



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Plan de cuidados de enfermería en el anciano en situación
de aislamiento social con presencia de sintomatología
depresiva

Nursing care plan for the elderly in a situation of social isolation with the
presence of depressive symptoms

Autor

Sara Esteban Muñoz

Director

Pablo Jorge Samitier

Facultad de Ciencias de la Salud

2023-2024

ÍNDICE

1. Introducción.....	1
2. Objetivos.....	5
3. Metodología.....	5
4. Desarrollo.....	7
4.1 Valoración.....	7
4.2 Diagnóstico, planificación y ejecución.....	11
4.3 Evaluación.....	15
5. Conclusiones.....	15
6. Bibliografía.....	17
7. Anexos.....	21
Anexo I:.....	21
Anexo II:.....	22
Anexo III:	25

RESUMEN

Introducción: El aislamiento social se define como la disminución significativa de cantidad y calidad de contacto con las personas que componen nuestra red social. Esta situación está estrechamente ligada con la depresión y ambas actúan de manera sinérgica potenciando su sintomatología y disminuyendo la calidad de vida de la persona. La depresión y el aislamiento social son situaciones muy prevalentes y que afectan especialmente a la población mayor. La prevalencia de depresión en ancianos es del 13,5% a nivel mundial, y un 21,4% de mayores de 65 años sufren aislamiento social. Datos preocupantes, que sumado a un notable envejecimiento de la población, hace que sean objeto de importancia para las intervenciones médicas. La variable sintomatología de la depresión, sumado al déficit de conocimiento acerca de ella, hace que sea una enfermedad infradiagnosticada, además de ser confundida con el proceso normal de envejecimiento. El papel de enfermería en atención primaria es clave para identificar situaciones de aislamiento y depresión, es por ello de gran importancia que conozcamos cuales son los factores de riesgo asociados a ambas situaciones y cómo debemos actuar en caso de detectarlos.

Objetivo: Implantar un plan de cuidados para disminuir la tasa de depresión y aislamiento social en ancianos mayores de 65 años y facilitar su manejo desde atención primaria.

Metodología: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos, páginas web así como de diferentes protocolos y planes de actuación en referencia al tema. Con la información obtenida, el uso de la taxonomía enfermera NANDA, NOC y NIC y el modelo de necesidades de Virginia Henderson se desarrolló el siguiente Plan de Cuidados Estandarizado. Además de la elaboración de un algoritmo de intervención que nos sirva de guía para aplicar adecuadamente el plan de cuidados.

Conclusiones: La gran prevalencia de aislamiento social y depresión en los mayores de 65 años, así como la asociación de estas situaciones a la ideación suicida, hace que sea de gran importancia la actuación de manera precoz. Quedando evidenciada la importancia del papel de enfermería en el cuidado y mejora en la calidad de vida de los ancianos en dicha situación,

mediante una atención integral, centrándonos en el apoyo, la escucha y el autocuidado durante todo el proceso.

Palabras clave: Depresión, aislamiento social, anciano, suicidio, factores de riesgo y cuidados enfermería.

ABSTRACT

Introduction: Social isolation is defined as a significant decrease in the quantity and quality of contact with the people who make up our social network. This situation is closely linked to depression and both act synergistically, increasing its symptomatology and reducing the quality of life of the person. Social isolation and depression are very prevalent situations that especially affect the elderly population. The prevalence of depression in the elderly is 13.5% worldwide and 21.4% of people over 65 years of age feel lonely. These are worrying figures, which, together with a notable ageing of the population, make them the object of importance for medical interventions. The variable symptomatology of depression, together with the lack of knowledge about it, makes it an under-diagnosed illness, as well as being confused with the normal ageing process. The role of primary care nurses is key to identifying situations of isolation and depression, which is why it is of great importance that we know what the risk factors associated with both situations are and how we should act in the event of detecting them.

Objective: To implement a care plan to reduce the rate of depression and social isolation in the elderly over 65 years of age and to facilitate their management in primary care.

Methodology: A bibliographic search was carried out in different databases, websites and different protocols and action plans on the subject. With the information obtained, the use of the NANDA, NOC and NIC nursing taxonomy and Virginia Henderson's needs model, the following Standardised Care Plan was developed. In addition to the development of an intervention algorithm that serves as a guide for the appropriate application of the care plan.

Conclusions: The high prevalence of social isolation and depression in the over 65s, as well as the association of these situations with suicidal ideation, makes early action of great importance. The importance of the role of nursing in the care and improvement of the quality of life of the elderly in this situation is evident, through comprehensive care, focusing on support, listening and self-care throughout the process.

Key words: Depression, social isolation, elderly, suicide, risk factors and nursing care.

1. INTRODUCCIÓN

El aislamiento social es una amenaza para la salud y el bienestar de los adultos mayores y está asociada a una mayor morbilidad. (Taylor et al., 2016). Se ha demostrado, que este tiene un impacto negativo en la calidad de vida, afectando a la salud física y mental. Si bien los efectos negativos del aislamiento social se manifiestan en personas de todas las edades, numerosos estudios indican que las consecuencias son particularmente pronunciadas en las poblaciones de edad avanzada (Newman-Norlund et al., 2022).

Los investigadores han separado los conceptos vivir solo, aislamiento social y soledad ya que no hacen referencia a lo mismo. El aislamiento social se define comúnmente como tener una baja cantidad y calidad de contacto con los demás. Es objetivo y puede medirse mediante observaciones de la red social de un individuo, evaluando el tamaño de la red social, la frecuencia de interacción con los miembros de la red social y la participación en grupos u otras actividades sociales (Taylor et al., 2016; Freedman, 2020). La soledad, en cambio, se ha definido como una discrepancia entre las relaciones sociales reales y las deseadas, hace más referencia a una sensación subjetiva y se asocia con una disminución del estado de salud y la calidad de vida (Badia et al., 2016).

En España, la prevalencia de soledad entre los adultos mayores es de un 21,4%. Datos analizados en el 2020 hablan de cifras de 4.849.900 personas viviendo solas; de las cuales un 43,6% eran mayores de 65 años (INE, 2021 ; Palma-Ayllón & Escarabajal-Arrieta, 2021). Vivir solo no implica forzosamente padecer aislamiento social ni soledad. Las personas que viven solas pueden gozar de una activa vida familiar y social. Por el contrario, algunas personas que viven en compañía se pueden llegar a sentir solas si las relaciones con sus allegados y familiares no son buenas. A pesar de que la frecuencia de sus interacciones sociales y el tamaño de sus redes sociales puedan ser parecidas, se ha comprobado que las personas mayores que viven solas, sienten un mayor grado de soledad que aquellas que viven acompañadas (Consejería de Sanidad, 2021).

