

LA SOLEDAD EN PACIENTES HOSPITALIZADOS Y EN PERSONAS MAYORES EN RESIDENCIAS EN EL ÁREA DE SALUD DE TUDELA



Lucía Vitas Cornago
Nerea Aznárez Ochoa
Sandra López Pino

2020/2022
IES Valle del Ebro
Bachillerato i+

Profesora coordinadora: Natalia Martínez Marzo

Entidad colaboradora: Hospital Reina Sofía de Tudela, en colaboración con Santiago Urmeneta Aguilar (coordinador Trabajo Social en el Hospital Reina Sofía de Tudela)

Resumen

El propósito principal de este estudio es medir el grado de soledad en pacientes hospitalizados y en personas mayores de 65 años en residencias en el Área de Salud de Tudela y darlo a conocer, analizar los factores asociados a la soledad, relacionar la soledad con la depresión y sobretodo, concienciar a las nuevas generaciones sobre la situación de las personas mayores.

En la metodología, se emplearon tres cuestionarios mediante el formato papel: un cuestionario sociodemográfico de elaboración propia, la escala de soledad de UCLA revisada (RULS), que evalúa la soledad en poblaciones diversas a través de sus 20 ítems, y la escala de depresión geriátrica de Yesavage (EDG) en su versión reducida de 15 ítems, para conocer el grado de depresión. Posteriormente se realizó un análisis estadístico de los resultados.

Los resultados del sociodemográfico mostraron que predomina la participación de mujeres frente a hombres en actividades sociales y que, en general, no se sienten una carga para sus familiares. A través de la escala de RULS se midió el estado de ánimo y se encontró una diferencia en la media de soledad entre los que se sienten animados (50,720) y los que se sienten desganados (53,333). Finalmente, el cuestionario de Yesavage confirmó que las personas que sienten más soledad padecen más depresión.

Como conclusión, la presente investigación ha aportado información sobre la situación de soledad de las personas mayores de 65 años en el AST. Se espera, que en un futuro este y otros estudios sirvan para mejorar las situación de aquellas personas que perciban el sentimiento de soledad.

PALABRAS CLAVE

Soledad; depresión; soledad social; soledad subjetiva; estado de ánimo.

Abstract

The main purpose of this study is to measure the degree of loneliness in hospitalized patients and in people over 65 years of age in residences in the Health Service of Tudela and make it known, analyze the factors associated with loneliness, relate loneliness with depression and above all, raise awareness among new generations about the situation of elderly people.

In the methodology, three questionnaires were used using paper format: a self-elaborated sociodemographic questionnaire, the revised UCLA loneliness scale (RULS), which assesses loneliness in diverse populations through its 20 items and the Yesavage Geriatric Depression Scale (EDG) in its reduced version of 15 items, to determine the degree of depression. Afterwards, a statistical analysis of the results was carried out.

Results of the sociodemographic questionnaire showed that women participate more in social activities than men and people interviewed do not usually feel a burden for their relatives. Mood was measured using RULS scale and a difference in the mean of loneliness was found, between those who feel encouraged (50,720) and those who feel apathetic (53,333). Finally, the Yesavage questionnaire confirmed that people who feel more loneliness suffer from more depression.

In conclusion, this research has provided information about loneliness in people over 65 years of age. In the future, this study is expected to improve the situation of those people who perceive the feeling of loneliness.

KEYWORDS

Loneliness; depression; social loneliness; subjective loneliness; mood/state of mind.

Índice

1. Justificación	3
2. Objeto de estudio	3
3. Antecedentes	3
3.1. Definiciones operacionales	3
3.2. Estado de la cuestión	5
3.3. Contextualización	5
4. Objetivos e hipótesis	7
4.1. Objetivos	7
4.2. Hipótesis	7
5. Metodología	8
5.1. Diseño	8
5.2. Estrategia de intervención	8
5.3. Participantes	9
5.4. Instrumentos	10
5.5. Variables	10
5.6. Análisis estadístico	10
5.7. Cuestiones éticas	11
6. Resultados	11
7. Análisis y discusión	18
8. Limitaciones	19
9. Perspectivas futuras	20
9.1. Plan de divulgación	20
10. Conclusiones	21
11. Agradecimientos	22
12. Bibliografía	22
ANEXOS	25
Anexo 1. Consentimiento informado	25
Anexo 2. Cuestionario sociodemográfico para residencias	26
Anexo 3. Cuestionario sociodemográfico para hospitales	28
Anexo 4. Escala de soledad de UCLA (mínimo 1, máximo 4)	30
Anexo 5. Test de depresión geriátrica de Yesavage	32
Anexo 6. Test mental abreviado de Hodgkinson (AMTS)	33
Anexo 7. Plan de divulgación	33

1. Justificación

“La soledad se relaciona negativamente con la salud mental, aunque la dirección de la causalidad es difícil de determinar” (Heinrich., Gullone., 2006). La soledad es una experiencia inevitable para toda persona, ya que todos la hemos sentido alguna vez, especialmente durante el periodo de aislamiento de marzo de 2020.

El propósito principal de esta investigación es informar y dar a conocer los resultados tras un estudio sobre cómo afecta la soledad a los pacientes hospitalizados y a personas mayores de 65 años que viven en centros residenciales de mayores en el Área de Salud de Tudela (AST). Por otra parte, pretende reflejar la situación en la que viven diariamente nuestros mayores y el trato que reciben en estos centros.

A nivel personal, nos despierta un sentimiento afectivo por las personas mayores y nos motiva a dar a conocer la situación actual en el AST para mejorar la calidad de vida de los mismos. Además, nos resulta muy atractivo ya que es un tema que sí ha sido investigado, pero no del mismo modo, ni en el mismo lugar. Por ejemplo, ya existe un artículo que narra la investigación sobre el estado de ánimo caracterizado por soledad y tristeza relacionado con las personas mayores (Jürschik, et al., 2013), sin embargo, no existe una investigación sobre la soledad en pacientes hospitalizados y personas mayores en residencias en la zona de Tudela, Navarra.

El presente estudio centra su metodología en el uso de instrumentos existentes ya validados (cuestionario de la escala de medida de UCLA) y se ha elaborado un cuestionario sociodemográfico propio para una correcta recogida de datos y su posterior análisis.

Para la elaboración del proyecto hemos contado con la ayuda del Coordinador de Trabajo Social del Área de Salud de Tudela, Santiago Urmeneta Aguilar.

En conclusión, se pretende dar a conocer los resultados de un estudio sobre la soledad en personas mayores de 65 años y concienciar, en concreto a adolescentes y personas adultas y hacerles ver que en un futuro, ellos se encontrarán en esa situación y les gustará hallarse en mejores condiciones. Como respuesta, se espera que se muestren receptivos y empáticos de cara a intentar mejorar el estado de las personas mayores.

2. Objeto de estudio

El presente trabajo da a conocer los resultados sobre cómo afecta la soledad a los pacientes hospitalizados y a las personas mayores de 65 años que se encuentran en las residencias de Cascante (Hogar Nuestra Señora del Rosario), Fustiñana (San Francisco Javier) y Tudela (Real Casa de Misericordia) en el área de salud de Tudela, en la provincia de Navarra, tras haber realizado un estudio utilizando diferentes variables mediante un cuestionario.

Se asume el enfoque predominante en la bibliografía que describe la soledad como un fenómeno multifactorial, variable, percibido y subjetivo, ya que depende de muchos factores de nuestro día a día, no es constante y cada persona lo percibe de una manera y por motivos diferentes. Estudios prospectivos han relacionado la soledad con impactos sobre la salud física y mental, que permiten delinear las variables que se han tenido en cuenta para este trabajo: la soledad es precursora y factor de riesgo para desarrollar síntomas depresivos entre las personas mayores (Cacioppo et al., 2010), sobre la cognición y su deterioro (Wilson et al., 2007), para el ingreso en residencias y necesidad de atención sanitaria por la pérdida de independencia funcional principalmente (Richard et al., 2017), problemas cardiovasculares (Hawkey et al., 2003), incremento en la morbilidad y la mortalidad (Tilvis et al., 2011; Luo et al., 2012; Luo., Waite., 2014).

3. Antecedentes

3.1. Definiciones operacionales

Soledad. Se define, de modo general y de consenso, como la insatisfacción con el número y la calidad de las relaciones sociales (OMS., 2015). La soledad se puede comprender bajo un enfoque afectivo, cognitivo, relacional y clínico. En este sentido, la bibliografía especializada diferencia entre conceptos como la sensación (emoción) de soledad, del estado objetivo de

soledad, estar solo o el aislamiento social. Por tanto, la soledad se concibe como un fenómeno multidimensional que difiere en su intensidad, circunstancias y causas. A pesar de ello, se ha asumido una tipología, perfilada por Weiss (1973) que, aunque criticada y revisada, con todas sus pegadas y excepciones, sigue siendo operativa: la soledad emocional y la soledad social (sin ser excluyentes una de la otra) (Heinrich., Gullone., 2006). En cualquier caso, se trataría de una experiencia subjetiva: la soledad está más relacionada con la calidad percibida que con la cantidad de relaciones sociales (Pinquart., Sörensen., 2003). Tampoco se pone en duda que la soledad y el aislamiento social tienen un efecto significativo en la salud física y mental de los adultos mayores (OMS., 2015).

Envejecimiento. Es un fenómeno presente a lo largo del ciclo vital desde el mismo proceso de la concepción hasta la muerte. (Alvarado., Salazar., 2014). Uno de los efectos de este proceso de envejecimiento puede ser la reducción de los contactos sociales y, por tanto, la aparición de la soledad (percibida y/o objetiva) (Dahlberg et al., 2015; Pikhartova et al., 2016).

Depresión. Es la exageración persistente de los sentimientos habituales de tristeza. Es una enfermedad grave, de varias semanas o meses de duración y que afecta tanto al cuerpo como a la mente. Afecta a la forma en que una persona come y duerme. Afecta a cómo uno se valora a sí mismo (autoestima) y a la forma en que uno piensa (San Molina., 2010).

Ansiedad. En la actualidad, la angustia se utiliza como sinónimo de ansiedad, ya que se considera a ambos como estados psicológicos displacenteros acompañados de síntomas fisiológicos de manera frecuente, describiéndose como expectación penosa o desasosiego ante un peligro impreciso (Richards., 1995).

Desarrollo socioemocional. Hace referencia al conjunto de evoluciones personales que permiten a las personas poder entender y regular sus propias emociones, sentir y mostrar empatía por los demás, establecer y desarrollar relaciones positivas, tomar decisiones asertivas y responsables así como definir y alcanzar metas personales (Luna., 2018).

Personas mayores. La OMS considera como adulto mayor a todas las personas que superan los 60 años de edad (OMS).

Enfermedad crónica. Se consideran enfermedades crónicas a todas aquellas para las que no se conoce una solución definitiva y cuya terapia consiste en tratamientos paliativos para mantener a la persona en un estado funcional, mediante el constante consumo de fármacos (Durán et al., 2010).

