



LA SOLEDAD EN LAS PERSONAS MAYORES

Memoria presentada para optar al título de Graduado o Graduada en Enfermería de la Universitat Jaume I presentada por Wiam Rifi Aida en el curso académico 2021-2022

Este trabajo ha sido realizado bajo la tutela de la profesora María Pilar Molés Julio.

[31 de mayo de 2022]

Solicitud del alumno/a para el depósito y defensa del TFG

Yo, **Wiam Rifi Aida**, con NIF **54282850K**, alumna de cuarto curso del Grado en Enfermería de la Universidad Jaume I, expongo que durante el curso académico **2021/2022**.

- He superado al menos 168 créditos ECTS de la titulación.
- Cuento con la evaluación favorable del proceso de elaboración de mi TFG.

Por estos motivos, solicito poder depositar y defender mi TFG titulado “La soledad en las personas mayores”, tutelado por la profesora **María Pilar Molés Julio.**, defendido en lengua **castellana** en el periodo de **31 de mayo, 2022**.



Firmado: Wiam Rifi Aida

Castellón de la Plana, 17 de mayo de 2022

Agradecimientos

En primer lugar, quiero dar gracias por toda la paciencia que han tenido durante este período todas las personas que me rodean. Especialmente a mis amigas de la universidad, las cuales más que amigas ya son familia, por los lloros juntas, las alegrías y toda la ayuda que me han podido brindar en este proceso. No sé qué haría sin ellas. Me hacen muy feliz y todo es más fácil al lado de ellas.

Un gran apoyo ha venido también por parte de mis padres y mis hermanos, por aguantarme en mis cambios de humor, ayudarme en todo lo que podían, por preguntarme y siempre interesarse por todo de mi carrera, aunque hay cosas que no entendían, me escuchan siempre con una sonrisa en la cara, el simple hecho de verme feliz les era suficiente.

En segundo lugar, quiero dar gracias a mi tutora(nombre), por haberme hecho el proceso más ameno, resolverme cualquier duda, en cualquier momento del día y su implicación en la realización de este trabajo.

Un agradecimiento, a todo el profesorado, por aguantarnos estos 4 años, esforzándose por enseñarnos lo máximo y ser los mejores sanitarios con los mejores valores.

Por último, a todas las personas maravillosas que se han cruzado en mi camino, mis compañeros, los enfermeros durante las prácticas, pacientes, los cuales han hecho que me enamore más de esta maravillosa profesión, e instaurar en mí, unas ganas increíbles de ayudar lo máximo y ser una gran enfermera.

Índice

Resumen	8
Abstract	9
1. Introducción	10
1.1 Envejecimiento	10
1.2 Concepto de soledad	12
1.3 Soledad y envejecimiento	13
1.4 Escalas de valoración de la soledad	15
1.5 La pandemia y su repercusión en la soledad de las personas mayores	19
1.6 Atención de enfermería en la soledad	21
1.7 Justificación	21
2. Objetivos	22
2.1 Objetivo general	22
2.2 Objetivos específicos	22
3. Metodología	22
3.1 Diseño del estudio	22
3.2 Pregunta de investigación	23
3.3 Términos de búsqueda y descriptores	23
3.4 Estrategia de búsqueda	24
3.5 Criterios de selección	25
3.5.1 Criterios de inclusión	25
3.5.2 Criterios de exclusión	26
3.6 Evaluación de la calidad metodológica. Lectura crítica	26
4. Resultados	27

4.1	Resultados de las búsquedas realizadas y proceso de selección de artículos	27
4.2	Características de los artículos incluidos en el estudio.....	30
4.2.1	Artículos según base de datos	30
4.2.2	Artículos según el tipo de estudio	31
4.2.3	Artículos según el año de publicación.....	32
4.2.4	Artículos según el país de publicación.....	33
4.2.5	Relación de los artículos incluidos en la revisión integradora.....	34
4.2.6	Resultados de la calidad metodológica	40
5.	Discusión.....	43
5.1	Causas de situación de soledad en personas mayores	43
5.2	Consecuencias e impacto de la soledad en la salud de las personas mayores.....	44
5.3	Influencia del Covid-19 en la soledad en las personas mayores	46
5.4	Estrategias para la promoción del envejecimiento saludable	47
5.5	Efectos de la soledad en la calidad de vida de las personas	50
6.	Limitaciones.....	51
7.	Futuras líneas de investigación	51
8.	Conclusión	52
9.	Referencias bibliográficas.....	53
10.	Anexos.....	60

Índice de tablas

Tabla 1: Escala de la soledad de Jong Gierveld.....	19
Tabla 2: Estructura pregunta de investigación con estructura PIO.	23
Tabla 3: Descriptores de ciencias de la salud.....	24
Tabla 4: Estrategia de búsqueda	25
Tabla 5: Artículos incluidos en la revisión integradora	34
Tabla 6: Análisis metodológico de artículos localizados mediante la herramienta CASPe...	40
Tabla 7: Análisis metodológico de artículos localizados mediante la herramienta STROBE.	41

Índice de figuras

Figura 1: Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)	16
Figura 2: La escala de Soledad de UCLA	17
Figura 3: Diagrama de flujo del proceso de selección de los artículos incluidos.	29
Figura 4: Clasificación artículos según base de datos.....	30
Figura 5: Clasificación artículos según tipo de estudio	31
Figura 6: Clasificación artículos según año de publicación.....	32
Figura 7: Clasificación artículos según país de publicación.....	33

Glosario de acrónimos

OMS: Organización Mundial de la Salud

ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria

UCLA: University of California at Los Angeles

BVS: Biblioteca Virtual en Salud

TFG: Trabajo Final de Grado

PIO: Patient, Intervention and Outcome

DeCS: Descriptores en Ciencias de la Salud

MeSH: Medical Subject Headings

CASPe: Critical Appraisal Skills Programme español

STROBE: Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology

VHA: Home virtual voice activated

TIC: Tecnologías de la información y la comunicación

Resumen

Introducción: El envejecimiento de la población se ha convertido en un suceso con un impacto importante en este siglo, con ello el aumento de los sentimientos de la soledad en las personas mayores. Por consiguiente, la aparición de la necesidad de identificar las causas y consecuencias de la soledad junto con la identificación de diferentes estrategias para poder disminuir la soledad.

Objetivo: Analizar los efectos de la soledad en la calidad de vida de las personas mayores.

Metodología: Se realizó una revisión integradora de la literatura en las bases de datos de Pubmed, Biblioteca Virtual de la Salud y Scopus. Además, se utilizaron las herramientas CASPe y STROBE para la evaluación de la calidad metodológica de los artículos seleccionados.

Resultados: Tras las búsquedas en las bases de datos seleccionadas, se obtuvieron un número total de artículos de 1284. Después de aplicar los filtros automáticos, la eliminación de duplicados, la lectura del título, resumen y texto completo, el total es de 23 artículos y, por último, tras la evaluación de la calidad de los artículos, se incluyeron finalmente un total de 20 artículos.

Conclusión: El impacto negativo de la soledad en las personas mayores, las causas, las consecuencias y la presente pandemia, son factores los cuales influyen en el desarrollo de los sentimientos de soledad en las personas mayores, surgiendo la necesidad de desarrollo de estrategias, más investigación, y el uso de recursos alternativos para promover el envejecimiento activo y sano.

Palabras clave: Soledad, Calidad de vida; Personas mayores; Factor de riesgo; envejecimiento; Aislamiento social.

Abstract

Introduction: The ageing of the population has become an event with a major impact in this century, that it's increase feelings of loneliness in older people. Consequently, the emergence of the need to identify the causes and consequences of loneliness together with the identification of different strategies to be able to decrease loneliness.

Objective: To analyse the effects of loneliness on the quality of life of older people.

Methodology: An integrative review of the literature was carried out in the PubMed, Virtual Health Library and Scopus databases. In addition, the CASPe and STROBE tools were also used to assess the methodological quality of the selected articles.

Results: After searching the selected databases, a total number of 1284 articles were obtained. After applying automatic filters, removing duplicates, reading the title, abstract and full text, the total is 23 articles and finally, after assessing the quality of the articles, a total of 20 articles were finally included.

Conclusion: The negative impact of loneliness on older people, the causes, the consequences, and the present pandemic, are factors which influence the development of feelings of loneliness in older people, emerging the need for the development of strategies, further research, and the use of alternative resources to promote active and healthy ageing.

Keywords: Loneliness; Quality of life; Older people; Risk factor; Ageing; Social isolation.

1. Introducción

1.1 Envejecimiento

Actualmente, el envejecimiento de la población es uno de los sucesos sociales con mayor impacto en este siglo. Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), en el siglo XX tuvo lugar una revolución de la longevidad (1).

- Entre 2020 y 2030, el porcentaje de habitantes del mundo mayores de 60 años aumentará un 34%.
- Se prevé que el número de personas de 80 años o más se triplique entre 2020-2050.

La presencia de estos datos hace que los países de todo el mundo estén alerta y preparados para enfrentarse a retos importantes para poder asegurar que sus sistemas sanitarios y sociales estén preparados para estos cambios demográficos los cuales están sucediendo y van en aumento.

Todos estos cambios son debido a la mejora de la esperanza de vida a lo largo de los últimos años, en los cuales las personas en todo el mundo tienen mejor esperanza de vida que antes.

El envejecimiento es un proceso continuo, determinado por daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, derivando en una disminución de las capacidades físicas y mentales, parte del ciclo de la vida. La evolución va a depender de la persona y de todos los factores presentes en su entorno (2).

- **Cambios en el envejecimiento**

Los cambios los cuales pueden aparecer en el proceso de envejecimiento son los siguientes (3,4):

- **Cambios morfológicos y funcionales:** En este caso podemos clasificarlos según el sistema u órgano afectado:
 - Sistema cardiovascular: se puede observar el envejecimiento de los vasos sanguíneos y la pérdida de células del miocardio. Además de la hipertrofia muscular y del mayor riesgo de arritmias.
 - Sistema renal: se puede observar la disminución de la velocidad de filtración glomerular, y disminución de la capacidad de dilución de la vitamina D.

- Sistema nervioso central: disminución del tamaño del cerebro. Relacionado con las funciones del cerebro, se puede manifestar a lo largo del tiempo mediante trastornos motores.
- Sistema musculoesquelético: relación proporcionalmente inversa de la masa muscular y la edad, a más edad, disminuye la masa muscular y además se observa el aumento de la infiltración de la grasa la cual, además, se asocia con una pérdida progresiva de fuerza. Esto dificulta las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), debido al aumento de la fragilidad y el riesgo de caídas.
- Metabolismo de la glucosa: relacionada con el factor anterior, el aumento de la grasa corporal junto a una disminución de las células beta, se asocia con una mayor resistencia de la insulina, aumentando la probabilidad del desarrollo de diabetes.
- Cambios sensoriales: alteración de los sentidos los cuales están relacionados en todo momento en nuestro día a día y en nuestras ABVD. El envejecimiento eleva el umbral haciendo que las personas mayores necesiten más estimulación para que ellos pueden ser conscientes de las sensaciones. Las afectaciones que se pueden manifestar son:
 - El sentido del oído cuya capacidad va disminuyendo, además de estar relacionado con el mantenimiento del equilibrio.
 - El sentido de la vista, debido a la degeneración de las células y con ello de las estructuras, se van manifestando alteraciones como puede ser la presbiopía, la cual disminuye la nitidez y la reducción en la visión periférica.
 - En cuanto al gusto y al olfato, a mayor edad, mayor disminución de las papilas gustativas y disminución de la producción de saliva, factor el cual determina la disminución del interés por la comida.
 - Y, por último, la importante disminución de la sensibilidad a la temperatura, debido a la disminución del flujo sanguíneo hacia los órganos, con riesgo de quemaduras o la aparición de úlceras por presión.
- **Cambios cognitivos:** Se observa una disminución de la capacidad de atención y de la memoria de trabajo. Esta disminución es debida al enlentecimiento a nivel sensorial, motor y cognitivo, característica que limita la velocidad de procesar

información y reaccionar con tiempo a ciertos estímulos. El enlentecimiento en la velocidad de procesamiento, funcionalmente se asocia con la disminución de la velocidad de la transmisión nerviosa asociada con cambios neurodegenerativos en la sustancia blanca, en cambio la disminución de la atención se asocia con cambios en el lóbulo frontal que aparecen con el envejecimiento. Estos aspectos afectan en las ABVD, aumentando la dificultad de atender a cierta información externa, recordar tareas y compromisos que las personas mayores tienen en su día a día.

El envejecimiento es percibido como una etapa con connotaciones negativas, debido a que solo se centra en el deterioro funcional. El efecto de esta percepción de la sociedad sobre las personas mayores, desembocan en sentimientos negativos y falta de ánimo. Este conjunto de sentimientos promueven el aislamiento, la soledad, y menos adaptabilidad frente a las situaciones que se le vayan presentando, teniendo las propias personas mayores esa vista negativa hacia su propio envejecimiento (5).

1.2 Concepto de soledad

La soledad se define como un sentimiento o estado en el cual el individuo se encuentra o se siente solo, por eso diferenciamos dos tipos de soledad (6):

- La soledad objetiva, es la que siente una persona la cual no está acompañada, tiene un círculo social nulo y sin interacción con el mundo exterior. No siempre es negativo y perjudicial, ya que puede tener un matiz positivo, si es una decisión propia, decidir vivir solo en paz y tranquilidad. No obstante, en las personas mayores no es una decisión buscada si no se ven obligada a ella.
- La soledad subjetiva, es un sentimiento desolador y doloroso, en la cual la persona está rodeada de gente, tiene interacción y personas queridas cerca, pero se siente sola. Es un proceso psicológico el cual puede aparecer por la evolución e interacción de diversos factores.

1.3 Soledad y envejecimiento

La vejez se ve condicionada por acontecimientos, los cuales encaminan a las personas mayores a la soledad con graves consecuencias emocionales. A continuación, se describen los procesos más impactantes e influyentes (6):

- Afrontamiento a la ida de los hijos del hogar, en busca de la deseada vida independiente, una vida la cual estará llena de nuevas experiencias, lejos del hogar y sin tiempo para poder pasarlo en familia, esto hará que sea una etapa muy frustrante, por la falta de afecto y las pocas visitas.
- Afrontamiento de la muerte del cónyuge, el impacto emocional y el duelo forma parte de un proceso duro e impactante.
- Por último, un proceso con mucha importancia en esta etapa es la salida del mercado laboral, tras la jubilación, tienen más tiempo libre el cual no saben cómo disfrutarlo o no pueden, pierden poder adquisitivo con cierta restricción, y si además no encuentran actividades que les guste pierden las ganas y el ánimo de hacer nuevas cosas.