La relación de la soledad y la depresión es directa y muy estudiada, observando que la soledad y la sintomatología depresiva pueden actuar de forma sinérgica para disminuir el bienestar en adultos de mediana edad y mayores. No se ha establecido si es la soledad la que causa la depresión o si es la depresión la que aumenta los sentimientos de soledad. Lo que queda

evidenciado es que ambas están estrechamente relacionadas y deben ser tratadas de manera conjunta (Domènech-Abella et al., 2017).

La depresión tiene numerosos factores de riesgo, entre ellos el aislamiento, en ocasiones encontramos limitaciones para definirlos, ya que es difícil establecer una diferencia clara entre aquellos que influyen en el inicio y/ o mantenimiento. Muchos pueden ser causa y consecuencia de la misma (González et al., 2018). Los más frecuentes a la hora de padecerla son el duelo, pérdida del cónyuge, el aislamiento social, la soledad, vivir solo, escaso contacto con la familia, el deterioro, la dependencia, enfermedades somáticas y la fragilidad, todas ellas más comunes en las personas de avanzada edad (Maier et al., 2021).

La depresión es una de las enfermedades más prevalente en ancianos en los países desarrollados, este trastorno está estrechamente asociada al sufrimiento, así como, al incremento de la prevalencia y mala evolución de los problemas de salud. La prevalencia de depresión en ancianos es del 13,5% a nivel mundial (Julio et al., 2019 ; Goñi-Navarro et al., 2021).

En Aragón las tasas más altas de depresión se dan en los grupos de edad más avanzada, siendo la tasa más elevada en el grupo de edad de 80-84 años en mujeres (265,8 por mil hab.) y en el de mayores de 85 años en hombres (112,8 por mil hab.) (Gobierno de Aragón,2022).

Esta es una enfermedad de presentación atípica e inespecífica en la población geriátrica que, sumado al déficit de conocimiento entre la población envejecida sobre la patología y sus manifestaciones, hace que estos, rara vez acudan a especialistas de salud mental (González et al., 2018). Por tanto, la manera más común de valorar estos signos y síntomas es desde atención primaria pero comúnmente estos tienen una atribución errónea al proceso típico de envejecimiento, haciendo que sea una enfermedad infradiagnosticada en atención primaria. Los síntomas más comunes que podremos observar son: estado de ánimo triste, anergia, anhedonia, irritabilidad, pérdida de interés por las cosas, pesimismo, disminución de la atención, alteración de la conducta, ideas de muerte, síntomas somáticos y psicóticos, trastornos de conducta, del apetito, sexuales y del sueño (Raue et al., 2014 ; Maier et al., 2021). Todos ellos contribuyen a la disminución de la calidad de vida, los trastornos del sueño son unos de los que más afectan a la vida del paciente, convirtiéndose en una de las principales quejas, además el insomnio persistente es el síntoma residual más común en los pacientes

deprimidos. También es frecuente encontrar alteraciones en los patrones de alimentación, produciendo aumento o disminución del peso. Sumado a una disminución del ejercicio físico y malos hábitos alimenticios. La variabilidad y complejidad de todos estos signos y síntomas dificulta en mayor grado el tratamiento y que las intervenciones que apliquemos sean eficaces (Fang et al., 2019 ; Ekinici & Şanlıer, 2023).

En un futuro la depresión y el aislamiento en mayores puede suponer un gran problema de salud ya que ambas son más prevalentes en ancianos y en las últimas décadas la población mundial ha envejecido notablemente y según datos de la OMS la población mayor de 60 años en 2050 duplicará a la actual, pasando de un 12% a un 22% (Julio et al., 2019 ; Goñi-Navarro et al., 2021). La tasa de población mayor de 65 años en España supone un 19,09 % del total y un 20,07 % en Aragón. Siendo una de las más altas a nivel mundial (IMSERSO, 2022 ;ICEARAGON, 2022).

El primer paso es identificar la soledad y la presencia de aislamiento social en nuestros pacientes. Debemos prestar atención a las características físicas, sociodemográficas y psicológicas ya que algunas de estas pueden ayudarnos a identificar a personas con un mayor riesgo de padecerla. La presencia continuada de una sintomatología depresiva sumada a una situación de aislamiento social conducirá a un aumento de la morbilidad, llegando a provocar situaciones límite como es la ideación suicida, ya que ambas, la depresión como el aislamiento social, están estrechamente relacionados como factores de riesgo para el comportamiento suicida. La pérdida de conexiones sociales aumenta el riesgo de suicidio independientemente de presentar o no algún trastorno mental (Draper.,2014 ; Badia et al., 2016). El suicidio entre las personas mayores se ha incrementado un 8,8% en los últimos 5 años, según los últimos datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE). En España, un total de 1.235 personas mayores de 65 años fallecieron en 2021 por suicidio. Representando un 30,85% del total de suicidios (Confederación salud mental, 2022).

Por ello, el conocimiento de los factores de riesgo de la depresión y aislamiento en las personas mayores puede ayudar a identificar grupos de alto riesgo evitando situaciones límite como el suicidio; así como ayudar a la elaboración de herramientas e intervenciones para detectarlos, haciendo, que podamos valorar los síntomas depresivos iniciales si estos existieran y elaborar diferentes estrategias que favorecen a que no se instaure una depresión o que si existen

determinados síntomas podamos identificarlos y realizar una intervención personalizada. (Raue et al., 2014 ; Maier et al., 2021).

En numerosas situaciones encontramos dificultades para responder y subsanar este tipo de sintomatología, a lo que se le suma una falta de opciones terapéuticas. Los profesionales de enfermería de atención primaria están bien posicionados para identificar a los pacientes aislados o solitarios y con presencia de sintomatología depresiva, ya que estos podrían ser el único punto de contacto social para muchos pacientes (Freedman,2020).

Tenemos un papel fundamental en cuanto a la detección precoz de la depresión, como de ideas suicidas o situaciones de aislamiento, debido a la cercanía con el paciente y su familia. Además de contar con enfermeras especialistas en salud mental, que proporcionan una atención especializada en estos casos, llevando a cabo intervenciones individualizadas en los diferentes niveles de atención (promoción, prevención, tratamiento y recuperación de la salud mental). La realización de programas de salud y planes de cuidados nos ayudan a identificar y reducir los factores de riesgo que favorecen la aparición de la depresión; así como, educar y promover factores protectores relacionados, reduciendo así la incidencia y prevalencia de dicha enfermedad (Ortínez et al, 2023).