Salud. La salud es la condición de todo ser vivo que goza de un absoluto bienestar tanto a nivel físico como a nivel mental y social. Es decir, el concepto de salud no sólo da cuenta de la no aparición de enfermedades o afecciones sino que va más allá de eso (OMS).

Salud mental. La OMS ha definido la salud mental como el estado de bienestar que permite a cada individuo realizar su potencial, enfrentarse a las dificultades usuales de la vida, trabajar productiva y fructíferamente y contribuir con su comunidad (Rondón., 2015).

Soledad emocional o percibida. La soledad emocional remite a la falta de relaciones de intimidad, ya sean de amor romántico, paternal o filial, o a no tener una persona cercana que sirva de apoyo afectivo. Responde a la necesidad de apego o de relaciones íntimas (Zubieta et al., 2011).

Soledad social u objetiva. Hace alusión a la falta de compañía, es decir, de una red de relaciones sociales, que no necesariamente tiene que ser negativo, sino que puede ser algo buscado intencionadamente. (Rubio et al., 2009).

3.2. Estado de la cuestión

En los últimos años el proceso de envejecimiento de las sociedades desarrolladas ha llevado a un incremento de las investigaciones relacionadas con la salud y sobre las consecuencias sociales y económicas derivadas. A pesar de que la soledad ha sido un tema estudiado desde hace décadas, los resultados no han producido un volumen amplio de instrumentos de evaluación (Buz., Adánez., 2013). Una de las más usuales es la Escala de Soledad de De Jong Gierveld, diseñada en 1985 y validada al castellano, aunque la más frecuentemente utilizada en la bibliografía es la Revised UCLA Loneliness Scale (Russell et al., 1980).

Los estudios han abarcado diferentes componentes de esta cuestión, aunque comparten un mismo enfoque, el de analizar el estado y la soledad en las personas mayores. Cuando se produce una valoración positiva sobre la capacidad de las personas mayores para realizar actividades de la vida diaria y sus factores condicionantes, se habla de un envejecimiento positivo, exitoso, activo o saludable, el cual permite en cierto modo el bienestar en la vejez (OMS, 2015; WHO Clinical Consortium on Healthy Ageing, 2017). La primera vez que la OMS planteó el envejecimiento activo fue en 2002 mediante el documento “Envejecimiento activo: un marco político”, en el que se definía como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen” (OMS, 2002, p. 12).

Estos nuevos enfoques sobre el envejecimiento también han abarcado aspectos psicológicos y emocionales del mismo y, en relación con la asistencia, nace este elemento de la soledad. Este sentimiento se considera parte mayoritaria de los síntomas emocionales que cursa la depresión en las personas mayores, junto a la tristeza. Con todo, el bienestar psicológico se concibe como un factor pronóstico relacionado con el estado de salud y la longevidad funcional (Jürschik et al., 2013). Este riesgo a padecer soledad se incrementa entre personas ingresadas en residencias de ancianos (Banks et al., 2007), a pesar de permitir relacionarse con personas de la misma generación y mantener una potencial red social con ellos.

Otro vértice interesante de este riesgo derivado de padecer soledad influye indirectamente con el estado de ánimo, el cual afecta en la disminución de la capacidad de realizar actividades cotidianas. Ello conduce a una pérdida en la capacidad funcional, generando una mayor carga asistencial (Richard et al., 2017).

Los estudios sobre la soledad han avanzado desde los años de 1980 para dar a conocer sus causas, manifestaciones y consecuencias diversas. Desde hace por lo menos dos décadas evaluar el estado de ánimo de los ancianos se considera parte de una Valoración Geriátrica Integral (VGI), aunque se enfoque a la detección de la depresión y la ansiedad, por ser las dos manifestaciones prevalentes (Iraizoz., 1999). Pese a la demostrada eficacia de la VGI y el desarrollo de los componentes e instrumentos que forman parte de la misma, no se observa un consenso ni un uso frecuente de cuestionarios que permitan evaluar la soledad en el anciano (Pilotto et al., 2017).

3.3. Contextualización

Se ha trabajado desde dos escenarios diferenciados, que son el AST y la red de centros residenciales de la Ribera de Navarra:

- El AST integra siete zonas básicas de salud: Tudela Este, Tudela Oeste, Cascante, Corella, Cintruénigo, Valtierra, Cadreita y Buñuel. La población total en esta Área de Salud mayor de 65 años, según los últimos datos disponibles (Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea, 2019), se compone de 8.334 hombres y 10.277 mujeres.
- Por otra parte, los centros residenciales que se ubican en la zona del AST están en las localidades de: Buñuel, Cascante, Castejón, Cintruénigo, Corella, Cortes, Fitero, Fustiñana, Tudela, Valtierra y Villafranca.

A continuación, se muestra una tabla en la que se halla la distribución del número de plazas disponibles en las residencias del AST.

Tabla 1. Distribución del número de plazas disponibles en las residencias del AST (2020)

Residencia	Municipio	Número de plazas
Residencia de ancianos San Gregorio	Buñuel	46
Hogar Nuestra Señora del Rosario	Cascante	88
Residencia Solidaridad	Castejón	34
Patronato Municipal San Francisco de Asís	Cintruénigo	85
Residencia Hogar de San José	Corella	57
Fundación Carmen Bellido - Residencia de ancianos	Cortes	49
Residencia San Raimundo	Fitero	43
Residencia San Francisco Javier	Fustiñana	34
Real Casa Misericordia	Tudela	180
Residencia Nuestra Señora de Gracia	Tudela	85
Residencia Torre de Monreal	Tudela	97
Residencia de ancianos San José	Valtierra	75
Residencia de ancianos Virgen del Portal	Villafranca	52

Fuente. Elaboración propia a partir de:

Datos proporcionados por el CSIC (Centro Superior de Investigaciones Científicas), a septiembre de 2020.

Seguidamente, se desglosa una tabla con la población total, dividida en hombres y mujeres de los 22 municipios que forman el Área de Salud de Tudela. Además, se incluye la población mayor de 65 años de cada municipio dividida en total, hombres y mujeres y la población mayor de 65 años que vive sola siguiendo el mismo patrón.

Tabla 2. Distribución de población que vive sola por sexo y grupo de edad respecto al total en los municipios del AST (2019-2020).

Municipio	Población total			Población ≥65 años			Población ≥65 años que vive sola		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
ABLITAS	2.494	1.271	1.223	553	249	304	34	14	20
ARGUEDAS	2.284	1.174	1.110	524	232	292	132	46	86
BARILLAS	234	128	106	51	29	22	22	13	9
BUÑUEL	2.211	1.081	1.130	531	227	304	120	41	79
CABANILLAS	1.365	720	645	332	145	187	71	22	49
CADREITA	2.038	1.056	982	421	189	232	98	32	66
CASCANTE	3.947	1.958	1.989	871	386	485	86	32	54
CASTEJÓN	4.270	2.158	2.112	756	320	436	168	50	118
CINTRUÉNIGO	8.006	4.108	3.898	1.374	639	735	293	90	203
CORELLA	8.111	4.094	4.017	1.467	680	787	349	111	238
CORTES	3.180	1.625	1.555	690	317	373	171	63	108

FITERO	2.055	1.030	1.025	551	243	308	49	11	38
FONTELLAS	999	500	499	161	74	87	31	10	21
FUSTIÑANA	2.492	1.246	1.246	586	285	301	37	13	24
MILAGRO	3.454	1.791	1.663	626	274	352	137	44	93
MONTEAGUDO	1.165	609	556	328	143	185	63	27	36
MURCHANTE	4.142	2.094	2.048	703	313	390	143	38	105
RIBAFORADA	3.738	1.956	1.782	699	314	385	159	51	108
TUDELA	37.079	18.348	18.731	6.457	2.803	3.654	1.504	411	1.093
TULEBRAS	137	62	75	29	7	22	5	1	4
VALTIERRA	2.451	1.237	1.214	616	262	354	129	45	84
VILLAFRANCA	2.887	1.458	1.429	577	254	323	155	53	102

Fuente. Elaboración propia a partir de:

Datos del Padrón Continuo a 1 de enero de 2019 por municipio, sexo y grupos quinquenales de edad (INE).

Datos proporcionados por Nastat, basados en Sistema Integrado de Población a 1 de enero de 2020.

En 2017, el Gobierno de Navarra aprobó un plan llamado “Estrategia de Envejecimiento Activo y Saludable de Navarra 2017-2022”. El objetivo de esta estrategia es promover que el envejecimiento se produzca con la máxima capacidad funcional y con la mejor calidad de vida, posponiendo las situaciones de dependencia durante el mayor tiempo posible (Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra, 2017).

En 2018 el Observatorio de Salud Comunitaria de Navarra (OSCN), con la colaboración del Instituto de Estadística de Navarra (NASTAT), presentó un informe con los datos del Índice de Envejecimiento Activo para Navarra (OSCN., 2018). El Índice de Envejecimiento Activo (IEA) global para Navarra es de 36,8 puntos, lo que la coloca entre la sexta y séptima posición en el ranking de países de la Unión Europea (UE 28), por encima de la media europea (33,9 puntos) y española (32,6 puntos). Suecia, que es el país con mayor puntuación, registra una IEA global de 44,9 puntos. El IEA de Navarra es tres puntos más alto en hombres con respecto a las mujeres, en línea con las diferencias detectadas a nivel europeo, que es de 3,8 puntos.

4. Objetivos e hipótesis

4.1. Objetivos

Los objetivos a conseguir en esta investigación son los siguientes:

- O.1. Dar a conocer los resultados obtenidos en el estudio de la soledad en pacientes mayores de 65 años hospitalizados y en residencias en el AST.
- O.2. Analizar los factores asociados a la soledad en personas mayores en residencia.
- O.3. Medir el grado de soledad en una muestra del AST tanto en residencias como en hospitales.
- O.4. Establecer una comparación entre los resultados obtenidos en las residencias y en el hospital.
- O.5. Relacionar la soledad con la depresión de los pacientes mediante la escala de depresión geriátrica de Yesavage.
- O.6. Concienciar a generaciones venideras de la situación en la que se encuentran nuestros mayores y darles la importancia merecida que tienen tras haber luchado por conseguir unas condiciones de las que gozamos la población de hoy en día.

4.2. Hipótesis

Las hipótesis que se proponen en este estudio, en relación con los objetivos planteados, son las siguientes:

- H.1. Como previsiones generales, se valora que entre el 40 y el 60% de pacientes hospitalizados y de personas mayores de 65 años en residencias del AST perciben el

sentimiento de soledad, basándonos en el estudio realizado por Jürschik, P., Botigué, T., Nuin, C., & Lavedán, A. (O.1.)

- H.2. Entre este grupo, también se adopta que serán las mujeres las más afectadas. Esto se cree ya que tal y como se refleja en la tabla 2, en la gran mayoría de los pueblos del AST casi más del doble de mujeres mayores de 65 años en comparación con los hombres, viven solas, y su esperanza de vida es mayor. (O.1.)

