



Universidad
Zaragoza



Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Enfermería

Curso Académico 2014/ 2015

TRABAJO FIN DE GRADO
La soledad del anciano: Un desafío del cuidado enfermero

Autor: Raúl Sánchez Ferrer

Tutora: Natalia Becerril Ramírez

ÍNDICE

<i>1. RESUMEN</i>	<i>1</i>
<i>2. INTRODUCCIÓN</i>	<i>2</i>
<i>3. OBJETIVOS</i>	<i>3</i>
<i>4. METODOLOGÍA</i>	<i>4</i>
<i>5. DESARROLLO</i>	<i>5</i>
5.1 VALORACIÓN	5
5.2 DIAGNOSTICO	5
5.3 PLANIFICACIÓN	7
5.4 EJECUCIÓN.....	10
5.5 EVALUACIÓN	10
<i>6. CONCLUSIONES</i>	<i>10</i>
<i>7. BIBLIOGRAFÍA</i>	<i>11</i>
<i>8. ANEXOS</i>	<i>13</i>

1. RESUMEN

Introducción: La soledad se experimenta con mayor intensidad durante la última etapa del ciclo vital, surgiendo de la tendencia inherente de toda persona a relacionarse con los demás, si no se llega a lograr puede surgir una vivencia insuficiente y el malestar que ello puede acarrear.

Al tratarse de un fenómeno multidimensional, desde enfermería es difícil detectar estos cambios en el anciano, pero hay que anticiparse para evitar tanto el deterioro en la calidad de vida como en la propia independencia, en el bienestar y en la dignidad del anciano.

Objetivo: Dar respuesta a la expresión de las necesidades psicoemocionales que produce la soledad en el anciano.

Metodología: Se ha realizado un Plan de Cuidados Estandarizado (PCE) dirigido a ancianos que sufren soledad.

Conclusiones: Este PCE puede ser un instrumento adecuado para los profesionales de enfermería, que sirva como nexo de unión con los ancianos que sufren soledad, influyendo en su bienestar cuando esta aparece.

Palabras Clave: Soledad, anciano, anciano frágil, fragilidad.

ABSTRACT

Introduction: The loneliness is experienced more intensely during the last stage of life, emerging from the inherent tendency of everyone to be in contact to others. If that cannot be achieved, it may arise in insufficient experience and the discomfort it may entail.

Being a multidimensional phenomenon, from nursing it is difficult to detect these changes in the elderly people, but we must anticipate in order to avoid not only the quality of life deterioration but also their own independence degradation, welfare, and dignity.

Objective: To respond to the expression of psycho-emotional needs that are produced by elderly people loneliness.

Methodology: We carried out a Standardized Care Plan (PCE) aimed at the elderly people who suffer loneliness.

Conclusions: This PCE can be a suitable instrument for nurses, serving as a link with the elderly people who suffer loneliness, and influencing their well-being when it appears.

Keywords: Loneliness, elderly, frail elderly, frailty.

2. INTRODUCCIÓN

Uno de los grandes desafíos del siglo XXI es la previsión del envejecimiento de la población. España destaca por su baja tasa de natalidad y sus altas tasas de supervivencia, lo que nos conduce a un envejecimiento poblacional en progresión. Según los últimos datos obtenidos por el Instituto Nacional de Estadística (INE), en el año 2014 las personas mayores de 65 años en España representan el 18,2% de la población, cifra que se incrementará a un 24,9% en el 2029 y a un 38,7% en el 2064¹⁻⁴. Esta situación sitúa a España como uno de los países más envejecidos del mundo.

Este aumento del número de personas que alcanzan la tercera edad (entre 65-80 años) e incluso la cuarta edad (mayores 80) aumenta la prevalencia de dependencia y de fragilidad. Se considera como anciano frágil a la persona mayor que sufre patologías que tienden a la incapacidad física y/o mental, con problemas sociales o factores demográficos⁵⁻⁹. Dichos condicionantes producen un aumento de la vulnerabilidad ante la presencia de estresores, ya sean biogénicos o psicosociales, como consecuencia de la disminución o la alteración fisiológica, implicándose criterios socio-demográficos (edad, soporte social, etc.), médicos (pluripatología, hospitalización y/o reingresos, déficit sensoriales, etc.) y funcionales (actividades básicas e instrumentales)¹⁰.

