



Facultade de Psicoloxía

Traballo de  
fin de máster

Utilidade da Escala de  
Soidade de Jong  
Gierveld na clínica  
psicoxeriátrica. Un  
estudo piloto.

Autora do TFM

Ana Isabel Burés Sóñora

**Máster Interuniversitario en Psicoxerontoloxía**

Ano 2021

# Índice

<b>Índice.....</b>	<b>2</b>
<b>Resumo.....</b>	<b>4</b>
<b>Resumen.....</b>	<b>5</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>6</b>
<b>Introdución.....</b>	<b>7</b>
1 Envellecemento.....	7
1.1 Relación cos trastornos mentais.....	8
1.2 Relación coa soidade .....	9
2 Soidade.....	11
2.1 Concepto.....	11
2.2 Avaliación: Escala de Soidade de De Jong Gierveld .....	12
2.3 Variables asociadas coa soidade.....	13
2.4 Efectos da soidade na saúde mental .....	14
3 Xustificación.....	17
4 Obxectivos.....	18
<b>Método.....</b>	<b>19</b>
1 Contexto.....	19
2 Participantes.....	21
3 Materiais.....	24
4 Deseño.....	26

5	Procedemento.....	27
6	Análise.....	28
6.1	Análise cualitativa .....	28
6.2	Análise cuantitativa .....	28
<b>Resultados.....</b>		<b>29</b>
1	Resultados cualitativos.....	29
1.1	Aplicabilidade da escala .....	29
2	Resultados cuantitativos.....	35
2.1	Validez da escala de soidade de De Jong Gierveld .....	35
2.2	Relación entre soidade e depresión .....	36
2.3	Relación entre soidade e variables sociodemográficas.....	36
<b>Discusión.....</b>		<b>38</b>
1	Aplicabilidade da escala de soidade de De Jong Gierveld.....	38
2	Relación entre soidade e depresión.....	40
3	Relación entre soidade e variables sociodemográficas.....	42
4	Limitacións.....	43
<b>Conclusiones.....</b>		<b>44</b>
<b>Referencias bibliográficas.....</b>		<b>45</b>

## Resumo

A soidade é unha variable cun papel fundamental na poboación envellecida, un sector cada vez máis amplo que conta cunha incidencia elevada de problemáticas de saúde mental. Este tipo de problemas poden verse fomentados ou agravados pola propia experiencia da soidade, o que ten como consecuencia un incremento da fragilidade e mesmo da mortalidade neste colectivo, as cales deben eliminarse. No presente estudo propónse estudar a introdución da escala de soidade de De Jong Gierveld (De Jong Gierveld & Kamphuis, 1985) no protocolo da Unidade de Psioxeriatría de Santiago de Compostela (UPX), para así mellorar a abordaxe dos trastornos mentais. Realízase unha aplicación piloto da escala nunha mostra de 21 pacientes da unidade, 16 mulleres e 5 homes, con idades comprendidas entre os 64 e os 89 ( $M = 78.76$ ,  $DT = 5.73$ ), a cal permite comprobar a capacidade de administrala en persoas con problemáticas de saúde mental e estudar a relación que presentan a soidade e a depresión nestas persoas. Os resultados das análises cualitativas e cuantitativas (correlación de Pearson, ANOVA dun factor e proba Chi-cadrado) reflexan a existencia de relación entre soidade e depresión e a posibilidade de empregarse neste perfil de paciente. Deste xeito, maniféstase a necesidade de ter en conta a soidade como un indicador máis a incluír na valoración integral das persoas maiores da unidade, dada a importancia na saúde mental destas persoas.

### **Palabras chave:**

Envellecemento, Soidade, Depresión, Psioxeriatría.

## Resumen

La soledad es una variable con un papel fundamental en la población envejecida, un sector cada vez más amplio que cuenta con una incidencia elevada de problemáticas de salud mental. Este tipo de problemas pueden verse fomentados o agravados por la experiencia de soledad, lo que produce un incremento de la fragilidad e incluso la mortalidad en este colectivo, las cuales deben eliminarse. En el presente estudio se propone estudiar la introducción de la escala de soledad de De Jong Gierveld (De Jong Gierveld & Kamphuis, 1985) en el protocolo de la Unidad de Psicogeriatría de Santiago de Compostela (UPG), para la mejora del abordaje de los trastornos mentales. Se realiza una aplicación piloto de la escala en una muestra de 21 pacientes de la unidad, 16 mujeres y 5 hombres, con edades comprendidas entre los 64 y los 89 ( $M = 78.76$ ,  $DT = 5.73$ ), la cual permite comprobar la capacidad de administrarla en personas con problemáticas de salud mental y estudiar la relación que presentan la soledad y la depresión en estas personas. Los resultados de los análisis cualitativos y cuantitativos (correlación de Pearson, ANOVA de un factor y prueba Chi-cuadrado) reflejan la existencia de relación entre soledad y depresión y la posibilidad de emplearse en este perfil de paciente. De esta forma, se manifiesta la necesidad de tener en cuenta la soledad como un indicador más a incluir en la valoración integral de las personas mayores de la unidad, dada su importancia en la salud mental de estas personas.

### **Palabras clave:**

Envejecimiento, Soledad, Depresión, Psicogeriatría.

## Abstract

Loneliness is a variable with a fundamental role in the aging population, an increasingly broad sector that has a high incidence of mental health problems. This type of problem can be promoted or aggravated by the experience of loneliness, which produces an increase in frailty and even mortality in this group, which must be eliminated. In the present study it is proposed to study the introduction of the De Jong Gierveld loneliness scale (De Jong Gierveld & Kamphuis, 1985) in the protocol of the Psychogeriatric Unit of Santiago de Compostela (UPG), for the improvement of the approach of the mental disorders. A pilot application of the scale is carried out in a sample of 21 patients, 16 women and 5 men, aged between 64 and 89 ( $M = 78.76$ ,  $SD = 5.73$ ), which allows to verify the ability to administer it to people with mental health problems and study the relationship between loneliness and depression in these people. The results of the qualitative and quantitative analyzes reflect the existence of a relationship between loneliness and depression and the possibility of using it in this patient profile. In this way, the need to take loneliness into account as one more indicator to be included in the comprehensive assessment of the elderly in the unit is manifested, given its importance in the mental health of these people.

### **Keywords:**

Aging, Loneliness, Depression, Psychogeriatric.

# Introdución

## 1 Envellecemento

O envellecemento da poboación está a ser un fenómeno mundial, xa que practicamente todos os países do mundo están experimentando un crecemento das persoas maiores na poboación grazas ao aumento da esperanza de vida e ao descenso da natalidade. Había 703 millóns de persoas de 65 anos ou máis no mundo en 2019, cifra que se prevé que se duplique a 1500 millóns no 2050. Estímase que todas as rexións do planeta sufran ese incremento, mais en América do Norte e Europa agárdase que sexa relativamente pequeno debido a que poboación xa é neste momento significativamente maior que noutras partes do mundo (ONU, 2019).

En concreto, Europa é a rexión máis envellecida do mundo (ONU, 2019). A comezos do ano 2019 había 90.5 millóns de persoas maiores, entendidas como persoas de 65 ou máis anos, vivindo na Unión Europea (EU), o que equivale aproximadamente ao 20.30% da poboación total. Nas próximas tres décadas estímase que esta porcentaxe continúe incrementando a 39.10% no 2030, 46.80% no 2040 e acadando o 52.00% no 2050 (EUROSTAT, 2020).

Galicia, como gran parte de Europa, debe enfrontarse ao declive demográfico, ao débil crecemento normal e a unha elevada taxa de envellecemento (Fernández e Meixide, 2013). É considerada unha das rexións españolas con menor vitalidade demográfica debido a tres variables que fan que a pirámide poboacional se atope invertida: o descenso da natalidade, o descenso da mortalidade e a emigración da poboación adulta xove e dos seus fillos, facendo

medrar simultaneamente a proporción de persoas maiores (Hernández, 2006). Os datos do INE (2020) indican que na actualidade, a poboación maior de 65 anos en Galicia representa o 25.46%.

## 1.1 Relación cos trastornos mentais

A psicogerontoloxía europea ten como principal interés o estudo da saúde mental nos maiores, tal e como indican Cáceres e Menéndez (2020) nun estudo de revisión sistemática. Nesa mesma liña, a OMS (2020) insiste na importancia da saúde mental e o benestar emocional nesta etapa vital xa que máis dun 20% das persoas que superan os 60 anos de idade sofren algún trastorno mental ou neural (sen ter en conta os manifestados por cefalea) e o 6.60% da discapacidade neste grupo de idade é atribuída aos trastornos mentais e do sistema nervioso. Esta patoloxía representa na poboación maior un 17.40% dos anos vividos con discapacidade.

A revisión de Pinquart et al. (2007) reflexa que a psicopatoloxía (por exemplo, depresión, ansiedade e demencias) é o eixo central da investigación europea, o que ten relación coa alta prevalencia destes trastornos na vellez, Europa occidental é a rexión do mundo con máis afectados por algunha demencia, representando o 7.30% da poboación xeral (Alexander et al., 2015), e segundo Horackova et al. (2019) o 30% das persoas maiores de 65 anos pode padecer depresión.

Os datos da OMS (2020) seguen a mesma liña que os anteriores. A depresión afecta ao 7% da poboación maior xeral e representa o 5.70% dos anos vividos cunha discapacidade entre as persoas de 60 ou máis anos. Asimismo, os trastornos de ansiedade afectan ao 3.80% da poboación maior, os problemas por abuso de substancias psicotrópicas case ao 1% e aproximadamente unha cuarta parte das mortes por autolesión corresponden a persoas de 60 ou máis anos.

Na Enquisa Europea de Saúde (INE, 2020), apórtase información acerca da saúde mental en España, concretamente, sobre a depresión. Preséntase unha prevalencia de cadros depresivos na terceira idade do 4.60% para o cadro depresivo maior e do 5.08% para outros cadros depresivos. A severidade da sintomatoloxía depresiva neste grupo de persoas distribúese nun 13.20% a leve, a moderada nun 4.86%, a moderadamente grave nun 2.19% e nun 1.22% a grave.

Porén, ao longo da vida son moitos os factores que determinan a saúde mental das persoas, tanto sociais como psíquicos ou biolóxicos. Ademais de experiencias ás que pode enfrontarse calquera persoa, son moitos os adultos maiores que se ven privados da capacidade de vivir de forma independente por dificultades de mobilidade, dor crónica, fraxilidade ou outros problemas mentais ou físicos. Hai que ter en conta tamén a frecuencia coa que acontecen neste grupo de idade experiencias como a dor pola morte dun ser querido, o descenso do nivel socioeconómico por mor da xubilación, ou a discapacidade. Estes son factores que poden xerar illamento, perda de independencia, soidade ou angustia, o que afecta gravemente á saúde mental (OMS, 2020).

## 1.2 Relación coa soidade

A soidade representa unha experiencia psicolóxica popularmente vinculada coa vellez (del Barrio et al., 2010; Díez e Morenos, 2015). Un exemplo disto en España é a enquisa realizada por Díez e Morenos (2015), onde a poboación xeral amosaba a súa opinión sobre os grupos que máis risco tiñan de sentir soidade, dos cales debían elixir tres. O 49.50% situou ao grupo de persoas maiores e xubiladas na primeira posición, ademais de que tres de cada catro participantes mencionaron a este grupo entre os tres máis vulnerables. A crenza xeralizada da soidade na vellez foi confirmada na literatura científica, tal e como se comprobou nun estudo de revisión (Cohen-Mansfield, Hazan, Lerman e Shalom, 2016) onde se atoparon 11 estudos nos que a idade avanzada era considerada un factor de risco para o sentimento de soidade.

Nos países do Mediterráneo, incluído España, as persoas anciás teñen maiores niveles de prevalencia de soidade en relación a países do norte e do oeste do continente (Del Barrio et al., 2010; Dykstra, 2009). Nas últimas décadas atopouse un incremento das persoas maiores que viven soas, particularmente as mulleres maiores, as cales forman un grupo particularmente vulnerable da sociedade. En España, as mulleres maiores de 65 anos que viven soas representan máis do 30%, mentres que os homes non alcanzan nin o 20% (EUROSTAT, 2020).

Ademais, a soidade é un dos aspectos que máis preocupa ás persoas maiores (MSSSI, 2015). Na enquisa de maiores realizada polo IMSERSO (2010) atopouse que o 27.20% manifestaba preocupación por envellecer debido á soidade e que o 29.90% cría que a necesidade principal das persoas maiores na sociedade actual era evitar este sentimento.

Nesta enquisa, o 65.10% das persoas maiores de 65 recoñeceron que tiveran sentido momentos de soidade e desta porcentaxe, o 11.40% recoñecían que se sentían soas ao longo do día. Por outra parte, as persoas que referiron momentos específicos de soidade mencionaron que as ocasións especiais (24.70%), os momentos de enfermidade (9.60%), pola noite (8.70%), a fin de semana (5.70%) e durante o día (5%) eran os momentos nos que máis soidade sentían. Estas situacións son similares ás atopadas noutro estudo de ámbito nacional en Gran Bretaña (Víctor et al., 2005) e ás que refiren as persoas maiores que viven soas (López-Doblas, 2005).