En los últimos años se han propuesto modelos de envejecimiento los cuales intentan catalogar y clasificar el envejecimiento en un aspecto más positivo. Nos encontramos(1,7,8):

- Envejecimiento exitoso: Este proceso se describe como la persona que llega a la vejez con bajo riesgo de ponerse enfermo, un nivel alto de actividad mental y física, y con relaciones sociales activas y con gran participación en varias actividades.
- Envejecimiento saludable: Definido por la OMS en 1998, como la etapa la cual empieza antes de los 60 años, y para tener este tipo de envejecimiento hay que empezar a desarrollar estilos de vida saludables precozmente, además de realizar prevención temprana de enfermedades con alta prevalencia a partir de cierta edad, como puede ser el cáncer de mama o el cáncer colorrectal.
- El envejecimiento activo: Concepto también desarrollado por la OMS (2002), definido como el proceso en el cual se optimizan todas las oportunidades de la salud, la participación y seguridad con el objetivo de mejorar la calidad de vida en el

envejecimiento de las personas. En este caso el concepto “activo”, no se refiere solo a la capacidad física de estar activo sino a toda la participación continua en varios aspectos de la vida, sociales, económicos, culturales y espirituales. Promoviendo un envejecimiento saludable y con una evolución positiva.

Al fin y al cabo, cada persona es libre de decidir cómo desea vivir esta etapa de la vida, desde una perspectiva de enfermedad o de salud. El concepto de envejecimiento es multidimensional, con varios significados según el contexto y varios factores (7).

Hoy en día la sociedad también tiene unos prejuicios hacia las personas mayores, incapacitándolos por la edad, y dejándolos como personas inútiles y dependientes, clasificando la postura de la persona mayor como persona poco social y apareciendo el factor de riesgo de la soledad (9).

A largo plazo los efectos de la soledad en la salud de las personas son perjudiciales. Hay una relación de riesgo entre estas dos variables, soledad y salud (10).

A continuación, se describen algunos efectos de la soledad según el plano que afecte (11,12):

- Por una parte, la soledad física, la cual se manifiesta con alteraciones como pueden ser: aumento de la tensión arterial ,enfermedades cardiovasculares , alteraciones en el sueño y en la actividad física, disminuyendo a grandes rasgos la calidad de vida de las personas que conviven con la soledad.
- Por otra parte, en el plano psicológico se observa un desarrollo de la depresión, la demencia, la baja autoestima, el alcoholismo e ideas sucidas .

1.4 Escalas de valoración de la soledad

Existen diferentes métodos para poder clasificar de manera individual el grado de soledad que podemos encontrar en cada persona. Se puede medir, usando un solo ítem sobre la soledad, mediante una escala unidimensional o un enfoque multidimensional (13).

Por una parte, la medición de la soledad mediante un ítem de la soledad, hace referencia a por ejemplo el uso de la escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) la cual presenta un solo ítem sobre la soledad “¿Te sientes solo” con una respuesta cerrada (*Sí o No*) (14,15).

Esta escala es un instrumento para la detección de casos de depresión, en base en su sintomatología durante la última semana. Es una herramienta útil y además muy económica debido a que no necesita a personal especializado para poder aplicarlo y realizar la clasificación correspondiente (14,15).

CES-D				
Lea con atención la siguiente lista. Marque sus respuestas pensando cuántas veces te has sentido así la semana pasada. para indicar su respuesta coloque una cruz en la casilla correspondiente				
Durante la semana pasada...	Menos de un día	1 a 2 días	3 a 4 días	5 a 7 días
1. Me molestaron muchas cosas que generalmente no me molestan	1	2	3	4
2. No tenía hambre ni mucho apetito	1	2	3	4
3. Me sentí tan desanimado que ni mi familia ni mis amigos me podían aliviar	1	2	3	4
4. Me sentí tan bueno/a como los demás	1	2	3	4
5. Tuve problemas para prestar atención a lo que estaba haciendo	1	2	3	4
6. Me sentí deprimido/a	1	2	3	4
7. Sentí que todo lo que hacía me costaba esfuerzo	1	2	3	4
8. Vi el futuro con esperanza	1	2	3	4
9. Pensé que mi vida era un fracaso	1	2	3	4
10. Tuve miedo	1	2	3	4
11. Dormí sin poder descansar	1	2	3	4
12. Me sentí feliz	1	2	3	4
13. Hablé menos que lo normal	1	2	3	4
14. Me sentí solo/a	1	2	3	4
15. La gente no me cayó bien	1	2	3	4
16. Disfruté de la vida	1	2	3	4
17. Lloré	1	2	3	4
18. Estuve triste	1	2	3	4
19. Sentí que no le caía bien a otras personas	1	2	3	4
20. No pude animarme a hacer nada.	1	2	3	4

Figura 1. Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) (14,15).

Por otra parte, en cuanto al enfoque unidimensional, la escala más común es la Escala de Soledad de UCLA (University of California at Los Angeles) (14,16).

La escala de Soledad de UCLA fue desarrollada por investigadores de la Universidad de California, los Ángeles. La primera versión se publicó en 1978, en este caso la escala se componía de 20 ítems, y fue una de las escalas relacionadas con la soledad con más aprobación y validez entre los científicos (14,16).

Indique en qué grado le describen a usted cada una de las afirmaciones siguientes.

Señale con un número del 1 al 4 cada una de ellas.

1. Indica: «me siendo así a menudo».
2. Indica: «me siento así con frecuencia».
3. Indica: «raramente me siento así».
4. Indica: «nunca me siento de ese modo».

Con qué frecuencia se siente infeliz haciendo tantas cosas solo	1	2	3	4
Con qué frecuencia siente que no tiene a nadie con quien hablar	1	2	3	4
Con qué frecuencia siente que no puede tolerar sentirse solo	1	2	3	4
Con qué frecuencia siente que nadie le entiende	1	2	3	4
Con qué frecuencia se encuentra a sí mismo esperando que alguien le llame o le escriba	1	2	3	4
Con qué frecuencia se siente completamente solo	1	2	3	4
Con qué frecuencia se siente incapaz de llegar a los que le rodean y comunicarse con ellos	1	2	3	4
Con qué frecuencia se siente hambriento de compañía	1	2	3	4
Con qué frecuencia siente que es difícil para usted hacer amigos	1	2	3	4
Con qué frecuencia se siente silenciado y excluido por los demás	1	2	3	4

Figura 2. Escala de Soledad de UCLA (14,16).

No obstante, a pesar de ser suficientemente validada y útil para la detección de la soledad, esta escala al ser unidimensional, algunos investigadores y científicos tienen la misma perspectiva

en cuanto a la soledad, tiene y debe ser dividida en diferentes componentes y en diferentes tipos de soledad (14).

Y, por último, la escala con enfoque multidimensional más usada es, la Escala de la soledad de Jong Gierveld. Con el uso de esta escala, tiene en consideración dos tipos de soledad, la soledad emocional y la soledad social. La soledad emocional implica la ausencia de relaciones personales que puedes tener con tu pareja, tu hermano o alguien muy cercano mientras que la soledad social, hace referencia a la ausencia de círculo social, como pueden ser los compañeros del trabajo, vecinos, conocidos (14 ,17).

La versión final de la escala después de cambios y ajustes en el concepto por parte de los autores está formada por 11 ítems, dividida en dos subescalas: la subescala de soledad social, que contiene 6 ítems formulados de forma positiva y la subescala de soledad emocional, la cual tiene 5 ítems formulados de forma negativa. Las categorías de respuesta son:” Sí”, “Más o menos”, “No”. Los ítems hacen referencia a diferentes situaciones que las personas experimentan en las cuales el número de relaciones interpersonales es menor del deseado. Además, también tiene en cuenta el nivel de intimidad alcanzado. Según las instrucciones de los autores, la puntuación de soledad con esta escala se puntúa de esta manera: puntúa 1 punto si se responde “más o menos” o “No” en los ítems 1, 4, 7, 8 y 11; En el resto de los ítems se obtiene 1 punto si se responde “Más o menos” o “Sí”. Finalmente , la puntuación final se sitúa entre un 0, que significa que no hay presencia de soledad hasta 11 puntos , puntuación que significa que el paciente se encuentra en una soledad extrema (17) (Tabla 1).

Tabla 1. Escala de la soledad de Jong Gierveld

Ítems	Sí	Más o Menos	No
1-Siempre hay alguien con quien puede hablar de sus problemas diarios.			
2-Echa de menos tener un buen amigo de verdad.			
3-Siente una sensación de vacío a su alrededor.			
4- Hay suficientes personas a las que puede recurrir en caso de necesidad.			
5-Echa de menos la compañía de otras personas.			
6-Piensa que su círculo de amistades es demasiado limitado.			
7-Tiene mucha gente en la que confiar completamente			
8-Hay suficientes personas con las que tiene una amistad muy estrecha.			
9-Echa de menos tener gente a su alrededor			
10-Se siente abandonado a menudo			
11-Puede contar con sus amigos siempre que lo necesita			
TOTAL			
Sí: 3 puntos No sé :2 puntos No: 1 punto			

Fuente: elaboración propia. (14 ,17).

En España no encontramos escalas validadas para estudiar la soledad, se usan las escalas nombradas anteriormente.

1.5 La pandemia y su repercusión en la soledad de las personas mayores

La aparición de la pandemia por la enfermedad causada por el SARS-CoV-2, ha sido un gran impacto y ha hecho que las vidas de todo el mundo den un giro inesperado. Esta pandemia mundial ha afectado a miles de personas, pero no a todas de la misma manera. Un grupo especialmente vulnerable, es el de las personas mayores, ya que este virus de rápida transmisión presenta un peor pronóstico y factor de riesgo en este grupo de riesgo (20).

Por ello, para intentar proteger lo máximo a este grupo de riesgo, se intenta llevar a cabo un confinamiento estricto, disminuyendo el contacto social y personal con todos los de su alrededor, afectando a largo plazo a la salud emocional y alimentando el sentimiento de soledad que miles de personas mayores sufren en su día a día (20).

Desgraciadamente, además de este aislamiento, el coronavirus parece haber reforzado el edadismo, observándose en las noticias el afán de investigar y profundizar los efectos de este virus en jóvenes y hablar solo de las muertes de las personas mayores como si fuesen solo números para completar cifras (20).

El confinamiento ha sido difícil y ambiguo para todo el mundo, pero la vulnerabilidad en la que se encuentran las personas mayores ha hecho que los gobiernos tomen medidas mucho más restrictivas para las personas mayores de 70 años, sobre todo en residencias en las cuales se ha llevado a cabo doble confinamiento, aislados del exterior y estando solos en su habitación sin poder disfrutar de las zonas comunes. Este aislamiento y falta de contacto se manifiestan en varias consecuencias negativas como pueden ser (20):

- Disminución de la actividad física la cual se relaciona con problemas de sueño.
- Aumento del deterioro cognitivo debido al abandono de las actividades grupales.
- Aumento de sentimientos de depresión y soledad, sentimientos de incertidumbre y miedo, mayor fatiga y preocupación.
- La estricta prohibición de ninguna visita en las residencias hace que las personas mayores estén solas y se sienten solas promoviendo por desgracia, el aislamiento social.

Para finalizar, debemos tener en cuenta estas consecuencias negativas de la pandemia y desarrollar estrategias beneficiosas para las personas mayores, para poder protegerlos del Covid-19. Como por ejemplo el uso de diferentes recursos, como son las videollamadas con sus familias y la teleasistencia para su seguimiento, etc. (18).

1.6 Atención de enfermería en la soledad

Los profesionales de sanidad son unas de las personas que más tiempo pasan con las personas mayores, debido a las frecuentes visitas que tienen lugar en diferentes niveles de los sistemas sanitarios. Como profesionales, debemos ser capaces de detectar los factores de riesgo y dificultades en la vida de las personas mayores, poder identificar la soledad y sus consecuencias (19).

Un punto muy importante es la concienciación de la sociedad de las actitudes edadistas, cambiar el estigma que existe de que las personas mayores ya no son capaces de llevar a cabo sus actividades de la vida diaria, infantilizarlos y intentar acabar con la marginación de las personas mayores en nuestra sociedad (6).

Con las diferentes visitas al centro de salud, tal como se les hace el seguimiento de diabetes, hipertensión y cualquier enfermedad crónica existente, el personal de enfermería debe de ser capaz de, identificar casos de soledad y tener un seguimiento, conseguir adaptarlo lo máximo posible en la sociedad, fomentando su independencia y aprendizaje, con actividades recreativas y lúdicas, las cuales puede ocupar su tiempo, además de tener contacto social y promover un círculo social activo (6).

1.7 Justificación

A lo largo de estos años se ha observado el aumento de la esperanza de vida y de las personas mayores en la pirámide poblacional, aumentando así los casos de soledad y de aislamiento social en este grupo poblacional. Las personas mayores están expuestas a diversos factores los cuales, desgraciadamente los puede conducir hacia la soledad. La soledad a la que se pueden ver expuestas puede tener diferentes causas como puede ser, el estigma, de que se convierten en personas con muchas necesidades con gran dependencia, o incluso por la propia sociedad ocupada en la que nos encontramos actualmente, sin tener tiempo de cuidar a tus personas más cercanas (20).

Existe la necesidad de aceptar el simple proceso del envejecimiento, aceptando la propia enfermedad, necesidades y limitaciones. Y hacer lo posible como profesionales sanitarios y la sociedad para mantener un estilo de vida activo (21).

La soledad es un factor de riesgo en las personas mayores, y en esta revisión se pretende, identificar las necesidades y causas de la soledad además de unificar estrategias e intervenciones, para un cuidado de calidad para un envejecimiento activo (22).

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

Analizar los efectos de la soledad en la calidad de vida de las personas mayores.