La relación terapéutica de confianza establecida en atención primaria hace posible que podamos evaluar y conocer de manera más completa la situación que sufren nuestros pacientes, haciendo posible recabar el mayor número de información que sea de utilidad para elaborar una valoración integral y que de esta manera podamos elaborar planes de cuidados individualizados y realmente eficaces.

2. OBJETIVOS

Objetivo general

- Implantar un plan de cuidados para disminuir la tasa de depresión y aislamiento social en ancianos mayores de 65 años y facilitar su manejo desde atención primaria.

Objetivos específicos

- Identificar las necesidades del paciente mayor de 65 años con trastorno depresivo y aplicar las intervenciones más efectivas.
- Proporcionar conocimientos a los profesionales de enfermería para la correcta valoración integral de la población anciana mayor de 65 años.
- Evaluar la importancia del papel de la enfermería en la identificación y tratamiento de la depresión y aislamiento social en el anciano.
- Conseguir una mejora en la calidad de vida de los pacientes en situación de aislamiento con sintomatología depresiva logrando prevenir complicaciones severas como la ideación suicida.

3. METODOLOGÍA

Para la realización del siguiente trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica estructurada de estudios y artículos acerca de la depresión en ancianos.

Todos los artículos han sido obtenidos de diferentes bases de datos electrónica con información científica nacional e internacional tales como Pubmed, Scielo, ScienceDirect y Dialnet. Respecto a los datos estadísticos las fuentes principales utilizadas fueron el INE (Instituto Nacional de Estadística), OMS (Organización Mundial de la Salud) e ICEARAGON (Instituto Geográfico Aragón).

Para la metodología de búsqueda se han utilizado palabras claves como anciano (elderly); depresión (depression); aislamiento social (social isolation); factores de riesgo (risk factors); cuidados de enfermería (nursing care); suicidio (suicide)

Para la combinación de estos se han utilizado diferentes operadores booleanos “AND”, “Y”, “OR” (“depression” AND “elderly”), (“depression” AND “ social isolation”), (“depresión” Y “factores de riesgo”), (“depression” AND “suicide”).

La búsqueda en las diferentes bases de datos fue acotada por los siguientes criterios de inclusión: artículos con acceso al texto completo, artículos en inglés o en español, artículos publicados en bases científicas con autoría definida y artículos publicados posteriormente a 2010.

Por contra, los criterios de exclusión establecidos son: Artículos cuyo tema difiere de nuestro objetivo de estudio y artículos con una antigüedad superior a 15 años.

Para la elaboración del plan de cuidados se revisaron planes de cuidados y protocolos de actuación ya existentes acerca del tema; el plan de salud mental 2022-2025 del Gobierno de Aragón (Gobierno Aragón, 2022), Consenso sobre la depresión en el anciano de la SEPG (Sociedad Española de Psicogeriatría) (SEPG, 2020), Guía de práctica clínica del manejo de la depresión en el adulto del SNS (Ministerio de sanidad, 2014), aislamiento y soledad no deseada en las personas mayores (Consejería de sanidad, 2021) y el plan de acción de Castilla y León contra la soledad no deseada y el aislamiento social 2022-2025 (Junta de Castilla y León, 2022).

Con esta información se ha elaborado un plan de cuidados estandarizado dirigido al paciente mayor de 65 años en situación de aislamiento con sintomatología depresiva o que presente diferentes factores de riesgo asociados.

Para ello se siguió la metodología enfermera para realizar la valoración de las necesidades del paciente, utilizando el modelo de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson. Esta valoración fue complementada con el uso de diferentes escalas; GDS de Yesavage (Geriatric Depression Scale) (Anexo I) en la cual se evalúa el grado de depresión específicamente en el anciano, la escala Lubben Social Network Scale (LSNS-R) (Anexo II), con la que podremos evaluar el apoyo social percibido y el riesgo de aislamiento en personas mayores. Examinando

el tamaño de la red social, así como la cercanía y frecuencia de contacto que mantiene. Y la escala de riesgo suicida Plutchik (Anexo III), en la que podremos identificar si existen ideas suicidas, ya que estas están estrechamente relacionadas con la depresión y el aislamiento. Las cuales nos servirán para la posterior evaluación del plan de cuidados.

Para la elaboración del plan de cuidados se hizo uso de las tres taxonomías enfermeras NANDA, Nursing Outcomes Classification (NOC) y Nursing Interventions Classification (NIC) (NNN Consult, 2021). Donde se definieron los diagnósticos de enfermería más relevantes, los resultados e indicadores, así como las intervenciones de enfermería y las actividades a realizar (NANDA-I, NIC, NOC: uso en la planificación de los cuidados y el modelo AREA, 2022).

Para la mejor comprensión de cómo actuar y aplicar posteriormente el plan de cuidados se realizó un algoritmo de intervención en el que se detalla cómo actuar y que pasos seguir. (Tabla 1)

4. DESARROLLO

4.1 Valoración

Para realizar una valoración eficaz y completa del paciente se utilizará el modelo enfermero de Virginia Henderson. Para recabar toda la información necesaria se llevará a cabo una entrevista protocolizada, creando un clima de confianza y seguridad con nuestro paciente, lo que nos permitirá establecer una buena relación terapéutica. Tras esta entrevista podremos determinar cuáles son las necesidades alteradas, haciendo hincapié en aquellas que más afectadas estarán en los pacientes ancianos con sintomatología depresiva en situación de aislamiento. Las necesidades más relevantes y los problemas derivados de su alteración son los siguientes:

Necesidad 2: Comer y beber adecuadamente:

Es frecuente que las personas que sufren depresión tengan alteraciones del apetito ya sea por un aumento o disminución del mismo; interfiriendo en las conductas apropiadas de nutrición, reduciendo la ingesta de alimentos saludables, de proteínas y realizando comidas irregulares. A su vez, las personas que sufren de aislamiento social también es común que tengan una alimentación inadecuada, con patrones irregulares de ingesta.

Necesidad 5: Reposo/ sueño

Se observa una alteración del patrón del sueño, diferirá de cada caso y gravedad de la depresión. Puede aparecer hipersomnia asociada a una fatiga persistente y falta de energía; o trastornos del sueño como insomnio e incapacidad de conciliar el sueño. Lo que afecta gravemente a la calidad de vida de nuestro paciente; produciendo alteraciones en el estado de ánimo, irritabilidad, dificultad para concentrarse entre otras.