A soidade non soamente se relaciona co feito de vivir só, senón tamén coas redes sociais e co apoio que estas producen. No 2015, a proporción de adultos que afirmaban non poder falar dos seus asuntos persoais con outras persoas incrementábase en función da idade, chegando ao 8.20% nas persoas entre 65 e 74 anos e ao 9.60% nos maiores de 75 anos. No mesmo senso, a proporción de persoas que afirmaban non ter ninguén a quen pedirlle axuda tamén se viu incrementada conforme se aumentaba a idade ata acadar o 7.40% entre os 65 e os 74 anos, para logo reducirse un pouco (7.20%) nos maiores de 75. Isto foi observado na maioría de países da UE, entre os que se inclúe España (EUROSTAT, 2020).

Neste senso, é preciso apuntar que no noso país iniciouse recentemente o Proxecto ELES (Estudo Lonxitudinal Envellecer en España), cuxo obxectivo é estudar lonxitudinalmente a un grupo de suxeitos durante 20 anos de cohortes de poboación nada antes de 1960 (Matia Instituto Gerontolóxico y Centro de Ciencias Humanas y Sociales, 2017). O proxecto piloto foi presentado no 2011 e conta cunha mostra de 1747 persoas de 50 anos ou máis. Malia que os datos recollidos no estudo non sexan accesibles, entre as variables incluídas no protocolo de avaliación inclúese a soidade, avaliada mediante a escala de De Jong-Gierveld na súa versión reducida de seis ítems. Polo tanto, este proxecto permitirá investigar en España a traxectoria da soidade nas persoas maiores durante 20 anos, o que suporá a oportunidade de coñecer e comprender mellor o fenómeno da soidade na vellez do noso país.

## 2 Soidade

### 2.1 Concepto

A soidade é un sentimento de illamento, froito dunha discrepancia percibida entre as relacións que ten unha persoa e as que agardaba ter. O illamento, pola contra, é un indicador obxectivo do número de contactos que ten a persoa e representa a falta de integración dos individuos no seu entorno social, é dicir, non conta cun compoñente psicolóxico como a soidade (Courtin e Knapp, 2017). De feito, esta última relaciónase con aspectos emocionais como insatisfacción xeral, infelicidade, ansiedade, hostilidade, aburrimiento, inquietude ou vacío (Perlman e Peplau, 1982). Deste xeito, o concepto de soidade comprende dende emocións ata procesos cognitivos, inclúe á persoa e á comunidade, engloba variables interpersoais e culturais, e relaciónase con fragilidade e vulnerabilidade nas persoas maiores (Yanguas et al., 2018).

Jong-Gierveld (1987, 1998) propuxo unha definición de soidade a partir da literatura existente e da análise de contido do significado da soidade de persoas con e sen soidade. Describe a soidade como “unha situación vivida polo individuo na que existe unha desagradable ou inadmisíbel falta de certas relacións”. O autor indica que dita falta de relacións pode ser debida a situacións nas que o número de relacións é inferior ao desexable ou admisible, ou tamén a outras situacións nas que non se acadou a intimidade desexada nesa relación. Polo tanto, considérase que a soidade implica o que a persoa percibe e experimenta do illamento, como o avalía e tamén a falta de comunicación con outras persoas (de Jong-Gierveld, 1987).

De Jong-Gierveld (1987) comprende a soidade como unha experiencia subxectiva, é dicir, influenciada polas características da propia persoa e non directamente pola situación social que vive a persoa. Concretamente, o autor propón que os procesos cognitivos median a relación entre as características da rede social e a soidade. Este modelo explicativo inclúe 25 variables explicativas agrupadas en 4 categorías, as cales explican o 52.30% da experiencia da soidade: 1) Características descritivas da rede social, 2) Avaliación subxectiva da rede social, 3) Variables situacionais ou contextuais e 4) Variables disposicionais ou características persoais.

Do conxunto de variables integradas no seu modelo, de Jong-Gierveld (1987) confirma que o tipo de convivencia (vivir só) é un dos determinantes máis importantes de

soidade, xa que ten influencia directa e indirecta nesta experiencia. Tamén confirma a hipótese cognitiva da soidade xa que a satisfacción xeral coa rede social e o autoconceito mostraron ser mellores predictoras da soidade que outras variables, como as descritivas da rede social (teñen só unha influencia moderada) ou as situacionais (non aportaron valor explicativo). Así, este modelo explicativo confirma que a soidade está provocada en gran medida pola avaliación subxectiva que a persoa realiza acerca da súa rede social e mediada por variables situacionais e características da propia persoa que, tal e como sinala o autor, deben terse en conta á hora de conceptualizar e abordar a soidade.

## 2.2 Avaliación: Escala de Soidade de De Jong Gierveld

A escala de soidade de De Jong Gierveld está fundamentada no seu modelo cognitivo, explicado no apartado anterior, segundo o que canto maior é a discrepancia entre as relacións sociais desexadas e as que en realidade se establecen, maior é a experiencia de soidade. Probablemente sexa a escala máis empregada en Europa para avaliar este constructo debido ás vantaxes que presenta, entre as que se atopan a súa brevedade, a fundamentación teórica, a numerosa utilización e a ausencia de sesgos culturais (Scharf & De Jong Gierveld, 2008).

O propósito da escala é medir o grao de soidade que experimenta unha persoa nunha dimensión básica, é dicir, a escala presenta unha estrutura unidimensional (De Jong Gierveld & Van Tilburg, 2011). A súa consistencia interna (alfa de Cronbach) oscila entre .81 e .90 dependendo do estudo (Bartlett, Warbuton, Lui & Peach, 2008). Para o proceso de validación da escala (Jong-Gierveld & Van Tilburg, 1999), tivéronse en conta variables que tiñan relación coa soidade como o sexo, a idade, o estado civil, o tipo de convivencia, o lugar de residencia, a situación de emprego, o nivel de estudos, estado de saúde e capacidade funcional.

Este instrumento conta con tres categorías de resposta (“non”, “máis ou menos”, “si”) e cada un dos ítems é indicativo de se as persoas experimentan situacións onde as relacións interpersoais son menos das desexadas ou se, pola contra, alcanzaron o nivel desexado de intimidade. A puntuación total obtense dicotomizando as respostas, é dicir, súmase un punto se nos ítems 1, 4, 7, 8 e 11 se responde “non” ou “máis ou menos”. Nos demais ítems (2, 3, 5, 6, 9 e 10) obtense un punto se as respostas son “máis ou menos” ou “si”. En caso contrario, a puntuación é 0. A puntuación total vai de 0 (non experimenta soidade) ata 11 (soidade

extrema), logo de sumar todas as respostas aos ítems (Buz e Prieto, 2013). Porén, nun estudo de Van Tilburg & De Jong Gierveld (1999), a versión orixinal da escala conta con tres puntos de corte: 3 (distingue entre soidade e non soidade), 9 (soidade leve ou soidade grave) e 11 (soidade extrema).

## 2.3 Variables asociadas coa soidade

A meta-análise de Pinquart e Sorensen (2001) e a revisión sistemática de Cohen-Mansfield et al. (2016) sintetizaron os resultados de 187 estudos publicados en diversos anos de investigación, os cales describen cales son as variables sociodemográficas, de saúde e autonomía funcional que se atopan asociadas á soidade nas persoas maiores.

A primeira delas é a idade. Cohen-Mansfield et al. (2016) atoparon estudos que tiñan unha relación positiva entre idade e soidade (11) e outros que non (5). Pinquart e Sorensen (2001) confirmaron na súa análise a hipótese de que a soidade conta con forma de “U”, xa que atoparon que os menores de 60 reducían a soidade ao aumentar a idade, entre os 60 e os 80 a idade e a soidade non correlacionaban e no grupo de maiores de 80, a soidade aumentaba ao incrementarse a idade.

Outra é o xénero. Son as mulleres as que máis soidade presentan en ambas revisións (Cohen-Mansfield et al., 2016; Pinquart e Sorensen, 2001), mais as diferenzas interxénero varían segundo o estado civil e as medidas empregadas para avaliar a soidade (Pinquart e Sorensen, 2001).

O estado civil, pola súa parte, tamén presenta relación coa soidade. O estatus de non casados, o cal inclúe a persoas solteiras, divorciadas ou viúvas, foi asociado de forma consistente como un factor de risco de soidade (Cohen-Mansfield et al., 2016).

As persoas que viven en residencias parece ser que teñen uns niveles máis elevados de soidade que as que viven na comunidade, o que indica que o lugar de residencia ten algo que ver na experiencia da soidade (Pinquart e Sorensen, 2001). Por outra parte, atopouse que as persoas que viven en áreas rurais contan cunha maior soidade que as que viven en áreas urbanas (Cohen-Mansfield et al., 2016), mais non existen datos suficientes para afirmar isto xa que esta variable foi pouco investigada nos estudos de prevalencia (Cohen-Mansfield et al., 2016; Pinquart e Sorensen, 2001).

O estatus funcional tamén parece ter un papel importante na experiencia da soidade. Pinquart e Sorensen (2001) encontran que unha alta competencia funcional nas actividades da vida diaria se asocia cunha menor soidade e, ao contrario, unha pobre capacidade funcional cunha maior soidade (Cohen-Mansfield et al., 2016). Deste xeito, unha maior independencia funcional reduciría a probabilidade de sentirse só, tal e como se mostra tamén noutros estudos como o de Prieto et al. (2011).

Outras variables que se relacionan de xeito positivo coa soidade na revisión de Cohen-Mansfield et al. (2016) son os comportamentos insalubres (beber alcohol, fumar, sedentarismo...), os eventos negativos do pasado (traumas emocionais), o deterioro sensorial (visual e auditivo) ou a baixa autoestima.

Hai que destacar que, por exemplo, no estudo de Vitores (2019) non se atopa relación estatisticamente significativa entre a soidade percibida e variables como o estado civil, o nivel socioeconómico ou o nivel de estudos. É importante mencionar que os participantes se atopan institucionalizados, a diferenza doutros estudos que si atopan influencia destas variables na soidade cando os maiores non viven nun centro, como o de Prieto et al. (2011).

Por último, hai estudos que incluso comprobaron que a soidade é un predictor da mortalidade nas persoas maiores (Holt-Lunstad et al., 2015; Luo, Hawkey, Waite y Cacioppo, 2012); Steak (2005) engade que as persoas maiores que se atopan institucionalizadas e sofren depresión e soidade presentan un risco de mortalidade 2.1 veces maior, o que pon en valor o papel da soidade no campo da saúde mental.

## 2.4 Efectos da soidade na saúde mental

A OMS (2020) advirte que a soidade é un problema que ameaza de forma grave a saúde mental das persoas maiores. De feito, é un aspecto a ter en conta xa que esa percepción de soidade xera malestar e provoca efectos negativos sobre a saúde, o que incrementa a fragilidade destas persoas (Abizanda-Soler et al., 2010; Op het Veld et al., 2015).

Os efectos máis referidos polas persoas maiores que experimentan soidade son os emocionais, é dicir, declaran sentimentos de illamento e vacío (Smith, 2011) ou tristeza e medo (López-Doblas, 2005). En España, Losada et al. (2012) comprobaron que a soidade explica de forma significativa a saúde mental dos anciáns españois, independentemente doutras variables importantes para a saúde como vivir só ou a saúde percibida. De feito,

Cohen-Mansfield et al. (2016) atopan que unha maior comorbilidade e unha pobre saúde mental implican uns maiores niveles de soidade.

Concretamente, a soidade relaciónase con certas problemáticas de saúde mental como a ideación suicida ou o desexo de morrer. Atopouse unha relación positiva entre a soidade e esas variables na vellez, tanto cualitativa como cuantitativamente, confirmada polas narracións das propias persoas maiores deses estudos (Rurup, Pasma, et al., 2011; Rurup, Deeg, Poppelaars, Kerkhof y Onwuteaka-Philipsen, 2011). Na mesma liña, comprobouse de forma lonxitudinal que a soidade é un dos predictores da ideación suicida pasiva nunha mostra ampla de persoas maiores de 12 países europeos (Stolz, Fux, Mayerl, Rásky y Freidl, 2016).

O funcionamento cognitivo tamén se relaciona coa soidade de forma significativa. Boss et al. (2015) realizaron un estudo de revisión que presenta numerosos estudos nos que existe unha asociación negativa entre soidade e capacidade cognitiva xeral. De feito, nun estudo lonxitudinal incluído na revisión mostrou que, tras controlar a variable idade, a soidade predecía o deterioro cognitivo. Da mesma forma, Donovan et al. (2016) atoparon que as persoas con soidade ao inicio do estudo incrementaban a probabilidade de sufrir deterioro cognitivo 12 anos despois nun 20%. Na revisión de Boss et al. (2015) tamén se mostraron dous estudos lonxitudinais que encontraron un aumento do risco de padecer demencia e Enfermidade de Alzheimer con niveles elevados de soidade, é dicir, esta variable predecía significativamente ese incremento do risco. Porén, tamén existen resultados contradictorios na relación entre as funcións executivas e a soidade, xa que esta aparece nas correlacións bivariadas pero non nos modelos multivariados, o que suxire a existencia doutros factores mediadores. Donovan et al. (2016) comprobaron que a depresión interactuaba na relación entre ambas variables, polo que estes autores suxiren que é a combinación de ambos síntomas, soidade e depresión, a que precipita o deterioro cognitivo.