2.2 Objetivos específicos

- Conocer las causas por las cuales las personas mayores pueden encontrarse en la situación de soledad.
- Determinar el impacto de la soledad en la salud de las personas mayores y sus consecuencias a largo plazo.
- Conocer como ha influido la aparición del Covid -19 en la soledad de las personas mayores.
- Identificar estrategias para prevenir la soledad en las personas mayores y promover un envejecimiento saludable por parte de los profesionales.

3. Metodología

3.1 Diseño del estudio

Para la elaboración de este trabajo de fin de grado (TFG) el tipo de estudio aplicado ha sido una revisión integradora, en un periodo comprendido entre los meses de enero del 2022 hasta mayo del 2022, con la finalidad de recopilar información sobre la soledad en este caso centrada en las

personas mayores y su impacto en la calidad de vida, con una búsqueda en las siguientes bases de datos: **Pubmed, BVS (Biblioteca Virtual de la Salud), SCOPUS.**

3.2 Pregunta de investigación

Para poder llevar a cabo la búsqueda deseada, se ha planteado la siguiente pregunta PIO (Patient, Intervention and Outcome): “*¿Qué impacto tiene la soledad en la calidad de vida de las personas mayores?*” (Tabla 2).

Tabla 2. Estructura pregunta de investigación con estructura PIO

Pregunta PIO	Lenguaje natural
P (Population /Patient)	Personas mayores
I (Intervention)	Impacto de la soledad
O (Outcomes)	Calidad de vida de las personas mayores

Fuente: elaboración propia

3.3 Términos de búsqueda y descriptores

Tras la formulación de la pregunta de investigación, para tener mayor especificidad en la búsqueda, elegimos las palabras clave y estas junto a sus descriptores llevaremos a cabo la búsqueda en las diferentes bases de datos. Se usarán las palabras clave en lenguaje natural y en lenguaje controlado, con los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y Medical Subject Headings (MeSH), proceso el cual se observa y detalla en la Tabla 3.

Tabla 3. Descriptores de ciencias de la salud

Lenguaje Natural	DeCS		MeSH
	Castellano	Inglés	
Soledad	Soledad	Loneliness	Loneliness
Calidad de Vida	Calidad de vida	Quality of life	Quality of life
Personas mayores	Personas mayores	Aged	Aged
Factor de riesgo	Factor de riesgo	Risk factor	Risk factor
Envejecimiento	Envejecimiento	Aging	Aging
Aislamiento social	Aislamiento social	Social isolation	Social isolation

Fuente: elaboración propia

3.4 Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda que se ha llevado a cabo se ha hecho mediante el uso de los descriptores DeCS y MeSH, además de la combinación de estos mediante operadores booleanos. En el caso de esta búsqueda, se ha utilizado el operador “AND”, para obtener los resultados deseados. A continuación, se puede observar, las bases de datos consultadas con sus correspondientes estrategias de búsqueda (Tabla 4).

Tabla 4. Estrategia de búsqueda

<i>BASE DE DATOS</i>	<i>ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA</i>
<i>PubMed</i>	((((Aged [MeSH Terms]) AND (loneliness [MeSH Terms])) AND (aging [MeSH Terms])) AND (social isolation [MeSH Terms])) AND (quality of life [MeSH Terms])) AND (risk factor [MeSH Terms])
	(((aged [MeSH Terms]) AND (loneliness [MeSH Terms])) AND (aging [MeSH Terms])) AND (social isolation [MeSH Terms])
<i>BVS</i>	tw:(soledad AND personas mayores AND envejecimiento AND calidad de vida AND aislamiento social AND factor de riesgo)
	Tw: (soledad) AND (calidad de vida) AND (personas mayores)
<i>SCOPUS</i>	aged AND loneliness AND social isolation AND aging AND quality of life

Fuente: elaboración propia

3.5 Criterios de selección

Una vez obtenidos los artículos a partir de las estrategias de búsquedas planteadas, se hará una selección de artículos, en primer lugar, mediante los filtros manuales los cuales, permiten una búsqueda más específica. Una vez obtenidos los artículos los cuales cumplan las condiciones elegidas establecemos criterios de inclusión y de exclusión.

3.5.1 Criterios de inclusión

- Documentos de acceso a texto completo.
- Artículos publicados en los últimos 10 años.
- Artículos publicados en inglés o español.
- Artículos publicados sobre el tema a estudio.

3.5.2 Criterios de exclusión

- Artículos Duplicados.
- Artículos que no se centren en personas mayores.

3.6 Evaluación de la calidad metodológica. Lectura crítica

Posteriormente a la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, y la elección de los artículos correspondientes, a continuación, se debe realizar una evaluación de la calidad metodológica de los artículos. Para ello se realiza una lectura crítica de los artículos seleccionados, por un lado, mediante la herramienta CASPe (Critical Appraisal Skills Programme español). Una guía revisada y difundida por un grupo de trabajo de la Universidad de Oxford la cual nos permite la evaluación de la literatura científica mediante plantillas con preguntas las cuales se aplicarán a cada artículo con el objetivo de obtener una lectura efectiva de la evidencia científica. Para ello ,en primer lugar, procederemos a hacer una clasificación de los diferentes tipos de artículos, ya que existen diferentes plantillas de preguntas según el tipo de artículo, concretamente: ensayos clínicos aleatorios, revisiones sistemáticas, estudios sobre diagnóstico, Reglas de Predicción Clínica, estudios de Casos y Controles, estudios de Cohortes, y, por último, análisis de evaluaciones económicas (23).

Y en segundo lugar se puntuarán valorando las preguntas con las respuestas “SÍ”, “NO” o “NO SÉ”, con las puntuaciones, respectivamente, [1, 0’5 y 0 puntos] y luego se establecerá una nota de corte, una nota mínima para poder incluir el artículo en nuestra selección según la calidad metodológica. En cuanto a la puntuación, no existe ninguna norma fija la cual defina la nota mínima, pero habitualmente se establecen valores superiores a 7 -8 para poder incluir el artículo en este trabajo, en este caso se ha establecido un 7 sobre 10 o 11, si es inferior a esta puntuación, el artículo será descartado (25).

Los tipos de artículos a los cuales se les ha podido aplicar esta herramienta, han sido: revisiones sistemáticas, estudios de cohortes y estudios cualitativos (Ver anexo 1).

Las primeras 2 preguntas en el caso de un estudio de cohortes, de una revisión sistemática y de un estudio cualitativo y las 3 primeras en el caso de un ensayo clínico, se consideran preguntas de eliminación, las cuales solo si las todas las respuestas de estas son afirmativas podemos

continuar con el resto de las preguntas, si pasa lo contrario, descartaremos el artículo por calidad metodológica escasa (24).

Por otro lado, debido a que la herramienta anterior no incluye en su evaluación los artículos observacionales, se ha decidido usar la herramienta de calidad metodológica STROBE (Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology) (25).

Esta herramienta está formada por 22 ítems los cuales son esenciales y tienen que estar descritos en los estudios observacionales publicados. Cada punto de esta herramienta está relacionado con cada apartado del estudio, teniendo un total de 22 puntos. La puntuación mínima la cual se ha establecido para que los artículos evaluados se consideren validos es de 17 puntos, ya que como en el CASPe, no existe una puntuación fija establecida, estableciéndose las mismas valoraciones que en la herramienta anterior :con “SÍ”, “NO” o “NO SÉ”, con las puntuaciones, respectivamente, [1, 0’5 , 0 puntos] (26) (Ver anexo 2).

4. Resultados

4.1 Resultados de las búsquedas realizadas y proceso de selección de artículos

Una vez realizada la búsqueda en las diferentes bases científicas seleccionadas (Pubmed, BVS y Scopus), con la combinación de las palabras claves junto con el operador booleano “AND”, el total de artículos obtenidos es de 1284, sin aplicar ningún filtro. En Pubmed se encontraron 1152, en la Biblioteca Virtual de la Salud 12 artículos y, por último, en SCOPUS 120 artículos.

Para continuar con el proceso, a continuación, se han aplicado varios filtros, los cuales delimitan la búsqueda a texto completo, texto completo libre, al idioma (español o inglés), a los últimos 10 años, y en el caso de la base de datos BVS, la posibilidad de delimitar la búsqueda por tema principal, soledad y personas mayores, obteniendo el resultado total de 384.

El siguiente paso ha sido la eliminación de los duplicados, eliminando 6 artículos duplicados, y a continuación se prosiguió con la lectura del título y del resumen, y se excluyeron los

artículos los cuales no mencionan el tema de estudio, logrando reducir el número de artículos a un total de 31 artículos.

Después de la lectura del título y del resumen, se procedió a la lectura completa de los artículos que hemos obtenido de momento, descartando los que no se ajustaban a los criterios de inclusión y exclusión fijados o no se adaptaban a los objetivos planteados al inicio, el número de artículos obtenido fue de 23 artículos.

Finalmente, con la lectura crítica mediante las herramientas CASPe y STROBE, para evaluar la calidad metodológica de los artículos, finalizamos el proceso de selección de artículos con el total de 20 artículos.

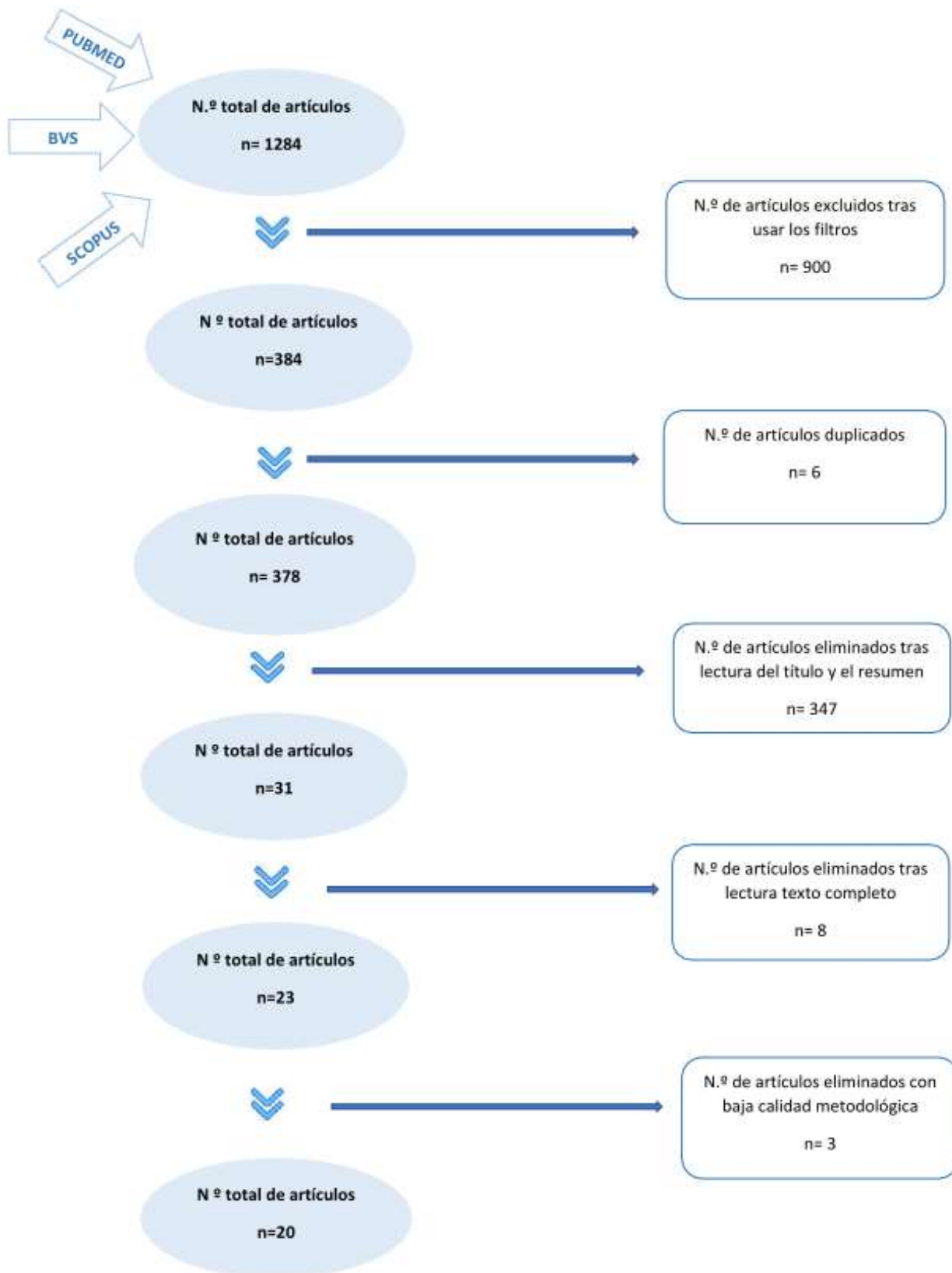


Figura 3. Diagrama de flujo del proceso de selección de los artículos incluidos

Fuente: elaboración propia

4.2 Características de los artículos incluidos en el estudio

En los siguientes puntos, se representan gráficamente los artículos seleccionados según una selección de características: bases de datos consultadas, el tipo de estudio, el año de publicación y el país de origen.

4.2.1 Artículos según base de datos

Las bases de datos en la cuales se ha hecho la búsqueda y seleccionado los artículos en el proceso de elección, han sido Pubmed, BVS y Scopus. El número de artículos total de cada base de datos se queda de la siguiente forma: un 70% (n= 14) de los artículos son de Pubmed, un 10% (n= 2) pertenecen a la BVS y finalmente, un 20% (n=4) son de la base de datos Scopus.

