

PROGRAMA DOCTORADO EN BIOMEDICINA

**EQUIPO DE INVESTIGACIÓN MULTIDISCIPLINAR EN ATENCIÓN
PRIMARIA Y COMUNITARIA, Y EN CUIDADOS INTEGRALES**



TESIS DOCTORAL

ENRED@TE. EL APOYO SOCIAL EN EL SUR DE ESPAÑA.

ESTUDIO DE INTERVENCIÓN

ENRED@TE. SOCIAL SUPPORT IN SOUTH OF SPAIN.

INTERVENTION STUDY

ELENA LÓPEZ CERDÁ

2022

TITULO: *ENRED@TE. El apoyo social en el sur de España. Estudio de intervención*

AUTOR: *Elena López Cerdá*

© Edita: UCOPress. 2022
Campus de Rabanales
Ctra. Nacional IV, Km. 396 A
14071 Córdoba

<https://www.uco.es/ucopress/index.php/es/ucopress@uco.es>

PROGRAMA DE DOCTORADO: BIOMEDICINA

**EQUIPO DE INVESTIGACIÓN MULTIDISCIPLINAR EN ATENCIÓN
PRIMARIA Y COMUNITARIA, Y EN CUIDADOS INTEGRALES**



TESIS DOCTORAL

ENRED@TE. EL APOYO SOCIAL EN EL SUR DE ESPAÑA.

ESTUDIO DE INTERVENCIÓN

ENRED@TE. SOCIAL SUPPORT IN SOUTH OF SPAIN.

INTERVENTION STUDY

ELENA LÓPEZ CERDÁ

2022

ENRED@TE. EL APOYO SOCIAL EN EL SUR DE ESPAÑA.

ESTUDIO DE INTERVENCIÓN.

ENRED@TE. SOCIAL SUPPORT IN SOUTH OF SPAIN.

INTERVENTION STUDY



**Tesis Doctoral presentada en la Universidad de Córdoba para la obtención del
título de Doctor.**

Directores: Dr. Juan Manuel Carmona Torres.

Dr. Pablo Jesús López Soto.

Dra. Rosane Gonçalves Nitschke

Córdoba, España, 2022.



TÍTULO DE LA TESIS: ENRED@TE. El apoyo social en el sur de España. Estudio de intervención.

Doctoranda: Elena López Cerdá

INFORME RAZONADO DEL/DE LOS DIRECTOR/ES DE LA TESIS

La presente tesis doctoral profundiza sobre los niveles de relaciones sociales en los mayores en el sur de España. Son numerosos los condicionantes físicos, psicológicos y sociales que se encuentran las personas mayores y que predisponen al aislamiento social. En Cruz Roja Española, conocedores de esta realidad, implementaron el programa de intervención social “ENRED@TE”.

El estudio realizado analiza el apoyo social percibido, la soledad percibida, el aislamiento social percibido y el apoyo familiar en personas mayores de 65 años antes y después de incorporarse al programa “ENRED@TE”. A su vez, durante el desarrollo del estudio surgió implacable y muy especialmente en los mayores la pandemia COVID-19, por lo que se consideró analizar el impacto de la pandemia tanto en el programa de intervención social como en la población y variables de estudio.

Por otro lado, la doctoranda, es Enfermera de profesión y socia de Cruz Roja Española, lo que le ha permitido trasladar su conocimiento profesional y personal a la presente Tesis Doctoral; circunstancia que ha enriquecido el trabajo.

Además, del trabajo científico expuesto en el presente documento, la doctoranda ha conseguido durante su periodo de formación obtener otros hitos. A continuación, se enumeran los resultados alcanzados.

A) RELACIONADO CON LA TEMÁTICA DE TESIS

Comunicaciones a congresos

- “Apoyo Social en personas mayores y variables asociadas”, XXXVII Reunión anual de la Sociedad Española de Epidemiología SEE, XIV *Congresso da Associação Portuguesa de Epidemiologia* (APE) y XVIII Congreso de la Sociedad Española de Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), celebrado en Oviedo los días 3 al 6 de septiembre de 2019. Póster electrónico
- “Accidentes domésticos en mujeres mayores de 65 años en España versus independencia”, XXXVII Reunión Anual de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE), XIV *Congresso da Associação Portuguesa de Epidemiologia* (APE) y XVIII Congreso de la Sociedad Española de Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), celebrado en Oviedo los días 3 al 6 de septiembre de 2019. Póster electrónico
- “Cronoepidemiología de las caídas intrahospitalaria: Análisis de una realidad”, I Congreso Virtual de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) y *da Associação Portuguesa de Epidemiologia* (APE), celebrado los días 21, 22, 23, 29 y 30 de Octubre de 2020. Certificado de Video.
- “*Social support in the European Health Survey in Spain of 2014*”, presentado en *selX IMIBIC Young Investigators Meeting*, celebrado en Córdoba 17 y 18 de Mayo de 2019. Póster
- “*Social support in southern Spain. Preliminary data from a intervention study*”, presentado en el *XI IMIBIC Young Investigators Meeting*, celebrado en Córdoba 29 y 30 de Octubre de 2020. Póster
- “*Social support in times of pandemic. Intervention study*”, presentado en el *XII IMIBIC Young Investigators Meeting*, celebrado en Córdoba 28 y 29 de Octubre de 2021. Póster

Actividad de movilidad complementaria

- Estancia relacionada con envejecimiento y soledad en el Centro de Cruz Roja de Córdoba (30 horas)

Publicaciones en revistas indexadas en JCR:

- López-Cerdá, E., Carmona-Torres, J.M. & Rodríguez-Borrego, M.A. (2019) Social support for elderly people over 65 years in Spain. *International Nursing Review* 66, 104-111.
- López-Cerdá, E; Jiménez-Pastor, J. M.; Rodríguez-Cortés, F. J.; Rodríguez-Borrego, M. A.; Da Fonseca-Viegas, S. M.; Gonçalves-Nitschke, R.; Carmona-Torres, J. M.; López-Soto, P. J. (2022) Social support, perceived health status and mental health in a population of older Spanish people between 2006 and 2017. [submitted].

Becas y ayudas:

- Enfermera para proyecto de investigación: Cronoprevención en las caídas intrahospitalarias de personas mayores: una intervención enfermera. CHRONOFALLS (PI-0360-2017). Fundación para la Investigación Biomédica de Córdoba (FIBICO), desde el 7 de marzo de 2019 al 6 de Junio de 2019.

B) PARTICIPACIÓN EN OTROS PROYECTOS REALIZADOS DURANTE EL PERÍODO DE ELABORACIÓN DE LA TESIS

Comunicación a congresos:

- “Papel de la enfermera de Cuidados Críticos ante la Neumonía Nosocomial asociada a Ventilación Mecánica.” IX Congreso Internacional Virtual de Enfermería y Fisioterapia. Celebrado en Granada, del 12 al 24 de Mayo de 2018. Comunicación oral.
- “Papel de enfermería en la sedoanalgesia en UCI. Índice Biespectral. BIS” X Congreso Virtual Internacional de Enfermería y Fisioterapia. Innovación y mejoras en los cuidados. Avances y tecnologías en salud. Celebrado en Granada, del 20 al 30 de Mayo de 2019. Comunicación oral.
- “Cuidados de enfermería en las Unidades de Cuidados Intensivos, UCIs, en pacientes en decúbito prono (dp), por Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA), por COVID-19.”, XII Congreso Internacional Virtual de Enfermería y Fisioterapia Ciudad de Granada; Cuidando en el siglo XXI;

Grandes retos para grandes profesionales. Celebrado en Granada del 18 al 24 de Octubre de 2021.

Publicaciones en revistas indexadas en SJR:

- López-Soto PJ e investigadores y colaboradores del grupo IMIBIC-GE08. Grupo Emergente IMIBIC-GE08 “Cuidados Enfermeros Integrales Perspectiva Multidisciplinar”. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba. Metas Enferm 2020;23(2):63-70.

Por todo lo expuesto los directores de la Tesis refrendan que la misma cumple los requisitos formales de calidad y originalidad, mantiene el rigor científico y académico exigible, y viene respaldada por comunicaciones científicas en congresos y publicaciones, por lo que se autoriza la presentación de la Tesis doctoral.

Córdoba, _____ de _____ de _____

Firma de los directores

Fdo.: Juan Manuel Carmona Torres

Fdo.: Pablo Jesús López Soto

Fdo.: Rosane Gonçalves Nitschke

A mi familia, mi “estrella” y directores

AGRADECIMIENTOS

La ejecución de este trabajo de tesis doctoral ha sido posible gracias a todas las personas que me han acompañado en esta etapa desde el comienzo. Por todo ello, quisiera mencionar y agradecer:

A mis padres, Rafa y Paqui, y a mi hermana Mónica por su apoyo constante, ilimitado e incondicional, por darme siempre ese empujón que me hacía falta para seguir, gracias por apostar siempre en mí y por vuestro ánimo constante.

A Amalia, por aparecer en mi camino, y darme la confianza que me hacía falta para creer en mí, y hacerme sentir capaz de sacar este proyecto adelante, gracias por tu comprensión, apoyo y ayuda.

A M^a Aurora Rodríguez Borrego, por confiar en mí desde que inicié mis estudios de Máster, gracias por haberme guiado en la realización de esta tesis, con tanto carisma, entrega y pasión en su trabajo. Gracias por su disponibilidad, su paciencia y su dedicación constante.

A Juan Manuel Carmona Torres, gracias por tu ayuda, tu disponibilidad, tus consejos y tus mensajes de ánimo.

A Pablo Jesús López Soto, gracias por el apoyo en la realización de este trabajo, tu dedicación y tu entrega.

A ambos gracias por vuestra paciencia y dedicación en la realización de las publicaciones y de la presente tesis, gracias por toda la ayuda que me habéis brindado. Gracias por apoyarme y ayudarme a sacar adelante el trabajo.

A M^a Aurora Rodríguez Borrego, Juan Manuel Carmona Torres y Pablo Jesús López Soto, gracias por ser el pilar y el sostén de este trabajo.

A Rosane Gonçalves Nitschke, gracias por dar la posibilidad de que este trabajo cruce fronteras.

A todos los miembros del grupo de investigación Cuidados enfermeros Integrales, Perspectiva Multidisciplinar, por su ayuda y colaboración.

Al Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC) y al Programa de Doctorado en Biomedicina en la Universidad de Córdoba, por el apoyo y gestión.

A la Fundación para la Investigación Biomédica de Córdoba (FIBICO), por darme la oportunidad de disfrutar trabajando en el campo de la investigación.

A la Cruz Roja de Córdoba, por haberme permitido desarrollar y dar formato a este proyecto.

A María Torralbo Díaz, por permitirme aprender y formarme en el Programa de Mayores de Cruz Roja. Gracias por tu dedicación y tu tiempo.

A todas las personas mayores, que han participado en el proyecto y me han hecho aprender personalmente, por cada una de sus lecciones gratuitas de vida.

A mi grupo de compañeros de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga), por ser compañeros y amigos, con los que he compartido la lucha contra la COVID-19, porque indirectamente han sido apoyo y fuerza en este camino.

A todos, MUCHAS GRACIAS.

“Toda referencia contenida en el presente documento a personas del sexo masculino se entenderá dicho igualmente a personas del sexo femenino y a la inversa, salvo que el texto indique claramente lo contrario”

ÍNDICE

ABREVIATURAS	19
ÍNDICE DE TABLAS	21
ÍNDICE DE FIGURAS	23
ÍNDICE DE GRÁFICOS	25
PRESENTACIÓN DE LA TESIS	27
RESUMEN	29
ABSTRACT	33
<u>I. INTRODUCCIÓN</u>	27
1. Marco Conceptual / Glosario	39
2. Marco Contextual	43
3. Antecedentes y Estado actual del tema	59
3.1. Antecedentes	59
3.2. Situación sobrevenida. Pandemia COVID-19. Repercusión en los mayores	66
3.3. Justificación del estudio	68
<u>II. OBJETIVOS</u>	71
4. Objetivo General	73
5. Objetivos Específicos	73
6. Objetivo Sobrevenido	73
<u>III. MATERIAL Y MÉTODOS</u>	75
1. Diseño del estudio	77
2. Sujetos y ámbito de estudio	77
3. Muestra	77
4. Variables	77
5. Instrumentos de recogida de datos	78
6. Periodo de recogida de datos	79

7. Procedimiento	79
8. Análisis de los datos	80
9. Consideraciones éticas	80
10. Cronograma	81
<u>IV. RESULTADOS</u>	83
1. Fase pre-test	85
2. Fase post-test	98
3. Análisis comparativo	110
<u>V. DISCUSIÓN</u>	121
<u>VI. CONCLUSIONES</u>	133
<u>VII. REFERENCIAS</u>	137
<u>VIII. ANEXOS</u>	159
ANEXO I. Características sociodemográficas	161
ANEXO II. Cuestionario de DUKE-UNC (Bellón JA et al., 1996)	165
ANEXO III. Escala de valoración sociofamiliar de Gijón (García González JV et al., 1999)	166
ANEXO IV. Escala de soledad de UCLA (Russell DQ, 1996)	167
ANEXO V. Informe del Comité de Ética de la Investigación	168
ANEXO VI. Hoja de Información y Consentimiento Informado	169

ABREVIATURAS

- **%:** Porcentaje/ Frecuencias relativas
- **<:** Menor
- **>:** Mayor
- **≥:** Mayor o igual
- **ABVD:** Actividades básicas de la vida diaria
- **ACNUR:** Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
- **BOE:** Boletín Oficial del Estado
- **C:** Celsius
- **CCHS:** Centro de Ciencias humanas y sociales
- **CoV:** Coronavirus
- **COVID-19:** *Coronavirus disease 19*. Enfermedad por coronavirus de 2019.
- **CRE:** Cruz Roja Española
- **CSIC:** Consejo superior de investigaciones científicas
- **DT:** Desviación típica
- **EPOC:** Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- **ESO:** Educación Secundaria Obligatoria
- **Etc.:** Etcétera
- **EV:** Esperanza de vida
- **FP:** Formación profesional
- **IC:** Intervalo de confianza
- **IFES:** Instituto de Formación y Estudios Sociales
- **IEGD:** Instituto de Economía, Geografía y Demografía
- **IMP:** Interface Message Processor
- **INE:** Instituto Nacional de Estadística
- **n:** Tamaño de la muestra/ frecuencia absoluta
- **NANDA:** *North American Nursing Diagnosis Association*
- **°:** Grado
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **ONG:** Organización No Gubernamental
- **ONU:** Organización de las Naciones Unidas
- **OR:** Odds Ratio
- **RAE:** Real Academia Española

- **RD**: Real Decreto
- **RgPD**: Reglamento General de Protección de Datos
- **RTVE**: Radio y Televisión Española
- **SARS-CoV-2**: Síndrome Respiratorio Agudo Severo Coronavirus 2
- **SDRA**: Síndrome de dificultad respiratoria aguda
- **SECPAL**: Sociedad Española de Cuidados Paliativos
- **SIDA**: Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida
- **T^a**: Temperatura
- **TICs**: Tecnologías de la información y comunicación
- **UCLA**: Universidad de California Los Ángeles
- **UE**: Unión Europea
- **UNESCO**: *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.*
Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
- **URSS**: Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas
- **vs.**: Versus
- **www**: World Wide Web

ÍNDICE DE TABLAS

➤ Tabla 1: Datos de Soledad en la escala de UCLA. Fase pre-test.	93
➤ Tabla 2: Datos obtenidos en la escala sociofamiliar de Gijón. Fase pre-test.	95
➤ Tabla 3: Datos obtenidos con el cuestionario de DUKE-UNC. Fase pre-test.	96
➤ Tabla 4: Datos obtenidos en la escala de soledad de UCLA. Fase post-test.	104
➤ Tabla 5: Datos obtenidos en la escala sociofamiliar de Gijón. Fase post-test.	106
➤ Tabla 6: Datos obtenidos con el cuestionario de DUKE-UNC. Fase post-test.	107
➤ Tabla 7: Comparativa de las características sociodemográficas y estado de salud de los participantes del estudio en ambas fases.	110
➤ Tabla 8: Uso de dispositivos electrónicos y redes sociales en los participantes que completaron ambas fases (N=95).	112
➤ Tabla 9: Soledad, valoración sociofamiliar y apoyo percibido en los participantes de ambas fases (N=95).	114
➤ Tabla 10: Factores asociados al nivel de soledad de los participantes en las fases pre y post intervención.	118
➤ Tabla 11: Factores asociados al nivel sociofamiliar de los participantes en las fases pre y post intervención.	118
➤ Tabla 12: Factores asociados al apoyo social percibido de los participantes en las fases pre y post intervención.	119

ÍNDICE DE FIGURAS

- Figura 1: Pirámide de población de España: ayer, hoy y mañana (INE, 2021). 60
- Figura 2. Porcentaje de personas que han utilizado internet en los últimos meses, por grupo de edad, España, 2007-2018. 65
- Figura 3. Porcentaje de personas que han utilizado internet en los últimos meses, por grupos de edad, España, 2007-2019. 66

ÍNDICE DE GRÁFICOS

➤ Gráfico 1: Población de 65 años de edad y más (% del total). Estimaciones del personal del Banco mundial sobre la base de la distribución por edades/sexo de las Previsiones Demográficas Mundiales de la División de Población de las Naciones Unidas.	59
➤ Gráfico 2: Distribución del sexo de los participantes. Fase pre-test.	85
➤ Gráfico 3: Estado civil de los participantes. Fase pre-test.	85
➤ Gráfico 4: Nivel de estudios de los participantes. Fase pre-test.	86
➤ Gráfico 5: Clase social de los participantes. Fase pre-test.	86
➤ Gráfico 6: Convivencia en el hogar de los participantes. Fase pre-test.	87
➤ Gráfico 7: Motivo por el que viven solos los participantes. Fase pre-test.	87
➤ Gráfico 8: Tiempo que los participantes llevan viviendo solos. Fase pre-test.	88
➤ Gráfico 9: Tiempo que los participantes llevan viviendo con otro familiar. Fase pre-test.	88
➤ Gráfico 10: Tipo de relación de los participantes con la familia. Fase pre-test.	89
➤ Gráfico 11: Tipo de relación de los participantes con los vecinos. Fase pre-test.	89
➤ Gráfico 12: Número de participantes que necesitan ayuda en domicilio vs. aquellos que la tienen. Fase pre-test.	90
➤ Gráfico 13: Uso del ordenador en los participantes. Fase pre-test.	90
➤ Gráfico 14: Uso del móvil en los participantes. Fase pre-test.	91
➤ Gráfico 15: Conocimiento y uso de alguna red social por parte de los participantes. Fase pre-test.	91
➤ Gráfico 16: Estado de salud de los participantes. Fase pre-test.	92
➤ Gráfico 17: Escala de Soledad UCLA de los participantes. Fase pre-test.	92
➤ Gráfico 18: Cuestionario de DUKE-UNC de los participantes. Fase pre-test.	93
➤ Gráfico 19: Distribución del sexo de los participantes. Fase post-test.	98
➤ Gráfico 20: Estado civil de los participantes. Fase post-test.	98
➤ Gráfico 21: Nivel de estudios de los participantes. Fase post-test.	99
➤ Gráfico 22: Clase social de los participantes. Fase post-test.	99
➤ Gráfico 23: Convivencia en el hogar de los participantes. Fase post-test.	100
➤ Gráfico 24: Motivo por el que viven solos los participantes. Fase post-test.	100
➤ Gráfico 25: Tiempo que los participantes llevan viviendo solos o con otro familiar. Fase post-test.	101

- Gráfico 26: Nivel de relación de los participantes con la familia y con los vecinos. Fase post-test. 101
- Gráfico 27: Número de participantes que necesitan ayuda en domicilio vs. aquellos que la tienen. Fase post-test. 102
- Gráfico 28: Uso del ordenador y/o móvil en los participantes. Fase post-test. 102
- Gráfico 29: Conocimiento y uso de alguna red social por parte de los participantes. Fase post-test. 103
- Gráfico 30: Estado de salud de los participantes. Fase post-test. 103
- Gráfico 31: Escala de soledad UCLA de los participantes. Fase post-test. 104
- Gráfico 32: Cuestionario de DUKE-UNC de los participantes. Fase post-test. 107
- Gráfico 33: Acceso a videollamadas de los participantes. Fase post-test. 109
- Gráfico 34: Importancia de los dispositivos para los participantes. Fase post-test. 110
- Gráfico 35: Comparativa de la escala UCLA en los participantes del estudio. 115
- Gráfico 36: Comparativa de la escala socio-familiar de Gijón de los participantes del estudio. 115
- Gráfico 37: Comparativa del cuestionario DUKE-UNC de los participantes del estudio. 116

PRESENTACIÓN DE LA TESIS

El envejecimiento de la población es un hecho evidente en la actualidad, además de ser un serio problema de salud pública en España. A esta circunstancia se añade el hecho de que las personas mayores corren un mayor riesgo de sufrir soledad y aislamiento social porque es más probable que se enfrenten a factores como vivir solos, la pérdida de familiares o amigos, las enfermedades crónicas y la pérdida de audición. En general, las personas son sociales por naturaleza, y las relaciones sociales de alta calidad pueden ayudarles a vivir más tiempo y con más salud. Los sistemas sanitarios son un factor importante, aunque infrautilizado, para identificar la soledad y prevenir las enfermedades asociadas a ella. En la presente tesis se analiza entre otras variables, el impacto del programa “ENRED@TE” implementado por Cruz Roja Española sobre la soledad en el mayor.

Los capítulos que conforman el presente documento son los siguientes:

I. INTRODUCCIÓN

Apartado que a su vez se divide en 3 bloques:

1. MARCO CONCEPTUAL/GLOSARIO

En este apartado se describen aquellos términos sobre los que gira el estudio que se presenta, que son los siguientes: salud, determinantes de salud, promoción, prevención y educación para la salud, envejecimiento, dependencia, autonomía, actividades básicas para la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, Enfermería, cuidador principal, apoyo social.

2. MARCO CONTEXTUAL

En esta parte se trata el estado actual de la demografía española y cordobesa, específicamente el envejecimiento que se ha producido en las últimas décadas, detectado con los indicadores de salud. Además, trata del proceso de duelo en las personas mayores, así como el apoyo social que éstos reciben, su capacidad para las nuevas tecnologías y las **ventajas y desventajas** asociadas. Por otro lado, se habla de la atención sociosanitaria y, en concreto, el sistema de apoyo de la

organización no gubernamental (ONG) Cruz Roja Española, las Redes Sociales y los Mayores y las nuevas tecnologías y la pandemia COVID-19.

3. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica enfocada en el apoyo social a la persona mayor y el manejo de las nuevas tecnologías, a la vez valorando la presencia de soledad y nivel de calidad de vida. Al sobrevenir la pandemia COVID-19, se consideró oportuno contemplar también su repercusión en la población mayor de 65 años, específicamente en soledad y utilización de redes sociales y/o nuevas tecnologías.

II. OBJETIVOS

En este apartado se describen tanto el objetivo general como los objetivos específicos, así como el objetivo sobrevenido.

III. MATERIAL Y MÉTODOS

En esta parte se describe la metodología del estudio en sus diferentes fases entre las que se incluyen las consideraciones éticas.

IV. RESULTADOS

En este capítulo se muestran los resultados obtenidos de forma estructurada sobre las variables estudiadas y sus relaciones.

V. DISCUSIÓN

En este apartado se muestra el contraste entre los resultados obtenidos y otros estudios, así como se indican las limitaciones del estudio.

VI. CONCLUSIONES

En este apartado se muestran las conclusiones generales del estudio, así como las referentes a los objetivos específicos. Además, se incluye un apartado sobre las implicaciones del conocimiento obtenido.

VII. BIBLIOGRAFÍA

Se ha utilizado el estilo *American Psychological Association* (APA), 7ª Edición, para las referencias bibliográficas.

VIII. ANEXOS

Se incluyen: la hoja de información y el consentimiento informado, el informe del Comité de Ética y los cuestionarios utilizados para la recogida de datos.

RESUMEN

Objetivos

El objetivo general es conocer si el apoyo social percibido, la soledad percibida, el aislamiento social percibido y el apoyo familiar de los mayores de 65 años mejoran tras participar en el proyecto “ENRED@TE” llevado a cabo por Cruz Roja Española (CRE).

Entre los objetivos específicos están conocer el apoyo social que tienen y el uso de las redes sociales en los mayores de 65 años en el sur de España antes y después de participar en el programa “ENRED@TE”.

Metodología

- Diseño: Estudio pre-post intervención.
- Sujetos y ámbito de estudio: Personas mayores de 65 años residentes en la ciudad de Córdoba, que participaban en el programa “ENRED@TE”, perteneciente a la entidad sin ánimo de lucro CRE, recogido en su Plan de Intervención Social.
- Variables de estudio: Sociodemográficas, y las relacionadas con el apoyo social y el uso de nuevas tecnologías.
- Instrumentos: Se utilizó un cuestionario que recogía datos sociodemográficos, así como los cuestionarios o escalas específicas de las variables a estudio: Cuestionario específico de DUKE-UNC (Bellon et al., 1996), Escala de valoración sociofamiliar de Gijón (García González et al., 1999) y la escala de soledad de UCLA (Russell, 1996).
- Periodo de recogida de datos: septiembre 2019-agosto 2020 (fase pre-test) y septiembre 2020-agosto 2021 (fase post-test).
- Análisis de datos: El análisis estadístico se realizó con el programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 23; y consistió en un análisis descriptivo mediante el cálculo de recuentos (n) y proporciones (%) para las variables cualitativas y mediante el cálculo de media (m) y desviación estándar (DE) para variables cuantitativas. Se realizó la prueba de ji-cuadrado para estudiar la significación estadística, y regresión logística para identificar las variables asociadas con el apoyo social percibido, la soledad percibida, el aislamiento social percibido y el apoyo familiar. Se calculó la Odds Ratios (OR) con sus respectivos intervalos de confianza al 95% (IC 95%). Todos los contrastes de hipótesis fueron bilaterales y

en todas las pruebas estadísticas se consideraron valores estadísticamente significativos aquellos cuyo nivel de confianza fuera del 95% ($p < 0,05$).

- Consideraciones éticas: El proyecto se ha realizado en base a las normas de buena práctica clínica. La investigación propuesta respeta los principios fundamentales de la declaración de Helsinki, del Consejo de Europa relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina, de la declaración Universal de la UNESCO, sobre el genoma humano y los derechos humanos y el Consejo de Oviedo relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina. Todos los datos han sido confidencialmente tratados de acuerdo a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, guardando su estricta confidencialidad y su no acceso a terceros no autorizados, y el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de datos (RGPD). Los miembros del equipo de investigación firmaron un documento de confidencialidad. Se entregó la hoja de información y consentimiento informado a los sujetos de estudio. Se obtuvo informe favorable del Comité de Ética de la investigación de la provincia de Córdoba.

Resultados

Un total de 139 personas mayores participantes en el proyecto ENRED@TE de Cruz Roja Española se incluyeron en la fase pre-test, de los cuales el 48,4% manifestó no tener soledad, un 40% grado moderado de soledad y 11,6% grado severo de soledad. El 72,6% tuvo un riesgo social medio, un 25,3% no lo tenía y un 2,1% tenía problema social. Con respecto al apoyo social percibido, el 83,2% de las personas mayores manifestó tener un buen apoyo social y un 15,8% apoyo social percibido bajo.

La muestra de la fase post-test del estudio fue de 95 personas. Un 52,6% no mostró soledad, un 27,4% en grado moderado y un 20% en grado severo. Los mayores tuvieron en un 68,4% un riesgo social intermedio, en 28,4% sin riesgo y un 3,2% tenían problema social. El apoyo social en esta fase fue considerado adecuado para el 70,5% de los mayores y en un 29,5% el apoyo social percibido fue bajo.

Tras la intervención se observó una reducción en los niveles de soledad y un incremento en la valoración sociofamiliar ($p < 0,001$). No obstante, en la fase post-test hubo un mayor porcentaje de personas que indicaron tener un apoyo social percibido bajo ($p < 0,001$). En la fase post-test, periodo que coincidió con la pandemia COVID-19, hubo un incremento

en el número de personas que empleaban ordenador y teléfono móvil, así como en el conocimiento y uso de las redes sociales.

Conclusión

El proyecto ENRED@TE ha propiciado una mejora en los niveles de apoyo social, concretamente se han reducido los niveles de soledad en los participantes y ha habido un incremento en la valoración sociofamiliar.

Se ha constatado la brecha digital en los mayores estudiados y se ha observado una mejora en el conocimiento y uso de las redes sociales por parte de los participantes.

Para ambas fases, destacan el nivel de estudios, la clase social y el estado de salud en el último año entre los factores que determinan el nivel de soledad, estado sociofamiliar y de apoyo social percibido.

El programa ENRED@TE ha permitido conocer la situación de las personas mayores, así como los problemas y necesidades que tienen con la intención de realizar tanto orientaciones dirigidas a erradicar y/o disminuir los sentimientos de soledad como a favorecer la participación social.

ABSTRACT

Objectives

The general objective is to find out whether the perceived social support, perceived loneliness, perceived social isolation and family support of the over 65s improve after participating in the "ENRED@TE" project carried out by the Spanish Red Cross (CRE).

The specific objectives include finding out the social support they have and the use of social networks in the over 65s in southern Spain before and after participating in the "ENRED@TE" program.

Methodology

- Design: Pre-test and post-test study.
- Subjects and scope of the study: People over 65 years of age living in the city of Cordoba, who participated in the "ENRED@TE" program, belonging to the non-profit organisation Spanish Red Cross, included in its Social Intervention Plan.
- Study variables: Sociodemographic, and those related to social support and the use of new technologies.
- Instruments: A questionnaire was used to collect socio-demographic data, as well as questionnaires or scales specific to the variables under study: DUKE-UNC specific questionnaire (Bellon et al., 1996), Gijón socio-family assessment scale (Garcia González et al., 1999) and the UCLA loneliness scale (Russell, 1996).
- Data collection period: September 2019-August 2020 (pre-test phase) and September 2020-August 2021 (post-test phase).
- Data analysis: Statistical analysis was performed with the statistical software IBM SPSS Statistics version 23; and consisted of descriptive analysis by calculating counts (n) and proportions (%) for qualitative variables and by calculating mean (m) and standard deviation (SD) for quantitative variables. Chi-square test was performed to study statistical significance, and logistic regression was performed to identify variables associated with perceived social support, perceived loneliness, perceived social isolation and family support. Odds Ratios (OR) with their respective 95% confidence intervals (95% CI) were calculated. All hypothesis tests were bilateral and in all statistical tests, values with a confidence level of 95% ($p < 0.05$) were considered statistically significant.

- Ethical considerations: The project was conducted in accordance with the standards of good clinical practice. The proposed research respects the fundamental principles of the Helsinki Declaration, the Council of Europe Declaration on Human Rights and Biomedicine, the UNESCO Universal Declaration on the Human Genome and Human Rights and the Oviedo Council on Human Rights and Biomedicine. All data have been confidentially treated in accordance with the Organic Law 3/2018, of 5 December, on the Protection of Personal Data and Guarantee of Digital Rights, keeping them strictly confidential and not accessible to unauthorised third parties, and the Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016 on Data Protection (GDPR). Members of the research team signed a confidentiality document. The information and informed consent form was given to the study subjects. A favourable report was obtained from the Research Ethics Committee of the province of Cordoba.

Results

A total of 139 older people participating in the ENRED@TE project of the Spanish Red Cross were included in the pre-test phase, of which 48.4% said they were not lonely, 40% had a moderate degree of loneliness and 11.6% a severe degree of loneliness. 72.6% had a medium social risk, 25.3% had no social risk and 2.1% had a social problem. With regard to perceived social support, 83.2% of the elderly reported good social support and 15.8% perceived low social support.

The sample of the post-test phase of the study was 95 people. 36.0% showed no loneliness, 18.7% moderate loneliness and 13.7% severe loneliness. 68.4% of the elderly had an intermediate social risk, 28.4% no risk and 3.2% had a social problem. Social support in this phase was normal for 70.5% of the elderly and in 29.5% the perceived social support was low.

After the intervention there was a reduction in levels of loneliness and an increase in socio-familial appraisal ($p < 0.001$). However, in the post-test phase there was a higher percentage of people reporting low perceived social support ($p < 0.001$). In the post-test phase, which coincided with the COVID-19 pandemic, there was an increase in the number of people using computers and mobile phones, as well as in the knowledge and use of social networks.

Conclusion

The ENRED@TE project has led to an improvement in the levels of social support, specifically the levels of loneliness in the participants have been reduced and there has been an increase in the socio-family assessment.

The digital divide in the elderly people studied has been confirmed and an improvement has been observed in the knowledge and use of social networks by the participants.

For both phases, the level of studies, social class and health status in the last year are among the factors that determine the level of loneliness, socio-family status and perceived social support.

The ENRED@TE programme has provided information on the situation of the elderly, as well as their problems and needs, with the intention of providing guidance aimed at eradicating and/or reducing feelings of loneliness and encouraging social participation.

I. INTRODUCCIÓN

1. Marco Conceptual / Glosario

Previo a contextualizar el apoyo social, es oportuno presentar una serie de conceptos que determinan de un modo u otro a las personas mayores y de una forma u otra sus necesidades de apoyo.

1.1. Salud:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el término Salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social (OMS, 2005).

1.2. Determinantes de Salud:

Conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones. Los factores que influyen en la salud son múltiples e interrelacionados (OMS, 1998). Según el informe de Lalonde de 1974 los principales determinantes de salud son: medio ambiente, estilo de vida, biología humana y servicios de salud/sanitarios (Lalonde, 1981). Actualmente con la vista puesta en los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

1.3. Promoción, Prevención y Educación para la salud:

La *promoción de la salud* es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia mejorarla (OMS, 2005).

La *prevención de la enfermedad* abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecidas. La prevención primaria está dirigida a evitar la aparición inicial de una enfermedad o

dolencia. La prevención secundaria consiste en detectar y aplicar tratamiento a las enfermedades en estados muy tempranos; en un proceso de detección, diagnóstico y tratamiento precoz de la enfermedad. La prevención terciaria se realiza cuando se ha instaurado la enfermedad, se lleva a cabo con el fin de prevenir, retardar o reducir las complicaciones y secuelas de la enfermedad. El objetivo es mejorar la calidad de vida del paciente (OMS, 2005).

La *educación para la salud* comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad. La educación para la salud aborda no solamente la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud (OMS, 2005).

1.4. Envejecimiento:

Los seres vivos están sometidos a un ciclo vital, que es el tiempo que transcurre entre el nacimiento y la muerte de una persona y durante el cual tiene lugar un complejo proceso de desarrollo físico, psicológico e intelectual, que consta de distintas etapas (Infermera Virtual, 2020). La vejez está considerada como la etapa del ciclo vital que empieza alrededor de los 65 años y que finaliza con la muerte. El envejecimiento se caracteriza por todos los cambios morfológicos, bioquímicos, psicológicos, sociales y culturales que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos, es un proceso de deterioro considerable, irreversible, progresivo y universal (Alvarado & Salazar, 2014; Anierte, 2003)

1.5. Dependencia:

Según la Real Academia Española (RAE), dependencia es la situación de una persona que no puede valerse por sí misma (RAE, 2020). Las personas dependientes precisan de forma permanente por motivos de edad, enfermedad o discapacidad, la atención de otra persona para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (Junta de Andalucía, 2021).

1.6. Autonomía:

Condición de quien, para ciertas cosas, no depende de nadie (RAE, 2020). La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, define el término autonomía como la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar actividades básicas de la vida diaria (Boletín Oficial del Estado, 2006).

1.7. Actividades básicas para la vida diaria:

Se trata de las tareas más elementales de la persona, aquellas que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes sencillas (Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2013).

1.8. Actividades instrumentales de la vida diaria:

Son aquellas actividades necesarias para vivir de la forma más independientemente posible en la comunidad tales como la capacidad para usar el teléfono, elaboración de la propia comida, realizar la compra, el lavado de ropa, manejo de medicación, entre otras (Instituto de Formación y Estudios Sociales 2010).