A asociación máis consistente da experiencia de soidade é coa depresión, manifestada en diversas investigacións (Cacioppo et al., 2010; Peerenboom, Collard, Naarding y Comijs, 2015). Cacioppo et al. (2010) realizaron un estudo lonxitudinal de 5 anos para comprobar a medida na que a soidade predecía a aparición de síntomas depresivos nunha mostra de 229 persoas maiores de 50 anos. Os resultados confirmaron a hipótese e mostraron que a soidade non só é capaz de predecir a sintomatoloxía depresiva, senón tamén de promoverla independentemente doutros factores (sociodemográficos, illamento social, eventos vitais estresantes, neuroticismo, estrés percibido e apoio social). Do mesmo xeito, comprobouse

que a soidade é un predictor da sintomatoloxía depresiva moito máis importante que o apoio social e que a relación entre depresión e soidade non é recíproca. é dicir, que a soidade é un factor de risco para padecer síntomas depresivos, mais non ao contrario (Cacioppo et al., 2010). É importante destacar que a maioría de artigos e estudos nacionais e internacionais mostran unha estreita relación da soidade con síntomas depresivos e de ansiedade en persoas maiores institucionalizadas, aínda que con esta última (ansiedade) en menor medida (Vicente et al., 2014; Kim et al., 2009; Prieto et al., 2011).

### 3 Xustificación

Na actualidade vívese máis tempo en todo o mundo. A OMS (2020) apunta que, por primeira vez na historia, a meirande parte da poboación conta cunha esperanza de vida igual ou superior aos 60 anos, estimando que no 2050 a porcentaxe de persoas maiores chegará a duplicarse, acadando o 22%. No que respecta á poboación galega, Fernández e Meixide (2013) xa apuntaban a un elevado incremento da porcentaxe de persoas maiores na nosa comunidade e ao descenso de persoas mozas como consecuencia da demografía.

Unha experiencia psicolóxica vinculada a miúdo coa vellez é a soidade (del Barrio et al., 2010; Díez e Morenos, 2015), confirmada e comprobada na literatura científica cun estudo de revisión (Cohen-Mansfield, Hazan, Lerman e Shalom, 2016) onde se atopou que a idade avanzada era considerada un factor de risco para este sentimento. Losada et al. (2012) comprobaron que a experiencia de soidade explica significativamente a saúde mental dos anciáns españois independentemente doutras variables importantes para a saúde, corroborado á súa vez pola OMS (2016).

A saúde mental é de suma importancia neste sector da poboación, xa que máis dun 20% dos adultos de 60 ou máis anos sofren algún trastorno mental ou neural (sen contar os manifestados por cefalea) e o 6.60% da discapacidade neste grupo etario é atribuída aos trastornos mentais e do sistema nervioso (OMS, 2020). Dentro deste tipo de sintomatoloxía, a que presenta máis apoio científico no canto á súa relación coa soidade é a depresiva (Cacioppo et al., 2010; Peerenboom, Collard, Naarding e Comijs, 2015), mais o sentimento de soidade tamén se vincula con outras problemáticas como a ansiedade (Vicente et al., 2014), o deterioro cognitivo (Vitores, 2019) ou a ideación suicida (Stolz, Fux, Mayerl, Rásky e Freidl, 2016).

Tomando como base a información exposta, conclúese que a soidade é unha variable cun papel fundamental na poboación envellecida, un sector cada vez máis amplo que conta cunha incidencia elevada de problemáticas de saúde mental. Este tipo de problemas poden verse fomentados ou agravados pola propia experiencia da soidade, o que ten como consecuencia un incremento da fragilidade e mesmo a mortalidade neste colectivo, as cales deben eliminarse. Por isto, é importante contar cun instrumento que avalíe a soidade de forma fiable e válida na poboación maior xeriátrica, xa que é un sector da poboación cunha saúde mental comprometida per se no que a soidade pode producir consecuencias máis severas respecto da poboación maior xeral.

## 4 Obxectivos

O obxectivo xeral desta investigación é estudar a introdución da escala de soidade de De Jong Gierveld (De Jong Gierveld & Kamphuis, 1985) no protocolo da Unidade de Psicogeriatría de Santiago de Compostela (UPX) para a mellora da abordaxe psiquiátrica e psicolóxica das problemáticas dos pacientes. Concretamente, os obxectivos específicos que pretenden acadarse son os seguintes.

*Obxectivo 1:* Comprobar se a escala de soidade de De Jong Gierveld é aplicable na poboación geriátrica que acode a consulta na UPX, mediante un estudo piloto. Estímase que esta poboación vai contar con máis dificultades para entender e contestar esta proba que a poboación maior xeral.

*Obxectivo 2:* Comprobar se a administración da escala de soidade de De Jong Gierveld é válida en suxeitos con deterioro cognitivo leve (GDS=3/7) e moderado ou demencia leve (GDS=4/7) pertencentes á UPX. Espérase que a administración sexa posible neste perfil de paciente.

*Obxectivo 3:* Examinar a validez da escala de soidade de De Jong Gierveld na poboación geriátrica que acode a consulta na UPX. Agárdase obter datos de validez apropiados.

*Obxectivo 4:* Explorar se existe relación entre a soidade, medida mediante a Escala de Soidade de Jong Gierveld, e a depresión, avaliada mediante a Escala GDS de Yesavage, e se a mesma presenta un patrón de relación específico na poboación da UPX. Espérase atopar unha relación entre soidade e depresión máis forte que na poboación maior xeral.

*Obxectivo 5 (didáctico):* Explorar se existe relación entre a soidade, medida mediante a Escala de Soidade de Jong Gierveld, e as variables sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, nivel de estudos, tipo de convivencia e lugar de residencia). Estímase que as persoas cunha puntuación de soidade máis elevada sexan as persoas con máis idade, mulleres, viúvas, sen estudos ou con estudos básicos, que vivan soas e no rural. Debido ao escaso tamaño da mostra, o obxectivo soamente é de carácter didáctico.

# Método

## 1 Contexto

A área de saúde de Santiago de Compostela é unha das maiores de entre as 11 áreas que compoñen o mapa sanitario galego, segundo os parámetros sociodemográficos que se necesitan para organizar servizos asistenciais (superficie, poboación e dispersión xeográfica). Dentro dos dispositivos de saúde mental dos que dispón destaca a Unidade de Psioxeriatría (UPX), lugar onde se levou a cabo o estudo piloto. Esta unidade ten como obxectivo promover a atención integral á poboación maior con trastornos mentais dentro desta área de saúde (Santiago de Compostela), en colaboración cos demais dispositivos sanitarios e sociais, mediante a combinación de programas asistenciais, formativos e de investigación.

Os principios xerais da memoria programática realizada para a unidade engloban o seguinte. Unha atención integral, a cal inclúe a problemática social e a monitorización da patoloxía somática, así como o traballo en equipo multidisciplinario, para o cal se conta cun psiquiatra coordinador, unha psicóloga, un médico xerontólogo e unha traballadora social. Tamén se segue un modelo comunitario, implicando unha integración do labor da unidade coa de servizos sociais e sanitarios, cuxo obxectivo é o de manter ao ancián no seu medio natural. Ademais, concédese preeminencia á atención primaria. Cabe destacar que estes principios xerais eran congruentes co documento que unha comisión de expertos elaborou no seu día a petición da Concellería de Sanidade da Xunta, inspiración do decreto que regula a saúde mental en Galicia do 1995.

O perfil de usuario ao que se lle ofrecen os servizos da UPX é unha persoa maior de 65 anos integrada na unidade paciente + coidador (familia fronte a coidador institucional). Os cadros que serán atendidos comprenden todo o espectro da patoloxía psiquiátrica, non só demencias e psicoses funcionais graves, senón tamén patoloxía neurótica “menor”. De feito, a demanda expresada pode clasificarse en psiquiatría pesada, lixeira e non casos, cunhas porcentaxes do 60%, 25% e 15%, respectivamente (Mateos e Rodríguez-López, 1989).

## 2 Participantes

A determinación do tamaño da mostra para a execución dun estudo epidemiolóxico sempre está implícita na fase de deseño do propio estudo. O fundamental é que a mostra sexa representativa da poboación á que pertence (Argimon e Jiménez, 2004). As limitacións na temporalidade impediron a selección dun número representativo de persoas, polo que os participantes deste estudo piloto foron elixidos mediante a súa asistencia ás consultas na UPX durante un mes do prácticum, dende mediados de maio ata mediados de xuño, así como por certos criterios de inclusión e exclusión.

As persoas debían ser pacientes da UPX e contar cun diagnóstico dentro do espectro da patoloxía psiquiátrica, ademais de ter vontade de participar e colaborar na investigación. Como criterio de exclusión só se tivo en conta o diagnóstico de demencia avanzada, onde a persoa contaba con notables dificultades para manter a atención e poder contestar aos instrumentos empregados no estudo. Deste xeito, o total de participantes ascendeu a 21, con idades comprendidas entre os 64 e os 89 ( $M = 78.76$ ,  $DT = 5.73$ ). Deses suxeitos, 16 son mulleres e 5 homes, representando así un 76% e un 24%, respectivamente (Figura 1).

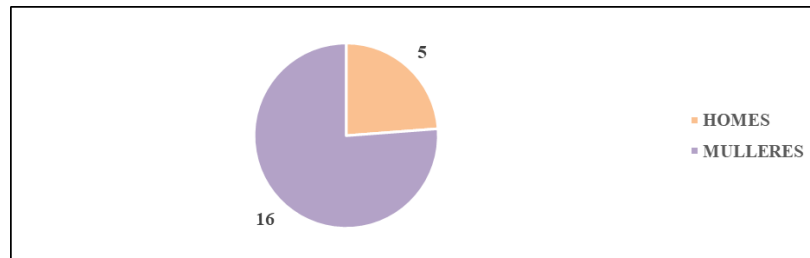


Figura 1. Sexo.

No tocante ao estado civil, as dúas categorías máis repetidas son o estar casado e viúvo, nun 42.90% e 28.60%, seguidas da de estar solteiro (14.30%), divorciado (9.50%) e separado (4.80%).

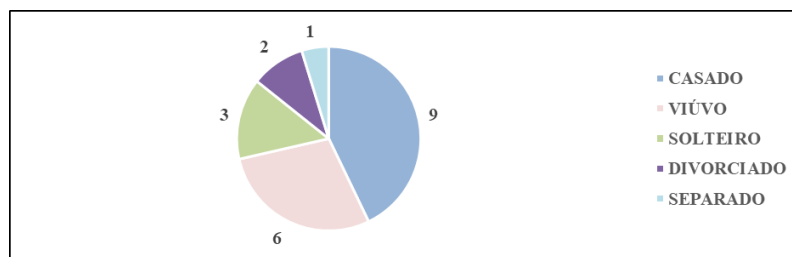


Figura 2. Estado civil.

Máis da metade dos participantes non contan con estudos ou só alcanzaron os básicos, os cales representan o 57.10% da mostra. Porén, só ten estudos primarios o 19.00%, secundarios o 14.30% e superiores, o 9.50%.

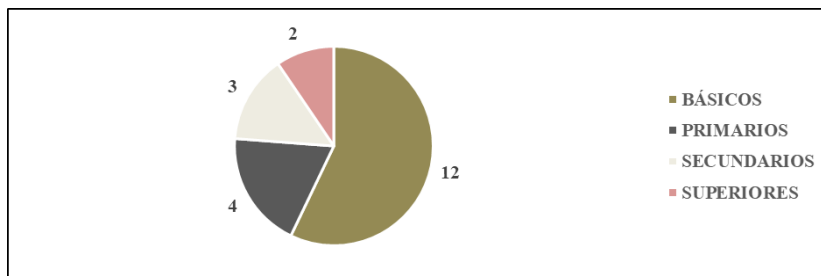


Figura 3. Nivel de estudos.

A ocupación maioritaria dos entrevistados é a agricultura (38.10%), seguida dun 19.00% que se adica aos labores do fogar. Operarios de fábrica e costureiras alcanzan o 9.50% cada un, mentres que as demais profesións (garda civil, dependente, axente forestal, técnico electrónico, mestre) representan cada unha un 4.80%, como pode apreciarse na figura seguinte (Figura 4).

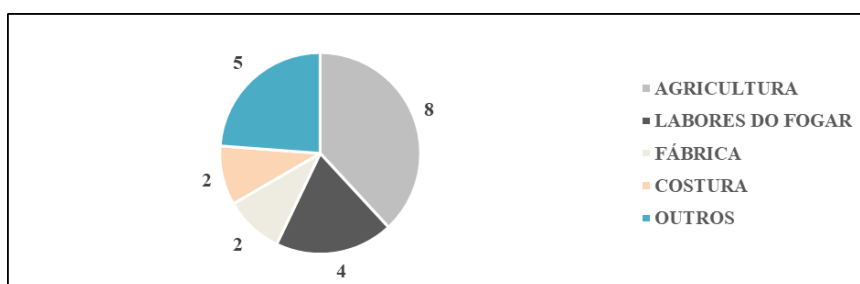


Figura 4. Ocupación.

