

Aislamiento social y dependencia en la población anciana de una población rural

Manuel Gayol Fernández, Juncal Sánchez Arguiano, Yolanda Conde Díez
Consultorio de Alles (SESPA)

Contacto: m.gayolfernandez@gmail.com

Manuscrito recibido: 06/11/2018

Manuscrito aceptado: 10/03/2019

Cómo citar este documento

Gayol-Fernández M, Sánchez-Arguiano J, Conde-Díez Y. Aislamiento social y dependencia en la población anciana de una población rural. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2020 Febrero; 8 (1): 12-22.

Resumen

El hecho de formar parte de una red social, entendiendo esta como las personas con las que interaccionamos en nuestro día a día, puede influir en el proceso de discapacidad evitando el declive o facilitando la recuperación. Las personas mayores con el deterioro que conlleva la edad puede que tengan dificultades para mantener o iniciar relaciones sociales.

Objetivo: Medir la implicación de la dependencia en la soledad social en la población de 65 años o más del consultorio de Peñamellera Alta.

Material y métodos: Se realizó un estudio de tipo observacional descriptivo, en dicha población. Para lo cual se elaboró un cuestionario que incluía diversas variables demográficas, la Escala Este II para medir el nivel de soledad social, el Índice de Lawton y Brody y el Índice de Barthel.

Para el análisis se utilizó Chi cuadrado, ANOVA y pruebas no paramétricas y para ello se utilizó SPSS Statistic versión 21.

Resultados/Conclusiones: Se obtuvo que a mayor edad, mayor porcentaje de personas con soledad social (21,6% 65-69 años, 38,6% 70-79 años y 65,6% 80 años y más). Hay más personas con soledad social entre las que son dependientes para las Actividades de la Vida Diaria (AVD) (64,7%). A mayor edad aumenta el número de dependientes para las AVD (4,3% 65-69 años, 29,5% 70-79 años y 62,5% 80 años y más). Los hombres son más dependientes para las Actividades instrumentales de la vida diaria (59,5%).

Con estos resultados, podemos objetivar unas problemáticas que aumentarán con el envejecimiento de la población y que afectarán a colectivos de riesgo.

Palabras clave:

Actividades Cotidianas; Aislamiento Social; Anciano

Social isolation and dependence in the elderly population of a rural population

Abstract

The fact of being part of a social network, understanding this as the people with whom we interact in our day to day, can influence the disability process avoiding the decline or facilitating recovery. Older people with the deterioration that comes with age may have difficulties maintaining or initiating social relationships.

Objective: To measure the involvement of dependence in social loneliness in the population of 65 years and older of the Peñamellera Alta office.

Material and methods: A descriptive observational study was carried out in this population. For which we developed a questionnaire that included various demographic variables, the East II Scale to mediate the level of social loneliness, the Lawton and Brody Index and the Barthel Index. Chi square, ANOVA and non-parametric tests were used for the analysis and SPSS Statistic version 21 was used for this.

Results / Conclusions: It was obtained that the older, the greater the percentage of people with social loneliness (21,6% 65-69 years, 38,6% 70-79 years and 65,6% 80 years and more). There are more people with social loneliness among those who are dependent for ADL (64,7%). The older the number of dependents increases for ADLs (4,3% 65-69 years, 29,5% 70-79 years and 62,5% 80 years and over). Men are more dependent for IADL (59,5%).

With these results, we can objectify some problems that will increase with the aging of the population and that affect groups at risk.

Keywords

Activities of Daily Living; Social Isolation; Aged

Introducción

La soledad se puede interpretar y definir de muchas maneras distintas, en 2007 Rubio pública que la soledad es una condición de malestar emocional que surge cuando una persona se siente incomprendida o rechazada por otros o carece de compañía para las actividades que desea realizar, tanto físicas como intelectuales o para lograr intimidad emocional (1).

