

Diagnóstico diferencial: deterioro de la interacción social y aislamiento social

Patricia Molina Mejías. Débora Muñoz Baeza

Universidad Complutense de Madrid. Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología.
Facultad de Medicina, Pabellón II, 3ª planta. Avda Complutense s/n. 28040. Madrid.
ey_frey_7@hotmail.com debora_muba@hotmail.com

Tutora

M^a Carmen Gómez Sánchez

Universidad Complutense de Madrid. Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología.
Facultad de Medicina, Pabellón II, 3ª planta. Avda Complutense s/n. 28040. Madrid.
mcgomez@enf.ucm.es

Resumen: Introducción: deterioro de la interacción social y aislamiento social, son dos de los diagnósticos enfermeros que abordamos con menor frecuencia en la práctica enfermera. Por eso, se hace necesario un estudio de ambos conceptos para poder tratarlos de manera correcta e independiente. Objetivos: Delimitar estos diagnósticos dentro del ámbito de las competencias de la profesión enfermera, con ayuda del diagnóstico y de los modelos teóricos de enfermería. Así como, enmarcarlos dentro de la clasificación enfermera más adecuada y desarrollar los factores relacionados y características definitorias propias de cada uno para establecer el diagnóstico diferencial. Desarrollo: Partiendo de estudios que abordan el deterioro de la interacción social y el aislamiento social desde disciplinas como la psicología o la sociología, se han utilizado autoras teóricas de enfermería para explicar estos dos conceptos y presentar etiologías y características definitorias que permitan prestar cuidados acordes con las competencias enfermeras. Conclusión: Se ha demostrado que la diferencia fundamental entre ambos diagnósticos reside en la etiología, por lo que la actuación y los cuidados enfermeros en cada caso serán distintos.

Palabras claves: Interacción social. Aislamiento social. Diagnóstico de enfermería.

Abstract: Background: Deterioration of the interpersonal relations and Social isolation are two of the nursing diagnoses that less we approach found in nursing practice. Therefore, it is necessary to study both concepts to treat them properly and independently. Objectives: To define these two diagnoses within the scope of the competence of the nursing profession. And, situate them correctly within the most appropriate nursing classification and explore the development of the related factors and the defining characteristics of each so as to establish the differential diagnosis. Development: Based on studies dealing with Deterioration of the interpersonal

relations and Social isolation from disciplines such as psychology or sociology, the authors have used nursing theory to explain these two concepts and present etiologies and defining characteristics so as to provide care in accordance with nursing skills. Conclusion: It has been shown that the major difference between the two diagnoses lies in their etiology, therefore the action and nursing care in each case will differ.

Keywords: Interpersonal Relations. Social Isolation. Nursing diagnosis.

INTRODUCCIÓN

Hoy en día, todo ser humano necesita relacionarse e interactuar continuamente con otras personas. Todo fenómeno social se concreta en última instancia en fenómenos de interacción. Así por ejemplo, la moda que a primera vista puede parecer impersonal, se expresa en interrelaciones. El ir vestido de cierta manera tiene un impacto en otros, los que a su vez reaccionan y afectan al primero. Este además, se ha ataviado de forma particular precisamente con el objeto de lograr ciertos efectos en otros y de despertar determinadas reacciones frente a su propia persona, y así en casi todas las actividades que realizamos cotidianamente. Porque toda nuestra vida, de no estar en un lugar solitario, es un continuo interactuar. Y además, actualmente gracias a los avances de la tecnología, no es necesario tener un contacto físico para establecer relaciones sociales, sino que de forma virtual logramos comunicarnos con un elevado número de personas.

Pero por determinadas circunstancias, las relaciones sociales se pueden ver alteradas. Para ello, clasificaremos a la población en 3 grupos para explicar de forma general las causas que pueden llevar a ello:

- Niño/adolescencia: a estas edades es muy frecuente que se discrimine o se deje de lado a un niño por ser diferente (obesidad, llevar gafas, discapacidad física o psíquica), ya que los niños que discriminan suelen ser muy crueles, y los que se sienten discriminados muy susceptibles, lo que genera una enorme dificultad para relacionarse.
- ✓ El uso de videojuegos hace que el niño permanezca más tiempo aislado y no se relacione con los demás. El autismo es una enfermedad muy común en los niños que cursa con un deterioro de la interacción social.
- ✓ Haciendo una reseña en los adolescentes, podemos decir que el no seguir las mismas conductas o hábitos (como fumar, beber bebidas alcohólicas, etc.) que el resto puede conllevar a disminuir también las relaciones sociales.

- Adultos: no es muy frecuente el aislamiento ya que la mayor parte de las relaciones se establecen en el entorno laboral.
- Ancianos: principalmente es debido a la jubilación. Por otra parte, también pueden disminuir las relaciones sociales determinadas enfermedades (sobre todo las enfermedades neurodegenerativas), viudedad, etc.

Hemos elegido estos diagnósticos, deterioro de la interacción social y aislamiento social, porque desde nuestro punto de vista no se abordan tanto por la enfermería, sino por la psicología; ya que la enfermería está más ligada a lo objetivo, es decir, a lo que se puede tocar, ver con nuestros propios ojos, tales como una herida, una situación de desnutrición, algo que se puede medir como por ejemplo la tensión arterial, la temperatura, la frecuencia cardíaca, etc.; y no a problemas tan subjetivos como lo que piensa el sujeto, lo que siente, sus creencias, etc., cosas que no se pueden ver ni cuantificar, sino que es el propio paciente quien nos tiene que dar esos datos, y nosotros quienes los interpretemos; y por esa razón, al no estar tan entrenados en ese campo, puede generar cierta confusión entre estos diagnósticos, por lo que creemos fundamental e imprescindible hacer un estudio de ellos para aportar los datos necesarios para abordarlos sin problema y hacer un buen diagnóstico diferencial.

Al ser nosotros los profesionales que más cerca estamos del paciente, y los que más tiempo empleamos en sus cuidados diarios, creemos que si tenemos la información adecuada de estas alteraciones como las características definitorias, los factores relacionados y unas buenas pautas de valoración, conseguiremos hacer un buen diagnóstico y establecer el mejor plan de cuidados para los pacientes.

La razón de confrontar el deterioro de la interacción social y el aislamiento social, en vez de riesgo de soledad y aislamiento social es porque revisando diversas fuentes de información (libros, artículos de revista, recursos electrónicos), hemos llegado a la conclusión de que el deterioro de la interacción social es un paso previo al aislamiento social, es decir, un déficit o deterioro de las relaciones sociales mantenido en el tiempo, podría llevar a un aislamiento social, e incluso a situaciones mucho más severas (depresión, suicidio, etc.).

