios anteriores, las valoraciones y el seguimiento de la soledad fueron realizados por enfermeras/os (16, 17, 19, 25), lo que demuestra la importancia de estos profesionales para la detección de esta situación. El primer paso para poder abordar de manera adecuada un caso de soledad es identificarlo de manera correcta (28, 27). Es importante indagar sobre aspectos como: asistir a menos actividades sociales, padecer alguna enfermedad crónica, estar soltero o viudo, muerte de familiares o amigos, cambios en la posición social por la vejez, pérdida de tradiciones familiares, incapacidad física, problemas visuales o auditivos, incontinencia urinaria, insomnio o mala imagen corporal, ya que pueden favorecer la aparición de soledad en los mayores (28, 27). Durante la atención y cuidados de Enfermería es importante hacer una valoración integral de todas las necesidades e incluir cualquiera de estos aspectos en la historia clínica (27). Una vez detectados posibles factores de riesgo, podría emplearse una escala para establecer mejor el diagnóstico. En este sentido, la escala revisada de soledad de UCLA (conocida internacionalmente con este acrónimo por la universidad en la que su autor desarrolla su labor investigadora y docente, la Universidad de California, Los Ángeles) fue la más empleada en los resultados de esta revisión (18, 19), así como de muchas otras (29). Además, cuenta con la ventaja de haber sido validada en España (27).

En relación con las intervenciones, numerosos estudios muestran que las actividades grupales obtienen mejores resultados que las individuales, ya que el apoyo mutuo fortalece los sentimientos positivos (27). Estas intervenciones resultan ser más efectivas si se realizan en cooperación con otros organismos. Destaca un estudio realizado en un centro de Atención Primaria de Cataluña dirigido por enfermeras, trabajadores sociales y voluntarios (26). En él se realizó una reunión semanal durante 15 semanas de varios mayores, todos ellos en una situación de soledad diagnosticada. Se animó a los participantes a relatar sus sentimientos de soledad, estimulando la participación, integración y empoderamiento mediante debates y otras actividades. Al finalizar el estudio, los participantes afirmaron sentir mejoras en relación con los sentimientos de soledad, un aumento de la participación social, una mayor sensación de

compañerismo, y la creación de nuevas amistades surgidas a raíz del grupo. Además, la intervención tuvo beneficios sobre la salud mental de estas personas, especialmente sobre la sintomatología depresiva.

Otras revisiones muestran que, si una intervención individual está bien orientada, también puede lograr efectos beneficiosos (29). Enfermería no tiene únicamente la opción de derivar a actividades sociales o grupos de apoyo a todo mayor que se encuentre en situación de soledad. La acción más recomendable que podrían realizar las enfermeras/os cuando detectan a una persona en riesgo o con soledad es mejorar su autonomía y hacerlos proactivos a la búsqueda de relaciones sociales. Además, estaría indicado trabajar sobre los pensamientos sociales maladaptativos e intervenir sobre problemas relacionados con la audición, la visión o la movilidad para mejorar su autosuficiencia y facilitar así la integración social (27). Para acompañarlos en el proceso, se podría realizar un seguimiento por medio de llamadas telefónicas o visitas domiciliarias programadas, acciones que se realizan de manera rutinaria en las consultas de Enfermería en Atención Primaria. Este seguimiento, además, daría a la persona mayor sensación de ayuda y acompañamiento, minimizando a su vez la soledad. Otras acciones más sencillas como escuchar, motivar, asesorar o simplemente darles la mano en señal de apoyo se pueden realizar en cualquier proceso asistencial y han demostrado hacer sentir a los pacientes más seguros y acompañados (28).

Según una revisión (29), la asistencia sanitaria, junto a la social, son las que mostraron mejores resultados en la disminución de la soledad dentro de un programa formal de cuidados. Además, encontró tres puntos claves para que una intervención dirigida a tratar la soledad resulte exitosa. El primero es la adaptabilidad; cada atención y programa de cuidados ha de estar adaptado a las características y necesidades de cada persona mayor. En segundo lugar, las intervenciones individuales han de contar también con alguna intervención grupal, ya que el éxito de toda intervención dirigida a la soledad tiene que poseer diversos mecanismos de actuación, no solo uno. Por último, para que cualquier intervención sea efectiva, el paciente tiene que mostrar una actitud activa y comprometida.

Otra parte fundamental de la Enfermería, especialmente de la comunitaria, es dar a conocer los problemas de salud que existen en la comunidad. En España existen organizaciones no gubernamentales destinadas a apoyar a la población mayor, como es el caso de "Grandes Amigos". En ella, a través de su página web (30), se ayuda a los mayores en situación de soledad gracias a voluntarios que realizan acompañamiento presencial, telefónico, así como campañas

de sensibilización. Como enfermeras/os, dar a conocer plataformas como estas, puede ayudar a crear una sociedad más consciente de las necesidades de este grupo de población (27).