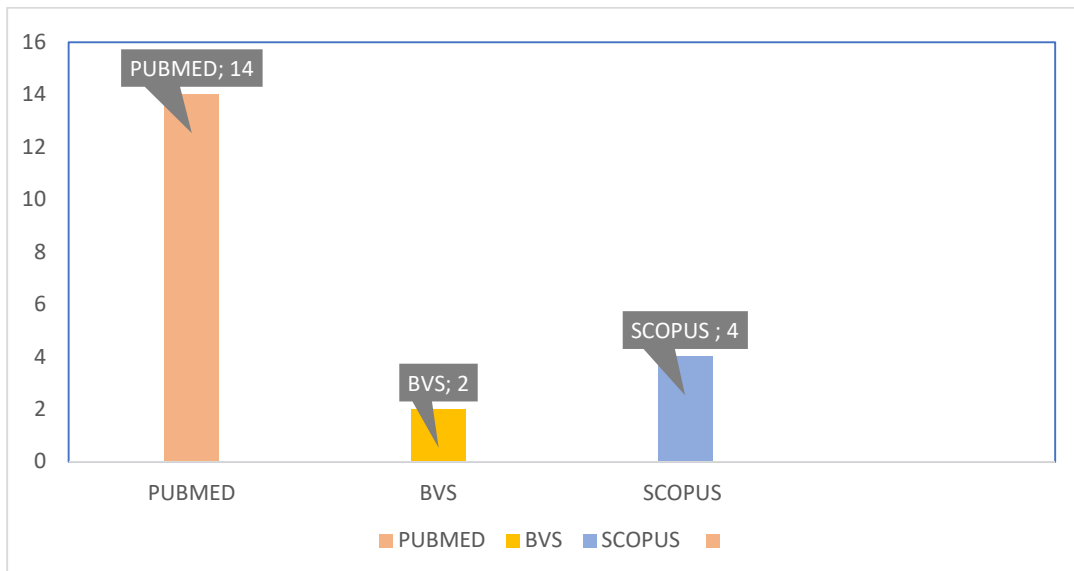


Figura 4. Clasificación artículos según base de datos

Fuente: elaboración propia

4.2.2 Artículos según el tipo de estudio

Clasificando los artículos seleccionados según su tipología encontramos; en primer lugar, los estudios más predominantes las revisiones sistemáticas, con un 45% (n= 9). el segundo más prevalente, serían los estudios observacionales longitudinales, con un 35% (n=7). El siguiente con un 15%(n=3) serían los estudios observacionales transversales y, por último, de estudios cualitativos nos encontramos con el 5% (n=1).

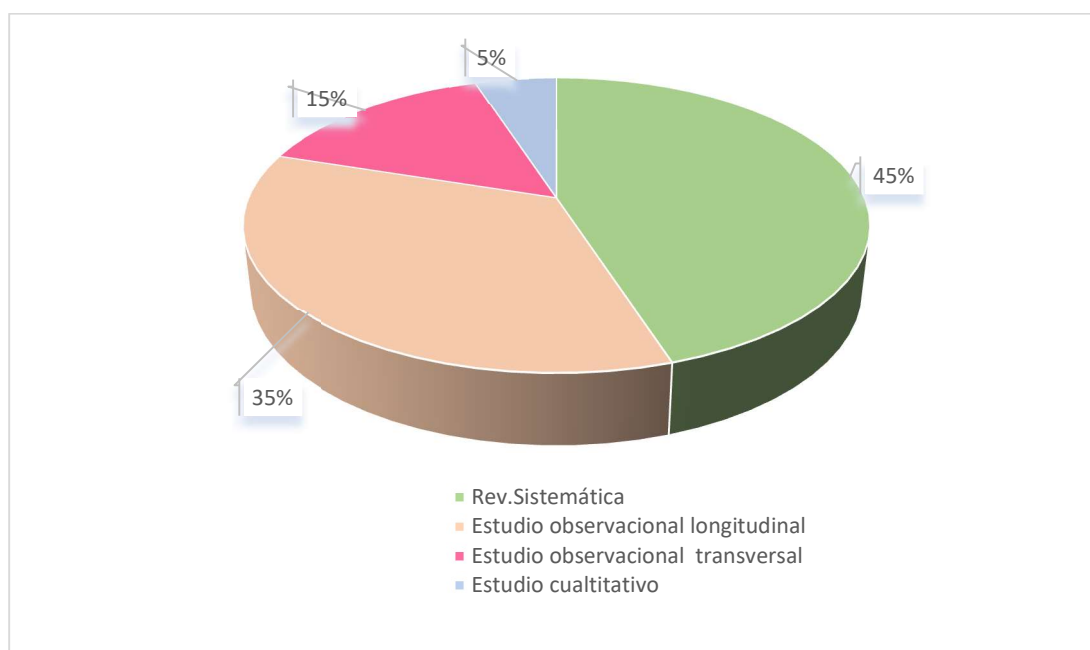


Figura 5. Clasificación artículos según tipo de estudio

Fuente: elaboración propia

4.2.3 Artículos según el año de publicación

Con el criterio del año de publicación, nos encontramos que, de los artículos elegidos, prevalecen los estudios del 2021, con un 35%(n=7), seguidos de estudios del 2020, con 25%(n=5), y casi igualándolo, una cifra de 20 %(n=4) de estudios del año 2019. Seguidos de los años 2017 y 2018, con un 10% (n=2) y un 5%(n=1). Finalmente nos queda un solo artículo el cual fue publicando en 2013 (un 5%).

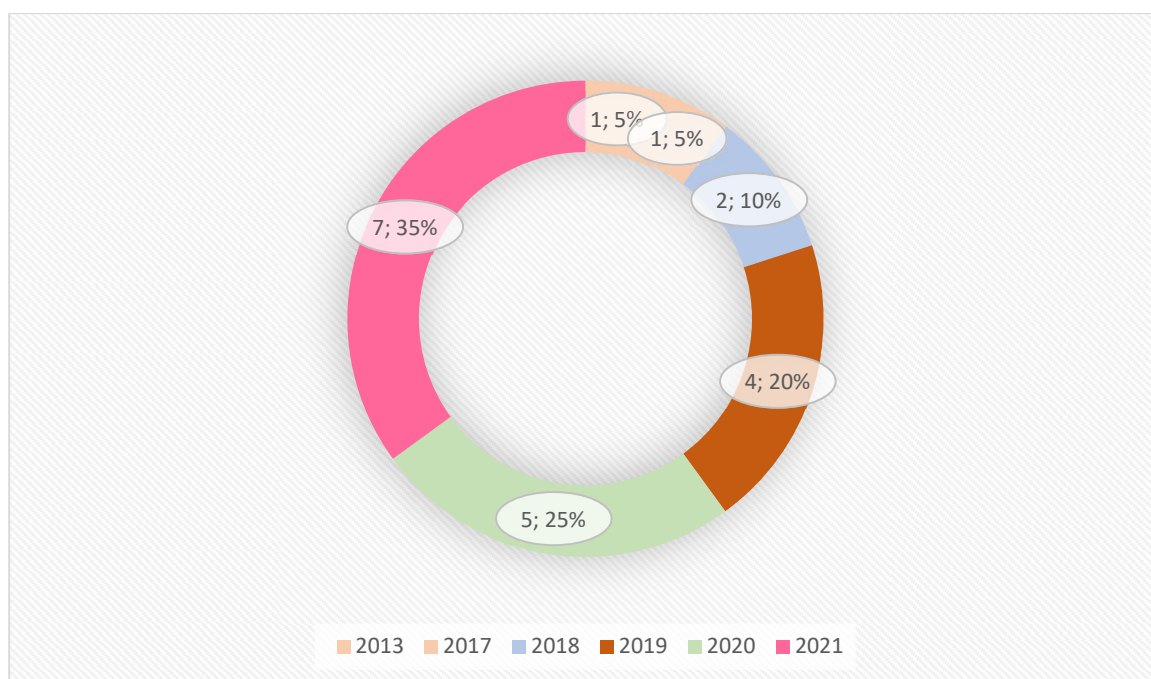


Figura 6. Clasificación artículos según año de publicación

Fuente: elaboración propia

4.2.4 Artículos según el país de publicación

Clasificando los artículos según el país de publicación, nos encontramos con gran variedad. El país más prevalente en los artículos elegidos es Reino Unido con un 35%(n=7), seguido de Estados Unidos con un 15%(n=3). A continuación, con un 20%(n=2), nos encontramos con artículos de Canadá, y, por último, nos encontramos el resto de los artículos, distribuidos en varios países; Suecia, Países Bajos, Turquía, Alemania, Cuba, Colombia, Finlandia, Nueva Zelanda, con un artículo por cada país, representando un 5% cada país.

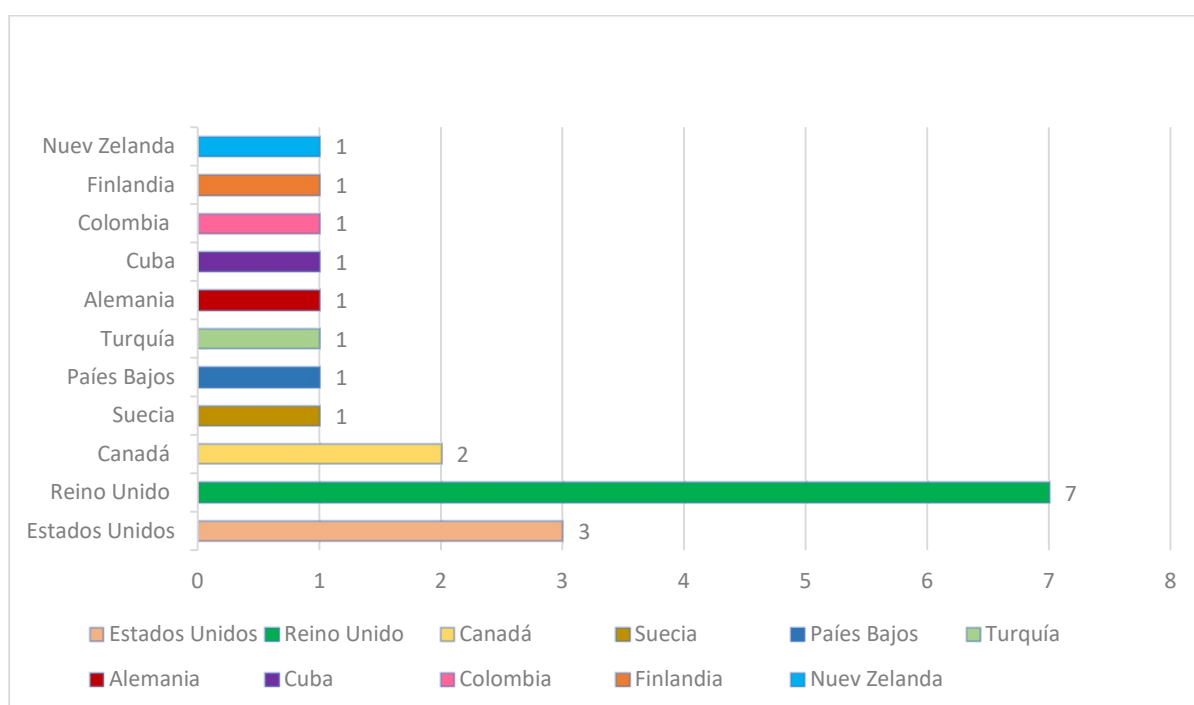


Figura 7. Clasificación artículos según país de publicación

Fuente: elaboración propia

4.2.5 Relación de los artículos incluidos en la revisión integradora

Tabla 5. Artículos incluidos en la revisión integradora

A continuación, se ha sintetizado los artículos finalmente seleccionados para realizar la discusión. Se presentan las características de los artículos, título, autor, año, bases de datos de la que ha sido extraída y tipo d estudio junto con las conclusiones de cada uno de ellos.

Título artículo	AUTOR	Año	BASE DATOS	DE TIPO ESTUDIO	Conclusiones
Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women (27).	Step toe et al.	2013	Pubmed	Estudio observacional Longitudinal	En el estudio se observa una influencia de la soledad y el aislamiento social en la mortalidad. La soledad y aislamiento social influyen negativamente en la calidad de vida, y es necesario su observación e investigación
Impact of the COVID-19 Pandemic on Older Adults: Rapid Review (28).	Lebrasseur et al.	2021	Pubmed	Revisión sistemática	A raíz de la pandemia, existe la hipótesis de que los mayores sufrirían más soledad, pero la literatura dice lo contrario. Lo que si se ha observado es un aumento de actitudes edadistas, promoviendo la ansiedad en las personas mayores e influyendo en la soledad.

Loneliness, Social Integration, and Incident Dementia Over 6 Years: Prospective Findings From the English Longitudinal Study of Ageing (29).	Rafnsson et al.	2020	Pubmed	Estudio observacional longitudinal	En este análisis, la soledad se ha relacionado con un aumento en el riesgo de desarrollar demencias. Mientras se identificaron otros factores protectores de la soledad, como estar casado, tener relaciones sociales con amigos y familiares.
Lonelier than ever? Loneliness of older people over two decades (30).	Dahlberg et al.	2018	Pubmed	Estudio observacional transversal	Factores sociales como la viudez, menos relaciones sociales y la angustia psicológica han observado su influencia en la soledad. También se identifica también el aumento de la soledad en personas con limitaciones funcionales, sin embargo, falta investigación para esta relación.
Transitions in Loneliness Among Older Adults: A 5-Year Follow-Up in the National Social Life, Health, and Aging Project (31).	Hawkley et al.	2018	Pubmed	Estudio observacional longitudinal	Los resultados del análisis concluyeron que personas mayores con menos limitaciones funcionales, y mayor apoyo familiar, tienen menos posibilidades de sentirse solos. Asociación del hecho de vivir solo con el aumento de la soledad.
Loneliness and social isolation interventions for older adults: a scoping review of reviews (32).	Fakoya et al.	2020	Pubmed	Revisión sistemática	No hay un enfoque único para todas las intervenciones sobre la soledad. Por esa razón, las intervenciones son complejas y se deben individualizar.

Associations between social isolation, loneliness, and objective physical activity in older men and women (33).	Schrempft et al.	2019	Pubmed	Estudio observacional longitudinal	El aislamiento social en hombres y mujeres se asocia con una disminución de la actividad física diaria repercutiendo en el comportamiento sedentario.
Loneliness of Older Adults: Social Network and the Living Environment (34).	Kemperman et al.	2019	Pubmed	Estudio observacional transversal	Existe una relación indirecta entre el tamaño de la red social y la existencia de sentimientos de soledad. El estudio además propone una intervención para poder mejorar los vecindarios ya que se ha demostrado su efecto positivo la mejora de los sentimientos de la soledad.
Life in lockdown: Social isolation, loneliness, and quality of life in the elderly during the COVID-19 pandemic: A scoping review (35).	Sayin Kasar et al.	2021	Pubmed	Revisión sistemática	Asociación entre el tamaño de la red social y el sentimiento de soledad, a mayor tamaño menos sentimientos de soledad encontramos en las personas mayores. Propone estrategias para mejorar la calidad de vida de las personas mayores solitarias, por una parte, con la correcta medición e identificación de la soledad, y por otra, con el uso de la tecnología y la terapia cognitivo -conductual.