Al ser situaciones tan parecidas, es muy fácil confundirlos a la hora de diagnosticarlos, es por ello, que para realizar un buen diagnóstico diferencial, se debe hacer un estudio específico de cada uno. Por esta razón, la estructura de nuestro trabajo es la siguiente:

- Breve introducción al tema.
- Clasificación según las distintas teorías y modelos de enfermería.
- Definición según la NANDA y otros autores.
- Indicaciones de cada diagnóstico.
- Valoración específica.
- Criterios de resultado (NOC) e indicadores.

- Intervenciones y actividades de enfermería (NIC).

INTERACCIÓN SOCIAL

Es bien conocido que al ser humano se le describe como un ser social. Esto en la realidad significa que vivimos en todo momento procesos de interacción con otras personas.

De la mañana a la noche estamos interactuando con otros seres humanos; desde el momento de levantarse, en el trayecto a la actividad laboral y sigue así hasta la vuelta a casa, en que se intercalan otro tipo de interacciones, como son los contactos con conocidos en el bar, la visita a un club, o el pasar a saludar amistades con uno u otro motivo⁽¹⁾.

Todas estas interacciones pueden llevar a la felicidad o a la desdicha de los seres humanos. Es decir, individuos y grupos viven distintos estados de ánimo, conforme a como son afectados por otros congéneres⁽¹⁾.

Por tanto, la interacción social determina formas de comportamiento, de relaciones sociales entre los individuos, estos y los grupos, las instituciones y la propia comunidad donde interactúan. Las relaciones se presentan y desarrollan de acuerdo con las percepciones y experiencias comunitarias y grupales, las tendencias para asumir los entornos y escenarios en sus más diversas dimensiones e incluso su influencia en las transformaciones políticas, sociales y económicas⁽²⁾.

Con este análisis diagnóstico que realizaremos a continuación se pretende definir el diagnóstico de deterioro de la interacción social para diferenciarlo del de aislamiento social. Para ellos nos centraremos primero en explicar qué es la Interacción social, para luego llegar a ese deterioro de la Interacción social.

Definición de Interacción Social

Existen gran cantidad de definiciones de Interacción Social; iremos desde la definición más simple a la más compleja:

“La **interacción social** es la acción que se ejerce recíprocamente entre dos o más agentes, en este caso, pertenecientes o relativos a la sociedad”⁽³⁾.

“La **interacción social** es el fenómeno básico mediante el cual se establece la posterior influencia social que recibe todo individuo”⁽⁴⁾.

“La **interacción social** son los actos, acciones o prácticas de dos o más personas mutuamente orientado hacia los demás seres, es decir, cualquier comportamiento que

trata de afectar o tener en cuenta las experiencias de otros subjetivos o intenciones''.⁽⁵⁾

''La **interacción social** es la parte de lo social presente en todo encuentro, incluso en los más íntimos. Porque todo encuentro interpersonal supone interactuantes socialmente situados y caracterizados, y se desarrolla en un contexto social que imprime su marca aportando un conjunto de códigos, de normas y de modales que vuelven posible la comunicación y aseguran su regulación''⁽⁶⁾.

Casi todas estas definiciones comparten un eje común, el cual explica, que la Interacción Social es la acción de relacionarse entre dos o más personas, y como consecuencia de esa relación, hay una repercusión social.

Tipos de Interacción Social

En una clasificación general, podemos distinguir cuatro tipos de interacción social:⁽⁷⁾

1. Accidental (contacto social): es la acción de relacionarse con una o varias personas de forma no planeada, sino causal, y normalmente no repetida, es decir, no se vuelve a dar en el tiempo.
2. Repetida, no planificada: es la acción de relacionarse de forma causal, por segunda vez con una o varias personas.
3. Regular, no planificada, pero muy común: es la acción de relacionarse diariamente con las mismas personas.
4. Regulada: es la acción de relacionarse de forma planeada y regulada por normas externas.

Todas estas distinciones de interacción social se realizan de dos formas:

- Forma No Verbal: intercambio de información y significación mediante movimientos del cuerpo, gestos y expresiones faciales.
- Forma Verbal: intercambio de información mediante el uso del lenguaje, que es el medio de comunicación más utilizado por las personas para interactuar unas con otras.

Elementos de la interacción social

La interacción social entre iguales comprende numerosos elementos a tener en cuenta: habilidades sociales (toma se turnos, asertividad, etc.), comprensión de los estados mentales de los demás (intenciones, creencias, emociones), adecuación con el

contexto en el que tiene lugar, etc. Uno de los elementos que también resulta fundamental para un adecuado funcionamiento social en el contexto de los iguales, resulta de la comprensión de las normas sociales que rigen ese contexto determinado⁽⁸⁾.

A este respecto podemos considerar la existencia de dos tipos principales de normas: las normas socio-convencionales o convenciones, y las normas morales. Las principales diferencias entre ambos tipos de normas provienen fundamentalmente del nivel de generalidad o relatividad del acto en sí, de la posibilidad de alteración de su naturaleza a través de la participación social, así como de su gravedad o nivel de afectación de los demás. ⁽⁸⁾.

En primer lugar, las normas sociales o convenciones (saludar, no entrar en los lavabos del sexo opuesto, etc.), son dependientes del contexto y de la cultura, contingentes a la existencia de una norma social explícita, y por lo tanto, pueden ser alteradas o varían según los significados socialmente construidos y los acuerdos mayoritarios. Por su parte, las normas morales (no robar, decir siempre la verdad, etc.), son de carácter generalizable e impersonal, inalterable e incapaz de someterse al acuerdo, al encontrarse ligadas a conceptos tan universales como la justicia, los derechos humanos, etc.⁽⁸⁾.

En segundo lugar, las normas morales tienen un efecto sobre el bienestar o los derechos de los demás; sin embargo, las convenciones sociales no afectan más que a las normas acordadas por la sociedad. Es por ello que, los agentes sociales implicados, en el caso de las transgresiones morales, tenderán a dirigir la argumentación o justificación hacia los efectos o daños de nuestros actos sobre el bienestar y los derechos de los demás, mientras que en el caso de las transgresiones de normas socio-convencionales, tenderán a hacerlo hacia aspectos como la organización social, la autoridad o la percepción que los demás poseerán⁽⁸⁾.

