

Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Enfermería

Curso Académico 2014 / 2015

TRABAJO FIN DE GRADO

"LA SOLEDAD, EL ENEMIGO DEL BIENESTAR"

Programa de salud para la prevención de la soledad en la
población adulta mayor de 65 años

Autor/a: Amaiur Umerez Igartua

Directora: Inmaculada Mínguez Moreno

ÍNDICE

	Página
1. Resumen / Abstract	3.
2. Introducción	5.
3. Objetivo del trabajo	7.
4. Metodología	8.
5. Desarrollo	10.
5.1. Diagnóstico	10.
5.2. Captación	10.
5.3. Test de detección	10.
5.4. Población diana	11.
5.5. Objetivos del programa	11.
5.6. Recursos humanos y materiales	11.
5.7. Estrategias	12.
5.8. Actividades	13.
5.9. Ejecución	16.
5.10. Cronograma	18.
5.11. Evaluación	18.
6. Conclusiones	20.
7. Bibliografía	21.
8. ANEXO 1	24.
9. ANEXO 2	25.
10. ANEXO 3	26.

1. RESUMEN

Introducción. En la actualidad, el sentimiento de soledad en el anciano es un desafío importante relacionado con la evolución demográfica vigente.

Según el estudio realizado por CIS-IMSERSO en el 2000, el 27% de las personas de 65 a 69 años dice sentirse sola, porcentaje que asciende al 36% entre los mayores de 80 años.

Este sentimiento conlleva un deterioro de la calidad de vida y del estado de bienestar por lo que es imprescindible establecer programas desde Atención Primaria (AP) para prevenirla, detectarla y tratarla y así ahorrar en los gastos sanitarios y retrasar la incapacidad y la dependencia.

Objetivo principal. Prevenir la soledad en la población adulta mayor de 65 años desde AP.

Metodología. Búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos, así como libros, páginas web, periódicos y revistas electrónicas.

Desarrollo. El programa de salud se impartirá en los centros de AP y consta de 5 sesiones, cada una con hora y media de duración.

Conclusiones. El aumento de personas mayores en riesgo de soledad hace necesario implantar métodos para su detección y prevención desde Atención Primaria (AP). El programa de salud ha sido diseñado con este objetivo, incidiendo en la promoción del autocuidado y la educación sanitaria.

No obstante, para un abordaje integral será necesario un enfoque multidisciplinar, basado en las necesidades de cada individuo, así como trabajar tanto con la familia como con la comunidad en su conjunto.

Palabras clave. Soledad, población mayor, prevención, bienestar, calidad de vida, envejecimiento activo.

1. ABSTRACT

Introduction. Nowadays, the loneliness in the elderly is an important challenge associated with the current demographic evolution.

According to the CIS-IMSERSO study, the 27% of the population between 65 and 69 years old admit feeling alone, percentage that rises to 36% among those over 80 years old.

This feeling leads to a deterioration of quality of life and welfare state, so the establishment of programs in primary health care (PHC) is essential to prevent, detect and treat loneliness, and so, save in health spending and delay disability and dependence.

Main purpose. To prevent loneliness in over 65 year old population from PCH.

Methodology. Bibliographic search in multiple database, books, web pages, newspaper and electronic magazines.

Development. The health programme will be conducted in primary care centres and will consist of 5 sessions, each of one lasting for an hour and a half.

Conclusions. The increasing number of elder people at risk of loneliness makes necessary to establish methods for its detection and prevention from PHC. The health program has been designed for this purpose, focusing on the self-care promotion and health education.

However, for a comprehensive approach, a multidisciplinary focus will be necessary, based on individual necessities and working with both, the family and the community on its whole.

Key words. Loneliness, elder population, prevention, welfare, quality of life, active aging.

2. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional es un hecho constatado a lo largo del siglo XX-XXI. A nivel mundial, a mediados del siglo XXI, los adultos mayores de 60 años constituirán el 22% de la población ¹. En España y Aragón, en el año 2014, sin embargo, la población de 65 años o más ya constituía casi una cuarta parte de la población total, 18,1 % y 20,8 % consecutivamente ².

Durante el envejecimiento, es frecuente experimentar una serie de vivencias y cambios que pueden ayudar a la aparición del sentimiento de soledad, el cual se puede definir como “convencimiento apesadumbrado de estar excluido, de no tener acceso a ese mundo de interacciones, siendo una condición de malestar emocional que surge cuando una persona se siente incomprendida o rechazada por otros o carece de compañía para las actividades deseadas” ³.

Por tanto, el sentimiento de soledad en el anciano, se nos plantea como un desafío importante relacionado con la evolución demográfica actual.