Loneliness, Living Alone, and All-Cause Mortality: The Role of Emotional and Social Loneliness in the Elderly During 19 Years of Follow-Up (36).	O'Súilleabháin et al.	2019	Pubmed	Estudio observacional longitudinal	Estudio en el cual hay clara evidencia de la asociación entre la soledad emocional y la mortalidad, además de la identificación del hecho de vivir solo un factor de riesgo.
Relationship between loneliness, social isolation and modifiable risk factors for cardiovascular disease: a latent class analysis (37).	Bu et al.	2021	Pubmed	Estudio observacional longitudinal	Relación de la soledad y la desconexión social con un aumento en el riesgo cardiovascular. Resultados demuestran que las personas que están solas tienen más probabilidad de estar deprimidas promoviendo comportamientos poco saludables
Voice-Activated Virtual Home Assistant Use and Social Isolation and Loneliness Among Older Adults: Mini Review (38).	Corbett, et al.	2021	Pubmed	Revisión sistemática	Uso de VHA (Home virtual voice activated), un asistente virtual, como recurso para disminuir la soledad. Los resultados demuestran los beneficios de esta herramienta, con ciertas limitaciones y falta de investigación.
Social isolation and loneliness as risk factors for hospital admissions for respiratory disease among older adults (39).	Bu et al.	2020	Pubmed	Estudio observacional longitudinal	El aislamiento social se asocia con mayor riesgo de ingreso hospitalario por enfermedad respiratoria, pero no hay hallazgos de la influencia de la soledad subjetiva.

Measuring Older Adult Loneliness Across Countries (40).	Newmyer et al.	2021	Pubmed	Revisión sistemática	La medición de la soledad en 31 países ha hecho que se demuestre la gran capacidad que las escalas y encuestas tienen para medir la soledad, además de tener diferentes variables para su correspondiente precisión.
Soledad social en ancianos hospitalizados en el servicio de Geriatria. Hospital "Comandante Faustino Pérez" (41).	Hernández Falcon et al.	2020	BVS	Estudio observacional transversal	La soledad de las personas mayores se relaciona con diferentes causas; la brecha digital, debido a las nuevas tecnologías, dificultando la adaptación social, la falta de apoyo por parte de la familia y la falta de participación social, generando los sentimientos de soledad.
Soledad en el adulto mayor: implicaciones para el profesional de enfermería (42).	Chaparro et al.	2019	BVS	Revisión sistemática	Las implicaciones del personal de enfermería en la soledad de las personas mayores, consiste en una valoración de las necesidades, un abordaje multidisciplinar además de una escucha activa, para poder identificar la soledad y decidir las intervenciones correctas.
Older Adults' Loneliness, Social Isolation, and Physical Information and Communication Technology in the Era of Ambient Assisted Living: A Systematic Literature Review (43).	Latikka R, et al.	2021	Scopus	Revisión sistemática	Para la detección de situaciones de soledad, el alivio momentáneo de la situación de soledad, las TIC (tecnologías de la información y la comunicación) son una herramienta efectiva con resultados positivos, no obstante, existe la necesidad de muestras más grandes y más investigación.

Friends from the future: A scoping review of research into robots and computer agents to combat loneliness in older people (44).	Gasteiger et al.	2021	Scopus	Revisión sistemática	Los efectos de las intervenciones las cuales usan robots sociales y agentes informáticos tienen resultados positivos, ya que los resultados demuestran una efectividad para la disminución de la soledad, aunque también resultados negativos, con dificultad de concluir el grado de efectividad como intervención de la soledad.
Effects of social isolation, loneliness and frailty on health outcomes and their possible mediators and moderators in community-dwelling older adults: A scoping review (45).	Mehrabi et al.	2020	Scopus	Revisión sistemática	Estudio en el cual se observa una asociación del efecto de la soledad sobre la fragilidad, pero no son resultados concluyentes, es una variable la cual necesita investigación.
Museum-based programs for socially isolated older adults: Understanding what works (46).	Todd et al.	2017	Scopus	Estudio cualitativo	Intervención que se basa en actividades en un museo organizadas para las personas mayores, promoviendo el aumento del bienestar, un compromiso social y de aprendizaje y aumento del círculo social. Una intervención con efectos positivos en la vida de las personas mayores, disminuyendo la soledad.

Fuente: Elaboración propia

4.2.6 Resultados de la calidad metodológica

Tabla 6. Análisis metodológico de artículos localizados mediante la herramienta CASPe

AUTOR	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	Resultado
Revisiones sistemáticas											
Lebrasseur et al. (28).	SÍ	SÍ	SÍ	NS	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	NS	8/10
Cruz et al. (47).	NO	NO									Eliminado
Fakoya et al. (32).	SÍ	SÍ	SÍ	NS	SÍ	SÍ	NS	SÍ	SÍ	NS	8,5/10
Landeiro et al. (48).	NO	NO									Eliminado
Sayin Kasar et al. (35).	SÍ	SÍ	SÍ	NS	NS	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	8/10
Corbett et al. (38).	SÍ	SÍ	SÍ	NS	NS	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	8/10
Newmyer et al. (40).	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NS	SÍ	SÍ	SÍ	9'5/10
Chaparro et al. (42).	SÍ	SÍ	SÍ	NS	SÍ	SÍ	NS	SÍ	SÍ	NS	8/10
Latikka et al. (43).	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NS	SÍ	SÍ	NS	9/10
Gasteiger et al. (44).	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NS	9'5/10
Mehrabi et al. (45).	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NS	SÍ	NS	NS	8'5/10
Estudios de cohortes											
Beridze et al. (49).	NS	NO	NO								Eliminado
Estudios cualitativos											
Todd et al. (46).	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NS	NS	SÍ	SÍ	SÍ	9/10

Fuente: elaboración propia. P: pregunta; NS: no lo sé

Tabla 7. Análisis metodológico de artículos localizados mediante la herramienta STROBE

Estudios observacionales																								
AUTOR	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8	P 9	P 10	P 11	P 12	P 13	P 14	P 15	P 16	P 17	P 18	P 19	P 20	P 21	P22	Resultado	
Steptoe et al. (27).	SÍ	SÍ	SÍ	NS	SÍ	SÍ	NS	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NS	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	20,5/22
Rafnsson et al. (29).	SÍ	NS	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NS	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NS	SÍ	NS	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NS	NS	19,5/22
Dahlberg et al. (30).	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NS	SÍ	N S	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	20/22
Hawkley et al. (31).	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	NS	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	20,5/22
Schrepft et al. (33).	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	N S	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NS	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	18/22
O'Súilleabháin et al. (36).	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NS	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NS	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO	20/22
Bu et al. (37).	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	N S	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NS	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	20/22

Continuación Tabla 7. Análisis metodológico de artículos localizados mediante la herramienta STROBE																							
Bu et al. (39).	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	N	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	18'5/22
Hernández Falcón, et al. (41).	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NS	N	SÍ	SÍ	N	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NS	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	17'5/22
Kemperman et al. (34).	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NS	SÍ	N	SÍ	SÍ	N	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NS	SÍ	SÍ	SI	19'5/22

Fuente: elaboración propia. P: pregunta; R: resultado; NS: no lo sé

5. Discusión

Tras la lectura completa y el estudio de los 20 artículos incluidos en la revisión, se llevará a cabo en este apartado la correspondiente discusión. Para ello se comentarán los hallazgos y consideraciones de los autores sobre la soledad, y todas sus implicaciones en la vida de las personas mayores.

5.1 Causas de situación de soledad en personas mayores

Tras la revisión de la bibliografía en referencia a las causas de la soledad en las personas mayores, en el estudio realizado por Steptoe et al. (27), afirma que la soledad es mayor en las mujeres, factor el cual también se ha observado en el estudio de Dahlberg et al. (30) en el que había una clara asociación de la soledad y el género femenino. Además, añade otro factor como es la viudedad. En la misma línea el estudio de Hernández Falcón et al. (41), ratifica que hay mayor soledad en las mujeres, relacionado en este caso a la mayor esperanza de vida del sexo femenino y a la mayor importancia a las pérdidas.

Los dos autores, Steptoe et al. (27) y Dahlberg et al. (30) coinciden con la fuerte relación de la soledad con la mala salud, está la relacionan con el deterioro de la movilidad y las limitaciones en las actividades básicas de la vida diaria. Reforzando la idea está también el estudio de Hawkey et al. (31), en el cual se observó que las personas mayores con menos limitaciones y más apoyo social, disminuye la probabilidad de sentirse solos.

Sin embargo, en el estudio de Dahlberg et al. (30) comenta que a pesar de la relación de las limitaciones funcionales es un factor importante, siempre dependerá de los recursos y adaptaciones que la sociedad ofrezca para mejorar y adaptar el entorno físico.

Los autores Dahlberg et al. (30) resaltan también la influencia de la depresión, relacionada con la angustia psicológica. Junto con todo lo comentado anteriormente, son causas que provocan la soledad dificultando el proceso del envejecimiento sano y activo.

Por otra parte, los estudios de Kemperman et al. (34), Hernández Falcón et al. (41) y Sayin Kasar et al. (35) se observa un consenso en sus conclusiones, relacionada con la red social, las personas con mayor red social son más propensas a sentirse menos solas, además comentan factores protectores de la soledad, como puede ser las creencias religiosas, debido al optimismo que les puede aportar en su vida, y el apoyo social.

Y por último, en el estudio Hernández Falcon et al. (41) avalan otras posibles causas por las cuales las personas mayores experimentan los sentimientos de soledad, como es la difícil adaptación a nivel social, debido a las nuevas tecnologías y los nuevos medios de comunicación, encontrándose las personas mayores con la gran brecha digital enorme y una gran desventaja. Además del abandono de los ancianos por parte de la familia, debido a la carga de trabajo, falta de tiempo, considerando a veces al anciano una carga y en momentos que necesitan apoyo, lo único que se fomentan son los sentimientos de soledad y el aislamiento social.

5.2 Consecuencias e impacto de la soledad en la salud de las personas mayores

En lo referente a las consecuencias y el impacto que puede tener la soledad en la soledad de las personas mayores.

Por una parte, el estudio realizado por Steptoe et al. (27), los resultados tienen una fuerte asociación entre el aislamiento social y la mortalidad y la soledad y la mortalidad, sin embargo una vez ajustados los factores demográficos, el aislamiento social sigue estando fuertemente relacionado con la mortalidad mientras que la soledad no, sugiriendo que la soledad no siempre es la manifestación principal del aislamiento social en este estudio. Mientras encontramos también un acuerdo relacionado con la mortalidad en el estudio de los autores O'Súilleabháin et al. (36) en el que los resultados demuestran que la soledad emocional se asocia con la mortalidad en personas mayores que viven solas, identificando el hecho de vivir solo, un factor de riesgo.

En el estudio de Rafnsson et al. (29) que tenía objetivo investigar el riesgo de demencia en relación de las relaciones sociales de las personas mayores, después del análisis teniendo en cuenta diferentes variables y características de los participantes, se relacionó la soledad con el aumento del riesgo de desarrollar demencia y describiendo a su vez varios factores protectores, como es el estar casado, tener relaciones sociales con amigos familiares.

El estudio de Schrepft et al. (33) pretendía investigar la asociación entre el aislamiento social y la soledad y la actividad física. El aislamiento social se relaciona con el aumento de la actividad sedentaria mientras que la soledad una vez se tuvieron en cuenta variables como el sexo, la edad, y otras covariables, no se ha observado la asociación con la actividad física. Sin embargo, sabiendo que el aislamiento social es un factor de riesgo, influyente en la soledad, y el aumento del comportamiento sedentario relacionado, esto hace que aumente la probabilidad de enfermedad crónica y discapacidad en las personas mayores.

En el estudio de Bu et al. (37) tenían como objetivo exponer la relación entre la soledad, el aislamiento social y los factores de riesgo cardiovasculares. Los resultados pudieron mostrarnos que la desconexión social se asocia con mayor probabilidad de riesgo cardiovascular debido a que las personas que están aisladas y tienen sentimientos de soledad, tienden a tener menos participación social, y además de llevar estilos de vida menos saludables. Este comportamiento se ha relacionado con la depresión que puede aumentar en las personas que están solas las cuales, tienden a llevar comportamientos menos saludables, aumentando así riesgo.

Otro estudio de Bu et al. (39) se centra en la soledad social, no en la soledad subjetiva, apoyan investigaciones anteriores en las cuales relacionaban el aislamiento social con el aumento del riesgo de ingreso hospitalario. Esta asociación está determinada por un mayor riesgo de estar inactivo físicamente, tienen más probabilidad de fumar las personas que están aisladas y menos presión social para buscar ayuda médica al principio de la enfermedad respiratoria. Este estudio también identifica la fuerte asociación de vivir solo y la mala salud y el riesgo de discapacidad.

Y por último, los autores Mehrabi et al. (45), destacan la importancia del aislamiento social y la soledad y su influencia en la fragilidad en las personas mayores no obstante todavía no hay la suficiente evidencia para una clara asociación. La mayoría de los estudios recopilados en la revisión de estos autores sí que encontraron una relación con la soledad y la fragilidad, pero

falta investigación para poder observar los efectos de la soledad en la fragilidad de las personas mayores.

5.3 Influencia del Covid-19 en la soledad en las personas mayores

En cuanto a la influencia que ha tenido la actual pandemia Covid-19 en las personas mayores y en su soledad, en primer lugar, en el estudio de Lebrasseur et al. (28) a pesar de existir la hipótesis de que las personas mayores han sufrido más resultados negativos durante la pandemia, los resultados resultan contradictorios, demostrando que los jóvenes son los que han sufrido más aislamiento y sentimientos de soledad. Podría explicarse con la ya existente soledad en la vida de las personas mayores, y en la capacidad de poder haber afrontado la situación a pesar de ser un grupo de riesgo. Sin embargo, este estudio sí que concluye que las actitudes edadistas han aumentado debido la pandemia, y es un factor de riesgo ya que promueve la ansiedad y sentimientos de culpa y aislamiento en las personas mayores.