1.9. Enfermería:

Según la RAE (2020), Enfermería es la profesión o titulación de la persona que se dedica al cuidado y atención de enfermos y heridos, así como a otras tareas sanitarias, siguiendo pautas clínicas. La OMS (2021) se refiere a ella como una profesión que abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.

Por su parte, Virginia Henderson, enfermera que incorporó los principios fisiológicos y psicológicos al concepto de Enfermería, la define como ayudar al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, a su recuperación o a una muerte tranquila, actividades que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad y los conocimientos necesarios. Así mismo,

que es preciso realizar estas acciones de tal forma que el individuo pueda ser independiente lo antes posible (Bonill & Amezcua, 2014; Henderson, 1964).

1.10. Cuidador Principal: El cuidador principal es la persona que proporciona la asistencia y el apoyo diario a quien padece una enfermedad. La familia generalmente suministra el principal apoyo, pero suele ser un miembro de la familia el que asume la máxima responsabilidad y, por lo tanto, el que soporta la mayor sobrecarga física y emocional del cuidado del paciente (Gil, 2021).

2. Marco Contextual

En este apartado se contextualiza a la persona mayor con sus circunstancias: físicas, psíquicas, sociales, etc. que conducen a determinados requerimientos de apoyo social, unas veces satisfechos y otras no.

2.1. Envejecimiento poblacional:

La pirámide de población de la segunda mitad del siglo XX dista una gran diferencia con la pirámide de población actual (Instituto Nacional de Estadística (INE), 2021) (Pérez et al., 2014). El transcurso de los años está provocando que ésta se invierta, produciéndose un crecimiento mayor en la cúspide que en la base, este cambio se traduce en un envejecimiento poblacional, que se debe a diferentes factores, como el descenso de la natalidad, el aumento de la esperanza de vida y los fenómenos de migración (Pérez et al., 2014) (INE, 2020).

2.2. Demografía española:

Según el Instituto Nacional de Estadística (2020), la tasa de natalidad en España en 2017, número de nacimientos por cada mil habitantes en un año, fue del 8,41, mientras que la tasa de mortalidad, número de muertes por cada mil habitantes, fue de 9,07%. En el año 2019, la tasa de natalidad fue de 7,60 nacidos, siendo una de las cifras más bajas dentro de la Unión Europea (UE), mientras que la tasa de mortalidad 8,81 fallecidos (INE, 2020).

2.3. Demografía cordobesa:

Según el Padrón de 2020, la provincia de Córdoba (España) tiene un total de 781.451 habitantes, 398.565 son mujeres y 382.886 hombres, de los cuales 146.070 son personas mayores de 65 años (INE, 2020).

2.4. Indicadores de salud:

El término indicador de salud hace referencia a una característica relacionada con la salud de un individuo o de una población. En salud pública y en planificación sanitaria los indicadores de salud de la población son utilizados para poner de manifiesto la magnitud de un problema de salud, para reflejar el cambio en el nivel de salud de una población o, a lo largo del tiempo, para mostrar diferencias en la salud entre diferentes poblaciones y

para evaluar hasta qué punto los objetivos de determinados programas han sido alcanzados. Los indicadores de salud son los siguientes (Ministerio de Sanidad, 2020):

➤ **Esperanza de vida (EV):**

Se trata de un indicador que refleja no sólo el nivel de salud, sino el nivel social, económico y sanitario de un lugar concreto. La esperanza de vida a una edad x es el promedio del número de años que se espera que viva un individuo de esa edad x , si se mantienen las tendencias actuales en las tasas específicas de mortalidad por edad. Tal promedio se refiere al conjunto de los individuos de la población y no a un individuo en particular, que podrá vivir más de lo indicado por la esperanza de vida o, por el contrario, fallecer antes de la expectativa correspondiente.

➤ **Mortalidad:**

Los datos de mortalidad son útiles para evaluar el estado de salud de la población, la vigilancia epidemiológica y la planificación sanitaria. Los indicadores de mortalidad suponen un instrumento adecuado para la monitorización de los problemas de salud y el establecimiento de prioridades sanitarias. En España, los datos sobre las defunciones están incluidos dentro de las estadísticas del Movimiento Natural de la Población, producidas por el INE.

➤ **Morbilidad:**

Otra manera de obtener la carga de enfermedad en la población, aparte de la mortalidad, es a través de la información sobre morbilidad, que en este caso la estimación de las tendencias está muy influida por el sistema de recogida de datos. Éstos son obtenidos a partir de la información proporcionada por los servicios sanitarios, como son las altas hospitalarias o las enfermedades infecciosas de declaración obligatoria.

➤ **Limitación de actividad y salud subjetiva:**

Los cambios demográficos ocurridos durante las últimas seis décadas, propiciados por un importante incremento de la esperanza de vida, han producido un envejecimiento progresivo de la población y un cambio en el patrón epidemiológico, dominado hoy día por enfermedades crónicas de larga duración. La incapacidad puede ser clasificada, según su duración, en incapacidad temporal e incapacidad permanente, diferenciándose por el carácter previsiblemente reversible de la primera. La incapacidad permanente, por el

contrario, obliga al individuo a modificar las funciones y actividades que hasta ese momento venía desempeñando.

➤ **Mortalidad materno-infantil**

La mortalidad materna describe la muerte de una mujer durante el embarazo, el parto o el posparto. La mortalidad infantil es un indicador demográfico que refleja el número de defunciones de un bebé entre el nacimiento y el primer año de edad.

➤ **Hábitos y estilo de vida relacionados con la salud**

Enfermedades del corazón, accidentes cerebrovasculares, diabetes, obesidad, síndrome metabólico, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y algunos tipos de cáncer, son enfermedades relacionadas con el estilo de vida.

2.5. Proceso de duelo:

La RAE (2020), define el duelo como “Dolor, lástima, aflicción o sentimiento”. “Demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien”. Así mismo el proceso de duelo es definido por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) “como el estado de pensamiento, sentimiento y actividad que se produce como consecuencia de la pérdida de una persona o cosa amada asociándose a síntomas físicos y emocionales. Es una reacción emocional que se da frente a una pérdida, y casi siempre es dolorosa, necesita un tiempo y un proceso para volver al equilibrio normal que es lo que constituye el proceso de duelo” (SECPAL, 2021).

En el ámbito de Enfermería, la etiqueta “Duelo” se encuentra dentro de los diagnósticos NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) y distingue entre “duelo” como “Complejo proceso normal que incluye respuestas y conductas emocionales, físicas, espirituales, sociales e intelectuales mediante las que las personas, familias y comunidades incorporan en su vida diaria una pérdida real, anticipada o percibida; y entre “duelo complicado” como aquel “Trastorno que ocurre tras la muerte de una persona significativa en el que la experiencia de sufrimiento que acompaña al luto no sigue las expectativas habituales y se manifiesta en un deterioro funcional” (Enfermería Actual, 2021).

La psiquiatra suiza Elisabeth Kübler-Ross publicó en 1969 el libro “*On death and dying*” (“Sobre la muerte y el morir”), en el que describió por primera vez las cinco fases del

duelo, para ello se basó en su trabajo con pacientes terminales en la Universidad de Chicago. El modelo de Kübler-Ross divide el duelo en 5 etapas, la primera de ellas, es la fase de negación, después la de ira, la de negociación, la de depresión, y finalmente, la de aceptación de la pérdida (Martín, 2021; Kübler-Ross, 2006).

➤ Etapa 1: Negación

La negación de la pérdida es una reacción que se produce de forma habitual inmediatamente después de ésta, con frecuencia relacionada a un estado de shock o embotamiento emocional e incluso cognitivo.

➤ Etapa 2: Ira

El fin de la negación va asociado a sentimientos de frustración y de impotencia con respecto a la propia capacidad de modificar las consecuencias de la pérdida. Dicha frustración conlleva a su vez la aparición de enfado y de ira. Durante esta etapa la persona busca atribuir la culpa de la pérdida a algún factor.

➤ Etapa 3: Negociación

En esta fase la persona guarda la esperanza de que nada cambie.

➤ Etapa 4: Depresión

En este periodo la persona empieza a asumir de forma definitiva la realidad de la pérdida, y ello genera sentimientos de tristeza y de desesperanza junto con otros síntomas típicos de los estados depresivos, tales como el aislamiento social o la falta de motivación. El hecho de perder a un ser querido, de enfrentarse a la propia muerte y otras causas del duelo puede hacer que la vida deje de tener sentido, al menos durante un tiempo.

➤ Etapa 5: Aceptación

Después de las anteriores fases, llega la aceptación de la pérdida y la llegada de un estado de calma asociado a la comprensión de que la muerte y otras pérdidas son fenómenos naturales en la vida humana

2.6. Proceso de duelo en personas mayores:

La etapa de la vejez está caracterizada por la acumulación de pérdidas tanto internas como externas. El duelo por viudedad puede aumentar la soledad, la sensación de desamparo y

la necesidad de figuras de apoyo o las dependencias (Gamo & Pazos, 2009). Ya que la viudedad, para quién había contraído matrimonio o vivía en pareja, suele ser el principal desencadenante del sentimiento de soledad en edades avanzadas. Tras varias décadas de vida matrimonial, desaparece de pronto la compañía y la afectividad que hasta entonces venía proporcionando la figura conyugal, originando problemas personales de adaptación a la viudedad de tipo no únicamente emocional sino también material y relativo a la gestión del tiempo y de las tareas propias del hogar y de la vida doméstica y social (Bermejo, 2003).

2.7. Apoyo social de las personas mayores

El apoyo social incluye todas las transacciones de ayuda tanto de tipo emocional como informacional y material, que reciben las personas de sus redes informales, íntimas, de otros grupos y de la comunidad global, incluyendo las transacciones reales, así como la percepción de las mismas y la satisfacción con la ayuda recibida. En un sentido amplio, el apoyo social es el conjunto de recursos humanos y materiales con que cuenta un individuo o familia para superar una determinada crisis (enfermedad, malas condiciones económicas, rupturas familiares, etc.) (Barrón, 1997).

El apoyo social con el que el anciano cuente en la última etapa de la vida afectará sobre su propia salud, de manera que disponer de una buena red social puede convertirse en un factor protector sobre diferentes enfermedades (Domínguez et al., 2012; Melchiorre et al., 2013; Mellon, 2006).

El apoyo social para las personas mayores se compone de aquellos apoyos instrumentales y/o expresivos, reales o percibidos, aportados por la comunidad, redes sociales y amistades íntimas. Es un recurso que protege y afecta positivamente a la salud y al bienestar de las personas mayores. La psicóloga Elena Lite expresa que el apoyo social ayuda a proveer sentido a la vida, aportar recursos para la satisfacción de necesidades, para ser valorados socialmente y para la potenciación de la autoestima (Lite, 2016).

Durante el envejecimiento es necesario desarrollar mecanismos de afrontamiento para adaptarse a los cambios que se producen. Durante esta etapa de la vida puede producirse una desvinculación de la sociedad, tanto social como psicológica, y como consecuencia provocar aislamiento social y enfermedades físicas y psicológicas. De ahí la importancia de no perder vínculos con el entorno y con las personas más cercanas.

Las redes sociales, el apoyo y la vida social cumplen un papel protector frente a la enfermedad. Las personas mayores pueden encontrar apoyo en diferentes niveles (Lite, 2016):

➤ Nivel comunitario:

Lo proporcionan las instituciones sociales y comunitarias, facilitando la pertenencia al entramado social, por ejemplo, las residencias para mayores, los centros de día, las ONGs (Organizaciones No Gubernamentales), etc.

➤ Nivel medio:

Son apoyos que llegan desde el entorno social cercano de las personas y le proporcionan un sentimiento de vinculación con un grupo, con una red social (vecindario, trabajo, etc.).

➤ Nivel de relaciones íntimas:

Formado por las personas con las que el mayor mantiene relaciones más estrechas (familia, amigos) y que ofrecen un sentimiento de seguridad, compromiso y responsabilidad por su bienestar.

En el contexto del apoyo social se encuentran de modo general las organizaciones no gubernamentales, y más específicamente Cruz Roja Española.

2.8. Cruz Roja Española (CRE):

Es una institución humanitaria, de carácter voluntario y de interés público, fundada el 6 de julio de 1864, de acuerdo con la Conferencia Internacional de Ginebra de 1863, que desarrolla su actividad bajo la protección del Gobierno de España y el Alto Patronazgo de los Reyes de España (Cruz Roja Española (CRE), 2021).

I. Historia:

España en el ámbito humanitario siempre ha estado en primera línea. Así en la creación de la Cruz Roja en ningún momento dudó de su decisión de entrar a formar parte, y en 1863 una representación española estuvo entre las catorce naciones que asistieron a la Primera Conferencia Internacional, y fue la séptima nación que en 1864 se adhiere al I Convenio de Ginebra. En España la Cruz Roja se organiza bajo los auspicios de la Orden Hospitalaria de San Juan de Jerusalén, en 1864, y es declarada “Sociedad de Utilidad

Pública”. Desde entonces, los distintos gobiernos de la nación, han estado representados de una forma u otra en el seno de Cruz Roja, aunque esto no ha impedido que actúe bajos los principios que inspiran a la Institución. Su evolución ha sido siempre una constante adaptación a los problemas y a las necesidades sociales que han ido produciéndose. En una primera época, fiel a sus orígenes, su actuación estuvo centrada en intervenciones humanitarias en caso de conflicto armado. En su constante adaptación a las necesidades a raíz de los conflictos bélicos, en África en 1918 se produce una fuerte expansión de sus centros sanitarios, llegando a sumar cerca de 36 hospitales.

Durante la guerra civil de 1936 a 1939 realizó una importante actividad y, finalizada ésta, llevó a cabo la repatriación de los españoles que se encontraban en la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS). En la década de los setenta, la Institución completó la red de puestos de primeros auxilios en las carreteras españolas, que se había iniciado en el período republicano. Fue una nueva respuesta ante el avance en las comunicaciones por carretera que produjo un aumento del parque automovilístico y, en consecuencia, un aumento de los accidentes de tráfico que requirieron respuesta rápida. También se iniciaron las tareas de socorro en el mar y en aguas interiores y el salvamento de naufragos, que a través de la Cruz Roja del Mar se convertía en uno de los servicios más conocidos y valorados por la opinión pública.

En la década de los setenta y sobre todo en los ochenta del siglo XX, la CRE dará un importante salto, crece su actividad cuantitativamente y nuevas acciones y servicios dan un nuevo sentido a la misma. A partir de 1985 se inicia una profunda reorganización con la democratización de la Institución, la potenciación de la participación de los voluntarios, la apertura hacia nuevos campos de actuación, etc.

Pero fundamentalmente en la década de los noventa es cuando se produce la gran modernización de la institución y su adaptación a los nuevos retos que planteaba la sociedad española, por un lado la consolidación de la intervención social con los colectivos vulnerables (personas mayores, refugiados e inmigrantes, afectados de SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida) , drogodependientes, infancia, juventud, población reclusa, discapacitados, mujer en dificultad social), por otro el espectacular incremento de los programas internacionales (cooperación al desarrollo, ayuda humanitaria, cooperación institucional) que ha supuesto un importante incremento de los recursos humanos y materiales dedicados a este ámbito. Todo ello acompañado por

un proceso de modernización de las estructuras y democratización y mayor autonomía que culmina con la aprobación de unos nuevos estatutos y Reglamento General Orgánico (29 de julio de 1988) (Cruz Roja Española. Historia 2021).

II. Programas de inclusión social:

En Cruz Roja española se desarrollan programas de apoyo a personas vulnerables desde hace años. Las personas con las que trabaja afrontan situaciones que les colocan en riesgo de exclusión social. La falta de empleo o los bajos ingresos, la carencia de permiso de trabajo o de residencia, la falta de acceso a servicios de salud o educación, la falta de redes de apoyo-familia, vecinos, amigos-, la carencia de vivienda, la discriminación (por ser mujer, por ser mayor, por ser inmigrante...), el desconocimiento del idioma y los recursos o la falta de participación en la sociedad y otros factores como la salud física y mental, condicionan de forma negativa las posibilidades de las personas para formar parte de la sociedad.

El Plan Estratégico aprobado en la V Asamblea General de CRE, establece que se trabaja para: “Abordar las distintas dimensiones del fenómeno de la exclusión social, desde un enfoque integral, a través de una estrategia marco para la inclusión”. Esta estrategia para la inclusión se apoya en dos Planes de Acción: Plan de Intervención social y Plan de Empleo (CRE, 2007).

El Plan de Intervención Social engloba los programas de carácter social que desarrolla Cruz Roja, dirigidos a las personas y los sectores sociales en mayor riesgo de exclusión.

El Plan de Empleo, es un conjunto de actuaciones diseñadas para conseguir el acceso y el mantenimiento en el empleo de las personas con más dificultades. El empleo es un factor decisivo para la inclusión social de la mayoría de las personas ya que, además de proporcionar ingresos y autonomía, ofrece una red de relaciones y un papel social.

Una parte muy importante de sus proyectos se basa en la provisión de servicios, es decir: ofrecer recursos para combatir la exclusión y la vulnerabilidad, por ejemplo: Centros de Día para personas mayores que dependen de otros para las actividades de la vida diaria, casas de acogida para mujeres víctimas de violencia de género, apoyo psicológico a inmigrantes, proyectos de formación y ayuda para entrar en el mercado laboral, etc.

También desarrolla proyectos en el ámbito de la sensibilización, la lucha contra la discriminación y el fomento de la igualdad de oportunidades, intentando crear un entorno más favorable a la inclusión social de las personas con las que se trabaja.

Así mismo se desarrollan proyectos de investigación, para analizar la realidad social y mejorar la intervención, poniendo en marcha proyectos que respondan a las nuevas necesidades (CRE, Plan de Acción 2003-2007).

III. Intervención social en el ámbito del envejecimiento:

Dentro de este ámbito la CRE colabora ofreciendo distintos servicios (CRE, 2000):

- Ayuda a domicilio básica: Asistir a personas mayores y discapacitadas en su cuidado personal y necesidades domésticas son los fines de esta labor desarrollada en sus domicilios.
- Ayuda a domicilio complementaria: Las personas mayores reciben el acompañamiento del voluntariado de Cruz Roja para salir a la calle a realizar gestiones, de paseo, etc. Aunque si esto no es posible el acompañamiento se realiza en el domicilio.
- Teleasistencia domiciliaria: Es un servicio que fomenta la autonomía para poder disfrutar de las cosas que realmente importan en la vida, aportando tranquilidad y seguridad tanto a la persona que lo utiliza como a familiares y personas cercanas.
- Transporte adaptado: Personas mayores o con discapacidades físicas, psíquicas o sensoriales pueden desarrollar una vida activa gracias a los vehículos especiales de Cruz Roja: para visitar los centros de día, para rehabilitación, visitas culturales, etc.
- Centros de día o Servicios de Estancias Diurnas: Muchos mayores o discapacitados permanecen durante la jornada diaria en enclaves donde desarrollan actividades de mejora de su estado físico o anímico, así como su calidad de vida. Esto además posibilita a sus familiares conciliar una vida laboral, horas de ocio o de descanso.
- Apoyo a familiares y cuidadores: Un eje básico en el panorama asistencial de las personas dependientes es el que atañe a los familiares y cuidadores. Desde Cruz Roja se les ofrece actividades de apoyo psicológico, de respiro, asesoramiento y formación, así como destrezas para el autocuidado de los familiares dependientes.
- Viviendas tuteladas: Cuando las personas mayores necesitan una ayuda continuada y carecen de una red social y familiar, o cuando no poseen una vivienda, encuentran como alternativa las viviendas tuteladas de Cruz Roja.

- *Otros cuidados fuera del entorno habitual*: Cuando la vivienda de los beneficiarios no reúne las condiciones necesarias de habitabilidad existen centros residenciales y proyectos de acogimiento familiar en los que se atiende a mayores que acusan una gran pérdida de autonomía personal.
- *Promoción del envejecimiento saludable*: El aprendizaje en el uso del ordenador, o en el de los teléfonos móviles, el cultivo de pequeñas parcelas agrícolas, el fomento de la autoayuda en enfermos crónicos, etc. Son algunas de las actividades que, incidiendo en lo físico, anímico o social, desarrollan hábitos saludables y consolidan la autonomía de sus usuarios.

IV. ENRED@TE

El proyecto Enredate de Cruz Roja permite crear una red de amistad, relaciones y apoyo mutuo entre personas que sufren la soledad no deseada y el aislamiento social, facilitando la conexión entre personas, aunque se encuentren muy alejadas físicamente entre sí, gracias a la utilización de la tecnología. A través de una Tablet, se puede crear una red de amistad, relaciones y apoyo mutuo entre personas a las que afecta la soledad y facilitar la relación entre personas muy alejadas entre sí. Este proyecto está dirigido a personas mayores de 65 años que manifiestan sentirse solas por no disponer de una red social acorde a sus necesidades y/o sufrir una situación de aislamiento involuntario (CRE, 2019).

2.9. Nuevas tecnologías en la tercera edad

Las redes sociales hacen referencia a un término genérico de gran actualidad que de forma sencilla la RAE (2020) define como, plataformas digitales de comunicación global que ponen en contacto a gran número de usuarios (RAE, 2020).

La llegada de internet ha supuesto un antes y un después en las relaciones sociales, ya que ha abierto paso a una nueva forma de comunicación entre usuarios que no necesariamente se encuentran cerca físicamente. En este contexto surgieron las redes sociales, cuyo éxito radica en la posibilidad de que los usuarios puedan comunicarse de forma inmediata a través de espacios virtuales, sin importar en qué lugar se encuentren (De la Hera, 2021).

Se hace, por tanto, necesario recordar el nacimiento de internet, para hablar de la historia de las redes sociales. Internet fue el precursor de la revolución tecnológica que empezó un 29 de octubre de 1969 a las diez de la noche, cuando el científico Leonard Kleinrock tecleó las letras “LO”, las cuales viajaron desde un ordenador de la Universidad de California Los Ángeles (UCLA) hasta la Universidad de Stanford, en realidad, debería haber sido la palabra “login” (iniciar sesión), pero la red falló en medio del mensaje, sin embargo este error constituyó el primer paso de una verdadera revolución (De la Hera, 2021).

Kleinrock y Charlie Kleine, quienes recibieron el mensaje en Stanford, formaban parte de la Agencia de Proyectos de Investigación Avanzada, un organismo creado para impulsar a Estados Unidos en la carrera tecnológica contra la Unión Soviética, en plena Guerra Fría, que buscaban crear una red a través de la cual enviar mensajes cifrados. Tras varios años investigando, construyeron el *Interface Message Processor* (IMP), máquinas capaces de conectarse entre ellas a través de una red de 50 *Kilobytes* por segundo. Pero fue en 1989, cuando se produjo una conexión entre ordenadores tal y como se conoce hoy, cuando Tim Berners-Lee, inventó los World Wide Web, lo que comúnmente conocemos como <<www>> (Muñoz, 2019).

Las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) constituyen aquellas herramientas y programas que tratan, administran, transmiten y comparten la información mediante soportes tecnológicos. Las TICs han revolucionado el mundo actual desde los años 80, y están presentes en la mayoría de los hogares y centros escolares españoles. Actualmente, su uso está muy generalizado y la información que se incluye perdurará para siempre (tanto personal, profesional, fotos, videos...), lo que se llama la huella o identidad digital (Hidalgo, 2015).

Las TICs son cada vez más importantes en la sociedad actual, y es que cada vez son más las facetas sociales, políticas y económicas que se apoyan en las nuevas tecnologías para funcionar (López & Díaz, 2018).

En general, las personas más jóvenes que han nacido en la era de las nuevas tecnologías, se encuentran más acostumbradas a utilizarlas y a considerarlas como parte de su día a día. Sin embargo, las personas de edad más avanzada presentan muchas más dificultades a la hora de manejar aparatos o equipos que no han existido durante gran parte de su vida.

2.10. Brecha digital

Con el avance de las nuevas tecnologías, la población se ha visto favorecida por diferentes ventajas en el día a día de la persona, sin embargo, se hace necesario hacer referencia al concepto de “**brecha digital**”, que se refiere a la diferencia en el acceso y conocimientos de uso de las nuevas tecnologías, y está determinado en base a diferentes criterios, como por ejemplo económicos, geográficos, de género, edad o entre diferentes grupos sociales. Se suele distinguir entre **primera y segunda brecha digital**, la “**primera**” hace referencia a la diferencia en el acceso a las nuevas tecnologías, y la “**segunda**” está relacionada con las habilidades de comprensión y uso de estas tecnologías por parte de la población que tiene acceso a ellas (Tablado, 2021).

2.11. Ventajas y desventajas del uso de nuevas tecnologías

La evolución de la tecnología ha supuesto el avance en los distintos sectores económicos, además de en los distintos ámbitos cotidianos. Las **principales ventajas de la tecnología** son (Peiró, 2020):

- a) Información al alcance de cualquiera. La tecnología en el aspecto informativo ha mejorado muchísimo, gracias a que internet permite una conexión prácticamente mundial y un acceso rápido para estar al día de todo lo que sucede en cualquier parte del mundo.
- b) Acceso a recursos disponibles para todo el mundo. Gracias al avance de la tecnología en este sector, se han creado tiendas *online*, se tiene acceso a recursos gratuitos, se puede trabajar desde cualquier parte del mundo, entre otras.
- c) Mejora en la comunicación. Hace años era imposible tener una comunicación tan fluida como la que se ha desarrollado tras el boom de las nuevas tecnologías, ya que era impensable poder comunicarse de manera inmediata con alguien que viviese en otro lugar del mundo. Los vídeos, las videollamadas, los correos electrónicos, las redes sociales facilitan de manera instantánea estar conectados sea cual sea el lugar en que se encuentren los usuarios.
- d) Transportes. Se puede viajar más rápido, y a distancias más largas. Surgen nuevas alternativas en los medios de transporte además de innovaciones para que los viajes sean más seguros.
- e) Proporciona facilidades en las tareas domésticas. Gracias a los avances en tecnología, y la conexión a internet, y por ende a la electricidad, es posible manejar diferentes

aparatos para realizar tareas automáticas que antes eran manuales (lavavajillas, robots para limpiar, sistemas de luces, sistemas de seguridad...)

- f) Mayor eficiencia en los procesos laborales. En la industria la incorporación de máquinas, y accesorios ha permitido que haya una mayor eficiencia, y avance. Se han sustituido los trabajos manuales por las máquinas para conseguir estos resultados. La maquinaria ha traído consigo la posibilidad de terminar antes los procesos de trabajo, y generar más productividad.
- g) Ocio y entretenimiento.
- h) Nuevas opciones de trabajo. El teletrabajo se ha convertido en una opción que va en aumento.

Peiró (2020) recoge también las **desventajas asociadas a las nuevas tecnologías**:

- a) Pueden acabar generando desempleo. Es el caso de las máquinas en las industrias que llevan a cabo tareas que antes gestionaban de forma manual.
- b) Aislamiento. Puede ocurrir si solo se recurre al mundo digital para realizar todo tipo de tareas, evitando el contacto social. Se engloba en este apartado a aquellos individuos que no salen de casa para nada ya que acceden a todo lo que necesitan a través de internet, el uso constante de las redes sociales **puede provocar casos de soledad y aislamiento.**
- c) Sobreinformación de cualquier área o tema determinado. En internet hay múltiples canales de comunicación, noticias y mucha información, sin embargo, en ocasiones, es difícil saber si se está ante una información verídica, o no. **Infodemia**
- d) Problemas con la privacidad, y la seguridad.

2.12. Pandemia de COVID-19:

La COVID-19 es la enfermedad causada por el nuevo coronavirus (CoV) conocido como SARS-CoV-2, que afecta a los humanos y se transmite de persona a persona (Ministerio de Sanidad, 2021). La OMS tuvo noticias por primera vez de la existencia de este nuevo virus el 31 de diciembre de 2019, al ser informada de un grupo de casos de “neumonía vírica” que se habían declarado en Wuhan (República Popular de China), posteriormente se expandió hacia el resto de los continentes, declarándose así la pandemia mundial el 11 de marzo de 2020 (OMS, 2020).

La enfermedad viral más reciente y en curso causada por SARS-CoV-2 ha amenazado gravemente la salud pública en todo el mundo (Majumder & Minko, 2021). Los síntomas de esta enfermedad varían según el paciente, siendo los más habituales (OMS, 2020):

- Fiebre
- Tos seca
- Cansancio

Otros síntomas menos frecuentes son:

- Hiposmia/anosmia (pérdida leve/grave del olfato)
- Ageusia (dificultad para detectar el gusto)
- Congestión nasal
- Conjuntivitis
- Dolor de garganta
- Dolor de cabeza
- Dolores musculares o articulares
- Diferentes tipos de erupciones cutáneas
- Náuseas o vómitos
- Diarrea
- Escalofríos o vértigo

Concretamente, entre los síntomas de un cuadro grave de la COVID-19 se incluyen:

- Disnea
- Pérdida de apetito
- Confusión
- Dolor u opresión persistente en el pecho
- Temperatura (T^a) alta (por encima de los 38°C)

Otros síntomas menos frecuentes son:

- Irritabilidad
- Merma de la conciencia (a veces asociada a convulsiones)
- Ansiedad
- Depresión
- Trastornos del sueño

- Complicaciones neurológicas más graves y raras, como accidentes cerebrovasculares, inflamación del cerebro, estado delirante y lesiones neurales.

Entre las personas que desarrollan síntomas, alrededor del 80% se recuperan de la enfermedad sin necesidad de recibir tratamiento hospitalario. Alrededor del 15% desarrollan una enfermedad grave y requieren oxígeno y el 5% llegan a un estado crítico y precisan de cuidados intensivos.

Entre las complicaciones que pueden llevar a la muerte se encuentra la insuficiencia respiratoria, el síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA), la septicemia, tromboembolismos, fallo multi-orgánico, además de lesiones cardíacas, hepáticas y renales (OMS, 2020).

Desde que se declaró la pandemia, han sido numerosos laboratorios los que se pusieron en marcha para desarrollar una vacuna, con el objetivo de poder controlar la pandemia, prevenir la enfermedad y disminuir su gravedad y mortalidad. A Junio de 2022, en España, están autorizadas y recomendadas las siguientes vacunas para prevenir la COVID-19 (Gobierno de España, 2021):

- Comirnaty, vacuna frente a las COVID-19 desarrollada por BioNTech/Pfizer.
- Spikevax, vacuna frente a la COVID-19 desarrollada por Moderna.
- Vaxzevria, vacuna frente a la COVID-19 desarrollada por AstraZeneca.
- Jcovden, vacuna frente a la COVID-19 desarrollada por Janssen.
- Nuvaxovid, vacuna frente a la COVID-19 desarrollada por Novavax.

El contexto social en tiempo de pandemia se ha visto claramente afectado, especialmente por los confinamientos, aspecto este que ha tenido gran incidencia entre las personas de mayor edad, donde el “factor” “apoyo social” ha tomado especial relevancia.

2.13. Tecnosociabilidad

Para Michel Maffesoli (2016), la **Tecnosociabilidad** es la forma de vivir e interactuar socialmente en la era de la tecnología. Tecnología principalmente vinculada a la comunicación y la información en la contemporaneidad, como es el caso de las Redes Sociales Virtuales. En ese contexto, las formas de pensar, actuar y comunicarse se

transfiguran y transforman, siendo la tecnología el hilo conductor de la interacción entre las personas en las más diversas relaciones que se establecen en la sociedad, más específicamente en el trabajo, la educación, el cuidado y la salud. Por lo tanto, para la comprensión del mundo actual se torna fundamental desentrañar y entender la tecnosociabilidad que a priori se está presentando como un proceso lleno de paradojas, “acercarse a lo lejano, pero poder distanciarse de lo cercano” (Nitschke, 1999, p.31; Nithshke, 2020).

En el proceso de expansión y conocimiento de la Tecnosociabilidad, la pandemia de COVID-19, en medio de la calamidad y el mayor de los sufrimientos, surgió como una oportunidad. La tecnosociabilidad en los casi tres años ya de pandemia, ha transformado la vida cotidiana de las personas, familias, comunidades, así como de numerosas profesiones en general y de los profesionales de la salud en particular.

En concreto a través de las redes sociales, se va percibiendo el resurgir de valores premodernos, valores básicos, en los que se concibieron las sociedades tradicionales, a saber: valores de intercambio, valores compartidos, valores culturales o valores espirituales.

Entre las diferentes interacciones que se establecen en los tiempos de pandemia COVID 19 y tecnosociabilidad se encuentra el teletrabajo. A ese respecto Maffesoli (2020) señala “el desarrollo del teletrabajo no descansa únicamente en el trabajo-valor –un tanto abstracto y puramente racionalizado– sino donde los afectos juegan una especie de contrapunto. Internet promueve, aunque sea de forma virtual, compartir algo, y el encierro derivado de la crisis sanitaria ha consolidado tribus posmodernas, exponiendo el sentimiento de pertenencia, la solidaridad orgánica, la ética de la estética, del “sentirse juntos”.

Asimismo, y siguiendo en el contexto pandémico/tecnosociabilidad, el aislamiento social, paradójicamente, ha fortalecido los lazos familiares, de amistad y laborales, mostrando que, mientras existe el peligro de la pandemia, se manifiesta el “querer vivir”, sirviendo de cemento a esa estructura antropológica esencial que es el “vivir con” (Maffesoli, 2020, p.5; Alves et al., 2022)

3. Antecedentes y estado actual del tema

3.1. Antecedentes

La población mundial está envejeciendo, según datos del Banco Mundial (2020), el número de personas mayores de 65 años en el mundo ha ido en aumento en los últimos años (**Gráfico 1**), y está previsto que esta tendencia continúe al alza en las próximas décadas (OMS, 2021), lo cual ha originado un cambio en la pirámide de población.

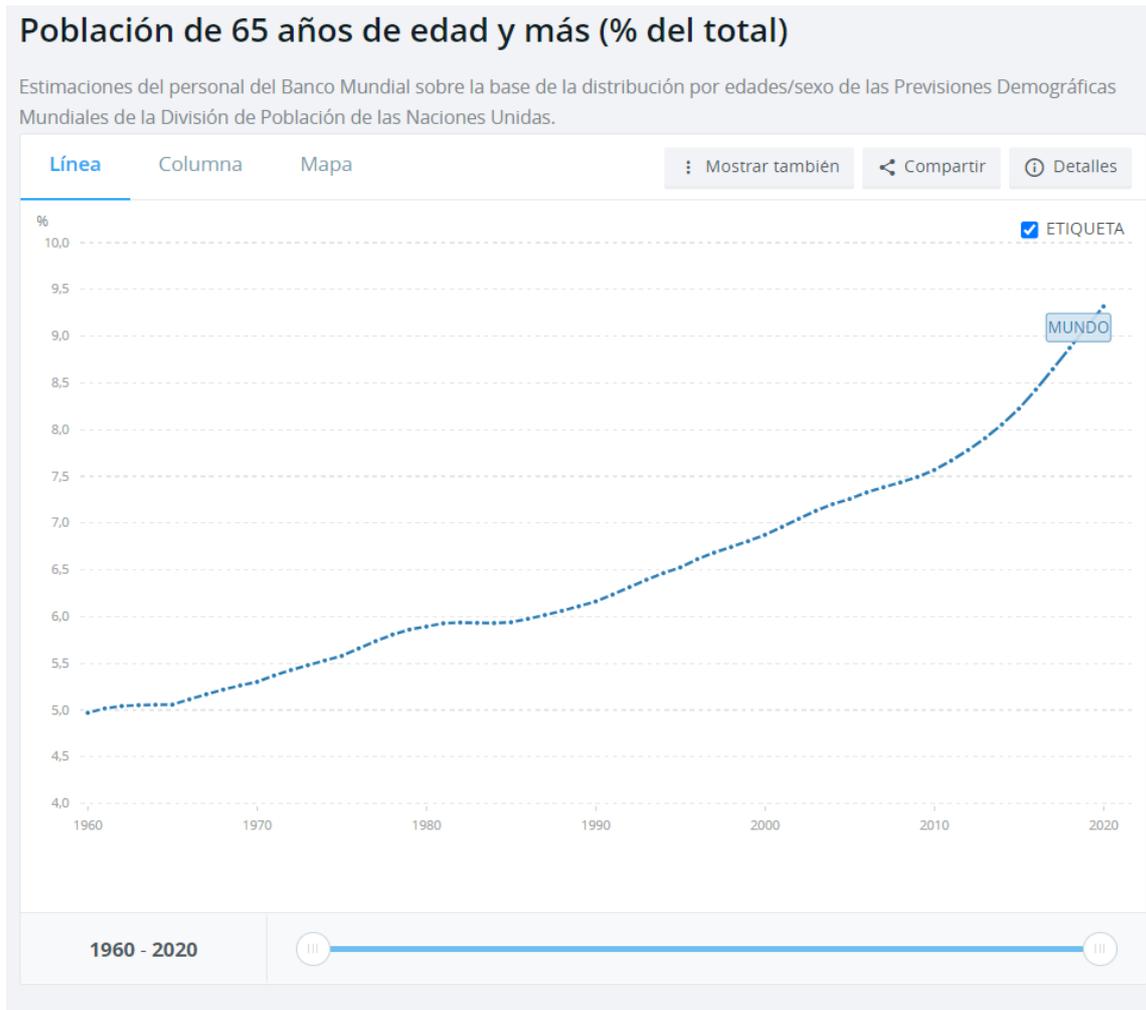


Gráfico 1: Población de 65 años de edad y más (% del total). Estimaciones del personal del Banco mundial sobre la base de la distribución por edades/sexo de las Previsiones Demográficas Mundiales de la División de Población de las Naciones Unidas. Fuente: Banco Mundial (2020). Población de 65 años de edad y más. En <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.65UP.TO.ZS>

La población española de personas mayores de 65 años residentes en España, a fecha de 1 de enero de 2021, según datos ofrecidos por el INE (2021), son un total de 10.948.357 personas, representando el 23,10% de la población.