Rubio expone que, ya Weis en 1973 entendió que el constructo de soledad está compuesto por dos dimensiones: soledad

social (aislamiento social) y soledad emocional. La primera está referida a un déficit en las relaciones sociales, en la red social y en el soporte social, mientras que la soledad emocional indica una carencia de cercanía o intimidad con otro (2).

De manera más sencilla, se puede decir que la soledad social es la falta de pertenencia a un grupo o red social, la cual se está incrementando en la sociedad actual (3).

Por otro lado vivir solo o acompañado no tiene por qué estar relacionado con la soledad social, como se indica en el Informe

“La soledad en España”. Una persona puede vivir sola y no estar aislada porque tiene múltiples relaciones sociales; al contrario, una persona que vive acompañada puede tener pocas relaciones sociales independientemente de las personas con las que convive y tener sentimientos de soledad (4).

Los adultos mayores experimentan soledad por diversos factores asociados o no a la vejez. La llegada a la vejez implica una serie de cambios vitales que van más allá del aumento de años. Dentro de estos cambios destacan la jubilación y la viudedad. Adaptarse a esta nueva vida no es tarea fácil y depende de los recursos personales, familiares y sociales de las personas mayores (5).

La prevalencia de soledad social en adultos mayores oscila entre el 7% y 17% según unos autores, y para otros está entre el 35% y 49%. El aislamiento social es más común en las mujeres que en los hombres, entre las personas viudas, los adultos mayores de clase trabajadora y en aquellos que están en mal estado de salud y/o tienen problemas de movilidad (6).

En una revisión sobre el aislamiento social se expone que el aislamiento social produce numerosos efectos perjudiciales para la salud en los adultos mayores, incluyendo un mayor riesgo de mortalidad, demencia, re-hospitalización y mayor número de caídas (7). El resultado de un estudio publicado en 2015 indicó que el aumento de la probabilidad de muerte para las personas que sufren soledad social es de un 29% frente a las personas que no la sufren (8).

Entre los factores de riesgo identificados para sufrir soledad social en la población anciana se incluyen: vivir solo, ser viudo, salud pobre, problemas psicológicos, problemas económicos, baja habilidad social y los problemas cognitivos. En algunos casos ciertas circunstancias pueden ser facilitadoras; como puede ser la muerte de una persona cercana, divorcio, pérdida de empleo o problemas de acoso laboral (9). Podemos añadir a estos factores de riesgo el sobrepeso, los problemas auditivos o visuales, el

insomnio e incluso los problemas de alcoholismo (7). La pérdida de agudeza auditiva, según un estudio, está relacionada con la soledad social en el ámbito rural (10). En 1961, Toumier dijo que la soledad era la enfermedad más devastadora que afecta a la vejez (11).

El hecho de formar parte de una red social, entendiendo este concepto como las personas con las que interactuamos en nuestro día a día, puede influir en el proceso de discapacidad evitando el declive o facilitando la recuperación. En consecuencia, la discapacidad puede afectar al mantenimiento de redes sociales al impedir que los adultos mayores busquen compromiso con otras personas. El tamaño de la red y la interacción social se asocian significativamente con el riesgo de discapacidad. Los adultos mayores que tienen redes sociales fuertes tendrían menos discapacidad y las personas mayores que forman parte de una red social consolidada ven disminuido su riesgo de padecer discapacidad (7).

El Consejo de Europa en 1998 define la dependencia como la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana. Es un estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual; tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos habituales de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal (12).

Entre los factores de riesgo identificados para sufrir soledad social en la población anciana se incluyen: vivir solo, ser viudo, salud pobre, problemas psicológicos, problemas económicos, baja habilidad social y los problemas cognitivos

En 1961, Toumier dijo que la soledad era la enfermedad más devastadora que afecta a la vejez

En España, dos de cada tres dependientes son personas de 65 años o más (1.400.293 personas). Según datos estadísticos, el 28,4% de los dependientes mayores viven en municipios rurales, siendo el 21,2% del total de la población española (13).

Las dificultades de movilidad son los problemas más frecuentemente referidos por las personas de edad con dependencia. En segundo lugar, las dificultades para las actividades de la vida doméstica (mantenimiento del hogar) y, por último, le siguen en importancia tareas de autocuidado (13).