Necesidad 9: Evitar peligros/ seguridad

En situaciones límite o muy avanzadas de depresión y aislamiento, es posible que algunos pacientes no encuentren el sentido a su vida, que sumado al estado de ánimo decaído y a la pérdida de interés por realizar cualquier actividad; pueden hacer que aparezcan pensamientos intrusivos de ideación suicida, así como derivar en el abandono de la higiene y descuido personal.

Necesidad 10: Comunicación

En las personas que sufren aislamiento social o soledad carecen de un círculo social con el que poder comunicarse y expresar sus problemas, lo que agrava la propia situación, generando sentimientos de incompreensión, ansiedad, falta de apoyo, soledad. De igual manera que ocurre en la depresión ya que el paciente puede presentar sintomatología como: anhedonia, apatía, pérdida de interés por las cosas, sensación de vacío, irritabilidad etc. Lo que dificulta la comunicación e interacción con el resto de personas.

Necesidad 12: Trabajar y realizarse

Encontraremos una disminución significativa de actividades que causen interés a la persona afectando de manera significativa a la autopercepción y a los sentimientos de autorrealización de la persona, siendo afectada la autoestima. Derivando en la pérdida de sentido de un propósito y significado de la vida de la persona, lo que tendrá un gran impacto en el bienestar físico y mental de la persona.

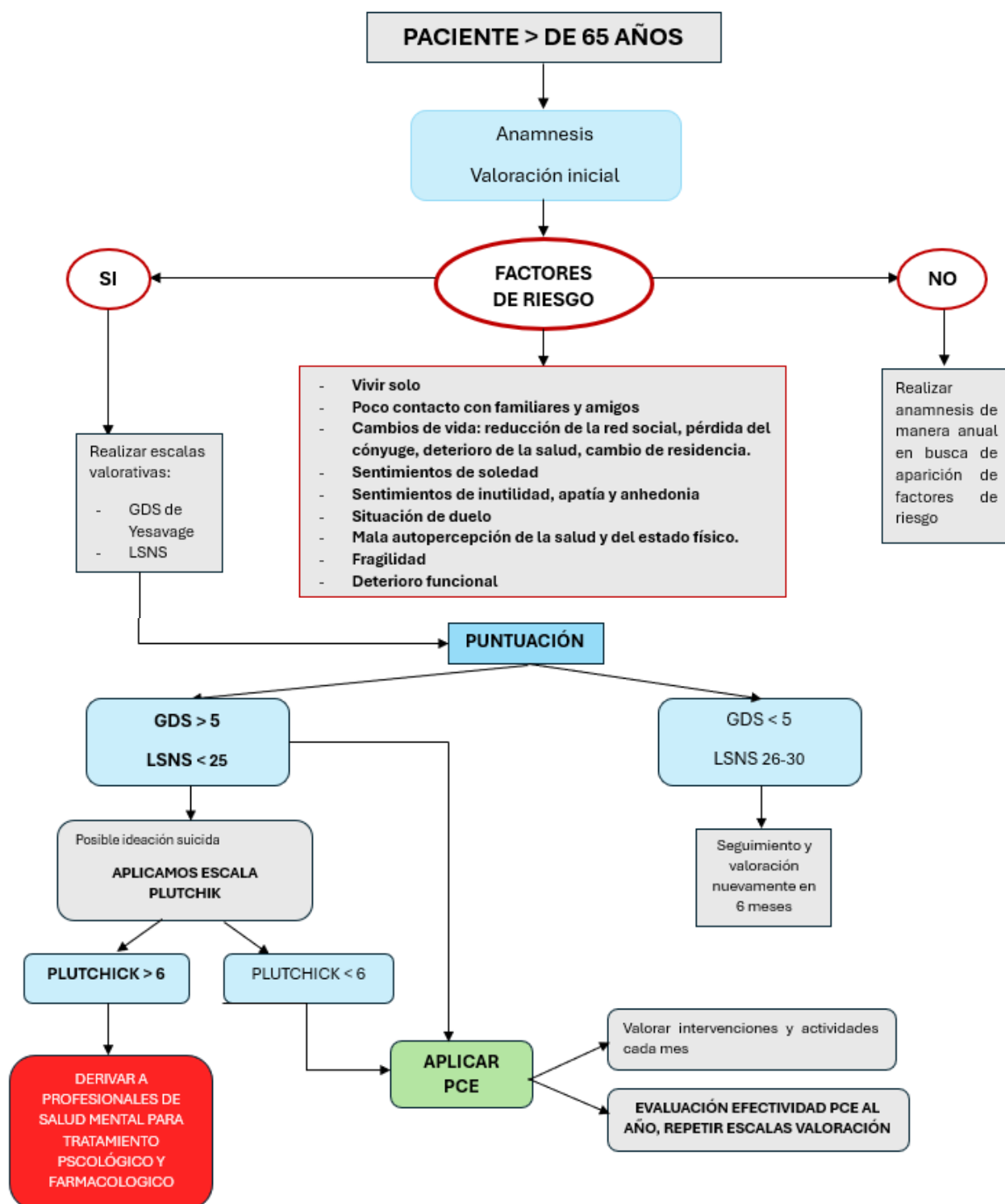
Necesidad 13: Participar en actividades recreativas

Al existir sentimientos de anhedonia, pérdida de interés por realizar actividades, de comunicarse con otras personas, apatía, anergia... es frecuente que se dejen de realizar actividades sociales y recreativas con las que se obtenga una satisfacción personal. Lo que implica un desequilibrio emocional y físico. Y en caso de aislamiento la persona no contará con un círculo al que recurrir para realizarlas.

Tras la entrevista y analizar las necesidades más alteradas, haremos uso de herramientas estandarizadas que nos permitirán analizar de manera más precisa la situación y nos servirán para determinar si el paciente es adecuado para poner en marcha el plan de cuidados. En el caso de las escalas de valoración escogidas una puntuación de 5 o superior en la escala GDS de Yesavage es un indicador de posible depresión en el anciano y en la escala LSNS-R una puntuación menor de 25 nos indicará un alto riesgo de aislamiento social. Si el paciente obtiene ambas puntuaciones será apto para el plan de cuidados y además se hará uso de la escala Plutchik de ideación suicida, debido a la estrecha relación entre ambas situaciones y el suicidio. Una puntuación igual o superior a 6, nos hablará de riesgo suicida, dado el caso se pondrá en marcha además del plan de cuidados, una intervención multidisciplinar por parte de los profesionales de salud mental para aplicarle un tratamiento individualizado psicológico y farmacológico, debido a la gravedad de la situación.