As persoas casadas conviven todas coa súa parella, representando unha porcentaxe do 42.90%. Pola contra, as que non son conviven cos fillos (19.00%), nunha institución (14.30%), sós (9.50%), con outros familiares (9.50%) ou nun convento (4.80%). A información aparece na Figura 5.

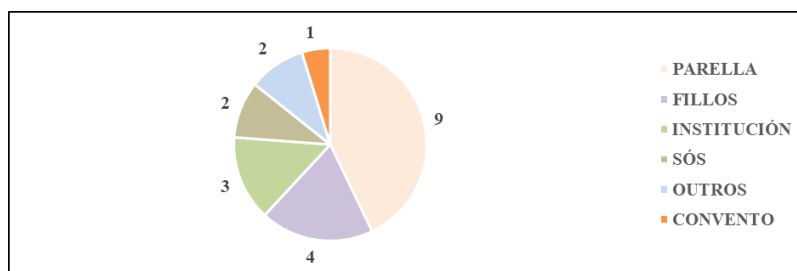


Figura 5. Convivencia.

O ambiente (Figura 6) no que se sitúan os participantes é rural nun 42.90%, seguido do urbano como máis común (23.80%) e logo polo semi-urbano (19.00%). Os que se atopan nunha institución representan o 14.30%.

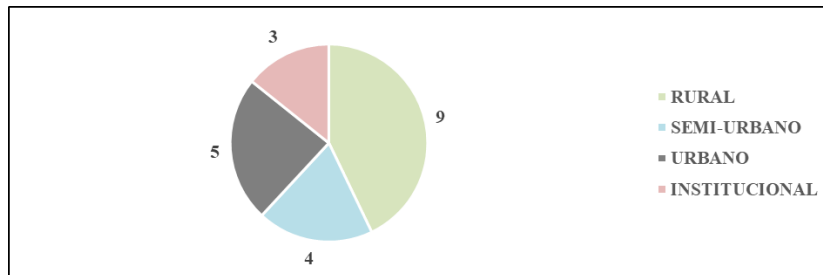


Figura 6. Ambiente.

Os participantes do estudo contan con diversos diagnósticos psicopatolóxicos, algún con máis dun deles. Clasifícanse da seguinte maneira (Figura 7). Os trastornos depresivos son os máis comúns na mostra e engloban outras variantes (distimia, depresión estacional ou depresión con síntomas psicóticos), así como os bipolares (trastorno bipolar ou manía con síntomas psicóticos) ou as demencias (demencia dexenerativa ou enfermidade de Alzheimer). Nesta mostra en concreto, é importante destacar que o termo trastorno de personalidade fai referencia a rasgos histriónicos de personalidade e o trastorno psicótico á esquizofrenia.

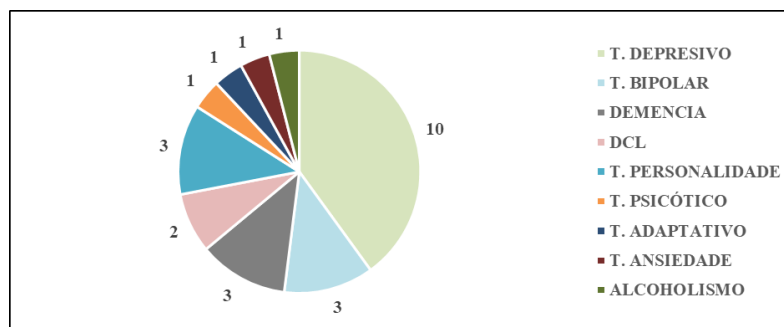


Figura 7. Diagnósticos.

### 3 Materiais

Para a recollida de datos do estudo empregouse un protocolo (Anexo 1) que contiña cuestionario elaborado ad hoc onde se indagaba respecto dalgunhas variables sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, nivel de estudos, profesión, tipo de convivencia, lugar de residencia e diagnóstico). Tamén se avaliaron diversos aspectos dos participantes (funcionalidade, niveis de soidade, síntomas depresivos e estado cognoscitivo), para os cales foi preciso empregar diversas probas, descritas a continuación.

A funcionalidade foi avaliada mediante dous instrumentos que exploraban o desempeño dos pacientes nas actividades da vida diaria (AVD), un para as básicas (ABVD) e outro para as instrumentais (AIVD).

O Índice de Barthel (Cid e Damián, 1997) é unha proba que valora a autonomía respecto da realización das ABVD; en España é a máis empregada en xeriatria e rehabilitación respecto da funcionalidade (Trigás-Ferrín, Ferreira-González & Mejjide-Míguez, 2011). A escala conta con 10 actividades (comida, aseo, vestido, arreglo, deposición, micción, ir ó servizo, traslado cama/sillón, deambulación e subir/baixar escaleiras) e a puntuación total vai dende 0 (completamente dependente) a 100 (completamente independente), a excepción das persoas que empregan cadeira de rodas, nas que a puntuación máxima é de 90. As categorías de resposta atópanse entre 2 e 4 alternativas con intervalos de cinco puntos en función do tempo empregado en realizalas e na axuda precisada. Os rangos de puntuación son os seguintes: dependencia total (0-15), dependencia grave (20-35), dependencia moderada (40-55), dependencia leve (60-95) e independencia (100).

A Escala de Lawton e Brody (Lawton & Brody, 1969) é a empregada para avaliar a realización das AIVD mediante 8 ítems (capacidade para usar o teléfono, facer compras, preparar a comida, realizar o coidado da casa, lavado da roupa, utilización dos medios de transporte, responsabilidade da propia medicación e administración dos asuntos económicos). A cada un dos ítems asígnaselle un valor de 1 (independente) ou 0 (dependente) e a puntuación total oscila entre 0 (máxima dependencia) e 8 (independencia total). Hai que destacar que o instrumento ten influencia de aspectos culturais e do entorno, así como dificultades para ser valoradas en pacientes institucionalizados e en homes, os cales non contan con actividades representativas dos patróns sociais (Trigás-Ferrín, Ferreira-González & Mejjide-Míguez, 2011).

Os niveis de soidade foron explorados mediante a Escala de Soidade de De Jong Gierveld (Gierveld e Van Tilburg, 1999; Pinazo e Donio, 2018), explicada de xeito pormenorizado no apartado introdutorio.

A Escala para a depresión xeriátrica de Yesavage, a GDS, foi a empregada para a cuantificación da sintomatoloxía depresiva (Brink, Yesavage, Lum, Heersema, Adey & Rose, 1982). A versión que se utilizou consta de 30 ítems, formulados como preguntas e con resposta dicotómica de si ou non. Unha resposta afirmativa nos ítems 2-4, 6, 8, 10-14, 16-18, 20, 22-26 e 28 vale un punto, mentres que nos demais ítems (1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 e 30) obtense un punto por cada resposta negativa. Así, cada un dos ítems puntúa 1 ou 0, polo que a puntuación total varía entre 0 e 30 cos seguintes rangos: normal (0-10), depresión leve (11-20) e depresión grave (21-30).

O estado cognoscitivo foi explorado mediante a versión do MMSE adaptada por Lobo et al. (1985), adaptada á poboación galega. É unha ferramenta de screening de deterioro cognitivo moderado e está composta por ítems agrupados en diversos apartados que miden orientación temporal e espacial, fixación, atención e cálculo, memoria episódica e de traballo, nominación, repetición, comprensión, lectura, escritura e debuxo. A puntuación máxima é de 30 e o punto de corte indicativo de deterioro cognitivo é 23. No ámbito clínico acostuman a ser menos esixentes se a persoa obtén resultados aceptables no canto á funcionalidade debido ás patoloxías que caracterizan a esta poboación.

Por último, tamén se preguntou sobre a súa percepción sobre as preguntas realizadas nos cuestionarios, é dicir, sobre a dificultade, a incomodidade e a preferencia de administración, oral ou escrita.

## 4 Deseño

O primeiro pilar do proceso de investigación é o deseño, definido como o plan que proporciona a estrutura para a integración dos elementos que forman o estudo empírico, para que os resultados sexan creíbles, libres de sesgos e xeralizables (Dannels, 2010). O deseño plantexado para este estudo pertence á investigación non experimental, xa que só se miden e relacionan as variables que inclúe o problema de investigación (soidade, depresión e variables sociodemográficas). Dentro deste tipo de estudos, elíxese a estratexia asociativa porque o obxectivo da investigación é explorar a relación funcional existente entre as variables estudadas (Ato, López & Benavente, 2013).

Segundo a estratexia poden levarse a cabo diversos tipos de estudos, mais o escollido nesta ocasión é o estudo comparativo transversal de grupos naturais (Ato, López & Benavente, 2013). Os estudos comparativos transversais de grupos naturais teñen como obxectivo comparar unha ou máis variables en grupos preexistentes, seleccionados nesta ocasión mediante as súas puntuacións na escala de soidade de De Jong Gierveld. Non se realiza ningún tipo de intervención nas variables e estas mídense unha soa vez.

## 5 Procedemento

Os pacientes cos que se contou para a investigación foron os que se atopaban citados nun mes dentro do período de prácticum, dende mediados de maio ata mediados de xuño, quen quixeran participar na mesma. Todos eles foron informados dos obxectivos da investigación e dos dereitos que posuían no tocante á confidencialidade dos datos e ao anonimato da súa identidade, en liña coa normativa existente en España. Neste caso, para a súa identificación e garantir o anonimato, empregáronse o número do estudo e o de historial médico da unidade.

Unha vez aclarados os termos nos que se ía desenvolver a cuberta dos cuestionarios, así como o relativo á confidencialidade, solicitóuselles a firma do consentimento voluntario (Anexo 2) para a realización da avaliación (funcional, cognitiva e afectiva) e tamén que as respostas ás enquisas fosen o máis sinceras posibles.

Posteriormente, anotouse a hora de inicio do proceso e deuse paso á recollida dos datos sociodemográficos, todo en formato de entrevista persoal. Administráronse en primeiro lugar os cuestionarios de funcionalidade (Índice de Barthel e Escala de Lawton e Brody), seguidos dos de sentimentos de soidade (Escala de soidade de De Jong Gierveld), síntomas depresivos (Escala GDS de Yesavage) e estado cognoscitivo (MMSE). Hai que destacar que para o estudo piloto tamén foi necesario anotar o tempo de administración da escala de soidade de De Jong Gierveld, para valorar a comprensión da mesma. Unha vez rematadas as enquisas, preguntouse tamén acerca da percepción das preguntas realizadas nos cuestionarios, é dicir, sobre a dificultade, a incomodidade e a preferencia de administración (oral ou escrita). Finalmente, anotouse a hora de finalización da entrevista e a impresión da entrevistadora de todo o proceso.

Por último, engadir como diferenza do estudo piloto que a investigación debe contar cun ano de duración, para que así poida obterse unha proporción adecuada de participantes e os resultados sexan representativos da poboación estudada.

## 6 Análise

### 6.1 Análise cualitativa

A comprobación da aplicabilidade da escala require ter en conta aspectos máis alá dos numéricos. Nesta ocasión, foi preciso analizar as características persoais dos participantes que podían xerar algún tipo de influencia na comprensión da escala (Meneses et al, 2013). Destacan elementos como a capacidade auditiva, o diagnóstico, o estado cognitivo e incluso certos aspectos da súa historia persoal (falecementos, acontecementos traumáticos, vivencia da propia patoloxía...), xunto con outros aspectos relacionados coa opinión persoal dos propios participantes (dificultade e incomodidade dos ítems da escala, preferencia de formato de administración...). Así, estes aspectos tan específicos requiriron dunha análise exhaustiva de cada un dos casos para poder explicar os resultados obtidos.

### 6.2 Análise cuantitativa

As análises deste estudo foron realizadas mediante a versión 22 do software *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*.

Obtivéronse os estatísticos descritivos da mostra (media e desviación típica) para coñecer as súas características no tocante ás variables sociodemográficas e á súa percepción sobre a entrevista (dificultade, incomodidade e preferencia de modalidade).

Para a análise da validez da escala de soidade de De Jong Gierveld empregouse o coeficiente de Correlación de Pearson coa escala GDS de Yesavage, obtendo así a validez concurrente ou simultánea.

Empregouse a proba ANOVA dun factor para determinar se existían diferenzas en función das puntuacións de soidade (*non soidade*, *soidade leve* e *soidade grave*) nas puntuacións da escala GDS de Yesavage, así como tamén se aplicou a proba post hoc de Scheffé no caso de existir diferenzas significativas entre os grupos.

A correlación de Pearson foi utilizada para ver se se relacionaban as puntuacións das dúas escalas principais (Escala de Soidade de Jong Gierveld e Escala GDS de Yesavage), así como a soidade e a idade. Para ver a relación coas demais variables (sexo, estado civil, nivel de estudos, profesión, convivencia e residencia) utilizouse a proba chi-cadrado.

# Resultados

## 1 Resultados cualitativos

### 1.1 Aplicabilidade da escala

A comprobación da aplicabilidade da escala require ter en conta aspectos máis alá dos numéricos, motivo polo que se realizou unha valoración cualitativa de cada unha das entrevistas. Porén, existen varios aspectos comúns a todas elas que parecen apuntar a unha correcta comprensión da escala, como a *ausencia de omisión de resposta* en todas as entrevistas, así como a propia expresión da opinión acerca da *incomodidade e dificultade* do proceso.