Los beneficios de vivir en sociedad no alcanzan generalmente a los dependientes. Las áreas en las que las personas con dependencia se sienten más discriminadas son: las relaciones sociales (40,3%), la participación social (25%), la atención sanitaria (28,6%) y el transporte y desplazamiento (26,2%) (13).

Como se ha visto, la soledad social y la dependencia son problemas que afectan a un porcentaje elevado de la población anciana y es necesario conocer a fondo esta problemática en nuestro entorno, para así realizar intervenciones para mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes. Así lo advierte un trabajo publicado en 2017 que concluye que: "El aislamiento social y la soledad están asociados negativamente con diversos aspectos del estatus funcional de las personas. Las intervenciones que reducen el aislamiento y la soledad podrían ser particularmente beneficiosas para los grupos menos favorecidos"(14).

Hay trabajos que indican que las intervenciones sobre la soledad social, son un buen

ejemplo del tipo de actividades comunitarias integradas, que deben llevar a cabo los equipos de atención primaria y estas tienen un mayor impacto si se coordinan con los equipos de atención social, sanitarios y las asociaciones civiles o religiosas (15).

Objetivos

General

Medir la implicación de la dependencia en la soledad social en la población de 65 años o más del consultorio de Peñamellera Alta.

Específicos

Cuantificar el nivel de dependencia para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria y el nivel de dependencia para las Actividades Básicas de la Vida Diaria de esta población.

Método

Diseño

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal o de prevalencia.

Población

La población a estudio fueron las personas de 65 años o más que pertenecen a la Zona Básica de Salud del Consultorio de Alles a fecha de 1 de enero de 2017 que estén incluidos en la historia clínica informática del Principado de Asturias, OMI-AP. Debido a que la población que cumplía estos criterios es de 164 personas no se realizó ningún tipo de muestreo.

Criterios de Selección.

Se incluyeron en el estudio las personas con domicilio permanente en la Zona Básica de Salud, que no tenían ningún tipo de problema de comunicación y/o problemas severos de salud mental, que limitasen la

capacidad de respuesta. Para esta selección se revisaron las historias clínicas de los pacientes y también se contó con la ayuda de la médico titular del Centro de Salud y de la administrativa del centro, ambas amplias conocedoras de la población.

Procedimiento

Previo al comienzo del estudio se pidió permiso para la realización del mismo a la Gerencia del Área VI del SESPA y al comité ético pertinente. Tras este trámite se comenzó la recogida de datos mediante encuestas, para ello se aprovecharon, las visitas a la consulta de enfermería de los pacientes que cumplían los requisitos y las visitas domiciliarias. También se realizaron llamadas telefónicas a la población que no acudía al consultorio utilizando los teléfonos contenidos en la historia electrónica OMI-AP, fuera del horario de trabajo y sin conllevar costes al Servicio de Salud del Principado de Asturias. Este periodo de recogida de datos comprendió el espacio de dos meses. Al inicio de la entrevista o llamada se pedía el consentimiento informado verbal para la utilización de los datos, indicándose que serían tratados de manera confidencial, se les explicó el objetivo del estudio y se les expuso que al final del mismo podrían acceder a los resultados.

El instrumento de recogida de datos que se utilizó fue una encuesta diseñada ex profeso para el estudio; comprende 4 partes diferenciadas: una primera parte donde se recogieron las diversas variables socio-demográficas.

Otro apartado incluye la Escala Este II; que sirve para medir la soledad social y se divide en 3 factores: Percepción de apoyo social, uso que el mayor hace de las nuevas tecnologías e Índice de participación social. La Escala Este II consta de 15 preguntas, pudiendo obtenerse una puntuación entre 0 y 30 puntos, y divide el nivel de soledad social en 3 niveles según la puntuación: 0 a 10 puntos nivel bajo, de 11 a 20 puntos medio

y de 21 a 30 puntos alto. En cuanto a la fiabilidad de esta escala se puede decir que presenta un Alfa de Crombach de 0,72 (3).