El proceso de actuación queda descrito y detallado en el siguiente algoritmo de intervención :

Tabla 1: Algoritmo actuación para la aplicación del Plan de Cuidados Estandarizado.



4. 2 Diagnósticos, planificación y ejecución.

Tabla 2: Diagnósticos (DxE) , objetivos (NOC) e intervenciones (NIC) del Plan de Cuidados Estandarizado.

DIAGNÓSTICOS (NANDA)	OBJETIVOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)
[00053] Aislamiento social r/c apoyo social inadecuado m/p sentimientos de soledad, vacío, actitud triste.	<p><u>[1604] Participación en actividades de ocio</u> INDICADORES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - [160402] Sentimiento de satisfacción con las actividades de ocio - [160403] Uso de habilidades sociales de interacción apropiadas <p><u>[0902] Comunicación</u> INDICADORES</p> <ul style="list-style-type: none"> - [90208] Intercambia mensajes con los demás - [90213] Entorno favorecedor de la comunicación 	<p><u>[5440] Aumentar los sistemas de apoyo</u> ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar el grado de apoyo familiar y económico, así como otros recursos. Poniendo en marcha al equipo multidisciplinar de salud y trabajando de manera conjunta con el trabajador social y médico de familia para evaluar de forma íntegra la problemática y hacer uso de todos los recursos a nuestra disposición para una mejor evolución de nuestro paciente. - Implicar a la familia/allegados/amigos en los cuidados y la planificación. Fomentando la implicación en sus cuidados y abordando la situación de manera conjunta, creando un clima de confianza en el que el paciente pueda apoyarse y avanzar. - Fomentar una mayor implicación en las relaciones ya establecidas. Alentar a que retome contacto con personas de su círculo con las que pueda establecer una relación de confianza y apoyarse en ellas. - Fomentar la creación de nuevos sistemas de apoyo a través de la realización de actividades comunitarias con personas con sus mismos intereses y edad. <p><u>[4310] Terapia de actividad</u> ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fomentar la realización de actividades recreativas y de diversión que tengan como objetivo disminuir la ansiedad como: paseos, natación, arreglo personal, cartas, tareas rutinarias, quehaceres domésticos etc. - Fomentar las actividades sociales y comunitarias. A través de alentar al paciente en su participación en posibles actividades que se realicen en el propio centro o actividades que se realicen en el barrio o centro cívico correspondiente.

		<ul style="list-style-type: none"> - Sugerir métodos para incrementar la actividad física diaria, según corresponda. Y fomentar un estilo de vida saludable físicamente activo. - Enseñar al paciente y a la familia el papel de la actividad física, social, espiritual y cognitiva en el mantenimiento de la funcionalidad y la salud. - Facilitar el entusiasmo y la planificación de actividades por parte del paciente, proporcionando refuerzos positivos por su participación.
[00137] Aflicción crónica r/c crisis en la gestión de la afección o muerte de un familiar m/p expresión de uno o varios de los sentimientos negativos siguientes: confusión, depresión, vacío, temor, frustración, culpa o desesperación, soledad, baja autoestima, pérdida recurrente.	<p><u>[2002] Bienestar personal</u> INDICADORES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - [200202] Salud psicológica - [200203] Relaciones sociales - [200210] Capacidad para expresar emociones <p><u>[1503] Implicación social</u> INDICADORES</p> <ul style="list-style-type: none"> - [150302] Interacciona con vecinos - [150311] Participa en actividades de ocio - [150318] Asiste a actividades grupales 	<p><u>[5270] Apoyo emocional</u> ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explorar con el paciente qué ha desencadenado las emociones y ayudar a reconocer estos sentimientos. - Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza, realizando escucha activa y dándole la importancia que les corresponde. - Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad. <p><u>[5310] Dar esperanza</u> ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informar al paciente acerca de si la situación actual constituye un estado temporal. Evitando dar falsas esperanzas o disfrazando la verdad. - Ayudar al paciente a diseñar y revisar las metas relacionadas con el objeto de esperanza. - Desarrollar un plan de cuidados que implique un grado de consecución de metas, yendo desde metas sencillas hasta otras más complejas. - Fomentar las relaciones terapéuticas con los seres queridos.
[00119] Baja autoestima crónica r/c apoyo social inadecuado m/p síntomas depresivos y sentimiento de	<p><u>[1614] Autonomía personal</u> INDICADORES</p> <ul style="list-style-type: none"> - [161403] Muestra independencia en el proceso de toma de decisiones - [161411] Participa en las decisiones de los cuidados de 	<p><u>[5400] Potenciación de la autoestima</u> ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y ayudar a que los potencie. - Animar al paciente a conversar consigo mismo y a verbalizar autoafirmaciones positivas a diario. - Abstenerse de realizar críticas negativas sobre el mismo. Analizando la frecuencia de las mismas y ayudando a que estas disminuyan. - Explorar los logros de éxitos anteriores.

soledad.	<p>salud</p> <ul style="list-style-type: none"> - [161412] Expresa satisfacción con las elecciones de la vida <p><u>[1409] Autocontrol de la depresión</u></p> <p>INDICADORES</p> <ul style="list-style-type: none"> - [140905] Ausencia de manifestaciones de una conducta depresiva - [140908] Refiere ausencia de manifestaciones físicas de depresión - [140909] Refiere mejoría del estado de ánimo 	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta. <p><u>[5250] Apoyo en la toma de decisiones</u></p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Facilitar la toma de decisiones en colaboración. - Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones de forma clara y con todo el apoyo. - Ayudar al paciente a aclarar los valores y expectativas que pueden ayudar a tomar decisiones vitales fundamentales. <p><u>[5820] Disminución de la ansiedad</u></p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Crear un ambiente que facilite la confianza. - Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. Animándole a que exprese sus sentimientos, miedos y preocupaciones. - Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones. Como la realización de ejercicio físico. - Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad. Aportándole herramientas que le ayuden a controlar esas situaciones.
<p>[00289] Riesgo de conducta suicida r/c apoyo social inadecuado, depresión, aislamiento social</p>	<p><u>[1405] Autocontrol de los impulsos</u></p> <p>INDICADORES</p> <ul style="list-style-type: none"> - [140502] Identifica sentimientos que conducen a acciones impulsivas - [140515] Evita situaciones de alto riesgo <p><u>[1208] Nivel de depresión</u></p> <p>INDICADORES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - [120801] Estado de ánimo deprimido - [120818] Soledad - [120831] Pérdida de peso 	<p><u>[6340] Prevención del suicidio</u></p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar la existencia y el grado de riesgo de suicidio. Poner en marcha al resto de profesionales, derivando al médico de cabecera para evaluar el riesgo y remitir al paciente a un especialista en salud mental, psiquiatra o enfermera especialista en salud mental para su evaluación e iniciar tratamiento psicológico y farmacológico si es necesario. - Implicar al paciente en la planificación de su propio tratamiento, según corresponda. - Enseñar al paciente estrategias de afrontamiento (entrenamiento en asertividad, control de los actos impulsivos, relajación muscular progresiva), según corresponda. - Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia y de los amigos. Facilitar la comunicación y crear una relación de confianza en la que pueda expresar sus sentimientos e ideas. <p><u>[5230] Mejorar el afrontamiento</u></p>