Respecto deste último, hai que destacar que expresar unha opinión xa é indicativo de que a información foi procesada e houbo comprensión, pois é requisito para poder realizar un xuízo sobre a incomodidade e a dificultade producidas pola proba. O 85.70% dos participantes non atoparon ningún inconveniente á hora de responder ás preguntas, é dicir, desminten a existencia de dificultades ou incomodidade. Porén, na Táboa 1 o 14.30% da mostra si afirma sentir incomodidade ou dificultade respecto das preguntas. Tamén se mostran outros datos que poden ter relación con esa opinión, xa sexa influindo nela (puntuación no MMSE) ou como consecuencia (duración da administración da escala). Para valorar o que aparece recollido na táboa revisouse concretamente cada un dos casos.

Táboa 1. *Información dos casos que notificaron incomodidade ou dificultade coa proba.*

Número de caso	Incomodidade	Dificultade	Puntuación na Escala de Soidade de Jong Gierveld	Puntuación no MMSE	Tempo (min)
11	Si	Si	9	20	15
18	Non	Si	4	16	7
8	Si	Non	4	27	5

O primeiro caso (11) é o dunha paciente que considerou as preguntas como incómodas e difíciles. Leva dende os 22 anos diagnosticada de esquizofrenia paranoide e a tratamento psiquiátrico cunha evolución relativamente boa, xa que non contou con ningún ingreso ata o ano 2011, aos 71 anos. É a partir deste momento cando comeza a acudir á UPX de forma regular acompañada da súa irmá, a cuidadora principal.

Ao longo da súa vida sempre buscou desculpas relacionadas coa enfermidade, empregando frases como “depende como me encontre” para facer ou non determinadas tarefas. Nunca saiu da casa para divertirse nin tampouco contaba con responsabilidade algunha, de feito, non manexaba diñeiro. Sempre foi independente para as actividades básicas da vida diaria, mais non para as instrumentais, sempre dependeu doutras persoas. Só mantiña relación con xente da familia, xa que non lle gustaban os contactos sociais ao considerarse incompetente neste ámbito. Ademais, sempre foi unha persoa con tendencia ao negativismo e a disgustarse de forma anticipada por posibles acontecementos. Malia todo o explicado, a paciente conta cun adecuado estado cognitivo, como indica a súa puntuación no MMSE (20 de 30).

Un aspecto destacable deste caso é a sobreprotección exercida na paciente, previamente polos pais e logo pola súa irmá, persoa á que os pais antes de morrer lle fixeron prometer que coidaría da paciente. Este feito pode explicar a relación tan particular destas dúas irmás, marcada pola dependencia. Tanto é así que no 2014 comeza a complicarse a evolución da enfermidade dado o diagnóstico de Demencia de súa irmá, a cal debe deixar a un lado o seu rol de cuidadora. Este acontecemento vital supuxo moito estrés na paciente, a cal comezou a pasar o dó pola perda moito antes do seu falecemento no 2020. Malia este

acontecemento, a paciente continúa vivindo no mesmo fogar, xa que é a sobriña a que se encarga dos coidados.

Neste caso, podemos considerar que a incomodidade e dificultade das preguntas pode vir dada pola situación de dó que continúa atravesando a paciente. Ao longo da entrevista menciona a súa irmá en cada unha das preguntas, téndoa presente como alguén ao que acudiría en caso de axuda malia que xa non estea, de aí tamén a explicación da súa puntuación en soidade (9, soidade grave). Este tema é moi conflitivo para ela, como pode comprobarse pola gran latencia de resposta (15 minutos en completar o cuestionario) e por numerosas mencións da súa preferencia de que vivira súa irmá en lugar dela, manifestando as súas ganas de acabar coa súa vida e deixar de ser unha carga para a súa familia. O seu baixo autoconceito tamén puido dificultar o establecemento de vínculos afectivos con outras persoas, xa que como ela mesma menciona, cre que non serve para nada, que nunca soubo facer nada e que era mellor morrer antes que ser unha carga para os demais.

O seguinte caso (18) considerou as preguntas difíciles, pero cómodas. O paciente conta co diagnóstico de demencia (sen especificar) dende marzo do ano en curso, momento no que comeza a acudir á UPX. Fai 3 anos tivera unha época de nerviosismo e baixada de ánimos cunha marcada melloría tras recibir tratamento por parte dun neurólogo privado; na actualidade presenta un episodio similar, marcado pola apatía, a hipocondría e ideas delirantes celotípicas respecto da muller. É independente para as actividades da vida diaria, mais en ocasións ten esquecementos dos que é consciente, o que repercute no seu estado de ánimo.

Sempre foi unha persoa tranquila, nada celosa e moi sociable. De feito, mantén contacto con todos os veciños e afirma que lle gusta relacionarse cos demais, motivo polo que frecuenta o negocio que o seu fillo dirixe na parte inferior da vivenda. O paciente convive soamente coa súa muller, mais os fillos acoden á casa a diario, o que denota un bo apoio familiar. Todo isto vese reflexado na baixa puntuación obtida na escala de soidade (4).

Deste xeito, a dificultade percibida coa escala non viría dada pola experiencia de soidade como tal, senón por outro factor: o estado cognitivo do paciente. A puntuación no MMSE é de 16, indicativa de deterioro cognitivo, con marcados fallos en función executiva, linguaxe, memoria e atención. Ademais, é importante destacar a lentitude do paciente no procesamento das instrucións e na emisión das respostas, así como o seu nerviosismo ao longo de toda a entrevista.

O último dos casos (8) considerou as preguntas como incómodas, mais non difíciles. A paciente leva a tratamento psiquiátrico dende a súa xuventude pola rede privada debido a unha personalidade disfuncional. O seguimento de psiquiatría foi intermitente, acudía cando presentaba algún empeoramento, mais non se concretan en que consistían. É no 2014 cando se data o seu primeiro ingreso, causado tras o cese da toma de medicación por parte da paciente, o que causou unha desestabilización da sintomatoloxía (cadro de negativismo) e propiciou o inicio das consultas na UPX.

Un aspecto a ter en conta sobre o caso é a familia. É a 4ª de 5 irmáns (1 home e 4 mulleres), todos solteiros; todas elas convivían xuntas. Os encargados da familia eran unha irmá (encargada da casa) e o irmán (encargado das finanzas), mais cando ela falece (2007) é a paciente a que toma ese rol protector, sobre todo dunha das súas irmás diagnosticada de Parkinson (falecida no 2020). Na actualidade só viven o home, a paciente e outra irmá.

A súa irmá defínea como unha persoa impositiva, desconfiada, discutidora e autoritaria, o que causa unha convivencia difícil en certas ocasións. De feito, a paciente é moi insistente en certos temas, como deixou ver ao longo de toda a entrevista. Manifesta o seu descontento ante actitudes inocentes que ten a súa irmá (por exemplo, ver a TV e non saír da casa), intentando impoñer os seus pareceres e obrigándolle a realizar tarefas que non son precisas ao contar con axuda a domicilio. Ademais, a irmá engade que coa xente de fóra é todo o contrario, é dicir, que é unha persoa alegre, que saúda e sorrí. Gústalle moito saír do domicilio e relacionarse cos demais, como ela mesma comenta durante o proceso. De feito, ata o ano pasado ían de vacacións todos os anos e acudía a talleres de memoria e actividades, para manterse activa. Isto pode explicar a súa baixa puntuación na escala (4), tanto o seu interés polo contacto cos demais como pola convivencia coa súa irmá, o que fai que se sinta sempre acompañada.

A incomodidade non semella consecuencia da experiencia de soidade, nin tampouco do seu estado cognoscitivo, xa que obtén unha puntuación moi elevada no MMSE (27) e conta con estudos universitarios. Tras unha análise do caso, parece que ese sentimento da paciente pode vir dado por tratarse de preguntas íntimas, é dicir, que requiren unha expresión de sentimentos. Isto dedúcese xa que non hai ningunha pregunta da escala á que respondera de forma concisa e clara, sempre dou rodeos, contou anécdotas relacionadas e en ocasións, evitaba contestar se non se lle volvía a repetir a pregunta de forma concreta. Así, a incomodidade puido vir producida simplemente por tratar un tema que ela mesma non tiña interés de falar.

En resumo, a *incomodidade* semella propiciada polas propias historias vitais e características deses pacientes, máis que pola escala en si. De feito, agás eses participantes, a maioría respóndea sen ningún tipo de inconveniente, chegando a haber algún que incluso agradece as preguntas para poder falar sobre ese tema, xa que non acostuma a tratar este tipo de cuestións. A *dificultade* tamén se considera dependente da historia vital concreta, mais semella que o estado cognitivo pode xogar un papel importante no entendemento das preguntas.

Outra manifestación da correcta comprensión da escala ten que ver co *formato de administración* da mesma, neste caso, oral. Tomouse a decisión de aplicar os instrumentos desta maneira ao permitirse unha mellor aclaración das posibles dúbidas e das respostas dos entrevistados, é dicir, desta forma podían expresar mellor os seus pareceres e preguntas. Outro punto que se tivo en conta para optar por isto foi o perfil dos participantes, xa que moitos deles presentan numerosas problemáticas relacionadas coa vista e a audición, así como unha mínima escolarización ou incluso descoñecemento da lectura e escritura, o que podía dificultar notablemente o entendemento do cuestionario.

Tendo isto en conta, é destacable a porcentaxe de participantes que manifesta unha preferencia pola entrevista persoal (oral), chegando ao 85.70% e reflexada nas propias palabras dos participantes en frases como “así podo explicarme mellor”, “deste xeito podo preguntar o que non entendo”, “prefiro que me pregunten e me expliquen” ou “cubrilo eu é moi complicado”. A mostra restante (14.30%) atopa indiferente a forma de administración, algo indicativo dunha adecuada comprensión xa que o formato escrito require de máis habilidades. Isto concorda á súa vez co bo estado cognitivo deses participantes (puntuacións no MMSE superiores a 23).

En relación ao estado cognitivo, avaliado mediante o MMSE, é de suma importancia facer mención da posibilidade de administrar este instrumento a persoas con *deterioro cognitivo*, xa sexa deterioro cognitivo leve ou incluso demencia leve. Dentro dos participantes, unha persoa contaba co diagnóstico dunha demencia sen especificar (GDS = 4/7), dúas co de deterioro cognitivo leve (GDS = 3/7) e outras dúas co de enfermidade de alzheimer (GDS = 4/7), condicións que lle supuxeron problemas para cumprimentar a proba soamente a un deles (caso 18). Foi o mesmo participante o que indicou dificultade á hora de responder o cuestionario, corroborada á súa vez pola necesidade de aclaración e repetición dalgúns dos ítems e pola puntuación obtida no MMSE (16/30). Nas demais persoas, o tempo de administración é similar ao estimado para a poboación maior xeral (7 minutos), o que

indica un correcto entendemento dos ítems da proba e a posibilidade de aplicarse en persoas con estas características.

En resumo, unha vez analizadas as entrevistas dos participantes pode concluirse que, malia que existen factores influíntes na comprensión dependentes dos participantes (patoloxía, experiencias vitais, grao de deterioro...), a escala é aplicable de forma oral na poboación psicoxeriátrica, inclusive na que presente deterioro cognitivo leve ou demencia leve.

## 2 Resultados cuantitativos

### 2.1 Validez da escala de soidade de De Jong Gierveld

Con respecto á prevalencia de soidade na poboación da UPX, a puntuación media obtida na escala é de 5.95 (DT = 3.413). Tendo en conta que o punto de corte para a presenza de soidade é de 3 e o da soidade grave é 9, distribuímos a mostra en non soidade (23.80%), soidade leve (52.40%) e soidade grave (23.80%). As puntuacións máis comúns son 4, obtida por un 19.00% da mostra, 8 e 11, nun 14.30% cada unha e, nun 9.50%, 2 e 7. Todos estes datos poden observarse na seguinte gráfica (Figura 8).

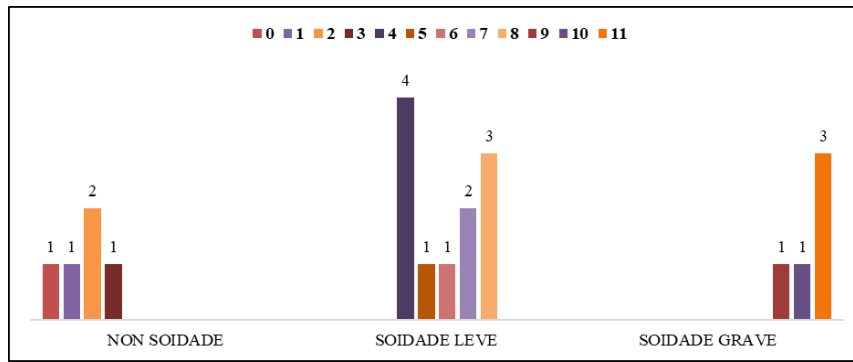


Figura 8. Distribución dos participantes segundo as puntuacións na escala de soidade de Jong Gierveld.