El siguiente apartado incluye el Índice de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria de Lawton y Brody, que sirve para valorar la capacidad de las personas para realizar las actividades instrumentales necesarias para vivir de manera independiente en la comunidad. Estas actividades son más elaboradas y por tanto, se pierden antes que las actividades básicas de la vida diaria; explora la independencia para 8 actividades como pueden ser: capacidad para usar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, etc. Su puntuación va desde 0 a 8 puntos. Incluye 5 niveles de dependencia: de 0 a 1 puntos Dependencia Total, de 2 a 3 puntos Dependencia Severa, de 4 a 5 puntos Dependencia Moderada, de 6 a 7 puntos Dependencia Ligera y un resultado de 8 puntos Independencia (16).

El último apartado de la encuesta incluye el Índice de Barthel de las Actividades Básicas de la Vida Diaria, escala que valora la autonomía de la persona para realizar las actividades básicas e imprescindibles de la vida diaria, tales como comer, lavarse, vestirse, arreglarse, trasladarse del sillón o silla de ruedas a la cama, etc., las cuales suman 10 Actividades básicas. La escala puede arrojar resultados de entre 0 puntos dependencia total y 100 puntos lo cual sería independencia total. También divide las puntuaciones en 5 niveles de dependencia: de 0 a 15 puntos Dependencia Total, de 20 a 35 puntos Dependencia Grave, de 40 a 55 puntos Dependencia Moderada, de 60 a 95 puntos dependencia leve y 100 puntos independencia (16).

Estos índices son ampliamente utilizados por las enfermeras para valorar los niveles de dependencia de las personas y ambos son herramientas que forman parte del protocolo de valoración del paciente en la historia electrónica del OMI-AP del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Las tres escalas o índices que incluía la encuesta fueron diseñadas para utilizarse de manera heteroadministrada.

Para el registro de los datos se utiliza la aplicación informática Formularios de Google que facilita enormemente el registro y procesamiento de los datos.

El análisis de las variables cualitativas se realizó mediante tablas de frecuencias y Chi cuadrado para analizar las posibles relaciones de dependencia, para analizar las variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central y medidas de dispersión, y se estableció un intervalo de confianza del 95%. Para el análisis de las variables cuantitativas y cualitativas conjuntamente se utiliza el estadístico ANOVA y Pruebas no Paramétricas. Como significación estadística se estableció $p < 0,05$.

Para realizar estos análisis se utilizó el programa informático de análisis estadístico IBM SPSS Statistic en su versión 21.

Resultados

De las 164 personas mayores de 65 años que están incluidas en la base de datos de la historia informática, tras la selección en

base a los criterios de inclusión y exclusión, cumplen criterios 130 personas.

De estas 130 personas, contestan la encuesta 99, tres personas no quisieron participar, dos fallecieron en el periodo de recogida de datos, una persona tenía una enfermedad grave y no la podía contestar y por último 25 personas no fueron localizadas.

La edad mínima es de 65 años y la máxima de 91 años. La media de edad es de 75,46 años con una desviación típica de 6,940 años.

Respecto al sexo, 57 eran mujeres (57,6%) y 42 hombres (42,4%).

En cuanto a la los niveles de soledad social se obtuvo que 2 (2%) tenían un nivel alto de soledad social, entre 21-30 puntos, 42 personas (42,4%) nivel medio 11-20 puntos, y nivel bajo 55 personas (55,6%).

Si agrupamos a los individuos en función de niveles de soledad social, en dos grupos: por un lado, las personas con nivel bajo de soledad, denominadas personas sin soledad social y por el otro, personas con soledad social, es decir, personas con un nivel medio y alto, se obtiene un mayor porcentaje de personas sin soledad social 55,6%, de éstas el 63,6% son mujeres y el 36,4% son hombres.