Uno de los indicadores de fragilidad contemplado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es el hecho de vivir solo. Esta condición aumenta exponencialmente en esta etapa del ciclo vital, puesto que está caracterizada por las pérdidas, que no se consideran únicamente de índole personal. Esta tesitura puede provocar que en la vejez se experimente la soledad de una forma más intensa que en cualquier otra etapa de la vida⁵.

La soledad puede definirse como el sentimiento experimentado cuando la red de relaciones sociales de una persona es deficiente, sea de manera cualitativa o cuantitativamente y, se presenta un déficit entre el grado deseado y el real, de intimidad e integración social, con un sentimiento de vacío y aislamiento^{11, 12}.

La soledad surge de la tendencia inherente de toda persona a relacionarse con los demás, compartiendo su existencia con ellos. Si esto no se alcanza, surge la vivencia de estar incompleto y el desasosiego que ello conlleva. Cuando el ser humano se da cuenta de que no tiene contacto ni puede relacionarse con otras personas, que le permiten ser quien es, aparece la soledad¹³.

La soledad exterior, también llamada soledad objetiva, hace referencia a la relación con la que se vive en el entorno, siendo ésta la falta real de contactos. Por otro lado, la soledad interior o soledad subjetiva es la que se siente, la verdadera soledad. Existe también la soledad emocional, en la que se carece de una relación íntima y cercana produciendo inquietud, ansiedad, miedo y vacío. La soledad social aparece cuando hay ausencia de una red social satisfactoria para compartir y experimentar el sentido de pertenencia a un grupo, lo que provoca aburrimiento, exclusión y falta de motivación¹⁴.

La soledad en los mayores es una realidad inducida por diferentes factores o causas. Precisamente, Laforest¹⁵ define tres crisis asociadas al envejecimiento: crisis de identidad, en la que se viven una serie de pérdidas que deterioran la autoestima; crisis de autonomía, producida por el deterioro del organismo y de la posibilidad de desenvolverse en las actividades de la vida diaria (AVD); y por último, la crisis de pertenencia, experimentada por la pérdida de roles y de pertenencia a un grupo.

Al tratarse la soledad de un fenómeno multidimensional y subjetivo en el que se produce una mezcla de aspectos de la personalidad, de aspectos sociales y de habilidades conductuales, es difícil para enfermería detectarla y no confundirla con otras patologías. Aun así, y a pesar de esta dificultad, la enfermera invierte gran parte de su tiempo con el paciente, lo que la sitúa en una condición privilegiada para detectar cambios en la conducta del anciano, que pueden estar relacionados con un estado emocional que este percibe como soledad, o miedo a sentirse solo¹⁶.

Ante esta situación, se hace necesario que los profesionales de enfermería sepan detectar en los ancianos una de las circunstancias que puede suponer un gran impacto emocional y, que a su vez repercutirá de forma nefasta tanto en la calidad de vida como en la propia independencia, en el bienestar y en la dignidad del anciano. Anticiparse o controlar las repercusiones del sentimiento de soledad podría evitar el efecto dominó que de lo contrario se produce, llegando a deteriorar la vida hasta el punto de aumentar de una forma muy importante incluso el riesgo de suicidio¹⁷.

3. OBJETIVOS

- **Objetivo general:**

Dar respuesta a la expresión de las necesidades psicoemocionales que surgen en el anciano que sufre soledad.

- **Objetivos específicos:**

- Identificar los instrumentos pertinentes que permitan la detección de la soledad en el anciano, así como los problemas más importantes que influyen en el bienestar cuando esta aparece.
- Describir las intervenciones más adecuadas que resuelvan o controlen los problemas psicoemocionales como consecuencia de la soledad en el anciano.

4. METODOLOGÍA

Para llevar a cabo este trabajo se ha realizado una actualización del tema a través de la revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos como se detalla en la tabla 1.