Además, basándonos en el estudio realizado por Jürschik et al., otras hipótesis planteadas son las siguientes:

- H.3. “Las mujeres, los que viven solos, los de bajo nivel educativo y los que tienen pocos amigos, presentan peor estado de ánimo” (Jürschik et al., 2013). Por esto, se cree que quienes hayan recibido peor educación académica y quienes menos participan en actividades sociales o de ocio padecerán este sentimiento. (O. 2.) (O.3.)
- H.4. “En cuanto a antecedentes patológicos, los individuos con deterioro cognitivo, enfermedades de corazón, derrame cerebral, desnutrición y aquellos que declararon peor estado de salud, tenían más posibilidad de experimentar un peor estado de ánimo” (Jürschik et al., 2013). De acuerdo a la cita, se prevé que las personas de mayor edad, quienes hayan tenido peores condiciones laborales y quienes hayan padecido o padezcan alguna enfermedad como la depresión, serán más propensos a padecer soledad. (O.3.) (O.5.)
- H.5. “Pacientes del centro de larga estancia y del servicio de medicina interna del hospital de agudos fueron los que presentaron peor estado de ánimo” (Jürschik et al., 2013). Teniendo en cuenta la cita anterior, se espera que sufrirán de soledad quienes tengan sentimiento de carga social y aquellos que lleven más tiempo ingresados o residiendo. Es por ello que, en relación al objetivo 4, se cree que los pacientes de las residencias padecerán mayor sentimiento de soledad. (O.2.) (O.4.)

5. Metodología

5.1. Diseño

Se trata de un estudio descriptivo de tipo transversal y retrospectivo para conocer la situación de soledad en pacientes hospitalizados y personas mayores en las residencias de la zona de la Ribera y en el AST en una muestra formada por personas mayores de 65 años llevada a cabo entre abril y agosto de 2021.

5.2. Estrategia de intervención

El primer paso a dar fue la realización del cuestionario sociodemográfico y la selección de cuestionarios validados más acordes al tema en cuestión. Consta de un cuestionario diferente para las personas residentes y para las personas hospitalizadas. En ambos se realizó el cuestionario sociodemográfico de elaboración propia de 17 y 16 ítems (aunque cambiando ciertas variables como por ejemplo el tiempo y el motivo de su estancia) y el de UCLA con 20 ítems, que se encuentran en el anexo 2 y 3 respectivamente. Además, para la residencia se añadieron la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage de 15 ítems (anexo 4) y la prueba mental abreviada de Hodgkinson (AMTS) en caso de haber observado que el paciente entrevistado mostrara algún déficit cognitivo que impidiera la coherente respuesta a las preguntas del test. En caso de no cumplirlo, quedará excluido del muestreo.

A continuación, en el caso del hospital, se contactó y se mantuvo la comunicación con el profesional de la entidad colaboradora Santiago Urmeneta Aguilar, coordinador de Trabajo Social del Área de Salud de Tudela, quien ayudó a decidir el lugar y la fecha de ejecución de los cuestionarios, además de establecer las condiciones necesarias frente a la *COVID-19*.

El siguiente paso trató de determinar la muestra con la que se iba a trabajar y pasar los cuestionarios en formato de papel. El escenario del hospital es más variante e incierto, debido a la entrada y salida de los pacientes, y por lo tanto no se pudo establecer una muestra concreta. Por

ese motivo, se intentó que fuera de un mínimo de 30 participantes hospitalizados. Se realizó en la tercera planta del hospital, dedicada a Medicina Interna y especialidades, y en la segunda planta donde se halla Traumatología. Está centrado en estos servicios médicos debido a que los pacientes allí ingresados cumplen con los criterios de inclusión. Se hizo lo posible para que el muestreo fuera coherente con los datos obtenidos a través del Padrón, intentando que se aproximara al 50% de cada género.

En cuanto a las residencias, los escenarios de actuación dependieron de las indicaciones y condiciones establecidas por los distintos centros. En la residencia de Cascante fue obligatorio el uso de mascarilla en todo momento, y los cuestionarios fueron pasados en una sala con continua ventilación y con distancia de seguridad con los residentes, que fueron pasando de uno en uno. A dicha residencia se acudió dos días distintos para entrevistar a 13 participantes, para lo que se invirtieron un total de seis horas. Por otra parte, en la residencia de Tudela, donde también fue obligatorio el uso de mascarilla, todos los participantes se encontraban en una misma sala, al igual que en la de Fustiñana. En la primera se pasaron 13 cuestionarios en dos días distintos, con una duración total de cuatro horas, y en la segunda; 12 cuestionarios en tres horas y media en dos días. En la residencia de Fustiñana fue necesario, aparte del uso de mascarilla, guantes, bata sanitaria y calzas para los pies.

Se necesitaron informantes, y no fue necesario aplicar los instrumentos en un determinado momento del día. Los residentes recibieron los cuestionarios, y los que eran capaces de leer y escribir lo completaron por su cuenta, y los que no, recibieron ayuda. En caso de dificultades materiales, la entrevista fue administrada por estos autores y las respuestas se marcaron en el cuestionario.

El periodo de recogida de datos fue entre abril y agosto de 2021 y se realizó en el hospital Reina Sofía de Tudela, Navarra, y en las residencias de Cascante, Fustiñana y Tudela. Para realizar la recogida de datos, se hizo de manera anónima en la propia habitación del paciente siendo el hospital, y en el lugar y condiciones que determinó cada centro residencial.

El último paso consistió en el análisis estadístico de los datos obtenidos mediante el programa IBM SPSS en su versión 25.0 y la obtención de conclusiones. Una vez consolidado el estudio, se planteó ofrecer charlas de divulgación en el IES Valle del Ebro y en Ayuntamientos de las localidades de la zona para dar a conocer el sentimiento de soledad de nuestros mayores.

Nota: Ante la situación de pandemia por la Covid19, se deben tener en cuenta las situaciones excepcionales en cuanto a la accesibilidad y contacto con pacientes y residentes, con seguridad y cumpliendo con todas las medidas y protocolos tanto en el Hospital como en los centros residenciales.

5.3. Participantes

Los criterios de inclusión para participar en el estudio son:

- Sexo: femenino y masculino.
- Edad: 65 y más.
- Nacionalidad: no afecta.
- Lugar de residencia: Área Salud Tudela, Navarra.
- Tiempo en la residencia: mínimo 1 mes.
- Tener una enfermedad / O que padecer una concreta sea algo excluyente: No importa.
- Estar hospitalizado o ingresado en una residencia de ancianos.
- Capaz de tomar decisiones.
- Puntuación de 7 o más según la puntuación de la prueba mental abreviada de Hodgkinson (AMTS). El test será realizado en caso de duda en cuanto a las capacidades cognitivas de los residentes, ya que se entiende que han sido previamente seleccionados.
- Firmar el consentimiento informado.

Mientras que los criterios de exclusión que se han establecido son:

- Personas que no cumplan los criterios de inclusión o declinen participar en el proyecto.

5.4. Instrumentos

Los instrumentos utilizados para evaluar la soledad y depresión son:

Cuestionario sociodemográfico: Se trata de un cuestionario de elaboración propia para medir la soledad social u objetiva, que incluye los siguientes ítems: Edad, sexo, nivel de estudios, padecer enfermedades, actividad física, visitas al centro de salud, participación en actividades sociales, acudir a misa, tener familia, tener amigos, cantidad de visitas a la residencia, trato del personal de la residencia, motivo por el cual está residiendo, tiempo en la residencia, tiempo ingresado en el hospital, estado de ánimo, sentimiento de carga para los familiares.

Escala de soledad UCLA revisada. (Morejón., García-Bóveda., 1994). RULS. Fiabilidad y validez de una versión española. Revista de Psicología de la Salud, 6(1), 45-54. Se trata de una escala de 20 ítems diseñada para evaluar la soledad emocional o percibida en poblaciones diversas. Según la frecuencia con que se experimenten las vivencias descritas en cada uno de los ítems se contesta en una escala de 1 a 4 (correspondiente a frecuentemente, algunas veces, raras veces y nunca, respectivamente). Tras invertir la puntuación en los ítems 1, 5, 6, 9, 10, 15, 16, 19 y 20, se suman las puntuaciones correspondientes a los 20 ítems, obteniendo una puntuación total de aislamiento. El rango de puntuaciones va de 20 a 80, correspondiendo una mayor puntuación con un mayor grado de soledad.

Depresión. Escala de Depresión Geriátrica (EDG) de Yesavage, versión reducida de 15 ítems (Yesavage et al., 1982). Se valora de esta forma: 0-5: Normal; 6-9: Depresión leve; >10: Depresión establecida.

Prueba mental abreviada de Hodgkinson (AMTS). Tiene 10 ítems. Se formulan las siguientes preguntas: edad, hora aproximada, dirección para recordar al final del test, año, nombre del hospital, reconocer dos personas, fecha de nacimiento, año de comienzo de la Guerra Civil Española, nombre del Rey y contar hacia atrás de 20 a 1. Cada pregunta respondida correctamente puntúa un punto. Una puntuación de 7-8 o menos sugiere deterioro cognitivo en el momento de la prueba.

5.5. Variables

Las variables independientes categóricas (que determinan la variable dependiente) de escala nominal son el sexo, la educación, las condiciones de vivienda, la salud autoevaluada, la actividad física, las visitas al centro de salud, la duración de la hospitalización, la participación social, la frecuencia en compras, trato del personal sanitario, motivo por el cual están en la residencia, su estado de ánimo y cantidad de visitas recibidas a la semana.

Las variables independientes dicotómicas son: padecer o haber padecido alguna enfermedad, creencias religiosas, sentimiento de carga social, depresión y tener familia y amigos.

Como el objetivo principal es medir la soledad, la variable dependiente (la que representa el resultado cuya variación se está estudiando) es esta misma, la soledad, que es numérica y nominal (el paciente debe definir su soledad en función de cómo se sienta). La variable independiente numérica de escala es la edad. Dichas variables miden la soledad en RULS.

Por otra parte, para medir el grado de depresión mediante el cuestionario de Yesavage, la variable dependiente es la depresión, que es numérica y nominal.

5.6. Análisis estadístico

Para el tratamiento estadístico de los datos recogidos se ha utilizado el programa IBM SPSS en su versión 25.0. Las variables se han resumido mediante parámetros estadísticos descriptivos: frecuencias absolutas y relativas, tendencia central y dispersión. Se han buscado asociaciones entre las variables analizadas mediante pruebas deductivas que, al no cumplirse el criterio de normalidad, fueron no paramétricas (chi-cuadrado y la U de Mann-Whitney, correlaciones de Spearman, comparación de medias para muestras independientes). Además, para comprobar la relación entre depresión y soledad, se utilizaron las pruebas de ANOVA y

modelos de regresión lineal. Para todas las pruebas se adoptará un nivel de significación estadística de 0,05 bilateral.