Formas actuales de interacción social

Según ha ido pasando el tiempo y el mundo de la tecnología ha ido avanzando, se han creado nuevas formas de interactuar unos con otros; ya no solo existe la posibilidad de comunicarse e interactuar cara a cara, o por una conversación telefónica; sino que se han desarrollado y han aparecido nuevos instrumentos de interacción social, e incluso se han convertido en uno de los más grandes avances del mundo virtual en los últimos años. Nos referimos a las Redes Sociales⁽⁹⁾.

Las redes sociales pueden definirse como un conjunto bien delimitado de actores -individuos, grupos, organizaciones, comunidades, sociedades globales, etc.- vinculados unos a otros a través de una relación o un conjunto de relaciones sociales. Mitchell (1969) añade que las “características de estos lazos en tanto que totalidad pueden ser usados para interpretar los comportamientos sociales de las personas implicadas”, pero parece más bien un objetivo genérico que un criterio específico de

definición. Otras definiciones son más instrumentales o más centradas en el aparato metodológico, como la de Freeman (1992): “colección más o menos precisa de conceptos y procedimientos analíticos y metodológicos que facilita la recogida de datos y el estudio sistemático de pautas de relaciones sociales entre la gente”. El rasgo más característico de las redes sociales consiste en que requieren “conceptos, definiciones y procesos en los que las unidades sociales aparecen vinculadas unas a otras a través de diversas relaciones” (S. Wasserman y K. Faust, 1994)⁽⁹⁾.

Los blogs fueron unos de los primeros útiles de este tipo que ofrecen la posibilidad de crear diarios virtuales. Estos fueron seguidos por los blogs móviles (blogs enviados desde un teléfono móvil), los wikis (páginas webs colaborativas y modificables), etc. Estos instrumentos impulsan y ganan valor a través de la interacción social, y ofrecen oportunidades para la manifestación de la inteligencia colectiva⁽¹⁰⁾.

El concepto de “red social” o “web 2.0” es normalmente utilizado para describir las comunidades virtuales en las cuales el contenido, como por ejemplo, los textos, las fotos, la música y los videos, lo crean y lo comparten los individuos. Las características adicionales de estos útiles permiten a los usuarios crear perfiles, publicar comentarios, intercambiar mensajes instantáneos y desarrollar listas de amigos. Ejemplos de comunidades de redes sociales incluyen sitios web como Facebook, Tuenti, MySpace, Bebo, etc. y aquellos que se centran en tipos específicos de contenido o intereses, tales como Flickr (en donde se comparten fotos) y Youtube y Google Video (en donde se comparten videos)⁽¹⁰⁾.

La popularidad de los sitios de redes sociales es sorprendente. Los datos arrojados por el último informe realizado por com Score -empresa líder en medición del mundo digital- sobre la utilización de las redes sociales en España y Europa en el año 2008, demuestran que más del 74% de los internautas europeos han visitado por lo menos una red social en el último año, mientras que en España este porcentaje se eleva al 73,3% de los internautas. Esto significa que casi 13 millones de españoles han utilizado esta herramienta durante el último año, un incremento de casi 41% con respecto al año 2007⁽¹⁰⁾.

Por tanto, podemos decir que esta forma de interacción social entre una o varias personas está en aumento, y cada vez un número mayor de personas lo utilizan, por lo que tiene gran importancia para la relación de las personas.

Estudios interesantes que apoyan la Interacción Social

- **La interacción social puede hacernos más inteligentes**⁽¹¹⁾.

Hablar con otras personas de manera amistosa puede hacer más fácil la resolución de problemas comunes porque aumenta la capacidad intelectual, sugiere un estudio reciente realizado por especialistas de la Universidad de Michigan, Estados Unidos.

Por el contrario, las conversaciones que son de tono más competitivo que cooperativo no aportan beneficios cognitivos a los interlocutores.

✓ Impacto en la función ejecutiva

El psicólogo Oscar Ybarra, director de la investigación y profesor del Instituto de Investigación Social (ISR) de la Universidad de Michigan, afirma en declaraciones recogidas en un comunicado de dicha Universidad que “el presente estudio demuestra que simplemente hablando con otras personas, por ejemplo, como cuando estamos haciendo amistades, se pueden obtener beneficios mentales”.

En el estudio, los investigadores analizaron el impacto en breves episodios de contacto social en un componente clave de la actividad mental: la función ejecutiva.

El concepto de “función ejecutiva” engloba a un conjunto de habilidades cognitivas que permiten la anticipación y el establecimiento de metas, la elaboración de planes y programas, el inicio de las actividades y operaciones mentales, la autorregulación de las tareas y la habilidad de llevarlas a cabo eficientemente.

Entre estas habilidades cognitivas se encuentran la memoria de trabajo, la planificación, la flexibilidad, la inhibición de la conducta y la capacidad de suprimir distracciones externas e internas, entre otras.

Por tanto, la función ejecutiva resulta esencial para desenvolverse en la vida cotidiana y resolver situaciones y problemas muy comunes.

✓ Qué relaciones ayudan a la mente

En una investigación previa, publicada en 2008 por el Personality and Social Psychology Bulletin, Ybarra descubrió que la interacción social a corto plazo proporciona un impulso a la función ejecutiva comparable con el impulso que propicia jugar a juegos de estimulación cerebral. En una de las fases de dicha investigación, los científicos descubrieron, mediante encuestas, que existía una relación positiva entre la interacción social (evaluada en función del número de contacto sociales reales) y el funcionamiento cognitivo de los participantes.

En una segunda fase del estudio, los investigadores constataron que una interacción social breve (de tan solo 10 minutos) ya facilitaba el rendimiento cognitivo.

En la presente investigación, Ybarra y sus colaboradores quisieron

establecer exactamente qué tipos de interacciones sociales son las que pueden ayudar a la mente, y qué tipos no pueden ayudarla. Para hacerlo, analizaron un total de 192 estudiantes universitarios.

De esta forma, descubrieron que implicarse en conversaciones breves (de 10 minutos de duración) en las que los participantes, simplemente, debían familiarizarse con otras personas, impulsaba su rendimiento subsiguiente en una serie de tareas cognitivas comunes.

Por el contrario, cuando los participantes se implicaron en interacciones competitivas, su rendimiento posterior en dichas tareas no aumentó, informan los investigadores de un artículo aparecido en *Social Psychological and Personality Science*.

✓ **Aspectos prácticos**

Según Ybarra: “Creemos que el aumento del rendimiento en el primer caso se debe a que algunas interacciones sociales inducen a las personas a tratar de leer las mentes de otros y a captar su perspectiva de las cosas”, un esfuerzo que acaba beneficiando a la agilidad mental del que toma esa actitud.