Bases de Datos	Palabras Clave	Artículos Encontrados	Artículos Revisados	Artículos Utilizados
Cuiden Plus	Soledad Anciano	31	15	5
Dialnet	Soledad Anciano Fragilidad	24	10	5
Pubmed	Loneliness Elderly	7	3	1
Science Direct	Soledad Adulto fragilidad	28	15	3
Scopus	Loneliness Elderly	10	4	2
Scielo	Anciano frágil soledad	16	7	3

Tabla 1

Dicha revisión se realizó durante los meses de febrero a mayo de 2015. La búsqueda se ha limitado a bases de datos en español e inglés preferentemente y con un límite de 10 años de antigüedad de los documentos, priorizando los de los últimos 5 años, en texto completo. Del mismo modo, se han rechazado artículos en los que se impide el acceso a texto completo.

Se han realizado búsquedas en páginas web del INE, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), Gobierno de Aragón y Junta de Andalucía. También se ha recopilado información de diferentes libros obtenidos a través del recurso Alcorze del que se dispone en la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud de Zaragoza.

Se ha realizado un Plan de Cuidados Estandarizado (PCE) dirigido a ancianos con Soledad, proponiendo el modelo de los once patrones funcionales de Marjory Gordon para la valoración y utilizando un lenguaje normalizado mediante el uso de la taxonomía NANDA²², así como la clasificación de intervenciones de enfermería NIC²³ y la clasificación de resultados de enfermería NOC²⁴.

5. DESARROLLO

Se ha diseñado un Plan de Cuidados Estandarizado (PCE) dirigido a ancianos que sufren soledad.

5.1 VALORACIÓN

Como ya se ha explicado con anterioridad, se propone para la valoración el modelo de los once patrones funcionales de Marjory Gordon. A través de este modelo se puede obtener la información necesaria de carácter físico, psíquico, social y del entorno más relevante del anciano, de una manera ordenada, facilitando su análisis y cumpliendo todos los requisitos para una correcta Valoración Integral Geriátrica (VIG) como parte del equipo interdisciplinar. Una adecuada valoración permite abordar de la mejor manera posible el proceso de atención del anciano que presenta una situación de equilibrio inestable o fragilidad. Además, la valoración a través de los once patrones facilita la identificación de situaciones de disfunción secundarias a una enfermedad pero también en ausencia de esta.

Una de las herramientas específicas propuestas para la valoración es la escala Este I de soledad (Anexo 1)^{18,19} con la que se evalúa la soledad familiar, conyugal, social y existencial valorando la autopercepción de la soledad, nivel de apoyo recibido y la satisfacción con los contactos sociales. Por otro lado, la escala sociofamiliar de Gijón (Anexo 2)²¹ permite la detección de situaciones de riesgo o problemática social y, la escala Philadelphia¹⁸ (Anexo 3), que parte del supuesto de que un estado de ánimo elevado, se caracterizaría por la sensación de satisfacción con uno mismo. Por último, para completar la VIG en esta situación concreta, se utilizaría el cuestionario de Barber²⁰ (Anexo 4) para diagnosticar el riesgo psicosocial y el test de Yesavage²¹ (Anexo 5) para la detección de depresión específicamente en el anciano.

5.2 DIAGNÓSTICO

Los problemas más comunes en el anciano que sufre soledad se han identificado a través de la literatura y se enuncian a continuación como diagnósticos de enfermería según la taxonomía NANDA:

(00053) AISLAMIENTO SOCIAL

Definición: Soledad experimentada por la persona y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros.

➤ Características definitorias (M/P)

- Actitud triste
- Falta de persona o personas de apoyo significativas.
- Busca estar solo.

➤ Factores relacionados (R/C)

- Alteración del bienestar.
- Alteración del estado mental.

(00069) AFRONTAMIENTO INEFICAZ

Definición: Incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas practicadas y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles.

- **Características definitorias (M/P)**
 - Empleo de formas de afrontamiento que impiden una conducta adaptativa.
 - Cambio en los patrones de comunicación habituales.
- **Factores relacionados (R/C)**
 - Falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación.
 - Apoyo social inadecuado debido a las características de las relaciones.

(00120) BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL

Definición: Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual.