Por último y en relación con el segundo de los objetivos secundarios, se indican posibles intervenciones relacionadas con diagnósticos enfermeros que se pueden encontrar en una persona mayor en riesgo o en situación de soledad. Para ello se empleó la herramienta online *NNN-consult* (12), que contempla el lenguaje estandarizado de los diagnósticos establecidos por *Nanda International*, los resultados de la *Nursing Outcomes Clasification (NIC)* y las intervenciones de la *Nursing Interventions Clasification (NOC)*. Todos estos ejemplos, basados en los resultados de esta revisión, se podrían incluir en un Plan de Cuidados de Enfermería para prevenir o tratar la soledad no deseada en los mayores.

DIAGNÓSTICO	Objetivos e indicadores	Intervenciones y actividades
Riesgo de soledad (00054)	<p><u>-Severidad de la soledad (1203)</u>: sensación de desesperanza; sensación de no pertenencia; sensación de pérdida debido a la separación de otras personas; trastornos del sueño; depresión; patrón de alimentación no saludable.</p> <p><u>-Soporte social (1504)</u>: refiere dedicación de tiempo de otras personas; refiere ayuda emocional proporcionada por otras personas; refiere relaciones de confianza.</p>	<p><u>-Apoyo emocional (5270)</u>: realizar afirmaciones empáticas o de apoyo; abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo; proporcionar ayuda en la toma de decisiones, animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.</p> <p><u>-Aumentar los sistemas de apoyo (5440)</u>: animar al paciente a participar en actividades sociales y comunitarias; explicar a los demás implicados la manera en que pueden ayudar.</p> <p><u>-Grupo de apoyo (5430)</u>: formar un grupo de tamaño óptimo (de 5 a 12 miembros); establecer una hora y lugar para las reuniones grupales; determinar el objetivo del grupo y la naturaleza del proceso grupal; fomentar la expresión de ayudas mutuas; enfatizar la importancia del afrontamiento activo.</p> <p><u>-Consulta por teléfono (8180)</u>: proporcionar servicios de forma afectuosa y de apoyo; responder a las preguntas; dar información acerca de los recursos de la comunidad, programas educativos, grupos de apoyo y grupos de autoayuda, según esté indicado.</p> <p><u>-Facilitar el duelo (5290)</u>: escuchar las expresiones de duelo; explicar las fases del proceso de duelo según corresponda; ayudar a identificar las modificaciones necesarias del estilo de vida.</p>
Deterioro de la interacción social (00052)	<p><u>-Implicación social (1503)</u>: interacciona con vecinos/amigos íntimos/miembros de la familia; se conecta diariamente con otros; participa en actividades de ocio; asiste a actividades grupales.</p> <p><u>-Desarrollo: adulto mayor (0121)</u>: mantiene función cognitiva; se adapta a la jubilación; se adapta al cambio en el estado civil; se adapta al deterioro funcional; muestra soledad.</p>	<p><u>-Potenciación de la socialización (5100)</u>: fomentar una mayor implicación en las relaciones ya establecidas; animar al paciente a desarrollar relaciones; fomentar el compartir los problemas comunes con los demás; facilitar el uso de ayudas para déficits sensoriales como gafas o audífonos.</p> <p><u>-Fomentar la resiliencia (8340)</u>: fomentar conductas positivas de búsqueda de la salud.</p> <p><u>-Mejorar el afrontamiento (5230)</u>: proporcionar un ambiente de aceptación; utilizar un enfoque sereno y tranquilizador; fomentar las actividades sociales y comunitarias; favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente; presentar al paciente personas (o grupos) que hayan pasado por la misma experiencia con éxito; animar al paciente a identificar sus capacidades.</p>

Disminución de la implicación en actividades recreativas (00097)	<u>-Participación en actividades de ocio (1604):</u> sentimiento de satisfacción con las actividades de ocio; refiere relajación con las actividades de ocio; identificación de opciones recreativas.	<u>-Terapia de entretenimiento (5360):</u> ayudar al paciente a elegir actividades recreativas coherentes con sus capacidades físicas, psicológicas y sociales; ayudar a obtener los recursos necesarios para la actividad recreativa; ayudar en la obtención de transporte para las actividades recreativas; comprobar la respuesta emocional, física y social a la actividad recreativa.
---	---	--

Tabla 4. Posibles diagnósticos, objetivos e intervenciones de Enfermería para el tratamiento o prevención de la soledad en los mayores.