Población a 1 enero 2021: 47.394.223

Pirámides de Población de España: ayer, hoy y mañana

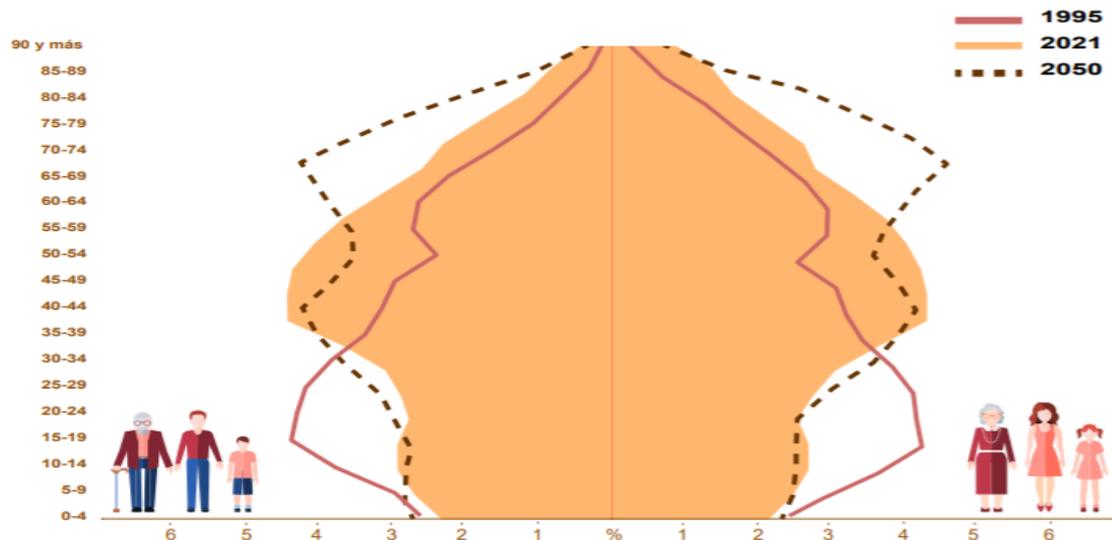


Figura 1: Pirámide de población de España: ayer, hoy y mañana. Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE) (2021). Pirámides de población en España: ayer, hoy y mañana. En: https://www.ine.es/infografias/infografia_dia_poblacion.pdf

La pirámide de población actual muestra una gran diferencia con la pirámide de hace unas décadas y se prevé una disimilitud con la pirámide del 2050. En la **Figura 1** se muestra tal comparación. La línea representativa de 1995 muestra la imagen clásica de una pirámide, que presenta una base ancha frente a unos grupos superiores que se van reduciendo, consecuencia de una natalidad alta y de una mortalidad progresiva según la edad, indicando una estructura de población joven y con perspectivas de crecimiento, es decir, una pirámide de población progresiva. La pirámide de población actual y las venideras se tratan de pirámides regresivas, que se caracterizan por una base estrecha y una cúspide ancha, debido al descenso en la natalidad y al envejecimiento continuo de la población (Moreno, 2014).

Este cambio en la pirámide de población necesita de una adaptación de la sociedad en distintos ámbitos, tales como el ámbito social, sanitario, económico, laboral, etc., con el objetivo de fomentar un envejecimiento saludable, que es el proceso de fomentar y

mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. La capacidad funcional consiste en tener los atributos que permiten a todas las personas ser y hacer lo que para ellas es importante (OMS, 2021).

La esperanza de vida ha aumentado en los últimos años, sin embargo, esto no implica que las personas mayores estén viviendo con más salud. Por ello, se hace necesaria la creación de estrategias que permitan el desarrollo de estudios, proyectos, programas, que beneficien a este sector de la población. Son muchas las instituciones, fundaciones, organizaciones, que crean programas destinados a las personas mayores.

En la presente tesis, se ha trabajado codo con codo con una de estas instituciones, Cruz Roja Española. El Programa de Personas Mayores es una de las áreas prioritarias de esta institución, que trata de mejorar la calidad de vida de la persona mayor, retrasando situaciones de dependencia y favoreciendo la permanencia en su entorno habitual el mayor tiempo posible (Cruz Roja Andalucía, 2021).

La calidad de vida de las personas mayores es un concepto multidimensional, influenciado por dominios físicos, emocionales y sociales (Halvorsrud et al., 2010). La mayor esperanza de vida, el éxito de las políticas de salud pública y del desarrollo socioeconómico, ha conllevado también a la existencia de un mayor envejecimiento poblacional con no siempre adecuados índices de calidad de vida y la existencia de altas tasas de fragilidad y vulnerabilidad asociadas (Gálvez et al., 2020).

La participación social y la integración de las personas mayores son aspectos importantes del envejecimiento saludable y se asocian positivamente con la calidad de vida (Jalenques et al., 2020; Kemperman et al., 2019). Las relaciones sociales junto con el apoyo social tienen una importancia central en el bienestar de las personas mayores, proporcionando empoderamiento, percepción de calidad de vida, que son elementos cruciales para desarrollar un envejecimiento positivo (Rondón et al., 2018; Wu & Sheng, 2019).

El envejecimiento se asocia con una mayor dependencia de los servicios de apoyo relacionados con la salud. La vejez a menudo va de la mano de problemas complejos que abarcan la salud física, psicológica y social (Dai et al., 2016; Jalenques et al., 2020). La interacción con una red de apoyo social se ha asociado con una amplia gama de resultados de salud en las personas mayores. Las características de la red social (tamaño, cercanía y frecuencia de contactos) y su función (apoyo social) pueden afectar de forma general en

la salud física, cognitiva y mental, y en el compromiso de las personas mayores (Wu & Sheng, 2019). El apoyo social con el que el anciano cuente en la última etapa de la vida afectará sobre su propia salud, de manera que disponer de una buena red social se convierte en un factor protector sobre diferentes enfermedades (Brink et al, 2018; Reblin & Uchino, 2008; Siette et al., 2020). Es importante distinguir “red social” de “apoyo social”, en el primer caso hace referencia a un grupo de personas que tienen alguna forma de contacto entre sí, mientras que, para que se caracterice de apoyo social es necesario que se produzca una interacción del individuo con la red, permitiendo un sistema de intercambio entre ambas partes con el objetivo de satisfacer parte de sus necesidades sociales (Silva et al., 2018).

El aislamiento social se asocia con una menor calidad de vida, deterioro cognitivo, peores resultados de salud mental y física en la persona mayor. De hecho, el aislamiento social está significativamente relacionado con la mortalidad (Czaja et al., 2018; Gené et al., 2019; Silva et al., 2018; White et al., 2009).

A lo largo del ciclo vital las redes sociales de las personas atraviesan periodos de cambio, que en la última etapa de la vida dan lugar a la aparición del aislamiento social y la soledad. Esto es debido a que los mayores cuando llegan a una edad avanzada, les resulta difícil mantener la conexión social, por las limitaciones en movilidad, las consecuencias de enfermedades crónicas y otros problemas relacionados con la edad, que conlleva a una reducción de la conexión física con amigos, familiares y la comunidad (Silva et al., 2018).

La soledad y el aislamiento social están relacionados, aunque, no son sinónimos. Dentro de la taxonomía de la *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), el aislamiento social se define como el estado en que el individuo experimenta una sensación de soledad impuesta por los demás y que la percibe como un estado negativo o amenazador. El término soledad se define como el estado subjetivo en el que una persona corre el riesgo de experimentar una soledad no deseada o una vaga sensación de malestar anímico, que se caracteriza por disforia, depresión, disconfort físico y psíquico e insatisfacción con uno mismo (NANDA, 2021).

Por consiguiente, no es lo mismo estar solo que sentirse solo, ya que el hecho de estar solo no implica sentirse solo. El aislamiento social (estar solo) se trata de una condición objetiva de falta de integración social, falta de interacciones con otros o con la comunidad, y, la soledad (sentirse solo) se entiende como una condición subjetiva, una experiencia

desagradable, que aparece cuando la persona percibe que no tiene a nadie con quien comunicarse para compartir necesidades y preocupaciones de carácter social y emocional (Gené et al., 2016).

En la literatura se puede encontrar definida la soledad, por un lado, como la soledad social, que describe una situación subjetiva en la que la persona no tiene la red social y el número de relaciones que le gustaría; por otra parte, la soledad emocional, se refiere a la ausencia de apego emocional y la intimidad deseados por la persona en sus relaciones. La soledad, tanto en su componente emocional como social, es un sentimiento capaz de afectar a los individuos en cualquier momento del ciclo vital, aunque son las personas mayores las más vulnerables, debido a los distintos eventos a los que se ven expuestos, como la viudedad, las enfermedades crónicas, la pérdida de autonomía, etc. (Arruebarrena & Sánchez, 2020; López & Díaz, 2018).

El envejecimiento de la población se está desarrollando paralelamente con el progreso de las nuevas tecnologías, que para muchos mayores ha supuesto y supone actualmente un problema en lo que respecta al conocimiento y manejo de los distintos dispositivos, dando lugar a la ya citada brecha digital, que puede ser de distintos tipos; por un lado se encuentra la brecha de género, en la que se establecen diferencias respecto al acceso a las tecnologías entre hombres y mujeres; la brecha territorial en las que se diferencian entre territorios rurales, pequeños municipios o grandes ciudades; y la brecha generacional, en la que se encuentra las diferencias marcadas por la edad, siendo los más jóvenes los que más se conectan a las tecnologías, disminuyendo según se avanza en la edad (Vernia, 2020).

Las TICs, suponen un importante potencial recurso para mejorar la conectividad social de las personas mayores, especialmente para aquellos que tienen restricciones de movilidad, viven solos o viven en zonas rurales. El acceso a las TICs supone para los mayores una forma de mejorar la calidad de vida y una disminución de los sentimientos de soledad (Czaja et al., 2018; Silva et al., 2018). Las redes sociales digitales suponen un aliado a la hora de establecer interacciones a distancia, ya que permiten la conexión a cualquier hora del día y desde cualquier punto, facilitando que los mayores con dificultades en la movilidad física, o aquellos que viven alejados de sus familiares y amigos, puedan, mantenerse conectados a través de las distintas redes sociales. El uso de las tecnologías digitales supone una herramienta importante para combatir el aislamiento,

promover la socialización, además de ser una forma de ocio y entretenimiento, permitiendo la interacción social, educativa y cultural (Silva et al., 2018; Cattan et al., 2011).

El término inglés “*befriending*” (fomento de la amistad, compañía, etc.) surgió en 2015, un proyecto desarrollado por la ONG “Rescate” junto con el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), Agencia especializada de las Naciones Unidas, a través de la cual se promovía una red social de apoyo para las personas refugiadas que residían en España (ACNUR, 2020). En este contexto, el programa de Personas Mayores de la Fundación “La Caixa”, que tiene como objetivo abordar los nuevos desafíos que se presentan en la vejez para contribuir a generar reflexión, conocimiento y programas de intervención que hagan frente a esos retos, ha extrapolado este término al área en estudio. El “*befriending*” es la provisión de compañía o apoyo de amistad a una persona que tenga dicha necesidad. Se trata de una relación unidireccional encaminada a aliviar la soledad y proporcionar apoyo a través de la provisión de compañía regular individual realizada por voluntariados. Estas intervenciones pueden proporcionar a las personas una nueva orientación en su vida, al implicarse en nuevas actividades, mejorar su autoestima y mejorar su salud. La mayoría de las intervenciones “*befriending*” se realizan en el domicilio de la persona mayor, aunque en algunas ocasiones se les recomienda que salgan de sus casas y realicen otras actividades. Otras acciones se limitan a contactos telefónicos, y en ocasiones se combinan las visitas a domicilio con las llamadas telefónicas. Los beneficios aportados por estas intervenciones son varios: I) establecimiento de nuevas relaciones de amistad; II) tener a alguien con quien hablar de los problemas, y III) sentirse valorado y único (Siette et al, 2017; Yaguas et al., 2020).

El “*befriending*” supone una forma de bajo costo para aumentar las redes sociales de las personas mayores con el propósito de aliviar el aislamiento social y la soledad, problemas que implican un coste tanto a nivel individual como para la sociedad (Wiles et al., 2019).

El programa “ENRED@TE” de Cruz Roja, se puede catalogar como una forma de *befriending* a través del cual, un grupo de voluntarios genera una red de amistad, relaciones y apoyo mutuo entre las personas mayores que sufren la soledad impuesta y aislamiento social, con la particularidad de generar en ellos conocimiento en lo que se refiere al uso de las nuevas tecnologías y beneficiarse de las redes sociales que se pueden establecer a través de internet (CRE, 2019).

Sin embargo, el ámbito tecnológico supone para algunos mayores un problema, tanto por el desembolso económico que supone la adquisición de *tablets*, móviles u ordenadores, como la limitación en lo que refiere a la falta de conocimientos y habilidades para su uso (Pérez, 2020).

“*Envejecimiento en Red*”, es una plataforma colaborativa, “un punto de encuentro ciencia-sociedad en torno al envejecimiento y las personas mayores”, que surge con la colaboración entre la Fundación General del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) y el Instituto de Economía, Geografía y Demografía (IEGD) del CSIC. En su informe sobre el perfil de las personas mayores en España 2019 (Abellán, 2019) y Pérez (2020) muestra el porcentaje de personas que han utilizado internet en los últimos tres meses por grupos de edad, en España, en 2007 y 2018 (*Figura 2*) y 2007 2019 (*Figura 3*). La brecha digital era de 78,6 puntos entre el grupo de edad más conectado (16-24 años) y el de los mayores (65 -74 años) en 2018 se ha reducido a 51,6 puntos (*Figura 2*). En 2019, la brecha digital se ha reducido a 35,5 puntos (*Figura 3*).

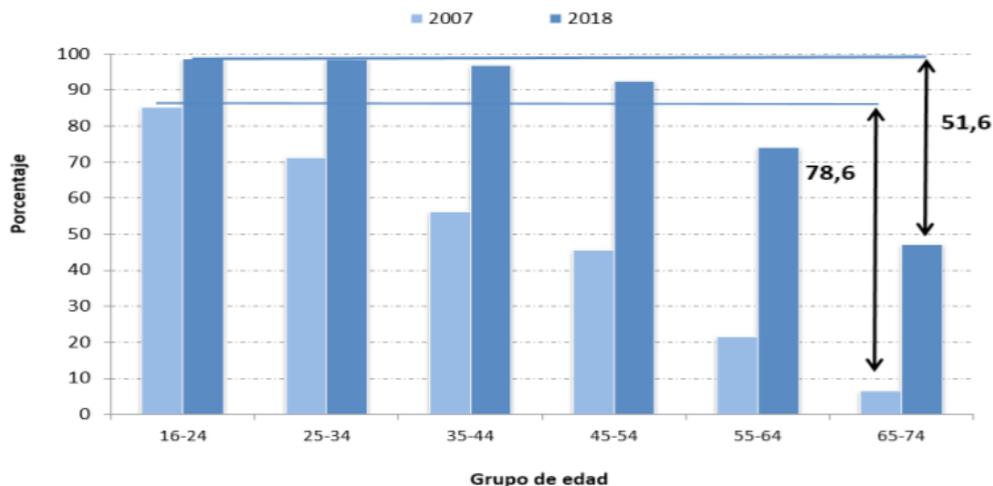


Figura 2: Porcentaje de personas que han utilizado internet en los últimos meses, por grupos de edad, España, 2007-2018. Fuente: Abellán, A. et al. (2019). Un perfil de las personas mayores en España, 2019. Indicadores estadísticos básicos. Envejecimiento en red. 22:1-38. En <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2019.pdf>

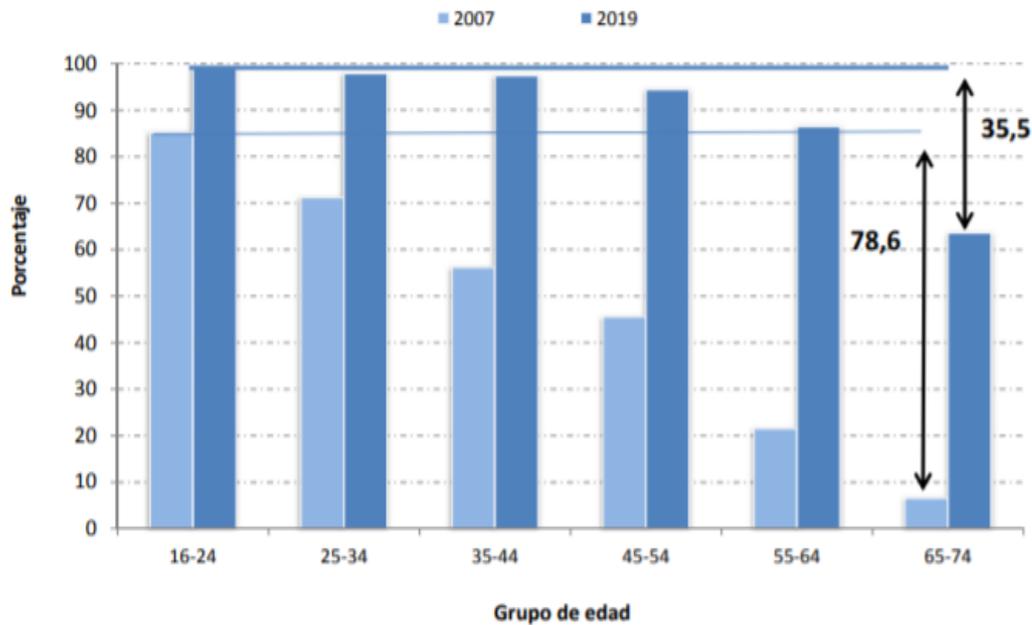


Figura 3: Porcentaje de personas que han utilizado internet en los últimos meses, por grupos de edad, España, 2007-2019. Fuente: Pérez, J. et al. (2020). *Un perfil de las personas mayores en España, 2020. Indicadores estadísticos básicos. Envejecimiento en red.* 25: 1-39. En <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2020.pdf>

3.2. Situación sobrevenida: Pandemia COVID-19. Repercusión en los Mayores.

Debido a la pandemia mundial causada por el SARS-CoV-2, se ha puesto de manifiesto la necesidad que tienen las personas mayores de aprender o mejorar en el uso de las nuevas tecnologías y las redes sociales, entre otras cosas porque las medidas más efectivas para reducir el número de casos contagiados son aquellas que implican el aislamiento social y el establecimiento de cuarentenas (Broche et al., 2020), por lo que las redes sociales tecnológicas vendrían a paliar el problema de soledad en el mayor. Una de las precauciones más instauradas por los órganos de gobierno ha sido la cuarentena en los hogares, donde, en el caso de España, cada persona o grupo de personas han tenido que convivir en su lugar de residencia sin la posibilidad de salir a la calle o desplazarse para ver a familiares, amigos y/o vecinos (BOE, 2020).

La disponibilidad de nuevas tecnologías en las casas ha supuesto para muchas personas la posibilidad de continuar con su trabajo desde el domicilio, la posibilidad de mantenerse en contacto con su red de apoyo y para estudiantes ha supuesto su vía de estudio, entre otras. Sin embargo, aquellas personas cuyos conocimientos sobre nuevas tecnologías era deficiente, han tenido que adquirir ciertas habilidades en TICs para mantenerse conectadas. También para aquellas personas, ya sea por la edad o, por economía, que no

han dispuesto de ciertos dispositivos, el confinamiento ha supuesto un aislamiento no deseado, el cuál entre otros aspectos posiblemente a muchas personas les ha hecho darse cuenta de la importancia de las nuevas tecnologías.

Por tanto, como se ha referido, la pandemia mundial originada por el SARS-CoV-2 ha puesto de manifiesto la necesidad que tienen las personas mayores de aprender o mejorar el uso de las nuevas tecnologías y las redes sociales, ya que éstas son una fuente de acceso a la información, además de un camino para poder socializar y comunicarse a través de los distintos dispositivos, que durante el confinamiento han supuesto la única forma de comunicarse y de relacionarse con familia y amigos. La formación en TICs debe enfocarse a mejorar las habilidades de comunicación de los mayores, dándoles las pautas necesarias para buscar información e ideas para la búsqueda de entretenimiento, entre otros aspectos. Las TICs suponen una vertiente muy positiva, ya que las competencias digitales pueden convertirse en herramientas para mejorar la vida social y personal de las personas mayores (Martínez, 2020).

Dentro de las consecuencias provocadas por la pandemia está la más catastrófica de todas que ha sido la cantidad de fallecidos a causa del SARS-Cov-2. En España, a 7 de junio de 2022, un total de 106.914 personas han fallecido a causa de la enfermedad, y 12.436.538 han contraído el virus, frente a los 533.039.053 de personas contagiadas en el mundo entero, y con total de muertes a nivel mundial en torno a los 6,2 millones de personas, (Radio y Televisión Española (RTVE), 2021; Ritchie, 2020).

Así mismo, el coronavirus ha causado otro tipo de estragos, y es que recientes estudios han manifestado las secuelas psicológicas que el virus ha originado, al margen de las consecuencias fisiológicas, en el cuerpo humano. El confinamiento ha supuesto un aumento de los sentimientos de soledad y el aislamiento social entre las personas mayores debido a la limitación de la movilidad, la limitación de contacto con sus seres queridos y amigos y las actividades de ocio y tiempo libre (Balluerka et al., 2020; Vázquez et al, 2020).

En el estudio llevado a cabo por García (2021) se recoge que el sentimiento de soledad en la población andaluza mayor de 55 años aumentó del 47% al 56% durante el confinamiento. El 62% de las mujeres mayores de 55 años manifestaron sensación de soledad, mientras que la incidencia de este sentimiento en los hombres fue del 50%. Los mayores aumentos de soledad se produjeron en el grupo de edad de 65-79 años. Por otro

lado, el estudio refiere que las personas en situación de soledad declararon tener peor estado de salud, ya que ésta se asocia a una mayor morbilidad, discapacidad y mortalidad; y que estos efectos se han amplificado durante el confinamiento; constatando que las personas con peor salud también presentan una mayor afectación del sentimiento de soledad (García et al, 2021).

La labor llevada a cabo por Cruz Roja España durante la pandemia, aún vigente, ha sido relevante, ha atendido, al igual que lo hacía anteriormente, a cientos de personas mayores a través del contacto telefónico, realizando un seguimiento de su estado de salud, y aplicando los recursos disponibles para hacer que los mayores se sintieran conectados tanto con la organización como con el resto de su red social. Teleconsultas como viva expresión de la tecnosociabilidad en el cuidado de la salud.

El desarrollo del programa “ENRED@TE”, puesto en marcha antes de la pandemia, con el que se pretendía enseñar y fomentar el uso de las nuevas tecnologías a las personas mayores de 65 años, resultó ser premonitorio.

El 14 de marzo de 2020, a través de la publicación del Real Decreto (RD) 463/2020, el gobierno español declaró el estado de alarma, poniendo en vigencia una serie de limitaciones en lo referente a la libertad de circulación de las personas (Boletín Oficial del Estado, 2020). Esta circunstancia puso a su vez en evidencia la importancia de las nuevas tecnologías para el mantenimiento de las redes sociales, formales familiares, etc., además de servir como fuente de ocio y entretenimiento.

3.3. Justificación del estudio.

El aumento de la esperanza de vida, y la realidad de sociedades más envejecidas, hace necesario conocer las diversas necesidades de salud. El presente trabajo se ha centrado en la dimensión social, aspecto con gran trascendencia en el estado de salud del individuo. Resulta importante identificar cuáles son aquellos factores que conducen al aislamiento social y a la falta de apoyo social, y cuáles actúan como factor protector.

Entre los factores que pudieran proteger contra el aislamiento de los mayores se encuentran las TICs, si bien, este grupo etario ha estado prácticamente desvinculado de las nuevas tecnologías, lo que supone que han de realizar un esfuerzo crucial para conocer su funcionamiento y manejo.

Es por lo que el trabajo de investigación que se describe en el presente documento es especialmente pertinente a fin de constatar la utilidad del programa de la Cruz Roja “ENRED@TE” para paliar estados de soledad y/o aislamiento social en los mayores.

II. OBJETIVOS

1. Objetivo general

Conocer si el apoyo social percibido, la soledad percibida, el aislamiento social percibido y el apoyo familiar de los mayores de 65 años mejoran tras participar en el proyecto “ENRED@TE” llevado a cabo por Cruz Roja Española (CRE).

2. Objetivos específicos

- Conocer el apoyo social que tienen los mayores de 65 años en el sur de España (Córdoba) pre y post intervención.
- Conocer el uso de redes sociales: relaciones humanas (familia, amigos, trabajo, asociaciones...) y nuevas tecnologías (como el uso del ordenador, del móvil, Tablet...) de la población mayor de 65 años antes y después de participar en el programa “ENRED@TE”.
- Conocer la prevalencia de soledad en la población de estudio pre y post, tras participar en el programa “ENRED@TE”.
- Identificar si la participación en el programa “ENRED@TE” mejora los niveles de soledad de la población estudiada.

3. Objetivo sobrevenido

- Identificar si participar en el programa “ENRED@TE” ha tenido una repercusión positiva en los mayores durante la pandemia COVID-19.

III. MATERIAL Y MÉTODOS

1. Diseño del estudio

Estudio pre-post intervención.

2. Sujetos y ámbito de estudio

Personas mayores de 65 años residentes en la ciudad de Córdoba (España), que participaron en el programa “ENRED@TE”, perteneciente a la entidad CRE, recogido en su Plan de Intervención Social, y en concreto la intervención social en el ámbito del envejecimiento.

Como criterio de inclusión se consideró a personas mayores de 65 años que formaban parte del programa “ENRED@TE” de la entidad CRE; mientras que los criterios de exclusión fueron: (i) participantes de otros programas de CRE; (ii) que llevaran viviendo en la ciudad menos de 3 meses; y (iii) que no llevaran sin participar durante 3 meses en el programa “ENRED@TE”.

3. Muestra

Cálculo de tamaño muestral realizado con el programa GRANMO (v 7.12 abril 2012) para estimación poblacional (proporciones), aceptando un error alfa de 0,95 para una precisión de +/- 0,07 unidades en un contraste bilateral para una proporción estimada de 40,2%, según los estudios previos de López-Cerdá et al. (2018), considerando una población de referencia de 146.821 personas mayores de 65 años (según el INE) y estimando una tasa de reposición del 10%, se precisaba una muestra de 210 sujetos. Se realizó un muestreo consecutivo hasta completar el número estimado.

4. Variables de estudio

Las variables se agrupan en las siguientes categorías:

- Variables sociodemográficas: Sexo, cualitativa dicotómica (hombre/mujer); edad, cuantitativa (años); país de nacimiento, cualitativa; convivencia en pareja, cualitativa; estado civil, cualitativa; nivel de estudios, cualitativa; clase social, cualitativa.
- Variables relacionadas con el apoyo social: Población que vive sola, causa principal por la que viven solos, tiempo viviendo solo, relación con sus familiares y vecindario, y ayuda domiciliaria.

- Variables relacionadas con el uso de redes sociales: uso de ordenador, uso de móvil, etc.
- Intervención: inclusión de los participantes en el programa “ENRED@TE” durante 3 meses, en el que recibieron (CRE, 2018):
 - a) Actividades de información, sensibilización y adquisición de competencias técnicas y personales.
 - b) Actividades que ayuden a la persona mayor a asistir a espacios de ocio, de participación y de mantenimiento y/o mejora de sus relaciones personales.
 - c) Participación y comunicación entre personas del programa a través de la Red social virtual “ENRED@TE” desde ordenadores o Tablet.
 - d) Seguimiento telefónico de los participantes.

5. Instrumentos de recogida de datos

5.1. Características sociodemográficas

Cuestionario de datos sociodemográficos elaborado al efecto (*ANEXO I*).

5.2. Cuestionario DUKE-UNC (Bellón et al., 1996) (*ANEXO II*)

Se trata de un cuestionario autoadministrado, que puede ser aplicado a la población general, consta de 11 ítems y una escala de respuesta tipo Likert (1-5). El rango de puntuación oscila entre 11 y 55 puntos.

La puntuación obtenida es un reflejo del apoyo recibido, no del real. A menor puntuación, menor apoyo. En la validación española se determinó un punto de corte en el percentil 15, que corresponde a una puntuación < 32. Una puntuación \geq a 32 indica un apoyo normal, mientras que <32 indica apoyo social percibido bajo.

5.3. Escala de valoración sociofamiliar de Gijón (García González et al., 1999) (ANEXO III)

La escala de valoración sociofamiliar permite la detección de situaciones de riesgo o problemática social, siendo útil como un instrumento específico de medición de la situación social. Se trata de una escala heteroadministrada de valoración de riesgo sociofamiliar que consta de 5 ítems o variables (situación familiar, económica, vivienda, relaciones y apoyo social), con 5 posibles categorías en cada una de ellas, estableciendo un gradiente desde la situación social ideal, o ausencia de problemática, a la objetivación de alguna circunstancia o problema social, obteniéndose una puntuación global. La población diana son las personas > de 65 años. Una puntuación <10 indica un riesgo social bajo o normal, entre 10-16 un riesgo social intermedio y >17 problema social establecido.

5.4. Escala de Soledad de UCLA (Rusell, 1996) (ANEXO IV)

La escala de soledad de UCLA es un test autoadministrado. Está compuesta por dos factores: “intimidad con otros” y “sociabilidad”. La escala consta de 10 preguntas puntuables entre 4 y 10 puntos, la puntuación mínima puede ser de 10 y la máxima de 40. Una puntuación <20 puede indicar un grado severo de soledad, puntuaciones entre 20-30 pueden indicar un grado moderado de soledad.

6. Periodo de recogida de datos

Pre-intervención	Post-intervención
- Septiembre/Diciembre 2019	- Mayo/Agosto 2020
- Mayo/Agosto 2020	- Mayo/Agosto 2021

7. Procedimiento

Solicitud de autorización al Centro de Cruz Roja (CRE) donde se desarrolló el estudio.
Solicitud de Informe al Comité de Ética de la Investigación de la Provincia de Córdoba.
Colaboración con el equipo de ENRED@TE de la CRE para preparar la logística de reclutamiento de los participantes y de la recogida de datos. A los sujetos de estudio se les realizaron dos entrevistas con los cuestionarios mencionados: una pre-participación y

otra post-participación en el programa ENRED@TE, previa presentación de la hoja de información y firma del consentimiento informado.

8. Análisis de datos

El análisis de datos se llevó a cabo con el programa estadístico IBM SPSS Statistics. Para el análisis descriptivo de las variables cuantitativas se calculó la media aritmética, mínimo, máximo y la desviación típica (DT), y para el análisis descriptivo de las variables cualitativas se calculó las frecuencias absolutas (n) y relativas (%). Se realizó la prueba de ji-cuadrado para estudiar la significación estadística. Se realizó una regresión logística para identificar las variables asociadas con el apoyo social percibido, la soledad percibida, el aislamiento social percibido y el apoyo familiar. Se calculó las Odds Ratios (OR) con sus respectivos intervalos de confianza al 95% (IC 95%). Todos los contrastes de hipótesis fueron bilaterales y en todas las pruebas estadísticas se consideraron valores estadísticamente significativos aquellos cuyo nivel de confianza fuera del 95% ($p < 0,05$).

9. Consideraciones éticas

El proyecto se ha realizado en base a las normas de buena práctica clínica. La investigación propuesta respeta los principios fundamentales de la declaración de Helsinki, del Consejo de Europa relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina, de la declaración Universal de la UNESCO, sobre el genoma humano y los derechos humanos y el Consejo de Oviedo relativo a los Derechos Humanos y a la Biomedicina. Todos los datos han sido tratados confidencialmente de acuerdo a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, guardando su estricta confidencialidad y su no acceso a terceros no autorizados, y el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de datos (RGPD). Los miembros del equipo de investigación firmaron un documento de confidencialidad. Se obtuvo informe favorable del Comité de Ética de la Investigación de la provincia de Córdoba (*ANEXO V*). Se entregó la Hoja de Información y Consentimiento Informado (*ANEXO VI*) a los sujetos en estudio.

10. Cronograma

CURSOS ACADÉMICOS													
	2018	2019			2020			2021			2022		
		Ene- Abr	May- Ago	Sep- Dic									
Revisión bibliográfica													
Elección instrumentos													
Diseño del proyecto de investigación													
Diseño del marco teórico													
Diseño de la base de datos													
Planificación recogida de datos													
Administración de los instrumentos													
Pre-test													
Intervención ENRED@TE													
Post-test													
Corrección de cuestionarios													
Análisis de datos													
Resultados													
Discusión y conclusiones													
Redacción del trabajo y entrega													

IV. RESULTADOS

1. Fase pre-test

Participaron en el estudio un total de 139 personas mayores. El 87,1% fueron mujeres y un 12,9% hombres (**Gráfico 2**), siendo la media de edad de 80,96 años (DS \pm 7,57).

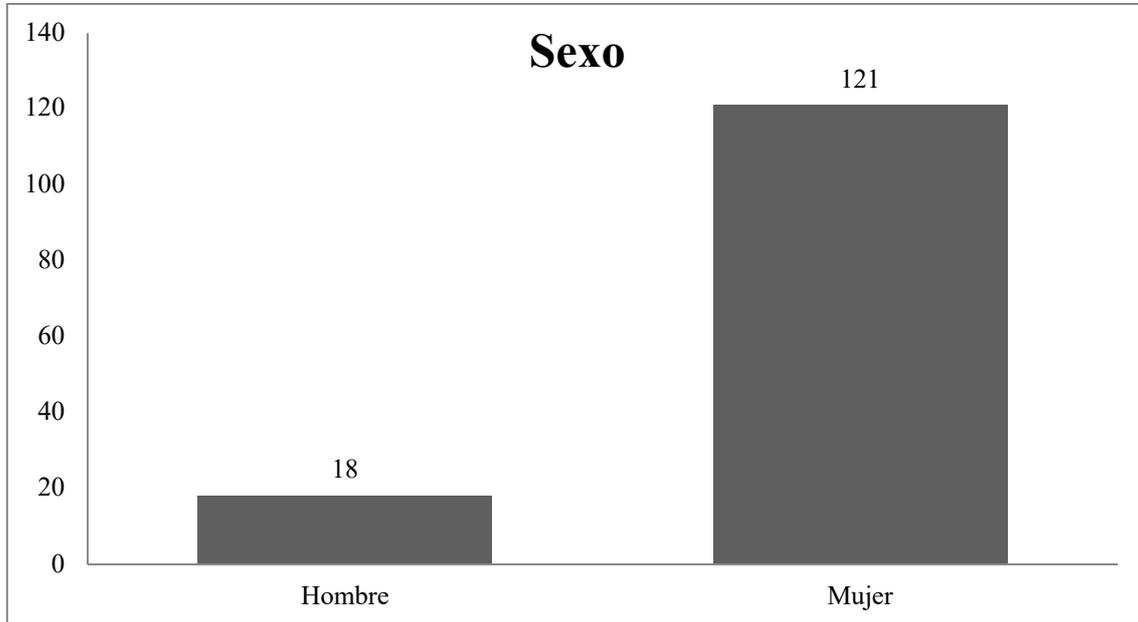


Gráfico 2: Distribución del sexo de los participantes. Fase pre-test.