- **Características definitorias (M/P)**
 - Evaluación de sí mismo como incapaz de afrontar los acontecimientos.
 - Evaluación de sí mismo como incapaz de afrontar situaciones.
 - Verbalizaciones de negación de sí mismo.
- **Factores relacionados (R/C)**
 - Deterioro funcional.
 - Cambio en el rol social.

(00124) DESESPERANZA

Definición: Estado subjetivo en el que la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales y es incapaz de movilizar su energía en su propio provecho.

- **Características definitorias (M/P)**
 - Disminución de las emociones.
 - Pasividad.
 - Trastorno del patrón del sueño.
 - Claves verbales.
- **Factores relacionados (R/C)**
 - Aislamiento social.
 - Prolongada restricción de la actividad.

(00052) DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL

Definición: Cantidad insuficiente o excesiva o cualitativamente ineficaz de intercambio social.

- **Características definitorias (M/P)**
 - Disconfort en las situaciones sociales.
 - Interacción disfuncional con los demás.
- **Factores relacionados (R/C)**
 - Ausencia de personas significativas.
 - Barreras de comunicación.

(00175) SUFRIMIENTO MORAL

Definición: Respuesta a la incapacidad para llevar a cabo decisiones éticas/morales elegidas.

- **Características definitorias (M/P)**
 - Expresa angustia por la dificultad de actuar basándose en la propia elección moral.
- **Factores relacionados (R/C)**
 - Conflicto entre los que deben tomar la decisión.

(00125) IMPOTENCIA

Definición: Experiencia de falta de control sobre una situación, incluyendo la percepción de que las propias acciones no afecten significativamente al resultado.

- **Características definitorias (M/P)**
 - Dependencia de los demás.
 - Expresa dudas sobre el desempeño del rol.
 - Expresa frustración por la incapacidad para realizar las tareas previas.
 - Expresa vergüenza.
- **Factores relacionados (R/C)**
 - Interacciones interpersonales no satisfactorias.

5.3 PLANIFICACIÓN

A continuación se indican los objetivos e intervenciones obtenidos de la taxonomía NIC y NOC aplicables a esta situación de soledad en el anciano.

5.3.1 Objetivos/Resultados NOC

- **1205 Autoestima**
120502 Aceptación de las propias limitaciones.

- 120519 Sentimientos sobre su propia persona.
- 120515 Voluntad para enfrentarse a los demás.
- 120507 Comunicación abierta.
- 120519 Sentimientos sobre su propia persona.
- 120511 Nivel de confianza.
- **1862 Conocimiento: manejo del estrés**
 - 186226 Pensamientos alternativos para sustituir los pensamientos negativos e irracionales.
 - 186217 Importancia de mantener un sueño adecuado.
- **1302 Afrontamiento de problemas**
 - 130211 Identifica múltiples estrategias de superación.
 - 130214 Verbaliza la necesidad de asistencia.
- **3009 Satisfacción del paciente/usuario: cuidado psicológico**
 - 300913 apoyo para expresar sentimientos.
 - 300907 Apoyo emocional proporcionado.
- **1203 Severidad de la soledad**
 - 120304 Sensación de desesperanza.
 - 120307 Sensación de aislamiento social.
 - 120308 Sensación de no ser comprendido.
- **1201 Esperanza**
 - 120112 Establecimiento de objetivos.
 - 120106 Expresión de optimismo.
- **1206 Deseo de vivir**
 - 120602 Expresión de esperanza.
 - 120605 Expresión de sentimientos.
- **1502 Habilidades de interacción social**
 - 150203 Cooperación con los demás.
 - 150212 Relaciones con los demás.
 - 150216 Utilizar estrategias de resolución de conflictos.
- **1503 Implicación social**
 - 150303 Interacción con miembros de la familia.
- **0906 Toma de decisiones**
 - 090603 Identifica las consecuencias posibles de cada alternativa.
 - 090605 Reconoce contradicción con los deseos de los demás.
- **1606 Participación en las decisiones sobre asistencia sanitaria**
 - 160609 Declara la intención de actuar según la decisión.