Según el estudio realizado por CIS-IMSERSO en el 2000, el 27% de las personas de 65 a 69 años dice sentirse sola, porcentaje que asciende al 36% entre los mayores de 80 años. Este mismo estudio afirma que hay tres circunstancias personales que precipitan este sentimiento entre las personas mayores: el deterioro de las relaciones familiares, el aislamiento social y la menor participación en actividades agradables ⁴.

Asimismo, un estudio realizado en una población Finlandesa mayor de 75 años, encontró asociación entre el sentimiento de soledad y edad avanzada, vivir solo, viudedad y bajo nivel educativo. Además, esta investigación apunta a un estado de salud deteriorado, baja funcionalidad y pérdida de visión y audición como posibles causas del aumento de prevalencia de soledad ⁵.

Por otro lado, también existe una amplia evidencia empírica acerca de las graves consecuencias que la soledad puede tener sobre la salud biopsicosocial ⁶; deterioro cognitivo, un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad de Alzheimer ⁷, depresión ⁸, suicidio ⁹, incluso un aumento del riesgo de mortalidad ¹⁰. Asimismo, la soledad es un predictor de un mayor uso de los servicios de salud e institucionalización precoz ¹¹.

Otras investigaciones, han aportado evidencia acerca del impacto beneficioso del apoyo social, y de la participación e integración en la comunidad ¹² sobre el estado de bienestar y el aumento de la calidad de vida ¹³.

La familia ¹⁴, así como el cuidado de los nietos ¹⁵⁻¹⁶, y los grupos de socialización ¹⁷, juegan un rol importante como factores protectores, aliviando el sentimiento de soledad.

Los hallazgos detallados anteriormente, evidencian que la soledad puede producir un deterioro de la calidad de vida y el estado de bienestar.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), basándose en el ejercicio de los derechos de las personas mayores, adoptó el término envejecimiento activo. Este concepto se define como el “proceso de optimización de las oportunidades de salud, seguridad y participación” y busca que el incremento de la esperanza de vida se acompañe de una mejoría de la calidad de vida ¹⁸.

La salud no significa tan sólo ausencia de enfermedad, sino un estado de bienestar físico, mental y social (OMS) ¹⁹. Estos componentes están profundamente interrelacionados, ya que el bienestar mental va a depender del bienestar físico y social. Lograr un óptimo de bienestar social para el anciano, contribuye a evitar o limitar otros males, como es la soledad, y a su vez conseguir, entre otros, ahorros en los gastos sanitarios y un retraso de la incapacidad y dependencia que ésta puede causar ²⁰.

Teniendo en cuenta que la puerta de entrada al sistema sanitario es la de Atención Primaria (AP), siendo el envejecimiento poblacional una realidad en la sociedad actual, y habiendo constatado la relación de éste con el sentimiento de soledad y el consiguiente deterioro en la calidad de vida, será de vital importancia que profesionales de AP establezcan programas para prevenirla, detectarla y tratarla.

Salir al paso de la soledad, es responsabilidad tanto de la persona mayor, familia y la sociedad, por lo que se debe fomentar tanto el apoyo social como la participación e integración en la comunidad, como entornos favorables que propicien su autonomía, potencien su bienestar, logren su empoderamiento y fomenten el desarrollo de sus potencialidades, proporcionándoles identidad y reconocimiento social.

3. OBJETIVO DEL TRABAJO

Objetivo general:

- Prevenir la soledad en la población adulta mayor de 65 años desde AP.

Objetivos específicos:

- Promover el envejecimiento activo en la población adulta mayor de 65 años.
- Detectar el riesgo de soledad en la población adulta mayor de 65 años.

4. METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica en portales bibliográficos, revistas científicas, buscadores, bases de datos, revistas electrónicas, páginas web, periódicos y libros, limitando la búsqueda a la información con una antigüedad menor de 20 años, en inglés o español (Ver tabla 1).

Tabla 1: Resumen búsqueda bibliográfica

FUENTE	PALABRAS CLAVE	LIMITACIONES	RESULTADOS OBTENIDOS	ARTÍCULOS UTILIZADOS
Dialnet	“soledad” AND “anciano”	Desde 2000 Texto completo	8	2
	“conducción de grupos” AND “educación para la salud”	Desde 2000	3	1
	“musicoterapia” AND “autoestima”	Desde 2000 Texto completo	3	1
Pubmed	“loneliness” AND “elderly”	Desde 2005 Texto completo	59	5
	“intervention” AND “reduce” AND “loneliness”		13	1
	“loneliness” AND “elderly people” AND “general practice”	Texto completo	8	2
Scielo	“envejecimiento poblacional” AND “cambios”	Desde 2000 Idioma: español o inglés	22	1
	“estrategia de evaluación” AND “programa de salud”	Desde 2000	29	1
Google académico	“apoyo social en la vejez” AND “familia” AND “amigos”	Desde 2010	41	1
	“escala ESTE II de soledad”	Desde 2005	2	1
Archives of gerontology and geriatrics	“causes for loneliness” AND “elderly”	Desde 2005 Texto completo	1	1