De las características sociodemográficas resaltar que lo más frecuente entre los participantes era que el 72,2% eran viudos (**Gráfico 3**).

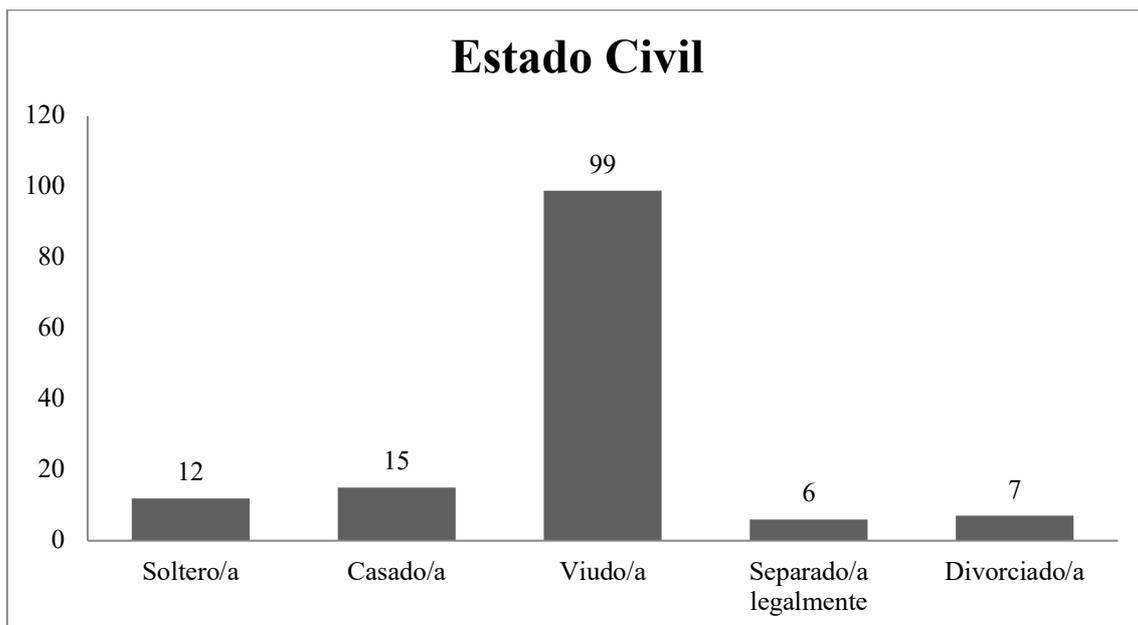


Gráfico 3: Estado civil de los participantes. Fase pre-test.

El 34,5% tenían educación primaria incompleta (**Gráfico 4**), de los cuales el 65,9% pertenecían a clase social baja (**Gráfico 5**).

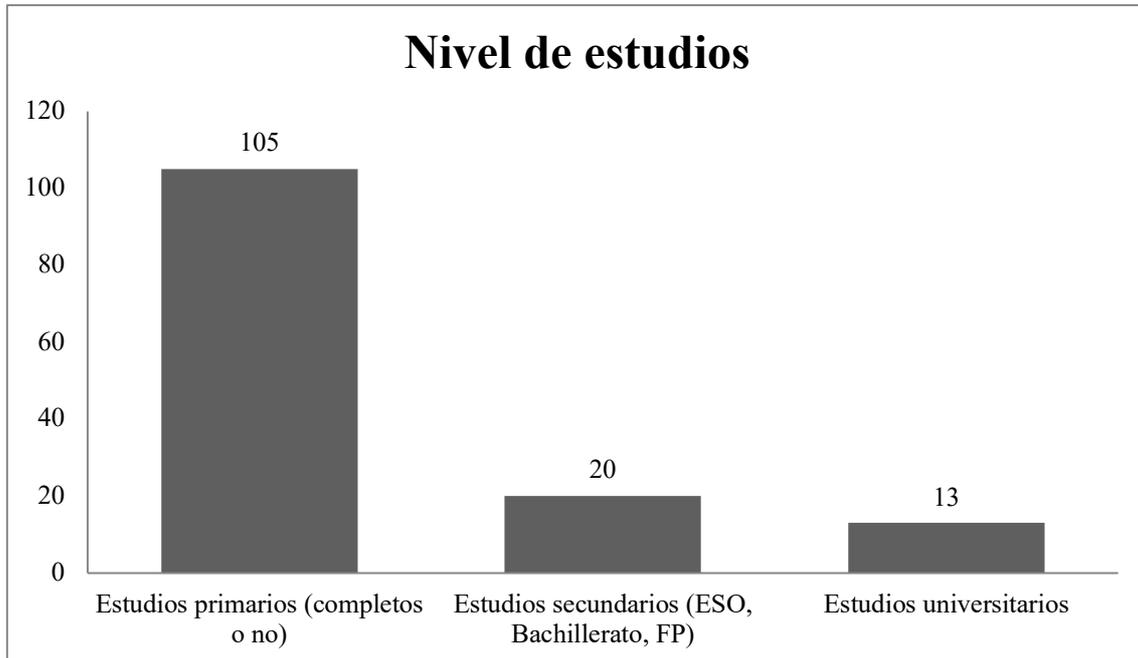


Gráfico 4: Nivel de estudios de los participantes. Fase pre-test

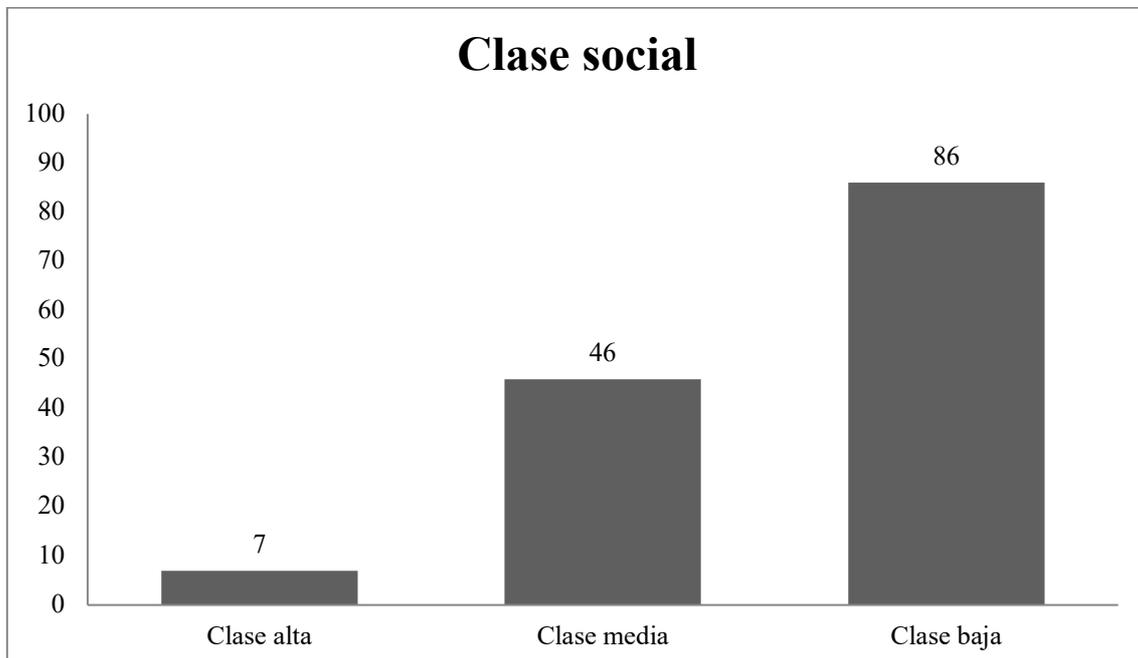


Gráfico 5: Clase social de los participantes. Fase pre-test.

Con respecto a la convivencia en el hogar, el 69,1% de los mayores vivían solos (**Gráfico 6**), y un 43,9% de los participantes recibían teleasistencia.

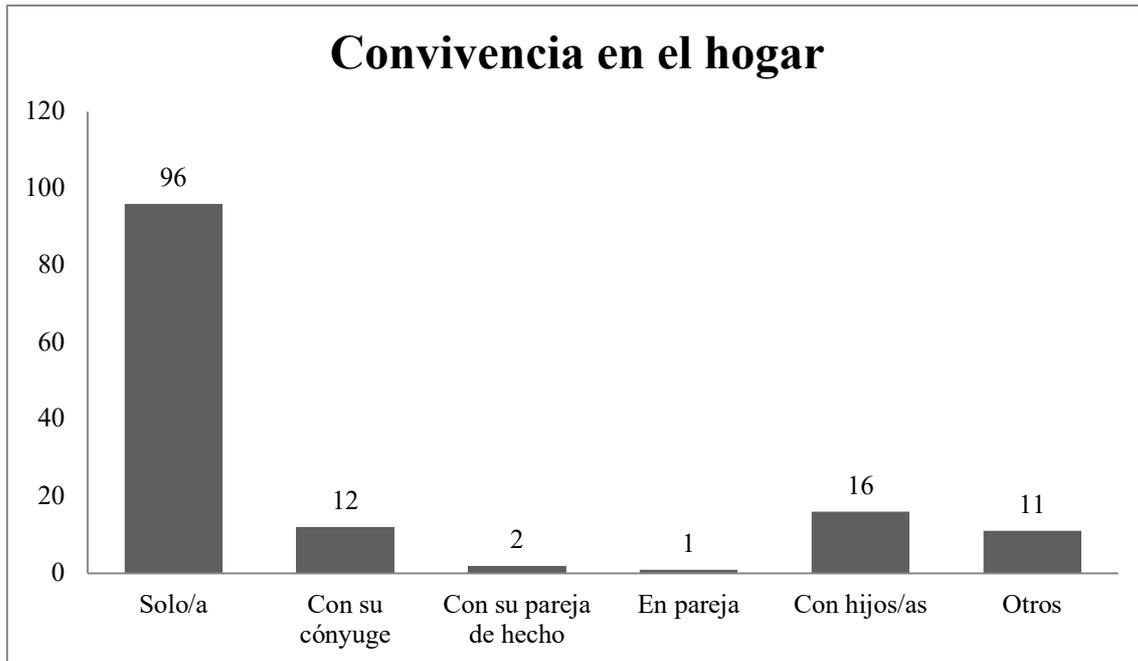


Gráfico 6: Convivencia en el hogar de los participantes. Fase pre-test.

El principal motivo por el que los participantes viven solos es por la pérdida de algún familiar 37,4% (**Gráfico 7**). De los que viven solos, el 49,6% lleva viviendo solo más de 5 años (**Gráfico 8**).



Gráfico 7: Motivo por el que viven solos los participantes. Fase pre-test.

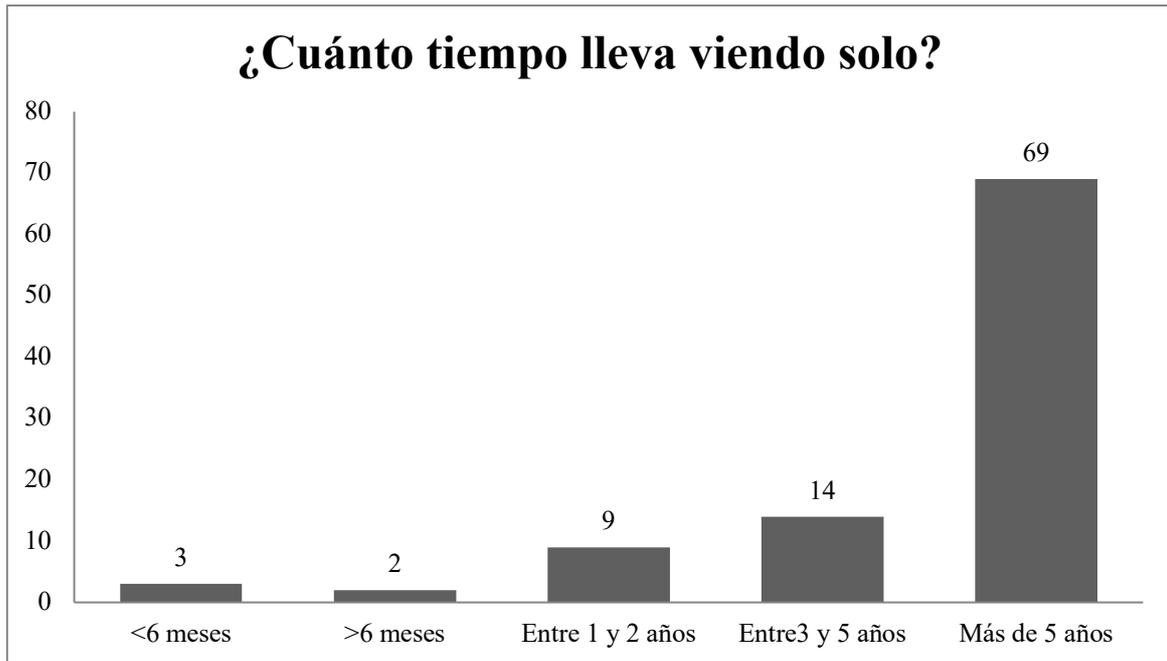


Gráfico 8: Tiempo que los participantes llevan viviendo solos. Fase pre-test.

El 76,7% de los mayores conviven con otro familiar desde hace más de 5 años (**Gráfico 9**).

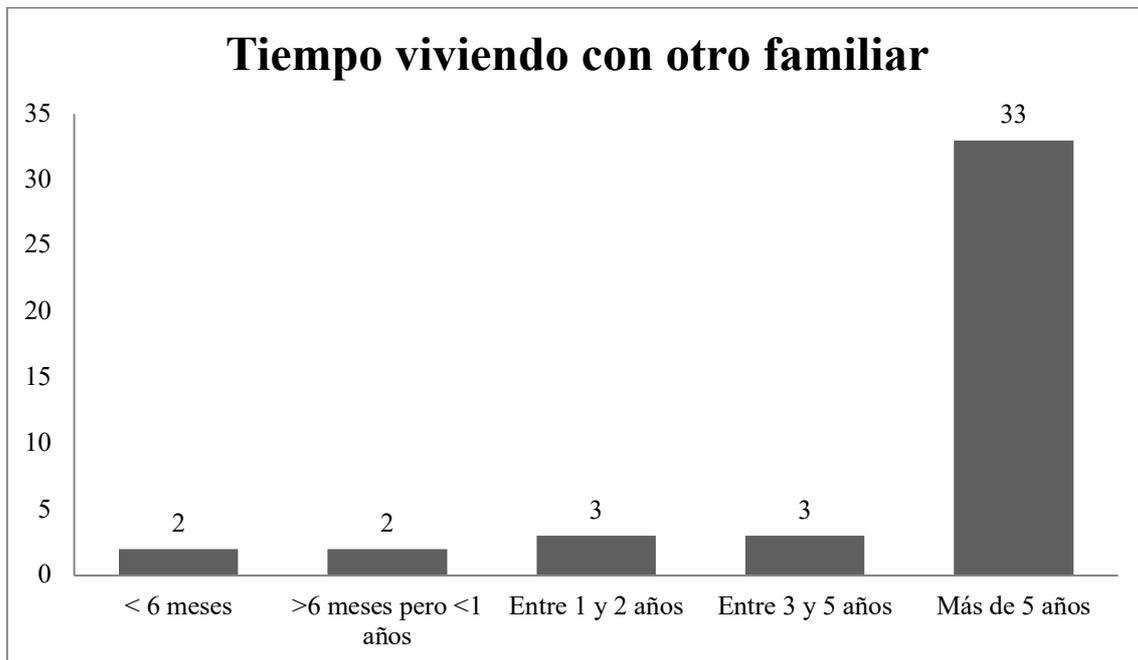


Gráfico 9: Tiempo que los participantes llevan viviendo con otro familiar. Fase pre-test.

Con respecto a la relación con la familia, los participantes manifestaron en un 51,8% tener una muy buena relación, un 36,0% manifestó tener una buena relación y una relación

regular en el 7,9% de los casos (**Gráfico 10**). La relación con los vecinos se caracteriza por ser en un 46,8% muy buena, en un 37,4% buena y en un 11,5% regular (**Gráfico 11**).

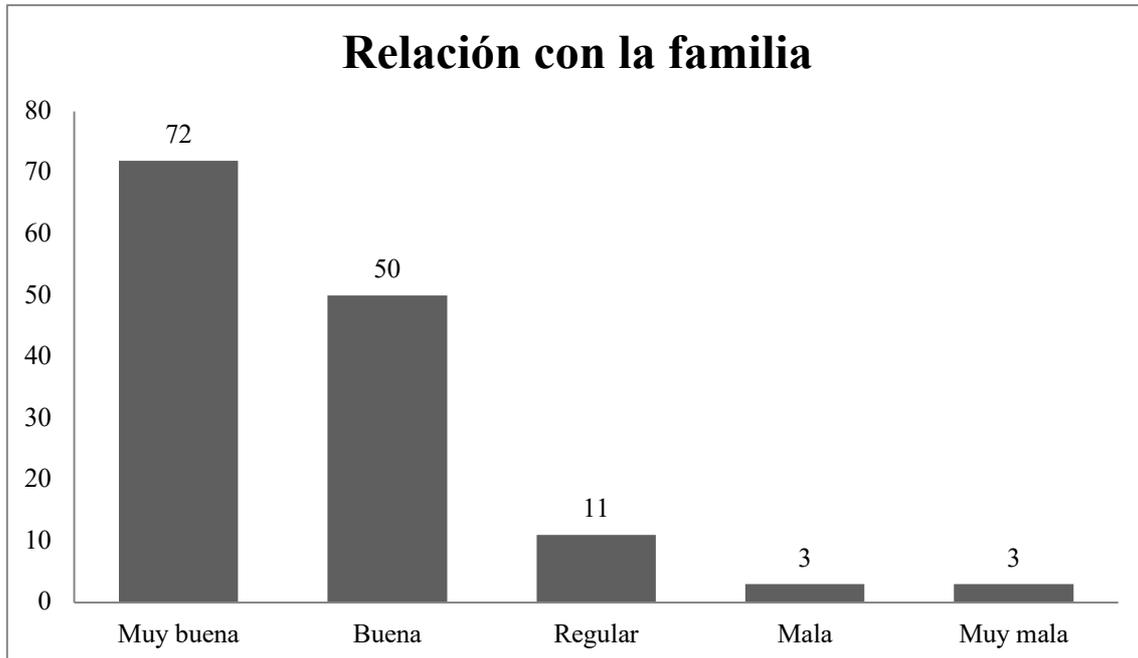


Gráfico 10: Tipo de relación de los participantes con la familia. Fse pre-test.

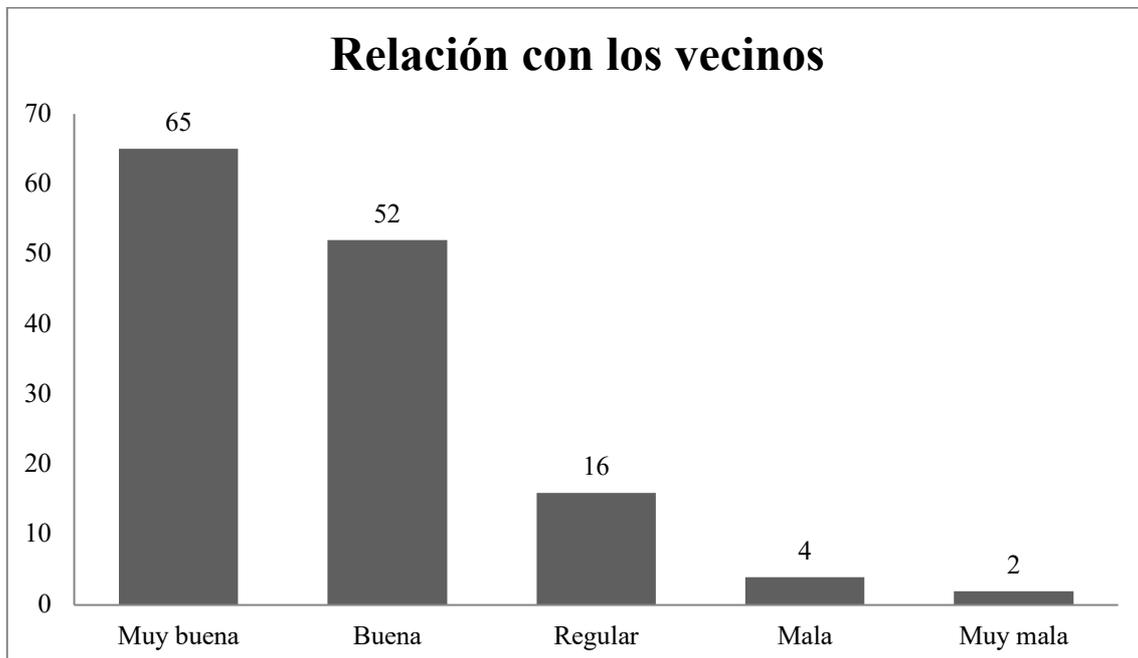


Gráfico 11: Tipo de relación de los participantes con los vecinos. Fase pre-test.

En la entrevista llevada a cabo se preguntó a las personas mayores si necesitaban ayuda en el domicilio, el 74,1% respondió afirmativamente a esta cuestión. Si recibían ayuda un 44,6% de los mayores (**Gráfico 12**).

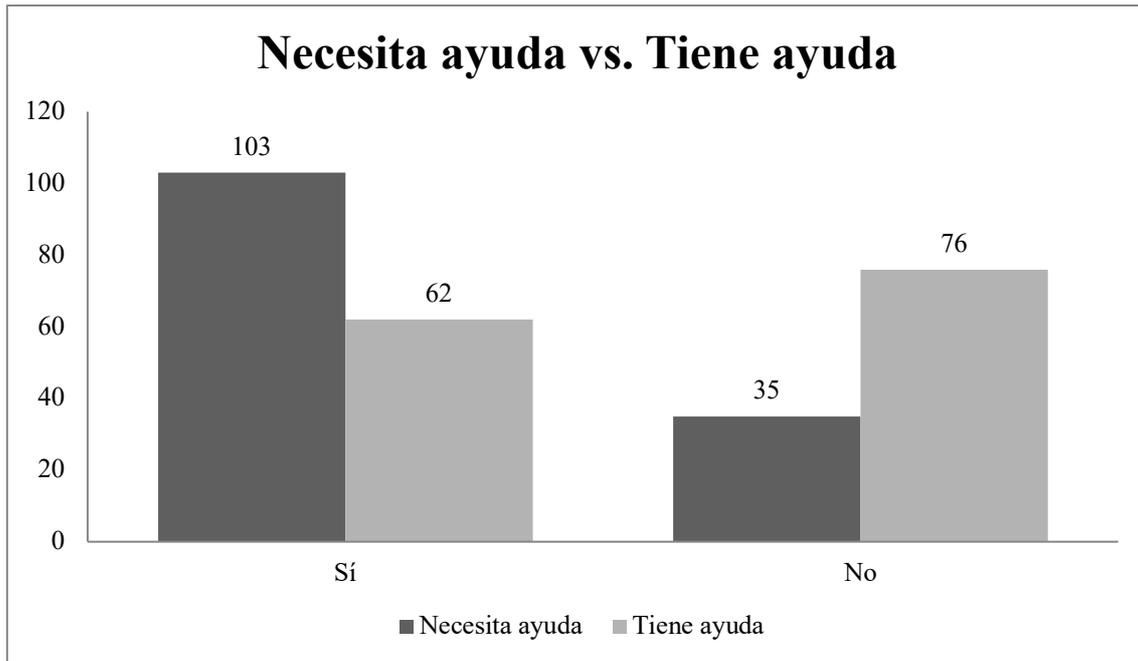


Gráfico 12: Número de participantes que necesitan ayuda en domicilio vs. aquellos que la tienen. Fase pre-test.

En relación a las TIC's, la mayoría de los mayores (79,1%) no tiene ordenador (Gráfico 13), con respecto al móvil el 14,3% tiene móvil pero no sabe utilizarlo y un 6,4% tiene móvil y le gustaría usarlo más (Gráfico 14).

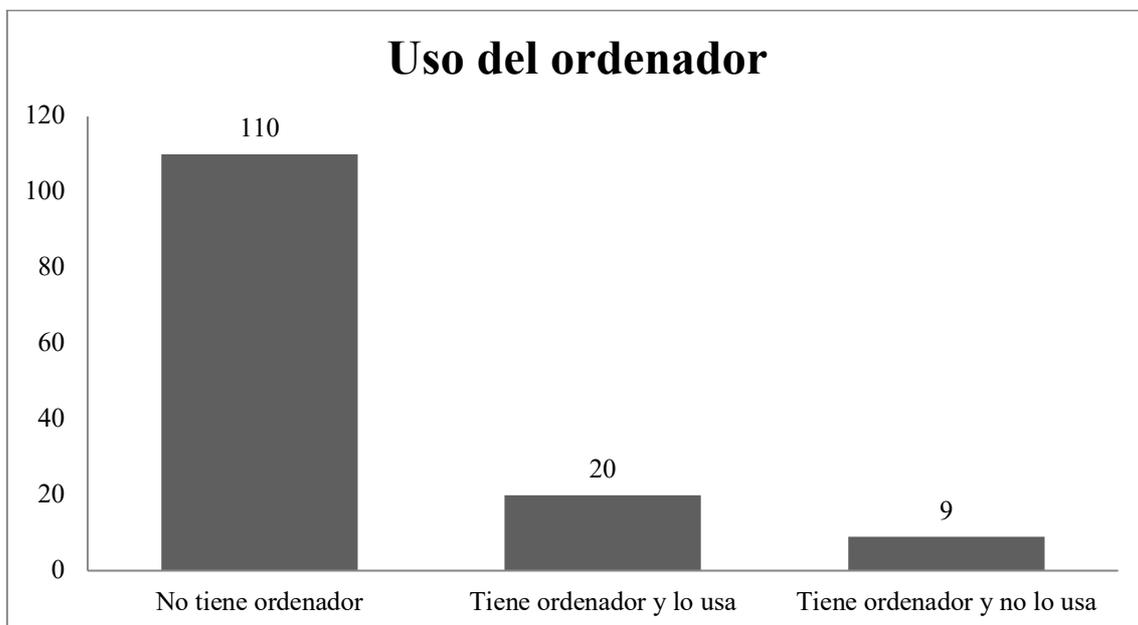


Gráfico 13: Uso del ordenador en los participantes. Fase pre-test.

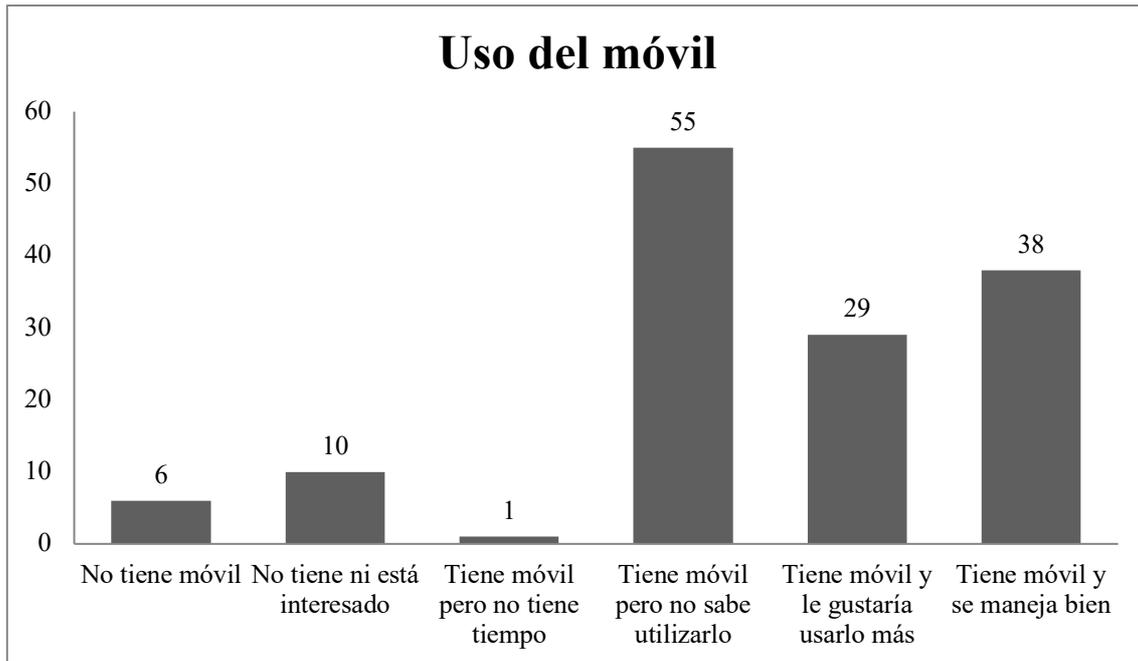


Gráfico 14: *Uso del móvil en los participantes. Fase pre-test.*

El 51,8% de los participantes no conocían las redes sociales y un 47,5% sí las conocían, de éstos el 64,0% no tiene ninguna red social y un 35,3% sí tiene una red social (Gráfico 15).

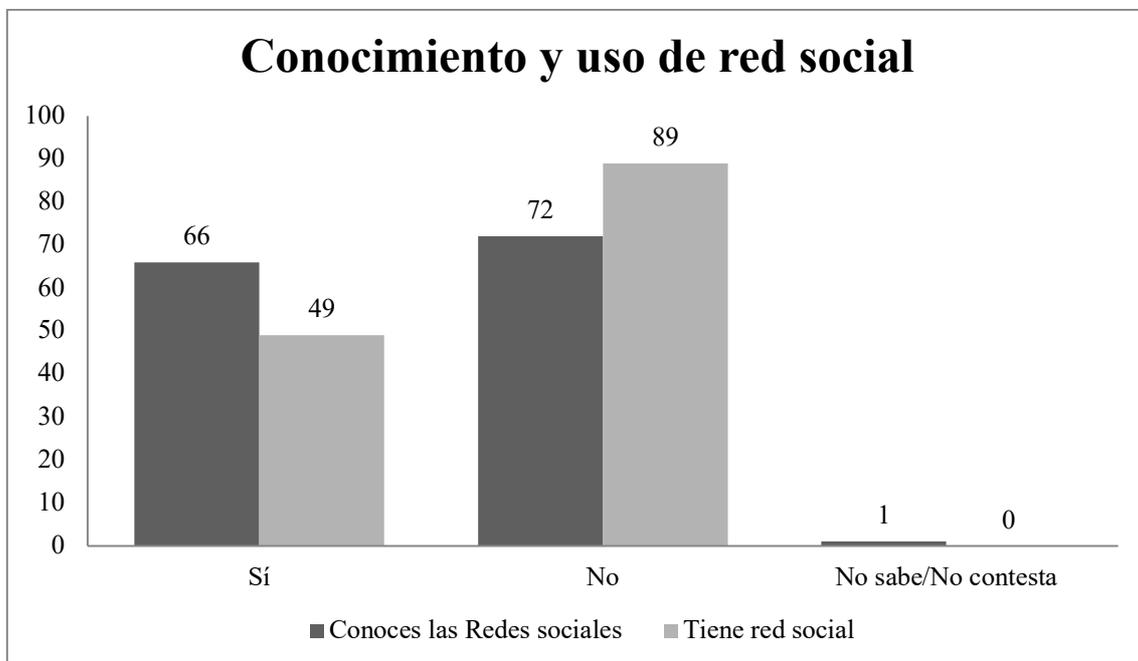


Gráfico 15: *Conocimiento y uso de alguna red social por parte de los participantes. Fase pre-test.*

Con respecto a la variable estado de salud, el 33,1% manifestó tener un buen estado, y un 32,4% expresó tener un estado de salud regular (*Gráfico 16*).

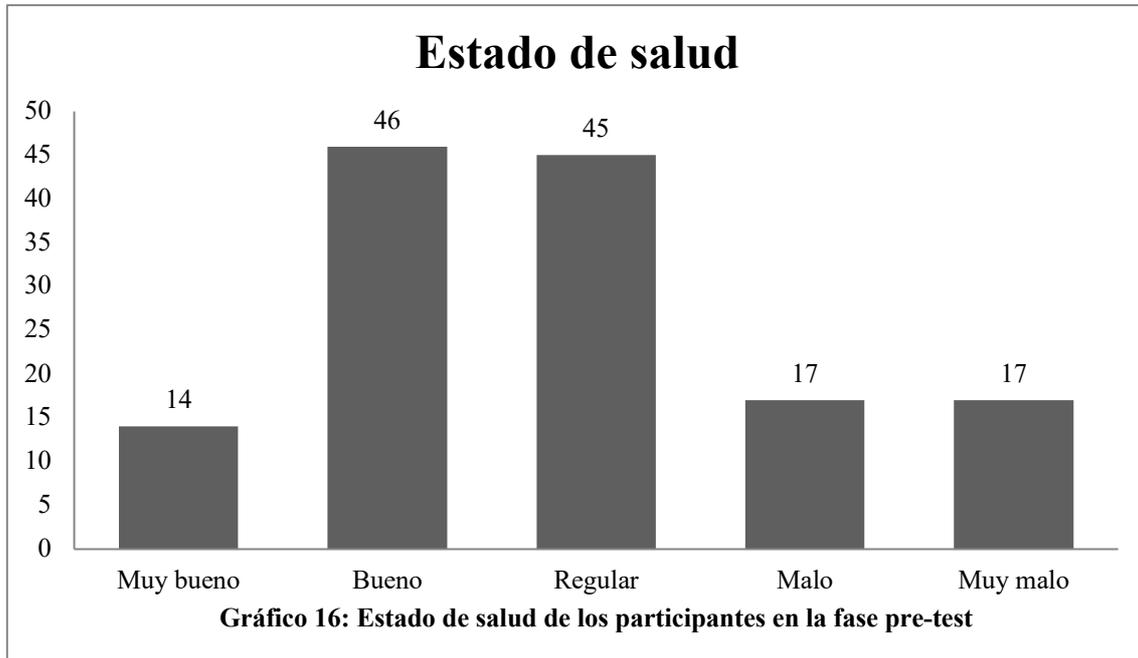


Gráfico 16: Estado de salud de los participantes. Fase pre-test.

Las personas mayores que participaron en el estudio contestaron a los distintos ítems de la Escala de Soledad UCLA (Russell, 1996), cuyos datos quedan reflejados en el *Gráfico 17* y detallados en la *Tabla 1*.