El investigador señala que estos resultados, unidos a los obtenidos en investigaciones previas, permitirán comprender mejor la relación entre inteligencia social e inteligencia general.

Los hallazgos encajan, por ejemplo, con perspectivas evolutivas sobre el efecto de las presiones sociales en el desarrollo de la inteligencia y también con estudios neurológicos que han demostrado una imbricación neuronal entre las funciones ejecutiva y socio-cognitiva del cerebro.

En los contextos competitivos que se dan en algunas organizaciones, hay que estar alerta para no dejar que las interacciones sociales que allí se den afecten a la flexibilidad cognitiva y a la concentración, afirma Ybarra.

- **Un estudio neurocientífico analiza cómo la interacción social moldea nuestros propios recuerdos⁽¹²⁾.**

Los recuerdos son sociales y pueden cambiar cuando un individuo se expone a los recuerdos de los demás. Así lo ratifican los experimentos de Edelson et al., que muestran que la actividad de dos regiones involucradas en la memoria de un individuo, el hipocampo y la amígdala, pueden variar en función de su interacción con los demás. Los contadores de historias las embellecen con objeto de reflejar mejor los intereses de su audiencia y se permiten licencias poéticas que distorsionan los hechos. Los psicólogos cognitivos le llaman

“contagio” a este proceso social que altera la memoria de los oyentes. Lo que puede ser negativo en las declaraciones de testigos en tribunales de justicia tiene un papel positivo en nuestras relaciones sociales que no podemos desdeñar.

La resonancia magnética funcional permite registrar la actividad cerebral de una persona mientras es sometida a un test psicológico. Edelson et al., la han usado para estudiar a 30 adultos en un experimento en el que, tras ver una película de tipo documental, se pudieron a prueba sus recuerdos del documental durante 2 semanas. Los investigadores trataron de inducir errores en la memoria de algunas personas diciéndoles lo que los demás recordaban sobre el documental, pero en realidad falsearon estos “recuerdos” colectivos de forma aleatoria e intencional. Sus resultados muestran vías neurales separadas para los errores “transitorios” de memoria (que reflejan la conformidad social) y los errores “persistentes” de memoria (que reflejan lo que se recuerda de verdad). En concreto, la activación neural del hipocampo es mayor para los errores de memoria persistentes que para los transitorios. También han sido capaces de distinguir entre los errores en los recuerdos debidos a la influencia social (los expuestos por otras personas) y los otros (los debidos a las respuestas de un cuestionario hecho mediante ordenador), los primeros presentan una mayor actividad en la amígdala.

Estos resultados son sorprendentes, aunque todavía no se entienden sus causas de forma completa. Investigaciones futuras serán necesarias para clarificar la situación, aunque la hipótesis de Edelson et al., es que actúa un proceso llamado inhibición social que moldea los recuerdos propios en función de los relatos de los recuerdos por parte de otras personas. Este proceso neural es un arma de doble filo. Por un lado es beneficioso para cada miembro del grupo social, que si se olvida alguna información importante (sobre recursos alimenticios o posibles peligros) puede recuperar dicha memoria gracias a la información de otros miembros del grupo. Por otro lado es perjudicial ya que, al igual que las ilusiones perceptivas, puede generar contradicciones entre recuerdos propios interrelacionados que conduzcan a falsear los recuerdos propios fiables.

Diagnóstico Enfermero: deterioro de la Interacción Social (00052)

Una vez explicado en profundidad lo que es la Interacción social, vamos a estudiar nuestro diagnóstico enfermero que se da cuando no se lleva a cabo la interacción social de forma eficiente o hay alguna alteración en ella.

- **Clasificación del diagnóstico enfermero Deterioro de la Interacción Social (1986)**

Existen varias formas de clasificar un diagnóstico enfermero, lo podemos hacer según la NANDA, los patrones funcionales de Marjory Gordon o las necesidades básicas de Virginia Henderson.

Por tanto, vamos a clasificar nuestro diagnóstico de las tres formas posibles:

La NANDA, fundada en 1982 proveniente del grupo de trabajo establecido en el Congreso nacional sobre clasificación de diagnósticos enfermeros celebrado en la ciudad de San Luis (EEUU) con la intención de identificar, desarrollar y clasificar los Diagnósticos de enfermería, incluye deterioro de la interacción social (1986) en el Dominio 7 Rol-Relaciones, Clase 3 Desempeño del Rol, Concepto diagnóstico: Interacción social⁽¹³⁾.

Según los patrones funcionales, creados en los años setenta por Marjory Gordon para enseñarles a los alumnos de la escuela de enfermería de Boston cómo debían realizar la valoración de los pacientes mediante un método que permitía reunir los datos necesarios y contemplaba al paciente, a su familia y a su entorno de una manera global y holística, creando así los 11 patrones funcionales, dentro de los cuales nuestro diagnóstico de Deterioro de la Interacción social se encuentra dentro del Patrón 8 función y relación⁽¹³⁾.

Y por último, las 14 necesidades de Virginia Henderson, modelo que se basa en que la enfermería debe de servir de ayuda tanto al individuo sano como enfermo para la realización de las actividades de la vida diaria que contribuyan a mantener su estado de salud, recuperarla cuando se ha perdido o conseguir una muerte digna, incluye el diagnóstico de Deterioro de la Interacción social en la Necesidad básica 10 Comunicación⁽¹³⁾.

- **Definición de Deterioro de la Interacción Social**

Una vez clasificado nuestro diagnóstico, vamos a proceder a definirlo:

Según la NANDA, “Deterioro de la Interacción social es el intercambio social inefectivo o cuantitativamente insuficiente o excesivo”⁽¹⁴⁾

Según otros autores, como Carpenito; “Deterioro de la Interacción social es el estado en el cual la persona experimenta o está en riesgo de experimentar respuestas negativas, insuficientes o insatisfactorias en sus relaciones sociales”⁽¹⁵⁾.

Se aconseja utilizar esta etiqueta cuando se valore que está alterado el equilibrio entre la soledad y la interacción social, aunque la persona no sea

consciente de ello⁽¹⁶⁾.

Se desaconseja utilizarla cuando no tenga su origen en factores sociales, culturales, religiosos o situacionales no modificables⁽¹⁶⁾.

Otros posibles diagnósticos pueden ser, según Carpenito:⁽¹⁵⁾

- Baja autoestima crónica o situacional.
- Trastorno de la comunicación verbal.
- Alteración de los procesos de pensamiento.
- Aislamiento social.