(revista electrónica)				
Gerokomos (revista electrónica)	“soledad” AND “anciano”	Desde 2006 Texto completo	2	2
Pediatria Atención primaria (revista electrónica)	Metodología de Educación para la Salud			
Gaceta sanitaria (revista electrónica)	“técnicas cualitativas” AND “utilidad”	Desde 1995 Texto completo	6	1
Libros	10 palabras clave sobre los miedos del hombre moderno			
	Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación			
	Dinámica de grupos, 50 años después.			
	Educación para la salud. Técnicas para el trabajo en grupos pequeños			
	Intervenciones de Enfermería (NIC)			
Artículo de periódico	Heraldo de Aragón			
CD-ROM	Mantras for Precarious Times			
Páginas web	Gobierno de Aragón			1
	OMS			3
	IMSERSO			2

5. DESARROLLO

5.1. DIAGNÓSTICO

Para la implantación de un programa de salud, el primer paso será analizar las características de la población para seleccionar aquellas áreas susceptibles de beneficiarse del mismo.

En el caso de la soledad, se ha constatado, entre otros, una relación directa con las características de: viudedad, jubilación, abandono del hogar por parte de los hijos, edad avanzada y vivir solo.

Por lo tanto, el programa de salud se centrará en las Áreas Básicas de Salud (ABS) cuyas características poblacionales apunten a una mayor predisposición de sufrir “riesgo de soledad”, diagnóstico NANDA (00054) que se define como “riesgo de experimentar malestar asociado al deseo o necesidad de aumentar el contacto con los demás”²¹.

5.2. CAPTACIÓN

La captación de sujetos se realizará a través de dos vías:

- 1) Captación directa por parte del profesional de Enfermería ante la sospecha del riesgo de soledad de un sujeto.
- 2) Captación indirecta a través de los trípticos (ANEXO 1) repartidos por el centro de salud.

5.3. TEST DE DETECCIÓN

La detección de la población diana la efectuarán los profesionales de Enfermería de AP en los que se decida implantar el programa de salud, ya que las ABS juegan un papel muy sustancial e indispensable en la detección de ancianos en riesgo de soledad²².

Los sujetos captados a través de las dos vías detalladas anteriormente, se someterán a la “Escala ESTE II de soledad”²³ (ANEXO 2) para conocer su nivel de soledad social.

Esta escala está compuesta por 15 ítems con tres alternativas de respuesta (siempre, a veces, nunca) y se divide en tres factores: percepción del apoyo

social, uso que el mayor hace de las nuevas tecnologías e índice de participación social. La puntuación se obtiene mediante la suma de la puntuación en cada uno de los ítems.

En el caso de que la puntuación total oscila entre 21 y 30 puntos (nivel alto de soledad social), el profesional de enfermería se encargará de animar a la persona para que se beneficie del programa de salud e informar acerca de los objetivos y contenidos que se trabajarán en él.

Una vez de que el sujeto se anima a participar, el profesional de enfermería encargada de impartir las sesiones, valorará la escala de cada participante con el objetivo de conocer el perfil de personas con las que va a trabajar.

5.4. POBLACIÓN DIANA

El programa de salud irá destinado a la población mayor de 65 años, tanto masculino como femenino, con mayor riesgo de soledad. Esto significa haber manifestado una puntuación del 21 al 30 (nivel alto de soledad social) en la "Escala ESTE II de soledad".

En cuanto al número de personas a las que nos dirigimos, habrá un margen de 8 a 12 personas. De esta manera nos podremos asegurar de que la posibilidad de interacción no sea reducida, ni de que exista la tendencia a fraccionarse el grupo en subgrupos ²⁴.

5.5. OBJETIVOS DEL PROGRAMA

- Fomentar tácticas de autocuidado.
- Crear vínculos afectivos entre los participantes del programa de salud.
- Adquirir capacidades y habilidades que permitan comportarse de manera más saludable.
- Mejorar la salud subjetiva expresada por los participantes.

5.6. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

Recursos humanos necesarios:

- Enfermera conductora de grupo, profesionales de enfermería de AP, profesionales de las áreas que se visitarán en la 4. sesión.

Recursos materiales necesarios:

- Escala ESTE II de soledad, trípticos captadores, aula, 12 sillas, 4 mesas, balón, pizarra, tizas, ordenador portátil, cañón de proyección, cartulinas DIN A2, bolígrafos, pinturas, hojas de satisfacción, CD-ROM, altavoces.