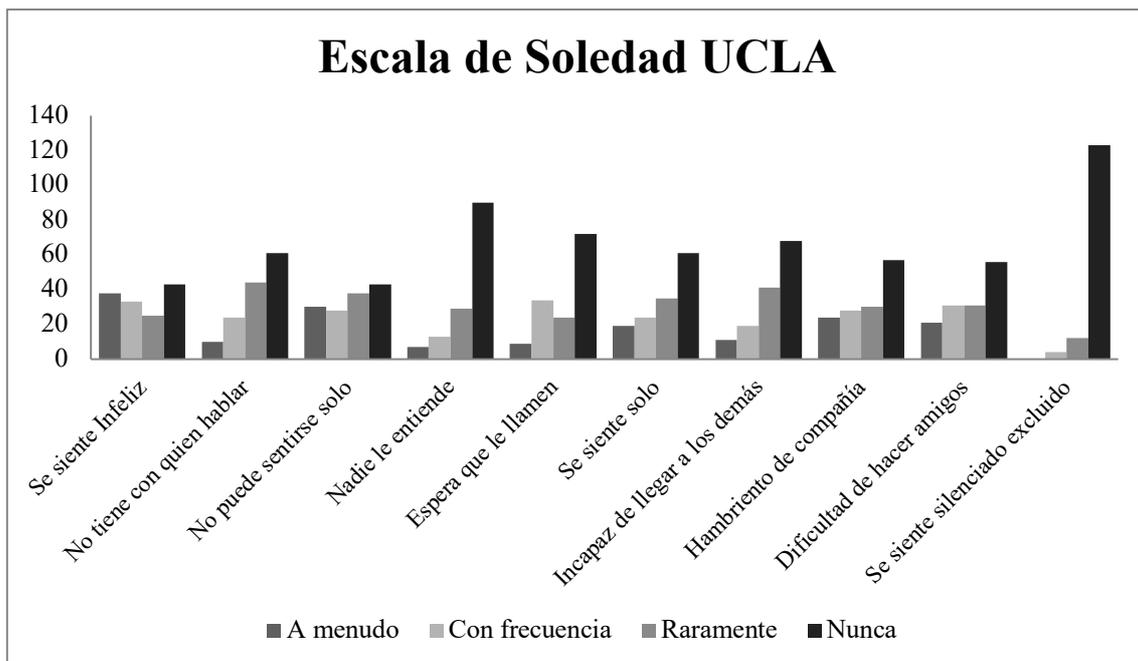


Gráfico 17: Escala de Soledad UCLA de los participantes. Fase pre-test.

La respuesta a la escala socio-familiar de Gijón (García González et al., 1999), se pueden observar en la **Tabla 2**. Con relación al cuestionario de Duke (Bellón et al., 1996), los resultados se reflejan en el **Gráfico 18** y en la **Tabla 3**.

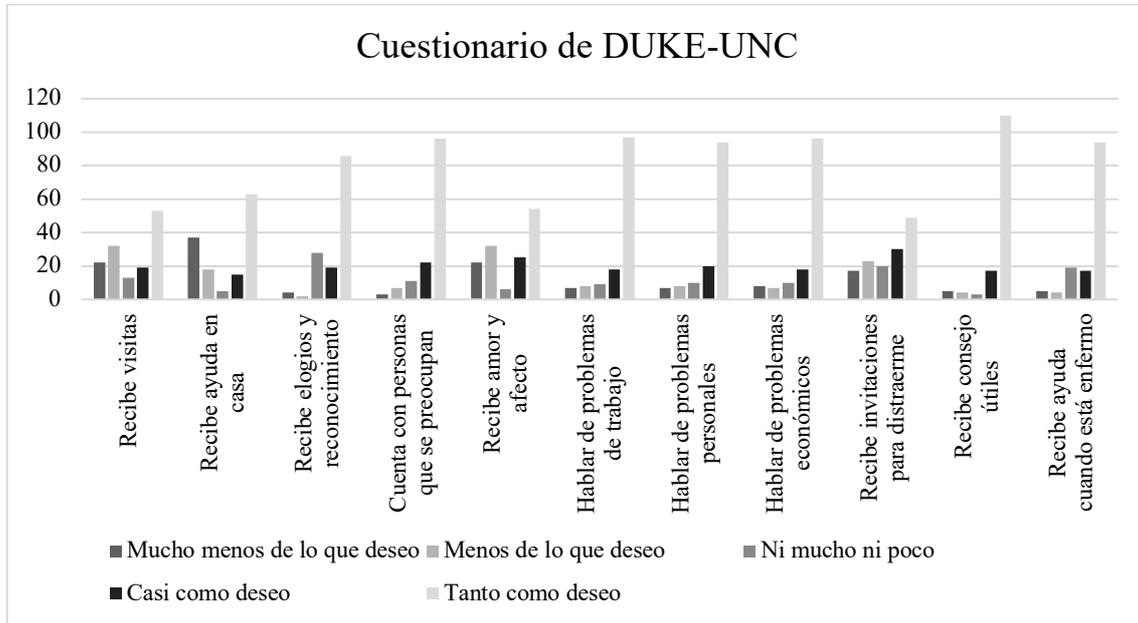


Gráfico 18: Cuestionario de DUKE-UNC de los participantes. Fase pre-test.

Tabla 1: Datos de soledad en la escala UCLA. Fase pre-test

		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Con qué frecuencia se siente infeliz	A menudo	38	27,3
	Con frecuencia	33	23,7
	Raramente	25	18,0
	Nunca	43	30,9
Con qué frecuencia no tiene con quien hablar	A menudo	10	7,2
	Con frecuencia	24	17,3
	Raramente	44	31,7
	Nunca	61	43,9
Con qué frecuencia No puede sentirse solo	A menudo	30	21,6
	Con frecuencia	28	20,1
	Raramente	38	27,3
	Nunca	43	30,9
Con qué frecuencia nadie le entiende	A menudo	7	5,0
	Con frecuencia	13	9,4
	Raramente	29	20,9
	Nunca	90	64,7

Tabla 1: Datos de soledad en la escala UCLA. Fase pre-test (continuación)

		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Con qué frecuencia espera que le llamen	A menudo	9	6,5
	Con frecuencia	34	24,5
	Raramente	24	17,3
	Nunca	72	51,8
Con qué frecuencia se siente solo	A menudo	19	13,7
	Con frecuencia	24	17,3
	Raramente	35	25,2
	Nunca	61	43,9
Con qué frecuencia es incapaz de llegar a los demás	A menudo	11	7,9
	Con frecuencia	19	13,7
	Raramente	41	29,5
	Nunca	68	48,9
Con qué frecuencia se siente hambriento de compañía	A menudo	24	17,3
	Con frecuencia	28	20,1
	Raramente	30	21,6
	Nunca	57	41
Con qué frecuencia tiene dificultad para hacer amigos	A menudo	21	15,1
	Con frecuencia	31	22,3
	Raramente	31	22,3
	Nunca	56	40,3
Con qué frecuencia se siente silenciado o excluido	Con frecuencia	4	2,9
	Raramente	12	8,6
	Nunca	123	88,5

Tabla 2: Datos obtenidos en la escala sociofamiliar de Gijón. Fase pre-test.

		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Situación familiar	Vive con familia sin dependencia	21	15,1
	Vive con cónyuge de similar edad	13	9,4
	Vive con cónyuge o familia y presenta dependencia	4	2,9
	Vive solo y tiene hijos próximos	66	47,5
	Vive solo y carece de hijos o viven alejados	35	25,2
Situación económica	Más de 1,5 veces el salario mínimo	6	4,3
	Desde 1,5 veces hasta el salario mínimo	45	32,4
	Desde el salario mínimo hasta pensión contributiva	83	59,7
	Pensión no contributiva	5	3,6
Vivienda	Adecuada a las necesidades	59	42,4
	Con barreras arquitectónicas	59	42,4
	Humedades, mala higiene	1	0,7
	Sin ascensor, sin teléfono	20	14,4
Relaciones Sociales	Relaciones sociales	110	79,1
	Relación social con familia y vecinos	10	7,2
	Relación social con familia o vecinos	6	4,3
	No sale de su domicilio, recibe visitas	11	7,9
	No sale, no recibe visitas	2	1,4
Apoyo Social	Red Con apoyo familiar o vecinal	131	94,2
	Voluntariado social, ayuda domiciliaria	2	1,4
	No tiene apoyo	4	2,9
	Pendiente de ingreso en residencia	2	1,4

Tabla 3: Datos obtenidos con el cuestionario de DUKE-UNC. Fase pre-test.

		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Recibe visitas	Mucho menos de lo que deseo	22	15,8
	Menos de lo que deseo	32	23,0
	Ni mucho ni poco	13	9,4
	Casi como deseo	19	13,7
	Tanto como deseo	53	38,1
Recibe ayuda en casa	Mucho menos de lo que deseo	37	26,6
	Menos de lo que deseo	18	12,9
	Ni mucho ni poco	5	3,6
	Casi como deseo	15	10,8
	Tanto como deseo	63	45,3
Recibe elogios y reconocimiento	Mucho menos de lo que deseo	4	2,9
	Menos de lo que deseo	2	1,4
	Ni mucho ni poco	28	20,1
	Casi como deseo	19	13,7
	Tanto como deseo	86	61,9
Cuenta con personas que se preocupan por lo que le ocurre	Mucho menos de lo que deseo	3	2,2
	Menos de lo que deseo	7	5,0
	Ni mucho ni poco	11	7,9
	Casi como deseo	22	15,8
	Tanto como deseo	96	69,1
Recibe amor y afecto	Mucho menos de lo que deseo	22	15,8
	Menos de lo que deseo	32	23,0
	Ni mucho ni poco	6	4,3
	Casi como deseo	25	18,0
	Tanto como deseo	54	38,8
Posibilidad de hablar con alguien de problemas en el trabajo	Mucho menos de lo que deseo	7	5,0
	Menos de lo que deseo	8	5,8
	Ni mucho ni poco	9	6,5
	Casi como deseo	18	12,9
	Tanto como deseo	97	69,8

Tabla 3: Datos obtenidos con el cuestionario de DUKE-UNC. Fase pre-test (continuación).

			Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Posibilidad de hablar con alguien de problemas personales		Mucho menos de lo que deseo	7	5,0
		Menos de lo que deseo	8	5,8
		Ni mucho ni poco	10	7,2
		Casi como deseo	20	14,4
		Tanto como deseo	94	67,6
Posibilidad de hablar con alguien de problemas económicos		Mucho menos de lo que deseo	8	5,8
		Menos de lo que deseo	7	5,0
		Ni mucho ni poco	10	7,2
		Casi como deseo	18	12,9
		Tanto como deseo	96	69,1
Recibe invitaciones para distraerse		Mucho menos de lo que deseo	17	12,2
		Menos de lo que deseo	23	16,5
		Ni mucho ni poco	20	14,4
		Casi como deseo	30	21,6
		Tanto como deseo	49	35,3
Recibe consejos útiles		Mucho menos de lo que deseo	5	3,6
		Menos de lo que deseo	4	2,9
		Ni mucho ni poco	19	13,7
		Casi como deseo	17	12,2
		Tanto como deseo	94	67,6
Recibe ayuda cuando está enfermo		Mucho menos de lo que deseo	5	3,6
		Menos de lo que deseo	4	2,9
		Ni mucho ni poco	3	2,2
		Casi como deseo	17	12,2
		Tanto como deseo	110	79,1

2. Fase post-test

En la fase post-test, la muestra fue de 95 participantes (68,3%). Algunas personas decidieron no participar en esta fase (28,1%), en otras ocasiones no se pudo contactar por teléfono (1,4%), no contestaban (1,4%) y en una ocasión (0,7%) la persona colgó el teléfono durante la encuesta. El 88,4% de los participantes eran mujeres y el 11,6% hombres (**Gráfico 19**), siendo la media de edad de 81,54 años (DS±7,39).

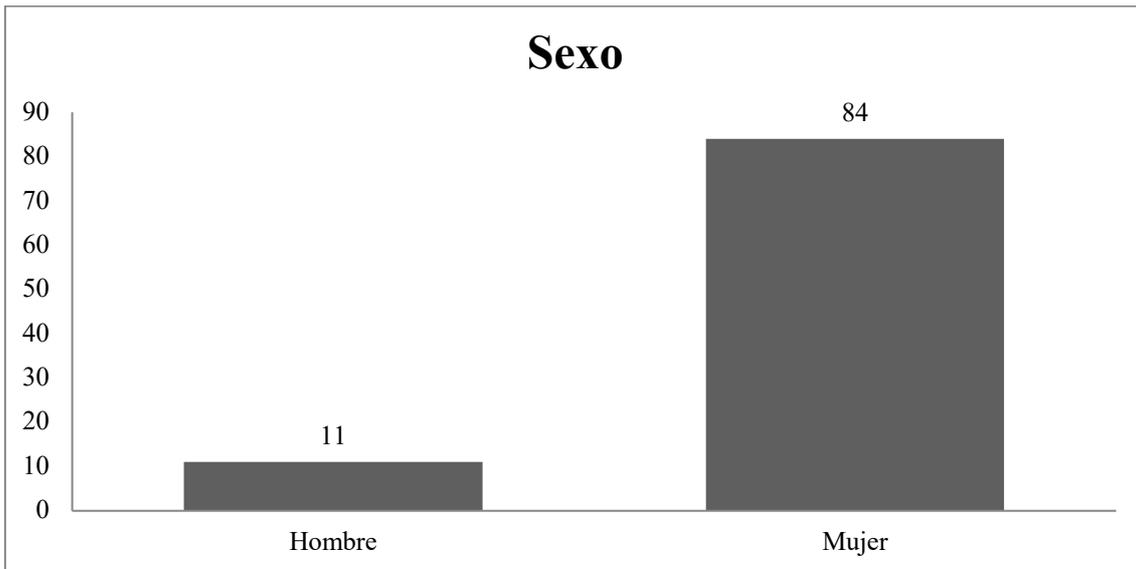


Gráfico 19: Distribución del sexo de los participantes. Fase post-test.

Con respecto al estado civil, el 76,8% de las personas mayores eran viudas (**Gráfico 20**).

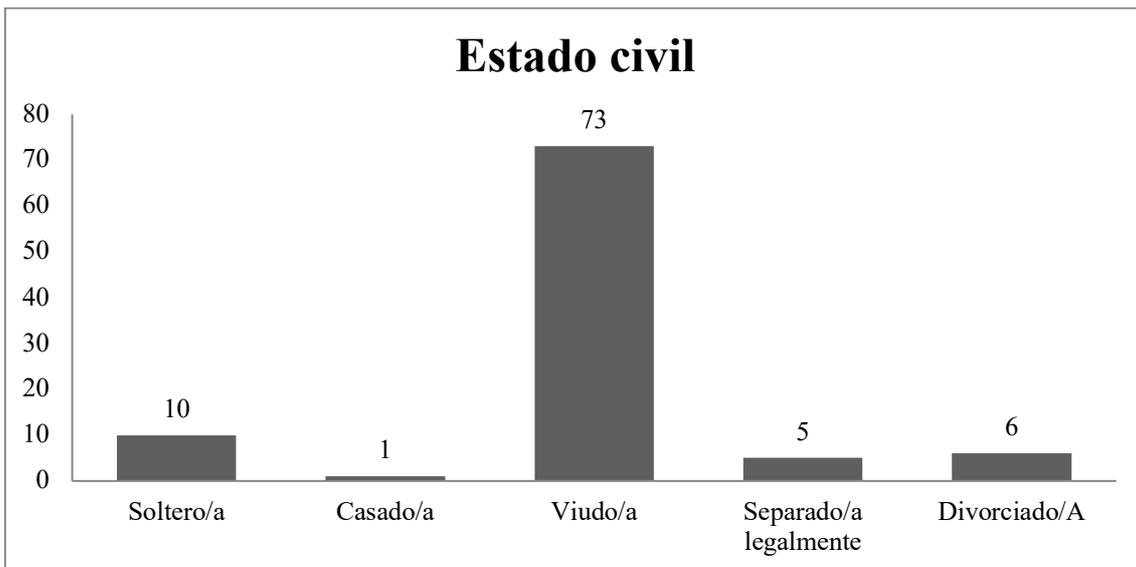


Gráfico 20: Estado civil de los participantes. Fase post-test.

Un mayor número de las personas estudiadas tiene educación primaria incompleta (33,7%), mientras que un 23,2% tiene educación primaria completa, y el 16,8% no sabe leer o escribir (**Gráfico 21**). El 64,9% pertenecen a clase social baja (**Gráfico 22**).

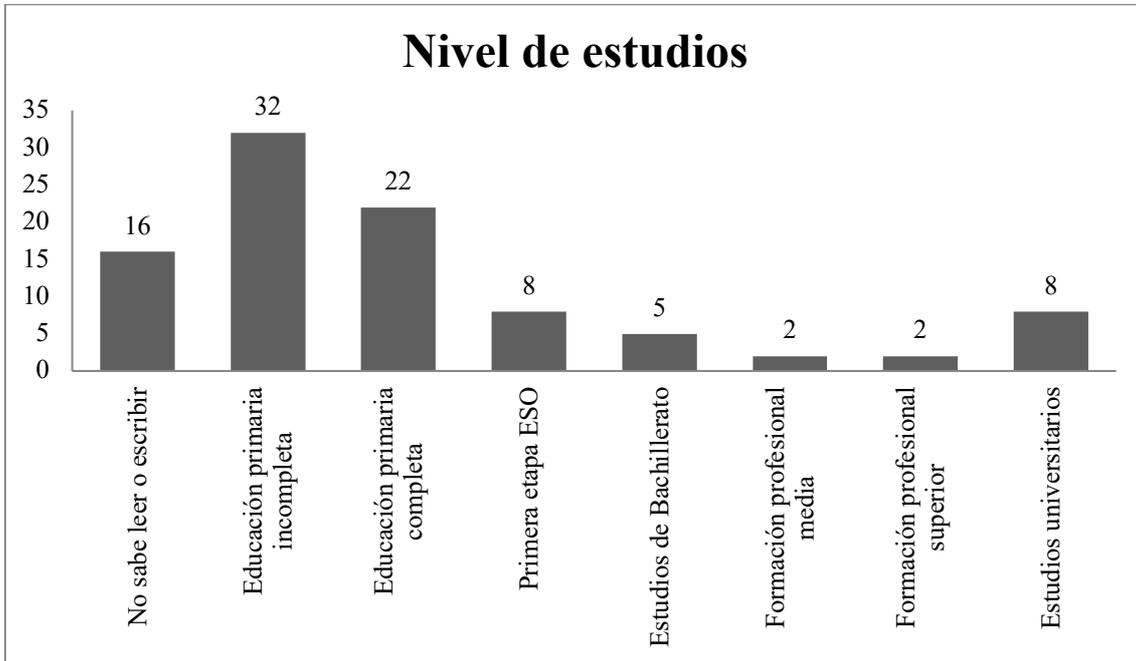


Gráfico 21: Nivel de estudios de los participantes. Fase post-test.

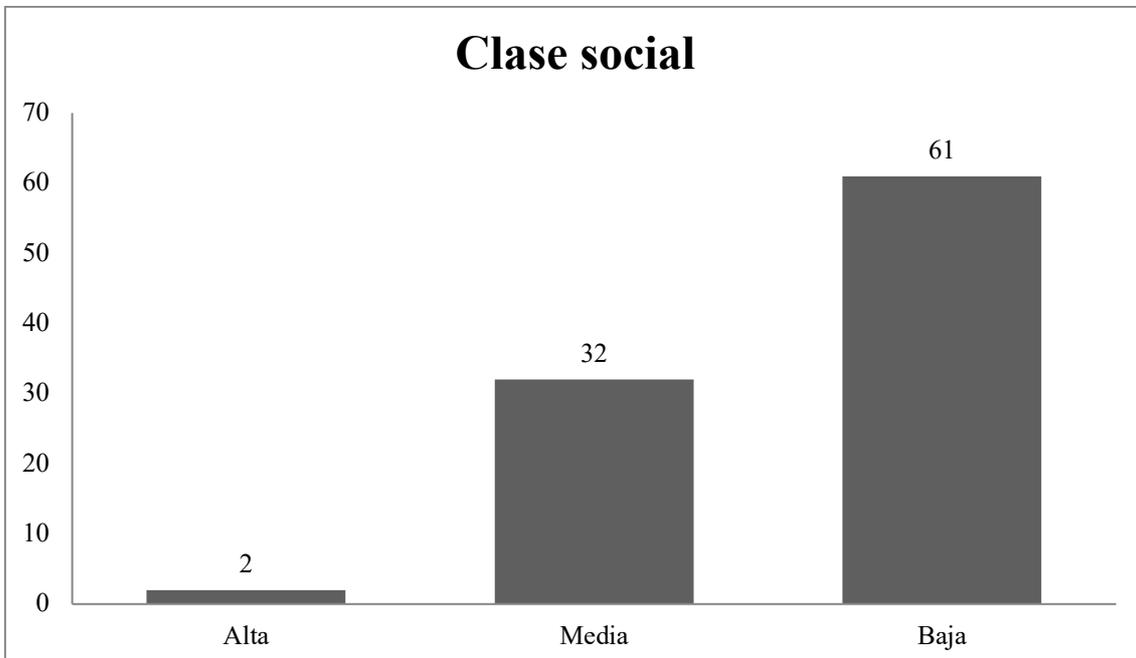


Gráfico 22: Clase social de los participantes. Fase post-test.

La mayoría de los participantes (76,8%) continúan viviendo solo en la fase post, mientras que en un 17,9% vive con sus hijos (**Gráfico 23**).

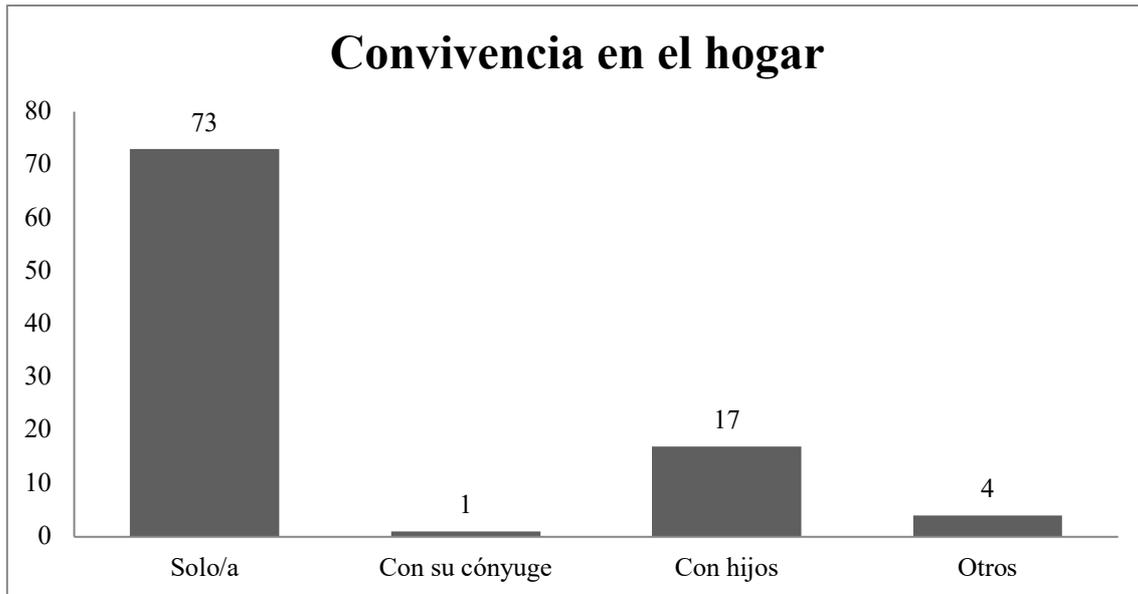


Gráfico 23: Convivencia en el hogar de los participantes. Fase post-test.

Los principales motivos por los que los mayores viven solos se deben en un 50,7% a la pérdida de algún familiar y en un 34,2% por decisión propia (**Gráfico 24**). El 82,2% lleva más de 5 años viviendo solo, y aquellos mayores que conviven con otro familiar en el 54,5% también lo llevan haciendo desde hace más de 5 años (**Gráfico 25**).

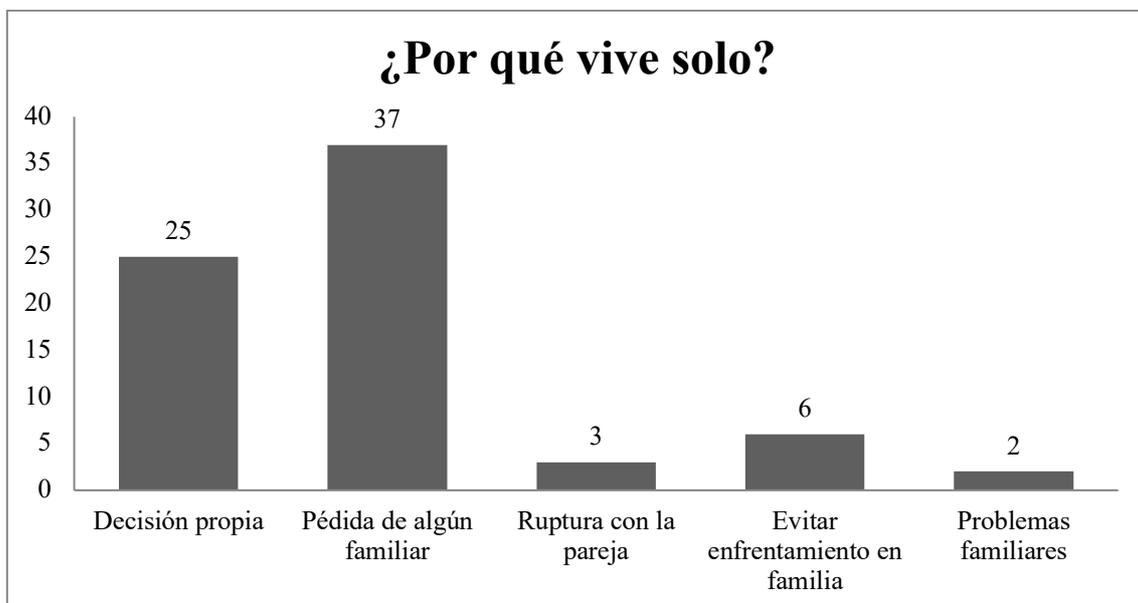


Gráfico 24: Motivo por el que viven solos los participantes. Fase post-test.

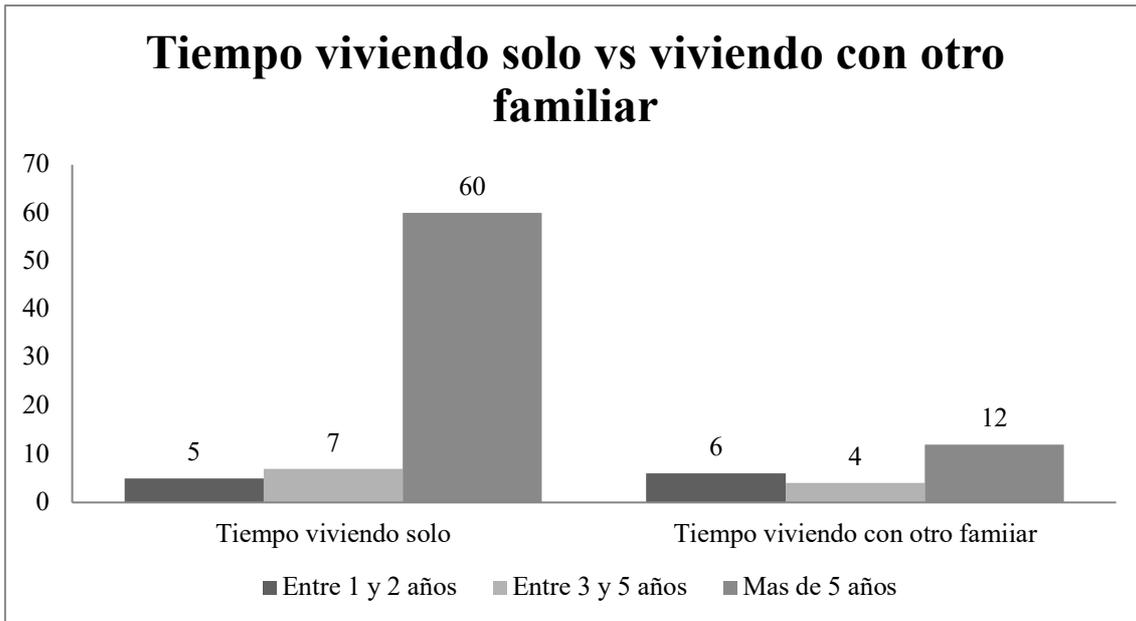


Gráfico 25: Tiempo que los participantes llevan viviendo solos o con otro familiar. Fase post-test.

La relación con la familia en la fase post-test fue en un 50% muy buena y en un 43,9% buena. En la relación con los vecinos el 48,4% manifestó tener una buena relación con éstos, y un 38,9% una relación muy buena (**Gráfico 26**).

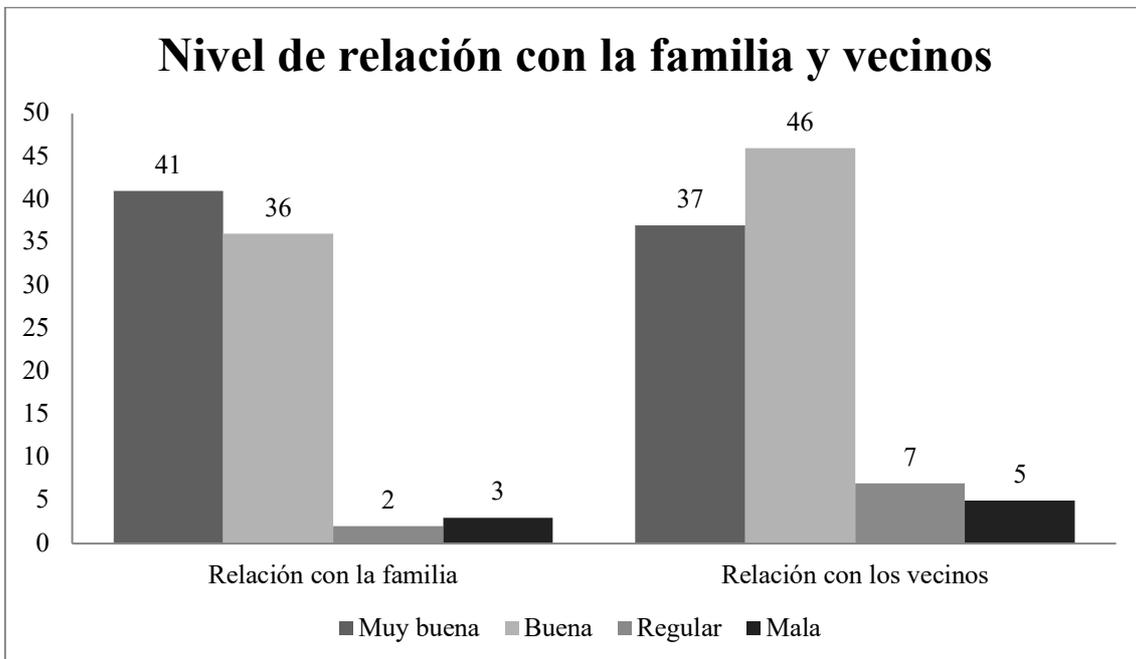


Gráfico 26: Nivel de relación de los participantes con la familia y con los vecinos. Fase post-test.

En relación con la ayuda en el domicilio en esta segunda fase, el 74,7% manifestó necesitar ayuda y un 25,3% que no la necesitaba; tan solo el 53,6% de los mayores disponían de ayuda en casa (**Gráfico 27**).

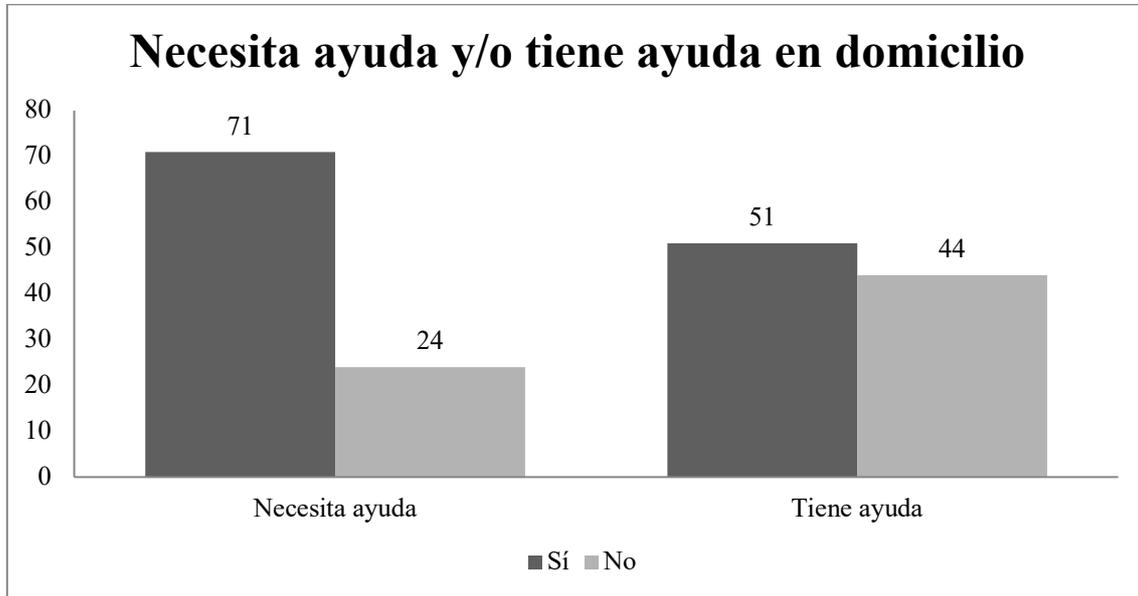


Gráfico 27: Número de participantes que necesitan ayuda en domicilio vs. aquellos que la tienen. Fase post-test.

Con respecto al uso del ordenador y el móvil, un 53,6% de los mayores no tenía ordenador y un 34,7% tiene móvil pero no sabe utilizarlo (**Gráfico 28**).

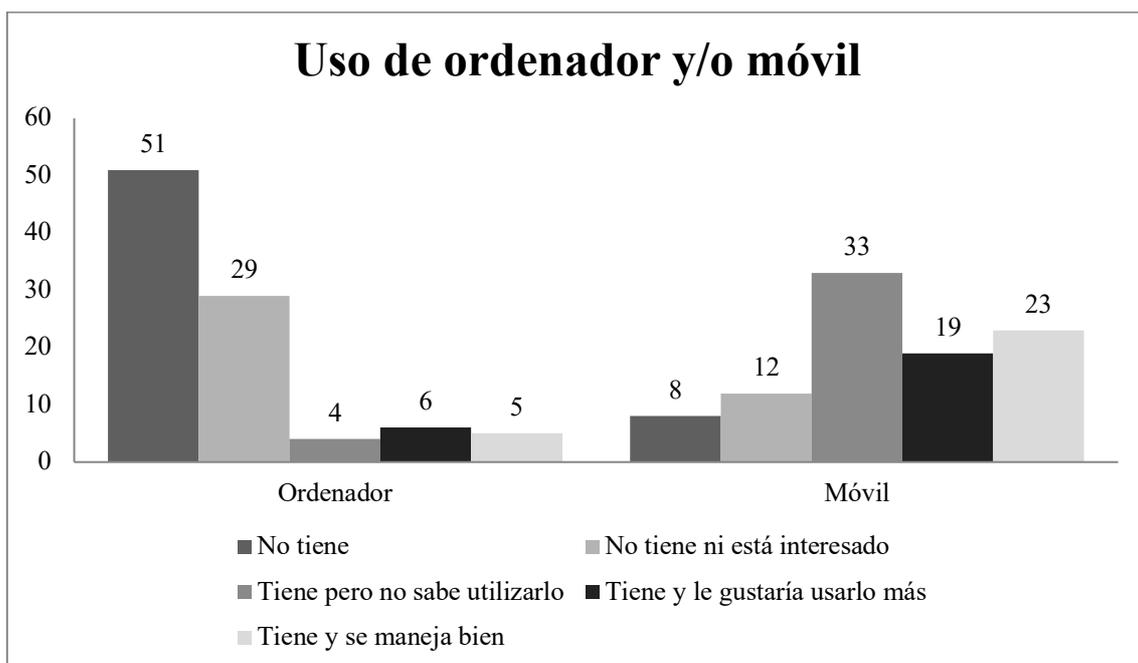


Gráfico 28: Uso del ordenador y/o móvil en los participantes. Fase post-test.