5.7. Cuestiones éticas

Para obtener datos de las residencias de personas mayores ha sido necesario haber obtenido previamente la aprobación de la dirección de la institución. Además, los participantes han debido aceptar su colaboración mediante la firma del consentimiento informado.

Para éste, se ha tenido en cuenta la Ley Orgánica, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y el artículo 26 de la Declaración de Helsinki.

6. Resultados

Tras la realización de los cuestionarios en las distintas residencias del AST, se obtuvo una muestra definitiva de 38 participantes. De ellos, 15 fueron hombres (39,47%) y el resto, 23, mujeres (60,53%). 16 de ellos residían en Tudela (42,11%), 10 en Fustiñana (26,32%) y 12 en Cascante (31,58%). La gran mayoría de ellos recibieron educación hasta la enseñanza obligatoria, 32, (84,21%), siendo 20 mujeres (52,63%) y 12 hombres (31,58%). Sólo un hombre (2,63%) y una mujer (2,63%), recibieron estudios intermedios. Tanto dos hombres (5,26%) como dos mujeres (5,26%) realizaron estudios superiores. El número de años de media que llevan residiendo los participantes es de 3,72 años ($DT= 42,84; \pm 14,09$). Este número en hombres asciende hasta 5,23 años de media ($DT= 54,18; \pm 30,01$) y en mujeres, desciende hasta 2,73 años ($DT= 29,07; \pm 12,57$).

Los resultados del test sociodemográfico se recogen en la tabla 3 que se muestra a continuación. Entre ellos, se destaca la salud de los participantes, 21 de ellos no padecen enfermedades actualmente agudas (55,26%), correspondiendo a 7 hombres (18,42%) y 14 mujeres (36,84%). 13 afirmaron padecer enfermedades en ese momento, 6 hombres (15,79%) y 7 mujeres (18,42%). Por otra parte, dos hombres (5,26%) y dos mujeres (5,26%) confirmaron haber padecido recientemente alguna enfermedad en estado agudo y se observa en la pregunta de salud autoevaluada que 25 participantes calificaron su salud entre buena y excelente y 13 personas (34,21%) la calificaron como justa o pobre, un porcentaje parecido al de las personas que realizan actividad física alguna vez cada mucho tiempo o nunca (39,48%). 23 personas realizan actividad física una vez o más por semana (60,53%). Solo una mujer visita con frecuencia el centro de salud. Por último, la mayoría de los participantes (25) se sienten animados (65,79%), siendo un 42,11% las mujeres y un 23,68% los hombres. Sin embargo, 6 participantes (15,79%) se sienten desganados, siendo el doble hombres que mujeres. Por otra parte, 7 de ellos no se identifican con ninguna de las dos opciones.

Tabla 3. Resultados del cuestionario sociodemográfico. Variables relacionadas con la soledad social I.

		Sexo			
		Hombre		Mujer	
		Recuento	% de N tablas	Recuento	% de N tablas
Padece enfermedades	No padece	7	18,42%	14	36,84%
	Padece	6	15,79%	7	18,42%
	Ha padecido recientemente	2	5,26%	2	5,26%

Salud autoevaluada	Excelente	3	7,89%	2	5,26%
	Muy bien	2	5,26%	2	5,26%
	Buena	5	13,16%	11	28,95%
	Justa	3	7,89%	5	13,16%
	Pobre	2	5,26%	3	7,89%
Actividad física	Una vez o más por semana	8	21,05%	15	39,47%
	Alguna cada mucho tiempo	2	5,26%	2	5,26%
	Nunca	5	13,16%	6	15,79%
Visitas al centro de salud	Poca frecuencia	15	39,47%	22	57,89%
	Mucha frecuencia	0	0,00%	1	2,63%
Estado de ánimo	Me siento animado/a	9	23,68%	16	42,11%
	Me siento desganado/a	4	10,53%	2	5,26%
	Ni animado/a ni desganado/a	2	5,26%	5	13,16%
Tiempo residiendo	1 año o menos	3	21,43%	9	39,13%
	Entre 1 y 2 años	1	7,14%	4	17,39%
	Entre 3 y 5 años	4	28,57%	7	30,43%
	Entre 6 y 10 años	5	35,71%	2	8,70%
	Más de 10 años	1	7,14%	1	7,14%

Fuente. Elaboración propia.

Teniendo en cuenta los ítems que están relacionados con la evaluación de la soledad social u objetiva (tabla 4), el 44,73% de los residentes participan con mucha frecuencia en actividades sociales, siendo la gran mayoría mujeres (36,84%) frente al (7,89%) de hombres. Todas las mujeres excepto una acuden a misa (57,89%) pero solo 9 de 15 hombres, (23,68%) lo hacen. La gran mayoría, el 92,11%, tiene familia, y el 84,21% amigos. De todos ellos, el 73,68% no se sienten una carga para estas personas cercanas, y solo una persona (2,63%) sí lo siente. El 34,21% de los participantes reciben visitas una o varias veces a la semana y el 28,95% de ellos un par de veces al mes. Se puede observar que la mayoría de los residentes reciben visitas, ya que también un 21,05% tienen visita todos los días, frente al 15,79% que no tiene nunca. El 100% está satisfecho con el trato personal de la residencia, siendo calificado como muy bueno o bueno. De todos ellos, 26 personas (70,27%) están residiendo a causa de su propia decisión, y el resto (29,73%) lo hacen por decisión de sus familiares.

Tabla 4. Resultados del cuestionario sociodemográfico. Variables relacionadas con la soledad social II.

		Hombres			Mujeres		
		f	% de N columnas	% de N tablas	f	% de N columnas	% de N tablas
Participación en actividades sociales	Con mucha frecuencia	3	20,00%	7,89%	14	60,87%	36,84%
	Con poca frecuencia	12	80,00%	31,58%	9	39,13%	23,68%
Acudir a misa	Sí	9	60,00%	23,68%	22	95,65%	57,89%
	No	6	40,00%	15,79%	1	4,35%	2,63%
Tener familia	Sí	13	86,67%	34,21%	22	95,65%	57,89%
	No	2	13,33%	5,26%	1	4,35%	2,63%
Tener amigos	Sí	12	80,00%	31,58%	20	86,96%	52,63%
	No	3	20,00%	7,89%	3	13,04%	7,89%
Sentirse una carga para familiares o amigos	Sí	0	0,00%	0,00%	1	4,35%	2,63%
	Un poco, a veces	4	26,67%	10,53%	5	21,74%	13,16%
	No	11	73,33%	28,95%	17	73,91%	44,74%
Cantidad de visitas que recibe	Todos los días	2	13,33%	5,26%	6	26,09%	15,79%
	Una o varias veces a la semana	5	33,33%	13,16%	8	34,78%	21,05%
	Un par de veces al mes	4	26,67%	10,53%	7	30,43%	18,42%
	Nunca	4	26,67%	10,53%	2	8,70%	5,26%
Trato personal de los profesionales de la residencia	Muy bueno	9	60,00%	23,68%	12	52,17%	31,58%
	Bueno	6	40,00%	15,79%	11	47,83%	28,95%
	Regular	0	0,00%	0,00%	0	0,00%	0,00%
	Malo	0	0,00%	0,00%	0	0,00%	0,00%
Motivo por el que está institucionalizado	Decisión propia	8	57,14%	21,62%	18	78,26%	48,65%
	De los familiares	6	42,86%	16,22%	5	21,74%	13,51%
Tiempo residiendo	Menos de una semana	0	0,00%	0,00%	0	0,00%	0,00%
	Menos de un mes	1	6,67%	2,63%	1	4,35%	2,63%
	Varios meses	1	6,67%	2,63%	4	17,39%	10,53%
	Un año o más	13	86,67%	34,21%	18	78,26%	47,37%

Fuente. Elaboración propia.

Los resultados en RULS para la medida de la soledad sobre 80 puntos, fueron 51,11 ($DT=5,491; \pm 1,81$) de media para la muestra. Los hombres obtienen un resultado de 51,33 ($DT=7,669; \pm 4,246$) y las mujeres 50,957 ($DT=3,637; \pm 1,573$). Los participantes con estudios superiores han obtenido menor media de puntos en el test (46,750), a diferencia de aquellos que han padecido enfermedades recientemente, cuya media es alta (55,750). Por otra parte, aquellos que más a menudo realizan actividades físicas tienen la media más baja (50,435), por tanto se sienten menos solos que los que no se ejercitan a diario. En cuanto al estado de ánimo, hay una diferencia en la media entre los que se sienten animados (50,720) y los que se sienten desganados (53,333).

Con respecto a la participación en actividades sociales, aquellos que más participan en ellas han obtenido mayor puntuación en el test, con una media de 51,76 ($DT=6,52 \pm 3,56$) a diferencia de los que participan con menos frecuencia, cuya media es 50,57 ($DT=4,59 \pm 2,09$). Aquellas personas que acuden a misa tienen menor media 50,74 ($DT=5,60 \pm 2,06$) que las que no acuden 52,71 ($DT=5,06 \pm 4,68$). Los resultados son similares entre las personas con o sin familia,

con o sin amigos y entre los que están por decisión propia y los enviados por sus familiares. La totalidad de los resultados del test de UCLA se muestra en las tablas 5 y 6, que se exponen a continuación:

Tabla 5. Comparación de resultados entre RULS y Yesavage en relación con las variables del cuestionario sociodemográfico (soledad social I).

		RULS				Yesavage		
		<i>f</i>	<i>Media</i>	<i>DT</i>	\pm	<i>Media</i>	<i>DT</i>	\pm
Sexo	Hombre	15	51,33	7,67	4,25	3,21	3,68	2,13
	Mujer	23	50,96	3,64	1,57	3,74	3,03	1,31
Tiempo residiendo	1 año o menos	12	51,00	3,25	2,06	4,42	2,87	1,82
	Entre 1 y 2 años	5	50,00	3,32	4,12	3,60	3,91	4,86
	Entre 3 y 5 años	11	50,91	4,30	2,89	3,09	3,02	2,03
	Entre 6 y 10 años	7	49,57	5,68	5,26	2,33	3,88	4,08
	Más de 10 años	2	50,00	8,49	76,24	6,00	4,24	38,12
Nivel de estudios	Hasta la enseñanza obligatoria	32	51,59	5,72	2,07	3,87	3,43	1,26
	Estudios intermedios	2	52,00	1,41	12,71	2,50	,71	6,35
	Estudios superiores	4	46,75	2,22	3,53	1,50	1,29	2,05
	Otros	0	-	-	-	-	-	-
Enfermedades	No padece	21	50,67	4,14	1,88	3,35	3,31	1,55
	Padece	13	50,38	4,70	2,84	4,62	3,28	1,98
	Ha padecido recientemente	4	55,75	11,70	18,62	1,00	,82	1,3
Salud autoevaluada	Excelente	5	54,80	10,28	12,77	,80	1,10	1,36
	Muy bien	4	49,25	2,36	3,76	1,00	1,41	2,25
	Buena	16	51,69	3,16	1,68	3,73	3,10	1,72
	Justa	8	48,88	4,22	3,53	4,25	3,37	2,82
	Pobre	5	50,60	8,26	10,26	6,60	3,21	3,98
Actividad física	Una vez o más por semana	23	50,43	6,42	2,78	2,70	2,75	1,19
	Alguna cada mucho tiempo	4	52,50	1,91	3,05	6,00	4,16	6,62
	Nunca	11	52,00	4,12	2,77	4,50	3,54	2,53
Visitas al centro de salud	Poca frecuencia	37	51,00	5,53	1,84	3,56	3,30	1,11
	Mucha frecuencia	1	55,00	.	-	3,00	.	-
Estado de ánimo	Me siento animado/a	25	50,72	5,76	2,38	2,40	2,78	1,15
	Me siento desganado/a	6	53,33	5,68	5,96	8,00	3,16	3,93
	Ni animado/a ni desganado/a	7	50,57	4,50	4,17	4,43	1,72	1,59

Fuente. Elaboración propia.