- PRESUPUESTO APROXIMADO:

MATERIAL	PRECIO
Puesta en marcha de las sesiones (7 horas y 30 minutos)	40 euros / hora = 300 euro
50 fotocopias "Escala ESTE II de soledad" en blanco y negro	50 X 0,02 euro / hoja = 1 euro
50 fotocopias "Trípticos captadores" en color	50 X 0,10 euro / hoja = 5 euro
Balón	0,75 euro
Cañón de proyección CANON LV-5300	299 euro
3 cartulinas DIN A3	3 X 0,75 euro / hoja = 2,25 euro
CD-ROM de Deva Premal	19,95 euro
Altavoces Hercules XPS 2.0	24,99 euro
12 bolígrafos	12 X 0,75 euro / bolígrafo = 9 euro
12 fotocopias "Hojas de satisfacción"	12 X 0,02 euro / hoja = 0,24 euro
Pinturas	12,75 euro
TOTAL: 674,93 euro	

Todo recurso material que no aparece en el presupuesto será proporcionado por los centros de AP.

5.7. ESTRATEGIAS

Todas las sesiones del programa se impartirán en grupo ya que las primeras experiencias en dinámicas de grupo ²⁵ aplicada al campo de la salud han

demonstrado cambios mayoritarios, además de aportar resultados más favorables en la adquisición de conocimientos y cambios de hábito.

Asimismo, el grupo, entre otros, facilita las habilidades sociales, promueve la expresión emocional y el aumento de la autoestima con las sugerencias y seguridad que los participantes comparten.

A la hora de formar el grupo, se tendrá en cuenta la necesidad de equilibrio, creando grupos lo bastante homogéneos para asegurar su vitalidad y lo suficientemente heterogéneos para garantizar su vitalidad.

El grupo en todo momento será cerrado, es decir, los participantes que lo iniciaron son quienes lo finalizarán (excepto bajas voluntarios). De esta manera, se favorecerá la implicación, la participación y la cohesión.

El proyecto se efectuará en un aula del centro de salud, donde todos los participantes se puedan ver y comunicar entre sí, y a la vez con la totalidad del grupo.

5.8. ACTIVIDADES

Todo programa pasa por diferentes etapas ²⁶, por las cuales el grupo evoluciona y ayuda a la consecución de los objetivos. El programa que se desarrollará a continuación constará de 5 sesiones (Ver tabla 2).

En todas las sesiones, se permitirá participar e interactuar entre los participantes, al ofrecer éstos ayuda mutua.

Sesión 1. ¿Qué sabemos sobre la soledad?

Los objetivos planteados para esta sesión son conocer al resto de los participantes y tomar conciencia acerca de la importancia de prevenir y tratar el riesgo de soledad.

Para ello, la conductora de grupo empezará dando más que pidiendo ya que en las fases iniciales de un programa, los miembros buscan la inclusión y la seguridad. Por esto, la enfermera acogerá a los participantes, se presentará y explicará lo que se trabajará en el programa.

A continuación, se llevará a cabo una técnica de presentación llamada juego con pelotas, que consiste en ir recordando el nombre de la persona a quien se lanza la pelota y permite a los participantes conocerse y sentirse incluidos, a la vez que se inicia la participación y se adquiere seguridad como integrantes del grupo.

Durante la sesión, también se realizará el ejercicio “brainstorming” a cerca del sentimiento de soledad, empleando los conceptos mencionados para crear un grupo focal ²⁷. Con esto, el objetivo de la enfermera será abrir un debate sobre los diferentes aspectos de este sentimiento (qué es, cuál es su origen, sus consecuencias, la forma de prevenirla...), haciendo que los participantes tengan que reflexionar ante la diversidad de experiencias.

Antes de acabar con la sesión, se les pedirá a los participantes que para la segunda sesión traigan un recorte de periódico, imagen o fotografía que les identifique con su momento actual en la vida.

Sesión 2: Aprendamos de nuestras experiencias

Los objetivos propuestos para esta sesión serán compartir emociones creando vínculos afectivos y reforzar los cambios adquiridos hacia el abandono del riesgo de soledad.

Para ello, la segunda sesión se desarrollará a partir de las experiencias y aportaciones del grupo, integrando los conocimientos adquiridos en la primera sesión. La técnica utilizada es nombrada “foto palabra” ²⁸, para la cual se empleará la foto que se les habrá pedido en la primera sesión.