7 CONCLUSIONES

La soledad no deseada en los mayores es una problemática cada vez más frecuente en nuestra sociedad. En esta revisión se ha encontrado evidencia suficiente para afirmar que la soledad no deseada influye de manera negativa en su salud. Así, las enfermedades más frecuentes han sido la demencia (especialmente la EA), las ECV y la depresión. Todos los estudios encontrados en este trabajo demostraron, en menor o mayor medida, que la soledad es un factor de riesgo para todas ellas. Si bien los mecanismos biológicos por los cuales la soledad afecta a la salud son dudosos, la inflamación apunta a ser la principal responsable. En relación con los mecanismos psicosociales, se ha visto que la soledad contribuye a adoptar peores hábitos de vida, lo que incrementaría el riesgo de padecer estas enfermedades de manera indirecta.

Enfermería puede realizar varias actividades para intentar mejorar la situación dentro del marco de un plan de cuidados. Para su éxito, han de adaptarse a la situación de cada persona, emplear diversos mecanismos de acción y poseer la participación comprometida del paciente. Asimismo, la autonomía del paciente ha de ser la base de cualquier intervención destinada a minimizar la soledad. Aunque muchas de las intervenciones descritas pueden realizarse en cualquier proceso asistencial, Atención Primaria cuenta con las características idóneas para ponerlas en marcha y hacer un buen seguimiento del plan de cuidados basado en la evidencia. Otras acciones como escuchar, mostrar comprensión, apoyo o motivar, pueden conseguir que acudir a la consulta de Enfermería para cualquier control, o la hospitalización, se convirtiese en un espacio de tranquilidad, confort y confianza donde los mayores que se sientan solos sepan que no lo están.

8 BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Madrid: INE; 2021 [actualizado 20 Oct 2021; citado 6 Dic 2021]. Indicadores demográficos básicos. Disponible en: https://www.ine.es/dynqs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177003&menu=ultiDatos&idp=1254735573002
2. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Informe 2018 Las personas mayores en España [Internet]. IMSERSO; 2018 [actualizado 11 Jun 2021; citado 13 Dic 2021]. Disponible en: https://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/publicaciones/colecciones/informacion_publicacion/index.htm?id=5680
3. Cano Pérez MD, Castell Alcalá MV, Queipo Matas R, Martín Martín S, Mateo Pascual C, Otero Puime Á. Utilización de servicios de atención primaria, atención especializada y consumo de medicamentos por la población de 65 años y más en la Comunidad de Madrid. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2016 [citado 2021 Dic 29]; 90: e40012. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272016000100412
4. Organización Mundial de la Salud (OMS) [Internet]. Década del envejecimiento saludable 2020-2030 [Actualizado 14 Dic 2020; consultado 26 Dic 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action>
5. ORDEN CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero. (Boletín Oficial del Estado, número 174, de 19 de julio de 2008).
6. Yanguas J, Pinazo-Henandis S, Tarazona-Santabalbina FJ. The complexity of loneliness. Acta Biomed. 2018; 89 (2): 302-14. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29957768/>
7. La soledad no deseada en los mayores, una pandemia silenciosa que deteriora su salud física y mental [Internet]. Geriatricarea. 2020 [citado 13 Dic 2021]. Disponible en: <https://www.geriatricarea.com/2020/12/22/la-soledad-no-deseada-de-los-mayores-una-pandemia-silenciosa-que-deteriora-su-salud-fisica-y-mental/>
8. Madrigal Muñoz A. Boletín sobre el envejecimiento: La soledad de las personas mayores [Internet]. Servicio de Estudios y estadísticas del IMSERSO; 2000 [citado 25 Dic 2021]. N°3. Disponible en: <https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/bi-nario/boletinopm3.pdf>
9. Instituto Nacional de Estadística. Boletín informativo del INE Hogares en Casa [Internet]. INE: Madrid; 2020 [citado 25 Dic 2021]. Disponible en: <https://www.ine.es/uc/kmjcg4cZ>
10. Weiss RS. Loneliness: The experience of emotional and social isolation. Cambridge, MA: The MIT Press; 1973. 260 p.