5.3.2 Intervenciones NIC

- **4920 Escucha activa**
 - Hacer preguntas o afirmaciones que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones.
 - Evitar barreras a la escucha activa.
 - Utilizar el silencio/escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones.
- **5240 Asesoramiento**
 - Favorecer la expresión de sentimientos.

- Ayudar al paciente a identificar el problema o la situación causante del trastorno.
 - Practicar técnicas de reflexión y clarificación para facilitar la expresión de preocupaciones.
 - Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos deseables.
- **5270 Apoyo emocional**
 - Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.
 - Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.
 - Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad.
 - Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.
 - Comentar la experiencia emocional con el paciente.
- **5310 Dar esperanza**
 - Fomentar las relaciones terapéuticas con los seres queridos.
- **5100 Potenciación de la socialización**
 - Animar al paciente a desarrollar relaciones.
 - Proporcionar modelos de rol que expresen la ira de forma adecuada.
 - Solicitar y esperar comunicaciones verbales.
- **5440 Aumentar los sistemas de apoyo**
 - Determinar la convivencia de las redes sociales existentes.
 - Implicar a la familia/seres queridos/amigos en los cuidados y la planificación.
- **5230 Mejorar el afrontamiento**
 - Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para afrontar sus limitaciones y manejar los cambios de estilo de vida o de papel.
- **5400 Potenciación de la autoestima**
 - Animar al paciente a identificar sus virtudes.
 - Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes.
 - Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.
 - Ayudar al paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo.
 - Facilitar un ambiente y actividades que aumenten su autoestima.
- **5250 Apoyo en la toma de decisiones**
 - 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 identificar las ventajas e inconvenientes de cada alternativa.
 - Facilitar la toma de decisiones en colaboración.
- **5480 Clarificación de valores**
 - Utilizar preguntas adecuadas para ayudar al paciente a reflexionar sobre la situación y lo que es personalmente importante.

- Ayudar al paciente a priorizar valores.
- Ayudar al paciente a definir alternativas y sus ventajas y desventajas.

5.4 EJECUCIÓN

En este PCE los profesionales de enfermería pueden satisfacer las necesidades psicoemocionales de los ancianos fomentando la expresión de los sentimientos, la autoestima y apoyándoles en la toma de decisiones. Teniendo en cuenta la fragilidad que presenta este colectivo en esta etapa de la vida en la que aumenta la vulnerabilidad, una sola aproximación a ellos puede suponer un punto de partida que permitiría la prevención y la detección de la soledad.

5.5 EVALUACIÓN

La evaluación de este PCE se puede realizar a través de los criterios e indicadores de resultados NOC planteados en el apartado de planificación. Además, se pueden utilizar los instrumentos propuestos en la fase de valoración como elementos que identifiquen cambios positivos o negativos en la evolución de los ancianos a los que se les aplique este plan.

6. CONCLUSIONES

Este PCE permite solucionar, mitigar o prevenir los problemas que se suelen desencadenar en el anciano que sufre soledad. Esta situación influiría directa y positivamente tanto en la calidad de vida del anciano como en el equilibrio psicoemocional de los mismos, dignificando esta etapa del ciclo vital.

Tanto la soledad como los problemas que se derivan de la misma se pueden detectar en el contexto de la VIG y con el apoyo de los instrumentos que se proponen en el apartado de valoración de este plan.