En dicho ejercicio, cada miembro del grupo deberá explicar al resto del grupo el porqué de haber elegido esa foto. Durante el proceso, la conductora del grupo ayudará a la expresión de sentimientos o emociones en relación con su momento vital, fomentando el análisis personal y la autoayuda grupal. Al valorar, analizar y reflexionar en grupo la situación, se trabajarán temas como la familia y los amigos, la jubilación, las pérdidas...

Antes de finalizar la sesión, con el fin de reforzar los cambios adquiridos hacia el abandono del riesgo de soledad, se les trasmitirá a través de la noticia “Un corto para prevenir la enfermedad física y la soledad” ²⁹, que trae consigo un

cortometraje, que es posible salir de su situación, además de promocionar hábitos de vida saludables.

Sesión 3: ¡Empoderémonos con la ayuda grupal!

En esta sesión se espera que los participantes desarrollen habilidades sociales e interpersonales.

Para conseguir el fin, se trabajará en grupos pequeños ya que está demostrado que la rehabilitación psicosocial en grupo fomenta la integración social ³⁰. Además, ayuda a sentirse parte de la comunidad y a reforzar el empoderamiento y el apoyo mutuo.

Para alcanzar el objetivo, se emplearán las intervenciones de enfermería (NIC) terapia artística (4330), recurriendo a la técnica expresiva del dibujo grupal, y musicoterapia (4400) ³¹. Durante el ejercicio deberán expresar mediante la pintura lo que han aprendido, experimentado, vivenciado...hasta ahora en el programa.

Mientras trabajan, se pondrá la música de Deva Premal ³², al estar demostrado que la musicoterapia fomenta la socialización, facilita el desarrollo de vínculos afectivos, aumenta la autoestima y mejora el ánimo ³³.

En la última media hora de la sesión, se animará al grupo que examine su obra, estimulando la reflexión de las sensaciones que comporta, y que transmitan a los demás el porqué de los colores, formas...utilizadas.

Sesión 4: ¿Qué recursos tenemos en nuestro alrededor para salir de la soledad? ¡Averigüemos!

Los objetivos de esta penúltima sesión son conocer las distintas posibilidades que ofrece el entorno (centro cívico, voluntariados...) para la participación comunitaria y practicar habilidades sociales e interpersonales.

Para ello, aprovechando los vínculos afectivos que se han ido creando, se realizará una salida grupal para conocer las diversas posibilidades que les ofrece su entorno, promoviendo así el envejecimiento activo.

Durante la sesión, tendrán la oportunidad de escuchar las experiencias de los individuos que participan en las diferentes actividades, además de la

posibilidad de interactuar con los profesionales que les enseñarán el área donde trabajan.

Al finalizar la sesión, se les animará para que participen en las actividades ofrecidas y compartan su experiencia con el resto en la última sesión.

Sesión 5: ¿Qué cambios hemos obtenido?

En la fase final de un programa, se debe evaluar lo aprendido, por lo que en esta última sesión se espera que los participantes determinen los conceptos más importantes del programa y expongan los objetivos que hayan alcanzado.

Para ello, la conductora de grupo empleará la técnica de grupo focal elaborando preguntas con el objetivo de concluir los conceptos más importantes, rememorar las recomendaciones y las habilidades obtenidas, recapacitar sobre el cambio de los hábitos...

Antes de finalizar el programa, se les pasará la encuesta de satisfacción y la "escala ESTE II de soledad" para poder evaluar el alcance del objetivo principal.

5.9. EJECUCIÓN

Salir del paso del riesgo de soledad es un proceso que requiere tiempo y dedicación, por lo que el programa constará de cinco sesiones, una por semana, de modo que tendrán la opción de reflexionar y poner en práctica lo aprendido, contribuyendo así a la consecución de los objetivos.

Tabla 2. Ficha resumen sesiones del programa.