Tabla 6. Comparación de resultados entre RULS y Yesavage en relación con las variables del cuestionario sociodemográfico (soledad social II).

		RULS				Yesavage		
		<i>f</i>	<i>Media</i>	<i>DT</i>	\pm	<i>Media</i>	<i>DT</i>	\pm
Participación en actividades sociales	Con mucha frecuencia	17	51,76	6,52	3,36	3,82	3,50	1,81
	Con poca frecuencia	21	50,57	4,59	2,09	3,30	3,10	1,45
Acudir a misa	Sí	31	50,74	5,60	2,06	3,10	2,86	1,04
	No	7	52,71	5,06	4,68	5,83	4,45	4,67
Tener familia	Sí	35	51,11	5,31	1,83	3,35	3,18	1,11
	No	3	51,00	8,89	22,08	5,67	4,04	10,04
Tener amigos	Sí	32	51,09	5,18	1,87	2,90	2,83	1,04
	No	6	51,17	7,52	7,89	6,83	3,54	3,72
Sentirse una carga para familiares o amigos	Sí	1	54,00	.	-	10,00	.	-
	Un poco, a veces	9	52,33	2,92	2,24	5,22	3,87	2,97
	No	28	50,61	6,14	2,38	2,74	2,61	1,03
Cantidad de visitas que recibe	Todos los días	8	52,37	8,77	7,33	1,75	1,91	1,6
	Una o varias veces a la semana	13	51,00	3,94	2,38	4,00	2,98	1,9
	Un par de veces al mes	11	50,55	3,80	2,55	4,36	3,56	2,39
	Nunca	6	50,67	6,77	7,1	3,50	4,37	4,59
Trato personal de los profesionales de la residencia	Muy bueno	21	50,43	4,59	2,09	3,40	3,32	1,55
	Bueno	17	51,94	6,49	3,34	3,71	3,27	1,68
	Regular	0	-	-	-	-	-	-
	Malo	0	-	-	-	-	-	-
Motivo por el que está institucionalizado	Decisión propia	26	50,92	6,28	2,54	2,77	2,69	1,08
	Decisión de los familiares	11	51,82	3,37	2,26	5,80	3,77	2,69

Fuente. Elaboración propia.

En cuanto a los resultados de depresión medidos con Yesavage se obtuvo un valor de 3,54 ($DT= 3,25 \pm 1,08$) de media para la muestra. Los hombres obtienen un resultado de 3,21 ($DT= 3,68 \pm 2,12$) y las mujeres 3,74 ($DT= 3,03 \pm 1,31$).

Los resultados de depresión entre hombres y mujeres son similares, aunque es mayor la de éstas. Se observa que sufren más grado de depresión aquellas personas que sólo cursaron hasta la enseñanza obligatoria, aunque su media es baja, (3,87; $DT= 3,43 \pm 1,26$), lo que se considera como normal. Además, los residentes que autoevalúan su salud como excelente o muy buena solo tienen 1 punto de media en el test, a diferencia de los que dicen tenerla buena o justa, que rondan los 4 puntos, y los que la evalúan como pobre, que obtienen valores por encima de los 6 puntos. Hay diferencia entre la depresión de las personas que realizan actividad física una vez o más por semana (2,70; $DT= 2,75 \pm 1,19$) y las que lo hacen muy de vez en cuando (6,00; $DT= 4,16 \pm 6,62$) o nunca (4,50; $DT= 3,54 \pm 2,53$), y también en las personas que se sienten animadas (2,40; $DT= 2,78 \pm 1,15$) y las que se sienten desganadas (8,00; $DT= 3,16 \pm 3,93$).

Por otra parte, las personas que acuden a misa padecen menos depresión (3,10; $DT= 2,86 \pm 1,04$) que los que no lo hacen (5,83; $DT= 4,45 \pm 4,67$), al igual que los que no tienen familia (5,67; $DT= 4,04 \pm 10,04$) ni amigos (6,83; $DT= 3,54 \pm 3,72$). Como se puede apreciar en la tabla 6, los residentes que se sienten una carga para sus familiares o amigos padecen depresión establecida (10), en comparación a los que no (2,74; $DT= 2,61 \pm 1,03$). Por último, aquellas personas que residen en la residencia por decisión de los familiares perciben más este sentimiento (5,80; $DT= 3,77 \pm 2,69$) que las personas residentes por decisión propia (2,77; $DT= 3,77 \pm 2,69$). Ver tablas 5 y 6.

Se buscaron diferencias estadísticamente significativas entre el sexo y los resultados obtenidos en RULS. Para ello, se realizó la prueba de U de Mann-Whitney, en la que se obtuvo una significación exacta de 0,535, por lo que no existe relación alguna. También se analizó la relación entre el sexo y Yesavage utilizando la misma prueba. No existe relación ya que la significación es de 0,377.

Para comprobar si existe una correlación entre los estudios y la soledad, se utilizó la prueba de Spearman cuyo resultado fue negativo.

Para evaluar si existe alguna relación entre la soledad y las distintas variables sociodemográficas que son: edad, sexo, estudios, enfermedades, actividad física, participación social, número de visitas, motivo por el cual se está residiendo, estado de ánimo y tiempo residiendo, se realizó la prueba de U de Mann-Whitney cuyos resultados fueron todos negativos, excepto en la variable del estado de ánimo y la decisión por la cual se está residiendo, que fueron positivas. En el caso concreto de padecer enfermedades se han establecido dos grupos: aquellos que padecen y han padecido recientemente enfermedades conformaron un grupo, y los que no han padecido nunca, el otro grupo.

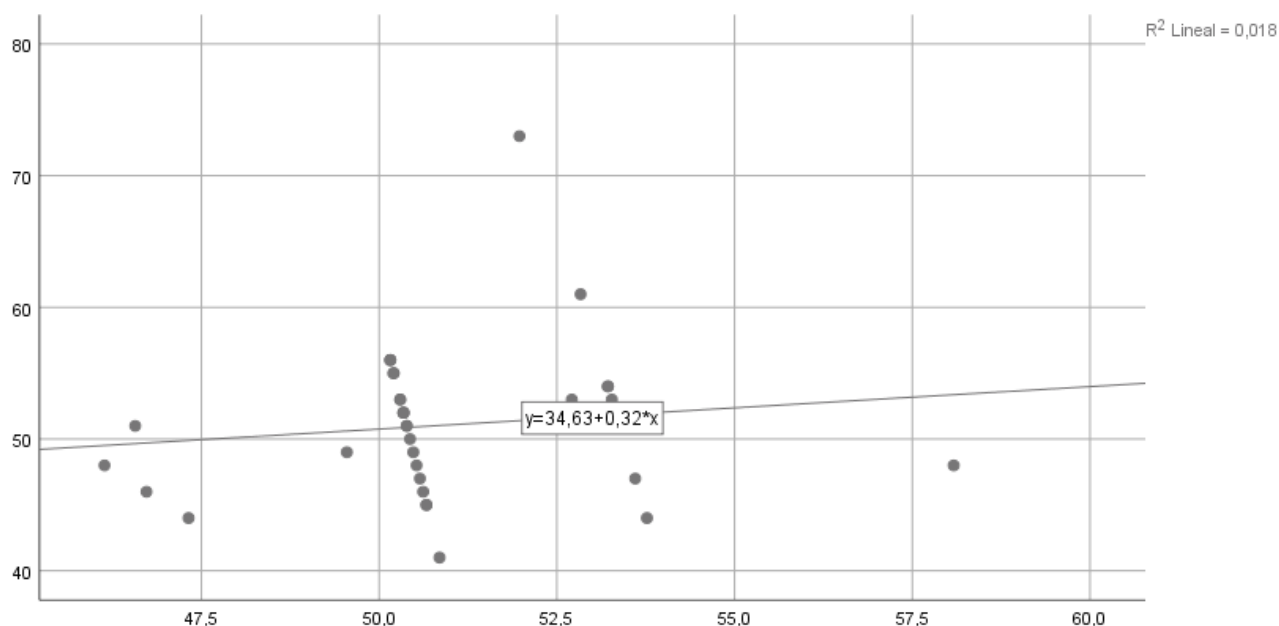
Se evaluó la asociación entre la edad y los resultados de soledad, en primer lugar con la prueba de Pearson. Debido a que no se cumplían los criterios de distribución normal para esta prueba, se evaluó la asociación entre la edad y los resultados de soledad utilizando una prueba de correlación de Spearman, que finalmente no ofreció significación estadística. Complementariamente, se dividió la muestra en subgrupos de participantes que llevaban hasta 1 año en residencia, y después hasta 2 años, para comparar los resultados con el resto mediante sendas pruebas U de Mann-Whitney, pero no se obtuvo tampoco significación estadística.

Siguiendo con la evaluación de la edad relacionada con la soledad, se buscó su asociación con la prueba de Spearman. Como resultado, se obtuvo una significación de 0,010 y una correlación de 0,420 de signo positivo, y por lo tanto, de fuerza moderada, confirmando así la existencia de dicha correlación.

Del mismo modo, para evaluar la edad frente a la depresión, se realizó de nuevo la prueba de correlación de Spearman entre las variables de edad y depresión medida en Yesavage, pero no se obtuvo significación estadística. Al comparar las edades medias de los participantes sin depresión y aquellos que tienen una establecida, mediante U de Mann-Whitney, no existieron diferencias estadísticamente significativas.

Para analizar la influencia de algunas de las variables en la soledad, se aplicó un modelo de regresión lineal donde la variable dependiente es la soledad y las independientes son la depresión, el tiempo residiendo, padecer enfermedades, la edad, las visitas al centro de salud, el motivo por el cual se está residiendo, la actividad física, el estado de ánimo y la educación. Se obtuvo un coeficiente de determinación de 0,372, el cual indica que las variables consideradas como influyentes explican el 37,2% de la variabilidad en los resultados de la soledad medida en RULS. Las variables que más influyen son padecer enfermedades (49,4%) y la educación (-46,6%), y además, son las que obtienen una significación estadística menor que 0,05. El resto de variables fueron eliminadas y se repitió el modelo con estas dos variables. El coeficiente de determinación resultó ser 0,170. La validez de este modelo se comprobó con ANOVA y se obtuvo una significación de 0,038. La figura 1 muestra el resumen del modelo.