Este PCE es una útil herramienta que facilita la labor de los profesionales de enfermería que se enfrentan al cuidado de los ancianos que sufren soledad. Las intervenciones planteadas permiten ayudar a los ancianos a disminuir o controlar los problemas que suscita la soledad favoreciendo de esta forma su bienestar.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Ine.es (Internet). Instituto Nacional de Estadística. [Consultado Mayo 2015]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np870.pdf>
2. Álvarez González R, Cullell Pares M, De Frutos Gallego E, Fabretat Casamitjana M, Ramírez Llaras A. Envejecimiento y soledad. *Enferm Global*. 2009; 8(3).
3. Imsero.es (Internet). Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Actualizado Diciembre 2011; Citado Mayo 2015. Disponible en: <http://www.envejecimientoactivoeuropa.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/boletinopm50.pdf>
4. Vázquez-Sánchez A, Gastelu-Cantero M, Casals-Sánchez JL. Valoración de las necesidades de los ancianos que viven solos en una zona básica de salud. *Enferm Clín*. 2008; 18(2):59-63.
5. Puig Llobet M, Lluch Canut MT, Rodríguez Ávila N. Valoración de enfermería: detección de la soledad y del aislamiento social en los ancianos de riesgo. *Gerokomos* 2009; 20(1):9-14.
6. *Martín Lesende I, Gorroñoitia Iturbe A, Gómez Pavón J, Baztán Cortés JJ, Abizanda Soler P. El anciano frágil. Detección y tratamiento en AP. Aten Primaria*. 2010; 42(7):388-393.
7. Martínez Martín ML, González Montalvo JI, Otero Puime A. Anciano frágil: ¿hablamos todos de lo mismo? *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2007; 42(6):357-60.
8. Fenández E, Estévez M. La valoración geriátrica integral en el anciano frágil hospitalizado: revisión sistemática. *Gerokomos*. 2013; 24 (1): 8-13.
9. Llanes Betancourt, C. Evaluación funcional y anciano frágil. *Rev Cubana Enferm*. 2008 jul. 24(2).
10. Orueta Sánchez R, Rodríguez de Cossío Á, Carmona de la Morena, Moreno Álvarez-Vijande A, García López A, Pintor Córdoba C. Anciano Frágil y Calidad de Vida. *Rev Clín de Med de Fam* 2008; 2(3):101-105.
11. Ayala A, Rodríguez-Blázquez C, Frades-Payo B, Forjaz MJ, Martínez-Martín P, Fernández-Mayoralas G, et al. Propiedades psicométricas del Cuestionario de Apoyo Social Funcional y de la Escala de Soledad en adultos mayores no institucionalizados en España. *Gac Sanit* 2012 0; 26(4):317-324
12. Jürschik P, Botigué T, Nuin C, Lavedán A. Estado de ánimo caracterizado por soledad y tristeza: factores relacionados en personas mayores. *Gerokomos* 2013; 24(1):14-17.
13. Coronado Carvajal MP, Urbano Muñoz A, Alpuentes Perabad M, Armada Higienes JL, Martín Fernández T. Aproximación cualitativa del sentimiento de soledad en el anciano. *Paraninfo Digital*, 2009; 7.
14. Cardona Jiménez JL, Villamil Gallego MM, Henao Villa E, Quintero Echeverri Á. El sentimiento de soledad en adultos. *Med UPB* 2013; 32(1):9-19.

15. Rodríguez Martín M. La soledad en el anciano. Gerokomos 2009; 20(4):159-166
16. Fernández Alba R, Manrique-Abril F. Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor. Enferm Global. 2010; 9 (2):1-9.
17. Vázquez Casares A, Caballero Huerga J, Fernández Martínez M, Liébana Presa C, Castro González M, Fernández García D. La Soledad en los ancianos: plan de cuidados. Gerokomos 2004; 15 (2): 89-95.
18. Cardona Jiménez JL, Villamil Gallego M, Henao Villa E, Quintero Echeverri A. Validación de la escala ESTE para medir la soledad de la población adulta. Invest Educ Enferm 2010; 28(3): 416-27
19. Rubio R. La soledad en mayores una alternativa de medición a través de la escala ESTE. Madrid: CSIC; 2009.
20. Aragon.es (Internet) Gobierno de Aragón. [Consultado en Mayo 2015]. Disponible en: <http://www.aragon.es>
21. Junta de Andalucía.es (Internet). [Consultado en Mayo 2015]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es>
22. NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificaciones 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2013.
23. McCloskey JC, Bulechek GM, Buther H. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2009.
24. Johnson M, Maas M, Moorhead S. Clasificación de Resultados de enfermería (NOC). 4ª Ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2009.