ACTIVIDAD	OBJETIVOS	DESTINATARIOS	METODOLOGÍA	RECURSOS	LUGAR Y DURACIÓN	MÉTODOS DE EVALUACIÓN
Sesión 1 ¿Qué sabemos sobre la soledad?	-Conocer al resto de los participantes. -Tomar conciencia acerca de la importancia de prevenir y tratar el riesgo de soledad.	8-12 personas mayores de 65 años, las cuales hayan manifestado una puntuación del 21 al 30 (nível algo de soledad social) en la "Escala ESTE II de soledad"	Técnica de presentación: juego con pelotas, Brainstorming y grupo de discusión o grupo focal.	Enfermera, balón, pizarra, tiza, sillas, aula.	5 sesiones, una por semana, de hora y media que se impartirán en el aula del centro de salud, excepto la cuarta sesión.	Cuantitativa: Número de individuos detectados, número de sujetos que participan en el programa, número de sujetos que lleguen a la quinta sesión, la "Escala ESTE II de soledad". Cualitativa: Hoja de satisfacción
Sesión 2 Aprendamos de nuestras experiencias	-Compartir emociones creando vínculos afectivos. -Reforzar los cambios adquiridos hacia el abandono del riesgo de soledad.		Foto palabra, Noticia "Un corto para prevenir la enfermedad física y la de la soledad" y cortometraje	Enfermera, ordenador portátil, cañón de proyección, sillas, aula.		
Sesión 3 ¡Empoderémonos con la ayuda grupal!	-Desarrollar habilidades sociales e interpersonales.		Rehabilitación psicosocial en grupo.	Enfermera, cartulinas DIN A2, pinturas, mesas, sillas, aula, CD-ROM, portátil, altavoces.		
Sesión 4 ¿Qué recursos tenemos en nuestro alrededor para salir de la soledad? ¡Averígüemos!	-Conocer las distintas posibilidades que ofrece el entorno para la participación en la comunidad. -Practicar habilidades sociales e interpersonales que les permitan participar en las actividades de la comunidad.		Salida grupal	Enfermera, Profesionales de distintas áreas (centro cívico, local de los jubilados, centro de salud, voluntariados...) según las posibilidades del ABS.		
Sesión 5 ¿Qué cambios hemos obtenido?	-Determinar los conceptos más importantes del programa. -Exponer los objetivos alcanzados.		Grupo focal o grupo de discusión	Enfermera, hoja de satisfacción, aula, sillas, mesas, bolígrafos.		

5.10. CRONOGRAMA

Para la planificación del programa se ha elaborado el “Diagrama de Gantt” en el cual se especifica el tiempo de dedicación previsto en cada una de las fases del programa.

	Periodo 1				Periodo 2				Periodo 3				Periodo 4	
Semana	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Diagnóstico de la población														
Captación y detección de la población diana														
Puesta en marcha del programa	Sesión 1								1					
	Sesión 2								2					
	Sesión 3									3				
	Sesión 4										4			
	Sesión 5										5			
Evaluación del programa												6		

5.11. EVALUACIÓN

Se utilizará una variedad de enfoques que comprenden el proceso, los resultados obtenidos e impacto del programa, utilizando métodos cuantitativos y cualitativos, ya que según los análisis de evidencias, son imprescindibles para una evaluación efectiva ³⁴.

Evaluación cuantitativa:

Número de individuos detectados, número de sujetos que participan en el programa, número de sujetos que lleguen a la quinta sesión, y la “Escala ESTE II de soledad”.

Evaluación cualitativa:

Se evaluarán cambios actitudinales y conductuales y adquisición de habilidades a través de la hoja de satisfacción (ANEXO 3). Asimismo, ésta hoja permitirá a los participantes evaluar el programa.

Toda esta información posibilitará llegar a unas conclusiones de los resultados alcanzados, los errores detectados y sus posibles causas, propiciando incorporar alternativas de mejora en un futuro.

6. CONCLUSIONES

El aumento de personas mayores con riesgo de soledad hace necesario implantar métodos para su detección y prevención, para así conseguir evitar las graves consecuencias que ésta puede tener en la salud, así como en el bienestar y la calidad de vida.

Tras la implementación de éste programa de salud, se espera que la promoción del envejecimiento activo ayude a que los participantes adquieran habilidades que les permitan comportarse de manera más saludable, de modo que disminuya su riesgo de soledad.

No obstante, para la consecución de los objetivos será necesario un seguimiento global de la persona desde un enfoque multidisciplinar, basado en las necesidades de cada individuo.

Con tal de responder a dichas necesidades, los Equipos de Atención Primaria (EAP) serán los más implicados en cuanto a la labor de detectar y abordar el tema de la soledad en la población anciana, incentivando la coordinación entre niveles asistenciales y servicios sociales.