Figura 1. Representación gráfica del modelo de regresión lineal



Variable dependiente: soledad (resultado en RULS)
 Variables independientes: nivel de estudios y padecer enfermedades
 Ecuación del modelo: $x = 50,920 + (-3,349 \cdot y_1) + (2,844 \cdot y_2)$
 Fuente. Elaboración propia.

Finalmente, se buscaron asociaciones entre el padecimiento de soledad y depresión a través de la prueba Anova. Como indican las tablas 7 y 8, se puede afirmar que aquellos que sienten más soledad padecen más depresión, ya que se obtiene una diferencia estadística significativa de 0.02. Para confirmar con mayor exactitud dicha asociación, se realizó la prueba de Tukey, en la que $p < 0.5$, según muestra la tabla 9. En conclusión, las personas con una alta soledad son las que tienen datos de depresión más elevados y esto es significativo, respecto a los otros dos grupos, con soledad media y baja.

Tabla 7. Relación de los resultados entre RULS y Yesavage

		YESAVAGE				
		Recuento	% de N columnas	Media	Desviación estándar	95,0% CL superior para media
RULS	Baja	9	23,68%	2,111	1,833	3,520
	Media	20	52,63%	2,737	2,491	3,937
	Alta	9	23,68%	6,667	3,937	9,693

Fuente. Elaboración propia.

Tabla 8. Resultados de la prueba Anova de la depresión

ANOVA					
YESAVAGE					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	118,616	2	59,308	7,680	,002
Dentro de grupos	262,573	34	7,723		
Total	381,189	36			

Fuente. Elaboración propia.

Tabla 9. Resultados de la prueba HSD Tukey de la comparación entre depresión y soledad

YESAVAGE - HSD TUKEY						
RULS	(J) RULScat	Diferencia de medias (I-J)	Desv. Error	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Baja	Media	-,626	1,125	,844	-3,38	2,13
	Alta	-4,556*	1,310	,004	-7,77	-1,35
Media	Baja	,626	1,125	,844	-2,13	3,38
	Alta	-3,930*	1,125	,004	-6,69	-1,17
Alta	Baja	4,556*	1,310	,004	1,35	7,77
	Media	3,930*	1,125	,004	1,17	6,69

Fuente. Elaboración propia.

7. Análisis y discusión

Tras la obtención de datos de este estudio se han obtenido datos interesantes e inesperados.

Evaluando los resultados del cuestionario sociodemográfico, es interesante que el 55,26% de las personas entrevistadas no suele participar en actividades sociales, siendo la mayoría hombres (34,29%), por lo que las mujeres tienen más tendencia a participar en ellas. Por otra parte, cabe destacar que la gran mayoría, el 92,11%, tiene familia, y el 84,21% amigos. De todos ellos, el 73,68% no se sienten una carga para estas personas cercanas y solo una persona (2,63%) sí lo siente. Se cree que esto es debido a que se encuentran alojados en una residencia y no dependen directamente de sus familiares. Un dato muy positivo es que el 100% está satisfecho con el trato personal de la residencia, siendo calificado como muy bueno o bueno. Finalmente, acentuar que de todos ellos, 26 personas (70,27%) están residiendo a causa de su propia decisión, y el resto (29,73%) lo hacen por decisión de sus familiares. Estos datos indican baja soledad social, y llevan a deducir que no deberían sentir gran sentimiento de soledad.

Por otra parte, analizando los resultados en RULS, un dato muy llamativo es que aquellos residentes que autoevalúan su salud como excelente tienen una media de 54,8, en comparación a los que la autoevalúan como pobre, cuya media es 50,600. Sin embargo, en cuanto al estado de ánimo, hay una diferencia en la media entre los que se sienten animados (50,720) y los que se sienten desganados (53,333), y aquellas personas que dicen tener enfermedades también tienen una media mayor. Es sorprendente que el tener amigos y familia y el residir por decisión propia no influya (y por tanto no haya significancia estadística) con respecto al nivel de su soledad, y que cuanto más participan en actividades sociales mayor es su media en el test.

Por último, en relación a la depresión medida con Yesavage, a pesar de no encontrar significancia estadística, las variables concuerdan con lo esperado en depresión, no así en soledad. Un dato fundamental es que las personas con una alta soledad son las que tienen datos de depresión más elevados, como se muestra en la tabla 7.

A continuación, se procede a hacer una comparación entre los resultados del presente estudio y los de otros semejantes.

La puntuación media en el test de UCLA de los participantes es de 51,11 ($DT=5,491 \pm 1,81$) sobre 80, lo que supone que en general padecen una soledad media. Esto quiere decir que sienten y tienen una soledad establecida pero no demasiado persistente, no se podría definir como tal.

En el estudio de Elsayed et al.(2009), un 86% reconoció tener un leve sentimiento de soledad, medido con el cuestionario UCLA y hasta un 56% una depresión leve, medido con Yesavage. En comparación a esta investigación, solo el 23,68% del presente estudio padecen un sentimiento de soledad bajo, y solo el 13,51% una depresión leve.

Nuestro estudio revela que las personas con mayor nivel de estudios tienen menos puntuación media (46,75 ($DT=2,217 \pm 3,528$)) en UCLA que las personas sin estudios, es decir, existe una relación significativa, a diferencia del trabajo Espirito-Santo y Daniel (2018), que demuestra que el análisis de correlación entre las variables sociodemográficas y de estudios no obtuvo relaciones significativas ($p > .05$).

El estudio de Jürschik et al. (2013) es un estudio similar a este, en el que utilizaron una muestra total de 398 sujetos y los participantes tenían una media de edad de 77 años. Casi la

mitad de los individuos presentaban un nivel de educación bajo, el 15% vivía solo y el 33% tenían menos de tres amigos. La prevalencia de estado de ánimo negativo fue de 52,3%, siendo la proporción entre hombres y mujeres similar, lo que coincide con el estudio realizado.

De los resultados de dicho estudio se puede extraer que las mujeres, aquellas personas que viven solas, las de bajo nivel educativo y las que tienen pocas relaciones de amistad, presentan mayor soledad. Además de que las mujeres presentan peor estado de ánimo en edades más avanzadas. Adicionalmente, aquellos que declararon peor estado de salud experimentaron peor estado de ánimo. En nuestro trabajo estos resultados no son significativos, probablemente debido a causas culturales, al paso del tiempo, al número de participantes en la muestra, a la diferencia de edades en ambas muestras, etc.

En los resultados obtenidos en nuestro estudio se aprecia que la gran mayoría de los participantes (78,38%) padecen una depresión normal, de 2,69 de media ($DT=1,646 \pm 0,626$) en el test de Yesavage, y en general la media es de 3,54 ($DT= 3,254 \pm 1,08$). Sin embargo, en un estudio realizado en ancianos coreanos y japoneses, Kim et al. (2009), los resultados fueron realmente significativos: "La incidencia de síntomas depresivos fue mayor que la tasa del 41,7% entre los ancianos japoneses ($\chi^2 = 10,80, p = .00$).” Kim et al. (2009). También demostraron que su autopercepción de la salud y su soledad eran predictores significativos para su depresión, a diferencia de los mayores del AST.

En esta investigación, se puede apreciar que las personas que padecen enfermedades junto con las mujeres, padecen más depresión que aquellas que no las padecen y que los hombres, aunque no se trata de una diferencia significativa. Sin embargo, el trabajo de Abd-Allah et al. (2018) ha demostrado que el sexo, la edad y el hecho de padecer enfermedades afectan significativamente a su nivel de depresión ($p = 0,004, 0,000$ y $0,000$ respectivamente).

En otras investigaciones en las cuales realizan los mismos cuestionarios que en el presente estudio, se demostró que la soledad está directamente relacionada con la depresión de los participantes y la depresión que padecen está relacionada a su vez con su soledad (Aylaz et al., 2012), al igual que en este estudio.

8. Limitaciones

Una de las limitaciones más importantes que ha surgido con el paso del tiempo ha sido la escasez de cuestionarios recibidos por parte del Hospital Reina Sofía de Tudela. Esto era algo probable debido al periodo de crisis sanitaria, durante el cual ha habido restricciones para prevenir la COVID-19 y que como consecuencia, afectaron al transcurso normal de la investigación. Algunos de los pacientes que cumplían los requisitos de inclusión rechazaron participar en la investigación por miedo al contagio de la COVID-19. Se estima que, si no fuera por la pandemia patente durante la realización del proyecto, las negativas habrían sido menores y se podría haber estudiado la soledad de las personas mayores en hospitales. Otro factor condicionante en el hospital fue la corta estancia de los pacientes en ingreso. Por ello, sólo se cuenta con seis cuestionarios de pacientes ingresados en dicho hospital, lo que no ha permitido obtener una muestra suficiente y no se ha podido realizar el análisis estadístico de sus datos.

Por el contrario, a pesar de que las residencias debían ser precavidas con la pandemia debido a su elevado riesgo de contagio, se han mostrado receptivas a ayudar en este estudio para que se llevara a cabo el desarrollo de la investigación con éxito. Para ello, se cumplieron obligatoriamente los protocolos y otras normas de higiene que cada residencia estableció, así como las distancias de seguridad entre todos los participantes. Gracias a su colaboración y disponibilidad se consiguió sobrepasar la muestra mínima requerida.

Por último, en el cuestionario podrían haberse incluido preguntas más específicas para conseguir un mayor acercamiento al paciente, así como haber incluido notas aclaratorias para su mejor comprensión. Así mismo, algunas preguntas deberían haber sido más concretas, como por ejemplo, aquella en la que se pregunta acerca de la familia, se podría haber preguntado sobre el estado civil o el número de hijos. Esto habría enriquecido el análisis estadístico y habría ayudado a percibir un mayor conocimiento de los pacientes sobre los que poder trabajar mejor.

9. Perspectivas futuras

Tras la realización de este proyecto, han surgido nuevas ideas a tener en cuenta para futuros proyectos que puedan tomar como base este estudio inicial en el AST. La primera de ellas sería retomar el mismo estudio en condiciones sanitarias normales en el escenario hospitalario, con la finalidad de conseguir una muestra válida para la realización de la estadística y la posterior comparación con los resultados obtenidos en los centros residenciales del AST.

Por otra parte, otras variables que podrían tenerse en cuenta en futuras investigaciones relacionadas con este mismo tema son si la calidad del sueño, el tener compañero o no de habitación, la relación que tienen con éste y con sus propios familiares influyen en el estado y sentimiento de soledad del paciente, siendo positiva o negativamente.

9.1. Plan de divulgación

En relación con uno de los principales objetivos de este proyecto (O.6.) se ha planificado un plan de divulgación para llevar a cabo en el IES Valle del Ebro de Tudela y en los ayuntamientos de las localidades de la zona desde el año 2022.