En relación con las redes sociales el 69,7% las conocía y un 79,2% de los mayores que las conocían disponía de alguna (**Gráfico 29**). La mayoría de los que tenían una red social utilizaban WhatsApp (97,6%); Facebook también era empleada en un alto porcentaje (59,5%).

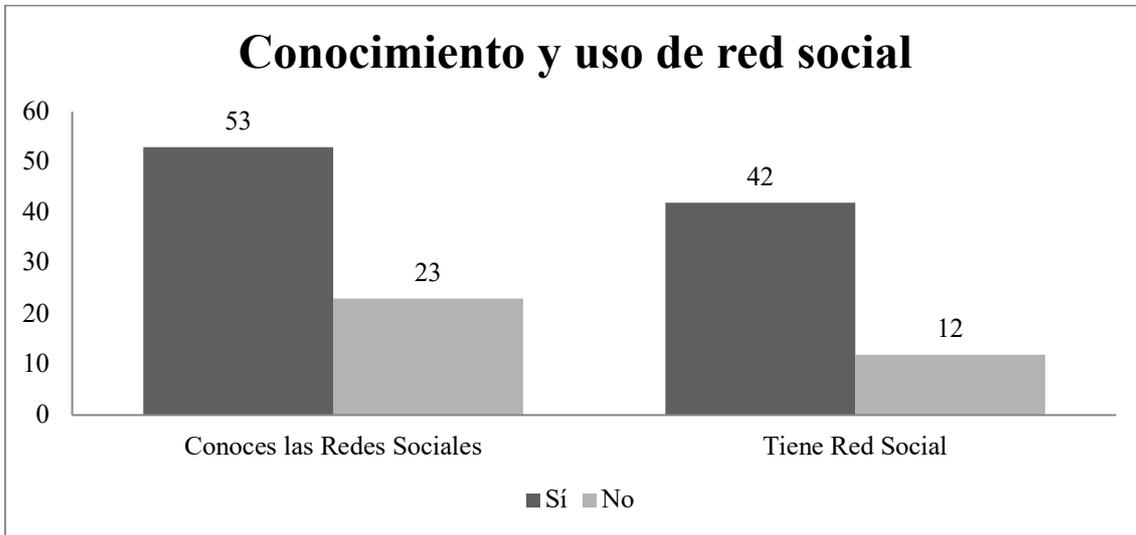


Gráfico 29: Conocimiento y uso de alguna red social por parte de los participantes. Fase post-test.

En la fase post-test los mayores valoraron su estado de salud en un 37,9% como bueno y un 31,5% regular (**Gráfico 30**).

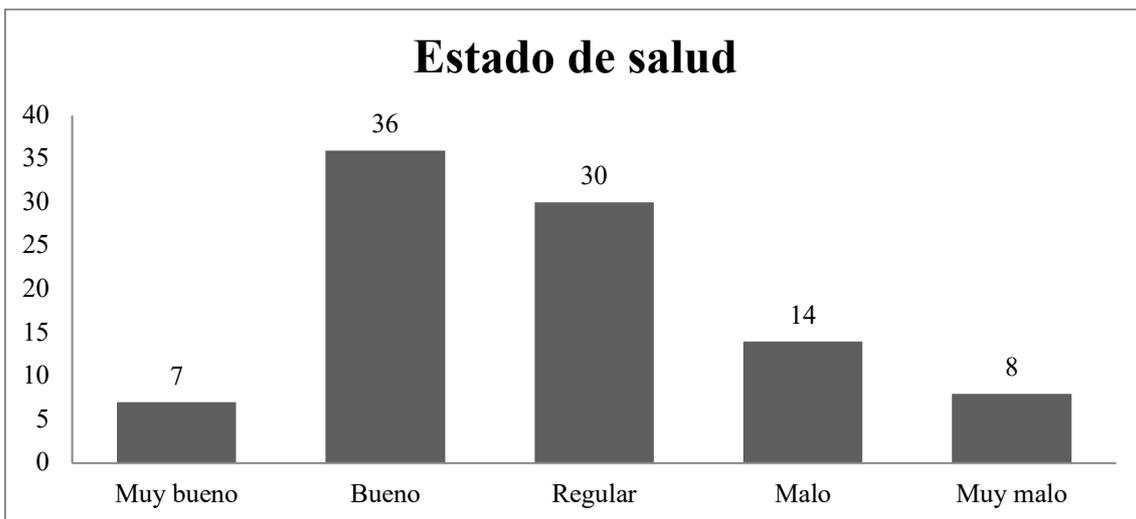


Gráfico 30: Estado de salud de los participantes. Fase post-test.

Los datos obtenidos con la escala de soledad UCLA (Russell DQ, 1996), quedan detallados en el **Gráfico 31** y en la **Tabla 4**.

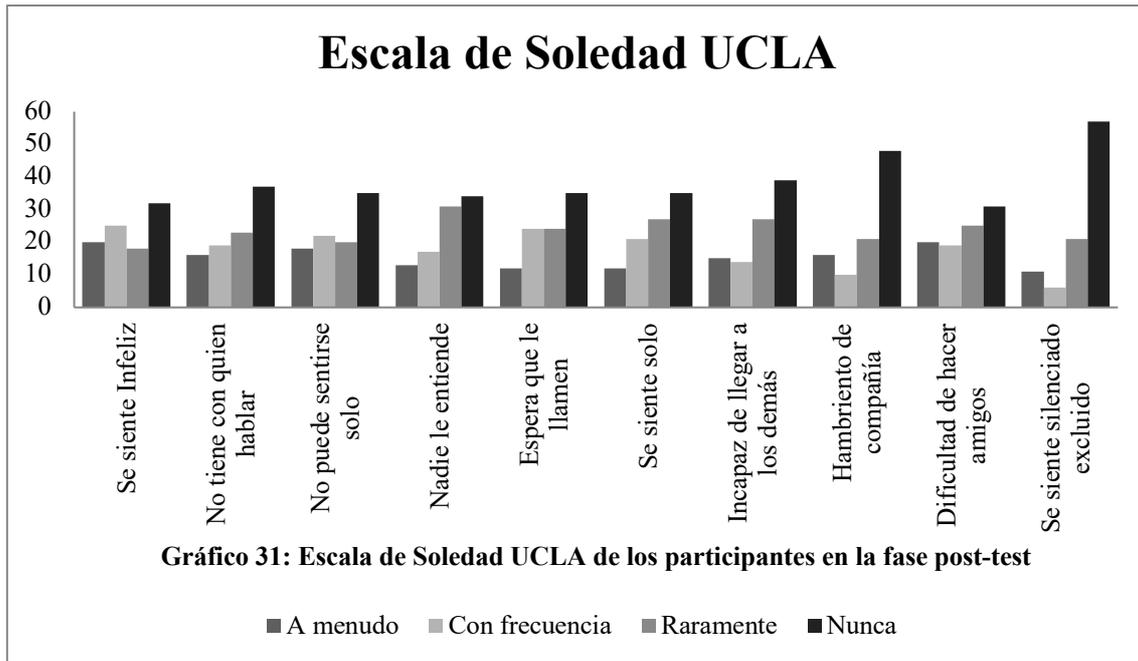


Gráfico 31: Escala de soledad UCLA de los participantes. Fase post-test.

Tabla 4. Datos obtenidos en la escala de soledad de UCLA. Fase post-test.

		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Con qué frecuencia se siente infeliz	A menudo	20	21,1
	Con frecuencia	25	26,3
	Raramente	18	18,9
	Nunca	32	33,7
Con qué frecuencia no tiene con quien hablar	A menudo	16	16,8
	Con frecuencia	19	20,0
	Raramente	23	24,2
	Nunca	37	38,9
Con qué frecuencia no puede sentirse solo	A menudo	18	18,9
	Con frecuencia	22	23,2
	Raramente	20	21,1
	Nunca	35	36,8
Con qué frecuencia nadie le entiende	A menudo	13	13,7
	Con frecuencia	17	17,9
	Raramente	31	32,6
	Nunca	34	35,8

Tabla 4. Datos obtenidos en la escala de soledad de UCLA. Fase post-test (continuación).

		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Con qué frecuencia espera que le llamen	A menudo	12	12,6
	Con frecuencia	24	25,3
	Raramente	24	25,3
	Nunca	35	36,8
Con qué frecuencia se siente solo	A menudo	12	12,6
	Con frecuencia	21	22,1
	Raramente	27	28,4
	Nunca	35	36,8
Con qué frecuencia es incapaz de llegar a los demás	A menudo	15	15,8
	Con frecuencia	14	14,7
	Raramente	27	28,4
	Nunca	39	41,1
Con qué frecuencia se siente hambriento de compañía	A menudo	16	16,8
	Con frecuencia	10	10,5
	Raramente	21	22,1
	Nunca	48	50,5
Con qué frecuencia tiene dificultad para hacer amigos	A menudo	20	21,1
	Con frecuencia	19	20,0
	Raramente	25	26,3
	Nunca	31	32,6
Con qué frecuencia se siente silenciado o excluido	A menudo	11	11,6
	Con frecuencia	6	6,3
	Raramente	21	22,1
	Nunca	57	60,0

Los datos obtenidos con la escala sociofamiliar de Gijón (García González et al., 1999) están recogidos en la **Tabla 5**, y los resultados relacionados con el Cuestionario de Duke (Bellón et al., 1996) se pueden observar en el **Gráfico 32** y la **Tabla 6**.

Tabla 5: Datos obtenidos en la escala sociofamiliar de Gijón. Fase post-test.

		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Situación familiar	Vive con familia sin dependencia	20	21,1
	Vive con cónyuge de similar edad	1	1,1
	Vive con cónyuge o familia y presenta dependencia	2	2,1
	Vive solo y tiene hijos próximos	44	46,3
	Vive solo y carece de hijos o viven alejados	28	29,5
Situación económica	Más de 1,5 veces el salario mínimo	1	1,1
	Desde 1,5 veces hasta el salario mínimo	28	29,5
	Desde el salario mínimo hasta pensión contributiva	60	63,2
	Pensión no contributiva	6	6,3
Vivienda	Adecuada a las necesidades	52	54,7
	Con barreras arquitectónicas	29	30,5
	Humedades, mala higiene	2	2,1
	Sin ascensor, sin teléfono	12	12,6
Relaciones Sociales	Relaciones sociales	67	70,5
	Relación social con familia y vecinos	7	7,4
	Relación social con familia o vecinos	5	5,3
	No sale de su domicilio, recibe visitas	14	14,7
	No sale, no recibe visitas	2	2,1
Apoyo Red Social	Con apoyo familiar o vecinal	83	87,4
	Voluntariado social, ayuda domiciliaria	8	8,4
	No tiene apoyo	4	4,2
	Pendiente de ingreso en residencia		

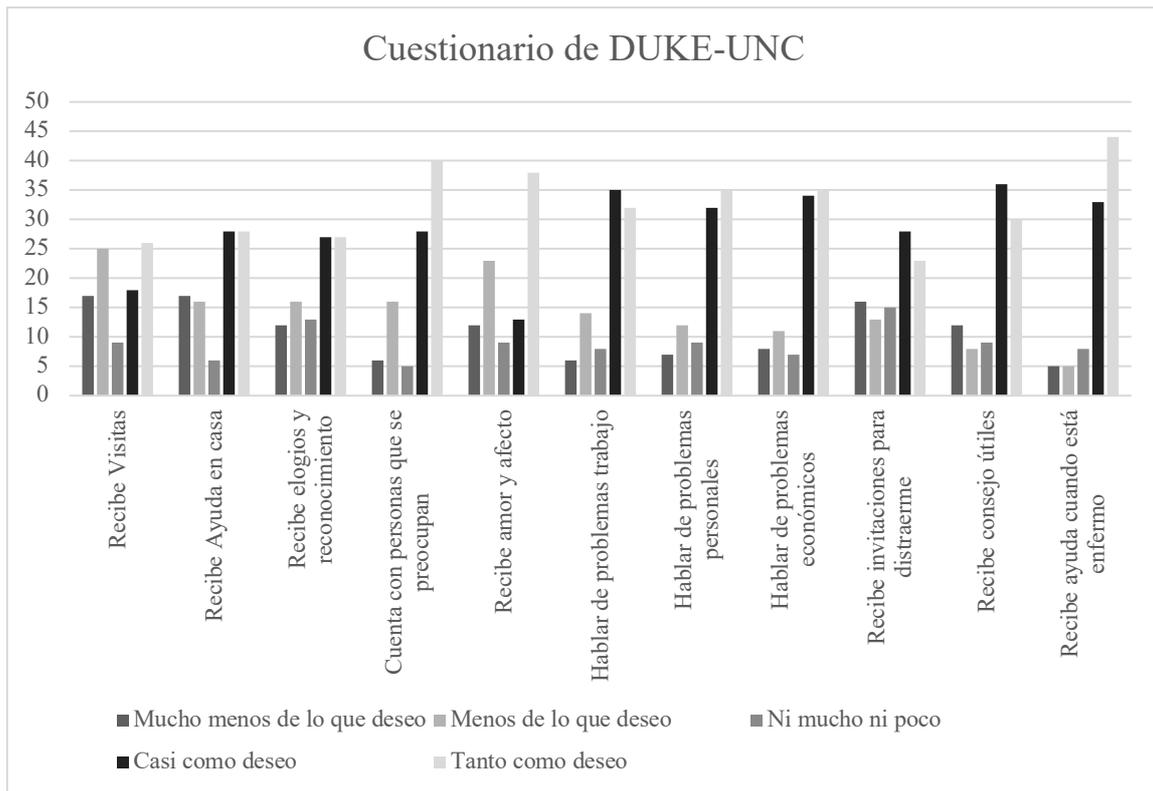


Gráfico 32: Cuestionario de DUKE-UNK de los participantes. Fase post-test.

Tabla 6: Datos obtenidos con el cuestionario de DUKE-UNC. Fase post-test

		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Recibe visitas	Mucho menos de lo que deseo	17	17,9
	Menos de lo que deseo	25	26,3
	Ni mucho ni poco	9	9,5
	Casi como deseo	18	18,9
	Tanto como deseo	26	27,4
Recibe ayuda en casa	Mucho menos de lo que deseo	17	17,9
	Menos de lo que deseo	16	16,8
	Ni mucho ni poco	6	6,3
	Casi como deseo	28	29,5
	Tanto como deseo	28	29,5
Recibe elogios y reconocimiento	Mucho menos de lo que deseo	12	12,6
	Menos de lo que deseo	16	16,8
	Ni mucho ni poco	13	13,7
	Casi como deseo	27	28,4
	Tanto como deseo	27	28,4

Tabla 6: Datos obtenidos con el cuestionario de DUKE-UNC. Fase post-test (continuación)

		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Cuenta con personas que se preocupan por lo que le ocurre	Mucho menos de lo que deseo	6	6,3
	Menos de lo que deseo	16	16,8
	Ni mucho ni poco	5	5,3
	Casi como deseo	28	29,5
	Tanto como deseo	40	42,1
Recibe amor y afecto	Mucho menos de lo que deseo	12	12,6
	Menos de lo que deseo	23	24,2
	Ni mucho ni poco	9	9,5
	Casi como deseo	13	13,7
	Tanto como deseo	38	40,0
Posibilidad de hablar con alguien de problemas en el trabajo	Mucho menos de lo que deseo	6	6,3
	Menos de lo que deseo	14	14,7
	Ni mucho ni poco	8	8,4
	Casi como deseo	35	36,8
	Tanto como deseo	32	33,7
Posibilidad de hablar con alguien de problemas personales	Mucho menos de lo que deseo	7	7,4
	Menos de lo que deseo	12	12,6
	Ni mucho ni poco	9	9,5
	Casi como deseo	32	33,7
	Tanto como deseo	35	36,8
Posibilidad de hablar con alguien de problemas económicos	Mucho menos de lo que deseo	8	8,4
	Menos de lo que deseo	11	11,6
	Ni mucho ni poco	7	7,4
	Casi como deseo	34	35,8
	Tanto como deseo	35	36,8
Recibe invitaciones para distraerse	Mucho menos de lo que deseo	16	16,8
	Menos de lo que deseo	13	13,7
	Ni mucho ni poco	15	15,8
	Casi como deseo	28	29,5
	Tanto como deseo	23	24,2

Tabla 6: Datos obtenidos con el cuestionario de DUKE-UNC. Fase post-test (continuación)

		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Recibe consejos útiles	Mucho menos de lo que deseo	12	12,6
	Menos de lo que deseo	8	8,4
	Ni mucho ni poco	9	9,5
	Casi como deseo	36	37,9
	Tanto como deseo	30	31,6
Recibe ayuda cuando está enfermo	Mucho menos de lo que deseo	5	5,3
	Menos de lo que deseo	5	5,3
	Ni mucho ni poco	8	8,4
	Casi como deseo	33	34,7
	Tanto como deseo	44	46,3

La fase post-test coincidió con la declaración por parte de la OMS de una emergencia de salud pública, la pandemia COVID-19, durante esta etapa los dispositivos móviles han supuesto para algunas familias la única forma de comunicación con sus mayores, sin embargo, no todos han tenido acceso a videoconferencias. En el presente estudio, solo el 39,1% sí tuvo acceso, y el 59,8% no pudo disfrutar de videollamadas (**Gráfico 33**).

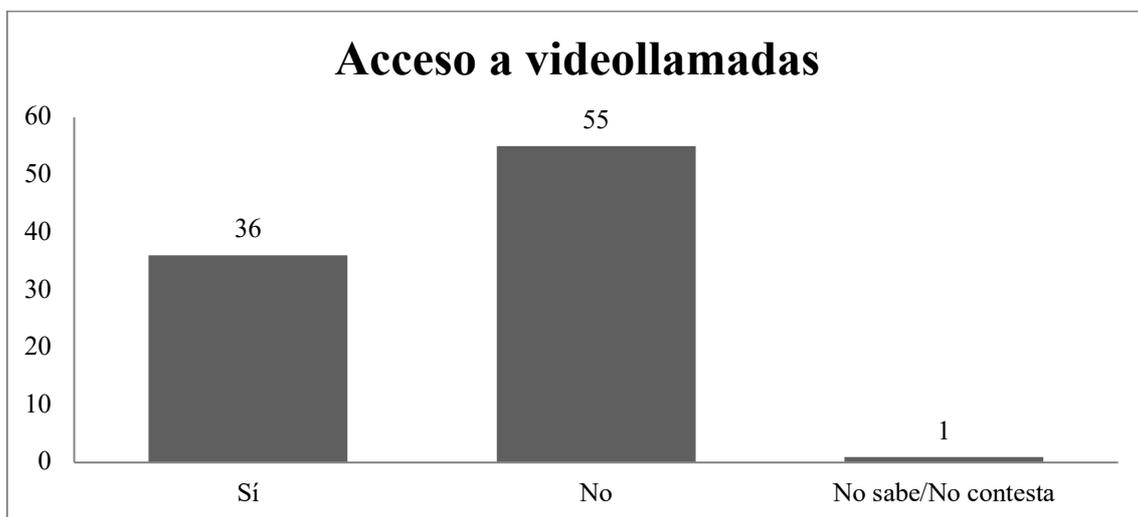


Gráfico 33: Acceso a videollamadas de los participantes. Fase post-test.

Además, se les preguntó a los mayores sobre la importancia de los dispositivos, el 35,9% manifestó que eran muy importantes, un 25,0% ni mucha ni poca importancia, un 20,7% no contestó y un 25% que son poco importantes (Gráfico 34).

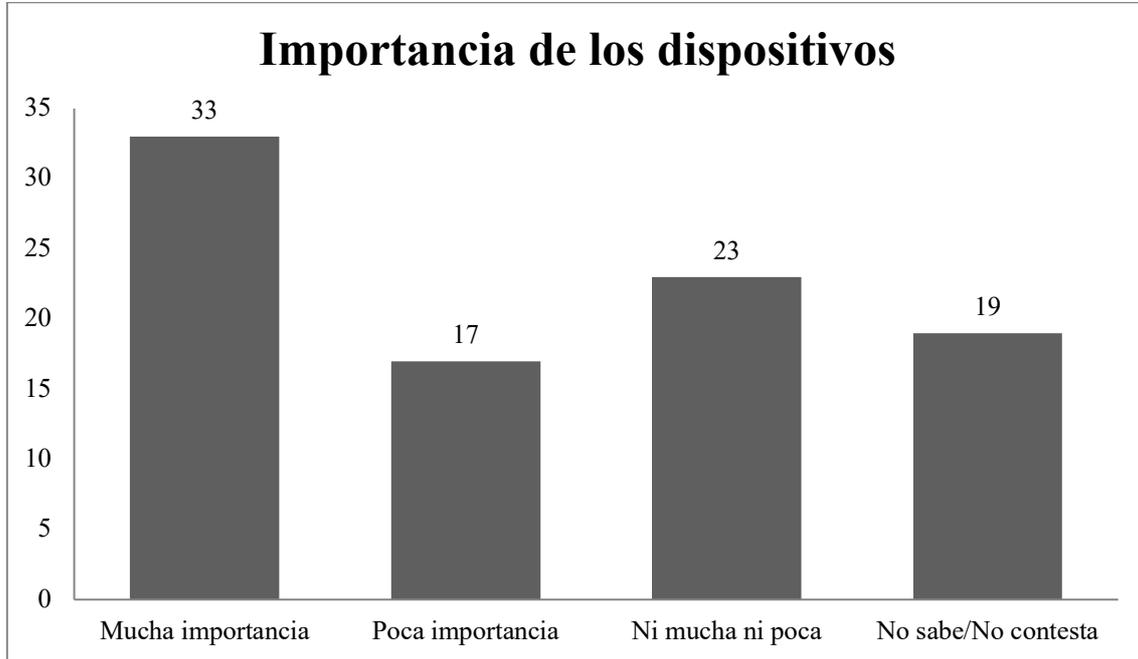


Gráfico 34: Importancia de los dispositivos para los participantes. Fase post-test.

3. Análisis comparativo

En la **Tabla 7** se muestran las características sociodemográficas y estado de salud de los participantes en la fase pre-test como los que realizaron la intervención y participaron en la fase post-test.

Tabla 7: Comparativa de las características sociodemográficas y estado de salud de los participantes del estudio en ambas fases.

Características sociodemográficas	Pre-test (N=139) n (%)	Post-test (N=95) n (%)
Sexo		
Hombre	18 (12,9)	11 (11,6)
Mujer	121 (87,1)	84 (88,4)
Estado civil		
Soltero/a	12 (8,6)	10 (10,5)
Casado/a	15 (10,8)	1 (1,1)
Viudo/a	99 (72,2)	73 (76,8)
Separado/a legalmente	6 (4,3)	5 (5,3)
Divorciado/a	7 (5)	6 (6,3)

Tabla 7: Comparativa de las características sociodemográficas y estado de salud de los participantes del estudio en ambas fases (continuación).

Características sociodemográficas	Pre-test (N=139) n (%)	Post-test (N=95) n (%)
Reciben teleasistencia		
Si	61 (43,9)	62 (65,3)
No	19 (13,7)	33 (34,7)
No sabe/no contesta	59 (42,4)	0
Nivel de estudios		
No sabe leer o escribir	21 (15,2)	16 (16,8)
Educación primaria incompleta	48 (34,8)	32 (33,7)
Educación primaria completa	36 (26,1)	22 (23,2)
Primera etapa ESO	8 (5,8)	8 (8,4)
Bachiller	7 (5,1)	5 (5,3)
Formación profesional medio	3 (2,2)	2 (2,1)
Formación profesional superior	2 (1,4)	2 (2,1)
Estudios Universitarios	13 (9,4)	8 (8,4)
Clase social		
Alta	7 (5)	2 (2,1)
Media	46 (33,1)	32 (33,7)
Baja	86 (61,9)	61 (64,2)
Convivencia		
Solo/a	96 (69,6)	73 (76,8)
Con cónyuge	12 (8,7)	1 (1,1)
Con pareja de hecho	2 (1,4)	0
En pareja	1 (0,7)	0
Con hijos	16 (11,6)	17 (17,9)
Otros	11 (8)	4 (4,2)
Razón por la que vive solo/a		
Decisión propia	30 (31,6)	25 (26,3)
Pérdida de algún familiar	52 (54,7)	37 (38,9)
Ruptura con la pareja	4 (4,2)	3 (3,2)
Evitar enfrentamiento en familia	3 (3,1)	6 (6,3)
Problemas familiares	2 (2,1)	2 (2,1)
Otros	4 (4,2)	
Relación con la familia		
Muy buena	72 (51,8)	41 (43,2)
Buena	50 (36)	36 (37,9)
Regular	11 (7,9)	13 (13,7)
Mala	3 (2,2)	2 (2,1)
Muy mala	3 (2,2)	3 (3,2)
Relación con los vecinos		
Muy buena	65 (46,8)	37 (38,9)
Buena	52 (37,4)	46 (48,4)
Regular	16 (11,5)	7 (7,4)
Mala	4 (2,9)	5 (5,3)
Muy mala	2 (1,4)	0
Necesita ayuda en el domicilio		
Si	103 (74,6)	71 (74,7)
No	35 (25,4)	24 (25,3)

Tabla 7: Comparativa de las características sociodemográficas y estado de salud de los participantes del estudio en ambas fases (continuación).

Características sociodemográficas	Pre-test (N=139) n (%)	Post-test (N=95) n (%)
Tiene ayuda en el domicilio		
Si	62 (44,9)	51 (53,7)
No	76 (55,1)	44 (46,3)
Estado de salud		
Muy bueno	14 (10,1)	7 (7,4)
Bueno	46 (33,1)	36 (37,9)
Regular	45 (32,4)	30 (31,6)
Malo	17 (12,2)	14 (14,7)
Muy malo	17 (12,2)	8 (8,4)
	m (DE)	
Edad	80,69 (\pm 7,57)	81,54 (\pm 7,39)
Número de hijos	3,06 (\pm 2,07)	2,81 (\pm 2,25)

Abreviaturas: N: muestra; n: frecuencia absoluta; %: porcentaje; m: media; DE: desviación estándar.

Respecto al uso de dispositivos electrónicos y redes sociales (**Tabla 8**), para aquellos que completaron ambas fases, en la fase pre-test el 64,2% no tenía ordenador ni estaba interesado y el 38% tenía móvil pero no sabía utilizarlo. En la fase post-test el 53,7% no tenía ordenador y el 34,7% tenía móvil pero no sabía utilizarlo. El 44,2% tenía alguna red social, siendo la más frecuente WhatsApp.

Tabla 8: Uso de dispositivos electrónicos y redes sociales en los participantes que completaron ambas fases (N=95).

	Pre-test n (%)	Post-test n (%)	p
Uso de ordenador			
No tiene	16 (16,8)	51 (53,7)	
No tiene ni está interesado	61 (64,2)	29 (30,5)	
Tiene pero no tiene tiempo de usarlo	1 (1,1)	0 (0)	<0,001
Tiene pero no sabe usarlo	4 (4,2)	4 (4,2)	
Tiene y le gustaría usarlo más	8 (8,4)	6 (6,3)	
Tiene y lo maneja bien	4 (4,2)	5 (5,3)	
Tiene pero le aburre	1 (1,1)		
Uso de teléfono móvil			
No tiene	4 (4,2)	8 (8,4)	
No tiene ni está interesado	7 (7,4)	12 (12,6)	
Tiene pero no tiene tiempo de usarlo	1 (1,1)	0 (0)	<0,001
Tiene pero no sabe usarlo	38 (40)	33 (34,7)	
Tiene y le gustaría usarlo más	20 (21,1)	19 (20)	
Tiene y lo maneja bien	25 (26,3)	23 (24,2)	

Abreviaturas: N: muestra; n: frecuencia absoluta; %: porcentaje; m: media; DE: desviación estándar.

Tabla 8: Uso de dispositivos electrónicos y redes sociales en los participantes que completaron ambas fases (N=95) (continuación).

	Pre-test n (%)	Post-test n (%)	P
Conoce las redes sociales			
Si	46 (48,4)	53 (69,7)	0,006
No	48 (50,5)	23 (30,3)	
No sabe/no contesta	1 (1,1)		
Tiene alguna red social			
Si	36 (38,3)	42 (79,2)	<0,001
No	58 (61,7)	12 (20,8)	
Tiene Facebook			
Si	16 (44,4)	25 (59,5)	0,005
No	16 (44,4)	16 (38,1)	
No sabe/ no contesta	4 (11,2)	1 (2,4)	
Tiene Instagram			
Si	2 (5,5)	2 (4,8)	0,14
No	30 (83,3)	39 (92,8)	
No sabe/ no contesta	4 (11,2)	1 (2,4)	
Tiene WhatsApp			
Si	31 (86,1)	41 (97,6)	<0,001
No	1 (2,7)	0 (0)	
No sabe/ no contesta	4 (11,2)	1 (2,4)	
Tiene Twitter			
Si	3 (8,3)	1 (2,4)	0,107
No	29 (80,5)	40 (95,2)	
No sabe/ no contesta	4 (11,2)	1 (2,4)	
Tiene Youtube			
Si	2 (5,5)	9 (21,4)	0,179
No	30 (83,3)	32 (76,2)	
No sabe/ no contesta	4 (11,2)	1 (2,4)	
Tiene Pinterest			
Si	1 (2,7)	0 (0)	<0,001
No	31 (86,1)	41 (97,6)	
No sabe/ no contesta	4 (11,2)	1 (2,4)	

Respecto a la puntuación de las diferentes escalas, en la **Tabla 9** se muestran los cambios significativos que se han producido de la fase pre-test a la fase post-test.

Tabla 9. Soledad, valoración sociofamiliar y apoyo percibido en los participantes de ambas fases (N=95).

	Pre-test n (%)	Post-test n (%)	p
Soledad			<0,001
No soledad	46 (48,4)	50 (52,6)	
Grado moderado de soledad	38 (40)	26 (27,4)	
Grado severo de soledad	11 (11,6)	19 (20)	
Valoración sociofamiliar			<0,001
Normal	24 (25,3)	27 (28,4)	
Riesgo social intermedio	69 (72,6)	65 (68,4)	
Problemática social	2 (2,1)	3 (3,2)	
Apoyo Social Percibido			<0,001
Normal	79 (83,2)	67 (70,5)	
Bajo	15 (15,8)	28 (29,5)	
	m (DE)	m (DE)	P
Soledad	30,14 (\pm 7,55)	28,95 (\pm 9,16)	<0,001
Valoración sociofamiliar	10,87 (\pm 2,47)	10,96 (\pm 2,65)	<0,001
Apoyo Social Percibido	43,19 (\pm 10,88)	39,58 (\pm 12,84)	<0,001

Abreviaturas: N: muestra; n: frecuencia absoluta; %: porcentaje; m: media; DE: desviación estándar.

En la escala de soledad UCLA fue codificada en 3 categorías: (i) grado severo de soledad con una puntuación inferior a 20; (ii) grado moderado de soledad entre 20-30; y (iii) no presencia de soledad con puntuaciones superiores a 30.

Los resultados de esta escala en ambas fases (pre- y post-test) se reflejan en el **Gráfico 35**, donde se puede observar como la muestra del estudio manifiesta no tener soledad en ambas fases.

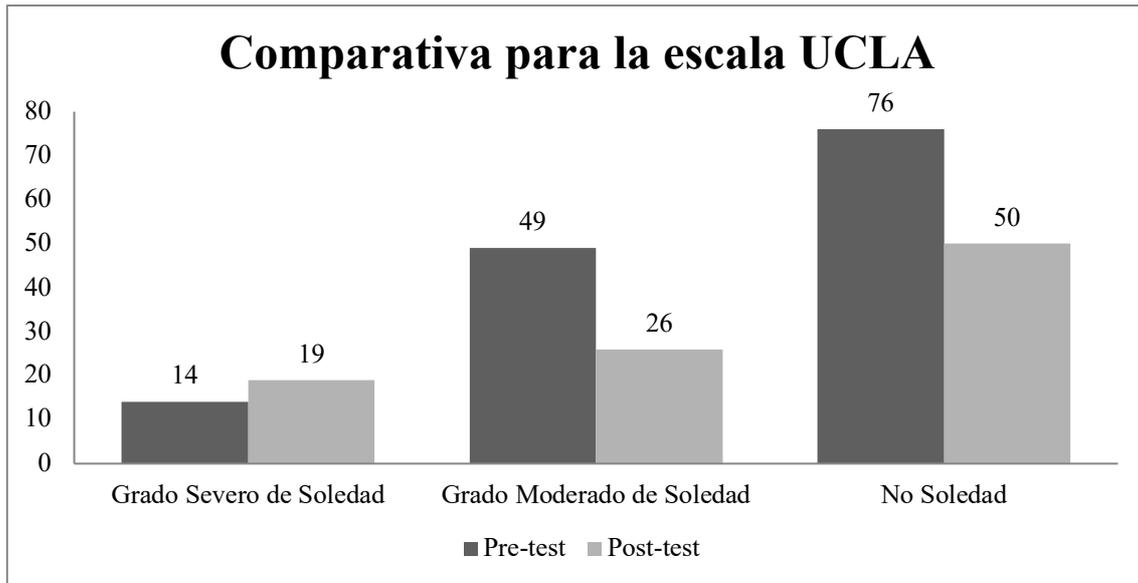


Gráfico 35: Comparativa de la escala UCLA en los participantes del estudio.

Los puntos de corte de la escala socio-familiar de Gijón fueron: (i) puntuación entre 5-9 buena/aceptable situación social; (ii) entre 10-14 riesgo social; y (iii) más de 15 presencia de un problema social.

El gráfico de la comparativa entre el pre y post-test es similar, habiendo un riesgo social intermedio en ambas fases, lo que se refleja en el **Gráfico 36**.

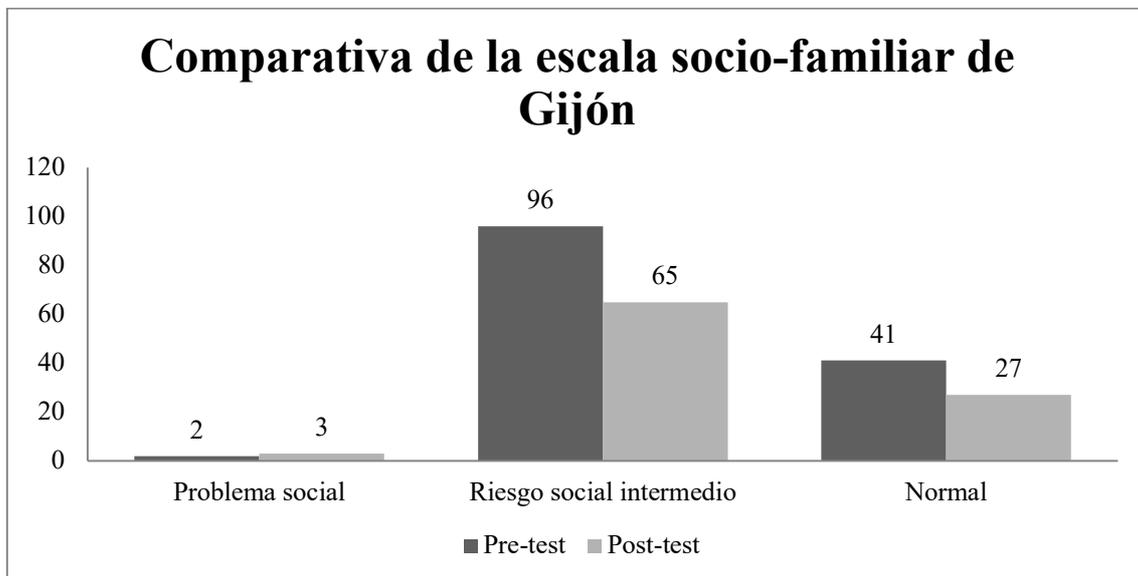


Gráfico 36: Comparativa de la escala socio-familiar de Gijón de los participantes del estudio.