Tabla 1. Soledad social por grupos de edad

		Grupos edad			Total	
		65 a 69 años	70 a 79 años	80 años o más		
Soledad Social	No	Recuento	17	27	11	55
		% dentro de Soledad Social	30,9%	49,1%	20,0%	100,0%
		% dentro de Grupos Edad	73,9%	61,4%	34,4%	55,6%
		% del total	17,2%	27,3%	11,1%	55,6%
	Sí	Recuento	6	17	21	44
		% dentro de Soledad Social	13,6%	38,6%	47,7%	100,0%
		% dentro de Grupos Edad	26,1%	38,6%	65,6%	44,4%
		% del total	6,1%	17,2%	21,2%	44,4%
Total	Recuento	23	44	32	99	
	% dentro de Soledad Social	23,2%	44,4%	32,3%	100,0%	
	% dentro de Grupos Edad	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	23,2%	44,4%	32,3%	100,0%	

Fuente: elaboración propia

Como se puede observar en la tabla de frecuencias a mayor edad el número de individuos con soledad social aumenta, con una diferencia significativa ($p < 0.008$).

Respecto a las puntuaciones medias en soledad social, la media de puntuación de soledad social fue de 9,91 puntos con una desviación típica (Desv. Tip.) de 3,985, lo que equivale a un nivel bajo de soledad social.

Por sexos los hombres obtuvieron una puntuación media de 9,69 con una Desv. Tip. de 3,985, IC (8,46-10,92) nivel de soledad social bajo; y las mujeres 10,07 Desv. Tip. de 4,048, IC (9,00-11,14) nivel de soledad social medio.

Por grupos de edad las puntuaciones obtenidas fueron: para el grupo de 65 a 69 años 8,22 puntos con una Desv. Tip. 3,176, IC (6,84-9,59), para los de 70 a 79 años 9,52 puntos Desv. Tip. 4,718, IC (8,09-10,96) y, por último, para los de 80 años y más 11,66 Desv. Tip. 2,585, IC (10,72-12,59). Estos datos de soledad social según grupos de edad son estadísticamente significativos, $p < 0,001$.

El 59,6% de las personas eran Independientes, y el 5,1% tenían una Dependencia Total.

Tabla 2. Dependencia en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Dependencia Ligera 6-7 puntos	21	21,2	21,2	21,2
Dependencia Moderada 4-5 puntos	13	13,1	13,1	34,3
Dependencia Severa 2-3 puntos	1	1,0	1,0	35,4
Dependiente Total 0-1 puntos	5	5,1	5,1	40,4
Total	99	100,0	100,0	99

Fuente: elaboración propia

Tabla 3. Dependencia para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria según Sexo

		Sexo			
		Hombre	Mujer	Total	
Dependencia AIVD	Independiente	Recuento	17	42	59
		% dentro de Dependencia AIVD	28,8%	71,2%	100,0%
		% dentro de Sexo	40,5%	73,7%	59,6%
		% del total	17,2%	42,4%	59,6%
	Dependiente	Recuento	25	15	40
		% dentro de Dependencia AIVD	62,5%	37,5%	100,0%
		% dentro de Sexo	59,5%	26,3%	40,4%
		% del total	25,3%	15,2%	40,4%
Total	Recuento	42	57	99	
	% dentro de Dependencia AIVD	42,4%	57,6%	100,0%	
	% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	4,24%	57,6%	100,0%	

Fuente: elaboración propia

Para poder operar estadísticamente se agrupó la variable Nivel de Dependencia para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) en una nueva variable llamada Dependencia para las AIVD Agrupada, formada por dos grupos: uno llamado Independientes, con los individuos independientes, y otro grupo llamado Dependientes, con el resto de categorías de la variable anterior. Hay mayor número de individuos Independientes para las AIVD 59,6%.

Hay un mayor porcentaje de Hombres Dependientes para las AIVD en comparación con las mujeres, lo cual es significativo estadísticamente con $p=0,001$.

La mayoría de las personas eran Independientes para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (65,7%). No se obtuvo ningún resultado de dependencia moderada, ni de dependencia grave.