Conviene distinguir entre deterioro de la interacción social y aislamiento social. El diagnóstico deterioro de la interacción social se centra más en las capacidades y técnicas sociales del paciente, mientras que aislamiento social se centra en la sensación de soledad del paciente, que no tiene por qué ser el resultado de unas técnicas sociales ineficaces. Comparamos las características definitorias y los factores relacionados en una tabla⁽¹⁷⁾.

	Deterioro de la interacción social.	Aislamiento social.
Características definitorias compartidas.	Incomodidad expresada u observada ante sistemas sociales.	
Características definitorias diferentes.	<ul style="list-style-type: none"> - Comportamientos sociales ineficaces. - Sensación de rechazo 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensación de soledad impuesta por los demás.
Factores relacionados.	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de conocimientos sobre técnicas sociales. - Barreras de comunicación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Discapacidad mental. - Discapacidades físicas.

Tabla 1. Distinción entre Deterioro de la Interacción Social y Aislamiento Social. Fuente: Wilkinson JM. Manual de diagnósticos de enfermería. 9ª ed. Madrid: Pearson education; 2008.

Si este problema de interacción social se intensifica o se prolonga, puede conducir a un diagnóstico de aislamiento social⁽¹⁵⁾.

- **Factores relacionados**⁽¹⁴⁾

Una vez definido el diagnóstico y habiéndolo encuadrado dentro de las posibles clasificaciones, se debe señalar la etiología del problema. Al tratarse de un diagnóstico tan amplio y que puede ser tratado por varios profesionales, hay que definirlo dentro del campo de enfermería.

El deterioro de las relaciones sociales puede deberse a una gran variedad de

situaciones y problemas de salud que guardan relación con la incapacidad para establecer y mantener relaciones gratificantes. A continuación se enumeran algunas fuentes frecuentes:

- ✓ Déficit de conocimientos o habilidades sobre el modo de fomentar la reciprocidad.
- ✓ Aislamiento terapéutico.
- ✓ Disonancia sociocultural.
- ✓ Limitación de la movilidad física.
- ✓ Barreras ambientales.
- ✓ Alteración de los procesos de pensamiento.
- ✓ Ausencia de compañeros o personas significativas.
- ✓ Trastorno del autoconcepto.

Características definitorias⁽¹⁴⁾

Entendiendo las características como la sintomatología del problema, podemos decir que pueden ser:

- Verbalización u observación de incapacidad para percibir o transmitir una sensación satisfactoria de pertenencia, cariño, interés o historia compartida.
- Verbalización u observación de malestar en las situaciones sociales.
- Observación de empleo de conductas de interacción social ineficaces.
- Interacción disfuncional con los compañeros, familia o amigos.
- Informes familiares de cambio del estilo o patrón de interacción.

Criterios de valoración específica⁽¹⁵⁾

Datos subjetivos

Valorar las características definitorias

Disponibilidad y reacción de los demás:

- Familiares y allegados
 - ✓ Temor.
 - ✓ Frustración.
 - ✓ Culpabilidad.
 - ✓ Ira.
 - ✓ Vergüenza.
 - ✓ Desesperación.

- Relaciones
 - ✓ ¿Tiene amigos?
 - ✓ ¿Ha establecido amistades?
 - ✓ ¿Inicia el contacto o espera que los amigos le llamen?
 - ✓ ¿Está satisfecho con sus relaciones sociales?
 - ✓ ¿Cuál es la razón de su insatisfacción con su entramado social?

- Técnicas de afrontamiento
 - ✓ ¿Cómo responde al estrés o a los conflictos?
 - ✓ Abuso de sustancias (drogas, alcohol, alimentos).
 - ✓ Agresión (verbal o física).
 - ✓ Ideas o ademanes suicidas.
 - ✓ Introversión.

- Antecedentes judiciales (detenciones, condenas)

Valorar los factores relacionados

Patrones y técnicas de interacción:

- En relación con el trabajo
 - ✓ Búsqueda de trabajo y técnicas para las entrevistas.
Capaz de identificar sus propias capacidades laborales.
Se viste de forma apropiada.
Formula las preguntas adecuadas.
Identifica las fuentes de empleo.
Capaz de rellenar una solicitud.
Expectativas laborales realistas.
 - ✓ Situación laboral
Empleado.
Desempleado.
 - ✓ Antecedentes laborales:
Duración del empleo.
Razones para dejarlo (problemas con los compañeros o los superiores).
Frecuencia de cambios de empleo.
Relaciones con los compañeros de trabajo:
Contactos fuera del trabajo.

- Forma de vida
 - ✓ Capacidad para vivir en colaboración con otros.
 - ✓ Participar en tareas de grupo tales como la preparación de la comida y la limpieza.
 - ✓ Realización de las tareas asignadas.
 - ✓ Higiene personal adecuada.

- ✓ ¿Cómo soluciona los conflictos?
- ✓ Dependencia.
- ✓ Residencia:
 - ¿Dónde? (familia, casa de grupo, pensión, institución)
 - ¿Cuánto tiempo?
 - Frecuencia de traslados.
 - Razones para los traslados.

Obstáculos para funcionar en la comunidad:

- ✓ Higiene personal escasa.
- ✓ Expectativas de confianza en sí mismo.
- ✓ Ausencia de actividades para el tiempo libre.
- ✓ Conducta inadecuada en público.
- ✓ Problemas con la justicia.
- ✓ Desempleo.
- ✓ Residencias inestables, transitorias.
- ✓ Aislamiento social.

• Ocio/tiempo libre:

- ✓ ¿Qué hace en su tiempo libre?
- ✓ ¿Con quién comparte su tiempo libre?
- ✓ ¿Asiste a alguna actividad organizada?
- ✓ ¿Qué dificulta su participación en las actividades de ocio?
- ✓ ¿Prefiere las actividades individuales o de grupo?

• Cambios vitales recientes:

- ✓ Analizar cada uno de los cambios siguientes:
 - ✓ Urgencias (p.ej: policía, bomberos).
 - ✓ Salud (p.ej: los que viven con él).
 - ✓ Económicos (p.ej: aumento o disminución de ingresos, deudas).
 - Laborales (p.ej: cambios en la responsabilidad).
 - Relaciones (p.ej: nuevas, rotas).
 - Tratamiento (p.ej: cambio en las medicaciones, terapeuta).
 - De maduración (p.ej: menopausia).