No canto ás propiedades psicométricas, podemos afirmar que a escala posee unha adecuada validez concurrída ou simultánea, expresada na táboa seguinte (Táboa 2). Obtívose unha correlación de Pearson significativa ( $r$ ) de .771 ( $p < .000$ ) e un coeficiente de determinación ( $r^2$ ) do .594. Polo tanto, podemos dicir que a relación entre ambas variables é positiva e que o 59.40% da variabilidade que presentan as puntuacións na escala de depresión estaría explicada pola relación que presenta cos valores obtidos na escala de soidade.

Táboa 2. Validez da escala de soidade de De Jong Gierveld.

	M (DT)	r	p	$r^2$
Escala de soidade de De Jong Gierveld	5.95 (3.413)	.771**	.000	.594
Escala GDS de Yesavage	12.19 (8.171)			

\*\* Significación  $p < .01$

## 2.2 Relación entre soidade e depresión

A existencia de relación entre a soidade e a depresión foi expresada na táboa anterior (Táboa 2), sendo esta positiva e significativa ( $p < .000$ ). Porén, para establecer se existen ou non diferenzas segundo o nivel de soidade (non soidade, soidade leve e soidade grave) na sintomatoloxía depresiva (puntuación total da escala GDS de Yesavage), comprobouse en primeiro lugar o suposto de homoxeneidade de varianzas mediante a proba de Levene, e a continuación empregouse o ANOVA dun factor, aplicando a proba post hoc de Scheffé para ver se existían diferenzas significativas entre as medias dos distintos grupos comparados.

Unha vez comprobado o suposto da homoxeneidade das varianzas dos grupos mediante a proba de Levene ( $p > .05$ ), aplícase un ANOVA dun factor, atopando diferenzas significativas [ $F(2, 21) = 7.750$ , ( $p < .01$ )] entre os grupos, como pode verse na táboa 3. Aplicando a proba post hoc de Sheffé, obsérvase que as diferenzas establécense entre o grupo de soidade grave cos outros dous, co de non soidade (Diferenza de medias = 16.60, ET = 4.235,  $p < .01$ ) e co de soidade leve (Diferenza de medias = 10.25, ET = 3.645,  $p < .05$ ).

Táboa 3. Media, desviacións típicas e ANOVA en función do nivel de soidade.

	Non soidade	Soidade leve	Soidade grave	F	p
	M (DT)	M (DT)	M (DT)		
Escala GDS de Yesavage	5.40 (3.647)	11.75 (7.250)	22.00 (5.354)	7.750**	.004

\*\* Significación  $p < .01$

## 2.3 Relación entre soidade e variables sociodemográficas

Para comprobar a existencia de relación entre a soidade e as diferentes variables sociodemográficas empregáronse dúas probas, a correlación de Pearson ( $r$ ) e a proba Chi-cadrado ( $X^2$ ). A primeira relacionou a variable idade e a puntuación de soidade, mentres que a segunda analizou a relación entre as demais variables sociodemográficas (sexo, estado civil, nivel de estudos, profesión, convivencia e residencia) e os niveis de soidade (non soidade, soidade leve e soidade grave). Neste caso, ningunha das variables mostra relación significativa coa soidade, como pode observarse nas seguintes táboas (Táboa 4 e Táboa 5).

Táboa 4. *Correlación da soidade coa idade.*

	r	p
Idade	-0.029	.902

---

Táboa 5. *Correlación da soidade coas variables sociodemográficas.*

	X <sup>2</sup>	p
Sexo	1.890	.389
Estado civil	5.444	.709
Nível de estudos	2.683	.847
Profesión	17.019	.384
Convivencia	6.115	.910
Residencia	1.336	.970

---

# Discusión

## 1 Aplicabilidade da escala de soidade de De Jong Gierveld

A análise cualitativa da aplicación piloto da escala indica que é posible a administración da proba no contexto da UPX, mais existen certas problemáticas á hora de realizarse debido ás características da mostra (alta problemática social e dificultades cognitivas). Deste xeito, confírmase a *hipótese 1 “estímase que esta poboación vai contar con máis dificultades para entender e contestar esta proba que a poboación maior xeral”* e a *hipótese 2 “espérase que a administración sexa posible neste perfil de paciente”*.

As dificultades atopadas polos pacientes están relacionadas coas propias historias vitais, xa que a vivencia da propia patoloxía pode influir na maneira de establecer vínculos afectivos e, polo tanto, na experiencia da soidade. As características dos participantes tamén xogan un papel importante no entendemento, pois aspectos como a autoestima, a capacidade visual e auditiva ou a escolaridade, teñen un papel importante na interpretación das preguntas e, en resumo, na incomodidade ou dificultade coa que se experimenta a administración da proba.

Destácase como aspecto importante o formato de aplicación oral, elixido como preferente pola maioría dos participantes. Isto permite unha mellor aclaración das posibles dúbidas e das respostas dos entrevistados, así como superar barreiras tales como unha visión deficiente ou unha escasa escolarización.

O estado cognitivo tamén debe terse en conta ao analizar a aplicación da escala. A administración foi posible en pacientes con deterioro cognitivo leve ou moderado e demencia leve, xa que soamente un dos cinco casos mostrou algunha dificultade, relacionada cos déficits concretos que presentaba esta persoa.

En resumo, unha vez analizadas as entrevistas dos participantes pode concluirse que a escala é aplicable de forma oral na poboación psioxeriátrica, inclusive na que presente deterioro cognitivo leve ou demencia leve, e que as problemáticas atopadas son específicas de cada un dos casos (vivencias, características persoais, estado cognitivo...).

## 2 Relación entre soidade e depresión

As análises realizadas mostraron unha relación positiva e significativa entre a soidade e a depresión, polo que podemos dicir que se cumpren a *hipótese 3 “agárdase obter datos de validez adecuados”* e a *hipótese 4 “espérase atopar unha relación entre soidade e depresión máis forte que na poboación xeral”*. É importante destacar que se atoparon diferenzas na sintomatoloxía depresiva segundo o nivel de soidade, sendo as persoas con soidade grave as que se diferencian de forma significativa dos outros dous grupos, persoas con soidade leve ou persoas que non presentan soidade.

A relación significativa atopada entre ambas variables, soidade e depresión, permite xustificar a validez da escala ao ter constancia de numerosos estudos que notifican a asociación existente entre elas (Cacioppo et al., 2010; Peerenboom, Collard, Naarding e Comijs, 2015). De feito, os efectos máis referidos polas persoas maiores que experimentan soidade son o sentimento de illamento e vacío (Smith, 2011) e a tristeza e o medo (López-Doblas, 2005), aspectos avaliados pola escala GDS de Yesavage.

Existen máis estudos que atopan relación entre soidade e depresión, ademais de ansiedade, pero a mostra atópase institucionalizada (Vicente et al., 2014; Kim et al., 2009; Prieto et al., 2011). Neste piloto non se poden apreciar datos relevantes respecto a isto debido ao pequeno tamaño da mostra institucionalizada, mais é un aspecto a ter en conta en futuras investigacións.

Na mesma liña que o anterior, neste piloto non se realizaron análises que confirmen a relación existente entre a soidade e outros temas de saúde mental como a ideación suicida ou o desexo de morrer, mais un dos casos fai referencia a isto. Sería interesante ver a relación en futuras investigacións, xa que existen estudos que a confirman (Rurup, Pasma et al., 2011; Rurup, Deeg, Poppelaars, Kerkhof e Onwuteaka-Philipsen, 2011).

En resumo, os resultados atopados concordan cos de diversos estudos (Cohen-Mansfield et al., 2016; Losada et al., 2012), os cales apuntan á pobre saúde mental como un factor que implica maiores niveles de soidade e, á súa vez, á soidade como un factor explicativo da saúde mental. A OMS (2020) advirte, na mesma liña, que a soidade constitúe unha problemática que afecta á saúde mental de forma grave, motivo polo que debe estudarse en profundidade nunha poboación como a da UPX. Deste xeito, maniféstase a necesidade de

estudar a soidade neste contexto para poder realizar unha mellor abordaxe dos casos e mellorar así a saúde mental dos pacientes, garantizando unha redución da fraxilidade e da mortalidade (Holt-Lunstad et al., 2015; Luo, Hawkley, Waite e Cacioppo, 2012).

### 3 Relación entre soidade e variables sociodemográficas

As análises feitas para explorar se existe relación entre a soidade e as variables sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, nivel de estudos, tipo de convivencia e lugar de residencia) foron realizadas unicamente con carácter didáctico, xa que o tamaño da mostra non permitía obter conclusións fiables. Porén, a hipótese 5 “*estímase que as persoas cunha puntuación de soidade máis elevada sexan as persoas con máis idade, mulleres, viúvas, sen estudos ou con estudos básicos, que vivan soas e no rural*” non se cumpre debido a que non se atoparon relacións significativas entre ningunha das variables.

As revisións de Pinquart e Sorensen (2001) e Cohen-Mansfield et al. (2016) atoparon a existencia de relación entre a soidade e todas as variables sociodemográficas analizadas no estudo (idade, sexo, estado civil, nivel de estudos, tipo de convivencia e lugar de residencia), ao contrario que no piloto. Isto pode explicarse polo escaso tamaño da mostra, así como pola homoxeneidade da mesma en algunhas das variables como poden ser o sexo ou o nivel de estudos.

Existen estudos (Vitores, 2019) que non atopan relación entre a soidade e variables como o estado civil ou o nivel de estudos, na mesma liña que o estudo piloto. Porén, os resultados non poden considerarse o suficientemente fiables xa que a mostra do estudo se atopaba institucionalizada, variable que neste caso conta con pouca representación. Outro estudo que si atopa influencia destas variables na soidade é o de Prieto et al. (2011), o cal conta cunha mostra non institucionalizada.

## 4 Limitacións

As principais limitacións do estudo teñen que ver con cuestións metodolóxicas. En primeiro lugar, a escasa duración do estudo. O periodo de prácticum non permitiu realizar unha investigación máis extensa, o que dou lugar a unha porcentaxe de participantes moi reducida e pouco representativa da UPX. Deste xeito, dificultase unha adecuada capacidade de xeralización dos datos do estudo. En segundo lugar, atópase a homoxeneidade da mostra en algunhas das variables demográficas analizadas (sexo ou baixo nivel de estudos, por exemplo), o que fai reducir a posibilidade de que emerxan relacións significativas entre algunhas das variables estudadas e vinculadas coa soidade.

No canto ao deseño de investigación, de carácter transversal, hai que destacar que non permite determinar con exactitude a relación temporal entre as variables analizadas. Por exemplo, non é posible saber se uns niveis de soidade elevados incrementan a probabilidade de padecer maiores síntomas depresivos ou se, pola contra, é a presenza de síntomas depresivos o que deriva nuns niveis elevados de soidade. Para realizar estas precisións sería necesario empregar unha perspectiva lonxitudinal, algo viable na UPX debido á longa traxectoria coa que contan os pacientes.

Finalmente, mencionar que se puideron ter considerado outro tipo de variables relacionadas coa soidade ou incluso ter realizado outro tipo de análises máis potentes. Recoñécese así a necesidade de plantexar deseños metodolóxicos máis rigurosos que permitan extraer datos concluíntes. Porén, pese ás limitacións mencionadas, pode destacarse o emprego dunha ferramenta novidosa, a escala de soidade de De Jong Gierveld, que presenta resultados prometedores no canto ao seu futuro uso no contexto da UPX.

## Conclusións

Os obxectivos deste estudo buscaban estudar a introdución da escala de soidade de De Jong Gierveld no protocolo da Unidade de Psioxeriatría de Santiago de Compostela (UPX) para a mellora da abordaxe psiquiátrica e psicolóxica das problemáticas dos pacientes. Para lograr iso, realizouse unha análise cualitativa da aplicación piloto da escala, así como unha exploración da relación existente entre a soidade e a depresión. As conclusións obtidas poden resumirse nos seguintes puntos.

1. Os resultados obtidos no presente traballo suxiren que a escala de soidade de De Jong Gierveld é aplicable na mostra de persoas maiores que acoden á UPX, inclusive nas que presentan deterioro cognitivo leve ou demencia leve.
2. Tamén se corrobora a relación positiva e significativa entre as puntuacións de soidade e a sintomatoloxía depresiva.
3. Conclúese así a importancia de ter en conta a soidade como un indicador máis a incluír na valoración integral das persoas maiores da unidade, sendo necesaria a aplicación de probas fiables e válidas que permitan unha detección precoz deste sentimento, o cal conta cun papel moi relevante na saúde mental dos pacientes.

## Referencias bibliográficas

- Abizanda-Soler, P., Gómez-Pavón, J., Martín-Lesende, I. y Baztán-Cortés, J. J. (2010). Detección y prevención de la fragilidad: una nueva perspectiva de prevención de la dependencia en las personas mayores. *Medicina Clínica*, 713-719. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2009.04.028>
- Alexander, M., Perera, G., Ford, L., Arrighi, H., Foskett, N., Debove, C., Novak, G. e Gordon, M.F. (2015). Age-Stratified Prevalence of Mild Cognitive Impairment and Dementia in European Populations: A Systematic Review. *Journal of Alzheimer's Disease*, 48(2), 355-359.
- Argimon, J. e Jiménez, J. (2004). *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. Madrid: Elsevier.
- Ato, M., López, J. & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059. [Data de consulta: 22 de Xuño de 2021]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16728244043>
- Bartlett, H., Warbuton, J., Lui, C. W. & Peach, L. (2008). *Cross-government project to reduce socialisolation of older people* (Report on the findings from the evaluation of the demonstration projects. Project Phase 4). Brisbane, Australia: University of Queensland, Australasian Centre on Ageing.
- Bazo, M. (1989). Personas ancianas: Salud y soledad. *Reis: Revista española de investigaciones sociológicas*, (47), 193-223.