Para operar mejor se realizó una nueva variable que agrupa en dos categorías a los individuos según la puntuación en la Escala de Barthel una categoría serían los individuos Independientes para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) (100 puntos) y la otra Dependientes para las ABVD, en este grupo se incluyen el resto de categorías que no son Independientes. La mayoría de las personas son independientes 65,7%.

El porcentaje de personas dependientes va aumentando con la edad, con significación estadística ($p 0,000$).

Se obtiene que presentan unos mayores niveles de soledad social las personas dependientes para las AVD, estadísticamente significativo ($p 0,003$)

Tabla 4. Dependencia para las actividades básicas de la vida diaria

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Dependencia Ligera 60-95	33	33,3	33,3	33,3
Dependencia Total 0-15 puntos	1	1,0	1,0	34,3
Independencia 100	65	65,7	65,7	100,0
Total	99	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

Tabla 5. Dependencia para las AVD según Grupos de Edad

		Grupos edad			Total	
		65 a 69 años	70 a 79 años	80 años o más		
Dependencia AVD Agrupada	No	Recuento	22	31	12	65
		% dentro de Dependencia AVD	33,8%	47,7%	18,5%	100,0%
		% dentro de Grupos Edad	95,7%	70,5%	37,5%	65,7%
		% del total	22,2%	31,3%	12,1%	65,7%
	Sí	Recuento	1	13	20	34
		% dentro de Dependencia AVD	2,9%	38,2%	58,8%	100,0%
		% dentro de Grupos Edad	4,3%	29,5%	62,5%	34,3%
		% del total	1,0%	13,1%	20,2%	34,3%
Total	Recuento	23	44	32	99	
	% dentro de Dependencia AVD	23,2%	44,4%	32,3%	100,0%	
	% dentro de Grupos Edad	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	23,2%	44,4%	32,3%	100,0%	

Fuente: elaboración propia

Tabla 6. Soledad Social según Dependencia para las Actividades de la Vida Diaria

			Dependencia AVD		Total
			Independiente	Dependiente	
Soledad Social	No	Recuento	43	12	55
		% dentro de Soledad Social	78,2%	21,9%	100,0%
		% dentro de Dependencia AVD	66,2%	35,3%	55,6%
		% del total	43,4%	12,1%	55,6%
	Dependiente	Recuento	22	22	44
		% dentro de Soledad Social	50,0%	50,0%	100,0%
		% dentro de Dependencia AVD	33,8%	64,7%	44,4%
		% del total	22,2%	22,2%	44,4%
Total	Recuento	65	34	99	
	% dentro de Soledad Social	65,7%	34,3%	100,0%	
	% dentro de Dependencia AVD	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	65,7%	34,3%	100,0%	

Fuente: elaboración propia

Discusión

Al comparar los resultados obtenidos con los de la III Encuesta de Salud para Asturias del año 2012 (17) respecto los datos de dependencia, se puede ver que para la población de personas mayores de 64 años de Asturias, hay un porcentaje de personas no limitadas para las actividades básicas de la vida diaria del 55,5%. En cuanto a la población a estudio se obtuvo que el 59,6% de las personas eran independientes para las AIVD y que el 65,7% eran independientes para las ABVD. Con lo cual el porcentaje de personas independientes es mayor en la población a estudio. En cuanto a la diferencia entre las AIVD y las ABVD podemos decir que esta diferencia entre porcentajes en dicha población es debido a que las AIVD se ven afectadas antes que las ABVD cuando existe algún deterioro.

Al comparar por sexos, en la encuesta de Salud de Asturias, donde no diferencia por edades, las mujeres presentan un porcentaje menor de independencia 70,8% frente a los hombres 78,3% (17). En

Peñamellera Alta y para el rango de edad de la población a estudio las mujeres son independientes para las AIVD en un 73,7%, un porcentaje mayor que los hombres y para las ABVD son independientes un 57,9%, mientras que los hombres son independientes un 76,2%.