El abordaje de la soledad debe ser integral, por lo que será necesario seguir trabajando para establecer programas que traten además de con la persona, con la familia y la comunidad.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Cardona Arango D, Peláez E. Envejecimiento poblacional en el siglo XXI: oportunidades, retos y preocupaciones. *Salud Uninorte.* 2012;28(2):335-48.
2. Gobierno de Aragón [Internet]. España: Instituto Aragonés de Estadística; c2014 [citado 9 Feb 2015]. Disponible en: <http://www.aragon.es/>
3. Madoz V. 10 palabras clave sobre los miedos del hombre moderno. 2^a ed. Estella: Verbo Divino; 1997.
4. Boletín sobre el envejecimiento. La soledad de las personas mayores. IMSERSO. Observatorio de Personas Mayores. Dic 2000.
5. Savikko N, Routasalo P, Tilvis RS, Strandberg TE, Pitkälä KH. Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Arch Gerontol Geriatr.* 2005 Nov-Dic;41(3):223-33.
6. Masi CM, Chen HY, Hawkley LC, Cacioppo JT. A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Pers Soc Psychol Rev.* 2011 Ago;15(3):219-66.
7. Tzang RF, Yang Albert C, Yeh HL, Liu ME, Tsai SJ. Association of depression and loneliness with specific cognitive performance in non-demented elderly males. *Med Sci Monit.* 2015 Ene 9;21:100-4.
8. Singh A, Misra N. Loneliness, depression and sociability in old age. *Ind Psychiatry J.* 2009 Ene;18(1):51-5.
9. Hernández Rodríguez G. Mayores: aspectos sociales. *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración.* 2003;45:133-51.
10. Tilvis Reijo S, Venla Laitala V, Routasalo Pirkko E, Pitkala Kaisu H. Suffering from loneliness indicates significant mortality risk of older people. *J Aging Res.* 2011 Feb 22;534781.
11. Ellaway A, Wood S, Macintyre S. Someone to talk to? The role of loneliness as a factor in the frequency of GP consultations. *British Journal of General Practice.* 1999 May;49:363-7.
12. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos: nuevas esperanzas. 2001:58.

13. Arias CJ. El apoyo social en la vejez: la familia, los amigos y la comunidad. Revista Kairós Gerontología. 2013 Dic;16(4):313-29.
14. Teh JKL, Tey NP, Ng ST. Family Support and Loneliness among Older Persons in Multiethnic Malaysia. The Scientific World J. 2014 Oct 14;2014.
15. Tsai FJ, Motamed S, Rougemont A. The protective effect of taking care of grandchildren on elders' mental health? Associations between changing patterns of intergenerational exchanges and the reduction of elders' loneliness and depression between 1993 and 2007 in Taiwan. BMC Public Health. 2013 Ene 10;13:567.
16. Iglesias De Ussel J. La soledad en las personas mayores: influencias personales, familiares y sociales. Análisis cualitativo. Observatorio de Personas Mayores. IMSERSO. 2001:94-9.
17. Tuesca Molina R, Fierro Herrera N, Molinares Sosa A, Oviedo Martínez F, Polo Arjona Y, Polo Cueto J, et al. Los grupos de socialización como factor protector contra la depresión en personas ancianas. Baranquilla, Colombia. Rev Esp Salud Pública. 2003 Sep-Oct;77(5):595-604.
18. Organización Mundial de la salud. Salud y envejecimiento. Un documento para el debate. Boletín para el envejecimiento, Perfiles y tendencias. IMSERSO. Observatorio de personas Mayores. 2001 Nov:15.
19. Organización Mundial de la salud [Internet]. [Citado 5 Mar 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/es/>
20. Rodríguez Martín M. La soledad en el anciano. GEROKomos. 2009;20(4):159-66.
21. NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. 2012-2014. Madrid: Elsevier. Nanda Internacional 2012-2014.
22. Puig LLobet M, Llunch Canut MT, Roig Ríquez Avila N. Valoración de enfermería: detección de la soledad y del aislamiento social en los ancianos. GEROKomos. 2009 Mar;20(1):9-14.
23. Pinel Zafra M, Rubio Rubio L, Rubio Herrera R. Un instrumento de medición de soledad social: escala ESTE II. Universidad de Granada. 2009.
24. Sáez S, Marqués F, Colell R. Educación para la salud. Técnicas para el trabajo en grupos pequeños. 2^a ed. Lérida: Pagés; 1998.

25. Paulí Cabezas A. La conducción de grupos en educación para la salud. *Matronas Prof.* 2005;6(1):23-9.
26. López Yarto L. Dinámica de grupos, 50 años después. 7a ed. Bilbao: Desclée De Brouwer; 1997.
27. March Cerdà JC, Prieto Rodríguez MA, Hernán García M, Solas Gaspar O. Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. *Gac Sanit.* 1999;13(4):312-9.
28. Riquelme Pérez M. Metodología de educación para la salud. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2012 Abr-Jun;21:77-82.
29. Zaragoza M.M. Un corto para prevenir la enfermedad física y la de la soledad. *Heraldo de Aragón.* 2015 Abr 04.
30. Pitkala Kaisu H, Routasalo P, Kautiainen H, Tilvis Reijo S. Effects of psychosocial group rehabilitation on Health, use of health care services, and mortality of older persons suffering from loneliness: a randomized, controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2009 Jul;64(7):792-800.
31. Bulechek Gloria M, Butcher Howard K, Dochterman Joanne M, Wagner Cheryl M. Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC).6a ed. S.A. Elsevier España; 2013.
32. Premal D. Mantras for Precarious Times [CD-ROM]. Prabhu music;2010.
33. Pérez Vera AM, López Cáceres VC, López Cáceres JA, Arias Mancheño M, Fernández Marín ML, Ros Navarret R, et al. Musicoterapia y enfermería. *Enfer Integral.* 2013 Sep;102:3-6.
34. De Lellis M, Mozobancyk S, Cimmino K. Investigación evaluativa de una estrategia de promoción de la salud en el ámbito escolar. *Anu investing.* 2009;16:319-28.