- Boss, L., Kang, D.-H., & Branson, S. (2015). Loneliness and cognitive function in the older adult: a systematic review. *International Psychogeriatrics*, 27(4), 541-553. Doi: <https://doi.org/10.1017/S1041610214002749>
- Brink, T. L., Yesavage, J. A., Lum, O., Heersema, P. H., Adey, M., & Rose, T. L. (1982). Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*, 1(1), 37-43. Doi: [https://doi.org/10.1300/J018v01n01\\_06](https://doi.org/10.1300/J018v01n01_06)
- Buz, J. e Prieto, G. (2013). Analysis of the De Jong Gierveld Loneliness Scale Using the Rasch Model. *Universitas Psychologica*, 12(3), 971-981.
- Cáceres, C. e Menéndez, S. (2020). La investigación psicológica europea sobre la vejez, el envejecimiento y/o las personas mayores: una revisión sistemática de alcance de revisiones sistemáticas. *Apuntes de Psicología*, 38(2), 115-131.
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2010). Perceived Social Isolation Makes Me Sad: Five Year Cross-Lagged Analyses of Loneliness and Depressive Symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychology and aging*, 25(2), 453- 463. Doi: <https://doi.org/10.1037/a0017216>
- Cid, J. e Damián, J. (1997). Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Revista española de salud pública*, 71(2), 127-137.
- Cohen-Mansfield, J., Hazan, H., Lerman, Y., & Shalom, V. (2016). Correlates and predictors of loneliness in older-adults: a review of quantitative results informed by qualitative insights. *International Psychogeriatrics*, 28(4), 557-576. Doi: <https://doi.org/10.1017/S1041610215001532>
- Courtin, E. & Knapp, M. (2017). Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health and Social Care in the Community*, 25(3), 799-812.
- Dannels, S. (2010). Research design. En Handcock, G. & Mueller, R. (Eds.), *The reviewer's guide to quantitative methods in the social sciences* (343-355). New York: Routledge.
- de Jong-Gierveld, J. (1987). Developing and testing a model of loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(1), 119-128.
- de Jong-Gierveld, J. (1998). A review of loneliness: concept and definitions, determinants and consequences. *Reviews in Clinical Gerontology*, 8(1), 73-80.
- De Jong Gierveld, J. & Van Tilburg, T. G. (2011). Manual of the Loneliness Scale 1999 (Actualización de la versión impresa). Recuperado o 25 de marzo de 2021, de [http://home.fsw.vu.nl/TG.van.Tilburg/manual\\_loneliness\\_scale\\_1999.htm](http://home.fsw.vu.nl/TG.van.Tilburg/manual_loneliness_scale_1999.htm)
- del Barrio, É., Castejón, P., Sancho-Castiello, M., Tortosa, M. Á., Sundström, G. e Malmberg, B. (2010). La soledad de las personas mayores en España y Suecia:

- contexto y cultura. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 45(4), 189-195.  
Doi: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2010.02.010>
- Díez, J. e Morenos, M. (2015). *La Soledad en España*. Madrid: Fundación ONCE y Fundación AXA. Recuperado de [http://www.fundaciononce.es/sites/default/files/soledad\\_en\\_espana.pdf](http://www.fundaciononce.es/sites/default/files/soledad_en_espana.pdf)
- Donovan, N., Wu, Q., Rentz, D., Sperling, R., Marshall, G. & Glymour, M. (2016). Loneliness, depression and cognitive function in older U.S. adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. Doi: <https://doi.org/10.1002/gps.4495>
- Dykstra, P. A. (2009). Older adult loneliness: myths and realities. *European Journal of Ageing*, 6(2), 91. Doi: <https://doi.org/10.1007/s10433-009-0110-3>
- EUROSTAT (2020). Population projections: Demographic balances and indicators by type of projection. Recuperado de: [https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=proj\\_19ndbi&lang=en](https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=proj_19ndbi&lang=en).
- Fernández, M. e Meixide, A. (2013). Declive demográfico en Galicia y territorio: el diseño de políticas públicas en un espacio complejo y heterogéneo. En Barreiro, X., Pascual, R. (Eds.), *O reto demográfico de Galicia* (59-80). Galicia: Xunta de Galicia.
- Gierveld, J. e Van Tilburg, T. (1999). *Manual of the loneliness scale*. Amsterdam: Department of Social Research Methodology.
- Hernández, J. (2006). Vejez y territorio en Galicia. *Semata*, 18, 143-166. Recuperado de: [https://minerva.usc.es/xmlui/bitstream/handle/10347/4559/pg\\_143-166\\_semata18.pdf?sequence=1](https://minerva.usc.es/xmlui/bitstream/handle/10347/4559/pg_143-166_semata18.pdf?sequence=1)
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science: A Journal of the Association for Psychological Science*, 10(2), 227-237. Doi: <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>
- Horackova, K., Kopecek, M., Machů, V., Kagstrom, A., Aarsland, D., Motlova, L. B. y Cermakova, P. (2019). Prevalence of late-life depression and gap in mental health service use across European regions. *European Psychiatry*, 57, 19-25.
- IMSERSO. (2010). Encuesta sobre personas mayores. Recuperado 15 de abril de 2021, a partir de: <http://envejecimiento.csic.es/estadisticas/encuestas/index.html>
- Instituto nacional de estadística (INE). (2020). *Población por comunidades. Estadística del padrón continuo*. Recuperado o 4 de abril de 2021 en: [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736177012&menu=ultiDatos&idp=1254734710990](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177012&menu=ultiDatos&idp=1254734710990)

- Instituto nacional de estadística (INE). (2020). Enquisa Europea de Saúde. Recuperado o 15 de maio de 2021 en: [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176784&menu=resultados&idp=1254735573175](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176784&menu=resultados&idp=1254735573175)
- Kim, O., Kim, J., Byeon, Y., Endo, E., Akahoshi, M., y Ogasawara, H. (2009). Loneliness, depression and health status of the institutionalized elderly in Korea and Japan. *Asian Nursing Research*, 3(2), 63-70.
- Lawton, M. P. & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9, 179-86.
- Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., DÍA, J., de la Cámara, C., Ventura, T., Morales, F, Fernando, L., Montañés, J., Aznar, S. (1995). Revalidación y estandarización del cognition mini-exam (first spanish version of the Mini-Mental Status Examination) en población geriátrica. *Medicina Clínica*, 112(20), 767-774.
- López-Doblas, J. (2005). *Personas mayores viviendo solas: La autonomía como valor en alza*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Recuperado de [http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal\\_social/archives/mtas0093.dir/mtas0093.pdf](http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal_social/archives/mtas0093.dir/mtas0093.pdf)
- Losada, A., Márquez-González, M., García-Ortiz, L., Gómez-Marcos, M. A., Fernández-Fernández, V., & Rodríguez-Sánchez, E. (2012). Loneliness and mental health in a representative sample of community-dwelling Spanish older adults. *The Journal of Psychology*, 146(3), 277-292. Doi: <https://doi.org/10.1080/00223980.2011.582523>
- Luo, Y., Hawkey, L. C., Waite, L. J., & Cacioppo, J. T. (2012). Loneliness, health, and mortality in old age: a national longitudinal study. *Social Science & Medicine* (1982), 74(6), 907-914. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.028>
- Mateos, R. e Rodríguez-López, A. (1989). *Estudio de Epidemiología Psiquiátrica en la Comunidad Gallega*. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia.
- Matia Instituto Gerontológico y Centro de Ciencias Humanas y Sociales. (2017). Estudio Longitudinal Envejecer en España. Recuperado 18 de abril de 2021, a partir de <http://proyectoeles.es/>
- Meneses, J., Barrios, M., Bonillo, A., Cosculluela, A., Lozano, L., Turbany, J. & Valero, S. (2013). *Psicometría*. Barcelona: Editorial UOC.
- MSSSI. (2015). *Marco de Actuación para las Personas Mayores. Propuestas y recomendaciones para fortalecer el ejercicio de los derechos de las personas*

- mayores. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad e Instituto de Mayores. Recuperado de [http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/mappm\\_m\\_doc\\_20151009.pdf](http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/mappm_m_doc_20151009.pdf)
- Op het Veld, L., van Rossum, E., Kempen, G., de Vet, H., Hajema, K., & Beurskens, A. (2015). Fried phenotype of frailty: cross-sectional comparison of three frailty stages on various health domains. *BMC Geriatrics*, 15, 77. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0078-0>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2019). *World Population Ageing*. Nueva York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division.
- Organización mundial da saúde (OMS). (2020). *Salud mental y los adultos mayores*. Recuperado o 5 de maio de 2021, a partir de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
- Organización mundial da Saúde (OMS). (2020). *Envejecimiento*. Recuperado o 5 de maio de 2021, a partir de [https://www.who.int/es/health-topics/ageing#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/ageing#tab=tab_1)
- Peerenboom, L., Collard, R. M., Naarding, P., & Comijs, H. C. (2015). The association between depression and emotional and social loneliness in older persons and the influence of social support, cognitive functioning and personality: A cross-sectional study. *Journal of Affective Disorders*, 182, 26-31. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.04.033>
- Perlman, D., e Peplau, L. A. (1982). Theoretical approaches to loneliness. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*, 123-134.
- Pinazo, S. e Donio, M. (2018). *La soledad en las personas mayores*. Madrid: Fundación Pilares.
- Pinquart, M., Fernández-Ballesteros, R. y Torpdahl, P. (2007). Teaching, Research, and Application of Geropsychology in Europe: Report from the Task Force of the European Federation of Psychologists' Associations on Geropsychology. *European Psychologist*, 12(3), 229-233.
- Pinquart, M., & Sorensen, S. (2001). Influences on Loneliness in Older Adults: A Meta-Analysis. *Basic and Applied Social Psychology*, 23(4), 245-266. Doi: [https://doi.org/10.1207/S15324834BASP2304\\_2](https://doi.org/10.1207/S15324834BASP2304_2)

- Prieto, M., Forjaz, M. J., Fernandez, G., Rojo, F., y Martínez, P. (2011). Factors associated with loneliness of noninstitutionalized and institutionalized older adults. *Journal of Aging and Health*, 23(1), 177-194.
- Rurup, M. L., Deeg, D. J. H., Poppelaars, J. L., Kerkhof, A. J. F. M., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2011). Wishes to die in older people: a quantitative study of prevalence and associated factors. *Crisis*, 32(4), 194-203. Doi: <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000079>
- Rurup, M. L., Pasman, H. R. W., Goedhart, J., Deeg, D. J. H., Kerkhof, A. J. F. M., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2011). Understanding why older people develop a wish to die: a qualitative interview study. *Crisis*, 32(4), 204-216. Doi: <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000078>
- Smith, J. M. (2011). *An exploration of loneliness in community-dwelling older adults* (Tesis Doctoral). Saint Louis University, Saint Louis (Misuri). Recuperado de <http://gradworks.umi.com/34/34/3434895.html>
- Steak, M. L., Vinkers, D. J., Gussekloo, J., Beekman, A. T., van der Mast, R. C., y Westendorp, R. G. (2005). Is depression in old age fatal only when people feel lonely? *American Journal of Psychiatry*, 162(1), 178-180.
- Stolz, E., Fux, B., Mayerl, H., Rásky, É, & Freidl, W. (2016). Passive Suicide Ideation among Older Adults in Europe: A Multilevel Regression Analysis of Individual and Societal Determinants in 12 Countries (SHARE). *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 71(5), 947-958. Doi: <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw041>
- Trigás-Ferrín, M., Ferreira-González, L. e Mejjide-Míguez, H. (2011). Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicia Clínica*, 72(1), 11-16.
- Vicente, F., Espirito-Santo, H., Cardoso, D., da Silva, F., Costa, M., Martins, S., y Lemos, L. (2014). Estudo longitudinal dos fatores associados à evolução de sintomas depressivos em idosos institucionalizados. *Jornal Brasileiro De Psiquiatria*, 63(4), 308-316.
- Victor, C. R., Scambler, S. J., Bowling, A., & Bond, J. (2005). The prevalence of, and risk factors for, loneliness in later life: a survey of older people in Great Britain. *Ageing & Society*, 25(6), 357-375. Doi: <https://doi.org/10.1017/S0144686X04003332>
- Vitores, O. (2019). El impacto de la soledad sobre la ansiedad, depresión y calidad de vida en una muestra de personas mayores institucionalizadas (Trabajo de fin de máster). Universidad del País Vasco, País Vasco.

Yanguas, J., Cilveti, A., Hernández, S., Pinazo, S., Roig i Canals, S., y Segura, C. (2018). El reto de la soledad en la vejez. *Zerbitzuan*, (66), 61-75.