11. Perlman D, Peplau LA. Toward a social psychology of loneliness. *Pers. Relatsh.* 1981; 3: 31-56. Disponible en: <https://peplau.psych.ucla.edu/wp-content/uploads/sites/141/2017/07/Perlman-Peplau-81.pdf>
12. Elsevier. Herramienta online para la consulta y diseño de Planes de Cuidados de Enfermería, NNNConsult [Internet]. 2021 [citado 13 Mar 2022]. Disponible en: <https://www.nnn-consult.com/>
13. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. La soledad golpea a más de dos millones de personas mayores de 65 años [Internet]. SEGG; 2019 [consultado 30 Dic 2022]. Disponible en: <https://www.segg.es/actualidad-segg/2019/01/02/soledad-mayor-personas#:~:text=La%20soledad%20golpea%20a%20m%C3%A1s%20de%20dos%20millones,solas%2C%20de%20las%20cuales%20el%2073%25%20son%20mujeres>
14. Palacios Echevarría AJ. La soledad en el adulto mayor [Internet]. FIAPAM.org; 2016 [citado 25 Dic 2021]. Disponible en: <https://fiapam.org/la-soledad-en-el-adulto-mayor/>
15. Urrútia G, Bonfill X. La Declaración PRISMA: un paso adelante en la mejora de las publicaciones de la Revista Española de Salud Pública. *Rev. Esp. Salud Pública.* 2013; 87 (2): 99-102.
16. Rafnsson SB, Orrell M, d'Orsi E, Hogervorst E, Steptoe A. Loneliness, Social Integration, and Incident Dementia Over 6 Years: Prospective Findings from the English Longitudinal Study of Ageing. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2020; 75 (1): 114-24. Disponible en: <https://www.webofscience.com/wos/alldb/full-record/WOS:000535913000013>
17. Akhter-Khan SC, Tao Q, Ang TFA, Itchapurapu IS, Alosco ML, Mez J, et al. Associations of loneliness with risk of Alzheimer's disease dementia in the Framingham Heart Study. *Alzheimers. Dement.* 2021; 17 (10): 1619-27. Disponible en: <https://www.webofscience.com/wos/woscc/full-record/WOS:000632973100001>
18. Bu F, Zaninotto P, Fancourt D. Longitudinal associations between loneliness, social isolation and cardiovascular events. *Heart.* 2020; 106 (18): 1394-99. Disponible en: <https://heart.bmj.com/content/106/18/1394>
19. Freak-Poli R, Ryan J, Neumann JT, Tonkin A, Reid CM, Woods RL, et al. Social isolation, social support and loneliness as predictors of cardiovascular disease incidence and mortality. *BMC Geriatr.* 2021; 21 (1). Disponible en: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-021-02602-2>
20. Mayerl H, Stolz E, Freidl W. Longitudinal effects of COVID-19-related loneliness on symptoms of mental distress among older adults in Austria. *Public Health.* 2021; 200: 56-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8479381/>
21. Domenech-Abella J, Mundo J, Haro JM, Rubio-Varela M. Anxiety, depression, loneliness, and social network in the elderly: Longitudinal associations from The Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA). *J. Affect. Disord.* 2019; 246: 82-8. Disponible en: <https://www.webofscience.com/wos/alldb/full-record/WOS:000457276200009>

22. Holwerda TJ, Tilburg TG, Deeg DJH, Schutter N, Van R, Dekker J, et al. Impact of loneliness and depression on mortality: Results from the Longitudinal Ageing Study Amsterdam. *Br J Psychiatry*. 2016; 209 (2): 127-34. Disponible en: <https://www.webofscience.com/wos/alldb/full-record/WOS:000381242600008>
23. Hawkley LC, Cacioppo JT. Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Ann Behav Med*. 2010; 40 (2): 218-27. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20652462/>
24. Hackett RA, Hamer M, Endrighi R, Brydon L, Steptoe A. Loneliness and stress-related inflammatory and neuroendocrine responses in older men and women. *Psychoneuroendocrinology*. 2012; 37 (11): 1801-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22503139/>
25. Vingeliene S, Hiyoshi A, Lentjes M, Fall K, Montgomery S. Longitudinal analysis of loneliness and inflammation at older ages: English longitudinal study of ageing. *Psychoneuroendocrinology*. 2019; 110. Disponible en: <https://www.sciencedirect-com.ez-busc.usc.gal/science/article/pii/S0306453019301702>
26. Coll-Planas L, Rodríguez-Arjona D, Pons-Vigués M, Nyqvist F, Puig T, Monteserín R. “Not Alone in Loneliness”: A Qualitative Evaluation of a Program Promoting Social Capital among Lonely Older People in Primary Health Care. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2021; 18 (11). Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/11/5580>
27. Gené Badia J, Ruiz Sánchez M, Obiols Masó N, Oliveras Puig L, Lagarda Jiménez E. Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria? *Aten. Primaria*. 2016; 48 (9): 604-9. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5702959>
28. Chaparro Díaz L, Carreño Moreno SP, Arias Rojas EM. Soledad en el adulto mayor: implicaciones para el profesional de enfermería. *Rev Cuid*. 2019; 10 (2): 8. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6952981>
29. Gardiner C, Geldenhuys G, Gott M. Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. *Health Soc. Care Community*. 2018; 26 (2): 147-57. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27413007/>
30. Grandes Amigos [Internet]. Madrid: Fundación Grandes Amigos; [consultado 10 Mar 2022]. Disponible en: <https://grandesamigos.org/contacto/>