8. ANEXO 1:

Parte anterior

CONTENIDO DEL PROGRAMA DE SALUD

Sesión 1: ¿Qué sabemos sobre la soledad? ¡Aclaremos conceptos!

Sesión 2: Aprendamos de nuestras experiencias.

Sesión 3: ¡Empoderémonos con la ayuda grupal!

Sesión 4: ¿Qué recursos tenemos en nuestro alrededor para salir de la soledad? ¡Avergüémos!

Sesión 5: ¿Qué cambios hemos obtenido?

LA SOLEDAD ES MUY HERMOSA... CUANDO SE TIENE ALGUIEN A QUIEN DECÍRSELO

Gustavo Adolfo Becker

Universidad Zaragoza

LA SOLEDAD, EL ENEMIGO DEL BIENESTAR:
PROGRAMA DE SALUD PARA LA PREVENCIÓN DE LA SOLEDAD EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE 65 AÑOS

Pedro Cerbuna 12, 50018 Zaragoza

¿Se siente solo / triste?
¿Cree que no hay personas que se preocupen por usted?
¿No le resulta fácil hacer amigos?

CONSULTA CON TU ENFERMERA A CERCA DE:

LA SOLEDAD, EL ENEMIGO DEL BIENESTAR:
PROGRAMA DE SALUD PARA LA PREVENCIÓN DE LA SOLEDAD EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE 65 AÑOS.

Parte posterior

LA SOLEDAD, EL ENEMIGO DEL BIENESTAR

9. ANEXO 2:

Escala ESTE II de Soledad Social

Factor 1: Percepción de Apoyo Social			
	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1. ¿Vd. tiene a alguien con quien puede hablar de sus problemas cotidianos?	0	1	2
2. ¿Cree que hay personas que se preocupan por usted?	0	1	2
3. ¿Tiene amigos o familiares cuando le hacen falta?	0	1	2
4. ¿Siente que no le hacen caso?	2	1	0
5. ¿Se siente triste?	2	1	0
6. ¿Se siente usted solo?	2	1	0
7. ¿Y por la noche, se siente solo?	2	1	0
8. ¿Se siente querido?	0	1	2
Factor 2: Uso de Nuevas tecnologías			
	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
9. ¿Utiliza Ud. el teléfono móvil?	0	1	2
10. ¿Utiliza Ud. el ordenador (<i>consola, juegos de la memoria</i>)?	0	1	2
11. ¿Utiliza Ud. Internet?	0	1	2
Factor 3: Índice de Participación social subjetiva			
	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
12. Durante la semana y los fines de semana ¿le llaman otras personas para salir a la calle?	0	1	2
13. ¿Le resulta fácil hacer amigos?	0	1	2
14. ¿Va a algún parque, asociación, hogar del pensionista donde se relacione con otros mayores?	0	1	2
15. ¿Le gusta participar en las actividades de ocio que se organizan en su barrio/pueblo?	0	1	2
PUNTUACIÓN EN SOLEDAD SOCIAL			____ Pts.

Niveles de puntuación en la Escala ESTE II

Soledad Social	
NIVELES	PUNTUACIÓN
Bajo	0 a 10 puntos
Medio	11 a 20 puntos
Alto	21 a 30 puntos

10. ANEXO 3:

HOJA DE SATISFACCIÓN					
1) Señale el número que consideres:					
1: Muy malo 2: Malo 3: Regular 4: Bueno 5: Muy bueno					
-Opinión general del programa	1	2	3	4	5
-Temas trabajados en el programa	1	2	3	4	5
-Metodología empleada en el programa	1	2	3	4	5
-Utilidad para tu vida	1	2	3	4	5
-Capacidades y habilidades adquiridas	1	2	3	4	5
-Cambios observados de la primera a la última sesión	1	2	3	4	5
2) ¿Qué le ha aportado el programa a tu vida?					
3) ¿Qué cambios ha observado en su salud, comportamiento y actitud?					
4) ¿Aconsejaría el programa? ¿Y por qué?					
5) ¿Qué es lo que más te ha gustado del programa?					
6) Anote que es lo que suprimirías o incorporarías en el programa (al menos un aspecto de cada)					
7) Anotaciones adicionales					