En la encuesta de Asturias se recoge un dato que es la autopercepción de la vida social que es el dato más próximo a la soledad social que se pudo obtener de Asturias. El 18,5% de las personas mayores de 64 años de Asturias refieren tener una vida social poco satisfactoria o insatisfactoria. Las mujeres, sin distinguir edad, indicaron esto en un 16,2%, este dato es superior que el de los hombres (17). En Peñamellera Alta el porcentaje de personas con soledad social es de 44,4%, de las que el 63,6% son mujeres y el 36,4% son hombres. Aunque con estos datos no se puede extraer ninguna conclusión comparativa entre Asturias y el Concejo de Peñamellera Alta, si se puede observar que las mujeres en ambos trabajos presentan porcentajes más altos que los hombres.

Si comparamos nuestros datos de soledad social con el estudio realizado en Granada (3), en el que analiza la soledad social según las puntuaciones obtenidas en la Escala ESTE II, se observa que en este estudio obtuvieron diferencias entre sexos, siendo las mujeres las que presentaban puntuaciones más altas. En la población de Peñamellera alta ocurre el mismo fenómeno; las mujeres tienen una puntuación media más alta en la escala, aunque el dato no es significativo estadísticamente. La hipótesis que presentan los investigadores que realizaron la Escala ESTE II, es que las mujeres con el paso del tiempo van perdiendo el rol que ocupaban, como puede ser el hecho de que pasan de ser protectoras a protegidas, las diferentes pérdidas de familiares en el hogar bien por emancipación o muerte, etc. estas modificaciones puede dificultar su adaptación al cambio social (3).

Respecto a la edad en el estudio realizado en Granada se encontraron diferencias en función del rango de edad, siendo el rango con puntuaciones más altas el de 80 años o más y el de menor puntuación el de 65 a 69 años. En el estudio que se presenta aquí aparece el mismo patrón y además es un resultado estadísticamente significativo, siendo las puntuaciones más bajas, por tanto los niveles de soledad social son más bajos. Rubio expone que la relación entre edad y soledad social tiene una doble dimensión por un lado la realidad objetiva que se justifica con el aumento de la edad, la aparición creciente de enfermedades, la pérdida de familiares y seres queridos, la aproximación de la muerte y por el otro una realidad subjetiva que nace de la percepción personal sobre su proceso de envejecimiento (5).

Aumenta el porcentaje de personas con soledad social según aumenta la edad y la dependencia para las ABVD, ambos resultados están relacionados con el deterioro

Si estudiamos los resultados de la Escala ESTE II para la población de Peñamellera, en base a las personas que tenían o no soledad social, según los criterios expuestos en los resultados, se puede ver que aumenta el porcentaje de personas con soledad social según aumenta la edad y la dependencia para las ABVD, ambos resultados están relacionados con el deterioro; en el primer caso debido al deterioro a nivel biopsicosocial que produce el avance de la edad y en segundo caso el hecho de ser dependiente para las ABVD indica un deterioro importante a todos los niveles también. Por tanto, ante estas dos situaciones las relaciones sociales es probable que se vean muy afectadas.

Respecto a los resultados sobre la dependencia en la población de Peñamellera Alta se obtienen diferentes resultados destacables estadísticamente. Por una parte, el porcentaje de hombres dependientes para las AIVD es mayor que el de las mujeres, esto puede ser debido a que muchos hombres no sabían realizar las tareas domésticas, debido en muchos casos a la educación que recibieron en sus hogares y estas tareas forman parte de varios apartados del Índice de Lawton y Brody. También se obtuvo que el porcentaje de personas dependientes para las ABVD aumenta con la edad; lo cual tiene sentido, ya que las personas con la edad van perdiendo facultades a todos los niveles y, por tanto, aumenta la dependencia para realizar las actividades para el autocuidado personal.

Conclusiones

Con los datos obtenidos se podría decir que la población de Peñamellera Alta tiene unos niveles de soledad social según la Escala ESTE II más bajos que los realizados en otros estudios similares de nuestro entorno y los colectivos afectados son similares.