✓ **Datos objetivos**

Valorar los factores relacionados

• Aspecto general:

- ✓ Expresión facial (p.ej: triste, hostil, inexpresivo).
- ✓ Vestimenta (p.ej: meticuloso, desaliñado, seductor, excéntrico).
- ✓ Higiene personal.
 - Limpieza.
 - Acicalamiento.
 - Ropa (idoneidad, estado).

- Patrón de comunicación:
 - ✓ Durante la entrevista:
 - Tranquilo.
 - Hostil.
 - Apático.
 - Exaltado.
 - Egocéntrico.
 - Huidizo.
 - Colaborador.
 - Hiperactivo.
 - ✓ Contenido.
 - ✓ Adecuado.
 - ✓ Divagación.
 - ✓ Susplicacia.
 - ✓ Negación del problema.
 - ✓ Exageración.
 - ✓ Obsesión sexual.
 - ✓ Religiosidad.
 - ✓ Inutilidad.
 - ✓ Delirios.
 - ✓ Obsesiones.
 - ✓ Planes homicidas o suicidas.
 - Tipo de discurso
 - ✓ Apropiado.
 - ✓ Circunstancial (incapaz de llegar a un punto).
 - ✓ Bloqueo (incapaz de acabar una idea).
 - ✓ Salto de un tema a otro.
 - ✓ Indecisión.
 - ✓ Neologismos.
 - ✓ Ensalada de palabras.
 - Velocidad del discurso
 - ✓ Apropiaada.
 - ✓ Excesiva.
 - ✓ Lenta.
 - ✓ Apresurada.
-
- Técnicas de relación
 - ✓ Capaz de escuchar y responder adecuadamente.
 - ✓ Tiene capacidad para la conversación.
 - ✓ No busca relacionarse.
 - ✓ Introverso, preocupado de sí mismo.
 - ✓ Vive colaborando con otras personas.
 - ✓ Muestra dependencia, pasividad.
 - ✓ Exigente, suplicante.
 - ✓ Hostil.

Barreras para relacionarse satisfactoriamente:

- ✓ Aislamiento social.
- ✓ Depresión intensa.
- ✓ Crisis de angustia.
- ✓ Trastornos del pensamiento.
- ✓ Enfermedad mental crónica.
- ✓ Preocupación por la enfermedad.

- **Criterios de resultado de enfermería** ⁽¹⁸⁾

Los objetivos que se proponen de manera oficial en la Nursing Outcomes Classification (NOC) para el diagnóstico de Deterioro de la Interacción Social son:

- ✓ **Resultados NOC sugeridos:**

Habilidades de Interacción Social (1502): uso por un individuo de conductas de interacción efectivas. Evidenciado por los siguientes indicadores:

- Divulgación (150201).
- Receptividad (150202).
- Cooperación (150203).
- Sensibilidad (150204).
- Afirmación (150205).
- Confrontación (150206).
- Consideración (150207).
- Legitimidad (150208).
- Calidez (150209).
- Estabilidad (150210).
- Relajación (150211).
- Relaciones (150212).
- Confianza (150213).
- Compromiso (150214).
- Otros (150215).

Escala: Ninguna / Escasa / Moderada / Sustancial / Extensa

Implicación Social (1503): frecuencia de las interacciones sociales de un individuo con personas, grupos u organizaciones. Evidenciado por los siguientes indicadores:

- Interacción con los amigos íntimos (150301).
- Interacción con vecinos (150302).
- Interacción con miembros de la familia (150303).

- Interacción con miembros de grupos de trabajo (150304).
- Participación como miembro de una iglesia (150305).
- Participación en el trabajo activo de la iglesia (150306).
- Participación como miembro de un club (150307).
- Participación como empleado de un club (150308).
- Participación como miembro de un grupo de voluntarios (150309).
- Realización de actividades de voluntariado (150310).
- Participación en actividades de ocio (150311).
- Otros (150312).

Escala: Ninguna / Escasa / Moderada / Sustancial / Extensa.

Soporte Social (1504): disponibilidad percibida y provisión real de ayuda segura de otras personas. Evidenciado por los siguientes indicadores:

- Refiere ayuda económica de otras personas (150401).
- Refiere dedicación de tiempo de otras personas (150402).
- Refiere tareas realizadas por otras personas (150403).
- Refiere información proporcionada por otras personas (150404).
- Refiere ayuda emocional proporcionada por otras personas (150405).
- Refiere relaciones de confianza (150406).
- Refiere la existencia de personas que pueden ayudarle cuando lo necesita (150407).
- Evidencia de voluntad para buscar ayuda en otras personas (150408).
- Refiere una red social de ayuda (150409).
- Refiere contactos sociales de soportes adecuados (150410).
- Refiere una red social estable (150411).
- Refiere ayuda ofrecida por los demás (150412).
- Otros (150413).

Escala: Ninguno / Escaso / Moderado / Sustancial / Extenso.

Participación en Actividades de Ocio (1604): uso de las actividades de ocio o relajantes, de cara a fomentar el bienestar. Evidenciado por los siguientes indicadores:

- Participación en actividades diferentes al trabajo habitual (160401).
- Expresión de satisfacción con las actividades de ocio (160402).
- Uso de habilidades sociales y de interacción apropiadas (160403).
- Refiere relajación con las actividades de ocio (160404).
- Demostración de creatividad durante las actividades de ocio (160405).
- Control del propio ocio (160406).
- Identificación de opciones recreativas (160407).
- Refiere descanso con las actividades de ocio (160408).
- Otros (160409).

Escala: No adecuada: 1/Ligeramente adecuada: 2/Moderadamente adecuada: 3/Sustancialmente adecuada: 4/Completamente adecuada: 5

✓ **Resultados NOC opcionales/adicionales:**

- Adaptación a la condición física.
- Autocontrol del pensamiento distorsionado.
- Autoestima (1205).
- Comunicación (902).
- Consecuencias de la inmovilidad: psico-cognitivas (205).
- Ejecución del rol (1501).
- Energía psicomotora (6).
- Estado de comodidad: sociocultural.
- Funcionamiento de la familia (2602).
- Imagen corporal (1200).
- Integridad de la familia (2603).
- Movilidad.
- Nivel de estrés.
- Nivel de fatiga.
- Nivel de hiperactividad.
- Nivel de miedo.
- Severidad de la sociedad.

• **Intervenciones de Enfermería (NIC)**

Una vez descritos los Criterios de resultado, hay que señalar las herramientas que van a utilizar los profesionales de enfermería para llegar a los resultados que se esperan obtener.

Al igual que con los Criterios de resultado, hay una gran variedad de intervenciones de Enfermería que se pueden utilizar para un paciente con Deterioro de la Interacción social.