En el centro, el proyecto pretende involucrar a todos los estudiantes en grupos de trabajo, integrados por el alumnado de cada nivel y sección. Por ello, nos encontraremos con grupos heterogéneos, con diversidad de opiniones, proyectadas desde el nivel cognitivo de cada edad y desde las diferencias culturales y sociales. Estas actividades se han planteado para la etapa de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) a lo largo de 3-4 sesiones de tutoría debido a que en Bachillerato no se realizan tutorías lectivas en el aula.

Asimismo, relacionamos este proyecto con los siguientes Objetivos de Desarrollo Sostenible y con las siguientes metas en particular:

ODE 4: Educación de calidad, en relación a la meta 4.7*, dado que la educación reduce la desigualdad, es primordial para fomentar la tolerancia entre las personas y contribuye a crear sociedades más pacíficas.

ODE 10: Reducción de las desigualdades, en relación con la meta 10.2**. Entre las desigualdades que existen entre la humanidad, la desigualdad por edad es una de ellas, creando vulnerabilidad en un sector de la población y en algunos casos, abuso físico, psicológico o emocional o edadismo. Se debe valorar el envejecimiento como una etapa más del ciclo vital de una forma tolerante.

Además, a través de la divulgación del proyecto, contribuimos a trabajar los elementos transversales del currículo, establecidos en el *Artículo 7 del Decreto Foral 24/2015 de 22 de abril, por el que se establece el currículo de las enseñanzas de Educación Secundaria Obligatoria en la Comunidad Foral de Navarra*. Estos elementos, entendidos más como unos valores que como unos contenidos, pretenden impulsar el desarrollo de cualidades que fomenten la igualdad efectiva entre hombres y mujeres, la prevención de la violencia de género o contra las personas con discapacidad, de la violencia terrorista y de cualquier forma de violencia, racismo y xenofobia. De la misma manera, pretenden desarrollar acciones encaminadas a la promoción del aprendizaje de la mejora de la convivencia, prevención y resolución pacífica de conflictos en todos los ámbitos de la vida personal, familiar y social, así como de los valores que sustentan la libertad, la justicia, la igualdad, el pluralismo político, la paz, la democracia, el respeto a los derechos humanos, el respeto a los hombres y mujeres por igual, a las personas con discapacidad y la prevención de cualquier tipo de violencia.

En cuanto a las actividades diseñadas, se han realizado dos tipos diferentes de actividades, para el primer y segundo ciclo de la ESO respectivamente, separando de tal forma las

***Meta 4.7 en relación con el ODE 4.** De aquí a 2030, asegurar que todos los alumnos adquieran los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para promover el desarrollo sostenible, entre otras cosas mediante la educación para el desarrollo sostenible y los estilos de vida sostenibles, los derechos humanos, la igualdad de género, la promoción de una cultura de paz y no violencia, la ciudadanía mundial y la valoración de la diversidad cultural y la contribución de la cultura al desarrollo sostenible.

****Meta 10.2 en relación con el ODE 10.** De aquí a 2030, potenciar y promover la inclusión social, económica y política de todas las personas, independientemente de su edad, sexo, discapacidad, raza, etnia, origen, religión o situación económica u otra condición.

frangas de edad del alumnado. Estas actividades se secuencian en 3-4 sesiones que se podrán trabajar en las clases de tutoría.

Se plantea comenzar en enero de 2022 y mantenerlas en cursos académicos sucesivos dentro del desarrollo de las actividades del plan tutorial, para seguir dando a conocer el estado de las personas mayores y seguir fomentando la sensibilización con este sector de la población. Por otra parte, una vez presentado el proyecto, se estima entablar una red de charlas en eventos organizados por el Hospital Reina Sofía y por los ayuntamientos de la zona.

El presente proyecto sobre “La soledad en pacientes hospitalizados y personas mayores en residencias en el Área de Salud de Tudela” ya fue presentado en el XXXIII Certámen de Jóvenes Investigadores celebrado en Mollina (Málaga) los días 30 de noviembre, 1 y 2 de diciembre de 2021, donde fue galardonado con un segundo premio por parte del tribunal.

10. Conclusiones

Lo expuesto anteriormente permite concluir que la investigación sobre la soledad en personas mayores en el AST ha cumplido con la mayoría de los objetivos propuestos. En primer lugar, se han dado a conocer los resultados obtenidos en el estudio de la soledad en mayores de 65 años, aunque solo en residentes debido a la escasez de cuestionarios por parte del hospital. En segundo lugar, se han analizado los factores asociados a la soledad en personas mayores en residencia mediante el cuestionario de UCLA. En tercer lugar, se ha medido el grado de soledad en la muestra del AST y se ha relacionado la soledad con la depresión de los participantes, siendo sentimientos que se han visto íntimamente relacionados, mediante la escala de depresión geriátrica de Yesavage. Por último, con respecto a la concienciación de generaciones venideras, es un objetivo que se cumplirá una vez consolidado y presentado el estudio, en la segunda mitad del curso 2021-2022.

A continuación se detalla el grado de cumplimiento de las hipótesis planteadas, las limitaciones que se han encontrado en la ejecución de la investigación y las recomendaciones para futuras investigaciones que puedan tomar como referencia este estudio:

Respecto a las hipótesis planteadas en el principio de la investigación, la primera queda confirmada en el estudio en residencias debido a que la puntuación media en RULS es de 51,11 sobre 80 y queda dentro del rango establecido en el trabajo. El análisis realizado y los resultados obtenidos en la investigación permiten afirmar que las personas mayores en las residencias del AST presentan procesos de soledad de manera generalizada, ya que hay un porcentaje de éstas en las cuales dicho fenómeno está presente. Teniendo en cuenta los rangos establecidos en este trabajo para clasificar el nivel de soledad, la suma de los porcentajes de la soledad media y alta asciende a un 76,31%, que supera el límite superior de los rangos establecidos en la primera hipótesis. En cualquier caso se considera que este resultado, a pesar de ser mayor, apoya dicha hipótesis.

Por otra parte, la segunda hipótesis quedaría rechazada ya que la variable del sexo no ha mostrado significancia estadística con respecto a la soledad, por lo tanto las mujeres del AST no son las más afectadas.

Al evaluar estadísticamente de manera separada las variables en la tercera, cuarta y quinta hipótesis, se demuestra que sólo el padecer enfermedades y el nivel educativo afectan significativamente a la soledad de los residentes. Aquellas personas que no han padecido recientemente ni padecen enfermedades y las que tienen un mayor nivel educativo obtuvieron menor puntuación en RULS que las que estudiaron hasta la enseñanza obligatoria.

Por contra, el resto de variables sociodemográficas evaluadas, como participar en actividades sociales y de ocio, el tener o no amigos, la edad, sentirse una carga social y el tiempo residiendo, no afectan al nivel de soledad en el AST. Las condiciones laborales no han sido evaluadas en nuestra estadística. Por lo tanto, la soledad se percibe de forma diferente en función de las variables sociodemográficas que se han analizado.

Por último, de la cuarta hipótesis se resalta que la depresión (categorizada como enfermedad) medida con Yesavage afecta directamente al nivel de soledad de los participantes. Se ha verificado con asociación estadística que cuanto mayor es su nivel de depresión, mayor es su puntuación media en RULS y por tanto mayor es su soledad.

Se estima que las diferencias percibidas entre este estudio realizado en el AST y los estudios anteriores en los que se ha basado este trabajo pueden ser debidas a causas culturales, el paso del tiempo, el número de participantes en la muestra, la diferencia de edades en ambas muestras, etc. Se plantearía realizar el mismo estudio de aquí a unos años con los mismos criterios de inclusión y se estima que a lo largo del tiempo, estos resultados puedan ir cambiando.

11. Agradecimientos

Queremos dar las gracias al Hospital Reina Sofía de Tudela, institución con la cual hemos colaborado, y especialmente a Santiago Urmeneta Aguilar, quien nos ha ayudado y aportado información para la realización del presente proyecto. Por otra parte, agradecer a las residencias su participación en la recogida de datos (Tudela, Cascante y Fustiñana). También queremos agradecer al IES Valle del Ebro la oportunidad de llevar a cabo un estudio sobre este tema y finalmente, reconocer el esfuerzo del coordinador del proyecto BI+, Pablo Ijalba, y de Natalia Martínez, quienes nos han guiado a lo largo de la investigación.

12. Bibliografía

Abd-Allah, E., Hana, E., & Metwally, S. (2018). LONELINESS AND DEPRESSION AMONG INSTITUTIONALIZED AND NON-INSTITUTIONALIZED ELDERLS COMPARATIVE STUDY. *Mansoura Nursing Journal*, 5(1), 145-154.

Alvarado García, A. M., & Salazar Maya, Á. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62.

Aylaz, R., Aktürk, Ü., Erci, B., Öztürk, H., & Aslan, H. (2012). Relationship between depression and loneliness in elderly and examination of influential factors. *Archives of gerontology and geriatrics*, 55(3), 548-554.

Banks, W. A., Willoughby, L. M., Thomas, D. R., & Morley, J. E. (2007). Insulin resistance syndrome in the elderly: assessment of functional, biochemical, metabolic, and inflammatory status. *Diabetes Care*, 30(9), 2369-2373.

Buz, J., & Adáñez, G. P. (2013). Análisis de la Escala de Soledad de De Jong Gierveld mediante el modelo de Rasch. *Universitas Psychologica*, 12(3), 971-981.

Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2010). Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychology and aging*, 25(2), 453.

Dahlberg, L., Andersson, L., McKee, K. J., & Lennartsson, C. (2015). Predictors of loneliness among older women and men in Sweden: A national longitudinal study. *Aging & mental health*, 19(5), 409-417.

Durán, A., Valderrama, L., Uribe, A. F., González, A., & Molina, J. M. (2010). Enfermedad crónica en adultos mayores. *Universitas Médica*, 51(1), 16-28.

Espirito-Santo, H., & Daniel, F. (2018). Optimism and well-being among institutionalized older adults.