Con estos resultados, se puede detectar una problemática que aumentará con el envejecimiento de la población y que afectará

a colectivos de riesgo como son las personas muy ancianas, personas dependientes y personas que viven solas.

Este trabajo ha ayudado a conocer mejor la realidad del concejo, nos anima a seguir investigando y, por último, se han puesto en marcha medidas para mejorar la calidad de vida de estas personas, como:

la firma de un convenio sociosanitario entre el centro de salud, el ayuntamiento y la unidad de trabajo social, para la mejora de la prestación de los servicios de ayuda a domicilio, y una mayor interacción con la asociación de vecinos para la promoción de las actividades que se realizan en el concejo y así mejorar las relaciones entre vecinos.

Bibliografía:

1. Rubio R, Pinel M y Rubio, L. La soledad en los mayores. Una alternativa a la medición a través de la escala ESTE. Universidad de Granada. 2010 [Internet] Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-02.pdf>
2. Rubio R. La soledad en las personas mayores españolas. 2004 [internet] Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-01.rtf>
3. Pinel M, Rubio L, Rubio R. Un instrumento de medición de la soledad social: Escala ESTE II. Universidad de Granada 2009. [internet] Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-este2.pdf>
4. Díez J, Morenos. La soledad en España. Fundación ONCE y Fundación AXA. Madrid 2015. [internet] Disponible en: https://www.fundaciononce.es/sites/default/files/soledad_en_espana.pdf
5. Rubio R, Cerquera A, Muñoz R, Pinzón E. Concepciones populares sobre soledad de los adultos mayores de España y Bucaramanga, Colombia. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*. 2011;7(2): 307-319.
6. Cloutier-Fisher D, Kabayashi K, Smith A. The subjective dimension of social isolation: a qualitative investigation of older adults' experiences in small social support networks. *J Aging Stud*. 2011; 25: 407-414.
7. Nicholson NR. A review of social isolation: an important but underassessed condition in older adults. *J Prim Prev*. 2012 Jun; 33(2-3):137-52
8. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci*. 2015;10:227-37.
9. Machielse A. The Heterogeneity of Socially Isolated Older Adults: A Social Isolation Typology. *Journal of Gerontological Social Work*. 2015; 58(4):338-356.
10. Dugan E, Kivett VR. The importance of emotional and social isolation to loneliness among very old rural adults. *Gerontologist* 1994; 34: 340-46.
11. Rubio R. La problemática de la soledad en los mayores. *Journal of Developmental and Educational Psychology*. 2007; 1(2) :11-27.
12. Lorenzo T, Maseda A, Millán J. La dependencia en las personas mayores. 1ªed. La Coruña: Instituto Gallego de Iniciativas Sociales y Sanitarias. 2008.
13. Esparza C. Discapacidad y dependencia en España. *Informes Portal Mayores*. Madrid: 2011.[internet] Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/pm-discapacidad-01.pdf>
14. Shankar A, McMunn A, Demakakos P, Hamer M, Steptoe A. Social isolation and loneliness: Prospective associations with functional status in older adults. *Health Psycho*. 2017; 36(2):179-187.
15. Gene JB, Ruiz MS, Obiols NM, Oliveras LP, Lagarda EJ. Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria?. *At prim*. 2016; 48 (9): 604-609.
16. Ollero M, Cabrera JM, García MD, Gómez E, Melguizo M, Ossorno M et al. Atención a Pacientes Pluripatólogicos (2ª ed.). Sevilla, España: Consejería de Salud. 2007. [internet] Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/1337162989aten_pluri.pdf
17. Margolles M, Donate I. III Encuesta de Salud para Asturias, Año 2012. Oviedo, España: Consejería de Sanidad de Asturias. 2013. [internet] Disponible en: <https://www.astursalud.es/documents/31867/36147/Informe+III+Encuesta+de+Salud+para+Asturias%2C+a%C3%B1o+2012.pdf/61d96488-5e64-3d88-5854-7080ae038668>