Según Johnson M, las intervenciones principales para este diagnóstico son: ⁽¹⁹⁾.

Estimulación de la integridad familiar (7100)

- Favorecer la cohesión y la unidad familiar.

Mantenimiento en procesos familiares (7130)

- Minimizar los efectos en los procesos de ruptura familiar.

Fomentar el desarrollo: niños (8274)

- Facilitar o enseñar a los padres/cuidadores a conseguir un crecimiento global y específico lingüístico, cognitivo, social, emocional y motor total de los niños en edad pre-escolar y escolar.

Fomentar el desarrollo: adolescente (8272)

- Facilitar el crecimiento físico, cognitivo, social y emocional óptimo de los individuos durante la transición de la infancia a la edad adulta.

Potenciación de la autoestima (5400)

- Ayudar al paciente a que aumente el juicio personal de su propia valía.

Potenciación de la socialización (5100)

- Facilitar la capacidad de una persona para interactuar con otros.

Modificación de la conducta: habilidades sociales (4362)

- Ayuda al paciente para que desarrolle o mejore las habilidades sociales interpersonales.

Relaciones complejas en el hospital (5000)

- Establecimiento de una relación terapéutica con un paciente que tiene dificultades en la interacción con los demás.

Terapia de entrenamiento (5360)

- Utilización intencionada de actividades recreativas para fomentar la relación y potenciar las capacidades sociales.

Terapia con juegos (4430)

- Utilización intencionada de juguetes u otros equipos para ayudar al paciente a comunicar su percepción del mundo y ayudarle en su interacción con el ambiente.

Por otra parte, M^a Teresa Luis Rodrigo hace una clasificación más general de las intervenciones, y en base a la vida diaria, medio ambiente terapéutico y educación para la salud:⁽¹⁶⁾

Vida diaria

- Si hay una cantidad insuficiente de contactos sociales o familiares, planificar conjuntamente la forma de aumentarlos de manera progresiva.
- Marcar objetivos realistas para las nuevas interacciones sociales.
- Adecuar el entorno para minimizar las barreras físicas que dificultan o impiden las relaciones sociales e identificar formas alternativas a la presencia física, como las llamadas telefónicas o los contactos por carta; valorar la posibilidad de utilizar los servicios de voluntariado social.
- Si toma medicación prescrita o no que pueda coadyuvar al problema, aconsejar la consulta con el médico para determinar la posibilidad de suspenderla, reducirla o cambiarla para disminuir los efectos secundarios.
- Si hay dependencia del alcohol o drogas ilegales, aconsejar la consulta con el profesional de salud mental.
- Si está ingresado en un centro de cuidados, favorecer la participación en actos colectivos como comer en el comedor, ir a la sala de estar a ver la televisión, participar en juegos de mesa, etc., y flexibilizar al máximo el horario de visitas.
- Ayudar a identificar situaciones que faciliten las relaciones con personas de todos los grupos de edad.
- Animar a la persona a cambiar de entorno, por ejemplo, salir al cine o ir al teatro.
- Si hay barreras para la comunicación, determinar la forma de eliminarlas o minimizarlas: uso de un audífono, aprender el idioma dominante, establecer un sistema alternativo a la comunicación hablada (escritura, signos, dibujos, etc.).
- Discutir los beneficios de la asistencia a terapias de grupo o grupos de ayuda mutua.
- Si el deterioro de la interacción social se debe a padecer una enfermedad con un importante rechazo social (sida, tuberculosis), determinar a qué personas o grupos de soporte puede acudir: voluntarios sociales o religiosos, familiares allegados, etc.
- Identificar a los grupos de la comunidad que puedan servir de apoyo o ayudar a la persona a integrarse: centros para jubilados, centros de día para los ancianos, participación en asociaciones o grupos de ayuda mutua.

- Pactar las actividades de tiempo libre que puede y le gustaría hacer, así como la forma de incluirlas en su vida diaria.
- Fomentar las actividades de enriquecimiento personal como leer, aprender idiomas, hacer trabajos manuales; desaconsejar el permanecer demasiado tiempo pasivo, por ejemplo, viendo la televisión.
- Ayudar a la persona a identificar elementos positivos que faciliten la aceptación de sí mismo.
- Usar el rol-playing para practicar la mejora de las habilidades y técnicas de comunicación.
- Discutir la posibilidad de unirse a un grupo de voluntariado social como medio para ayudar a otras personas y para aumentar la cantidad y calidad de los contactos sociales.

Medio ambiente terapéutico

- Permanecer física y emocionalmente accesible.
- Establecer una relación individualizada.
- Reconocer y elogiar las mejoras tanto en el aspecto personal como en las habilidades sociales o de comunicación.

Educación para la salud

Valorar la conveniencia de explicar o demostrar:

- Reglas, usos y costumbres sociales.
- Habilidades de comunicación, que debemos poner en práctica con nuestros pacientes, pero también explicarles cómo se lleva a cabo una relación empática y una escucha activa para que mejoren sus habilidades sociales y mejoren la capacidad de interrelacionarse.

✓ **Empatía:**⁽²⁰⁾

Se considera empático al profesional que muestra una elevada productividad y expresividad verbal, así como una buena capacidad para atender y permanecer concentrado ante los mensajes del paciente.

Hay que resaltar la importancia de la expresión de la empatía con lenguaje no verbal ya que, por muy atentamente que se escuche a los pacientes, si no se utilizan gestos corporales de apoyo (asentimiento de cabeza, sonidos guturales de tipo “umm”, etc.), el paciente no se siente comprendido. Sin embargo, a veces se cae en la

fácil tentación de utilizar los indicios no verbales de la atención empática para hacer creer al paciente que se le está escuchando, cuando en realidad no apetece prestarle atención.

La enfermera que carece de esta cualidad usa con profusión el silencio, interrumpe las intervenciones de los pacientes o muestra un tiempo de respuesta excesivamente largo. El ejemplo típico de enfermera no empática sería la persona que apenas mira al paciente y que permanece concentrada en la historia clínica o en la técnica, no responde o lo hace con monosílabos, muestra sensación de desgana a las preguntas del paciente y cuando el enfermo narra espontáneamente lo que le pasa, le interrumpe continuamente para que “vaya al grano”.

Las habilidades, por tanto, que tiene que tener una enfermera para establecer una relación empática con el paciente deben de ser verbales y no verbales.