En el estudio de Sayin Kasar et al. (35) los resultados respaldan la idea anterior, las personas mayores han tenido menos impacto psicológico debido a la pandemia. A pesar de ello son un grupo de riesgo en el que hay que ser consciente de que la soledad existe en su día a día, sobre todo en personas mayores las cuales se encuentran en instituciones o viven solos, y las restricciones en la pandemia son un poco más estrictas.

5.4 Estrategias para la promoción del envejecimiento saludable

Y por último en mención a las estrategias para disminuir y prevenir la soledad. En primer lugar, el estudio de Fakoya et al. (32) describe que las intervenciones para afrontar la soledad son difíciles o complejas debido a la interacción de todos los factores del entorno, por eso es importante tenerlos en cuenta para poder elaborar intervenciones específicas según la persona y el contexto. Para poder llevar una adecuada intervención, el estudio propone una herramienta, la lista de verificación y guía template for Intervention Description and Replication (TIDieR) la cual pretende estandarizar la estructura de las intervenciones con características clave las cuales ayudarán a la hora de describir las intervenciones diferentes autores. Una característica muy importante para mejorar la soledad es la consideración de intervenciones grupales para poder fomentar vínculos sociales. El estudio concluye con que no hay un enfoque único para las intervenciones sobre la soledad, y recomienda la evaluación de las necesidades individuales.

Y reafirmando la idea de la estandarización y la medición correcta de la soledad, nos encontramos con el estudio de Newmyer et al. (40) en la cual se evalúa la medición de la soledad en 31 países, para poder comprobar la validez y uso de las diferentes escalas que miden la soledad. Las conclusiones de este estudio, por una parte, las encuestas sobre el envejecimiento son completas y suficientes para medir la soledad. Además de estar adaptadas y tienen en cuenta variables como es el género y el grupo de edad, ya que la soledad se vive de manera diferente. Y además se ha encontrado una fuerte asociación entre el aislamiento social y todos los factores que la literatura plantea que están relacionados, como la soledad emocional, vivir solo, la viudez, fortaleciendo el concepto de soledad y su correcta medición, para combatir la soledad en todo el mundo.

Otra estrategia para fomentar el círculo social es la propuesta por Kemperman et al. (34) afirma que hay una relación entre la soledad y el apego vecinal, entonces una estrategia efectiva, es la posibilidad de crear una intervención basada en la seguridad de vecindarios seguros y de alta calidad, para la organización de actividades vecinales, desarrollo de reuniones actividades grupales, juegos, para fomentar las interacciones sociales en la vida de las personas mayores consiguiendo así una disminución de los sentimientos de soledad.

En la revisión sistemática de Sayin Kasar et al. (35), se proponen diferentes estrategias para poder disminuir la soledad en las personas mayores. Por una parte, la correcta medición de la soledad mediante la escala ALONE, la cual es sencilla y rápida y la escala UCLA, escala la cual se puede usar como escala estándar para medir la soledad.

Y por otra, la importancia del uso de tecnología, para reducir el efecto del aislamiento social y el sentimiento de soledad. Una buena estrategia y muy efectiva para estar en contacto con el círculo social e interactuar, pero puede ser una desventaja su acceso, debido al estado socioeconómico, la ubicación geográfica o por el porcentaje analfabeto. Su uso es muy beneficioso, siempre que no haya desigualdades y se ofrezcan recursos para poder disfrutar del máximo de la tecnología. El estudio de todos modos enfatiza en las llamadas telefónicas las cuales tienen menos limitaciones y pueden mantener a las personas mayores activos.

Por último, otra propuesta del estudio de Sayin Kasar et al. (35) el uso de terapia cognitivo conductual para mejorar la salud mental de las personas mayores, junto con otros recursos como pueden ser, la risoterapia, meditación y el uso de recursos virtuales como la telesalud, para poder aumentar al máximo la autoestima y la integración de las personas mayores.

Relacionado con la importancia del uso de la tecnología del artículo anterior, en el estudio de Corbett et al. (38) busca la relación entre el uso de VHA (Home virtual voice activated), un asistente doméstico virtual de inteligencia virtual y su influencia con el aislamiento social y la soledad. Los resultados y conclusiones apoyan el uso de VHA ya que se ha observado la disminución de la soledad en las personas mayores, según los participantes de los estudios incluidos en esta revisión, respondían positivamente al uso del VHA, afirmando que es una fuente de compañía, ya que la voz suena humana aportando conversación y cierto entretenimiento y compañía al usuario. Tiene un fácil uso, aunque quizá como componente de la tecnología que es, sí que se necesitaría educación para sacar el máximo beneficio ya que su uso ha demostrado una disminución de la soledad. Como todo lo que tiene que ver con inteligencia artificial, tiene sus contradicciones, como es la falta de privacidad ya que escucha todo y el acceso a toda la red. A pesar de ser un buen recurso, falta investigación, y concienciación para poder usar con gran beneficio este recurso.

Otro artículo relacionado con la tecnología de la información y la comunicación física, un estudio de Latikka et al. (43) donde se identifica el recurso de las TIC (Tecnologías de la información y la comunicación), útil en la detección de las situaciones de la soledad y para aliviar momentáneamente la situación de soledad. A pesar de que se ha observado una evolución positiva en las intervenciones con robots sociales, ya que interacciona con el usuario de una forma recíproca obteniendo compañía, como se ha observado también en el artículo anterior, se considera que no hay evidencia suficiente para ver si fomenta un contacto social saludable debido a la falta de estudios y muestras más grandes y representativas de estudio.

Y para finalizar en el ámbito del uso de tecnologías para mejorar la soledad, el estudio de Gasteiger et al. (44) tiene como objetivo buscar la efectividad de las intervenciones que usan robots sociales y agentes informáticos, para disminuir la soledad. Muestran datos positivos en cuanto al uso de los robots, disminuyendo el nivel de soledad, aunque con ciertos efectos negativos, que no habían sido comentado anteriormente, que es la frustración percibida por ciertas personas mayores a la hora de usar el robot y que no lo hiciese caso o hiciera algo que no estuviese bajo su control, por eso es importante lo anteriormente comentado, la educación cara al uso de la tecnología en general. También muestran datos concluyentes sobre la efectividad de la terapia cognitivo-conductual, una técnica la cual podría ser efectiva para aliviar la soledad, en consenso con los autores de Sayin Kasar et al. (35). En conclusión, la revisión apoya la efectividad de los robots para intervenir en las situaciones de soledad, aunque sea difícil concluir el grado de efectividad debido a la falta de investigación.

El estudio de Chaparro et al. (42) su objetivo es determinar las implicaciones para el profesional de enfermería en la soledad de las personas mayores. Este estudio hace énfasis en la valoración de las necesidades de la persona mayor, identificando su cultura, sus costumbres, el nivel económico y el rol de apoyo todas ellas variables las cuales pueden dar pistas a la hora de identificar el riesgo de presentar sentimientos de soledad. Después de la valoración inicial, identificar si es soledad social o emocional, debido a que las intervenciones serán diferentes. Los profesionales pueden dirigir a las personas mayores a grupos de apoyo, visitas domiciliarias, llamadas telefónicas, puntos de encuentro. Todo esto se resume en un abordaje multidisciplinar y una escucha activa por parte de enfermería.

Y por último, el estudio cualitativo de Todd et al. (46), propone en su estudio una intervención para disminuir la soledad y fomentar círculos sociales entre las personas mayores. Se basa en un programa de museos en el cual fomenta: por una parte, el compromiso de una actividad, con un guía y un grupo de personas, fomenta también la inclusión social, compartir experiencias con nuevas personas y un nuevo aprendizaje cultural, el cual además está adaptado a cualquier limitación. Una actividad la cual hace que las personas mayores se sientan parte de la sociedad, reforzando su bienestar psicológico, aumentando su autoestima y poder tener la oportunidad de mantener las relaciones sociales. Concluye el estudio, con la importancia de adquirir este tipo de actividades como una práctica comunitaria en la cual además estén inmersas la atención sanitaria junto con la organización social para poder beneficiarse las personas mayores lo máximo de estos programas.

5.5 Efectos de la soledad en la calidad de vida de las personas

En el estudio de Steptoe et al. (27), concluye la importante influencia que tienen la soledad y el aislamiento social para la calidad de vida. Confirmando esta asociación por parte de Sayin Kasar et al. (35), estudio en el cual también observa esta disminución de calidad de vida, sobre todo en el aumento de soledad debido a las restricciones de la pandemia, esta revisión se centra en como mejorara la calidad de vida mediante diferentes recursos.

El estudio de los autores Schrempft et al. (33), desarrollan la relación entre la soledad y la actividad física, factor relacionado con la calidad de vida, ya que los sentimientos de soledad influyen en el desarrollo de hábitos sedentarios, un factor de riesgo en la salud y calidad de vida de las personas mayores. Otro clara asociación la cual influye directamente en la calidad de vida es la observada por los autores O'Súilleabháin et al. (36), el aumento de la mortalidad debido a vivir solo y los sentimientos de soledad, disminuyendo la calidad de vida a grandes dimensiones.

En el estudio de Chaparro et al. (42), los autores hacen énfasis en una valoración de las necesidades de la persona a la hora de identificar el riesgo de soledad, mediante un abordaje multidisciplinar y escucha activa por parte de los profesionales de enfermería. Esta estrategia hace que la calidad de vida de las personas mayores mejora, debido a la correcta valoración y abordaje temprano, teniendo en cuenta todos los factores relacionados.

Y por último, en el estudio de Todd et al. (46), concluye el gran beneficio que ha producido la estrategia basada en los programas de museos, observando una disminución del aislamiento social, el aumento de la autoestima de las personas mayores socialmente aisladas además del importante aumento de la calidad de vida.

6. Limitaciones

Por una parte, la escasa literatura tratando el tema de la soledad y las personas mayores. Por ello nos encontramos con poca evidencia sobre la soledad y escasas estrategias para poder disminuirla.

Y por otra, el año de publicación ha sido un delimitante también en la búsqueda, ya que hemos tenido que ampliarla a los últimos 10 años, ya que en los últimos 5 años no había suficiente literatura.

7. Futuras líneas de investigación

Tras toda la búsqueda relacionada con la soledad y las personas mayores, la necesidad de más investigación en este ámbito, con el objetivo de tener una relación clara y concisa de los efectos de la soledad en la vida de las personas mayores, para poder prevenirla y actuar de manera precoz.

Además, la importancia de investigar en las estrategias para disminuir la soledad por parte de los sanitarios.

Por otra parte, se debería investigar sobre los recursos tecnológicos que pueden ayudar a la disminución de la soledad.

8. Conclusión

Después del análisis de todos los artículos seleccionados, destaca la importancia de la atención de las personas mayores, debido a los efectos y consecuencias de la soledad, la cual influye negativamente en la calidad de vida.

Se han identificado diferentes variables las cuales influyen en la soledad: variables como el sexo femenino, la red social, la mala salud y una muy importante en nuestra era, la brecha digital.

Los autores coinciden en el gran impacto de la soledad en la vida de las personas mayores, identificando las consecuencias negativas de este estado, como puede ser la mortalidad, el riesgo de demencia o el aumento del sedentarismo.

Las personas mayores son un grupo de riesgo y debido a las restricciones durante la pandemia, proponen diferentes estrategias y alternativas para poder mantener un contacto social y un seguimiento por parte de todos los profesionales. Estas estrategias se centran en el uso de recursos tecnológicos como robots sociales, videollamadas. Y, por último, hay que tener en cuenta las necesidades de las personas mayores, para proporcionar un abordaje correcto por parte del personal sociosanitario.

9. Referencias bibliográficas

1. Mundial De La Salud O. Envejecimiento activo: un marco político*. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2002 [cited 2022 Apr 14];37(S2):74–105. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-envejecimiento-activo-un-marco-politico-13035694#:~:text=El marco político para el envejecimiento activo %28fig.,asistencia%2C realización de los propios deseos y dignidad.>
2. Envejecimiento y salud [Internet]. [cited 2022 Apr 15]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health?msclkid=03c5aee4a5d811ecbf52799310e819d0>
3. Salech F, Jara R, Michea L. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2012 Jan 1 [cited 2022 Apr 15];23(1):19–29. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-cambios-fisiologicos-asociados-al-envejecimiento-S0716864012702699>
4. Román Lapuente F, Sánchez Navarro J. Vista de cambios neuropsicológicos asociados al envejecimiento normal. An Psicol [Internet]. 1998 [cited 2022 Apr 15];14(1):27–43. Available from: <https://revistas.um.es/analesps/article/view/31111/30251>
5. Alvarado García AM, Salazar Maya ÁM. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos [Internet]. 2014 Jun 1 [cited 2022 Apr 15];25(2):57–62. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
6. Rodríguez Martín M. La soledad en el anciano. Gerokomos [Internet]. 2009 [cited 2022 Feb 24];20(4):159–66. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000400003
7. Reyes Torres I, Castillo Herrera J. El envejecimiento humano activo y saludable, un

- reto para el anciano, la familia, la sociedad. *Rev Cuba Investig Biomédicas* [Internet]. 2011 [cited 2022 Apr 28];30(3):454–9. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-615400>
8. Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030) [Internet]. [cited 2022 Apr 28]. Available from: <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
 9. Las actitudes negativas acerca del envejecimiento y la discriminación contra las personas mayores pueden afectar a su salud [Internet]. [cited 2022 Apr 28]. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/29-09-2016-discrimination-and-negative-attitudes-about-ageing-are-bad-for-your-health>
 10. Swan Tan S, Fierloos IN, Zhang X, Koppelaar E, Alhambra-Borras T, Rentoumis T, et al. The Association between Loneliness and Health Related Quality of Life (HR-QoL) among Community-Dwelling Older Citizens. *Int J Environ Res Public Heal* [Internet]. 2020;17:600. Available from: www.mdpi.com/journal/ijerph
 11. Cacioppo S, Capitanio JP, Cacioppo JT. Toward a neurology of loneliness. *Psychol Bull* [Internet]. 2014 Nov 1 [cited 2022 Apr 28];140(6):1464–504. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25222636/>
 12. Soledad y aislamiento social: Consejos para mantenerse conectado | National Institute on Aging [Internet]. [cited 2022 Apr 28]. Available from: <https://www.nia.nih.gov/espanol/soledad-aislamiento-social-consejos-mantenerse-conectado>
 13. Ong AD, Uchino BN, Wethington E. Loneliness and Health in Older Adults: A Mini-Review and Synthesis. *Gerontology* [Internet]. 2016 Jun 15 [cited 2022 Feb 24];62(4):443–9. Available from: <https://www.karger.com/Article/FullText/441651>
 14. Carleton RN, Thibodeau MA, Teale MJN, Welch PG, Abrams MP, Robinson T, et al. The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: A Review with a Theoretical and Empirical Examination of Item Content and Factor Structure. *PLoS One* [Internet]. 2013 Mar 1 [cited 2022 Apr 28];8(3):e58067. Available from: [/pmc/articles/PMC3585724/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3585724/)