8. ANEXOS

ANEXO 1

Escala ESTE I de soledad

	Nunca	Rara vez	Alguna vez	A menudo	Siempre
1. Me siento solo					
2. ¿Con que frecuencia siente que no hay nadie cerca de usted?					
3. ¿Siente que tiene a alguien que quiere compartir su vida usted?					
4. Tengo un compañero sentimental que me da el apoyo y aliento que necesito					
5. Siento que estoy enamorado de alguien que me ama					
6. Tengo a alguien que llena mis necesidades emocionales					
7. Contribuyo a que mi pareja sea feliz					
8. Me siento solo cuando estoy con mi familia					
9. Mi familia se preocupa por mí					
10. Siento que en mi familia no hay nadie que me preste su apoyo aunque me gustaría que lo hubiera					
11. Realmente me preocupo por mi familia					
12. Siento que pertenezco a mi familia					
13. Me siento cercano a mi familia					
14. Lo que es importante para mí no parece importante para la gente que conozco					
15. No tengo amigos que compartan mis opiniones aunque me gustaría tenerlos					
16. Siento que mis amigos entienden mis intenciones y opiniones					

17. Me encuentro a gusto con la gente					
18. Tengo amigos a los que puedo recurrir cuando necesito consejo					
19. Me siento aislado					
20. ¿Con qué frecuencia sientes que hay gente que realmente te comprende?					
21. Siento que mi familia es importante para mí					
22. Me gusta la gente con la que salgo					
23. Puedo contar con mis amigos si necesito recibir ayuda					
24. Me siento satisfecho con los amigos que tengo					
25. Tengo amigos con los que comparto mis opiniones					
26. Estoy preocupado porque no puedo confiar en nadie					
27. Me siento sin apoyo o comprensión cuando cuento mis problemas					
28. Siento que soy importante para la gente					
29. Siento que no soy popular					
30. Siento que a medida que me voy haciendo mayor se ponen las cosas peor para mí					
31. Siento que las cosas pequeñas me molestan ahora más que antes					
32. Siento que conforme me voy haciendo mayor, soy menos útil					
33. A veces siento que la vida no merece la pena ser vivida					
34. Tengo miedo de muchas cosas					

La puntuación en cada uno de los factores se obtiene sumando la puntuación de los ítems correspondientes al factor, de manera que las puntuaciones serán desde Nunca=5 hasta Siempre=1 en esos casos.

NORMAS DE CORRECIÓN

Factor	Items	Puntuación
Soledad familiar	1-2-8-9-10-11-12-13-17-18-19-20-21-28	
Soledad conyugal	3-4-5-6-7	
Soledad social	15-16-18-22-23-24-25	
Crisis existencial	14-26-27-29-30-31-32-33-34	

	Soledad familiar	Soledad conyugal	Soledad social	Crisis existencial
Baja	14-32	5-11	7-16	9-20
Media	33-51	12-18	17-26	21-33
Alta	52-70	19-25	27-35	36-45

ANEXO 2

Escala de valoración sociofamiliar de Gijón

Se trata de una escala heteroadministrada de valoración de riesgo sociofamiliar que consta de 5 ítems o variables (situación familiar, económica, vivienda, relaciones y apoyo social), con 5 posibles categorías en cada una de ellos, estableciendo un gradiente desde la situación social ideal, o ausencia de problemática a la objetivación de alguna circunstancia o problema social, obteniéndose una puntuación global.

SITUACION FAMILIAR	
Vive con familia sin dependencia físico/psíquica	1
Vive con cónyuge de similar edad	2
Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia	3
Vive solo y tiene hijos próximos	4
Vive solo y carece de hijos o viven alejados	5
SITUACION ECONOMICA	
Más de 1.5 veces el salario mínimo 1	1
Desde 1.5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive	2
Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva	3
LISMI – FAS – Pensión no contributiva	4
Sin ingresos inferiores al apartado anterior (“4”)	5
VIVIENDA	
Adecuada a necesidades	1

Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas estrechas, baños,...) 4 Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos)	2
Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción,...)	3
Ausencia de ascensor, teléfono	4
Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos)	5
RELACIONES SOCIALES	
Relaciones sociales	1
Relación social solo con familia y vecinos	2
Relación social solo con familia o vecinos	3
No sale del domicilio, recibe visitas	4
No sale y no recibe visitas	5
APOYO DE RD SOCIAL	
Con apoyo familiar y vecinal	1
Voluntariado social, ayuda domiciliaria	2
No tiene apoyo	3
Pendiente del ingreso en residencia geriátrica	4
Tiene cuidados permanentes	5

Se considera que el punto de corte para la detección de riesgo social es 16.