Los mayores con un resultado superior o igual a 32 en la escala de DUKE, tenían un apoyo normal y aquellos con una puntuación inferior a 32 el apoyo social percibido era

bajo. En el **Gráfico 37** se recoge la comparación de los resultados de este cuestionario en ambas fases, donde los mayores manifiestan en la mayor parte de los casos un apoyo social adecuado.

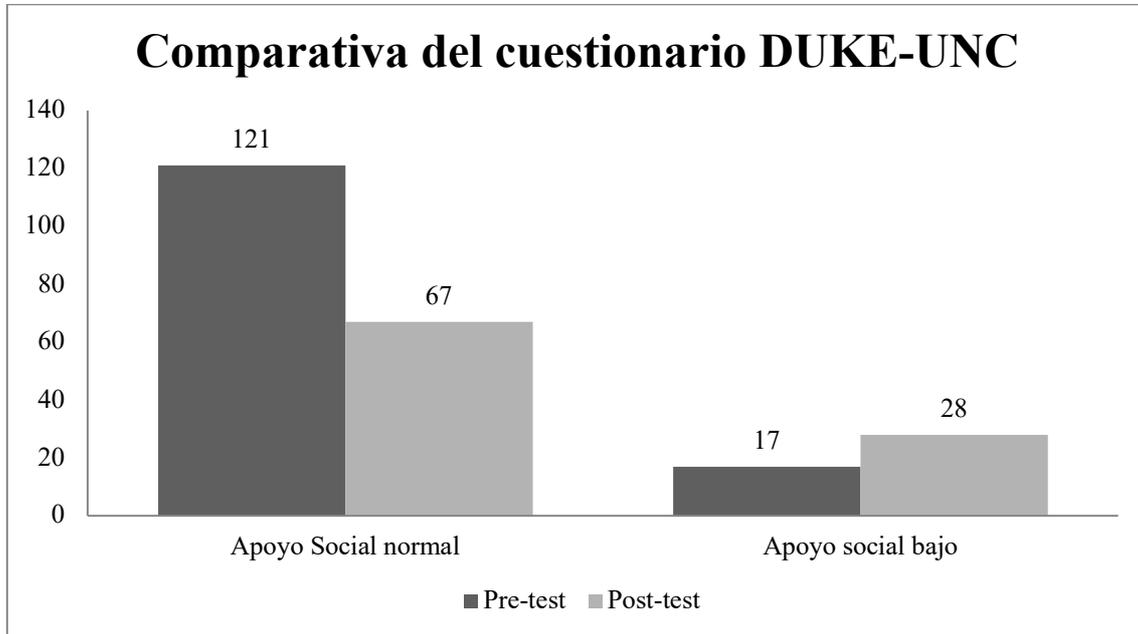


Gráfico 37: *Comparativa del cuestionario DUKE-UNC de los participantes del estudio.*

Como se muestra en la **Tabla 9**, hay una disminución en la puntuación en la escala de soledad UCLA y cuestionario DUKE de la fase pre-test al post-test y un aumento de la puntuación de la escala de valoración sociofamiliar de Gijón.

Con respecto a la escala UCLA, en la fase pre-test se encontró que existe correlación entre el grado de soledad de los mayores y el nivel de estudios ($r=0,231$; $p=0,006$), el estado de salud ($r=-0,495$; $p<0,001$) y la clase social ($r=-0,297$; $p<0,001$). Una buena formación académica, un buen estado de salud y pertenecer a una clase social alta resultaron ser factores protectores frente a la soledad en la primera etapa (pre-test) del estudio. Sin embargo, en la fase post-test tan solo se encontró correlación entre el grado de soledad de los mayores y el estado de salud ($r=-0,306$; $p=0,003$), de manera que tan solo una buena salud protegía frente a la soledad.

La escala socio-familiar de Gijón permite detectar las situaciones de riesgo o problemática social, en la fase pre-test se encontró relación entre el nivel de estudios ($r=-0,302$; $p<0,001$) y el estado de salud ($r=0,182$; $p=0,032$), de manera que a mayor nivel de estudios y mejor estado de salud mayor factor protector frente al riesgo social.

En la fase post-test tan solo se encontró relación con la clase social ($r=0,272$; $p=0,008$), de manera que pertenecer a una clase social alta actúa como factor protector frente al riesgo social.

El apoyo social percibido valorado a través del cuestionario de DUKE-UNC, encontró relación lineal en la fase pre-test, con el estado civil ($r=-0,210$; $p=0,013$), el nivel de estudios ($r=0,177$; $p=0,039$), la clase social ($r=-0,348$; $p<0,001$) y el estado de salud ($r=-0,447$; $p<0,001$). Estar casado, tener un adecuado nivel de estudios, una clase social alta y un buen estado de salud aparecen como factores protectores frente al bajo apoyo social.

En la fase post-test, se correlacionó únicamente con el estado de salud ($r=-0,231$; $p=0,024$), de manera que a mejor estado de mejores niveles de apoyo social.

Se establecieron modelos de regresión lineal para asociar las distintas escalas aplicadas a la población del estudio con otras variables sociofamiliares estudiadas (*Tabla 10, 11 y 12*).

Tabla 10: Factores asociados al nivel de soledad de los participantes en las fases pre y post intervención.

VARIABLES. Fase pre-test	OR	p-valor	IC 95%
Nivel de estudios	0,089	0,054	-0,016, 2,024
Tener ayuda en domicilio	0,117	0,009	0,435, 2,979
Estado de salud en el último año	-0,104	0,041	-1,280, -0,028
Cuestionario de DUKE	0,807	<0,001	0,501, 0,635
VARIABLES. Fase post-test	OR	p-valor	IC 95%
Clase social	-0,120	0,046	-4,106, -0,042
Vive solo	0,121	0,074	-0,257, 5,480
Estado de salud en el último año	-0,084	0,143	-1,690, 0,247
Escala sociofamiliar de Gijón	0,173	0,028	0,067, 1,129
Cuestionario de DUKE	0,869	<0,001	0,531, 0,713

Abreviaturas: OR: Odds Ratio; p-valor: valor de significación; IC 95%: Intervalo de confianza al 95%

Se obtuvieron dos modelos de regresión lineal que asociaban el nivel de soledad obtenido mediante el cuestionario de UCLA (*Tabla 10*). En la fase pre-test se asoció la presencia de soledad con tener ayuda en domicilio, un peor estado de salud en el último año y bajo apoyo social percibido; mientras que en la fase post-test se asoció con una clase social baja, menor nivel sociofamiliar y de apoyo social percibido

Tabla 11: Factores asociados al nivel sociofamiliar de los participantes en las fases pre y post intervención.

VARIABLES. Fase pre-test	OR	p-valor	IC 95%
Edad	-0,131	0,052	-0,787, 0,004
Nivel de estudios	-0,153	0,038	-1,122, -0,033
Clase social	0,225	0,002	0,337, 1,521
Vive solo	-0,332	<0,001	-2,441, -1,078
Conoce las redes sociales	0,097	0,138	-0,095, 0,679
Estado de salud en el último año	-0,141	0,049	-0,594, -0,001
Cuestionario DUKE	-0,424	<0,001	-0,133, -0,066

Tabla 11: Factores asociados al nivel sociofamiliar de los participantes en las fases pre y post intervención (continuación).

VARIABLES. Fase post-test	OR	p-valor	IC 95%
Clase social	0,341	<0,001	0,990, 2,2425
Vive solo	-0,496	<0,001	-3,995, -2,210
Relación con vecino	0,203	0,008	0,185, 1,165
Estado de salud en el último año	-0,119	0,113	-0,668, 0,072
Escala de soledad de UCLA	0,307	0,023	0,012, 0,165
Cuestionario de DUKE	-0,564	<0,001	-0,171, -0,063

Abreviaturas: OR: Odds Ratio; p-valor: valor de significación; IC 95%: Intervalo de confianza al 95%

Los modelos de regresión lineal para el nivel sociofamiliar se muestran en la **Tabla 11**. En la fase pre-test, tener un nivel socio familiar normal se asoció con mayor nivel de estudios, clase social alta, vivir acompañado, buen estado de salud en el último año y mayor apoyo social percibido. En la fase post-test, el nivel sociofamiliar se asoció con clase social alta, vivir acompañado, buena relación con el vecindario, menor nivel de soledad y mayor apoyo social percibido.

Tabla 12: Factores asociados al apoyo social percibido de los participantes en las fases pre y post intervención.

VARIABLES. Fase pre-test	OR	p-valor	IC 95%
Nivel de estudios	-0,133	0,004	-3,610, -0,681
Clase social	-0,121	0,014	-3,806, -0,442
Relación con familia	-0,099	0,029	-2,216, -0,120
Relación con vecinos	-0,078	0,072	-1,912, 0,084
Tiene ayuda en domicilio	-0,099	0,021	-3,800, -0,323
Escala de soledad de UCLA	0,727	<0,001	0,893, 1,175
Escala sociofamiliar de Gijón	-0,130	0,010	-0,978, -0,137

Abreviaturas: OR: Odds Ratio; p-valor: valor de significación; IC 95%: Intervalo de confianza al 95%.

Tabla 12: Factores asociados al apoyo social percibido de los participantes en las fases pre y post intervención (continuación).

Variables. Fase post-test	OR	p-valor	IC 95%
Nivel de estudios	-0,185	0,001	-1,865, -0,515
Relación con familia	-0,104	0,058	-2,811, 0,050
Uso del ordenador	0,105	0,054	-0,018, 1,855
Escala de soledad de UCLA	0,721	<0,001	0,853, 1,161
Escala sociofamiliar de Gijón	-0,210	<0,001	-1,528, -0,502

Abreviaturas: OR: Odds Ratio; p-valor: valor de significación; IC 95%: Intervalo de confianza al 95%.

Los factores asociados con el apoyo social percibido se muestran en los modelos de la **Tabla 12**. En la fase pre-test se asoció un óptimo apoyo social percibido con tener estudios superiores, tener una clase social alta, tener una buena relación la familia, presencia de ayuda en domicilio, menor nivel de soledad y tener un nivel sociofamiliar normal. En la fase post-tes, los factores asociados a tener un óptimo apoyo social percibido fueron cursar estudios superiores, menor nivel de soledad y tener un nivel sociofamiliar normal.

V. DISCUSIÓN

En este apartado se contrastan los resultados obtenidos en el estudio descrito con la literatura existente al respecto, con relación al apoyo social percibido, la soledad percibida, el aislamiento social percibido y el apoyo familiar de las personas mayores de 65 años; y como las nuevas tecnologías pueden modificar, y en algunas ocasiones incluso mejorar los anteriores sentimientos descritos y percibidos por este grupo de población.

Como ya se ha indicado, la población española mayor de 65 años ha aumentado considerablemente en las últimas décadas, debido al aumento de la esperanza de vida fruto de las mejoras sanitarias y de la calidad de vida. Sin embargo, cabe señalar, que no se trata de añadir años a la vida, sino todo lo contrario, añadir vida a los años (INE, 2001; Pérez et al., 2014).

La vejez es una etapa en la que los mayores están sometidos a distintos problemas, tanto físicos, sociales como psicológicos, y sufrir un problema en alguna de estas esferas supone una repercusión en la salud de la persona mayor. Entre los distintos problemas asociados a la edad, se encuentra la soledad y el déficit de apoyo social (Alvarado & Salazar, 2014; Anierte, 2003)

Los resultados obtenidos en el estudio que se está describiendo indican que la población mayor de 65 años estudiada no padece soledad, aunque un porcentaje importante percibe tener una soledad moderada. La bibliografía consultada muestra esta realidad, por un lado encontrando trabajos en los que los mayores muestran un bajo porcentaje de soledad (Jamieson et al., 2018; Menec et al., 2019), con respecto a otros trabajos en los que el porcentaje de soledad de los participantes es elevado (Fernández et al., 2018; Sancho et al., 2006). Esta diferencia encontrada depende de las características sociodemográficas de la población estudiada, tales como, sexo, edad, nivel de estudios, nivel económico, estilo de vida y el lugar de residencia de las personas mayores, rural o urbano. La población analizada en el presente estudio vivía en la zona urbana de Córdoba, donde la soledad ha resultado no ser un problema mayor en este grupo de la población, pareciendo, por tanto, la zona urbana un factor protector frente a padecer soledad, coincidiendo en este hallazgo con otros autores (Byrne et al., 2021; Dong & Simon, 2020).

La pandemia por la COVID-19 ha conllevado la aplicación de una serie de medidas de aislamiento necesarias para el control del SARS-CoV-2, que secundariamente han influido en el contacto social de las personas. Tilburg et al., (2020) realizó una comparación de la soledad antes y durante la pandemia concluyendo que en la población

estudiada el sentimiento de soledad aumentó a los dos meses de instaurar las medidas de distanciamiento.

Por otro lado, el estudio realizado por García-Fernández (2020), cuyo objetivo fue medir el impacto de COVID-19 en la salud mental de las personas mayores en España, mostró como las personas mayores de 60 años fueron menos frágiles psicológicamente que los participantes más jóvenes a sufrir depresión y estrés, y que este hecho pudiera derivarse de que los mayores tuvieran una mayor resiliencia por haber experimentado más dificultades personales a lo largo de su vida, tales como las dificultades económicas y/o sociales asociadas a las posguerra civil española (1939-1960), lo cual podría haber aumentado su capacidad de hacer frente al estrés causado por la pandemia. Aspecto adaptativo que conduce a Maffesoli (Maffesoli, 2016) y su noción de poder, referida a la fuerza que sale de dentro considerando lo vivido.

La soledad de los mayores se ha convertido en un tema importante, son muchas las noticias que se han hecho eco de este problema, dando distintos titulares “*Crece la soledad: 96.200 personas más viviendo solas*” (El Mundo, 2021), este artículo publicado por Rafael J. Álvarez, habla del “Año I de la Pandemia”, refiere que muchos mayores que vivían solos o en residencias han fallecido, y que los que vivían en pareja en su domicilio, el 43,6% de los mayores de 65 años, vivían en hogares unipersonales.

En “*La soledad, un problema en aumento en España*” (elDiario.es, 2019), David Noriega, habla de la soledad como causa de exclusión social, y menciona las redes de apoyo, y como la red de amistad se configura como una herramienta fundamental para paliar la soledad. Así mismo aborda como la soledad afecta a la salud”. Al respecto de la soledad, es de interés reflexionar sobre la “doble vía” de este fenómeno, que se resume en que la soledad puede llevar a la exclusión social, así como la exclusión social puede llevar a la soledad. Tal y como se ha mencionado previamente, culturalmente se entiende a la red de amistades como herramienta para aliviar la soledad, característica que entronca con la solidaridad orgánica a la que hace referencia Maffesoli (Maffesoli, 2016) y en ella a la ética de la estética, al concepto de tribu y a la solidaridad orgánica, en cuanto voluntad y acción genuina, no institucional, ni impuesta mecánicamente, de querer estar juntos, aportar al otro, fortalecer a quien es de la tribu, es decir al que está cercano “el lugar hace la unión” (proxémica). Lugar que también puede ser simbólico, creado a partir de

interacciones, lleno de significados compartidos, lo que permite volver a la ética de la estética manifestándose en un “sentirse juntos” (*Aisthesis*)

A su vez en “La soledad no deseada” (La Vanguardia, 2021), Diana Arrastia, se refiere a la soledad no deseada como la epidemia del siglo XXI, al afectar a la salud y a la mortalidad, y al hacer mella en las personas mayores. La autora diferencia entre soledad no deseada y soledad elegida, a través de la cual el individuo se enriquece de esa soledad y le resulta favorable para su propio desarrollo personal. Pero cuando la soledad es impuesta, todo cambia, y es que no es lo mismo querer estar solos que sentirse solo. La soledad deseada la marca el propio individuo, y la no deseada es ajena y circunstancial, de manera que las relaciones que se disponen son menores y peores que las que se desearían, y refiere que es necesaria una mirada multidisciplinar para hacer frente a este problema. Abundando en las ideas expuestas por Arrastia (2021) habría que añadir que la soledad elegida expresa la autonomía del ser y de ser, como apropiación de la propia vida, además de reflejar estar bien consigo mismo y ser dueño de la propia vida.

El desarrollo del aislamiento social y la soledad en las personas mayores contribuye al deterioro de la salud, tanto física como mental (Castellano, 2014; Czaja et al., 2018; Dai, 2016; Silva et al., 2018; White et al., 2009). En el presente estudio, el estado de salud percibido por los mayores como “malo” y “muy malo” mejoró después del programa Enred@te, incluso habiendo vivido un confinamiento de por medio, coincidiendo con otros estudios, en los que la realización de actividades sociales aumentó el apoyo social percibido y la satisfacción con la vida (Dai et al., 2016).

Al igual que se confirma que la soledad de los mayores tiene repercusión sobre su salud no es menos cierto que la red social con la que la persona mayor cuente en la última etapa de la vida repercute en su salud, de manera que una buena red social se convierte en un factor protector para las personas mayores (Czaja et al., 2018).

La población de estudio mostró un importante apoyo social percibido coincidiendo con parte de la literatura consultada (Castellano, 2014; Figueroa et al., 2016; Stoeckel & Litwin, 2016). Sin embargo, otros estudios recogen que las personas mayores cuentan con un inadecuado apoyo social (Arias, 2013; Mendoza et al., 2017).

El apoyo social es entendido de distintas formas según la persona y el país, en un estudio de Marta M. Rodrigues (Rodrigues Sánchez et al. 2014), se comparó el apoyo social en

España y en los Países Bajos. Por un lado, se diferenció entre apoyo emocional, como el intercambio de afecto, simpatía, incluyendo aspectos como hablar de problemas, sentimientos personales o proporcionar asesoramiento sobre asuntos personales; y entre apoyo instrumental, como el intercambio de ayuda práctica en las ABVD o en momentos de necesidad. En los datos sobre España predominó el intercambio instrumental, y en la población holandesa predominó el apoyo emocional. Sin embargo, cabe señalar, tal y como recoge este artículo, que las diferencias culturales influyen en los patrones de apoyo social recibido. En España, la emancipación de los hijos comúnmente se realiza a una edad tardía, lo que hace que padres e hijos mantengan una relación cercana de convivencia, recibiendo ese apoyo emocional necesario. A su vez, el modelo familiar español está basado en la prestación de cuidados a la persona mayor cuando ésta lo necesita, y que por norma general suele ser proporcionado por los hijos. El modelo holandés presenta diferencias con el español, la sociedad holandesa se caracteriza por ser más individualista, sus ciudadanos valoran y aprecian más las relaciones de afecto que las de ayuda en el hogar, ya que por otro lado, éstos tienen más probabilidades de tener acceso a fuentes formales de ayuda y apoyo, proporcionadas por el gobierno. En el estudio de Rodrigues et al. (2014), para la muestra holandesa recibir un adecuado apoyo emocional se asoció con un factor protector, mientras que, para los españoles, recibir ayuda instrumental tuvo efecto reductor en los niveles de soledad.

En el presente estudio, en la fase pre-test, un elevado porcentaje de mayores manifestó la necesidad de ayuda en el domicilio, de los cuales un porcentaje medio ya la estaba recibiendo. En la fase post-test, el porcentaje de personas que manifestó necesitar ayuda disminuyó, mientras que el porcentaje de personas que encontraron ayuda aumentó. El apoyo instrumental es un área importante de analizar, de hecho, durante la recogida de información a través de las llamadas telefónicas, muchos mayores manifestaron verbalmente la necesidad de ayuda en el domicilio, siendo esto lo único que necesitaban.

La pandemia originada por la COVID 19 dió lugar a la aplicación de medidas de contención agresivas con el objetivo de frenar los contagios ocasionados por este coronavirus y así proteger a las personas, sin embargo, las medidas aplicadas tales como, el cierre perimetral, el distanciamiento social y el confinamiento, ha supuesto para algunos mayores el aislamiento social. No obstante, ha habido un porcentaje de personas mayores que se han reinventado haciendo uso de las nuevas tecnologías, usando éstas como fuente de contacto con familia y amigos (Palacios et al., 2020).

La utilización de plataformas de comunicación gratuitas como *Facebook*, *Instagram*, *WhatsApp*, *Twitter*, *Youtube*, entre otras, siendo la más utilizada *WhatsApp*, seguida por *Facebook* y *Twitter* (Flores, 2020; Ochoa, 2018), han permitido que los mayores permanezcan en contacto con sus fuentes de apoyo, además de favorecer el aprendizaje constructivo, favoreciendo la implicación y participación de los mayores en el proceso de aprendizaje.

El proyecto ENRED@TE tenía como objetivo dar empoderamiento a los mayores en las nuevas tecnologías, en el presente estudio, los mayores después de ser formados a través de talleres en relación a las TICs, han mejorado sus conocimientos y han aumentado el uso de las distintas aplicaciones, permitiendo a su vez durante la pandemia la posibilidad de estar conectados, pudiendo realizar videollamadas para ver a familia y amigos, el hecho de permanecer conectados socialmente ha sido de vital importancia para la salud, la calidad de vida y el bienestar de los mayores (Czaja et al., 2016; Palacios et al., 2020; Silva et al., 2018).

Los datos obtenidos en el presente estudio, permiten señalar al proyecto ENRED@TE como un promotor de Salud y salutogénico ya que crea ambientes favorables, involucra las competencias individuales de las personas mayores, fomenta la participación colectiva, reorienta los servicios de salud y contribuye a las políticas públicas, considerando las 5 acciones/estrategias de promoción de la salud, ya introducidas la carta de Ottawa (OMS, 1986)

El estudio llevado a cabo por Silva et al. (2018), investigó los efectos de la red social digital *Facebook* como fuente de apoyo social para los adultos mayores a través de una intervención, con la que se observó un cambio positivo en la percepción de *Facebook* tras haber asistido a las distintas reuniones, considerándolo, los ancianos, como una herramienta útil para construir lazos de amistad, facilitando la comunicación para el establecimiento de nuevas redes sociales, de forma virtual, además de contribuir a combatir el aislamiento y promover la socialización igualmente. El uso de *Facebook* supuso para los mayores una forma de ocio y entretenimiento, aumentando la autoestima, promoviendo un envejecimiento exitoso y fortaleciendo sus redes sociales facilitando el apoyo social emocional y el acceso a los recursos de información.

Las TICs tienen potencial para mejorar la conectividad social de las personas mayores, especialmente de aquellos que tienen restricciones de movilidad, viven solos o viven en

zonas rurales, mejorando la calidad de vida y reduciendo los sentimientos de soledad (Choi et al., 2012; Cotten et al., 2013; Czaja et al., 2016). Sin embargo, otros autores han expresado que el acceso a las aplicaciones tecnológicas no tiene ningún impacto sobre el bienestar (Dickinson, 2006; Sleger, 2008; White, 2002). El estudio que se ha llevado a cabo, descrito en el presente documento, se ha realizado en el ámbito urbano, los participantes parecen haber reducido sus sentimientos de soledad y mejorado el apoyo social. Por tanto, se hace necesario la realización de futuros estudios que profundicen en los beneficios de las TICs y en las oportunidades que ofrecen. A este respecto en el contexto de la Tecnosociabilidad y con la participación del grupo *IMIBIC-GE08 Cuidados Enfermeros Integrales perspectiva Multidisciplinar* (adscrito a Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba-España) y el *Laboratorio de Investigación, Estudios Tecnología e Innovación en Enfermería, Cotidiano, Imaginario, Salud y Familia de Santa Catarina* (NUPEQUIS-FAMSC), Universidad Federal de Santa Catarina (Brasil), se están desarrollando diferentes estudios entre los que se encuentra el que ahora se está describiendo (López-Cerdá et al., 2018). Asimismo, para la línea argumental en el planteamiento de proyecto futuros, del presente estudio emerge la necesidad de profundizar en el concepto de la brecha digital

Los resultados del estudio de Czaja (2016), coincidiendo con el presente trabajo, sugieren que las TICs tienen un valor potencial para reducir los problemas de aislamiento social, fomentar la conectividad y disminuir los sentimientos de soledad entre los adultos mayores que viven solos y tienen una participación limitada en el trabajo y las actividades sociales. Así mismo las personas mayores mejoraron el apoyo social percibido, disminuyeron los sentimientos de soledad e informaron de mayor sentimiento de bienestar.

El acceso a las nuevas tecnologías y a internet, tal y como se ha comentado con anterioridad, supone para las personas mayores una oportunidad para reducir el aislamiento social y la soledad. Sin embargo, la tecnología no reemplaza al contacto humano (Czaja, 2016).

La vejez se caracteriza porque en esta etapa se experimentan cambios de origen morfológico, bioquímico, psicológico, social y cultural (Alvarado & Salazar, 2014; Aniorte, 2003). La salud entendida como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 2005), requiere

que los cuidados de Enfermería estén encaminados a satisfacer las necesidades de los mayores, para ello es necesario conocer en qué situación se encuentran éstos, con el fin de establecer programas o medidas, tanto de promoción, prevención y educación para la salud.

En la esfera social, y tal y como se ha comentado previamente, es importante la tarea realizada por distintas organizaciones, mereciendo especial mención Cruz Roja Española que dedica muchos de sus fondos a este sector de la población (CRE, 2000). El trabajo conjunto entre profesionales sanitarios y distintas organizaciones de apoyo y servicios puede dar lugar a la elaboración de distintos proyectos, programas o actividades, que sean beneficiosos para los mayores, tal y como está ocurriendo con el programa ENRED@TE, el cual está permitiendo a los mayores estar más en contacto con su propia familia a través del uso de los dispositivos móviles, pero además está permitiendo establecer nuevos lazos de unión con otras personas, que quizás puedan estar en situación de soledad.

En el presente estudio se ha observado como la edad avanzada, vivir sin pareja y tener un bajo nivel de estudios, son factores predisponentes a la soledad, sin embargo, esta afirmación ha sido corroborada por otros autores previamente (Fierloos et al., 2021). La soledad se está convirtiendo en una grave comorbilidad presente en la última etapa de la vida, a la que se debe hacer frente, por la importante relación positiva significativa que existe entre soledad y depresión, ya que supone el factor de riesgo más importante para la aparición de la depresión en las personas mayores. Además, variables sociodemográficas como el género, estado civil, tener hijos y el nivel educativo, se asocian a la soledad pero con menor efecto que el de la soledad. Son factores protectores contra la soledad estar casado y tener un alto nivel de estudios, (Aylaz, et al., 2012; Hybels et al., 2011; Kevser et al., 2021).

En relación con el género, en este estudio, no se pueden extraer conclusiones, ya que la muestra principalmente era femenina, y no se ha obtenido significación estadística que lo avalara. Distintos estudios recogen como el hecho de ser mujer predispone a aumentar las posibilidades de sufrir síntomas depresivos (Aylaz, et al., 2012; Cacioppo et al., 2006; Maral et al., 2001). Además, existen más factores de riesgo frente a la soledad como son: pertenecer a una clase social baja o tener bajos ingresos económicos, relaciones de baja calidad, falta de aficiones y tener un mal estado de salud (Arslantas et al., 2015; Cohen et al., 2016; Emerson et al., 2016; Ong et al., 2016).

A su vez, el apoyo social juega un papel importante con respecto al hecho de sufrir síntomas depresivos, ya que aquellos mayores que tienen un adecuado apoyo social tienen menos posibilidades de experimentar soledad y depresión (Kevser et al., 2021).

En este contexto es oportuno reseñar la figura de la enfermera de Atención Primaria, por la importante labor que tienen a la hora de valorar e identificar el problema de la soledad en las personas mayores, ya que en algunos casos es la única profesional que tiene acceso a estas personas que viven solas, teniendo en sus manos la capacidad de establecer proyectos similares a ENRÉD@TE, con el objetivo de favorecer las relaciones humanas/sociales entre otros aspectos.

Limitaciones del estudio

Tal y como se ha indicado previamente, en el periodo de desarrollo del presente trabajo de investigación surgió la pandemia originada por el SARS-CoV-2, circunstancia que de una forma u otra acrecentó los problemas de estudio como la soledad y/o el aislamiento, sin embargo, este imprevisto, ha dado la posibilidad de identificar si participar en el programa ENRED@TE ha tenido una repercusión positiva en los mayores durante el confinamiento, entre otras circunstancias sobrevenidas en el periodo referido.

Entre las limitaciones se encuentra el tamaño de la muestra pues, aunque participaron 139 personas, la base de datos de CRE de personas mayores en Córdoba es mucho mayor, la tasa de no respuesta a algunas preguntas, la dificultad para completar el cuestionario en esta población, baja participación en el estudio del género masculino (18%). y la pandemia por la COVID-19 dificultaron la participación. Todo ello ha dificultado alcanzar la muestra necesaria para este estudio. Por lo expuesto, se deberían considerar estos datos como un primer acercamiento al problema, y realizar futuros estudios con una muestra más amplia y que englobe más regiones de España.

Otro aspecto limitante ha sido que algunos mayores pertenecientes a la base de datos de Cruz Roja Española, tenían ciertas limitaciones auditivas, por lo que resultaba complicado realizar la encuesta telefónica. Por último y no menos importante, indicar que fruto del impacto de la pandemia, la realización de los talleres de formación tecnológica (elemento formativo del programa ENRED@TE), en algunos casos tuvo que ser modificada por otro tipo de talleres formativos de otra índole, tales como talleres sobre el ahorro energético o llamadas telefónicas de seguimiento y acompañamiento. Además,

respecto a la realización de estos talleres formativos muchos participantes olvidaban el haber participado en alguno de éstos.

VI. CONCLUSIONES

Las TICs se están mostrando como eficaces instrumentos en la aplicación de los Cuidados Enfermeros facilitando el contacto con el profesional enfermero y la persona atendida, potenciando la ayuda profesional prestada.

1. La participación en el proyecto ENRED@TE ha propiciado una mejora en los niveles de apoyo social en los mayores estudiados.
2. Los mayores manifiestan preferentemente necesidades de apoyo instrumental, concretamente mayor ayuda en casa para la realización de distintas tareas domésticas.
3. Se ha constatado la brecha digital en los mayores estudiados.
4. Los talleres de formación han permitido a las personas mayores ampliar conocimientos en relación con las redes sociales y ser usuarios de las mismas.
5. El estado de salud en el último año, la presencia de ayuda en domicilio y el apoyo social percibido fueron factores asociados con el nivel de soledad antes de que se iniciara la pandemia. Durante la pandemia, se asoció el nivel de soledad con la clase social, el nivel sociofamiliar y de apoyo social percibido.
6. Los factores asociados con el riesgo social antes de que se iniciara la pandemia fueron el nivel de estudios, vivir en compañía, la clase social, el estado de salud y el apoyo social percibido. Sin embargo, durante la pandemia, se mantenían como factores asociados la clase social, vivir en compañía y el apoyo social percibido, y se añadían como factores la relación con el vecindario y el nivel de soledad.
7. Tener estudios superiores, una clase social alta, buena relación con la familia, contar con ayuda en domicilio, bajos niveles de soledad y un nivel sociofamiliar normal fueron factores asociados a bajos de apoyo social antes de que se iniciara la pandemia. Durante la pandemia los factores asociados a tener un óptimo apoyo social percibido fueron cursar estudios superiores, menor nivel de soledad y tener un nivel sociofamiliar normal.

Implicaciones sobre la práctica clínica

- El programa ENRED@TE ha permitido conocer la situación de las personas mayores, así como los problemas y necesidades que tienen esta población.
- El programa ENRED@TE ha permitido realizar orientaciones dirigidas tanto a erradicar y/o disminuir los sentimientos de soledad como a favorecer la participación social. Lo que permite a su vez inferir que ENRED@TE puede

contribuir a fortalecer nuevas estructuras de comunicación y relación en la ancianidad dentro de la estructura social actual.

- La implantación de ENRED@TE abre un horizonte a incluir en el nivel de Atención Primaria programas destinados a la detección, valoración y actuación contra la soledad, al igual que existen los programas de diabetes o hipertensión.
- Finalmente, el proyecto ENRED@TE se constituye en punta de lanza al posibilitar reducir o contribuir a la eliminación de la brecha digital.

VII. REFERENCIAS

- Abellán, A., Aceituno, P., Pérez, J., Ramiro, D., Ayala, A., Pujol, R. (2019). Un perfil de las personas mayores en España, 2019. *Indicadores estadísticos básicos. Envejecimiento en red*, 22, 1-38. Disponible en:
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2019.pdf>
- ACNUR (2020). Ayudar a refugiados en España a través del proyecto Befriending. *La agencia de la ONU para los refugiados. Comité Español*. Disponible en:
https://eacnur.org/blog/ayudar-a-refugiados-en-espana-a-traves-del-proyecto-befriending-tc_alt45664n_o_pstn_o_pst/
- Alvarado García, A.M., & Salazar Maya, A.M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. DOI: 10.4321/S1134-928X2014000200002
- Álvarez, R. (2021). Crece la soledad: 96.200 personas más viviendo solas. *El mundo*. Disponible en:
<https://www.elmundo.es/espana/2021/04/07/606db15121efa0b8458b4678.html>
- Alves, T.F., Ferreira, J.M., Busana, J.A., Hoffmann, A. C. O. da S., Nitschke, R.G., Tholl, A.D. (2021) Promoção da saúde no contexto da tecnossocialidade: revisão integrativa da literatura. *Nursing (São Paulo)*, 276(24), 5686–5699, DOI: 10.36489/nursing.2021v24i276p5686-5699.
- Anierte, N. (2003). El proceso del envejecimiento. *Medware*. Disponible en:
<https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/Dic2003/2753>
- Arias, C.J. (2013). El apoyo social en la vejez: la familia, los amigos y la comunidad. *Revista Kairós Gerontología*, 16(4), 313-329. DOI: 10.23925/2176-901X.2013v16i4p313-329

- Arrastia, D. (2021). La soledad no deseada. *La Vanguardia*. Disponible en: <https://www.lavanguardia.com/vida/20210909/7701880/soledad-no-deseada-medios-comunicacion-memora-brl.html>
- Arruebarrena, A., & Sánchez, A. (2020). La soledad y el aislamiento social en las personas mayores. *Studia Zamorensia*, 20, 15-32. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7718190>
- Arslantaş, H., Adana, F., Abacıgil Ergin, F., Kayar, D., & Acar, G. (2015). Loneliness in Elderly People, Associated Factors and Its Correlation with Quality of Life: A Field Study from Western Turkey. *Iranian journal of public health*, 44(1), 43–50.
- Aylaz, R., Aktürk, Ü., Erci, B., Öztürk, H., & Aslan, H. (2012). Relationship between depression and loneliness in elderly and examination of influential factors. *Archives of gerontology and geriatrics*, 55(3), 548–554. DOI: 10.1016/j.archger.2012.03.006
- Balluerka, N., Gómez, J., Hidal, MD., Gorostiaga, A., Espada, JP., Padilla, JL., et al (2020). Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento. *Informe de Investigación*. Disponible en: https://www.ub.edu/web/ub/ca/menu_eines/noticies/docs/Consecuencias_psicologicas_COVID-19.pdf
- Banco Mundial. (2020). Población de 65 años de edad y más. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.65UP.TO.ZS>
- Barrón, A. (1997). Apoyo Social. *Psicothema*, 9(2), 457-461. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2013851>
- Bellón, JA., Delgado, A., Luna, J., & Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario del apoyo funcional DUKE-UNC-11. *Aten Primaria*, 18, 153-63.