	<ul style="list-style-type: none"> - [120830] Hipersomnia <p><u>[1203] Severidad de la soledad</u></p> <p>INDICADORES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - [120312] Dificultad para establecer contacto con los demás - [120307] Sensación de aislamiento social 	<p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Animar al paciente a que verbalice sus pensamientos y sentimientos para poder confrontarlos de manera conjunta - Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva, proporcionando un ambiente de aceptación. - Animar al paciente a desarrollar relaciones, en las que pueda apoyarse y socializar aumentando así su círculo de apoyo. - Fomentar la identificación de valores vitales específicos, de deseos y metas.
<p>[00095] Insomnio r/c síntomas depresivos y ansiedad m/p alteración del estado anímico y ciclo sueño vigilia no reparador</p>	<p><u>[2006] Estado de salud personal</u></p> <p>INDICADORES</p> <ul style="list-style-type: none"> - [200603] Nivel de energía - [200605] Ejecución de actividades de la vida diaria - [200624] Capacidad para expresar emociones <p><u>[0007] Nivel de fatiga</u></p> <p>INDICADORES</p> <ul style="list-style-type: none"> - [701] Agotamiento - [707] Descenso de la motivación - [720] Calidad del sueño 	<p><u>[6040] Terapia de relajación</u></p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (música, meditación, respiración rítmica, relajación mandibular y relajación muscular progresiva). - Ofrecer una descripción detallada de la intervención de relajación elegida. Educando a realizarlas primero de manera conjunta y que posteriormente pueda recrear. - Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable, cuando sea posible. Adoptando una postura cómoda con los ojos cerrados. Inducir conductas que condicionan la relajación como la respiración profunda, respiración abdominal e imágenes de paz. <p><u>[5330] Control del estado de ánimo</u></p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar el estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales) inicialmente y con regularidad, a medida que progresa el tratamiento. - Ayudar al paciente a mantener un ciclo normal de sueño/vigilia (tiempos de reposo programados, técnicas de relajación, limitar medicamentos sedantes y la cafeína). - Ayudar al paciente a identificar los pensamientos y sentimientos subyacentes al estado de ánimo disfuncional. Proponiendo que los apunte en un diario junto a su estado de ánimo para poder observar su evolución y adaptar las intervenciones en función a los resultados. - Relacionarse con el paciente a intervalos regulares para realizar los cuidados y/o darle la oportunidad de hablar acerca de sus sentimientos, ayudándole a identificar los factores desencadenantes del estado de ánimo disfuncional(duelo, problemas físicos etc)

4.3 Evaluación

La evaluación del plan de cuidados se realizará a través de los indicadores de resultados de los NOC propuestos. Además se hará uso nuevamente de los instrumentos propuestos en la fase de valoración en los que se identifiquen cambios positivos en la evolución de los ancianos a los que se les aplique este plan. Un año tras el inicio del plan, se realizarán nuevamente las escalas de valoración GDS de Yesavage, la LSNS-R y la escala de Plutchik en las que a través de la puntuación obtenida y comparándola con la inicial podremos valorar la efectividad del plan de cuidados, y consiguiendo por tanto el objetivo del mismo; reducir la sintomatología depresiva y el aislamiento social de los ancianos.

5. CONCLUSIONES

La depresión es una de las patologías más frecuentes en personas mayores, que en la mayoría de ocasiones por falta de conocimiento puede quedar invisibilizada y es confundida con el proceso normal de envejecimiento. El aislamiento social actúa de manera sinérgica con la sintomatología depresiva agravando todavía más ambas situaciones y por tanto aumentando la prevalencia o probabilidad de ideación suicida en los ancianos con estas características.

El papel de enfermería es clave para la detección y valoración del aislamiento y la sintomatología depresiva, proporcionando unos cuidados individualizados basados en las necesidades de cada paciente. Lo que nos permitirá aumentar su calidad de vida, evitando que la situación se extienda en el tiempo y por ende se agrave derivando en complicaciones severas como es la ideación suicida.

La elaboración de planes de cuidados para el anciano en situación de aislamiento con sintomatología depresiva es fundamental para su correcta evolución y mejoría, debido a la alta prevalencia y variables manifestaciones, los profesionales de enfermería deben conocer las características y factores desencadenantes, así como contar con herramientas que nos sirvan de guía y que nos permitan identificar situaciones iniciales de la problemática y ser capaces de abordarlos de forma precoz.

Tanto la depresión como el aislamiento son problemas complejos y requieren de intervenciones individualizadas, centradas en el apoyo, la escucha activa, potenciación de la autoestima, el autocuidado y la socialización. Por todo ello , un plan de cuidados es una herramienta eficaz que nos ayuda a establecer una actuación homogénea de los profesionales y que nos permite abarcar de manera biopsicosocial el problema.