ANEXO 3

Escala de Philadelphia

Mide el grado subjetivo de satisfacción o bienestar del anciano con su situación actual en tres sentidos: actitud hacia el propio envejecimiento, insatisfacción con la soledad, y ansiedad o inquietud.

1. ¿A medida que se va haciendo mayor, se ponen las cosas peor para usted?	Si	No
2. ¿Tiene usted tanta energía como el año pasado?	Si	No
3. ¿Se siente usted solo?	Si	No
4. ¿Le molestan ahora más las cosas pequeñas que antes?	Si	No
5. ¿siente que conforme se va haciendo mayor es menos útil?	Si	No
6. ¿a veces está tan preocupado que no puede dormir?	Si	No
7. ¿Según se va haciendo mayor las cosas son mejor, Peor, igual que lo que usted pensó que serían?	Si	No
8. ¿A veces siente que la vida no merece ser vivida?	Si	No
9. ¿Ahora es usted tan feliz como cuando era más joven?	Si	No
10. ¿tienes muchas razones por las que estar triste?	Si	No

11. ¿tiene miedo de muchas cosas?	Si	No
12. ¿se siente más irascible que antes?	Si	No
13. ¿la mayor parte del tiempo la vida es dura y difícil?	Si	No
14. ¿Está satisfecho con su vida ahora?	Si	No
15. ¿se toma las cosas a pecho?	Si	No
16. ¿se altera o angustia fácilmente?	Si	No
17. ¿Se viene abajo, se altera o se disgusta fácilmente?	Si	No
Puntuación total:		

Consta de 17 preguntas. La suma de las puntuaciones por respuesta (satisfacción o bienestar positivo: 1; negativo: 0) permite clasificar a las personas en tres categorías según su grado de bienestar: alto (13-17 puntos), mediano (9-12 puntos) y bajo (0-8 puntos). Esta evaluación refleja el grado de adaptación del adulto mayor

ANEXO 4

Cuestionario de Barber identificación de situaciones de fragilidad.

Se utiliza para la identificación de situaciones de dependencia y fragilidad del paciente: detección de riesgo psicosocial que hace al paciente más vulnerable ante problemas de salud.

1. ¿Vive solo?	Si	No
2. ¿Se encuentra sin nadie a quien acudir si necesita ayuda?	Si	No
3. ¿Hay más de dos días a la semana que no come caliente?	Si	No
4. ¿Necesita de alguien que lo ayude a menudo?	Si	No
5. ¿Le impide su salud salir a la calle?	Si	No
6. ¿Tiene con frecuencia problemas de salud que le impidan valerse por sí mismo?	Si	No
7. ¿Tiene dificultades con la vista para realizar sus labores habituales?	Si	No
8. ¿Le supone mucha dificultad la conversación porque oye mal?	Si	No
9. ¿Ha estado ingresado en el hospital en el último año?		

Sólo una respuesta afirmativa sugiere la posibilidad de encontrarse ante un anciano de "alto riesgo".

ANEXO 5

Test de Yesevage

Existen 2 versiones, una completa de 30 ítems y una abreviada de 15 ítems. La versión abreviada de 15 ítems.

1- En general ¿Está satisfecho 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/a?	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?	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?	SI=0	NO=1
12- ¿Actualmente se siente un/a inútil?	SI=1	NO=0
13- ¿Se siente lleno/a de energía?	SI=1	NO=0
14- ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SI=0	NO=1
15- ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted	SI=1	NO=0
Puntuación total:		

En la versión breve se considera un resultado normal los valores de 0 a 5 puntos.

Valores entre 6 y 9 son sugestivos de probable depresión y valores de 10 o más de depresión establecida. Las sensibilidades y especificidades son muy altas para ambos puntos de corte.

Estratificación:

Normal = 0 – 5 puntos.

Probable depresión = 6 – 9 puntos.

Depresión establecida = > 9 puntos