<https://www.elsevier.es/en-revista-atencion-primaria-27-articulo-validez-fiabilidad-del-cuestionario-apoyo-14325>

- Bermejo J.C. (2003). La soledad de los mayores. *Ars Médica*, 8(8), 139-158.
<https://www.arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/264/196>
- Byrne, KA., Anaraky, RG., Dye, C., Ross, LA., Chalil Madathil, K., Knijnenburg, B., et al. (2021). Examining rural and racial disparities in the relationship between loneliness and social technology use among older adults. *Frontiers in public health*, 9,723925. DOI: 10.3389/fpubh.2021.723925
- Boletín Oficial del Estado (2020). Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Disponible en:
<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2020-3692>
- Boletín Oficial del Estado (2006). Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
<https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-21990-consolidado.pdf>
- Boletín Oficial del Estado (BOE). (2020). Real Decreto 463/2020, de 14 de Marzo. Disponible en:
<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2020-3692#:~:text=A%2D2020%2D3692-Real%20Decreto%20463%2F2020%2C%20de%2014%20de%20marzo%2C%20por,%C2%AB%20BOE%20%C2%BB%20n%C3%BAm.>
- Bonill de las Nieves, C., & Amezcu, M. (2014). Virginia Henderson. Gomeres. Salud, historia, cultura y pensamiento. Disponible en:
<https://www.fundacionindex.com/gomeres/?p=626>

- Brenes Y. (2008). Adultos (as) mayores construyendo procesos de duelo adecuados. *Revista de Trabajo Social CCSS*, 71, 17-22. <https://www.binasss.sa.cr/revistas/ts/v32n712008/art2.pdf>
- Broche, Y., Fernández, E., & Reyes, D.A. (2020). Consecuencias psicológicas de la cuarentena y el aislamiento social durante la pandemia COVID-19. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46, e2488. <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/2488/1555>
- Castellano, CL. (2014). La influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento en una muestra de ancianos. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(3), 365-377. <https://www.ijpsy.com/volumen14/num3/393/apoyo-social-y-vejez-la-influencia-del-ES.pdf>
- Cattan, M., Kime, N., & Bagnall, A. (2011). The use of telephone breifending in low level support for socially isolated older people-an evaluation. *Health and Social Care in the community*, 19(2), 198-206. DOI: 10.1111/j.1365-2524.2010.00967.x
- Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and aging*, 21(1), 140–151. DOI: 10.1037/0882-7974.21.1.140
- Choi, M., Kong, S., & Jung, D. (2012). Computer and internet interventions for loneliness and depression in older adults: A meta-analysis. *Healthcare informatics research*, 18, 191-198. DOI: 10.4258/hir.2012.18.3.191
- Cohen-Mansfield, J., Hazan, H., Lerman, Y., & Shalom, V. (2016). Correlates and predictors of loneliness in older-adults: a review of quantitative results informed by

qualitative insights. *International psychogeriatrics*, 28(4), 557–576. DOI: 10.1017/S1041610215001532

- Comité Internacional de la Cruz Roja. (1864). *El Convenio de Ginebra*. Disponible en: <https://www.icrc.org/es/doc/resources/documents/treaty/geneva-convention-1864.htm>.
- Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. (2013). *IV Plan Andaluz de Salud*. Disponible en: <http://www.epes.es/wp-content/uploads/IV-Plan-Andaluz-de-Salud.pdf>
- Cotten, SR., Anderson, WA., & McCullough, BH. (2013). Impact of internet use on loneliness and contact with others among older adults: Cross-sectional analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 15, e39. DOI: 10.2196/jmir.2306
- Cruz Roja Andalucía. (2021). Personas Mayores. Disponible en: <https://www.cruzroja.es/principal/web/andalucia/personasmayores>
- Cruz Roja Española. (2000). Planes de Intervención. Disponible en: <http://www.cruzroja.es/gestionlocal/descargables/Planes%20de%20Intervencion%20CRE.pdf>
- Cruz Roja Española. (2007). Intervención Social. VI Asamblea General. Disponible en: http://www.cruzroja.es/docs/2006_34_CN/SOCIAL
- Cruz Roja Española. (2003-2007). Plan de Acción de Cruz Roja Española. Disponible en: https://www.cruzroja.es/principal/documents/16917/225078/PLAN_DE_ACCION_2003.pdf/3f348bb9-d016-4bee-9262-73e6aae8963c
- Cruz Roja Española. (2019). Boletín Informativo Digital nº 154. La soledad no deseada de las personas mayores. Disponible en: <https://www.cruzroja.es/boletines/154/pagina-0.html>

- Cruz Roja Española. (2021). Gestión Local. Marco normativo. Disponible en: http://www.cruzroja.es/gestionlocal/asamblea_local/marco_normativo.php
- Cruz Roja Española. (2021). Historia. <https://www2.cruzroja.es/historia>
- Cruz Roja Española. (2021). Proyecto Enred@te. Disponible en: <https://www.cruzroja.es/principal/web/laspalmas/enredate>
- Czaja, S.J., Boot, W.R., Charness, N., Rogers, W.A., & Sharit, J. (2018). Improving Social support for older adults through technology: Findings from the PRISM randomized controlled trial. *The Gerontologist*, 58(3), 467-477. DOI: 10.1093/geront/gnw249
- Dai, Y., Zhang, C.Y., Zhang, B.Q., Li, Z, Jiang, C., & Huang, H.L. (2016). Social support and the self-rated health of older people: A comparative study in Tainan Taiwan and Fuzhou province. *Medicine*, 95(4), e3881. DOI: 10.1097/MD.0000000000003881
- De la Hera, C. (2021). Historia de las redes sociales: cómo nacieron y cuál fue su evolución. *Marketing Ecommerce*. Disponible en: <https://marketing4ecommerce.net/historia-de-las-redes-sociales-evolucion/>
- Diagnósticos NANDA. (2021). Diagnósticos de enfermería NANDA, NIC, NOC, 2021-2023. Disponible en: <https://www.diagnosticosnanda.com/>
- Dickinson, H.O., Mason, J.M., Nicolson, D.J., Campbell, F., Beyer, F.R., Cook, J.V., et al. (2006). Lifestyle interventions to reduce raised blood pressure: a systematic review of randomized controlled trials. *Journal of hypertension*, 24(2), 215-233. DOI: 10.1097/01.hjh.0000199800.72563.26

- Domínguez, JA., Ruíz, M., Gómez, I., Gallego, E., Valero, J., Izquierdo, MT. (2012). Ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes dependientes. *Medicina de Familia, Semergen*, 38(1), 16-23. DOI: 10.1016/j.semerg.2011.05.013
- Dong, X., & Simon, MA. (2010). Health and aging in a Chinese population: urban and rural disparities. *Geriatric Gerontology Int.* 10(1):85-93. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0594.2009.00563.x>
- Emerson, K. G., & Jayawardhana, J. (2016). Risk Factors for Loneliness in Elderly Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(4), 886–887. DOI: 10.1111/jgs.14053
- Enfermería Actual. (2021). Listado diagnósticos NANDA. Disponible en: <https://enfermeriaactual.com/listado-de-diagnosticos-nanda-2/>
- Fernández, G., Azcona, JM., Doblas, J., Madrigal, A., Pinazo, S., Rodriguez, V., et al. (2018). Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales por Comunidades Autónomas. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Primera edición. Disponible en: https://www.imserso.es/interpresent3/groups/imserso/documents/binario/informe_p_pmm_2018.pdf
- Fierloos, I.N., Tan, S.S., Williams, G., Alhambra-Borrás., T., Koppelaar, E., et al. (2021). Socio-demographic characteristics associated with emotional and social loneliness among older adults. *BMC geriatrics*, 21(1), 114. DOI: 10.1186/s12877-021-02058-4.
- Figueroa, A., Soto, D., & Santo, NA. (2016). Calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 20(1), 47-53. Disponible en: http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/2339/html_180

- Flores, MJ. (2020). Las redes sociales se incrementan en las personas mayores durante el Covid-19. *Familia*, 58, 1130-8893. Disponible en: <https://summa.upsa.es/viewer.vm?id=131289>
- Gálvez, AM., Badanta, B., Barriento, S., Lima, M. (2020). Personas mayores, dependencia y vulnerabilidad en la pandemia por coronavirus: Emergencia de una integración social y sanitaria. *Enfermería Clínica.*, 31(1), S18-S23. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.004>
- Gamo, E. & Pazos, P. (2009). El duelo y las etapas de la vida. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(104), 455-469. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019649011>
- García, JM., Grande, R., & Puga, D. (2021). Soledad durante el confinamiento: epidemia dentro de la pandemia de la covid-19. El Observatorio Social. *Fundación “La Caixa”*. Disponible en: https://observatoriosociallacaixa.org/-/soledad-durante-el-confinamiento-una-epidemia-dentro-de-la-pandemia-de-la-covid-19?_ga=2.107471371.824658835.1636365165-45956793.1636365165#
- García, JV., Díaz, E., Salamea, A., Cabrera D., Menéndez, A., Fernández, A., et al. (1999). Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. *Aten Primaria*, 23, 434-40. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-evaluacion-fiabilidad-validez-una-escala-14810>
- García Fernández L., Romero Ferreiro, V., López Roldán, PD., Padilla, S., & Rodríguez Jimenez, R. (2020). Mental health in elderly Spanish people in times of COVID-19 outbreak. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(10), 1040-1045. DOI: 10.1016/j.jagp.2020.06.027

- Gené-Badia, J., Comice, P., Belchín, A., Erdozain, MA., Cáliz, L., Torres, S. et al. (2018). Perfiles de soledad y aislamiento social en población urbana. *Atención Primaria*, 52(4), 224-232. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.09.012>
- Gené Badia, J., Ruiz Sánchez, M., Obiols Masó, N., Oliveras Puig, L., & Lagarda Jiménez, E. (2016). Aislamiento social y soledad: ¿Qué podemos hacer los equipos de atención primaria?, 48(9), 604-609. DOI: 10.1016/j.aprim.2016.03.008
- Gil, D. (2021) Cuidados de la familia: El cuidador principal. Disponible en: https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/cap_08.pdf
- Gobierno de España (2021). Estrategias de vacunación COVID-19. Disponible en: <https://www.vacunacovid.gob.es/>
- Halvorsrud, L., Kirkevold, M., Diseth, A., & Kalfoss, M. (2010). Quality of life model: Predictors of quality of life among sick older adults. *Research and theory for nursing practice: An International Journal*, 24(4), 241-259. DOI: 10.1891/1541-6577.24.4.241
- Henderson, V. (1964) The Nature of Nursing. *American Journal of Nursing*, 64, 62-68.
- Hidalgo, M.I. (2015). Las nuevas tecnologías de la información y comunicación. *Pediatría Integral*. 19(9). Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2015-11/las-nuevas-tecnologias-de-la-informacion-y-comunicacion/>
- Hybels, C. F., Blazer, D. G., Landerman, L. R., & Steffens, D. C. (2011). Heterogeneity in symptom profiles among older adults diagnosed with major depression. *International psychogeriatrics*, 23(6), 906–922. DOI: 10.1017/S1041610210002346

- Infermera Virtual. (2020). Glosario, Recursos. Disponible en: <https://www.infermeravirtual.com/esp/recursos/glosario?palabrabusc=Ciclo%20vital>
- Instituto de Formación y Estudios Sociales (IFES). Dirección Territorial de Andalucía (2010). Apoyo en la organización de intervenciones en el ámbito institucional. Disponible en: http://www.formacionyempleo.ugt-andalucia.com/system/datas/33/original/M%C3%B3dulo_1_UF_2.pdf?1302510046
- Instituto Nacional de Estadística. (2001). Censo de Población y Viviendas de 2001, un poco de historia. Disponible en: <https://www.ine.es/censo2001/historia.htm>
- Instituto Nacional de Estadística. (2019). España en cifras 2019. Disponible en: https://www.ine.es/prodyser/espa_cifras/2019/2/
- Instituto Nacional de Estadística. (2020). España en cifras 2020. Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INEPublicacion_C&cid=1259924856416&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalleGratis
- Instituto Nacional de Estadística. (2020). Indicadores de Mortalidad. Resultados por provincias. Tasas de mortalidad por provincia, según sexo y grupo de edad hasta 95 años y más (desde 1991). Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1467>
- Instituto Nacional de Estadística. (2021). Principales series de población desde 1998. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t20/e245/p08/10/&file=03002.px&L=0>
- Instituto Nacional de Estadística. (2021). Principales series desde 1971. Población residente por fecha, sexo y edad. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=31304#!tabs-tabla>

- Isik, K., Başoğul, C., & Yildirim, H. (2021). The relationship between perceived loneliness and depression in the elderly and influencing factors. *Perspectives in psychiatric care*, 57(1), 351–357. DOI: 10.1016/j.archger.2012.03.006
- Jalenque, I., Rondepierre, F., Rachez, C., Lauron, S. & Guiguet, C. (2020). Health-related quality of life among community-dwelling people aged 80 years and over: a cross-sectional study in France. *Health and quality of life outcomes*, 18(1), 126. DOI: 10.1186/s12955-020-01376-2
- Jamieson, HA., Gibson, H., Abey-Nesbit, R., Ahuriri-Driscoll, A., Keeling, S., & Schluter, PJ. (2018). Profile of ethnicity, living arrangements and loneliness amongst older adults in Aotearoa New Zealand: A national cross-sectional study. *Australas J Ageing*, 37(1), 68-73. DOI: 10.1111/ajag.12496
- Junta de Andalucía (2021). Dependencia. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/temas/familias-igualdad/dependencia/atencion.html>
- Kemperman, A., van den Berg, P., Weijs-Perrée, M., & Uijtdewillegen, K. (2019). Loneliness of older adults: Social Network and the living environment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(3), 406. DOI: 10.3390/ijerph16030406.
- Kübler-Ross, E. & Kessler, D. (2006). Sobre el duelo y el dolor. España, Ediciones Luciérnaga. Disponible en: https://www.planetadelibros.com/libros_contenido_extra/32/31277_Sobre_el_duelo_y_el_dolor.pdf
- Lalonde, M. (1981). A new perspective on the health of Canadians. Minister of National Health and Welfare. Disponible en: <https://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>

- Lite E. (2016). Geriatricarea. ¿Qué es el apoyo social y cómo protege a las personas mayores? Disponible en: <https://www.geriatricarea.com/2016/03/04/que-es-el-apoyo-social-y-como-protege-a-las-personas-mayores/>
- López V. (2018). Sanitas. Tercera edad y nuevas tecnologías: ¿cómo enseñarles poco a poco? Disponible en: <https://muysaludable.sanitas.es/salud/envejecimiento/tercera-edad-nuevas-tecnologias-ensñarles-poco-poco/>
- López Cerdá, E., Carmona Torres, JM., & Rodríguez Borrego, MA. (2018). Social support for elderly people over 65 years in Spain. *International Nursing Review*, 66, 104-111. DOI: 10.1111/inr.12468.
- López, J. (2018). El sentimiento de soledad en la vejez. *Revista Internacional de Sociología*, 76 (1), e085. DOI: [10.3989/ris.2018.76.1.16.164](https://doi.org/10.3989/ris.2018.76.1.16.164).
- Maffesoli, M. (2016). A ordem das coisas: pensar a pós-modernidade. 1 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, p. 268.
- Maffesoli, M. (2020). Pensar o (im)pensável. Instituto Ciência e Fé. PUCPRESSS - Curitiba-PR. Disponible en: https://identidade.pucpr.br/webapp/publicacao_id_interna.html?publicacao_id=55
- Majumder, J. & Minko, T. (2021). Recent developments on therapeutic and diagnostic approaches for COVID-19. *AAPS J*, 23(1), 14. DOI: 10.1208/s12248-020-00532-2.
- Martín E. (2021). Centro de Psicología Integral MC. Las 5 fases (o etapas) del duelo: la teoría de Kübler-Ross. Disponible en: <https://centrodepsicologiaintegral.com/las-5-fases-o-etapas-del-duelo-la-teoria-de-kubler-ross/>

- Martínez, N. (2020). Desafíos en la era digital actual: TIC y personas seniors de la Universidad de Granada (España). Texto libre: *Linguagem e Tecnologia*. 13(1), 82-95. DOI: <https://doi.org/10.17851/1983-3652.13.1.82-95>.
- Melchiorre, MG., Chiatti, C., Lamura, G., Torres-Gonzalez, F., Stankinas, M., Lindert, J., et al. (2013). Social support, socio-economic status, health and abuse among older people in seven european countries. *Plos One*. 8(1), e54856. DOI: 10.1371/journal.pone.0054856.
- Mellon, S., Northouse, L.L., & Weiss, L.K. (2006). A population-based study of the quality of life of cáncer survivors and their family caregivers. *Cancer Nursing*. 29(2),120-31. DOI: 10.1097/00002820-200603000-00007.
- Mendoza, VM., González, F., Correa, E., & Retana, R. (2017). Relationship between social support networks and physical functioning in older community dwelling mexicans. *International journal of environmental research and public health*. 14(9), 993. DOI: 10.3390/ijerph14090993.
- Menec, VH., Newall, NE., Mackenzie, CS, Shoostari, S., & Nowicki, S. (2019). Examining individual and geographic factors associated with social isolation and loneliness using Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA) data. *Plos one*. 14(2), e0211143. DOI: 10.1371/journal.pone.0211143.
- Ministerio de Sanidad. (2020). Información y estadísticas sanitarias 2020. Disponible en:
https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/Indicadores_de_Salud_2020.pdf
- Ministerio de Sanidad (2021). Preguntas y respuestas sobre el nuevo coronavirus (COVID-19). Disponible en:

https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Preguntas_respuestas_2019-nCoV2.pdf

- Moreno, CM. (2014). Importancia e interpretación de una pirámide poblacional. *Boletín Epidemiológico/MSPS*. 23(5), 1-6.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/boletin-asis-Vol.-3-No.%205.pdf>
- Muñoz, L. (2019). Así fue el nacimiento de Internet que hoy cumplen 50 años. France24. Disponible en: <https://www.france24.com/es/20191030-50-anos-primer-paso-Internet>
- Nitschke, R.G. (1999). Mundo imaginal de ser familia saudável: a descoberta dos laços de afeto como caminho numa viagem pelo cotidiano em tempos pós-modernos. Pelotas: Universitária/UFPel, p. 199.
- Nitschke, R.G. Imaginário, Sensibilidades e Afetos: Desafios para Promover Seres e Famílias Saudáveis no Cotidiano em Tempos de Tecnossocialidade. I Seminário Internacional Imaginário e Memória: culturas conectadas e dispositivos convergentes: UNISUL ; Tubarão (Santa Catarina).
- Noriega, D. (2019). La soledad, un problema en aumento en España. *Eldiario.es*. Disponible en: https://www.eldiario.es/sociedad/consecuencias-soledad-puede-exclusion-hablar_1_1504214.html
- Ochoa, E. (2018). Las TIC como mejora del bienestar de las personas mayores. En *Viviendas para personas mayores en Europa: nuevas tendencias para el siglo XXI*. Papeles de la fundación pilares para la autonomía personal. Pilar Rodríguez Rodríguez (Ed) (297-322). Fundación Vodafone en España.

- Ong, A. D., Uchino, B. N., & Wethington, E. (2016). Loneliness and Health in Older Adults: A Mini-Review and Synthesis. *Gerontology*, 62(4), 443–449. DOI: 10.1159/000441651.
- Organización Mundial de la Salud. (1986). Ottawa Charter for Health Promotion: First International Conference on Health Promotion Ottawa, 21 November 1986. Disponible en: https://www.healthpromotion.org.au/images/ottawa_charter_hp.pdf
- Organización Mundial de la Salud (1998). Promoción de la salud. Glosario. Ginebra. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=8ADF1B48A38547D914DE7666A4DC91EA?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud (2005). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf?ua=1>
- Organización Mundial de la Salud (2020). Información básica sobre la COVID-19. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>
- Organización Mundial de la Salud (2021). Temas de salud. Enfermería. Disponible en: <https://www.who.int/es/campaigns/annual-theme/year-of-health-and-care-workers-2021>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Envejecimiento y ciclo de vida. Década de envejecimiento saludable (2021-2030). Disponible en: <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
- Organización Mundial para la Salud. (2021). Ageing. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_1

- Padrón. (2020). Población de Córdoba. Disponible en: <https://padron.com.es/c%C3%B3rdoba/>
- Palacios, A., Romero, JM., Gómez, G., & De la Cruz, JC. (2020). Aislamiento social y uso de las TIC en personas mayores en época de pandemia. COVID 19. Revisión sistemática. Desafíos de investigación educativa durante la pandemia COVID-19. Editorial Dykinson, SL.
- Peiró R. (2020). Economipedia. Ventajas y desventajas de la tecnología. Disponible en: <https://economipedia.com/cultura/ventajas-y-desventajas-de-la-tecnologia.html>
- Pérez, J & et al. (2014). Un siglo de cambios en la pirámide de población de España: 1910-2011. Disponible en: https://www.ine.es/inebmenu/mnu_cifraspob.htm
- Pérez, J., Pujol, R., Abellán, A., & Ramiro., D. (2020). Un perfil de las personas mayores en España, 2020. Indicadores estadísticos básicos. Envejecimiento en red. 25, 1-39. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2020.pdf>
- Pérez, Y. (2020). Beneficios del uso del Smartphone en la calidad de vida del adulto mayor. *Qualitas*. 20, 155-169.
- Radio Televisión Española. (2021). Mapa del coronavirus en España. Disponible en: <https://www.rtve.es/noticias/20211105/mapa-del-coronavirus-espana/2004681.shtml>
- Real Academia Española (2020). Disponible en: <https://dle.rae.es/contenido/actualizaci%C3%B3n-2020>
- Reblin, M. & Uchino, B.N. (2008). Social and emotional support and its implication for health. *Current opinión in psychiatry*. 21(2), 201-205. DOI: 10.1097/YCO.0b013e3282f3ad89.

- Ritchie, H. (2020). “Coronavirus Pandemic (COVID-19)”. Disponible en: <https://ourworldindata.org/coronavirus-data>
- Rodrigues, M., de Jong Gierveld, J., & Buz, J. (2014) Loneliness and the Exchange of social support among older adults in Spain and the Netherlands. *Ageing and Society*. 34(2), 330-354.
- Rondón, LM. & Aranzazu, B. & Garcia, FJ. (2018). El significado de las realciones sociales como mecanismo para mejorar la salud y la calidad de vida de las personas mayores, desde una perspectiva interdisciplinar. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*. 53(5), 268-273. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.01.005>
- Russell, DW. (1996). UCLA Loneliness Scale (Verion 3): Reliability, Validity, and factor structure. *Journal of personality assessment*, 66(1), 20-40. DOI: 10.1207/s15327752jpa6601_2
- Sancho, M., Abellán, A., del Barrio, E., Castejón, P., Pérez, L., & Sancho, M. (2006). Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales por Comunidades Autónomas. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Primera Edición. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/imserso-informe-personas-mayores-vol1-2006.pdf>
- Siette, J., Cassidy, M., & Priebe, S. (2017). Effectiveness of befriending interventions: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 7:3014304. DOI: [10.1136/bmjopen-2016-014304](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014304)
- Siette, J., Georgiou, A., Brayne, C. & Westbrook, JI. (2020). Social networks and cognitive function in older adults receiving home and community based aged care. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 89:104083. DOI: 10.1016/j.archger.2020.104083

- Silva, F., Scortegagna, S., & Bertolotti, A. (2018). Facebook as a social support environment for older adults. *Universitas Psychologica*. 17(3), 1-11.
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). (2021). Guía de Cuidados Paliativos. Disponible en: https://www.secpal.com/biblioteca_guia-cuidados-paliativos_16-duelo
- Stoeckel, KJ., & Litwin, H. (2016). The impact of social networks on the relationship between functional impairment and depressive symptoms in older adults. *Int Psychogeriatr*. 28(1), 39-47. DOI: 10.1017/S1041610215000538
- Tablado F. (2021). Grupo Atico34. Brecha digital. Definición, causas y consecuencias. Disponible en: <https://protecciondatos-lopd.com/empresas/brecha-digital/>
- Van den Brink, R., Schutter, N., Hanssen, D., Elzinga, B.M., Rabeling-Keus, I.M., Stek, M. et al. (2018). Prognostic significance of social network, social support and loneliness for course of major depressive disorder in adulthood and old age. *Epidemiology and psychiatric sciences*. 27(3), 266-277. DOI: 10.1017/S2045796017000014
- Van Tilburg, T.G., Steinmetz, S., Stolte, E., van der Roest, H., & de Vries, D.H. (2021). Loneliness and Mental Health During the COVID-19 Pandemic: A study among dutch older adults. *The journal of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 76(7), e249-e255. DOI: 10.1093/geronb/gbaa111
- Vázquez, A., Baz, M., & Paz, M. (2020). El confinamiento por el COVID-19 causa soledad en las personas mayores. Revisión Sistemática. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. INFAD Revista de Psicología. 1(2), 471-478. <http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2021.n1.v2.2099>

- Vernia, A.M. (2020). Música y tecnología contra el COVID-19: Un caso en personas mayores. *Revista Prisma Social*. 32, 244-261. Disponible en: <https://revistaprismasocial.es/article/view/4050>
- White, A., Philogene, S., Fine, L., & Sinha, S. (2009). Social support and self-reported health status of older adults in the United States. *Research and Practice*. 99(10),1872-1878. DOI: 10.2105/AJPH.2008.146894
- Wiles, J., et al. (2019). Befriending services for culturally diverse older people. *Journal of Gerontological Social Work*. 62(7),776-793. DOI: 10.1080/01634372.2019.1640333
- Wu, F. & Sheng, Y. (2019). Social support network, social support, self-efficacy, health-promoting behavior and healthy aging among older adults; A pathway analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 85:103934. DOI: 10.1016/j.archger.2019.103934
- Yaguas, J., Pérez, M., Puga, MD., Tarazona, F., Losada, A., Márquez, M., et al. (2020). El reto de la soledad en las personas mayores. Fundación Bancaria “La Caixa”. Disponible en: https://eacnur.org/blog/ayudar-a-refugiados-en-espana-a-traves-del-proyecto-befriending-tc_alt45664n_o_pstn_o_pst/

VIII. ANEXOS

ANEXO I. Características sociodemográficas

Características Sociodemográficas.

- Sexo:
Masculino Femenino
- Año de nacimiento:
- Edad:
- Estado civil:
 - Soltero/a
 - Casado/a
 - Viudo/a
 - Separado/legalmente
 - Divorciado/a
 - No sabe/ No contesta
- País de Nacimiento:
- Residencia en España:
 - Sí No
- Nivel de estudios:
 - No sabe leer o escribir
 - Educación Primaria incompleta (Ha asistido menos de 5 años a la escuela)
 - Educación Primaria completa
 - Primera etapa de Enseñanza Secundaria, con o sin título (2º ESO aprobado, EGB, Bachillerato Elemental)
 - Estudios de Bachillerato
 - Enseñanzas profesionales de grado medio o equivalentes
 - Enseñanzas profesionales de grado superior o equivalentes
 - Estudios universitarios o equivalentes
 - No sabe/No contesta
- Clase social:
 - Clase 1 y 2
 - Clase 3 y 4
 - Clase 5 y 6
 - No sabe/ No contesta:

- Convivencia en el hogar:
 - Vive solo/a
 - Conviviendo con su cónyuge
 - Conviviendo con una pareja de hecho
 - Conviviendo en pareja
 - Conviviendo con hijos
 - Conviviendo con otro familiar
 - No sabe/No contesta
- En el caso de vivir solo ¿Por qué vive solo/a?
 - Decisión propia
 - Pérdida de algún familiar
 - Ruptura con la pareja
 - Evitar enfrentamiento en la familia
 - Problemas familiares
 - Otros
 - No sabe/ No contesta
- ¿Cuánto tiempo lleva viviendo solo?
 - < 6 meses
 - >6 meses pero menos de 1 año
 - Entre 1 y 2 años
 - Entre 3 y 5 años
 - Más de 5 años
 - No sabe/ No contesta
- En caso de vivir con otro familiar, ¿Cuánto tiempo lleva viviendo así?
 - < 6 meses
 - >6 meses pero menos de 1 año
 - Entre 1 año y 2 años
 - Entre 3 y 5 años
 - Más de 5 años
 - No sabe/ No contesta
- ¿Qué relación mantiene con sus familiares?
 - Muy buena
 - Buena
 - Regular
 - Mala
 - Muy mala

- ¿Qué relación mantiene con sus vecinos?
 - Muy buena
 - Buena
 - Regular
 - Mala
 - Muy mala
- ¿Necesitaría ayuda domiciliaria?
 - Sí
 - No
 - No sabe/ No contesta
- ¿Tiene ayuda domiciliaria?
 - Sí
 - No
 - No sabe/ No contesta
- Uso del ordenador
 - No tengo ordenador
 - No tengo ordenador, ni estoy interesado
 - Tengo ordenador pero no tengo tiempo
 - Tengo ordenador pero no sé utilizarlo
 - Tengo ordenador y me gustaría usarlo más
- Uso del teléfono móvil
 - No tengo móvil
 - No tengo móvil, ni estoy interesado
 - Tengo móvil pero no tengo tiempo
 - Tengo móvil pero no sé utilizarlo
 - Tengo móvil y me gustaría usarlo más
- En caso afirmativo de tener móvil: ¿Conoce las redes sociales?
 - Si
 - No
 - No sabe/No contesta
- En caso afirmativo de conocer las redes sociales ¿Tiene alguna?
 - Si
 - No

▪ ¿Qué red social tiene? (Elección múltiple)

- Facebook
- Instagram
- Twitter
- WhatsApp

▪ Estado de salud percibido en los últimos 12 meses

- Muy bueno
- Bueno
- Regular
- Malo
- Muy malo

ANEXO II. Cuestionario DUKE-UNC (Bellón JA et al., 1996).**Cuestionario DUKE-UNC (Bellón JA et al, 1996)**

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

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

1. Indica: <<Mucho menos de lo que deseo>>
2. Indica: <<Menos de lo que deseo>>
3. Indica: <<Ni mucho ni poco>>
4. Indica: <<Casi como deseo>>
5. Indica: <<Tanto como deseo>>

1) Recibo visitas de mis amigos y familiares	1	2	3	4	5
2) Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa	1	2	3	4	5
3) Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo	1	2	3	4	5
4) Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede	1	2	3	4	5
5) Recibo amor y afecto	1	2	3	4	5
6) Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en casa	1	2	3	4	5
7) Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares	1	2	3	4	5
8) Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos	1	2	3	4	5
9) Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	1	2	3	4	5
10) Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida	1	2	3	4	5
11) Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama	1	2	3	4	5

ANEXO III. Escala de valoración sociofamiliar de Gijón (García González JV et al., 1999)

Escala de valoración sociofamiliar de Gijón (García González JV et al, 1999)

Indique con un círculo su situación en los siguientes casos.

- Situación familiar
 1. Vive con familia sin dependencia físico/psíquica.
 2. Vive con cónyuge de similar edad.
 3. Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia
 4. Vive solo y tiene hijos próximos.
 5. Vive solo y carece de hijos o viven alejados.
 - Situación económica
 1. Más de 1,5 veces el salario mínimo
 2. Desde 1,5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusivamente
 3. Desde el salario mínimo hasta pensión mínima contributiva
 4. LISMI-FAS: Pensión no contributiva
 5. Sin ingresos o inferiores al apartado anterior
 - Vivienda
 1. Adecuada a las necesidades
 2. Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas estrechas, baños...)
 3. Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción)
 4. Ausencia de ascensor, teléfono.
 5. Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos)
 - Relaciones sociales
 1. Relaciones sociales
 2. Relación social sólo con familia y vecinos
 3. Relación social sólo con familia o vecinos
 4. No sale de su domicilio, recibe familia
 5. No sale, no recibe visitas.
 - Apoyo red social
 1. Con apoyo familiar o vecinal
 2. Voluntariado social, ayuda domiciliaria
 3. No tiene apoyo
 4. Pendiente de ingreso en residencia geriátrica
 5. Tiene cuidados permanentes.
-

ANEXO IV. Escala de soledad de UCLA (Russell DQ, 1996)

Escala de soledad de UCLA. (Russell DW, 1996)

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

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

1. Indica: <<me siento 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	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

ANEXO V. Informe del Comité de Ética de la Investigación.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

Hospital Universitario Reina Sofía

M.^a Mercedes Gil Campos, Secretaria en funciones del Comité de Ética de la Investigación de Córdoba, comité constituido a tenor de lo establecido en el Decreto 439/2010, de 14 de diciembre, por el que se regulan los órganos de ética asistencial y de la investigación biomédica de Andalucía (BOJA núm. 251 de 27 de diciembre) del que es Presidenta Inmaculada Concepción Herrera Arroyo

CERTIFICA

Que en la reunión del Comité de Ética de Investigación de Córdoba celebrada el día 24 de abril de 2019 (Acta nº 287, ref. 4287), se ha estudiado y evaluado el Proyecto de Investigación, titulado: "ENREDATE. El apoyo social en el sur de España. Estudio de intervención", Cód. Protocolo EASE-2019, Protocolo versión 1 – 17/03/2019 y Hoja de Información al Paciente y Consentimiento Informado versión 2 – 09/05/2019, en el que figura como Investigadora principal Dña. Elena López Cerdá y se realizará en Cruz Roja Española, habiendo considerado los integrantes de dicho Comité que el citado estudio respeta los principios fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki de 1964, de la Asociación Médica Mundial, y enmiendas posteriores, y en el Convenio del Consejo de Europa de 1996, relativo a los Derechos Humanos y a la Biomedicina, demostrando sus autores conocer suficientemente los antecedentes y el estado actual del tema que proponen investigar, estando bien definidos sus objetivos y siendo adecuada su metodología, por lo que hacen constar la viabilidad en todos sus términos del proyecto de investigación, estimando que los resultados pueden ser de gran interés.

Se hace constar, de acuerdo con el artículo 18 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, que la presente certificación se emite con anterioridad a la aprobación del acta correspondiente.

En Córdoba, a 14 de mayo de 2019

LA SECRETARIA



LA PRESIDENTA

Fdo.: M^a Mercedes Gil Campos, Secretaria en funciones

Fdo.: Inmaculada Concepción Herrera Arroyo

ANEXO VI. Hoja de Información y Consentimiento informado

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN SOBRE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Antes de proceder a la firma de este consentimiento informado, lea atentamente la información que a continuación se le facilita y realice las preguntas que considere oportunas.

Naturaleza:

Con este documento se le informa del estudio que Elena López Cerdá, alumna del Programa de Doctorado en Biomedicina de la Universidad de Córdoba, pretende llevar a cabo con el título: **“ENRED@TE. El apoyo social en el sur de España. Estudio de intervención”**.

El objetivo General del mismo es: conocer si el apoyo social percibido, la soledad percibida, el aislamiento social percibido y el apoyo familiar de los mayores de 65 años mejora tras participar en el proyecto Enred@te llevado a cabo por Cruz Roja Española (CRE).

Justificación del estudio:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el término salud como un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”⁽⁷⁾. Con el estudio que se presenta, se pretende dirigir la mirada a la esfera social de la Salud a través del proyecto ENRED@TE.

[7. Organización Mundial de la Salud (OMS). [Internet]. Preguntas más frecuentes [Citado 23 Noviembre 2018]. Disponible en <https://www.who.int/suggestions/faq/es/>]

Implicaciones:

- La participación es totalmente voluntaria.
- La recogida de la información se realiza de modo que se mantiene el TOTAL ANONIMATO, para que usted no pueda ser identificado nunca.
- Todos los datos serán tratados confidencialmente de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, guardando su estricta confidencialidad y su no acceso a terceros no autorizados y el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de datos (RGPD).
- La información obtenida se utilizará exclusivamente para los fines específicos de este estudio.

Riesgos de la investigación: Se trata de cumplimentar dos cuestionarios, sin ningún procedimiento técnico, por lo que no le producirá ningún efecto ni daño, sólo la disponibilidad del tiempo requerido.

Si requiere información adicional se puede poner en contacto con Elena López Cerdá en el correo electrónico: n12locee@uco.es

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO: “ENRED@TE. El apoyo social en el sur de España. Estudio de intervención”

- He leído el documento informativo que acompaña a este consentimiento.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio “ENRED@TE. El apoyo social en el sur de España. Estudio de intervención”.
- He recibido suficiente información sobre el estudio “ENRED@TE. El apoyo social en el sur de España. Estudio de intervención”.
- Comprendo que mi participación es voluntaria y soy libre de participar o no en el estudio.
- Se me ha informado que todos los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán conforme establece la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, guardando su estricta confidencialidad y su no acceso a terceros no autorizados, y el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de datos (RGPD).
- Se me ha informado de que la información obtenida sólo se utilizará para los fines específicos del estudio.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera
- Sin tener que dar explicaciones

Presto libremente mi conformidad para participar en el proyecto titulado: “ENRED@TE. El apoyo social en el sur de España. Estudio de intervención”