6. BIBLIOGRAFÍA

Badía, J. G., Ruiz-Sánchez, M., Obiols-Masó, N., Oliveras, L., & Jimenez, E. M. (2016). Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria? *Atención Primaria*, 48(9), 604-609. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.03.008>

Confederación Salud Mental España. *El suicidio en las personas mayores*. (2022). [https://consaludmental.org/sala-prensa/suicidio-personas-mayores-crecidoine/#:~:text=Estad%C3%ADstica%20\(INE\).-En%20Espa%C3%B1a%2C%20un%20total%20de%201.235%20personas%20mayores%20de%2065,25%25%20mujeres%20\(314\)](https://consaludmental.org/sala-prensa/suicidio-personas-mayores-crecidoine/#:~:text=Estad%C3%ADstica%20(INE).-En%20Espa%C3%B1a%2C%20un%20total%20de%201.235%20personas%20mayores%20de%2065,25%25%20mujeres%20(314))

Consejería de Sanidad (2021). *Aislamiento y soledad no deseada en las personas mayores. Factores predisponentes y consecuencias para la salud*. <https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM050318.pdf>

Domènech-Abella, J., Lara, E., Rubio-Valera, M., Olaya, B., Moneta, M. V., Rico-Urbe, L. A., Ayuso-Mateos, J. L., Mundó, J., & Haro, J. M. (2017). Loneliness and depression in the elderly: the role of social network. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 52(4), 381–390. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1339-3>

Draper B. M. (2014). Suicidal behaviour and suicide prevention in later life. *Maturitas*, 79(2), 179–183. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2014.04.003>

Ekinci, G. N., & Şanlıer, N. (2023). The relationship between nutrition and depression in the life process: A mini-review. *Experimental Gerontology*, 172, 112072. <https://doi.org/10.1016/j.exger.2022.112072>

Fang, H., Tu, S., Sheng, J., & Shao, A. (2019). Depression in sleep disturbance: A review on a bidirectional relationship, mechanisms and treatment. *Journal of cellular and molecular medicine*, 23(4), 2324–2332. <https://doi.org/10.1111/jcmm.14170>

Freedman, A., & Nicolle, J. (2020). Social isolation and loneliness: the new geriatric giants: Approach for primary care. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 66(3), 176–182. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32165464/>

Gobierno de Aragón (2022). *Plan de salud mental 2022-2025*. <https://www.aragon.es/documents/20127/47401601/PLAN+DE+SALUD+MENTAL+DE+ARAG%C3%93N+2022-2025+d.pdf/63643efb-23fe-cfee-2e67-83e48d45b602?t=1673869931809>

Gobierno de Aragón. (2022) *Informe prevalencia de depresión en Aragón*. <https://www.aragon.es/documents/20127/1650151/2022+MORBILIDAD+Depresi%C3%B3n.pdf/5d965b50-85d8-b0c2-738a-d26b6406c35f?t=1683288981249>

González J.A., Valdés M., Iglesias S., García M.A., & González D. (2018). La depresión en el anciano. *NPunto*, 1(8). <https://orcid.org/0000-0002-5408-6263>

Goñi-Navarro, A., De la Cámara-Izquierdo, C., & García, P. G. (2021). Factores de riesgo de depresión de inicio en la edad tardía del anciano: una revisión sistemática. *Psiquiatría Biológica*, 28(2), 100310. <https://doi.org/10.1016/j.psiq.2021.01.001>

Hernández, J.A., Córdoba V., & Velilla Jiménez, L.M (2022). Síntomas depresivos en el adulto mayor: una revisión sistemática. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 22(1), 1-22. <https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/CHP>

Instituto de Mayores y Recursos Sociales (IMSERO) (2022). *Estadísticas de la población mayor*. <https://imserso.es/espacio-mayores/estadisticas/mayores-un-clic#:~:text=A%201%20de%20enero%20de,Fuente%3A%20Estad%3%ADstica%20del%20Padr%C3%B3n%20Continuo>.

Instituto Geográfico Aragón. (ICEARAGON). (2022) *Grupos de edad mayores de 65 años*. <https://idearagon.aragon.es/atlas/Aragon/info/poblacion/estructura-demografica/grupos-de-edad--mayores-de-65-anos>

Instituto Nacional Estadística. *Encuesta Continua de Hogares*. (2021) https://www.ine.es/prensa/ech_2020.pdf

Julio, M. P. M., Clavero, A. E., Miralles, M. V. L., & Ayora, A. F. (2019). Factors associated with depression in older adults over the age of 75 living in an urban area. *Enfermería Global*, 18(3), 58-82. <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.3.324401>.

Junta de Castilla y León (2022). *Plan de acción de Castilla y León contra la soledad no deseada y el aislamiento social 2022-2025*. <https://serviciosociales.jcyl.es/web/es/plan-accion-castilla-leon.html>

Maier, A., Riedel-Heller, S. G., Pabst, A., & Lupp, M. (2021). Risk factors and protective factors of depression in older people 65+. A systematic review. *PloS one*, 16(5), e0251326. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251326> .

Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad (2014). *Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto*. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf

NANDA-I, NIC, NOC: uso en la planificación de los cuidados y el modelo AREA. (2022). <https://www.elsevier.com/es-es/connect/nanda-i-nic-noc-vinculos-y-uso-en-la-practica-clinica>

Newman-Norlund, R. D., Newman-Norlund, S. E., Sayers, S., McLain, A. C., Riccardi, N., & Fridriksson, J. (2022). Effects of social isolation on quality of life in elderly adults. *PloS one*, 17(11), e0276590. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276590>

NNNConsult. (2021). <https://www.nnnconsult.com/>

Ortíz R., Ordóñez A. & Rodríguez B. (2023). La depresión y el riesgo de suicidio en ancianos españoles. *SANUM*, 7 (2), 46-53. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9092419>

Palma-Ayllón, E., & Escarabajal-Arrieta, M. D. (2021). Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. *Gerokomos*, 32(1), 22-25. <https://doi.org/10.4321/s1134-928x2021000100006>

Raue, P. J., Ghesquiere, A. R., & Bruce, M. L. (2014). Suicide risk in primary care: identification and management in older adults. *Current psychiatry reports*, 16(9), 466. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0466-8>

SEPG. Sociedad Española de Psicogeriatría (2020). *Consenso sobre la depresión en el anciano*. <https://www.sepg.es/2ConsensoSobreDepresion> (SEPG, 2020)

Taylor, H. O., Taylor, R. J., Nguyen, A. W., & Chatters, L. (2018). Social Isolation, Depression, and Psychological Distress Among Older Adults. *Journal of aging and health*, 30(2), 229–246. <https://doi.org/10.1177/0898264316673511>

7. ANEXOS

ANEXO (I) ESCALA GDS DE YESAVAGE

Se trata de un cuestionario de 15 ítems, hetero administrado con respuestas dicotómicas (sí/no), utilizado para el cribado de la depresión en personas mayores de 65 años.