# Anexos

## 1 Protocolo do estudo

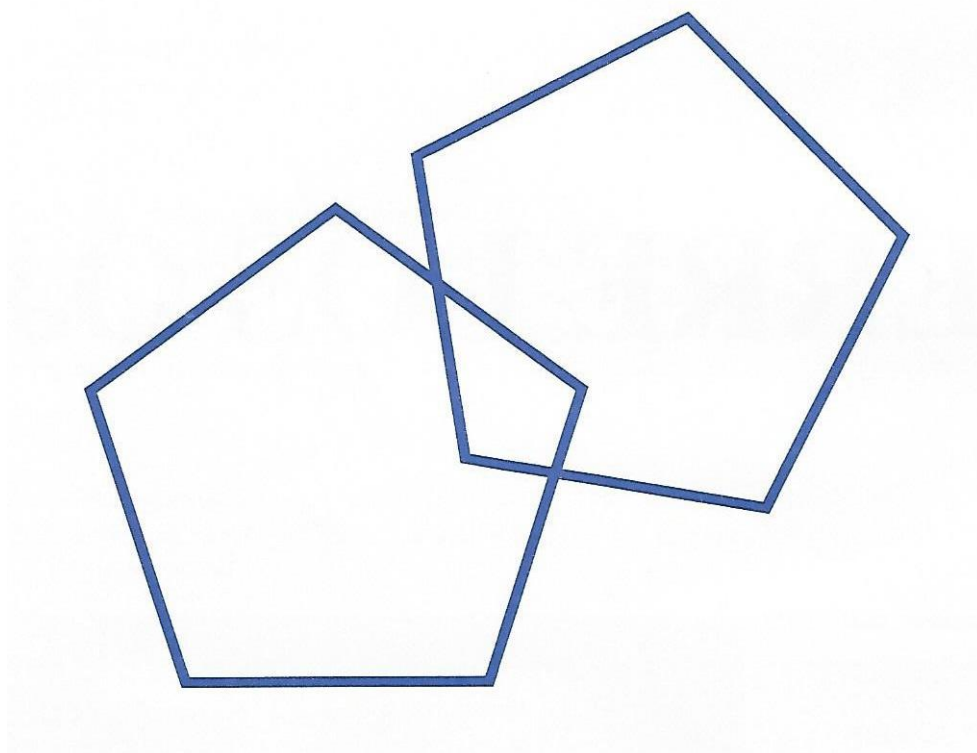
## DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

SEXO		Home
		Muller
IDADE		
ESTADO CIVIL		Solteiro
		Casado
		Separado
		Divorciado
		Viúvo
NIVEL DE ESTUDOS		Sen estudos ou estudos básicos
		Estudos primarios
		Estudos secundarios
		Estudos superiores
PROFESIÓN		
TIPO DE CONVIVENCIA		
LUGAR DE RESIDENCIA		Rural
		Semi-urbano
		Urbano
DIAGNÓSTICO		

## MMSE

ORIENTACIÓN TEMPORAL	DÍA	0	1
	SEMANA	0	1
	MES	0	1
	ANO	0	1
	ESTACIÓN	0	1
ORIENTACIÓN ESPACIAL	REXIÓN	0	1
	PROVINCIA	0	1
	CIDADE	0	1
	LUGAR	0	1
	PISO	0	1
PRONUNCIACIÓN DE PALABRAS	MAZÁ	0	1
	MESA	0	1
	DIÑEIRO	0	1
CÁLCULO	93	0	1
	86	0	1
	79	0	1
	72	0	1
	65	0	1

ORDE INVERSA	O	0	1
	D	0	1
	N	0	1
	U	0	1
	M	0	1
RECOÑECIMENTO DE OBXECTOS	RELOXO	0	1
	LAPIS	0	1
REPETICIÓN	O CARRO NON CORRE NA CARREIRA	0	1
RECORDO DE PALABRAS	MAZÁ	0	1
	MESA	0	1
	DIÑEIRO	0	1
ORDE SIMPLE	PECHE OS OLLOS	0	1
ORDE TRIPLE	MAN CONTRARIA	0	1
	DOBRAR	0	1
	XEONLLOS	0	1
COPIA		0	1
FRASE		0	1



## ÍNDICE DE BARTHEL

COMIDA	
Independente. Capaz de comer por si mesmo nun tempo razoable. A comida pode ser cociñada e servida por outra persoa.	10
Precisa axuda para cortar a carne, extender a manteiga, etc, pero é capaz de comer só.	5
Dependente. Precisa ser alimentado por outra persoa.	0
ASEO	
Independente. Capaz de lavarse enteiro, de entrar e saír do baño sen axuda e de facelo sen necesidade de que outra persoa o supervise.	5
Dependente. Precisa algún tipo de axuda ou supervisión.	0
VESTIDO	
Independente. Capaz de poñer e quitar a roupa sen axuda.	10
Precisa axuda. Realiza sen axuda máis da metade destas tarefas nun tempo razoable.	5
Dependente. Precisa axuda para as mesmas.	0
ARREGLO	
Independente. Realiza todas as actividades persoais sen axuda algunha. Os complementos poden ser postos por outra persoa.	5
Dependente. Necesita algunha axuda.	0

DEPOSICIÓN	
Continente. Non presenta episodios de incontinencia.	10
Accidente ocasional. Menos dunha vez por semana ou precisa axuda para colocar enemas ou supositorios.	5
Incontinente. Máis dun episodio semanal. Inclúe administrar enemas ou supositorios por parte doutra persoa.	0
MICCIÓN	
Continente. Non presenta episodios de incontinencia. Capaz de empregar calquera dispositivo por si só (sonda, urinario, cueiros...).	10
Accidente ocasional. Presenta un máximo dun episodio en 24 horas ou require axuda para a manipulación de sondas ou outros dispositivos.	5
Incontinente. Máis dun episodio en 24 horas. Inclúe pacientes con sonda incapaces de manexarse.	0
IR AO SERVIZO	
Independente. Entra e sae só e non precisa axuda algunha por parte doutra persoa.	10
Precisa axuda. Capaz de manexarse cunha pequena axuda, é capaz de usar o baño. Pode limpase só.	5
Dependente. Incapaz de acceder a el ou de empregalo sen axuda maior.	0
TRASLADO CAMA / SILLÓN	

Independente. Non require axuda para sentar ou levantar dunha cadeira nin para entrar ou saír da cama.	15
Mínima axuda. Inclúe unha supervisión ou pequena axuda física.	10
Gran axuda. Precisa da axuda dunha persoa forte ou entrenada. Capaz de estar sentado sen axuda.	5
Dependente. Precisa grúa ou alzamento por parte de dúas persoas. É incapaz de permanecer sentado.	0
<b>DEAMBULACIÓN</b>	
Independente. Pode andar 50 metros ou o seu equivalente nunha casa sen axuda nin supervisión. Pode empregar calquera axuda mecánica agás o andador. Se emprega prótese, pode poñela e quitala só.	15
Precisa axuda. Precisa supervisión ou pequena axuda física por parte doutra persoa ou emprega andador.	10
Independente. En cadeira de rodas, non require axuda nin supervisión.	5
Dependente. Se emprega cadeira de rodas, precisa ser empurrado por outro.	0
<b>SUBIR / BAIXAR ESCALEIRAS</b>	
Independente. Capaz de subir e baixar un piso sen axuda nin supervisión doutra persoa.	10
Precisa axuda. Precisa axuda ou supervisión.	5
Dependente. É incapaz de salvar escalóns. Precisa ascensor.	5

## ESCALA LAWTON

CAPACIDADE PARA USAR O TELÉFONO	
Utiliza o teléfono por iniciativa propia.	1
É capaz de marcar ben algúns números familiares.	1
É capaz de contestar ao teléfono, pero non de marcar.	1
Non é capaz de usar o teléfono.	0
FACER COMPRAS	
Realiza todas as compras necesarias independentemente.	1
Realiza independentemente pequenas compras.	0
Precisa ir acompañado para facer calquera compra.	0
Totalmente incapaz de mercar.	0
PREPARACIÓN DA COMIDA	
Organiza, prepara e serve as comidas por si mesmo adecuadamente.	1
Prepara adecuadamente as comidas se lle proporcionan os ingredientes.	0
Prepara, quenta e serve as comidas, pero non segue unha dieta adecuada.	0
Necesita que lle preparen e sirvan as comidas.	0
COIDADO DA CASA	
Mantén a casa só ou con axuda ocasional (traballos pesados).	1

Realiza tarefas lixeiras, como fregar os platos ou facer as camas.	1
Realiza tarefas lixeiras, pero non pode manter un adecuado nivel de limpeza.	1
Precisa axuda en todos os labores da casa.	1
Non participa en ningún labor da casa.	0
<b>LAVADO DA ROUPA</b>	
Lava por si mesmo toda a súa roupa.	1
Lava por si mesmo pequenas prendas.	1
Todo o lavado de roupa debe ser realizado por outro.	0
<b>USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE</b>	
Viaxa só en transporte público ou conduce o seu propio coche.	1
É capaz de coller un taxi, pero non usa outro medio de transporte.	1
Viaxa en transporte público cando vai acompañado por outro.	1
Só usa o taxi ou o coche con axuda doutros.	0
Non viaxa.	0
<b>RESPONSABILIDADE DA MEDICACIÓN</b>	
É capaz de tomar a medicación á hora e coa dose correcta.	1
Toma a medicación se lle preparan a dose previamente.	0
Non é capaz de administrarse a súa medicación.	0

MANEXO ASUNTOS ECONÓMICOS	
Encárgase dos asuntos económicos por si mesmo.	1
Realiza as compras de cada día, pero precisa axuda nas grandes compras, bancos...	1
Incapaz de manexar diñeiro.	0

### ESCALA DE SOIDADE DE JONG GIERVELD

	NON	MÁIS OU MENOS	SI
Sempre hai alguén con quen pode falar dos seus problemas diarios.			
Bota de menos ter un bo amigo de verdade.			
Sente unha sensación de vacío ao seu arredor.			
Hai suficientes persoas ás que pode recurrir en caso de necesidade.			
Bota de menos a compañía de outras persoas.			
Pensa que o seu círculo de amizades é demasiado limitado.			
Ten moita xente na que confiar plenamente.			
Hai suficientes persoas coas que ten unha amizade			

moi estreita.			
Bota de menos ter xente ao seu arredor.			
Séntese abandonado a miudo.			
Pode contar cos seus amigos sempre que o precisa.			

### ESCALA GDS DE YESAVAGE

	SI	NON
Está vostede satisfeito coa súa vida?		
Abandonou moitos dos seus intereses e actividades?		
Sente que a súa vida está vacía?		
Séntese vostede frecuentemente aburrido?		
Ten vostede moita fe no futuro?		
Ten pensamentos que lle molestan?		
A maioría do tempo está de bo humor?		
Ten medo de que lle ocorra algo malo?		
Séntese vostede feliz a maior parte do tempo?		
Séntese vostede a miudo impotente, desamparado ou desvalido?		
Séntese a miudo intranquilo?		
Prefire quedar no seu fogar en vez de saír?		

Preocúpase vostede a miudo sobre o futuro?		
Cre que ten máis problemas de memoria que os demais?		
Cre que é marabilloso estar vivindo?		
Séntese vostede a miudo triste?		
Séntese vostede inútil?		
Preocúpase moito sobre o pasado?		
Cre que a vida é moi interesante?		
É difícil para vostede iniciar proxectos novos?		
Séntese cheo de enerxía?		
Séntese vostede sen esperanza?		
Cre que os demais teñen máis sorte que vostede?		
Preocúpase por cousas sen importancia?		
Sente a miudo ganas de chorar?		
É difícil para vostede concentrarse?		
Disfruta ao levantarse pola mañá?		
Prefire evitar as reunións sociais?		
É fácil para vostede tomar decisións?		
Está a súa mente tan clara coma antes?		

## 2 Consentimento informado

**CONSENTIMENTO VOLUNTARIO PARA REALIZAR UNHA AVALIACIÓN FUNCIONAL, COGNITIVA E AFECTIVA. COLABORACIÓN NA ACTIVIDADE ACADÉMICA DA MATERIA “TRABALLO FIN DE MÁSTER” DO MÁSTER EN PSICOXERONTOLOXÍA DA UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA**

D/Dna. \_\_\_\_\_

con DNI nº \_\_\_\_\_

con data de nacemento \_\_\_\_\_

e domicilio en Rúa \_\_\_\_\_ Localidade \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Estudos realizados (marcar cunha cruz):

Primarios \_\_\_\_\_ Secundarios \_\_\_\_\_ Universitarios \_\_\_\_\_

Anos totales de escolarización, dende o inicio ata a finalización dos estudos: \_\_\_\_\_

DÁ O SEU CONSENTIMENTO para realizar unha avaliación funcional, cognitiva e afectiva na que se pasarán cuestionarios e tests que non implican ningunha técnica invasiva nin o uso de ningún fármaco. Dá o seu consentimento para que os seus datos sexan utilizados con fins académicos e de investigación, tendo sempre presente que serán tratados coa debida confidencialidade e anonimato. Esta actividade está dirixida polo profesor David Facal Mayo, da Universidade de Santiago de Compostela.

Data \_\_\_\_\_

Asinado: