

PERCEPCIÓN DE LA SOLEDAD EN PERSONAS GERIÁTRICAS INSTITUCIONALIZADAS

Elena Benet Franco

TRABAJO FINAL DE GRADO



FACULTAD DE ENFERMERÍA Y PODOLOGÍA
UNIVERSIDAD DE VALENCIA

Valencia

Curso académico 2022/2023

22/05/2023

**PERCEPCIÓN DE LA SOLEDAD EN
PERSONAS GERIÁTRICAS
INSTITUCIONALIZADAS**

**TRABAJO FINAL DE GRADO PRESENTADO POR:
Elena Benet Franco**

**TUTORA DEL TRABAJO:
Begoña Rochina Rodríguez**

**MIEMBROS DEL TRIBUNAL
Presidenta: Carmen Casal Angulo
Secretaria: Maria Del Mar Ivars Crespo
Vocal: Paloma Marin Vivanco**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA Y PODOLOGÍA
UNIVERSIDAD DE VALENCIA**

Valencia

Curso académico 2022/2023

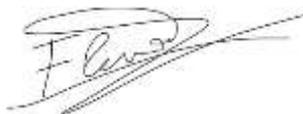
22/05/2023

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO

Yo, Elena Benet Franco, con DNI 45911717Z, declaro que he sido la única persona que ha realizado el presente trabajo íntegramente y que ninguno de los materiales que se adjuntan ha sido escrito o elaborado por otra persona, excepto las citas o el material identificado como perteneciente a otro.

Hago esta declaración jurada sabiendo y comprendiendo que, de comprobarse su falsedad, la calificación será negativa.

En Valencia, 10 de mayo de 2023.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Elena Benet Franco', with a long horizontal stroke extending to the right.

Fdo. Elena Benet Franco

DERECHOS DE AUTORÍA, LICENCIA “CREATIVE COMMONS 3.0”

El presente Trabajo Final de Grado se presenta bajo la licencia Creative Commons 3.0 de uso abierto, con reconocimiento de autoría (BY), reconocimiento no comercial (NC) y sin obra derivada (ND).

Este estudio de investigación se puede copiar, exhibir, representar, distribuir, así como hacer otras obras derivadas siempre que se reconozcan los derechos de autoría, se cite al autor y a su obra, sin ningún fin comercial ni obra original, ni derivaciones de esta. En el supuesto caso de que el trabajo sea distribuido mediante obras derivadas, se realizará bajo la licencia que regula la obra original, Creative Commons 3.0.



RESUMEN

Objetivos: Conocer el grado de percepción de la soledad en personas geriátricas institucionalizadas.

Metodología: Se trata de una investigación cuantitativa, con un diseño estructurado, observacional, descriptivo, transversal o de prevalencia y retrospectivo. Se realiza una revisión bibliográfica utilizando las bases de datos SciELO, ÍNDICES CSIC, PubMed y National Center for Biotechnology Information (NCBI); PubMed Central (PMC) en las que se combinan las diversas palabras clave bajo mencionadas con los operadores booleanos AND y NOT. La población diana son las personas geriátricas institucionalizadas y la muestra se obtiene del total de personas que cumplen los criterios de inclusión y exclusión de dos residencias seleccionadas mediante muestreo por conveniencia.

Para la recogida de datos se ha realizado un cuestionario de múltiples respuestas cerradas el cual constará de dos partes: la primera valora 12 variables sociodemográficas que son las variables independientes; mientras que la segunda parte valora la variable principal y dependiente, la percepción de soledad en personas geriátricas institucionalizadas. Para la valoración del nivel de percepción de soledad se establecen 15 preguntas con respuesta de tipo Likert de elaboración propia, cuya suma de respuestas establece el nivel de percepción de soledad.

Resultados y conclusiones:

Las personas geriátricas institucionalizadas presentan un 23,1% un nivel de percepción de soledad alto, un 23,1% un nivel moderado, un 38,5% un nivel bajo y un 15,4% un nivel muy bajo. Ninguna de las personas encuestadas presentó un nivel muy alto. La media de percepción de soledad se corresponde con el nivel moderado.

Los factores sociodemográficos relacionados con un mayor nivel de percepción de soledad son el ser hombre, tener entre 75 y 79 años, estar divorciado o viudo y no recibir visitas y/o llamadas.

PALABRAS CLAVE

Soledad, institucionalizado, geriatría y anciano.

ABSTRACT

Objectives: To determine the level of perception of loneliness in institutionalized geriatric patients.

Methodology: This is a quantitative research study with a structured, observational, descriptive, cross-sectional or prevalence and retrospective design. A literature review is carried out using the SciELO, ÍndICES CSIC, PubMed, and National Center for Biotechnology Information (NCBI); PubMed Central (PMC) databases, in which the various keywords mentioned above were combined with the boolean operators AND and NOT. The target population is institutionalized geriatric persons and the sample is obtained from the total number of individuals who meet the inclusion and exclusion criteria of two selected residences through convenience sampling.

For data collection, a multiple-choice questionnaire was used consisting of two parts: the first part evaluates 12 sociodemographic variables, which are the independent variables; while the second part evaluates the main dependent variable, the perception of loneliness in institutionalized geriatric persons. To assess the level of perceived loneliness, 15 self-made Likert-type questions are established, whose sum of responses establishes the level of perceived loneliness.

Results and conclusions:

Institutionalized geriatric people have a 23.1% high perception of loneliness level, 23.1% a moderate level, 38.5% a low level and 15.4% a very low level. None of the people surveyed presented a very high level. The average perception of loneliness corresponds to the moderate level.

The sociodemographic factors associated with a higher level of perception of loneliness are being a man, being between 75 and 79 years old, being divorced or widowed, and not receiving visits and/or calls.

KEYWORDS

Loneliness, institutionalized, geriatric and aged.

ÍNDICE GENERAL Y DE CONTENIDO

0.	INTRODUCCIÓN.....	4
1.	MARCO TEÓRICO	6
1.1.	Envejecimiento y paciente geriátrico.....	6
1.2.	Soledad.....	6
1.3.	Tipos de soledad	7
1.4.	Factores asociados a la percepción de la soledad	7
1.5.	Diferencia entre soledad y aislamiento	9
1.6.	La soledad relacionada con la salud.....	10
1.7.	Valoración de la soledad mediante metodología cuantitativa y cualitativa.....	10
2.	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN E HIPÓTESIS.....	12
3.	METODOLOGÍA.....	13
3.1.	Tipo de estudio.....	13
3.2.	Revisión bibliográfica.....	13
3.3.	Emplazamiento	15
3.4.	Población de estudio, muestra y criterios de inclusión y exclusión.....	16
3.5.	Variables	17
3.5.1.	Variables sociodemográficas	18
3.5.2.	Variable principal del estudio.....	20
3.6.	Métodos y técnicas de recogida de datos	22
3.7.	Análisis de datos	23
3.8.	Ética	23
3.9.	Limitaciones del estudio	24
4.	RESULTADOS	26
4.1.	Descripción de la muestra.....	26
4.2.	Grado de percepción de soledad	30
4.3.	Relación entre la percepción de la soledad y las variables sociodemográficas	32
4.3.1.	Relación percepción de soledad y sexo	32
4.3.2.	Relación percepción de soledad y edad.....	33
4.3.3.	Relación percepción de soledad y estado civil	34
4.3.4.	Relación percepción de soledad y nivel de estudios.....	35
4.3.5.	Relación percepción de soledad y número de hijos y número de nietos ..	36

4.3.6. Relación percepción de soledad y número de visitas y número de llamadas a la semana.....	37
4.3.7. Relación percepción de soledad y presencia de enfermedad/es crónica/s	39
5. DISCUSIÓN.....	41
6. CONCLUSIONES.....	47
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
ANEXOS	53
1. Anexo A: Cuestionario percepción de la soledad.....	53

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Factores y variables asociados a la percepción de soledad.	7
Tabla 2: Resultados de las búsquedas en bases de datos.....	15

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Distribución muestra por sexo y edad.	26
Figura 2: Distribución muestra por estado civil.....	27
Figura 3: Distribución muestra por nivel de estudios.	27
Figura 4: Distribución muestra por número de hijos y sexo.	28
Figura 5: Distribución muestra por número de nietos y sexo.	28
Figura 6: Distribución muestra por número de visitas a la semana y sexo.	29
Figura 7: Distribución muestra por número de llamadas a la semana y sexo.	29
Figura 8: Distribución muestra por presencia de enfermedad/es crónica/s.....	30
Figura 9: Distribución muestra por nivel de percepción de soledad.	31
Figura 10: Distribución muestra por momento del día en el que se percibe mayor soledad.	31
Figura 11: Distribución muestra por percepción de soledad previa al ingreso en la residencia.	32
Figura 12: Distribución muestra por nivel de percepción de soledad y sexo.....	33
Figura 13: Distribución muestra por nivel de percepción de soledad y grupos de edad.	34
Figura 14: Distribución muestra por nivel de percepción y estado civil.....	35

Figura 15: Distribución muestra por nivel de percepción de soledad y nivel de estudios.	36
Figura 16: Distribución muestra por nivel de percepción de soledad y N.º de hijos. ...	37
Figura 17: Distribución muestra por nivel de percepción de soledad y N.º de nietos...	37
Figura 18: Distribución muestra por nivel de percepción de soledad y N.º visitas/semana.	38
Figura 19: Distribución muestra por nivel de percepción de soledad y N.º llamadas/semana.	39
Figura 20: Distribución muestra por nivel de percepción de soledad y presencia de enfermedad/es crónica/s.	40

0. INTRODUCCIÓN

El aumento de la esperanza de vida está dando lugar a cambios demográficos y socioeconómicos que conllevarán a una disminución de la población joven, al desarrollo de familias nucleares pequeñas, a un mayor número de ancianos con nido vacío y, en definitiva, a un envejecimiento poblacional. En el año 2020, solo en España había un total de 9.057.193 personas mayores de 65 años, lo que se traduce en un 19,3% de la población total, y las previsiones demográficas determinan que esta cifra seguirá aumentando en los próximos años (Menéndez González, et al., 2021; Ren, 2022).

Debido al aumento de la población anciana, uno de los mayores retos de la sociedad es hacer frente al aumento de personas dependientes, ya que son muchas las familias que presentan adultos que requieren ayuda en muchas de las actividades básicas de la vida diaria.

Por tanto, a causa del aumento de la expectativa de vida, del aumento de la dependencia y del cambio en las estructuras familiares, la institucionalización de las personas geriátricas se ha convertido en la forma dominante de atención a largo plazo para los ancianos. Estos últimos años la población geriátrica institucionalizada en España ha aumentado considerablemente y seguirá creciendo al igual que lo hará la población mayor de 65 años.

Sin embargo, la reubicación de los ancianos en residencias puede suponer un gran desafío para ellos, ya que implica el abandono de su hogar y de patrones de vida antiguos y familiares. Además, este cambio suele ir acompañado de sentimientos de abandono y soledad (Ren, 2022).

La soledad, se ha identificado como un factor de riesgo para la salud física y mental de las personas mayores, ya que tiene consecuencias como el desarrollo de trastornos psicológicos (ansiedad y depresión), deterioro cognitivo y mayor riesgo de mortalidad, entre otros.

Por ello, debido a los efectos negativos que presenta la soledad en los ancianos, se cree necesario buscar las herramientas idóneas para la valoración y detección de esta que permitan actuar en caso de que fuera necesario, así como realizar una prevención

adecuada que mejore la calidad de vida de las personas geriátricas institucionalizadas (Palma Ayllón y Escarabajal Arrieta, 2021).

Así pues, ya que la institucionalización de personas mayores se ha convertido en una forma de cuidados muy común y esto puede conllevar a un aumento del sentimiento de soledad, este estudio trata de determinar el grado de percepción de soledad en pacientes geriátricos institucionalizados, con la finalidad de valorar que nivel presentan, así como los factores sociodemográficos que más influyen.

Se ha obtenido que la media de percepción de soledad se corresponde con el nivel moderado, a pesar de que el grupo mayoritario presentó un nivel bajo. Además, según los niveles establecidos, las personas geriátricas institucionalizadas presentan un 23,1% un nivel de percepción de soledad alto, un 23,1% un nivel moderado, un 38,5% un nivel bajo y un 15,4% un nivel muy bajo. Finalmente, los factores sociodemográficos que se han relacionado con un mayor nivel de percepción de soledad son el ser hombre, tener entre 75 y 79 años, estar divorciado o viudo y no recibir visitas y/o llamadas.

1. MARCO TEÓRICO

1.1. Envejecimiento y paciente geriátrico

El envejecimiento, desde un punto de vista biológico, según la OMS (2022), es el resultado de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un mayor riesgo de enfermedad y, en última instancia, a la muerte.

Por otro lado, se suele definir paciente geriátrico, como aquel de edad avanzada, normalmente con pluripatología y polimedicado, que presenta una dependencia funcional para actividades instrumentales o de la vida diaria, frecuente deterioro cognitivo y de la calidad de vida y una mayor necesidad de recursos sociales (Blanco Tarrío, 2019).

Sin embargo, durante la vejez existe una amplia diversidad, ya que, dependiendo del entorno físico y social en el que se encuentren las personas, les permitirá unas determinadas oportunidades y hábitos relacionados con la salud (OMS, 2022).

1.2. Soledad

La definición de soledad actualmente más aceptada y empleada por la comunidad científica y la literatura internacional, proviene de una teoría formulada por Perlman y Peplau (1981), y esta dice: «la soledad es una experiencia desagradable que ocurre cuando la red de relaciones sociales de una persona es deficiente en algún sentido importante, sea cuantitativa o cualitativamente».

Existe otra definición muy aceptada de De Jong Gierveld (1987), quien describe la soledad como un sentimiento que llegan a sufrir las personas al percibir una falta de relaciones sociales, insatisfactoria o inadmisibles, bien porque su número es inferior al que desean o bien porque no aportan la intimidad, el afecto o la valoración esperados (Gallardo Peralta, et al., 2023; López Doblás y Díaz Conde, 2018a; Palma Ayllón, y Escarabajal Arrieta, 2021).

Así pues, la soledad se trata de una experiencia subjetiva y negativa, que resulta de la evaluación cognitiva en la que existe una diferencia significativa entre las relaciones sociales que se desean y las que poseen realmente (Carrillo Lopez, et al., 2021; López Doblás y Díaz Conde, 2018a).

Esta experiencia desagradable debida al inadecuado cumplimiento de las necesidades sociales, se puede sufrir en cualquier momento de la vida, sin embargo, las personas de edad avanzada presentan una serie de factores que les hacen más vulnerables a sufrir soledad (Gallardo Peralta, et al., 2023; Palma Ayllón y Escarabajal Arrieta, 2021).

1.3. Tipos de soledad

Dentro de la soledad, algunos autores, siguiendo a Weiss (1973), desglosan el sentimiento de soledad en dos dimensiones básicas que pueden darse en paralelo. Por un lado, la soledad emocional o íntima, en la que existe una ausencia de una figura íntima o confidente en la vida de las personas. Por otro lado, la soledad social o relacional y colectiva, debida a la falta de una red amplia y efectiva de familiares, amigos o vecinos, lo que conduce a una integración social deficiente y a sentirse poco valorado (López Doblás y Díaz Conde, 2018a; Zazo Yuan y Delas Amat, 2022).

1.4. Factores asociados a la percepción de la soledad

Ahora bien, con la finalidad de valorar la percepción de la soledad en personas mayores, se debe de tener en cuenta una serie de factores predisponentes que permitirán una correcta cuantificación de la soledad. A continuación, en la Tabla 1, quedan representados factores y variables de cada uno, establecidos por diversos autores (Esteve Esteve, et al., 2021; Gallardo Peralta, et al., 2023; Hernández Gómez, et al., 2021; Kyung Choi y Heui Lee, 2022; López Doblás y Díaz Conde, 2018a; Palma Ayllón y Escarabajal Arrieta, 2021; Ren, 2022; Rodríguez López y Castro Clemente, 2019).

Tabla 1: Factores y variables asociados a la percepción de soledad. Fuente: Elaboración propia, 2023.

FACTORES	VARIABLES
Sociodemográficos	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo • Edad • Estado civil • Tener hijos/as, nietos/as • Residencia (tamaño y compañía: solos, convivencia matrimonial o cohabitación) • Nivel de estudio

	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel socioeconómico y problemas económicos • Nacionalidad
Psicosociales	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo social percibido • Fuentes de apoyo social • Tamaño de la red • Frecuencias del contacto (visitas, llamadas) • Satisfacción con las relaciones sociales • Cuidados formales e informales • Aislamiento, desconexión social • Participación social, actividades sociales, integración en la comunidad • Uso de TIC para mantener vínculos sociales • Calidad de vida, bienestar subjetivo, satisfacción con la vida • Resiliencia • Religión • Cultura • Recursos contra la soledad (radio, televisión, animales, plantas, tareas, aficiones, visitas, compras, paseos, encuentros casuales...)
Médicos	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno mental, depresión, ansiedad, estrés • Problemas de salud, comorbilidad • Nivel de funcionalidad física, problemas de movilidad, fragilidad • Funcionamiento, deterioro cognitivo • Conductas de riesgo: fumar, consumir, alcohol, sedentarismo, malnutrición, etc. • Discapacidad • Dependencia
Ambientales	<ul style="list-style-type: none"> • Zona de residencia (rural / urbana) • Tipo de residencia (vivienda / residencia) • Barreras arquitectónicas

	<ul style="list-style-type: none"> • Lejanía geográfica respecto a las redes relevantes • Seguridad percibida del barrio • Satisfacción residencial, con los servicios del barrio • Sentido de pertenencia al lugar
Curso de la Vida	<ul style="list-style-type: none"> • Eventos negativos (muerte de la pareja, cambio en la situación financiera, reducción de redes sociales, pérdida de funcionalidad física y/o cognitiva, cambio de domicilio, etc.) • Tiempo transcurrido desde que finalizó el matrimonio

1.5. Diferencia entre soledad y aislamiento

El sentimiento de soledad y el aislamiento social son términos que en ocasiones se han utilizado indistintamente, pero deben diferenciarse. El sentimiento de soledad se trata de una percepción subjetiva, negativa e involuntaria acerca de la estructura de la interacción social. Este sentimiento no está determinado por la frecuencia objetiva de los contactos de una persona en un espacio y tiempo determinado, sino que se trata de una insatisfacción motivada por la falta de ciertas relaciones o la pérdida de calidad en los contactos, es decir, tiene que ver con la manera en la que los individuos perciben, experimentan y evalúan la falta de comunicación interpersonal. En cuanto al aislamiento social, este se trata de una falta objetiva de contacto o interacción social con otras personas, es cuantificable e implica un distanciamiento voluntario de la red social (Hernández Ascanio, et al., 2021; Hernández Gómez, et al., 2021; López Doblas y Díaz Conde, 2018a; Palma Ayllón y Escarabajal Arrieta, 2021; Rodríguez López y Castro Clemente, 2019).

De esta manera, el aislamiento social puede tener como consecuencia el sentimiento de soledad, sin embargo, hay personas con pocos contactos que no llegan a sentirse solas o, al contrario, se sienten muy solas. Como se ha comentado, el sentimiento de soledad depende de sus deseos y expectativas respecto de las relaciones. Del mismo modo, vivir solo no es sinónimo de sentirse solo o no tener relaciones, pero sí que se puede tratar de un factor desencadenante (Hernández Gómez, et al., 2021; López Doblas y Díaz Conde, 2018a; Palma Ayllón y Escarabajal Arrieta, 2021).

1.6. La soledad relacionada con la salud

El aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento de la población, además de haberse convertido en un desafío económico, social y sanitario, comportan soledad. Esta a su vez, se trata de un factor de riesgo que afecta a la salud, el bienestar y a la calidad de vida de las personas mayores. Por tanto, se puede afirmar que la salud y la soledad están asociadas de forma negativa (Hernández Ascanio, et al., 2021; Kyung Choi y Heui Lee, 2022; Palma Ayllón y Escarabajal Arrieta, 2021; Zazo Yuan y Delas Amat, 2022).

De este modo, la soledad afecta tanto a la salud física, destacando riesgos de enfermedades cardiovasculares y en la funcionalidad física, como a la salud mental. La salud mental se ve más afectada, dando lugar a depresión, ansiedad, trastornos del sueño, deterioro cognitivo, baja autoestima, estrés, psicosis, demencia incipiente y pensamientos suicidas. De forma inversa, la propia enfermedad puede dar lugar al sentimiento de soledad, y es aquí donde resaltamos enfermedades oncológicas, de discapacidad física, mentales y crónicas, tales como cardiovasculares o degenerativas (Gallardo Peralta, et al., 2023; Hernández Gómez, et al., 2021; Kyung Choi y Heui Lee, 2022; Palma Ayllón y Escarabajal Arrieta, 2021).

1.7. Valoración de la soledad mediante metodología cuantitativa y cualitativa

En consecuencia, con tal de estudiar la soledad mediante una metodología de investigación cuantitativa, existen diversas escalas: la escala de *De Jong Gierveld Loneliness Scale* (DJGLS), la *University of California at Los Angeles* (UCLA), la *Social and Emotional Loneliness Scale for Adults* (SELSA) y la escala *ESTE* para valorar soledad familiar, conyugal, social y crisis existencial. También se puede valorar mediante preguntas. En cambio, si se estudia la soledad a través de una metodología de investigación cualitativa, las técnicas de recogida de datos más utilizadas son las conversacionales, para ellas se realizan entrevistas en profundidad individuales o grupos de discusión (Buz, Urchaga y Polo, 2014; Gallardo Peralta, et al., 2023; Guimarães Amorim, et al., 2019; Pinel Zafra, Rubio Rubio y Rubio Herrera, s.f.; Velarde Mayor, Fragua Gil y García de Cecilia, 2016).

No obstante, a pesar de la existencia de programas comunitarios de salud que mediante instrumentos como los anteriormente nombrados, tratan de detectar e intervenir de forma precoz sobre la soledad, estos siguen siendo insuficientes. La existencia de condicionantes tales como: las limitaciones del modelo biomédico para la atención integral a la ancianidad, la falta de tiempo para la consulta/seguimiento de los pacientes, las dificultades de trabajar en los domicilios/residencias o su escaso abordaje dentro de las actividades de formación continuada, evitan el abordaje correcto del problema (Hernández Ascanio, et al., 2021).

Por tanto, la importante asociación entre la soledad y la salud comporta a la demanda de un instrumento estandarizado que permita la detección y el tratamiento precoz de la soledad, y su integración en el sistema de salud (Hernández Gómez, et al., 2021).

2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN E HIPÓTESIS

Objetivo general: Conocer el grado de percepción de la soledad en personas geriátricas institucionalizadas.

Objetivos específicos:

- Analizar los principales factores sociodemográficos que afectan en mayor medida a la percepción de la soledad en personas geriátricas institucionalizadas.
- Determinar el sexo que presenta un mayor grado de percepción de la soledad.
- Determinar, dentro de las personas mayores de 65 años, que grupo de edad presenta un mayor grado de percepción de la soledad.
- Determinar el tipo de estado civil que presentan las personas con un mayor grado de percepción de la soledad.
- Establecer como afecta a la percepción de la soledad de las personas institucionalizadas, el hecho de recibir visitas y/o llamadas a la semana.
- Determinar el nivel de estudios que presentan las personas con un mayor grado de percepción de la soledad.
- Establecer como afecta a la percepción de la soledad de las personas institucionalizadas, el hecho de tener hijos y/o nietos o no tener.
- Establecer como afecta a la percepción de la soledad de las personas institucionalizadas presentar enfermedad/es crónica/s o no.
- Conocer el momento del día en el que las personas geriátricas institucionalizadas perciben en mayor medida sentimientos de soledad.
- Conocer el impacto que la institucionalización ha tenido en la percepción de la soledad de las personas geriátricas.

Hipótesis:

- El grado de percepción de la soledad en personas geriátricas institucionalizadas es elevado.

3. METODOLOGÍA

3.1. Tipo de estudio

Este estudio es de tipo cuantitativo, ya que se centra en la obtención de datos válidos y fiables para poder comprobar hipótesis. Este tipo de investigación se basa en la medición numérica y en el análisis estadístico, y tiene como finalidad determinar la fuerza de las asociaciones o correlaciones entre variables, la generalización y objetivación de los resultados a través de una muestra para ser inferencia en una población. Debido a que el presente estudio trata de determinar el grado de soledad percibida en personas geriátricas institucionalizadas y a su vez ver como influyen diversas variables sociodemográficas sobre este resultado, la investigación cuantitativa es la más apropiada para el enfoque que se le pretende dar al estudio (Cadena Iñiguez, et al., 2017; UV, s.f.).

Este estudio presenta un diseño estructurado, por lo que tiene una planificación previa y un seguimiento lineal, riguroso y unidireccional. Asimismo, es observacional, ya que el investigador no interviene de forma activa y los datos son observados y medidos en su evolución natural.

El diseño también es de carácter retrospectivo, puesto que, según la direccionalidad, el estudio se inicia en un punto temporal concreto y a partir de este se recoge información acerca de la soledad percibida, es decir, en pasado y presente.

Además, presenta una finalidad descriptiva, por tanto, se puede generar hipótesis causales de la relación entre variables. Concretamente, se trata de un estudio descriptivo transversal o de prevalencia, ya que se realiza un registro simultáneo en una única ocasión de una o más variables y sin periodos de seguimiento. De este modo, obtenemos el grado de percepción de soledad en un momento determinado y en un grupo poblacional concreto, personas geriátricas institucionalizadas.

Así pues, se trata de una investigación cuantitativa, con un diseño estructurado, observacional, descriptivo, transversal o de prevalencia y retrospectivo.

3.2. Revisión bibliográfica

Previo al inicio de la investigación, se ha llevado a cabo una breve revisión de la literatura con la finalidad de valorar los conocimientos y los estudios ya existentes sobre

el tema del que vamos a indagar. Del mismo modo, durante el inicio del estudio, se amplió la revisión ya realizada con tal de aumentar los conocimientos ya existentes del tema y de esta forma poder establecer el marco teórico.

Así pues, tanto en el marco teórico como en otros apartados del trabajo, se han hecho servir diversas bases de datos y otras fuentes de información que han permitido extraer información relevante para el estudio.

Para la revisión de la literatura y la creación del marco teórico, se han utilizado bases de datos tales como: SciELO, ÍNDICES CSIC, PubMed y National Center for Biotechnology Information (NCBI); PubMed Central (PMC). Y con tal de realizar una búsqueda avanzada en estas bases de datos, se han gastado las siguientes palabras clave, tanto en castellano como en inglés dependiendo de la base de datos: *soledad o loneliness, geriatría o geriatrics, anciano o aged e institucionalizado o institutionalized*. Además, en las búsquedas se han combinado las diversas palabras clave anteriores con el operador booleano AND, y con la finalidad de reducir los resultados y a modo de criterio de exclusión, se han combinado también con el operador booleano NOT seguido de la palabra COVID. Cabe destacar, que a las diversas bases de datos se ha accedido a través de Trobes, donde se encuentra el catálogo de bibliotecas de bases de datos de la Universidad de Valencia.

Con la finalidad de refinar la búsqueda de las diferentes bases de datos, fue necesario aplicar criterios de inclusión y de exclusión.

Criterios de inclusión:

- Publicación de los últimos 5 años.
- Texto completo y de libre acceso.
- Idiomas español o inglés.
- No trate sobre el COVID.

Criterios de exclusión:

- Publicación de más de 5 años.
- No texto completo o acceso restringido.
- Otro idioma diferente al español o inglés.
- Trate sobre el COVID

A continuación, en la Tabla 2, se muestra los resultados obtenidos en las diversas búsquedas realizadas. En la primera columna aparece la base de datos utilizada; en la segunda los resultados de la búsqueda utilizando los diversos filtros, es decir, con los criterios de inclusión y exclusión utilizados cuando ha sido necesario disminuir el número de publicaciones disponible; en la tercera aparecen las publicaciones escogidas tras hacer una selección teniendo en cuenta el título y/o el resumen de las diversas publicaciones; y finalmente, en la cuarta columna aparecen el total de publicaciones utilizadas tras una lectura crítica.

Tabla 2: Resultados de las búsquedas en bases de datos. Fuente: Elaboración propia, 2023.

Base de datos	Resultados		Escogidos	Utilizados
SciELO	1º Búsqueda	14	3	2
	2º Búsqueda	11	2	0
	3º Búsqueda	47	3	1
ÍNDICES CSIC	1º Búsqueda	5	1	1
	2º Búsqueda	25	1	1
PubMed	1º Búsqueda	20	4	3
PubMed Central (PMC)	1º Búsqueda	155	3	2

Otras de las fuentes de información utilizadas son páginas webs como la de la OMS o la de la Universidad de Valencia y buscadores como el Google Académico.

3.3. Emplazamiento

El estudio, como marca el objetivo principal, trata de conocer el grado de percepción de la soledad en personas geriátricas institucionalizadas, es por ello, que la recogida de información se realizará en dos residencias.

Para el acceso a ambas residencias, se contacta en primer lugar con los directores, a ellos se les informa acerca del estudio y su finalidad, el tipo de cuestionario que han de cumplimentar los residentes y, además, se adjunta un documento de compromiso de confidencialidad y el documento entregado previamente al Comité de Ética de la Universidad de Valencia para que tengan constancia de él.

A continuación, la propuesta de investigación es aceptada en ambas residencias, y son los trabajadores sociales el enlace entre la investigadora principal y los residentes. Con ellos se habla sobre la realización del proceso de recogida de información y cuáles son los criterios de inclusión y exclusión para que ofrezcan un número aproximado de los residentes que pueden ser susceptibles de contestar el cuestionario y acordar el día y la hora que se acude a la residencia.

Así pues, los días 21 y 22 de marzo sobre las 10:30 se acude a ambas residencias. El día 21 la recogida de datos tuvo lugar en La Saleta Campolivar Grupo Colisé, mientras que el día 22 en Residencia Puerto de Sagunto. En ambas, la recogida se realiza en una pequeña sala con sillas y una mesa en la que podían ir entrando los diversos residentes de forma individual. Este lugar permite estar en un ambiente adecuado, sin interrupciones y que respetaba la confidencialidad de los participantes.

3.4. Población de estudio, muestra y criterios de inclusión y exclusión

La población diana, es decir, parte de la población sobre la que se pretende generalizar los resultados, será en este caso las personas geriátricas institucionalizadas. Además, serán las personas sobre las que se quiere estudiar un fenómeno; la percepción de la soledad.

Para realizar el estudio, debido a que es imposible observar todas las unidades de la población con dicha condición, y con la finalidad de optimizar recursos, es necesario seleccionar una muestra. La muestra es el subconjunto de la población sobre la que se realiza el estudio.

Ahora bien, el tipo de muestreo utilizado para conseguir la muestra será de tipo no probabilístico, ya que las residencias de las que se van a extraer los participantes no serán seleccionadas al azar. La elección de las residencias se deberá a que con ambas se tiene contacto a través de conocidos, por tanto, será un muestreo por conveniencia.

Seguidamente, en ambas residencias se seleccionará la muestra de sujetos en función de unos criterios de inclusión y de exclusión. De esta forma, se obtendrá información del total de residentes que cumplan los criterios y que voluntariamente

decidan participar. A continuación, quedan reflejados los criterios de inclusión y de exclusión que se utilizarán para la selección:

Criterios inclusión

- Prestar el consentimiento informado de forma verbal o escrita.
- Tener una edad igual o superior a 65 años.
- Estar institucionalizados o en régimen de centro de día o en régimen completo.
- Estar institucionalizados en un tiempo superior a tres meses.
- No sufrir un deterioro cognitivo severo.
- Presentar comprensión verbal o escrita.
- No presentar barreras lingüísticas.

Criterios exclusión

- Presentar deterioro cognitivo severo.
- Presentar alteraciones/patologías psíquicas que pueda alterar su percepción.
- Menores de 65 años.
- Institucionalización inferior a 3 meses.
- Ancianos golondrina, solo están institucionalizados ciertos periodos de tiempo.

De esta forma, el tamaño de la muestra no está determinado de forma previa, sino que se sabrá una vez se haya pasado el cuestionario a todos los sujetos susceptibles.

3.5. Variables

Una variable es un indicador, que deriva de un concepto y permite su evaluación.

Las variables que se pretenden valorar en esta investigación y de las que se hablará más detenidamente más adelante, quedan reflejadas en el cuestionario que se pasará a los residentes de ambas residencias, el cual se ha adjuntado en el Anexo A. Este cuestionario, se divide en dos partes bien diferenciadas; en la primera parte se recogen variables sociodemográficas y en la segunda parte se valora la variable percepción de la soledad a través de múltiples preguntas. De esta forma, la suma de las respuestas de la segunda parte del cuestionario ofrece de forma numérica el grado de percepción de soledad de la persona encuestada y, así pues, el resultado de la variable principal del estudio.

3.5.1. Variables sociodemográficas

Por un lado, las variables sociodemográficas son evaluadas en el cuestionario mediante 12 preguntas, todas con respuesta cerrada de forma dicotómica o politómica. Además, cabe destacar que se trata de variables categóricas, es decir, que ofrecen una respuesta cualitativa. Todas las variables sociodemográficas son variables independientes que pueden influir sobre la variable de percepción de la soledad (variable dependiente).

En primer lugar, se pregunta sobre el sexo, variable cualitativa nominal dicotómica, ya que se ofrecen las respuestas:

- Hombre
- Mujer.

Seguidamente, se valora la edad, pero a través de respuestas por grupos de edad, por tanto, se trata de una variable cualitativa ordinal politómica. Puesto que un criterio para la participación en el estudio es tener una edad superior a 65, el primer grupo de edad es de 65 a 69. A continuación, quedan reflejadas las respuestas ofrecidas para esta variable:

- 65 – 69 años
- 70 – 74 años
- 75 – 79 años
- 80 – 84 años
- 85 – 89 años
- 90 – 94 años
- 95 años o más

También se valorará el estado civil, esta variable es de tipo cualitativa nominal politómica y se han ofrecido las siguientes respuestas:

- Soltero/a
- Casado/a
- Divorciado/a
- Viudo/a

El nivel de estudios se trata de una variable cualitativa ordinal, para la cual se han ofrecido los siguientes niveles:

- No sabe leer
- Elementales
- Superiores

Otras variables con respuestas numéricas, pero de tipo cualitativas ordinales politómicas debido a las agrupaciones creadas, son el número de hijos (posibles respuestas en la columna de la izquierda) y el número de nietos (posibles respuestas en la columna de la derecha):

- | | |
|-------|------------|
| ○ 0 | ○ 0 |
| ○ 1 | ○ 1-3 |
| ○ 2 | ○ 4-6 |
| ○ 3-5 | ○ 7-9 |
| ○ >5 | ○ 10 o más |

Ahora bien, también se valora el tipo de régimen de institucionalización, es decir, si los residentes son usuarios de forma completa, o solamente de centro de día. Esta también se trata de una variable cualitativa nominal dicotómica.

- Centro de día
- Completa

En función a la respuesta de la pregunta anterior, se ofrecen 1 o 2 preguntas más.

Así pues, en caso de ser usuario de centro de día, se pregunta sobre con quien convive fuera de la residencia. Esta se trataría de una variable cualitativa nominal politómica, cuyas opciones ofrecidas son las siguientes:

- Vive solo/a
- Con cónyuge
- Con hijos/as
- Con cónyuge e hijos/as
- Otros

Por el contrario, en caso de ser residente de forma completa, se valorará el número de visitas y de llamadas recibidas en una semana, esta variable será de tipo cualitativa ordinal politómica y a continuación quedan reflejadas las posibles opciones de ambas preguntas:

- 0-1
- 2-3
- 4-5
- >5

Con la finalidad de valorar si cumple uno de los criterios de inclusión para ser partícipes de la investigación, se pregunta sobre el tiempo que llevan en la residencia, esta se trata de una variable nominal dicotómica con estas respuestas:

- Más de 3 meses
- Menos de 3 meses

Finalmente, la última variable no perteneciente al grupo de preguntas acerca de la percepción de la soledad es la que valora si la persona encuestada presenta o no una o más enfermedades crónicas para las que requiera tratamiento, se trata de una variable cualitativa nominal dicotómica con las respuestas más habituales:

- Sí
- No

3.5.2. Variable principal del estudio

La variable principal del estudio es el grado de percepción de la soledad en personas geriátricas institucionalizadas. El resultado de esta variable se obtiene a través de la suma de las respuestas de 15 preguntas.

Las preguntas 2 y 3, a diferencia del resto, valoran el momento del día en el cual perciben mayor soledad y si la percepción de la soledad ha variado en comparación a antes de estar en la residencia. Por tanto, estas son variables nominales politómicas, cuyas respuestas quedan reflejadas en las columnas de bajo respectivamente y no son utilizadas para el sumatorio que ofrecerá el grado de soledad percibida:

2:

- Mañana
- Tarde
- Noche

3:

- Más solo/a que ahora
- Igual de solo/a que ahora
- Menos solo/a que ahora

En cuanto a las preguntas 1 y de la 4 a la 17, son preguntas que valoran la variable principal. Se trata de un total de 15 preguntas con respuestas de tipo Likert con 5 opciones de respuesta:

- Muy frecuentemente
- Frecuentemente
- Ocasionalmente
- Raramente
- Nunca

Estas son las preguntas de cuya suma de puntuaciones se obtendrá el grado de soledad percibida:

1. Con qué frecuencia se siente solo/a:
4. Con qué frecuencia siente que no tiene a nadie con quien hablar:
5. Con qué frecuencia siente que nadie le entiende:
6. Con qué frecuencia se encuentra a sí mismo/a esperando que alguien le llame, le escriba o le visite:
7. Con qué frecuencia siente que es difícil hacer amigos:
8. Con qué frecuencia se siente abandonado/a:
9. ¿Echa de menos la compañía de otras personas (familia, amigos, etc.)?
10. ¿Se siente feliz?
11. ¿Se siente querido?
12. ¿Cree que hay personas que se preocupan por usted?
13. ¿Cree que tiene suficientes personas a las que recurrir en caso de necesidad?
14. ¿Tiene a alguien con quien hablar de sus problemas diarios?
15. ¿Se relaciona con otras personas?
16. ¿Participa en las diversas actividades que se organizan en la residencia?

17. ¿Utiliza el teléfono móvil para comunicarse con otras personas?

3.6. Métodos y técnicas de recogida de datos

Los estudios cualitativos como este, presentan métodos de recogida de datos más estructurados y controlados, puesto que su finalidad trata de obtener datos de la forma más precisa posible.

Concretamente en este estudio se obtendrán datos primarios, debido a que el método de recogida de datos escogido es el cuestionario. Se trata de un cuestionario de elaboración propia (Anexo A), el cual ha sido creado a raíz de otros cuestionarios ya existentes y validados, tales como: Jong Gierveld Loneliness Scale (DJGLS), University of California at Los Angeles (UCLA), Social and Emotional Loneliness Scale for Adults (SELSA) y escala ESTE (Buz, Urchaga y Polo, 2014; Guimarães Amorim, et al., 2019; Pinel Zafra, Rubio Rubio y Rubio Herrera, s.f.; Velarde Mayor, Fragua Gil y García de Cecilia, 2016).

El cuestionario esta dividido en dos partes; la primera se centrará en variables sociodemográficas que permitirán saber un poco sobre el contexto de la persona encuestada, pero siempre conservando el anonimato y; la segunda parte se trata de preguntas acerca de la percepción de la soledad.

En ambas partes las respuestas serán cerradas y los participantes solo seleccionarán una de las posibles opciones preestablecidas. Mientras que la primera parte las preguntas presentan entre 2 y 7 posibles respuestas, la segunda parte a excepción de las preguntas 2 y 3 que presentan 3 opciones de respuesta, el resto presenta 5 respuestas en formato Likert, las cuales permiten medir de forma gradual.

Las respuestas de la segunda parte valoran la frecuencia con la que las personas perciben un suceso. De esta forma los participantes podrán seleccionar una de las siguientes opciones: «muy frecuentemente», «frecuentemente», «ocasionalmente», «raramente» y «nunca», y posteriormente cada una de estas respuestas se equiparará a un valor numérico de entre 0 y 4 en función de la pregunta. En las preguntas 1 y de la 4 a la 9, «muy frecuentemente» será equivalente a un 4 y «nunca» a un 0, mientras que de la 10 a la 17, «muy frecuentemente» será equivalente a un 0 y «nunca» a un 4.

Así pues, el valor numérico ofrecido a cada respuesta será sumado con la finalidad de obtener la variable principal, el grado de soledad percibida. Finalmente, el sumatorio total será un valor de entre 0 y 60, que permitirá clasificar a la persona en uno de los siguientes niveles de percepción de soledad establecidos según la puntuación obtenida:

- 0 – 12: Muy bajo
- 13 – 24: Bajo
- 25 – 36: Moderado
- 37 – 48: Alto
- 49 – 60: Muy alto

3.7. Análisis de datos

Con la finalidad de llevar a cabo el análisis de los datos recogidos a través del cuestionario se realizará un análisis estadístico descriptivo.

El análisis se iniciará mediante la sistematización de la información, es decir, se codificarán todos los resultados de los cuestionarios. Así pues, se utilizará el Excel para traducir todas las respuestas posibles en códigos numéricos, por ejemplo: Sí = 1 / No = 0.

Debido a que los cuestionarios son contestados de forma manual en papel, los resultados también serán digitalizados de forma manual. Para ello se creará una matriz de datos y de variables, y una vez se hayan pasado todas las respuestas de todos los cuestionarios, habrá llegado el momento de tratar los datos y analizarlos para extraer los resultados deseados.

El análisis, como ya se ha comentado se realizará mediante estadística descriptiva, así pues, se realizará una descripción y organización de los datos de forma que sean de fácil visualización y queden resumidos.

3.8. Ética

Con tal de respetar los principios éticos de todas las personas partícipes de esta investigación, previo a cualquier contacto con los participantes se solicita permiso al Comité de Ética de la Universidad de Valencia.

Además, se solicita permiso a la dirección de ambas residencias, en ellas es aceptada la investigación y los trabajadores sociales informan acerca del número de personas que pueden participar según los criterios de inclusión y de exclusión.

Una vez en la residencia, se les cuenta a los posibles participantes que se trata de un cuestionario anónimo, voluntario y sin riesgos asociados, en el que tienen la posibilidad de abandonar en cualquier momento. Se les explica el motivo del estudio y de que trata, para que así decidan si participar siendo conocedores de aquello que se les va a preguntar. Del mismo modo, también se les informa sobre la protección de datos de acuerdo con la «Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales».

También se comenta tanto a los directores del centro como a los posibles participantes que se trata de un estudio que no presenta riesgos, sino todo lo contrario, todo lo extraído del estudio será beneficioso para aumentar los conocimientos sobre el tema.

Finalmente, para ofrecer la intimidad necesaria a la hora de contestar el cuestionario, se habilita una sala en la que solo entrarán de forma individual aquellos que ofrezcan previamente su consentimiento escrito ya que deciden participar voluntariamente.

3.9. Limitaciones del estudio

El estudio realizado a priori presenta una serie de limitaciones que mayoritariamente afectarán a la generalización fiable de los resultados.

En primer lugar, al tratarse de un estudio observacional, descriptivo, transversal o de prevalencia y retrospectivo, este es un tipo de estudio con baja evidencia científica, por tanto, sus resultados serán poco rigurosos.

En segundo lugar, otra limitación se ha encontrado al no poder obtener la muestra de forma probabilística, esto conlleva a que la muestra se obtenga de forma no probabilística a través de la conveniencia, por lo que puede conllevar a un sesgo de elección.

El tamaño de la muestra ha resultado ser de 26 participantes, a pesar de la participación del total de personas que cumplían los requisitos en ambas residencias. Por ello, puede que sea una muestra insuficiente para ofrecer el rigor necesario y poder aportar resultados aplicables a otros grupos.

Además, el hecho de que solo cumplieran los requisitos los participantes institucionalización con régimen completo impidió la valoración de la percepción de soledad en las personas que acudían a las residencias cómo centro de día. Por tanto, disminuyó la información obtenida en este aspecto.

Igualmente, se ha considerado otra limitación un posible sesgo en la información obtenida, ya que puede que haya participantes pasando por acontecimientos del curso de la vida que afecte a su percepción de la soledad tales como: muerte de la pareja, familiares o amigos, reducción de redes sociales, pérdida de funcionalidad física y/o cognitiva, nuevas patologías o agravamiento de las ya existentes, etc.

Por otro lado, el instrumento de medición utilizado, el cuestionario, permite únicamente respuestas cerradas, por lo que esto podría limitar la capacidad de obtener información más extensa y detallada acerca del sentimiento de soledad.

La fiabilidad y la validez también pueden verse afectadas por errores en la recogida, análisis o interpretación de los datos obtenidos.

Finalmente, a pesar de todas las limitaciones encontradas, dicho estudio podría generalizarse en situaciones de similitud contextual y así pues ser válido y fiable en un emplazamiento similar.

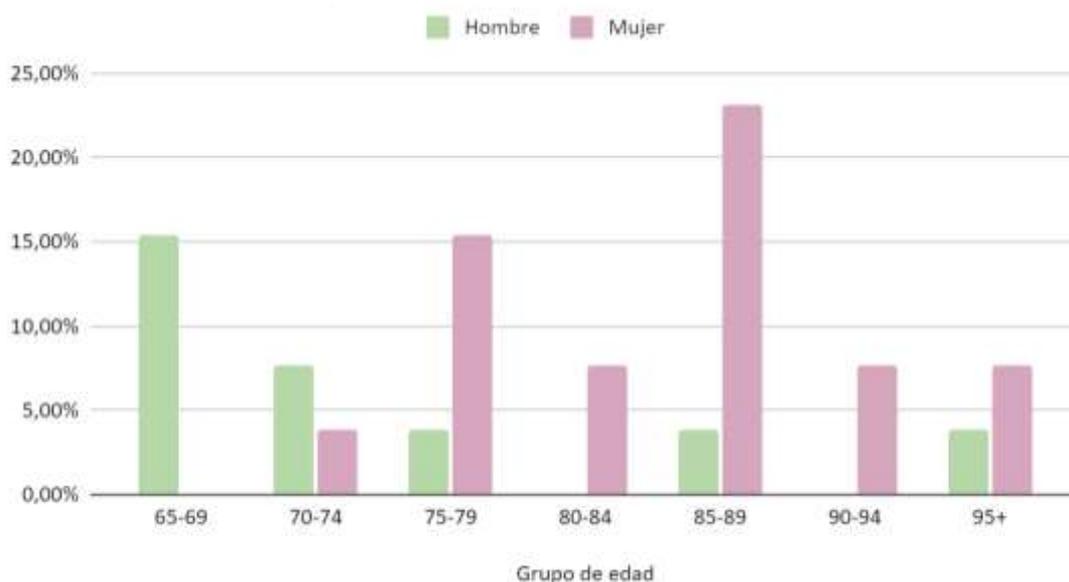
4. RESULTADOS

4.1. Descripción de la muestra

La muestra de este estudio la componen 26 personas geriátricas institucionalizadas. De estas 26 personas, un 65% son mujeres y un 35% son hombres. Además, según al grupo de edad al que pertenecen un 15% tienen de 65 a 69 años, un 12% de 70 a 74, un 19% de 75 a 79, un 8% de 80 a 84, un 27% de 85 a 89, un 8% de 90 a 94 y un 12% tiene 95 o más.

A continuación, en la Figura 1 queda reflejada toda la muestra en función del grupo de edad al que pertenecen y el sexo.

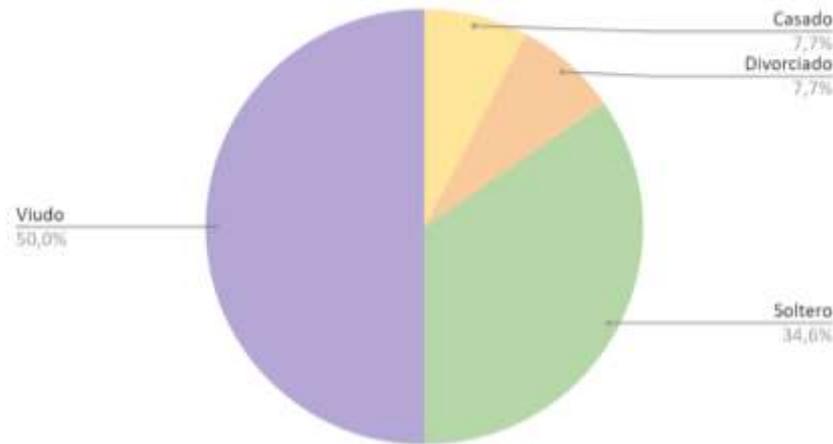
Figura 1: Distribución muestra por sexo y edad. Fuente: Elaboración propia, 2023.



En cuanto a la distribución de la muestra según el estado civil, como se puede observar en la Figura 2, el 50% son viudos, el 34,6% solteros y tanto los casados como los divorciados tienen una representación del 7,7% cada uno.

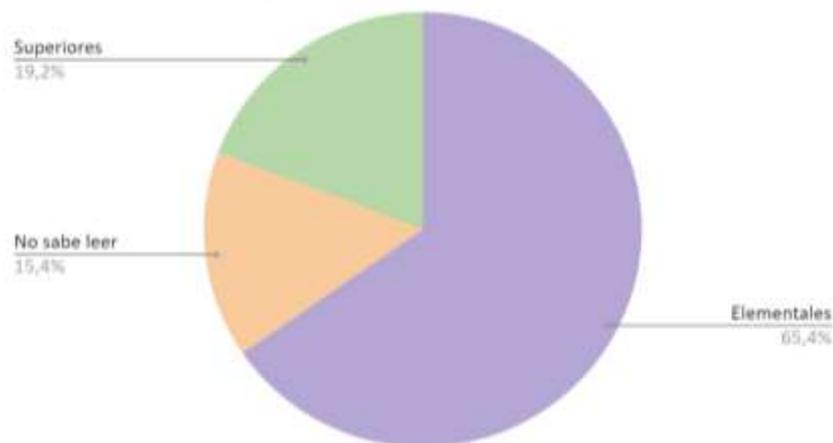
De esta variable, destacar que el total de casadas son mujeres y el total de divorciados son hombres. Sin embargo, el número de solteros es mayor en hombres y el número de viudos es mayor en mujeres.

Figura 2: Distribución muestra por estado civil. Fuente: Elaboración propia, 2023.



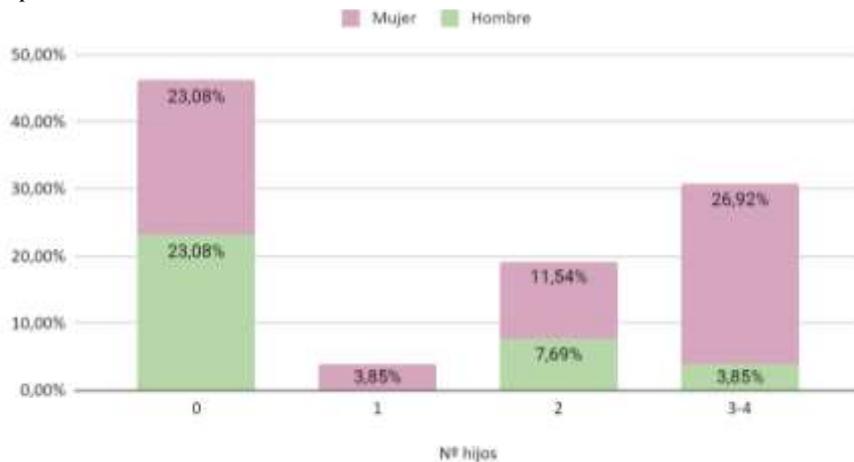
Por otro lado, en cuanto al nivel de estudios, como queda representado en la Figura 3, la mayoría de la muestra, un 65,4%, presenta un nivel elemental, un 15,4% no sabe leer y un 19,2% presenta estudios superiores. En este caso, son mayoritariamente mujeres las que no saben leer y se encuentra un porcentaje mayor de hombres con un nivel superior de estudios.

Figura 3: Distribución muestra por nivel de estudios. Fuente: Elaboración propia, 2023.



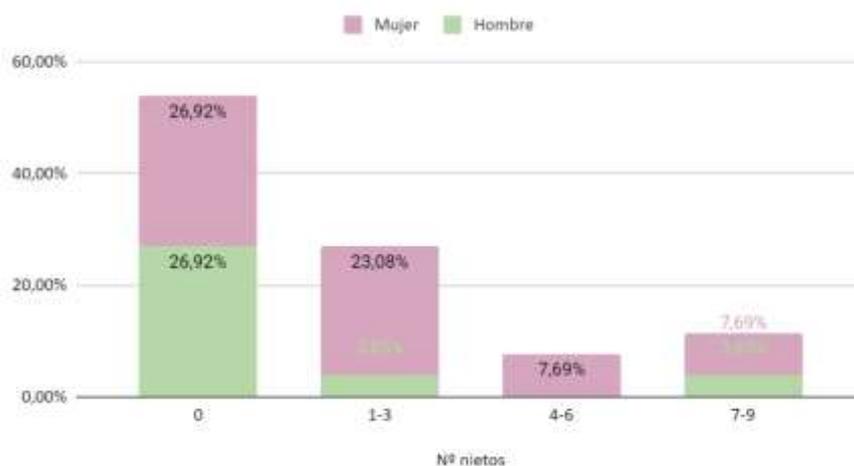
A continuación, en la Figura 4, se puede observar el número de hijos que presentan los residentes. De esta forma se ve que casi el 50% de los residentes no tienen hijos.

Figura 4: Distribución muestra por número de hijos y sexo. Fuente: Elaboración propia, 2023.



Del mismo modo que arriba, en la siguiente Figura 5, se puede visualizar el número de nietos. De nuevo, el 54% de los participantes no tienen nietos.

Figura 5: Distribución muestra por número de nietos y sexo. Fuente: Elaboración propia, 2023.



Puesto que ambas residencias presentaban régimen de institucionalización completa o modalidad de centro de día, se contempló la opción de que los residentes pudieran escoger que tipo de institucionalización seguían. Así pues, el 100% de la muestra presenta una institucionalización de régimen completo, por eso en todos ellos, se obvió la pregunta de con quien convivían fuera de la residencia y se realizó la pregunta sobre el número de visitas y de llamadas que recibían aproximadamente a la semana.

En las siguientes Figura 6 y Figura 7, se puede observar la muestra según el número de visitas y de llamadas que reciben respectivamente y la subdivisión según el sexo. En ambos casos se observa como entre el 40% y el 60% de los residentes no reciben o reciben

una visita o llamada a la semana. Y como se puede ver, son más frecuentes las llamadas que las visitas.

Figura 6: Distribución muestra por número de visitas a la semana y sexo. Fuente: Elaboración propia, 2023.

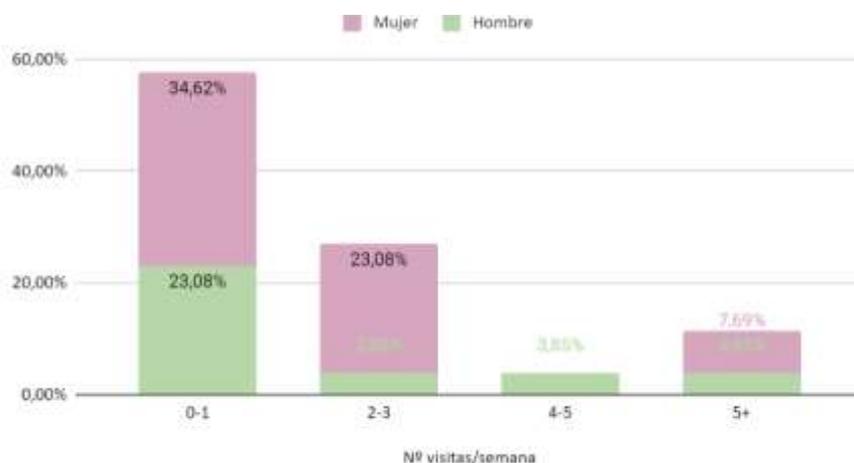
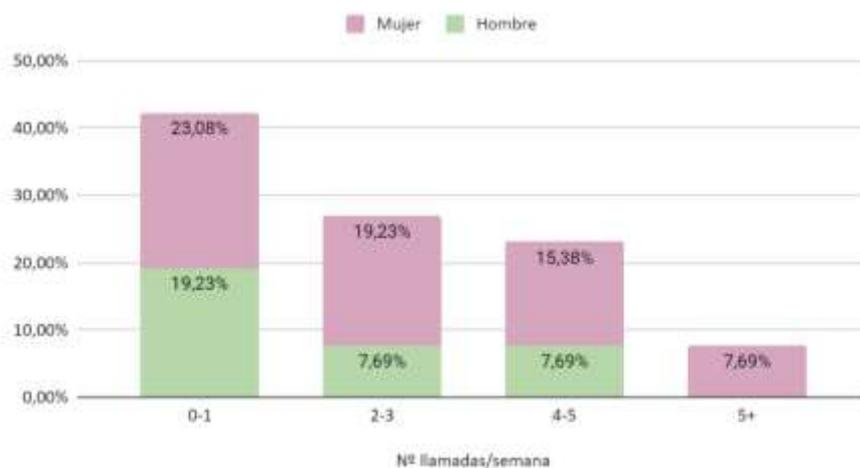


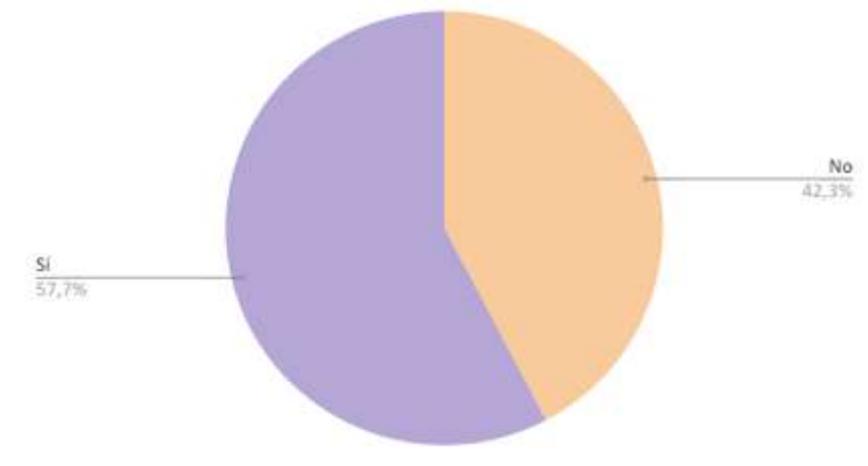
Figura 7: Distribución muestra por número de llamadas a la semana y sexo. Fuente: Elaboración propia, 2023.



Con tal de cumplir con uno de los criterios de inclusión de la muestra, los participantes debían de llevar más de 3 meses institucionalizados. Por tanto, se valoró este aspecto y se observó que el 100% de los que contestaron el cuestionario presentaban un ingreso superior a 3 meses.

Finalmente, la última variable de la que pretendemos ver más adelante su influencia en la percepción de la soledad es la presencia de enfermedades crónicas. De esta, como se visualiza en la Figura 8, podemos decir que del total de la muestra un 57,7% presenta una o más enfermedades crónicas y un 42,3% no presenta.

Figura 8: Distribución muestra por presencia de enfermedad/es crónica/s.
Fuente: Elaboración propia, 2023.



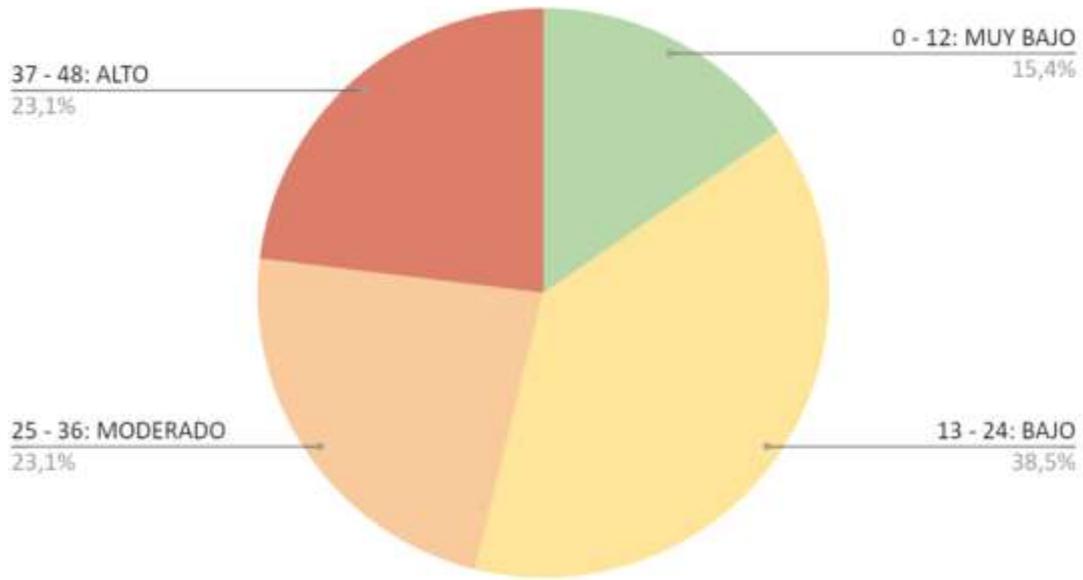
4.2. Grado de percepción de soledad

Tras evaluar las diversas variables sociodemográficas, se pasó a valorar el grado de soledad percibida por los residentes a través de múltiples preguntas. Finalmente, según la puntuación obtenida y como se observa en la Figura 9: un 15,4% de la muestra refiere tener un nivel muy bajo (0-12 puntos) de percepción de soledad, un 38,5% un nivel bajo (13-24 puntos), y tanto el nivel moderado (25-36 puntos) como el alto (37-48 puntos), lo tienen un 23,1% del total de la muestra.

En cambio, ningún participante presentó un nivel muy alto (49-60 puntos), por tanto, este nivel no queda representado ya que le corresponde un 0%.

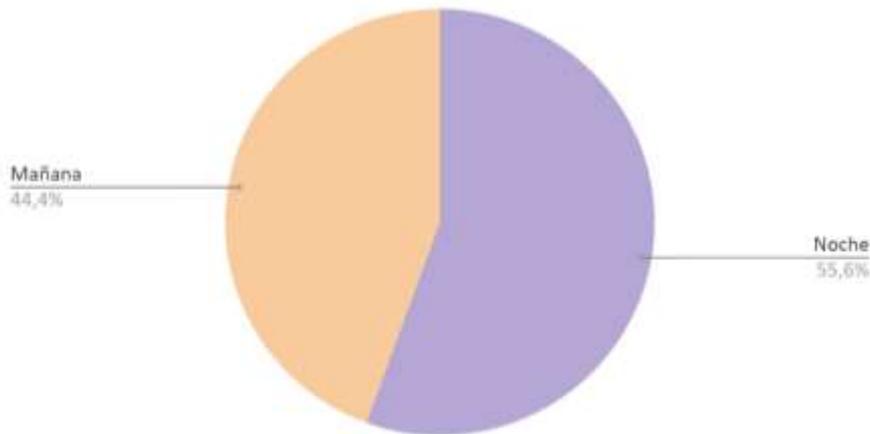
Cabe destacar, que el nivel con el que se representa mayoritariamente la muestra es el de baja percepción de soledad, con un 38,5%. Sin embargo, al realizar la media total de las puntuaciones obtenidas, esta es de 25'3 puntos, lo que quiere decir que el nivel de percepción medio de la muestra es moderado.

Figura 9: Distribución muestra por nivel de percepción de soledad. Fuente: Elaboración propia, 2023.



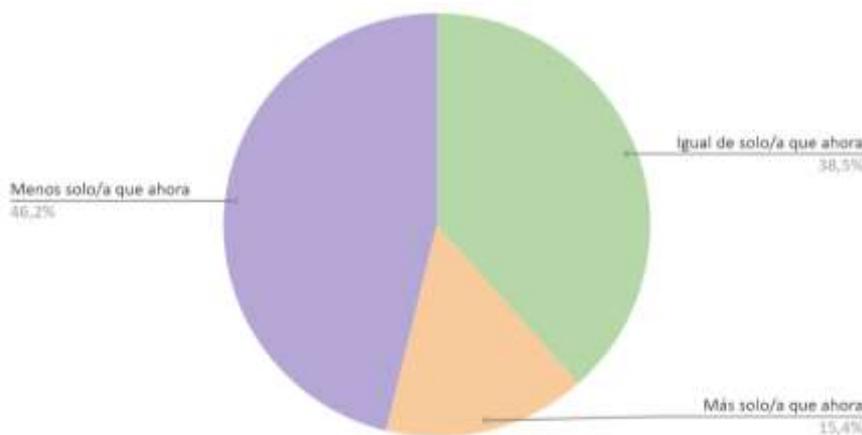
Asimismo, relacionado con la variable principal también se ha valorado el momento del día en el que los residentes perciben en mayor medida el sentimiento de soledad. Así pues, como se observa en la Figura 10, los dos momentos del día en los que aprecia más este sentimiento es por la mañana y por la noche, en cambio, nadie refiere presentar en mayor medida este sentimiento por la tarde.

Figura 10: Distribución muestra por momento del día en el que se percibe mayor soledad. Fuente: Elaboración propia, 2023.



Del mismo modo, también se valoró si tras el ingreso en residencia había aumentado, disminuido o no había habido variación en su percepción acerca de la soledad. Como se observa en la Figura 11, la mayoría de los encuestados, un 46,2%, sentían menor soledad antes de ingresar en la residencia, un 38,5% presentaba la misma apreciación acerca de la soledad y tan apenas un 15,4% presentaba previo al ingreso un sentimiento de soledad mayor.

Figura 11: Distribución muestra por percepción de soledad previa al ingreso en la residencia. Fuente: Elaboración propia, 2023.



4.3. Relación entre la percepción de la soledad y las variables sociodemográficas

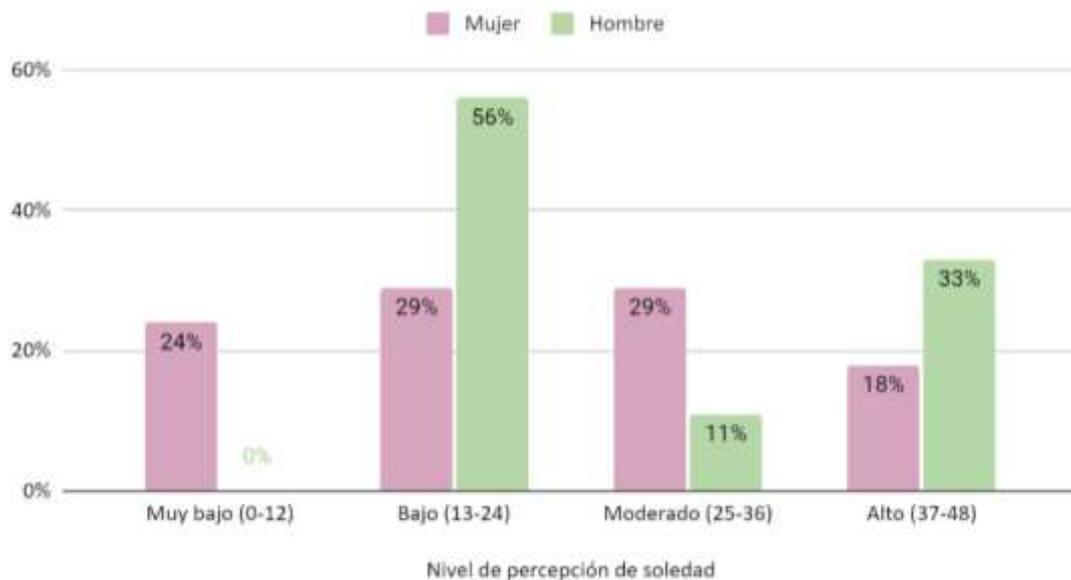
La percepción de la soledad puede estar influenciada por las diversas variables sociodemográficas de cada persona. Por tanto, a continuación, se van a analizar los datos obtenidos a través del cuestionario con la finalidad de esclarecer aquellas variables que han influido en mayor medida en el grado de soledad percibida.

4.3.1. Relación percepción de soledad y sexo

Como ya se ha comentado en la descripción de la muestra, este estudio presenta un total de 65% de mujeres y un 35% de hombres. Ahora bien, analizando cada grupo de forma independiente según el nivel de percepción de soledad, se puede observar (Figura 12) que los hombres tienen una mayor percepción de soledad, puesto que un 33% de ellos presentan un nivel alto, un 11% un nivel moderado y un 56% un nivel bajo. En cambio, las mujeres presentan cifras dispersas, un 18% presenta un nivel alto de percepción de soledad, un 29% tanto un nivel moderado como bajo y un 24% un nivel muy bajo.

Así pues, son los hombres los que tienen una representación mayor en los niveles alto y bajo y son las mujeres en los niveles moderado y muy bajo.

Figura 12: Distribución muestra por nivel de percepción de soledad y sexo. Fuente: Elaboración propia, 2023.



4.3.2. Relación percepción de soledad y edad

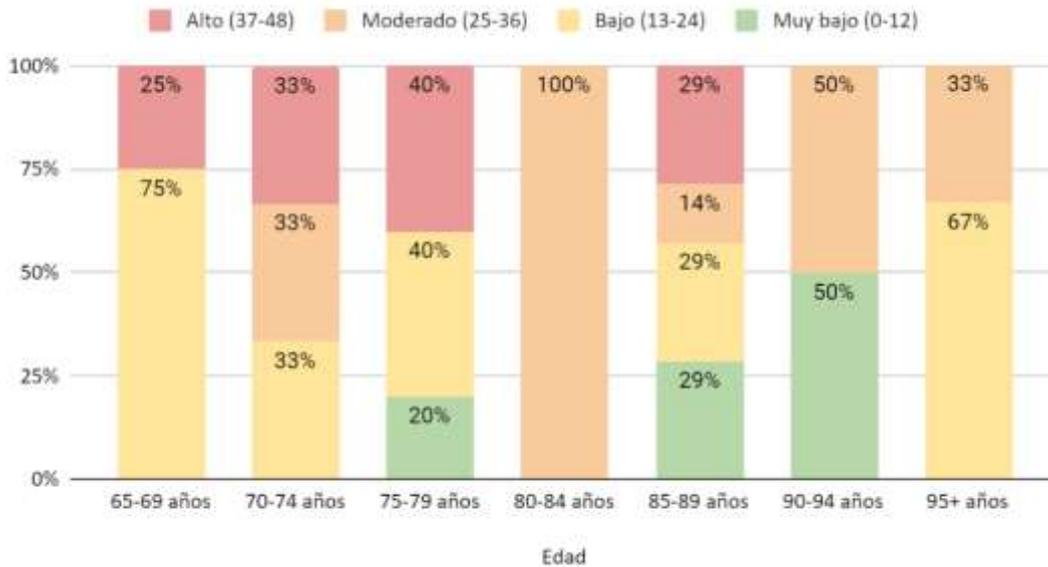
En cuanto a la percepción de la soledad según grupos de edad (Figura 13), podemos decir que el grupo de 75 a 79 años, el cual representa un 19% de la muestra total, es el que mayor percepción de soledad presenta, con un 40% de participantes con un nivel alto, este mismo grupo presenta un 40% de nivel bajo y un 20% de nivel muy bajo.

Por el contrario, el grupo de 90 a 94 años es el grupo de edad con menor percepción de soledad ya que el 50% presenta un nivel muy bajo y el otro 50% un nivel moderado.

Cabe destacar que el grupo de edad de 85 a 89, el cual es el más representativo en la muestra con un 27%, presenta personas en todos los niveles.

Así pues, de forma general, los mayores de 90 años no presentan nivel de percepción de soledad alta. Sin embargo, todos los grupos de edad menores de 80 años presentan mínimo un 25% de nivel de percepción de soledad alto.

Figura 13: Distribución muestra por nivel de percepción de soledad y grupos de edad. Fuente: Elaboración propia, 2023.



4.3.3. Relación percepción de soledad y estado civil

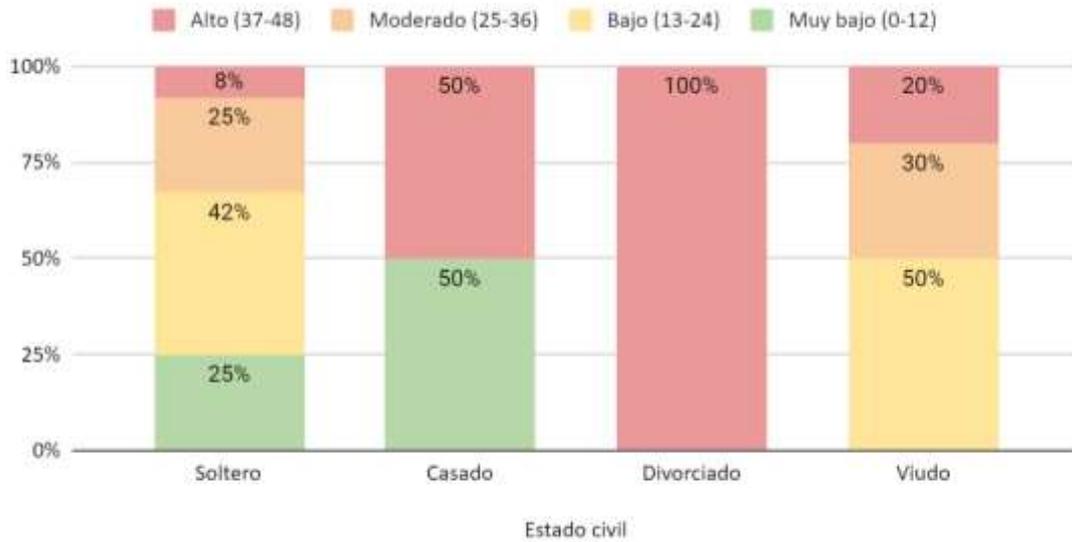
En esta relación de percepción de la soledad y estado civil, destaca en la Figura 14, el grupo de personas divorciadas, ya que todas presentan un nivel de percepción de soledad alto.

El grupo de divorciados, al igual que el grupo de casados, como se ha visto en un apartado anterior, representan un 7,7% de la muestra total cada grupo. Pero a diferencia del grupo de personas divorciadas, las casadas tienen un 50% un nivel de percepción de soledad alto y el otro 50% un nivel de percepción de soledad muy bajo.

Por otro lado, el grupo más representado en la muestra total con un 50%, el grupo de personas viudas, ninguna presenta un nivel de percepción de soledad muy bajo, el 50% presentan un nivel bajo, un 30% un nivel moderado y un 20% un nivel alto.

El grupo de personas solteras, las cuales son un 34,6% de la muestra total, son las que tienen un menor nivel de percepción de soledad, tan apenas un 8% presenta un nivel alto, un 42% presenta un nivel bajo y los niveles moderado y muy bajo tienen un 25%.

Figura 14: Distribución muestra por nivel de percepción y estado civil. Fuente: Elaboración propia, 2023.



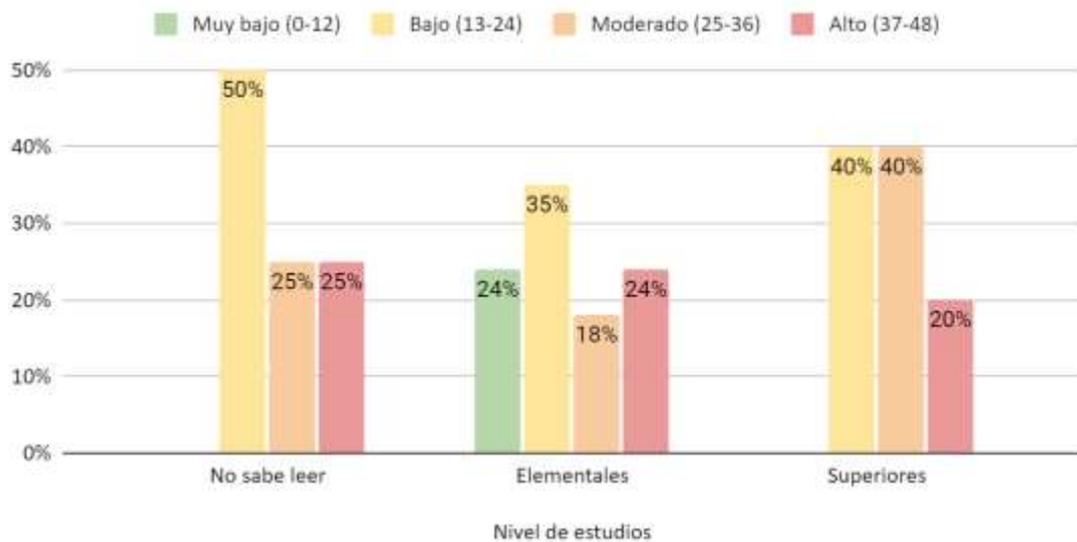
4.3.4. Relación percepción de soledad y nivel de estudios

En la relación del nivel de estudios con la percepción de soledad representada en la Figura 15, se observa como ninguno de los 3 grupos tiene un % claramente más elevado de nivel de percepción de soledad alto, ya que los tres grupos tienen una representación del nivel alto de entre un 20% y un 25%.

Ahora bien, se puede ver como en aquellos que no saben leer y que representan un 15,4% de la muestra total, un 50% tiene un nivel bajo de percepción de soledad.

Y el grupo con mayor representación de la muestra con un 65,4%, el grupo de personas con estudios elementales, son los únicos que tienen representación en todos los niveles entre un 18% y un 35%.

Figura 15: Distribución muestra por nivel de percepción de soledad y nivel de estudios. Fuente: Elaboración propia, 2023.



4.3.5. Relación percepción de soledad y número de hijos y número de nietos

Respecto a la relación entre la percepción de soledad y el número de hijos/nietos, es relevante recordar que alrededor del 50% de la muestra no presentan ni hijos ni nietos. Así pues, el grupo de 0 hijos/nietos representados en las Figura 16 y Figura 17, tienen un 50% de percepción de soledad bajo, un 33% y 29% respectivamente de nivel moderado y un 17% y un 21% de nivel alto. Por tanto, ninguno de ambos grupos presenta un nivel muy bajo, pero tampoco son los grupos con mayor nivel de percepción de soledad.

El 100% de las personas con un hijo/a (4% de la muestra total) presentan un nivel de percepción de soledad bajo y los residentes con 2 o más hijos (50% de la muestra total) son los que mayor nivel de percepción de soledad presentan, aunque también muchos de ellos presentan niveles de percepción de soledad moderado y muy bajo.

Por otro lado, las personas que tienen de 1 a 3 nietos (27% de la muestra total) son los que menor nivel de percepción de soledad presentan, sin embargo, todos los que presentan de 4 a 6 nietos (8% de la muestra total) presentan un nivel de percepción de soledad alto.

Figura 16: Distribución muestra por nivel de percepción de soledad y N.º de hijos. Fuente: Elaboración propia, 2023.

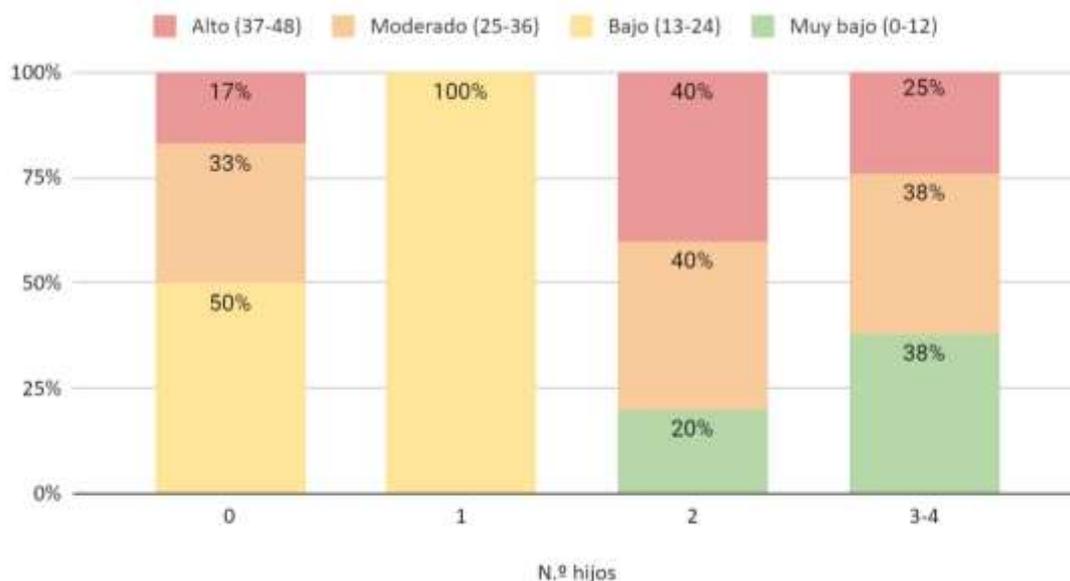
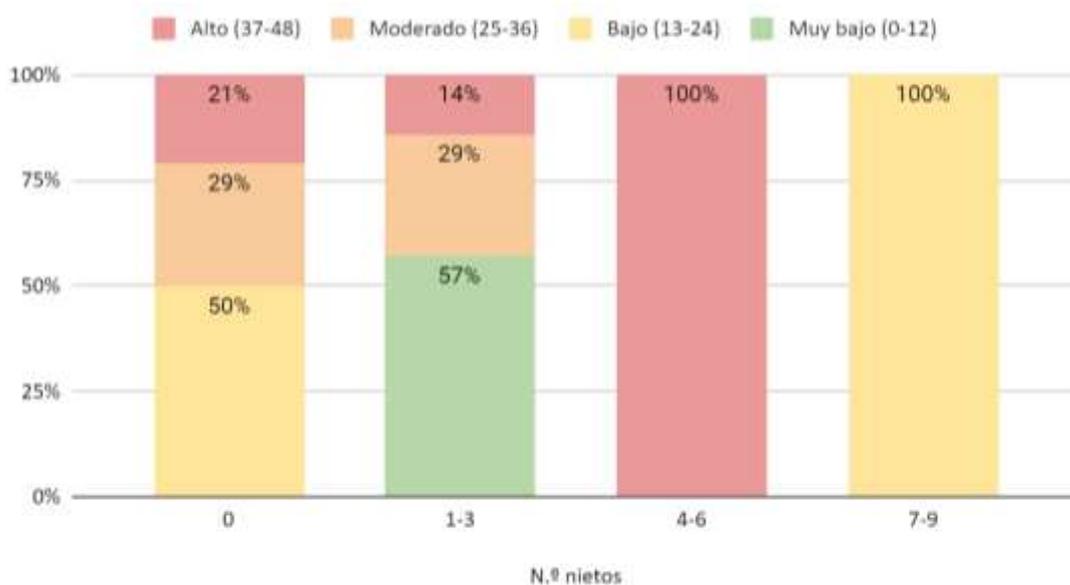


Figura 17: Distribución muestra por nivel de percepción de soledad y N.º de nietos. Fuente: Elaboración propia, 2023.



4.3.6. Relación percepción de soledad y número de visitas y número de llamadas a la semana

A continuación, acerca de la relación entre la percepción de soledad y el número de visitas/llamadas a la semana, de nuevo es importante remarcar que también alrededor del 50% de la muestra presenta entre 0 y 1 visitas/llamadas a la semana. Y como se puede

observar en las Figura 18 y Figura 19, son los grupos con mayor nivel de percepción de soledad (27% y 36% respectivamente).

Centrándonos en el gráfico de número de visitas a la semana, el grupo que recibe más de 5 visitas presenta un 67% con un nivel de percepción de soledad alto y un 33% con un nivel muy bajo, sin embargo, este grupo está conformado por el 12% de la muestra total.

En cuanto al gráfico de número de llamadas a la semana, se puede observar que los grupos de 2 a 3 y de 4-5 llamadas son los que muestran en mayor medida niveles de percepción de soledad bajo y muy bajo, además el conjunto de ambos grupos representa un 50% de la muestra total. Estos mismos grupos presentan un 14% y un 17% respectivamente de niveles de percepción de soledad altos. En cuanto al grupo de más de 5 llamadas a la semana, un 8% de la muestra total, presenta el 100% del grupo un nivel de percepción de soledad moderado.

Figura 18: Distribución muestra por nivel de percepción de soledad y N.º visitas/semana. Fuente: Elaboración propia, 2023.

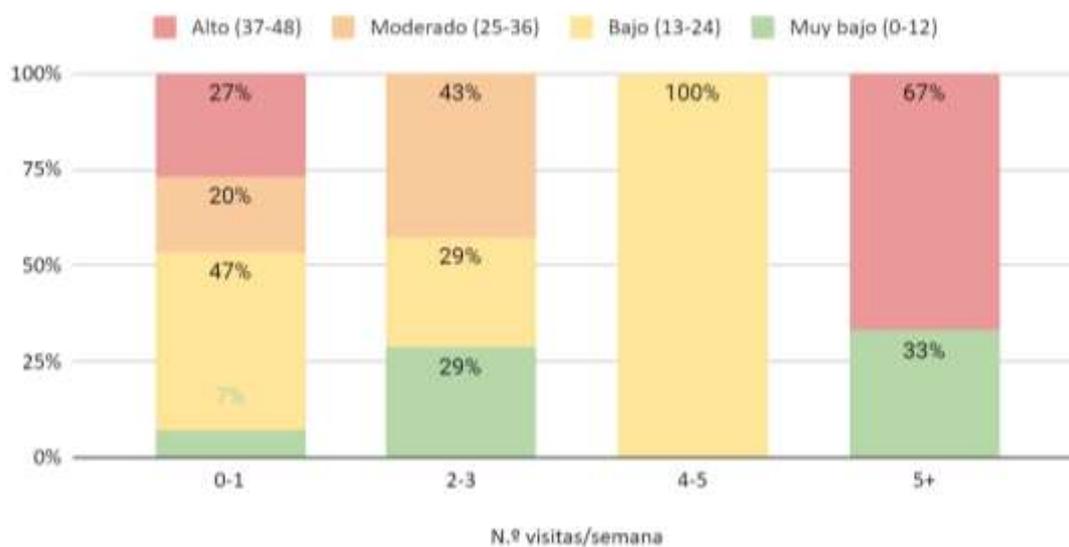
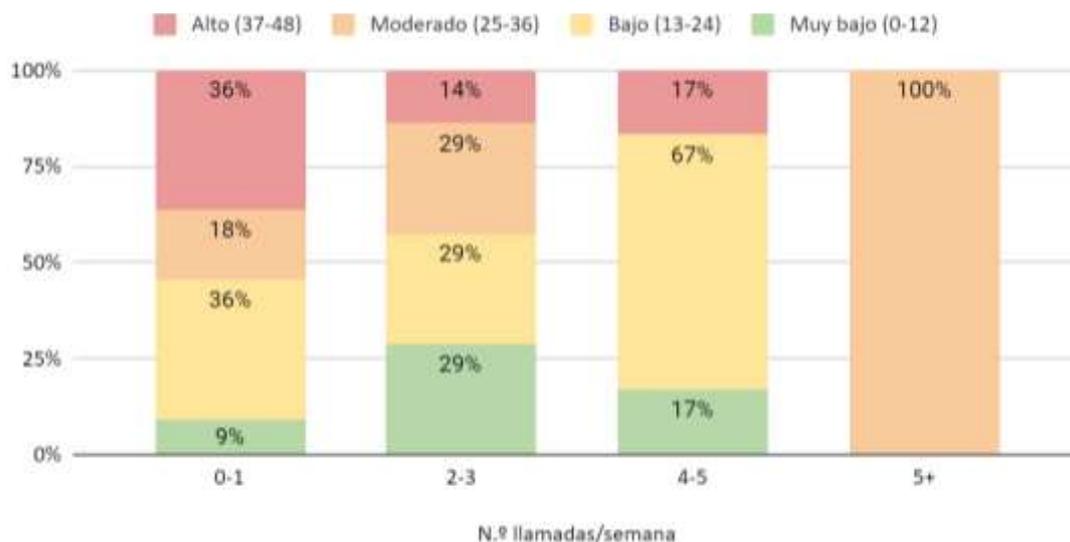


Figura 19: Distribución muestra por nivel de percepción de soledad y N.º llamadas/semana. Fuente: Elaboración propia, 2023.

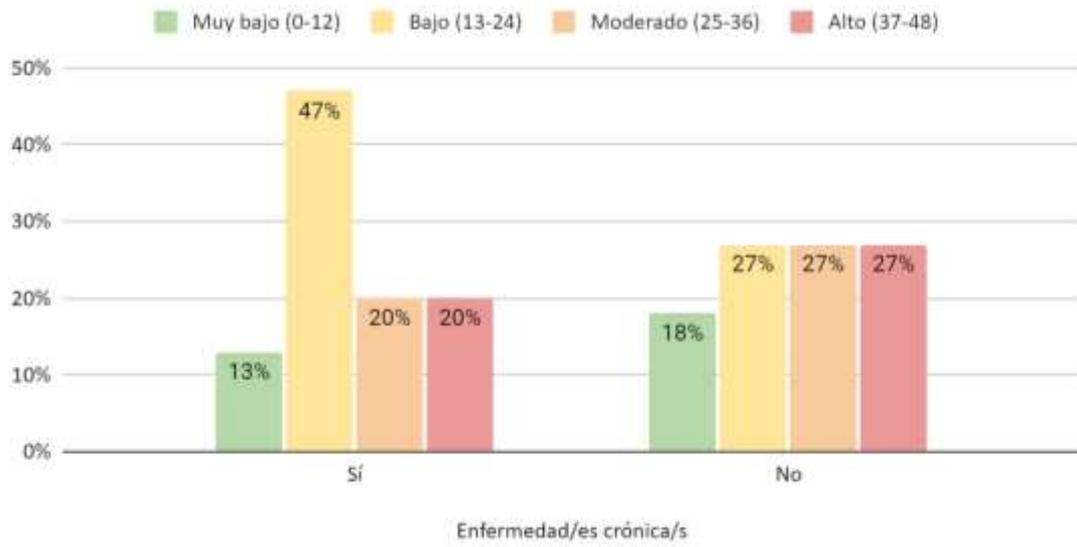


4.3.7. Relación percepción de soledad y presencia de enfermedad/es crónica/s

La presencia o no de una o más enfermedades crónicas en relación a la percepción de soledad, como se puede observar en la Figura 20, no es un factor que influyente en la percepción de soledad, ya que ambos grupos presentan entre un 20% y un 27% en los niveles moderado y alto.

Si que es destacable, que casi un 50% de las personas con enfermedad/es crónica/s presentan un nivel bajo de percepción de soledad. Y las personas sin patologías tienen una representación mayor del nivel de percepción muy bajo (18%), frente a los que sí tienen (13%).

Figura 20: Distribución muestra por nivel de percepción de soledad y presencia de enfermedad/es crónica/s. Fuente: Elaboración propia, 2023.



5. DISCUSIÓN

La soledad se trata de un gran factor de riesgo para la salud física y mental de las personas, y en mayor medida de las personas geriátricas, por lo que, si a eso se suma el abandono del hogar y de las rutinas debido a la institucionalización, la percepción de soledad puede verse aumentada considerablemente.

El presente estudio permitió valorar la percepción de la soledad de las personas geriátricas institucionalizadas, así como los factores sociodemográficos que más han influenciado este resultado.

En cuanto a la muestra, se consiguió un total de 26 participantes pertenecientes a 2 residencias, del total de participantes, un 65% eran mujeres y un 35% hombres, posiblemente, esto se debe a la mayor esperanza de vida de las mujeres frente a los hombres. Del mismo modo, se puede observar como en los dos primeros grupos de edad (de 65 a 69 y de 70 a 74) la muestra de hombres es mayor, en cambio en el resto de los grupos de edad, hay más mujeres.

Además, se puede observar como el 50% de la muestra son viudos y el 35% solteros, estos porcentajes coinciden con un estudio descriptivo transversal realizado en Pamplona (Montes Reula, 2022), el cual ha incluido a 200 personas con una edad mayor o igual a 70 años de los cuales 100 estaban institucionalizados en residencias geriátricas y 100 iban a un centro de día no terapéutico. El estudio trataba de valorar las diferencias entre los grupos y la relación entre variables sociodemográficas, físicas, funcionales, salud mental, calidad de vida y red social. En el estudio de Montes Reula (2022), al igual que se ha podido ver en el presente estudio, las personas casadas o en pareja residen con mayor frecuencia en el domicilio, mientras que los solteros y los viudos viven en residencias para mayores. Así pues, expone que el hecho de tener pareja sería un factor protector frente a la institucionalización en residencias. El mismo estudio, también afirma que comparando la soledad en el ámbito comunitario y en el ámbito residencial, la muestra residencial ha mostrado una prevalencia superior.

En cuanto a la variable principal del estudio, se obtuvo que la media de percepción de soledad de las personas encuestadas era de un nivel moderado, a pesar de que la mayoría se encontraba en el nivel bajo. El 23% presentaban un nivel de percepción de

soledad alto, otro 23% un nivel moderado, un 39% presentaba un nivel bajo y un 15% un nivel muy bajo. Estos resultados, se alejan de los obtenidos en un estudio cuantitativo transversal realizado por Gonçalves Ferreira y Villa Casemiro (2021), el cual tuvo lugar en Brasil y participaron 156 ancianos de entre 60 y 88 años, la mayoría de centros de convivencia, en él solo el 10,9% de los ancianos presentó niveles de soledad de moderado a grave y la mayoría tenían un nivel de mínimo a leve. Esto puede ser debido a la diferencia cultural.

En cambio, otra investigación realizada por Gené Badia, et al. (2019) en Barcelona a 278 personas con 65 años o más y a través de encuestas telefónicas aleatorias, concretó que la prevalencia de la sensación de soledad declarada a través de la encuesta UCLA era del 35,25%; el 18,71% de la población presentaba un grado severo y el 16,54% un grado moderado. Estos resultados se acercan en mayor medida a los obtenidos en el presente estudio, incluso a pesar de haberse realizado a personas no institucionalizadas. Además, esta investigación de Gené Badia, et al. (2019), define que, las variables asociadas a la sensación de soledad son: la edad, el estado civil, vivir solo, tener ayuda domiciliar social, referir barreras arquitectónicas que dificultan o impiden salir a la calle, presentar alteraciones en la marcha, deterioro cognitivo y referir aislamiento social.

Por otra parte, se determinó que el momento del día en el que la percepción de soledad era mayor, era por la noche. En este aspecto coincide con diversos estudios (López Doblas y Díaz Conde, 2018a; López Doblas y Díaz Conde, 2018b), los cuales afirman que la aparición del sentimiento de soledad es más propenso por la noche, normalmente debido al vacío conyugal. Estos dos estudios con los que coincide se tratan de investigaciones cualitativas realizadas en España utilizando grupos de discusión como técnica de recogida de información, en uno de ellos los participantes son personas mayores viudas que viven solas, mientras que el otro crea diversos grupos de discusión diferenciados por sexo y lugar de residencia. Por tanto, puede que el hecho de que la mayoría de las personas sobre las que se valora este hecho sean viudos/as, hace que coincida en que, el momento en el que más se percibe el sentimiento de soledad, sea por la noche. Estos dos estudios mencionados en los que también se valora la soledad en el hogar, coinciden en que la soledad y la ausencia del cónyuge se percibe sobre todo al llegar a casa y al acostarse o de madrugada en caso de tener trastornos del sueño.

También, en cuanto a la percepción de soledad, se preguntó acerca de cómo recordaban sentirse previamente al ingreso, y un 46% refería sentirse menos solo/a que ahora, es decir, que la mayoría percibían un menor sentimiento de soledad en su domicilio en comparación a la residencia. Este dato está estrechamente relacionado con un estudio que valora la calidad de vida en residencias chinas y danesas (Ren, 2022), el cual menciona que el momento de la institucionalización conlleva a un alto grado de incertidumbre y supone un gran desafío y temor para los ancianos ya que presuponen que la residencia no satisfará sus necesidades. Además, el mismo estudio afirma que, los residentes suelen verbalizar sentimientos de abandono y aislamiento por parte de su familia o de la sociedad. Todo esto se acaba traduciendo en experiencias negativas, las cuales tendrán efectos psicológicos como la soledad y la depresión.

Se debe tener en cuenta que, seguramente, la percepción de la soledad aumente tras la institucionalización no solamente por el hecho de abandonar su hogar y su vida en la comunidad, sino también, porque, esta decisión normalmente tomada por la familia, vaya acompañada de la muerte del cónyuge o por el aumento de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria de la persona.

En cuanto a la relación de la percepción de la soledad con una de las variables sociodemográficas más importantes, en este estudio se puede observar que el sexo que presenta mayor percepción de soledad es el masculino. En el nivel de percepción de soledad alto las mujeres estaban presentes en un 18%, mientras que los hombres en un 33%, en cambio, algunos estudios (Cardona Jiménez, et al., 2013; López Doblas y Díaz Conde, 2018a) expresan que la relación entre el sentimiento de soledad y el sexo en las personas mayores no llega a ofrecer resultados concluyentes.

Sin embargo, el estudio de Cardona Jiménez, et al. (2013), el cual afirma que hay controversia en cuanto al sexo que presenta mayor grado de soledad, aplicó la escala ESTE a 1.169 personas de 55 años o más que asistían a grupos de la tercera edad en Medellín, y a pesar de no sacar resultados concluyentes acerca del sexo que percibe una soledad mayor, sí que atribuye a los hombres más soledad familiar y crisis de adaptación y a las mujeres una mayor soledad conyugal.

Así pues, puede que la mayor soledad percibida en los hombres geriátricos institucionalizados del presente estudio se deba a una adaptación inadecuada a la

residencia y/o a tener menos relaciones sociales debido a que son un grupo minoritario dentro de la residencia en comparación a las mujeres, lo que puede dificultar el tener interacciones y vínculos de calidad.

El mismo estudio realizado por Cardona Jiménez, et al. (2013), también afirma que, el no tener pareja hace que las personas manifiesten una mayor soledad, este dato coincide con el estudio actual, ya que las personas divorciadas y las viudas son los que mayor nivel de percepción de soledad presentan. Dicho estudio (Cardona Jiménez, et al., 2013), de igual forma añade que, conforme aumenta el estrato socioeconómico y el grado de escolaridad disminuyen los niveles de soledad, sin embargo, en este estudio, no se valoró en nivel socioeconómico debido a que todos se encuentran institucionalizados con condiciones internas similares, y en cuanto al nivel de estudios, la relación que presenta con el nivel de soledad no fue concluyente.

Un estudio descriptivo transversal realizado en Ourense (Hernández Gómez, et al., 2021), trata de conocer la prevalencia de la soledad y aislamiento social en mayores de 65 años y sus factores asociados, para ello, utiliza en una muestra de 572 personas, la entrevista como técnica de recogida de datos. Así pues, el estudio presenta que el 32,7% de la muestra se encuentra solo/a, el 18,9% no tiene contacto presencial con nadie a la semana y el 8,6% no habla semanalmente por teléfono. Algunos de estos datos concuerdan con los de la presente investigación. En primer lugar, un 46% de la muestra total del presente estudio percibe la soledad de forma elevada y moderada, lo que podría ser equivalente a sentirse solo/a. Por otro lado, cerca del 50% de los residentes encuestados en este estudio presentaban entre 0 y 1 visitas y llamadas a la semana, este dato seguramente se diferencia con el estudio de Hernández Gómez, et al. (2021), debido a la no institucionalización de sus participantes frente a la institucionalización de régimen completo del 100% de la presente muestra. Puesto que los participantes de este estudio siempre se encuentran acompañados debido a que se encuentran en una residencia, se compara el no tener contacto presencial de la gente que vive en su hogar, con el hecho de no recibir visitas por parte de familiares y amigos en la residencia.

Por tanto, no recibir visitas y/o llamadas es un factor que afecta al nivel de soledad, ya que como se observa en este estudio, son las personas que reciben entre 0 y 1 visitas/llamadas los que presentan un nivel soledad alto. Relacionado con estos sucesos,

se debe de mencionar que, aproximadamente, el 50% de la muestra no tiene hijos y/o nietos, por tanto, este podría ser otro factor que no solo conlleva a la institucionalización de las personas ancianas en mayor medida, sino que, como consecuencia, hace que estas personas no reciban visitas y/o llamadas y aumente así su soledad percibida. En cambio, no solo los residentes que no tienen ni hijos ni nietos tienen altos niveles de soledad, sino que, aquellos con dos hijos o más y con nietos, también presentan niveles de soledad altos, esto puede ser debido a que las personas con amplias redes familiares fuera de la residencia se sientan abandonados y esto les haga percibir una mayor soledad. Así pues, el tener hijos/as y nietos/as o no, no es un factor que afecte de forma directa a la soledad percibida.

Siguiendo con el mismo estudio de Hernández Gómez, et al. (2021), este ofrece diferencias ante la manifestación de soledad en función de diversas variables. Así pues, señala que ser mujer, presentar menor nivel de estudios, vivir solo/a, la viudez o el divorcio y tener entre 75 y 87 frente a tener de 65 a 75 o más de 85, son factores que pueden marcar diferencias significativas a la hora de presentar una mayor soledad. Ahora bien, comparando dichos resultados con los del presente estudio, como ya se ha comentado anteriormente, no se coincide en el sexo que percibe en mayor medida la soledad, posiblemente porque se está comparando con un estudio realizado sobre una muestra que no vive en residencia. Respecto al nivel de estudios, a pesar de que en este estudio no se han obtenido claros resultados, dos estudios (Cardona Jiménez, et al., 2013; Hernández Gómez, et al., 2021) sí que coinciden en que, a menor nivel de estudios, mayor soledad. Acerca de la viudez y el divorcio, como se ha nombrado, también son factores asociados a la soledad en el presente estudio. Y en cuanto a la edad, en la investigación actual el grupo de edad con un mayor nivel de percepción de soledad es el grupo de 75 a 79, y son los mayores de 90 años los que no presentan niveles altos de soledad, por tanto, se podría decir que los resultados son muy similares a los del estudio de Hernández Gómez, et al. (2021).

En cuanto a la relación entre el nivel de percepción de soledad y la presencia de enfermedad/es crónica/s, en la presente investigación los resultados no fueron muy claros. Sin embargo, muchos estudios (Gené Badia, et al., 2019; Gonçalves Ferreira y Villa Casemiro, 2021; López Doblaz y Díaz Conde, 2018b; Montes Reula, 2021) sí que

concluyen, de forma inversa, que la soledad es la que conlleva a problemas de salud, sobre todo psicológicos, como la depresión y trastornos de ansiedad.

Finalmente, después de analizar todos los resultados obtenidos y realizar una breve comparación con algunos estudios existentes, del estudio realizado podemos concluir que las variables sociodemográficas que han afectado en mayor medida a la percepción de la soledad en las personas geriátricas institucionalizadas son el sexo (hombre), la edad (grupo de 75 a 79 años), el estado civil (viudo o divorciado) y no recibir visitas y/o llamadas.

6. CONCLUSIONES

- El grado de percepción de soledad medio en personas geriátricas institucionalizadas es de 25, lo que corresponde con un nivel de soledad moderado. El 23% presentan un nivel alto, el 23% un nivel moderado, el 39% un nivel bajo y un 15% un nivel muy bajo.
- Las variables asociadas a una mayor percepción de la soledad en las personas geriátricas institucionalizadas son el ser hombre, tener entre 75 y 79 años, ser divorciado o viudo y no recibir visitas y/o llamadas en la residencia.
- Los hombres institucionalizados pertenecen al sexo que mayor grado de percepción de soledad presentan, esto se debe a una adaptación inadecuada a la residencia y/o a tener menos relaciones sociales debido a que son un grupo minoritario dentro de la residencia en comparación a las mujeres, lo que puede dificultar el tener interacciones y vínculos de calidad.
- Las personas geriátricas institucionalizadas entre 75 y 79 años pertenecen al grupo de edad con mayor nivel de percepción de soledad.
- Las personas geriátricas institucionalizadas que se encuentran viudas o divorciadas son las que perciben un mayor grado de soledad. Además, estos grupos son los que componen en mayor medida la muestra total, ya que el hecho de tener pareja se trata de un factor protector frente a la institucionalización.
- Las personas institucionalizadas que no recibían o recibían apenas 1 visita y/o llamada a la semana son las que tienen un grado de percepción de soledad más elevado, esto se debe al hecho de que las personas se sientan abandonadas, lo que conlleva a un aumento del nivel de soledad percibida.
- El nivel de estudios, el número de hijos y/o nietos y la presencia de enfermedad/es crónica/s fueron factores valorados de los que no se obtuvo resultados concluyentes como para establecer una relación clara con la percepción de la soledad.
- La noche es el momento del día en el que los pacientes geriátricos institucionalizados perciben un mayor grado de soledad. Esto se debe mayoritariamente al vacío conyugal, ya que gran parte de la muestra son viudos/as.

- La mayoría de las personas institucionalizadas percibían un menor sentimiento de soledad antes de ingresar en la residencia, lo que quiere decir, que la institucionalización se trata de un factor que aumenta la soledad percibida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Blanco Tarrío, E. (2019). *Guías Clínicas, Dolor Neuropático. Dolor en paciente geriátrico*. Guías Clínicas Semergen, Euromedice, 43. https://www.asociacionandaluzadeldolor.es/wp-content/uploads/2019/10/Ibor_Guia-dolor.pdf#page=43
2. Buz, J., Urchaga, D. y Polo, M.E. (2014). *Factor structure of the De Jong Gierveld loneliness scale in Spanish elderly adult*. *Anales de psicología*, 30(2), 588-596. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282014000200022
3. Cadena Iñiguez, P., Rendón Medel, R., Aguilar Ávila, J., Salinas Cruz, E., Cruz Morales, F.R. y Sangerman Jarquín, D.M. (2017). *Métodos cuantitativos, métodos cualitativos o su combinación en la investigación: un acercamiento en las ciencias sociales*. *Revista Mexicana de Ciencias Agrícolas*, 8(7). <https://www.scielo.org.mx/pdf/remexca/v8n7/2007-0934-remexca-8-07-1603.pdf>
4. Cardona Jiménez, J.L., Villamil Gallego, M.M., Henao Villa, H. y Quintero Echeverri, A. (2013). *El sentimiento de soledad en adultos*. *MEDICINA U.P.B.*, 32(1), 9-19. <https://revistas.upb.edu.co/index.php/medicina/article/view/1584/1392>
5. Carrillo Lopez, P. J., Rosa Guillamón, A., Tárraga López, P. J., y García Cantó, E. (2021). *Percepción de la soledad, felicidad y salud, y calidad de la dieta. El rol moderador del estado ponderal*. *Nutrición hospitalaria: órgano oficial de la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral*, 38(3), 458-463. <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v38n3/0212-1611-nh-38-3-458.pdf>
6. *Diseño tipos estudio*. (s.f.). Universidad de Valencia. <https://www.uv.es/invsalud/invsalud/disenyo-tipo-estudio.htm>
7. Esteve Esteve, M., Melchor Alós, I., Pérez Panadés, J., Herrero Huertas, L., Botella Rocamora, P., Alberich Martí, C. y Zurriaga, Ó. (2021). *Magnitud y factores asociados al fenómeno de la muerte solitaria del anciano en la comunidad valenciana*. *Rev. Esp. Salud Pública*, 95. https://repisalud.isciii.es/bitstream/handle/20.500.12105/12641/MagnitudYFactoresAsociados_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y

8. Gallardo Peralta, L., Sánchez Moreno, E., García Martín, M. y Rodríguez Rodríguez, V. (2023). *La investigación sobre soledad y redes de apoyo social en las personas mayores: una revisión sistemática en Europa*. *Revista Española de Salud Pública*, 97.
<https://www.researchgate.net/publication/367391390> *La investigación sobre soledad y redes de apoyo social en las personas mayores una revisión sistemática en Europa*
9. Gené Badia, J., Comice, P., Belchín, A., Erdozain, M.A., Cáliz, L., Torres, S. y Rodríguez, R. (2019). Perfiles de soledad y aislamiento social en población urbana. *Atención Primaria*, ELSEVIER, 52(4). <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656718303810>
10. Gonçalves Ferreira, H. y Villa Casemiro, N. (2021). *Soledad en ancianos y factores asociados*. REFACS, 9(1).
https://www.redalyc.org/journal/4979/497968968009/497968968009_1.pdf
11. Guimarães Amorim, L.A., Nunes da Fonsêca, P., Alves Machado, G.M., Cardoso Guimarães, C.L. y Nascimento da Silva, P.G. (2019). *Social and Emotional Loneliness Scale: psychometrics evidences in the Brazilian northeast*. *Ciencias Psicológicas*, 13(2), 283-295. http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v13n2/en_1688-4221-cp-13-02-283.pdf
12. Hernández Ascanio, J., Perula de Torres, L. Á., Rich Ruiz, M., Roldán Villalobos, A. M., Perula de Torres, C., Ventura Puertos, P. E. y además de los autores, el equipo de trabajo que ha participado en el proyecto de investigación asociado a este artículo (Grupo colaborativo del estudio ASyS). (2021). *Condicionantes para el abordaje del aislamiento social y la soledad de adultos mayores no institucionalizados desde atención primaria de salud*. *Atención primaria*, ELSEVIER, 54(2).
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656721002523?via%3Dihub>
13. Hernández Gómez, M. A., Fernández Domínguez, M. J., Sánchez Sánchez, N. J., Blanco Ramos, M. Á., Perdiz Álvarez, M. C. y Castro Fernández, P. (2021). *Soledad y envejecimiento*. *Revista clínica de medicina de familia*, 14(3), 146-153.
<https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v14n3/1699-695X-albacete-14-03-146.pdf>

14. Kyung Choi, H. y Heui Lee, S. (2022). *Needs analysis for non-face-to-face services among older adults to reduce loneliness*. Healthcare, 10. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9408194/pdf/healthcare-10-01576.pdf>
15. López Doblas, J. y Díaz Conde, M. P. (2018). *El sentimiento de soledad en la vejez*. Revista internacional de sociología, 76(1). <https://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/698/905>
16. López Doblas, J. y Díaz Conde, M. P. (2018). *Viudedad, soledad y salud en la vejez*. Rev. Esp. Geriatr. Gerontol., 53(3). <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X1730183X>
17. Menéndez González, L., Izaguirre Riesgo, A., Tranche Iparraguirre, S., Montero Rodríguez, A. y Orts Cortés, M.I. (2021). *Prevalencia y factores asociados de fragilidad en adultos mayores de 70 años en la comunidad*. ELSEVIER, Atención Primaria, 53(10). <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0212656721001621?token=CDDD184E476BBD93522DE88CA7B5AD23DCCB82075870EF8635988CD28F5744380D14D5E4848BCB6E847C47E5CCC2BA8B&originRegion=eu-west-1&originCreation=20230213190922>
18. Montes Reula, L. (2021). *Soledad y salud mental en los adultos mayores: Ámbito comunitario vs ámbito residencial*. Repositorio de la Universidad de Zaragoza. <https://zagan.unizar.es/record/107365/files/TESIS-2021-262.pdf>
19. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). *Envejecimiento y salud*. WHO. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
20. Palma Ayllón, E., y Escarabajal Arrieta, M.D. (2021). *Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores*. Gerokomos, 32(1), 22-25. <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v32n1/1134-928X-geroko-32-01-22.pdf>
21. Pinel Zafra, M., Rubio Rubio, L. y Rubio Herrera, R. (s.f.). *Un instrumento de medición de soledad social: Escala ESTE II*. Calidad de vida, Universidad de Granada. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-este2.pdf>

22. Ren, P. (2022). *Life quality in care homes: Chinese and Danish older adults' perspectives*. *Current Psychology* (New Brunswick, N.J.), 1–15. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8882065/pdf/12144_2022_Article_2921.pdf
23. Rodríguez López, E. y Castro Clemente, C. (2019). *Soledad y aislamiento, barreras y condicionamientos en el ámbito de las personas mayores en España*. *Ehquidad Internacional Welfare Policies and Social Work*, 12. <https://revistas.proeditio.com/ehquidad/article/view/3046/pdf>
24. Velarde Mayor, C., Fragua Gil, S. y García de Cecilia, J.M. (2016). *Validación de la escala de soledad de UCLA y perfil social en la población anciana que vive sola*. *Medicina de Familia Semergen, ELSEVIER*, 42(3), 177-183. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-validacion-escala-soledad-ucla-perfil-S1138359315001896>
25. Zazo Yuan, A. y Delas Amat, J. (2022). *Soledad en pacientes mayores no institucionalizados*. *Atención primaria, ELSEVIER*, 54(10). <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656722001810?via%3Dihub>

ANEXOS

1. Anexo A: Cuestionario percepción de la soledad.

CUESTIONARIO PERCEPCIÓN DE LA SOLEDAD

¡Hola!

Mi nombre es Elena y soy estudiante de 4º de Enfermería en la Universidad de Valencia. Actualmente estoy realizando mi Trabajo de Fin de Grado (TFG), con el que pretendo realizar una investigación y así conocer el grado de percepción de soledad en personas institucionalizadas. Por tanto, si queréis participar y así ayudarme en dicho trabajo, solo tenéis que responder al siguiente cuestionario.

La participación es totalmente voluntaria y anónima, por lo que no aparecerá ningún dato que pueda identificarle de acuerdo con la «Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales».

Se trata de un cuestionario que recoge datos sociodemográficos en la primera parte y evalúa la percepción de la soledad en la segunda parte. Es un cuestionario de una única respuesta y la segunda parte presenta las siguientes opciones de respuesta: «muy frecuentemente», «frecuentemente», «ocasionalmente», «raramente» y «nunca».

¡Muchas gracias por tu participación en mi investigación!

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Sexo:

- Hombre
- Mujer

2. Edad:

- 65 – 69 años
- 70 – 74 años
- 75 – 79 años
- 80 – 84 años
- 85 – 89 años
- 90 – 94 años

- 95 años o más

3. Estado civil:

- Soltero/a
- Casado/a
- Divorciado/a
- Viudo/a

4. Nivel de estudio:

- No sabe leer
- Elementales
- Superiores

5. Número de hijos:

- 0
- 1
- 2
- 3-5
- >5

6. Número de nietos:

- 0
- 1-3
- 4-6
- 7-9
- 10 o más

7. Tipo de régimen de institucionalización (¿dónde duerme?):

- Centro de día (hogar)
- Completa (residencia)

8. En caso de institucionalización con régimen de centro de día (duerme en su casa), con quien convive:
- Vive solo/a
 - Con cónyuge
 - Con hijos/as
 - Con cónyuge e hijos/as
 - Otros
9. En caso de institucionalización con régimen completo (duerme en residencia), cuantas visitas recibe a la semana:
- 0-1
 - 2-3
 - 4-5
 - >5
10. En caso de institucionalización con régimen completo (duerme en residencia), cuantas llamadas recibe a la semana:
- 0-1
 - 2-3
 - 4-5
 - >5
11. Cuánto tiempo lleva en la residencia:
- Menos de 3 meses
 - Más de 3 meses
12. Presenta alguna enfermedad/es crónica/s para la que necesite tratamiento diario como hipertensión, diabetes, enfermedad renal, arritmias, EPOC...
- No
 - Sí

VALORACIÓN SOLEDAD

1. Con qué frecuencia se siente solo/a:
 - Muy frecuentemente
 - Frecuentemente
 - Ocasionalmente
 - Raramente
 - Nunca

2. ¿En qué momento del día se siente más solo?
 - Mañana
 - Tarde
 - Noche

3. Antes de ingresar en la residencia como se sentía de solo/a:
 - Más solo/a que ahora
 - Igual de solo/a que ahora
 - Menos solo/a que ahora

4. Con qué frecuencia siente que no tiene a nadie con quien hablar:
 - Muy frecuentemente
 - Frecuentemente
 - Ocasionalmente
 - Raramente
 - Nunca

5. Con qué frecuencia siente que nadie le entiende:
 - Muy frecuentemente
 - Frecuentemente

- Ocasionalmente
- Raramente
- Nunca

6. Con qué frecuencia se encuentra a sí mismo/a esperando que alguien le llame, le escriba o le visite:

- Muy frecuentemente
- Frecuentemente
- Ocasionalmente
- Raramente
- Nunca

7. Con qué frecuencia siente que es difícil hacer amigos:

- Muy frecuentemente
- Frecuentemente
- Ocasionalmente
- Raramente
- Nunca

8. Con qué frecuencia se siente abandonado/a:

- Muy frecuentemente
- Frecuentemente
- Ocasionalmente
- Raramente
- Nunca

9. ¿Echa de menos la compañía de otras personas (familia, amigos, etc.)?

- Muy frecuentemente
- Frecuentemente
- Ocasionalmente
- Raramente
- Nunca

10. ¿Se siente feliz?

- Muy frecuentemente
- Frecuentemente
- Ocasionalmente
- Raramente
- Nunca

11. ¿Se siente querido?

- Muy frecuentemente
- Frecuentemente
- Ocasionalmente
- Raramente
- Nunca

12. ¿Cree que hay personas que se preocupan por usted?

- Muy frecuentemente
- Frecuentemente
- Ocasionalmente
- Raramente
- Nunca

13. ¿Cree que tiene suficientes personas a las que recurrir en caso de necesidad?

- Muy frecuentemente
- Frecuentemente
- Ocasionalmente
- Raramente
- Nunca

14. ¿Tiene a alguien con quien hablar de sus problemas diarios?

- Muy frecuentemente
- Frecuentemente
- Ocasionalmente
- Raramente
- Nunca

15. ¿Se relaciona con otras personas?

- Muy frecuentemente
- Frecuentemente
- Ocasionalmente
- Raramente
- Nunca

16. ¿Participa en las diversas actividades que se organizan en la residencia?

- Muy frecuentemente
- Frecuentemente
- Ocasionalmente
- Raramente
- Nunca

17. ¿Utiliza el teléfono móvil para comunicarse con otras personas?

- Muy frecuentemente
- Frecuentemente
- Ocasionalmente
- Raramente
- Nunca