1. ¿En general, está satisfecho (a) con su vida?	SI (0)	NO (1)
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SI (1)	NO (0)
3. ¿Siente que su vida está vacía?	SI (1)	NO (0)
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido?	SI (1)	NO (0)
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI (0)	NO (1)
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	SI (1)	NO (0)
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI (0)	NO (1)
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado (a), desprotegido (a)?	SI (1)	NO (0)
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	SI (1)	NO (0)
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI (1)	NO (0)
11. ¿En estos momentos piensa que es estupendo estar vivo (a)?	SI (0)	NO (1)
12. ¿Actualmente se siente un(a) inútil?	SI (1)	NO (0)
13. ¿Se siente lleno(a) de energía?	SI (0)	NO (1)
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SI (1)	NO (0)
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SI (1)	NO (0)

0-4 puntos	Se considera normal, sin síntomas depresivos
5-8 puntos	Indica la presencia de síntomas depresivos leves.
9- 10 puntos	Indica la presencia de síntomas depresivos moderados.
11- 15 puntos	Indica la presencia de síntomas depresivos graves.

Fuente: Martínez J., Onís M^a C., Dueñas R., Albert C., Aguado C & Luque R. (2002) Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *MEDFAM*, 12(10), 620-630. <https://scielo.isciii.es/pdf/medif/v12n10/original2.pdf>

ANEXO (II) ESCALA LUBBEN SOCIAL NETWORK SCALE (LSNS-R)

Es un conjunto de instrumentos diseñados específicamente por J. Lubben y su equipo para evaluar el apoyo social percibido y el riesgo de aislamiento en personas mayores. En concreto, estas escalas examinan el tamaño de la red social de un anciano/a así como la cercanía y frecuencia de los contactos que mantiene con diferentes miembros de su red social, a través de una serie reducida de preguntas de sencilla administración que (según la versión utilizada) no supera los 10-15 minutos. El riesgo de aislamiento se calcula con la puntuación global de LSNS-R, que revela un mayor o menor riesgo de aislamiento a partir de los puntos de corte que se detallan.

A continuación piense en los miembros de su familia y en la relación que mantiene habitualmente con ellos:						
1. ¿ Con cuántos de sus familiares se reúne o tiene noticias de ellos al menos una vez al mes?						
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
NINGUNO	1	2	3-4	5 - 8	9 O MÁS	
2. Del familiar con el que tiene más contacto ¿ con qué frecuencia se ve o tiene noticias de él?						
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Menos de 1 vez por mes	Mensualmente	Algunas veces al mes	Semanalmente	Varias veces semana	Diariamente	

3. ¿ Con cuantos de sus familiares se siente lo suficientemente cómodo como para hablar sobre sus asuntos personales?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 NINGUNO 1 2 3-4 5 - 8 9 O MÁS

4. ¿ A cuantos de sus familiares se sienten lo suficientemente cercanos como para llamarlos cuando necesitan ayuda?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 NINGUNO 1 2 3-4 5 - 8 9 O MÁS

5. Cuando uno de sus familiares tiene que tomar una decisión importante ¿ con que frecuencia se lo comenta a usted?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 Siempre Con mucha frecuencia Con frecuencia A veces Rara vez Nunca

6. ¿ Con qué frecuencia alguno de sus familiares está disponible para hablar cuando usted tiene que tomar una decisión importante?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 Siempre Con mucha frecuencia Con frecuencia A veces Rara vez Nunca

Ahora piense en las personas cercanas e importantes para usted pero que no son miembros de su familia (amigos, vecinos, etc.) y en la relación que mantiene con ellos:

7. ¿ Con cuántos amigos se reúne o tiene noticias de ellos al menos una vez al mes?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 NINGUNO 1 2 3-4 5 - 8 9 O MÁS

8. ¿ Con qué frecuencia se ve o tiene noticias del amigo con el que tiene más contacto?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 Menos de 1 vez por mes Mensualmente Algunas veces al mes Semanalmente Varias veces semana Diariamente

9. ¿ Con cuantos amigos se siente lo suficientemente cómodo como para hablar sobre sus asuntos personales?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

NINGUNO 1 2 3-4 5 - 8 9 O MÁS

10. ¿ A cuantos amigos se sienten lo suficientemente cercanos como para llamarlos cuando necesitan ayuda?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

NINGUNO 1 2 3-4 5 - 8 9 O MÁS

11. Cuando uno de sus amigos tiene que tomar una decisión importante ¿ con que frecuencia se lo comenta a usted?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Siempre Con mucha frecuencia Con frecuencia A veces Rara vez Nunca

12. ¿ Con qué frecuencia alguno de sus amigos está disponible para hablar cuando usted tiene que tomar una decisión importante?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Siempre Con mucha frecuencia Con frecuencia A veces Rara vez Nunca

PREGUNTAS Y CODIFICACIÓN	1,3,4,7,9,10	2, 8	5,6,11,12
	0= ninguno 1= uno 2= dos 3= tres o cuatro 4= de cinco a ocho 5= de nueve o mas	0= menos de una vez al mes 1= mensualmente 2= alguna vez al mes 3= semanalmente 4 = varias veces por semana 5= diariamente	0= nunca 1= rara vez 2 = a veces 3= con frecuencia 4= con mucha frecuencia 5 = siempre

RIESGO DE AISLAMIENTO	
BAJO	ASG > 30
MEDIO	ASG 26-30
ALTO	ASG 21- 25
AISLAMIENTO SOCIAL	ASG < 20

Fuente: Universidad de Huelva (s.f). *Evaluación del apoyo social y el riesgo de aislamiento en personas mayores mediante las escalas LSNS*. <https://psicogerontologia.org/wp-content/uploads/2021/01/LSNS.pdf>

ANEXO (III) ESCALA DE RIESGO SUICIDA DE PLUTCHIK

Con las siguiente escala se evaluará el riesgo suicida del paciente. Es un instrumento autoadministrado. Consta de 15 ítems, con respuestas dicotómicas de si/no. La puntuación será la siguiente: cada respuesta afirmativa puntúa con 1 punto positivo. El corte se sitúa en una puntuación de 6 puntos. RIESGO SUICIDA SI > 6 .

	SI	NO
1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?		
2. ¿ Tiene dificultades para conciliar el sueño?		
3. ¿ A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?		
4. ¿ Tiene poco interés en relacionarse con la gente?		
5. ¿ Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?		
6. ¿ Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?		
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?		
8. ¿ Se ha sentido alguna vez fracasado/a, que solo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?		
9.¿Está deprimido/a ahora?		
10. ¿Está Vd. separado/a, divorciado/a o viudo/a?		
11. ¿Save si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?		

12. ¿ Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?		
13. ¿ Ha pensado alguna vez en suicidarse?		
14. ¿ Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?		
15. ¿ Ha intentado alguna vez quitarse la vida?		

Fuente: Universidad de Zaragoza (s.,f). https://zaguan.unizar.es/record/10484/files/TAZ-TFG-2013-101_ANE.pdf