15. González Forteza C, Wagner Echeagaray F, Jiménez Tapia A. Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en México: análisis bibliométrico. *Salud Ment* [Internet]. 2012 [cited 2022 Apr 28];35(1):13–20. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4852656>
16. Russell DW. UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, Validity, and Factor Structure. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6601_2 [Internet]. 2010 [cited 2022 Mar 2];66(1):20–40. Available from: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15327752jpa6601_2
17. Buz J, Adánez GP. Análisis de la escala de soledad de de jong gierveld mediante el modelo de rasch. *Univ Psychol*. 2013;12(3):971–81.
18. Pinazo-Hernandis S. Impacto psicosocial de la COVID-19 en las personas mayores: problemas y retos. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2020 Sep 1 [cited 2022 Apr 28];55(5):249. Available from: </pmc/articles/PMC7266768/>
19. Llobet Puig M, Lluch Canut M, Rodríguez Ávila N. Valoración de enfermería: detección de la soledad y del aislamiento social en los ancianos de riesgo. *Gerokomos* [Internet]. 2009 [cited 2022 Apr 28];20(1):9–14. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000100002
20. Leiton Espinoza ZE, Leiton Espinoza ZE. El envejecimiento saludable y el bienestar: un desafío y una oportunidad para enfermería. *Enfermería Univ* [Internet]. 2016 Jul [cited 2022 Apr 28];13(3):139–41. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632016000300139&lng=es&nrm=iso&tlng=es
21. Mostacero Morcillo E, Martínez Martín M. Rol de la enfermera en el envejecimiento activo y saludable. Revisión narrativa. *Gerokomos* [Internet]. 2019 [cited 2022 Apr 28];30(4):181–9. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2019000400181
22. Palma-Ayllón E, Escarabajal-Arrieta MD, Palma-Ayllón E, Escarabajal-Arrieta MD. Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. *Gerokomos* [Internet]. 2021

- Mar [cited 2022 Apr 28];32(1):22–5. Available from:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2021000100022&lng=es&nrm=iso&tlng=en
23. Santamaría Olmoa R. Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español (CASPe) | Nefrología. NefroPlus [Internet]. 2017 [cited 2022 Apr 29];9(1):1–103. Available from: <https://www.revistanefrologia.com/es-programa-habilidades-lectura-critica-espanol-articulo-X1888970017612483>
 24. Materiales – Redcaspe [Internet]. [cited 2022 Apr 29]. Available from: <https://redcaspe.org/materiales/>
 25. Vandembroucke JP, Von Elm E, Altman DG, Gøtzsche PC, Mulrow CD, Pocock SJ, et al. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): Explanation and elaboration. PLoS Med. 2007 Oct;4(10):1628–54.
 26. STROBE - Fortalecimiento de la notificación de estudios observacionales en epidemiología [Internet]. [cited 2022 Apr 29]. Available from: <https://www.strobe-statement.org/>
 27. Steptoe A, Shankar A, Demakakos P, Wardle J. Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. Proc Natl Acad Sci U S A. 2013 Apr 9;110(15):5797–801.
 28. Lebrasseur A, Fortin-Bédard N, Lettre J, Raymond E, Bussièrès EL, Lapierre N, et al. Impact of the COVID-19 Pandemic on Older Adults: Rapid Review. JMIR aging [Internet]. 2021 Apr 1 [cited 2022 Apr 10];4(2):e26474. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33720839/>
 29. Rafnsson SB, Orrell M, D’Orsi E, Hogervorst E, Steptoe A. Loneliness, Social Integration, and Incident Dementia Over 6 Years: Prospective Findings From the English Longitudinal Study of Ageing. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci [Internet]. 2020 Jan 1 [cited 2022 Apr 10];75(1):114–24. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28658937/>
 30. Dahlberg L, Agahi N, Lennartsson C. Lonelier than ever? Loneliness of older people

- over two decades. *Arch Gerontol Geriatr* [Internet]. 2018 Mar 1 [cited 2022 Apr 10];75:96–103. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29220739/>
31. Hawkley LC, Kocherginsky M. Transitions in Loneliness Among Older Adults: A 5-Year Follow-Up in the National Social Life, Health, and Aging Project. *Res Aging* [Internet]. 2018 Apr 1 [cited 2022 Apr 10];40(4):365–87. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29519211/>
 32. Fakoya OA, McCorry NK, Donnelly M. Loneliness and social isolation interventions for older adults: a scoping review of reviews. *BMC Public Health* [Internet]. 2020 Feb 14 [cited 2022 Apr 10];20(1):129. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32054474/>
 33. Schrepft S, Jackowska M, Hamer M, Steptoe A. Associations between social isolation, loneliness, and objective physical activity in older men and women. *BMC Public Health* [Internet]. 2019 Jan 16 [cited 2022 Apr 10];19(1):74. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30651092/>
 34. Kemperman A, Van Den Berg P, Weijs-Perrée M, Uijtdewillegen K. Loneliness of Older Adults: Social Network and the Living Environment. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2019 Jan 1 [cited 2022 Apr 10];16(3):406. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30708985/>
 35. Sayin Kasar K, Karaman E. Life in lockdown: Social isolation, loneliness and quality of life in the elderly during the COVID-19 pandemic: A scoping review. *Geriatr Nurs* [Internet]. 2021 Sep 1 [cited 2022 Apr 10];42(5):1222–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33824008/>
 36. O’Súilleabháin PS, Gallagher S, Steptoe A. Loneliness, Living Alone, and All-Cause Mortality: The Role of Emotional and Social Loneliness in the Elderly During 19 Years of Follow-Up. *Psychosom Med* [Internet]. 2019 Jul 1 [cited 2022 Apr 10];81(6):521–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31094903/>
 37. Bu F, Steptoe A, Fancourt D. Relationship between loneliness, social isolation and modifiable risk factors for cardiovascular disease: a latent class analysis. *J Epidemiol*

- Community Health [Internet]. 2021 Aug 1 [cited 2022 Apr 10];75(8):749–54. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33408162/>
38. Corbett CF, Wright PJ, Jones K, Parmer M. Voice-Activated Virtual Home Assistant Use and Social Isolation and Loneliness Among Older Adults: Mini Review. *Front public Heal* [Internet]. 2021 Oct 11 [cited 2022 Apr 10];9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34708017/>
 39. Bu F, Philip K, Fancourt D. Social isolation and loneliness as risk factors for hospital admissions for respiratory disease among older adults. *Thorax* [Internet]. 2020 [cited 2022 Apr 10];75(7):597–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32317268/>
 40. Newmyer L, Verdery AM, Margolis R, Pessin L. Measuring Older Adult Loneliness Across Countries. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* [Internet]. 2021 Sep 1 [cited 2022 Apr 10];76(7):1408–14. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32756903/>
 41. Hernández Falcón N, Pierrez Martínez M, Martínez González BM, Morejón Milera A, Arencibia Márquez F, Álvarez Escobar M del C. z”Soledad social en ancianos hospitalizados en el servicio de Geriatria. Hospital “Comandante Faustino Pére. *Rev Médica Electrónica* [Internet]. 2020 [cited 2022 Apr 29];42(3):1781–91. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242020000301781
 42. Díaz LC, Moreno SC, Arias-Rojas M, Díaz LC, Moreno SC, Arias-Rojas M. Soledad en el adulto mayor: implicaciones para el profesional de enfermería. *Rev Cuid* [Internet]. 2019 May 3 [cited 2022 Feb 22];10(2). Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732019000200300&lng=en&nrm=iso&tlng=es
 43. Latikka R, Rubio-Hernández R, Lohan ES, Rantala J, Nieto Fernández F, Laitinen A, et al. Older Adults’ Loneliness, Social Isolation, and Physical Information and Communication Technology in the Era of Ambient Assisted Living:A Systematic Literature Review. *J Med Internet Res* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2022 Apr 29];23(12):e28022. Available from: doi: 10.2196/28022.

44. Gasteiger N, Loveys K, Law M, Broadbent E. Friends from the future: A scoping review of research into robots and computer agents to combat loneliness in older people. *Clin Interv Aging*. 2021;16:941–71.
45. Mehrabi F, Béland F. Effects of social isolation, loneliness and frailty on health outcomes and their possible mediators and moderators in community-dwelling older adults: A scoping review. *Arch Gerontol Geriatr* [Internet]. 2020 Sep 1 [cited 2022 Apr 10];90:104119. Available from: doi: 10.1016/j.archger.2020.104119
46. Todd C, Camic PM, Lockyer B, Thomson LJM, Chatterjee HJ. Museum-based programs for socially isolated older adults: Understanding what works. *Heal Place* [Internet]. 2017 Nov 1 [cited 2022 Apr 10];48:47–55. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28934636/>
47. Glasbey J, Ademuyiwa A, Adisa A, AlAmeer E, Arnaud AP, Ayasra F, et al. Effect of COVID-19 pandemic lockdowns on planned cancer surgery for 15 tumour types in 61 countries: an international, prospective, cohort study. *Lancet Oncol* [Internet]. 2021 [cited 2021 Oct 26];22(11):1507-1517. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34624250/>
48. Landeiro F, Barrows P, Nuttall Musson E, Gray AM, Leal J. Reducing social isolation and loneliness in older people: a systematic review protocol. *BMJ Open* [Internet]. 2017 May 1 [cited 2022 May 16];7(5):e013778. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28515187/>
49. Beridze G, Ayala A, Ribeiro O, Fernández-Mayoralas G, Rodríguez-Blázquez C, Rodríguez-Rodríguez V, et al. Are Loneliness and Social Isolation Associated with Quality of Life in Older Adults? Insights from Northern and Southern Europe. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 Nov 2 [cited 2022 May 16];17(22):1–15. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33233793/>

10. Anexos

Anexo 1: Plantillas CASPe para evaluar la calidad metodológica

- **Revisión sistemática**



PROGRAMA DE LECTURA CRÍTICA CASPe
Leyendo críticamente la evidencia clínica

10 preguntas para ayudarte a entender una revisión

Comentarios generales

- Hay tres aspectos generales a tener en cuenta cuando se hace la lectura crítica de una revisión:
 - ¿Son válidos esos resultados?*
 - ¿Cuáles son los resultados?*
 - ¿Son aplicables en tu medio?*
- Las 10 preguntas de las próximas páginas están diseñadas para ayudarte a pensar sistemáticamente sobre estos aspectos. Las dos primeras preguntas son preguntas "de eliminación" y se pueden responder rápidamente. Sólo si la respuesta es "sí" en ambas, entonces merece la pena continuar con las preguntas restantes.
- Puede haber cierto grado de solapamiento entre algunas de las preguntas.
- En itálica y debajo de las preguntas encontrarás una serie de pistas para contestar a las preguntas. Están pensadas para recordarte por que la pregunta es importante. ¡En los pequeños grupos no suele haber tiempo para responder a todo con detalle!
- Estas 10 preguntas están adaptadas de: Oxman AD, Guyatt GH et al, Users' Guides to The Medical Literature, VI How to use an overview. (JAMA 1994; 272 (17): 1367-1371)

El marco conceptual necesario para la interpretación y el uso de estos instrumentos puede encontrarse en la referencia de abajo o/y puede aprenderse en los talleres de CASPe:

Juan B Cabello por CASPe. Lectura crítica de la evidencia clínica. Barcelona: Elsevier; 2015. (ISBN 978-84-9022-447-2)

Esta plantilla debería citarse como:
Cabello, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender una Revisión Sistemática. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno I. p.13-17.

j

A/ ¿Los resultados de la revisión son válidos?

Preguntas "de eliminación"

<p>1 ¿Se hizo la revisión sobre un tema claramente definido?</p> <p><i>PISTA: Un tema debe ser definido en términos de</i></p> <ul style="list-style-type: none">- La población de estudio.- La intervención realizada.- Los resultados ("outcomes") considerados.	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>2 ¿Buscaron los autores el tipo de artículos adecuado?</p> <p><i>PISTA: El mejor "tipo de estudio" es el que</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Se dirige a la pregunta objeto de la revisión.- Tiene un diseño apropiado para la pregunta.	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>

¿Merece la pena continuar?

Preguntas detalladas

<p>3 ¿Crees que estaban incluidos los estudios importantes y pertinentes?</p> <p><i>PISTA: Busca</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Qué bases de datos bibliográficas se han usado.- Seguimiento de las referencias.- Contacto personal con expertos.- Búsqueda de estudios no publicados.- Búsqueda de estudios en idiomas distintos del inglés.	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>4 ¿Crees que los autores de la revisión han hecho suficiente esfuerzo para valorar la calidad de los estudios incluidos?</p> <p><i>PISTA: Los autores necesitan considerar el rigor de los estudios que han identificado. La falta de rigor puede afectar al resultado de los estudios ("No es oro todo lo que reluce" El Mercader de Venecia. Acto II)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>5 Si los resultados de los diferentes estudios han sido mezclados para obtener un resultado "combinado", ¿era razonable hacer eso?</p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Los resultados de los estudios eran similares entre sí.- Los resultados de todos los estudios incluidos están claramente presentados.- Están discutidos los motivos de cualquier variación de los resultados.	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>

B/ ¿Cuáles son los resultados?

6 ¿Cuál es el resultado global de la revisión?

PISTA: Considera

- Si tienes claro los resultados últimos de la revisión.
- ¿Cuáles son? (numéricamente, si es apropiado).
- ¿Cómo están expresados los resultados? (NNT, odds ratio, etc.).