- Gamez, M. J. (2019, 30 agosto). Objetivos y metas de desarrollo sostenible. Desarrollo Sostenible. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
- Hawkley, L. C., Burleson, M. H., Berntson, G. G., & Cacioppo, J. T. (2003). Loneliness in everyday life: cardiovascular activity, psychosocial context, and health behaviors. *Journal of personality and social psychology*, 85(1), 105.
- Heinrich, L. M., & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical psychology review*, 26(6), 695-718.
- Iraizoz, I. (1999). Valoración geriátrica integral (II): valoración nutricional y mental en el anciano. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 22, 51-69.
- Jürschik, P., Botigué, T., Nuin, C., & Lavedán, A. (2013). Estado de ánimo caracterizado por soledad y tristeza: factores relacionados en personas mayores. *Gerokomos*, 24(1), 14-17.
- Kim, O., Byeon, Y. S., Kim, J. H., Endo, E., Akahoshi, M., & Ogasawara, H. (2009). Loneliness, depression and health status of the institutionalized elderly in Korea and Japan. *Asian nursing research*, 3(2), 63-70.
- Luna, C. (2018). ¿Qué son las habilidades socioemocionales?. AMADAG.
- Luo, Y., Hawkley, L. C., Waite, L. J., & Cacioppo, J. T. (2012). Loneliness, health, and mortality in old age: A national longitudinal study. *Social science & medicine*, 74(6), 907-914.
- Luo, Y., & Waite, L. J. (2014). Loneliness and mortality among older adults in China. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 69(4), 633-645.
- Morejón, A. J. V., & García-Bóveda, R. J. (1994). RULS: Escala de soledad UCLA revisada. Fiabilidad y validez de una versión española. *Revista de Psicología de la Salud*, 6(1), 45-54.
- Observatorio de Salud Comunitaria de Navarra, OSCN. (2018). Índice de Envejecimiento Activo de Navarra. Recuperado de: https://www.navarra.es/appsext/DescargarFichero/default.aspx?codigoAcceso=PortalDeSalud&fichero=OSCNA/Temas%20de%20Salud/Informe_IEA.pdf.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2002). Active ageing: a policy framework. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2012). La buena salud añade vida a los años: información general para el Día Mundial de la Salud 2012. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75254/WHO_DCO_WHD_2012.2_spa.pdf?sequence=1.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2015). Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. Geneva, CH: World Health Organization. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=3A6619EF312B97507F68D72198A19818?sequence=1
- Pikhartova, J., Bowling, A., & Victor, C. (2016). Is loneliness in later life a self-fulfilling prophecy?. *Aging & mental health*, 20(5), 543-549.
- Pilotto, A., Cella, A., Pilotto, A., Daragjati, J., Veronese, N., Musacchio, C., ... & Panza, F. (2017). Three decades of comprehensive geriatric assessment: evidence coming from different healthcare

- settings and specific clinical conditions. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(2), 192-e1.
- Pinquart, M., y Sörensen, S. (2003). Risk factors for loneliness in adulthood and old age: A meta-analysis. En Shohov, S. P., Ed., *Advances in psychology research* (Vol. 19, pp. 111–143). Hauppauge, NY, US: Nova Science.
- Richard, A., Rohrmann, S., Vandeleur, C. L., Schmid, M., Barth, J., & Eichholzer, M. (2017). Loneliness is adversely associated with physical and mental health and lifestyle factors: Results from a Swiss national survey. *PloS one*, 12(7), e0181442.
- Rondón, M. B. (2015, October). Salud mental y aborto terapéutico. In *Anales de la Facultad de Medicina* (Vol. 76, No. 4, pp. 407-411). UNMSM. Facultad de Medicina.
- Rubio, R., & RUBIO, R. (2009). La soledad en los mayores, una alternativa de medición a través de la Escala ESTE. Universidad de Granada. Informe de investigación con el apoyo de Imsero. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-02.pdf>.
- Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of personality and social psychology*, 39(3), 472.
- San Molina, L. (2010). Comprender la depresión. Editorial AMAT.
- Suárez Richards, M. (1995). Introducción a la psiquiatría. In *Introducción a la psiquiatría* (pp. 492-492).
- Tilvis, R. S., Laitala, V., Routasalo, P. E., & Pitkälä, K. H. (2011). Suffering from loneliness indicates significant mortality risk of older people. *Journal of aging research*, 2011, 534781.
- Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge, MA, US: MIT Press.
- Wilson, R. S., Krueger, K. R., Arnold, S. E., Schneider, J. A., Kelly, J. F., Barnes, L. L., ... & Bennett, D. A. (2007). Loneliness and risk of Alzheimer disease. *Archives of general psychiatry*, 64(2), 234-240.
- Winningham, R. G., & Pike, N. L. (2007). A cognitive intervention to enhance institutionalized older adults' social support networks and decrease loneliness. *Aging & mental health*, 11(6), 716-721.
- World Health Organization. (2018). *WHO clinical consortium on healthy ageing 2017: focus: development of comprehensive assessments and care plans: report of consortium meeting, 21-22 November 2017 in Geneva Switzerland* (No. WHO/FWC/ALC/18.1). World Health Organization.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of psychiatric research*, 17(1), 37-49.
- Zubieta, E. M., Fernández, O. D., Bombelli, J. I., & Mele, S. V. (2011). El bienestar eudaimónico, la soledad social emocional y la importancia de la confianza y las redes. In III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado

Datos del estudio

Título: La soledad en pacientes hospitalizados y personas mayores en residencias en el área de salud de Tudela.

Autoras: Lucía Vitas Cornago, Nerea Aznárez Ochoa y Sandra López Pino.

Investigadoras/es principales: Natalia Martínez Marzo, Pablo Ijalba Pérez y Santiago Urmeneta Aguilar.

Datos de contacto: IES Valle del Ebro, carretera Tarazona s/n, 848 43 02 50

Usted ha sido elegido para participar en una investigación con el propósito de dar a conocer los resultados sobre un estudio del estado y del sentimiento de soledad de las personas mayores en hospitales y residencias del área de salud de Tudela, con el objetivo de ayudar a quienes se encuentren en esta situación.

Usted debe saber que las respuestas de este cuestionario serán confidenciales. Tras la obtención de los resultados generales que son el objeto de estudio, toda la información personal y las respuestas elegidas quedarán destruidas, y nadie sabrá que ha participado en el estudio. La información será anónima y las únicas personas que tendrán acceso a ella serán las que realizan el estudio y las que se garantizan que este se realiza de manera adecuada.

Ha de tener en cuenta que la participación es voluntaria, y que si desea participar, sus respuestas no afectarán a su expediente médico.

Apenas nos llevará 15 minutos como máximo completar el cuestionario. Se leerán una serie de preguntas y las respuestas serán anotadas. Si en algún momento necesita una aclaración, no dude en preguntar, y si ve necesaria alguna información adicional acerca de sus derechos o la protección de datos, póngase en contacto con cualquiera de los investigadores.

Por lo tanto, lea toda la información que se le ofrece en este documento antes de tomar una decisión.

Con la firma de este documento, acepta participar en el cuestionario, y pone en manifiesto que:

- Presto mi consentimiento para la realización del cuestionario y conozco mi derecho a retirarlo cuando lo desee, con la única obligación de informar a los investigadores sobre la decisión.*
- No deseo participar*

(Su nombre y apellidos)

(Firma)

(Fecha)

Anexo 2. Cuestionario sociodemográfico para residencias

1. Edad		
a. De 65 a 69 años		e. De 85 a 89 años
b. De 70 a 74 años		f. De 90 a 94 años
c. De 75 a 79 años		g. De 95 a 99 años
d. De 80 a 84 años		h. 100 o más de 100 años

2. Sexo	
a. Hombre	b. Mujer

3. Educación/ estudios	
a. Hasta la enseñanza obligatoria	c. Estudios superiores
b. Estudios intermedios	d. Otros

4. Padece enfermedades		
a. No padece	b. Padece	c. Ha padecido recientemente

5. Salud autoevaluada	
a. Excelente	d. Justa
b. Muy bien	e. Pobre
c. Buena	

6. Actividad física	
a. Una vez o más por semana	c. Nunca
b. Alguna cada mucho tiempo	

7. Visitas al centro de salud	
a. Poca frecuencia	b. Mucha frecuencia

8. Participación en actividades sociales	
a. Con mucha frecuencia	b. Con poca frecuencia

9. Acude a misa	
a. Sí	b. No

10. Tiene familia	
a. Sí	b. No

11. Tiene amigos		
a. Sí	b. No	

12. Se siente una carga para tus familiares / amigos		
a. Sí	b. Un poco, a veces	c. No

13. Cantidad de visitas	
a. Todos los días b. Una o varias veces a la semana	c. Un par de veces al mes d. Nunca

14. Trato personal de la residencia	
a. Muy bueno b. Bueno	c. Regular d. Malo

15. Motivo por el cual está residiendo	
a. Decisión propia	b. Decisión de los familiares

16. Cuánto tiempo lleva viviendo en la residencia	
a. Menos de una semana b. Menos de un mes	c. Varios meses d. 1 año o más

17. Estado de ánimo	
a. Me siento animado/a b. Me siento desganado/a	c. Ni animado/a ni desganado/a

Anexo 3. Escala de soledad de UCLA (mínimo 1, máximo 4)

1.- Sintonizo (me llevo bien) con la gente que me rodea

1	2	3	4
---	---	---	---

2.- Me falta compañía

1	2	3	4
---	---	---	---

3.- No tengo a nadie con quien yo pueda contar

1	2	3	4
---	---	---	---

4.- Me siento solo/a

1	2	3	4
---	---	---	---

5.- Me siento parte de un grupo de amigos/as

1	2	3	4
---	---	---	---

6.- Tengo muchas cosas en común con la gente que me rodea

1	2	3	4
---	---	---	---

7.- No tengo confianza con nadie

1	2	3	4
---	---	---	---

8.- Mis intereses e ideas no son compartidos por las personas que me rodean

1	2	3	4
---	---	---	---

9.- Soy una persona abierta (extrovertida)

1	2	3	4
---	---	---	---

10.- Me siento cercano/a de algunas personas

1	2	3	4
---	---	---	---

11.- Me siento excluido/a, olvidado/a por los demás

1	2	3	4
---	---	---	---

12.- Mis relaciones sociales son superficiales

1	2	3	4
---	---	---	---

13.- Pienso que realmente nadie me conoce bien

1	2	3	4
---	---	---	---

14.- Me siento aislado/a de los demás

1	2	3	4
---	---	---	---

15.- Puedo encontrar compañía cuando lo necesito

1	2	3	4
---	---	---	---

16.- Hay personas que realmente me comprenden

1	2	3	4
---	---	---	---

17.- Me siento infeliz de estar tan aislado/a

1	2	3	4
---	---	---	---

18.- La gente está a mi alrededor pero no siento que esté conmigo

1	2	3	4
---	---	---	---

19.- Hay personas con las que puedo charlar y comunicarme

1	2	3	4
---	---	---	---

20.- Hay personas a las que puedo recurrir

1	2	3	4
---	---	---	---

Anexo 4. Test de depresión geriátrica de Yesavage

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/a?

SI = 1	NO = 0
--------	--------

5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?

SI = 0	NO = 1
--------	--------

6. ¿Teme de algo malo que 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 quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas?

SI = 1	NO = 0
--------	--------

10. ¿Cree que tiene más problemas que la mayoría de la gente?

SI = 1	NO = 0
--------	--------

11. ¿En este momento, piensa que es estupendo estar vivo?

SI = 0	NO = 1
--------	--------

12. ¿Actualmente se siente un/una inútil?

SI = 1	NO = 0
--------	--------

13. ¿Piensa que su situación es desesperada? ¿Se siente sin esperanza en este momento?

SI = 1	NO = 0
--------	--------

14. ¿Se siente lleno/a de energía?

SI = 0	NO = 1
--------	--------

15. ¿Cree que la mayoría de la gente está en mejor situación que Vd?

SI = 1	NO = 0
--------	--------