7 ¿Cuál es la precisión del resultado/s?

PISTA:

Busca los intervalos de confianza de los estimadores.

C/¿Son los resultados aplicables en tu medio?

<p>8 ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?</p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Los pacientes cubiertos por la revisión pueden ser suficientemente diferentes de los de tu área. - Tu medio parece ser muy diferente al del estudio. 	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>9 ¿Se han considerado todos los resultados importantes para tomar la decisión?</p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>10 ¿Los beneficios merecen la pena frente a los perjuicios y costes?</p> <p><i>Aunque no esté planteado explícitamente en la revisión, ¿qué opinas?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p>

- Estudio de cohortes



PROGRAMA DE LECTURA CRÍTICA CASPe
leyendo críticamente la evidencia clínica

11 preguntas para ayudarte a entender un estudio de cohortes

Comentarios generales

- Hay tres aspectos generales a tener en cuenta cuando se hace lectura crítica de un estudio de Cohortes:

¿Son válidos los resultados del estudio?

¿Cuáles son los resultados?

¿Pueden aplicarse a tu medio?

Las 11 preguntas contenidas en las siguientes páginas están diseñadas para ayudarte a pensar sistemáticamente sobre estos temas.

- Las dos primeras preguntas son “de eliminación” y pueden contestarse rápidamente. Sólo si la respuesta a estas dos preguntas es afirmativa, merece la pena continuar con las restantes.
- Puede haber cierto grado de solapamiento entre algunas de las preguntas.
- En *itálica* y debajo de las preguntas encontrarás una serie de pistas para contestar a las mismas. Están pensadas para recordarte por qué la pregunta es importante. ¡En los pequeños grupos no suele haber tiempo para responder a todo con detalle!

El marco conceptual necesario para la interpretación y el uso de estos instrumentos puede encontrarse en la referencia de abajo o/y puede aprenderse en los talleres de CASPe:

Juan B Cabello por CASPe. Lectura crítica de la evidencia clínica. Barcelona: Elsevier; 2015. (ISBN 978-84-9022-447-2)

Esta plantilla debería citarse como:

Cabello, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender Estudios de Cohortes. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno II, p.23-27.

1

A/ ¿Son los resultados del estudio válidos?

Preguntas de eliminación

1 ¿El estudio se centra en un tema claramente definido?

SÍ NO SÉ NO

PISTA: Una pregunta se puede definir en términos de

- La población estudiada.
- Los factores de riesgo estudiados.
- Los resultados "outcomes" considerados.
- ¿El estudio intentó detectar un efecto beneficioso o perjudicial?

2 ¿La cohorte se reclutó de la manera más adecuada?

SÍ NO SÉ NO

PISTA: Se trata de buscar posibles sesgos de selección que puedan comprometer que los hallazgos se puedan generalizar.

- ¿La cohorte es representativa de una población definida?
- ¿Hay algo "especial" en la cohorte?
- ¿Se incluyó a todos los que deberían haberse incluido en la cohorte?
- ¿La exposición se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos?

¿Merece la pena continuar?

Preguntas de detalle

<p>3 ¿El resultado se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos?</p> <p><i>PISTA: Se trata de buscar sesgos de medida o de clasificación:</i></p> <ul style="list-style-type: none">- ¿Los autores utilizaron variables objetivas o subjetivas?- ¿Las medidas reflejan de forma adecuada aquello que se supone que tiene que medir?- ¿Se ha establecido un sistema fiable para detectar todos los casos (por ejemplo, para medir los casos de enfermedad)?- ¿Se clasificaron a todos los sujetos en el grupo exposición utilizando el mismo tratamiento?- ¿Los métodos de medida fueron similares en los diferentes grupos?- ¿Eran los sujetos y/o el evaluador de los resultados ciegos a la exposición (si esto no fue así, importa)?	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
--	---

4 ¿Han tenido en cuenta los autores el potencial efecto de los factores de confusión en el diseño y/o análisis del estudio?

SÍ

NO SÉ

NO

PISTA: Haz una lista de los factores que consideras importantes

- *Busca restricciones en el diseño y en las técnicas utilizadas como, por ejemplo, los análisis de modelización, estratificación, regresión o de sensibilidad utilizados para corregir, controlar o justificar los factores de confusión.*

Lista:

5 ¿El seguimiento de los sujetos fue lo suficientemente largo y completo?

SÍ NO SÉ NO

PISTA:

- *Los efectos buenos o malos deberían aparecer por ellos mismos.*
- *Los sujetos perdidos durante el seguimiento pueden haber tenido resultados distintos a los disponibles para la evaluación.*
- *En una cohorte abierta o dinámica, ¿hubo algo especial que influyó en el resultado o en la exposición de los sujetos que entraron en la cohorte?*

B/ ¿Cuáles son los resultados?

6 ¿Cuáles son los resultados de este estudio?

PISTA:

- *¿Cuáles son los resultados netos?*
- *¿Los autores han dado la tasa o la proporción entre los expuestos/no expuestos?*
- *¿Cómo de fuerte es la relación de asociación entre la exposición y el resultado (RR)?*

7 ¿Cuál es la precisión de los resultados?

C/ ¿Son los resultados aplicables a tu medio?

<p>8 ¿Te parecen creíbles los resultados?</p> <p><i>PISTA: ¡Un efecto grande es difícil de ignorar!</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Puede deberse al azar, sesgo o confusión? - ¿El diseño y los métodos de este estudio son lo suficientemente defectuosos para hacer que los resultados sean poco creíbles? <p><i>Considera los criterios de Bradford Hill (por ejemplo, secuencia temporal, gradiente dosis-respuesta, fortaleza de asociación, verosimilitud biológica).</i></p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>9 ¿Los resultados de este estudio coinciden con otra evidencia disponible?</p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>10 ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?</p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Los pacientes cubiertos por el estudio pueden ser suficientemente diferentes de los de tu área. - Tu medio parece ser muy diferente al del estudio. - ¿Puedes estimar los beneficios y perjuicios en tu medio? 	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>11 ¿Va a cambiar esto tu decisión clínica?</p>	

- Estudio cualitativo

10 preguntas para ayudarte a entender un estudio cualitativo

Comentarios generales

- Esta herramienta ha sido creada para aquéllos que no estén familiarizados con la investigación cualitativa ni sus perspectivas teóricas. Presenta varias preguntas que tratan, en líneas generales, algunos de los principios o supuestos que caracterizan la investigación cualitativa. *No es una guía categórica* y se recomienda una lectura más exhaustiva.
- Se consideran tres aspectos generales para la valoración de la calidad de un estudio cualitativo:
 - Rigor: hace referencia a la congruencia de la metodología utilizada para responder la pregunta de investigación.
 - Credibilidad: hace referencia a la capacidad que tienen los resultados de representar el fenómeno de estudio desde la subjetividad de los participantes.
 - Relevancia: hace referencia a la utilidad de los hallazgos en la práctica (evidencia cualitativa).
- Las dos primeras preguntas se pueden responder rápidamente y son preguntas "de eliminación". Sólo si la respuesta es "sí" en ambas preguntas, merece la pena continuar con las preguntas restantes.
- En *itálica* y debajo de las preguntas, encontrarás una serie de pistas para contestar las mismas. Estas indicaciones están pensadas para recordarte por qué la pregunta es importante. Anota la justificación de tu respuesta en el espacio indicado. ¡En los pequeños grupos no suele haber tiempo para responder todo con detalle!

El marco conceptual necesario para la interpretación y el uso de estos instrumentos puede encontrarse en la referencia de abajo o/y puede aprenderse en los talleres de CASPe:

Juan B Cabello por CASPe. *Lectura crítica de la evidencia clínica*. Barcelona: Elsevier; 2015. (ISBN 978-84-9022-447-2)

1

Esta plantilla debería citarse como:

Cano Arana, A., González Gil, T., Cabello López, J.B. por CASPe. *Plantilla para ayudarte a entender un estudio cualitativo*. En: CASPe. *Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica*. Alicante: CASPe; 2010. Cuademo III, p.3-8.

A/ ¿Los resultados del estudio son válidos?

Preguntas "de eliminación"

<p>1 ¿Se definieron de forma clara los objetivos de la investigación?</p> <p><i>PISTA: Considera</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Queda implícita/explicita la pregunta de investigación? - ¿Se identifica con claridad el objetivo/s de investigación? - ¿Se justifica la relevancia de los mismos? 	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>2 ¿Es congruente la metodología cualitativa?</p> <p><i>PISTA: Considera</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Si la investigación pretende explorar las conductas o experiencias subjetivas de los participantes con respecto al fenómeno de estudio. - ¿Es apropiada la metodología cualitativa para dar respuesta a los objetivos de investigación planteados? 	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>3 ¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos?</p> <p><i>PISTA: Considera</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Si el investigador hace explícito y justifica el método elegido (p.ej. fenomenología, teoría fundamentada, etnología, etc.). 	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>

¿Merece la pena continuar?

1

Preguntas "de detalle"

<p>4 ¿La estrategia de selección de participantes es congruente con la pregunta de investigación y el método utilizado?</p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Hay alguna explicación relativa a la selección de los participantes. - Justifica por qué los participantes seleccionados eran los más adecuados para acceder al tipo de conocimiento que requería el estudio. - El investigador explica quién, cómo, dónde se convocó a los participantes del estudio. 	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO
<p>5 ¿Las técnicas de recogida de datos utilizados son congruentes con la pregunta de investigación y el método utilizado?</p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - El ámbito de estudio está justificado. - Si se especifica claramente y justifica la técnica de recogida de datos (p. ej. entrevistas, grupos de discusión, observación participante, etc.). - Si se detallan aspectos concretos del proceso de recogida de datos (p. ej. elaboración de la guía de entrevista, diseño de los grupos de discusión, proceso de observación). - Si se ha modificado la estrategia de recogida de datos a lo largo del estudio y si es así, ¿explica el investigador cómo y por qué? - Si se explicita el formato de registro de los datos (p. ej. grabaciones de audio/video, cuaderno de campo, etc.) - Si el investigador alcanza la saturación de datos y reflexiona sobre ello. 	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO

<p>6 ¿Se ha reflexionado sobre la relación entre el investigador y el objeto de investigación (reflexividad)?</p> <p><i>PISTA: Considera</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Si el investigador ha examinado de forma crítica su propio rol en el proceso de investigación (el investigador como instrumento de investigación), incluyendo sesgos potenciales: <ul style="list-style-type: none"> - En la formulación de la pregunta de investigación. - En la recogida de datos, incluida la selección de participantes y la elección del ámbito de estudio. - Si el investigador refleja y justifica los cambios conceptuales (reformulación de la pregunta y objetivos de la investigación) y metodológicos (criterios de inclusión, estrategia de muestreo, técnicas de recogida de datos, etc.). 	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO
<p>7 ¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos?</p> <p><i>PISTA: Considera</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Si el investigador ha detallado aspectos relacionados con: <ul style="list-style-type: none"> - El consentimiento informado. - La confidencialidad de los datos. - El manejo de la vulnerabilidad emocional (efectos del estudio sobre los participantes durante y después del mismo como consecuencia de la toma de consciencia de su propia experiencia). - Si se ha solicitado aprobación de un comité ético. 	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO

B/ ¿Cuáles son los resultados?

	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO
<p>8 ¿Fue el análisis de datos suficientemente riguroso?</p> <p><i>PISTA: Considera</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Si hay una descripción detallada del tipo de análisis (de contenido, del discurso, etc.) y del proceso.- Si queda claro cómo las categorías o temas emergentes derivaron de los datos.- Si se presentan fragmentos originales de discurso significativos (verbatim) para ilustrar los resultados y se referencia su procedencia (p. ej. entrevistado 1, grupo de discusión 3, etc.)- Hasta qué punto se han tenido en cuenta en el proceso de análisis los datos contradictorios (casos negativos o casos extremos).- Si el investigador ha examinado de forma crítica su propio rol y su subjetividad de análisis.			
<p>9 ¿Es clara la exposición de los resultados?</p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Los resultados corresponden a la pregunta de investigación.- Los resultados se exponen de una forma detallada, comprensible.- Si se comparan o discuten los hallazgos de la investigación con los resultados de investigaciones previas.- Si el investigador justifica estrategias llevadas a cabo para asegurar la credibilidad de los resultados (p.ej. triangulación, validación por los participantes del estudio, etc.)- Si se reflexiona sobre las limitaciones del estudio.			

C/¿Son los resultados aplicables en tu medio?

10 ¿Son aplicables los resultados de la investigación?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO
<p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none">-El investigador explica la contribución que los resultados aportan al conocimiento existente y a la práctica clínica.- Se identifican líneas futuras de investigación.-El investigador reflexiona acerca de la transferibilidad de los resultados a otros contextos.			

- ANEXO 2: Plantilla STROBE para evaluar la calidad metodológica

STROBE Statement—checklist of items that should be included in reports of observational studies

	Item No	Recommendation
Title and abstract	1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract (b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found
Introduction		
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses
Methods		
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection
Participants	6	(a) <i>Cohort study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants. Describe methods of follow-up <i>Case-control study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of case ascertainment and control selection. Give the rationale for the choice of cases and controls <i>Cross-sectional study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants (b) <i>Cohort study</i> —For matched studies, give matching criteria and number of exposed and unexposed <i>Case-control study</i> —For matched studies, give matching criteria and the number of controls per case
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable
Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias
Study size	10	Explain how the study size was arrived at
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding (b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions (c) Explain how missing data were addressed (d) <i>Cohort study</i> —If applicable, explain how loss to follow-up was addressed <i>Case-control study</i> —If applicable, explain how matching of cases and controls was addressed <i>Cross-sectional study</i> —If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy (e) Describe any sensitivity analyses

Results

Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed (b) Give reasons for non-participation at each stage (c) Consider use of a flow diagram
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders (b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest (c) <i>Cohort study</i> —Summarise follow-up time (eg, average and total amount)
Outcome data	15*	<i>Cohort study</i> —Report numbers of outcome events or summary measures over time <i>Case-control study</i> —Report numbers in each exposure category, or summary measures of exposure <i>Cross-sectional study</i> —Report numbers of outcome events or summary measures
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included (b) Report category boundaries when continuous variables were categorized (c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses

Discussion

Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results

Other information

Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based
---------	----	---