Verbal	No verbal
<ul style="list-style-type: none"> - Saludar al inicio de la conversación. - Presentarse. - Utilizar el nombre del paciente (ocasionalmente, no sistemáticamente). - Tiempo de reacción bajo (de manera que se le deje hablar sin interrupciones). - Facilitar la retroalimentación por parte del paciente. - Preguntar por los sentimientos y aspectos psicosociales. - Prescindir de a crítica y la culpabilización. - Evitar dar falsas seguridades. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mantener la mirada del paciente - Postura relajada y abierta al escuchar. - Sincronía no verbal y afectividad (si el enfermo relata hechos tristes mantener la expresión verbal acorde y lo mismo si los temas son agradables). - Emplear elementos facilitadores. - Intentar tomar el mínimo de notas en la historia clínica mientras habla. - Ser especialmente cuidadosos y educados en todo lo que se relacione con la exploración física. - Utilizar el contacto físico ocasionalmente si el paciente se muestra hundido o desvalido.

Tabla 2. Habilidades verbales y no verbales, relacionadas con la empatía. Fuente: Tazón Ansola P, García Campayo J, Aseguinolaza Chopitea L. Relación y Comunicación. 2ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2009.

✓ **Escucha activa (4920):⁽²⁰⁾**

Uno de los aspectos más influyentes en la mejora de la comunicación es el desarrollo de los hábitos de escucha. Sin embargo, escuchar no es algo tan fácil y automático como oír y por experiencia se sabe que muchas veces se

oye pero no se escucha. El proceso de escuchar empieza primero como fisiológico y enseguida se convierte en proceso psicológico: “Escuchar es un proceso psicológico que, partiendo de la audición, implica otras variables del sujeto: atención, interés, motivación etc. Y es un proceso mucho más complejo que la simple pasividad que asociamos al dejar de hablar”.

Sin embargo, la escucha activa no es solo una técnica, se trata de una actitud que exige de la enfermera una competencia especial: consiste en ayudar al paciente a exponer su situación y saber detectar lo que el paciente no ha dicho.

Hay determinados factores que dificultan la escucha, como los factores ambientales y los personales.

Personales	Ambientales
<ul style="list-style-type: none"> - Cansancio, somnolencia, etc. - Ansiedad. - Distancia emocional. - Impulsividad. - Irritabilidad. - Miedos. - Prejuicios. - Ideas irracionales. - Creencias profesionales. - Distracciones. - Diferencias nivel sociocultural. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ruidos del entorno. - Decoración inadecuada. - Teléfono, personas que entran, salen, etc.

Tabla 3. Factores que dificultan la escucha. Fuente: Tazón Ansola P, Garcia Campayo J, Aseguinolaza Chopitea L. Relación y Comunicación. 2ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2009.

Escuchar de forma activa supone un gran esfuerzo y una preparación previa sobre las que se asientan las habilidades.

Como se ha señalado, teniendo en cuenta los factores que la dificultan, se deberá realizar una preparación de los aspectos ambientales y personales:

- Preparación del entorno: todo ello se hará para crear un clima de sosiego e intimidad donde el paciente pueda concentrarse. Sin esa concentración las informaciones recibidas no son del todo fiables.
- Espacio cálido, agradable en su decoración, limpio. Suficientemente amplio y bien ventilado. Distancia entre profesional y paciente adecuada. Sillas al mismo nivel. Alejado lo máximo posible del ruido.
- Personales: el profesional también deberá realizar una preparación previa cognitiva y de actitudes. En el ámbito cognitivo deberá:
 - ✓ Estimular la motivación por la que escucha.
 - ✓ Evitar el juicio personal.
 - ✓ Resistir las distracciones: las externas y las internas.

Además de todo esto, conviene tener una serie de habilidades tanto verbales como no verbales, para desarrollar la escucha activa.

Comunicación no verbal	Comunicación verbal
<ul style="list-style-type: none"> - Escuchar con tono emocional. - Mantener contacto ocular. - Elementos facilitadores. - Adoptar una postura adecuada. - Expresión facial empática y sintónica. 	<ul style="list-style-type: none"> - No interrumpir salvo concreción. - Sintetizar los puntos claves del mensaje. - Repetir la idea central. - No manifestar juicio sino comprensión. - Saber estar en silencio.

Tabla 4. Habilidades para desarrollar la escucha activa. Fuente: Tazón Ansola P, García Campayo J, Aseguiñolaza Chopitea L. Relación y Comunicación. 2ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2009.

AISLAMIENTO SOCIAL

Concepto

Antes de adentrarnos en el estudio del aislamiento social, conviene llevar a cabo un comentario terminológico que ayude a entender mejor las complejas relaciones y a clarificar los posibles malentendidos semánticos unidos a los términos de exclusión social, soledad y aislamiento:⁽²⁰⁾

Exclusión social: es un término claramente relacionado con los procesos estructurales, macroeconómicos y sociológicos.

La exclusión social puede entenderse como la situación en la que se centran las personas que no pueden participar plenamente en la vida económica, social y civil; y cuyos ingresos o recursos son tan inadecuados que no les permiten disfrutar de un nivel y una calidad de vida aceptable por la sociedad en la que vivimos.

Soledad: se define como el estado aversivo experimentado cuando existe una discrepancia entre las relaciones interpersonales deseadas y las percibidas en cada momento. Es un término que proviene de la tradición psicológica.

Aislamiento: término más próximo a los niveles microsociales, familiares o del grupo de amigos, en definitiva a los factores relacionales y psicosociales.

Es la ausencia de relaciones sociales satisfactorias y de un bajo nivel de participación en la vida comunitaria. Implica experimentar una serie de factores como bajo nivel de participación social y niveles de actividad social que la persona identifica como inadecuadas.

- **Otras definiciones de aislamiento social**

- ✓ Alteración de la conducta por la cual la persona deja de relacionarse normalmente con su entorno habitual. Muestra indiferencia afectiva y desinterés hacia lo que le rodea, y disminuyen o desaparecen las relaciones sociales⁽²²⁾.
- ✓ Según la Real Academia de la lengua Española el Aislamiento es: Acción y efecto de aislar / Incomunicación, desamparo⁽³⁾.
- ✓ Estado del sujeto que huye a todo contacto con otro, se separa de otros. Este estado resulta del desinterés por apatía o por un estado depresivo⁽²³⁾.

Según Jiménez Herrero el proceso de desligamiento es aquel en el que en virtud del cual el individuo añoso abandona actividades o rompe lazos sociales de convivencia de manera voluntaria o forzado por el rechazo que percibe, no se da en todas las

personas ni por las mismas causas, para muchos este desligamiento constituye no solo un mecanismo de defensa sino una forma de buscar una forma más segura y cómoda de acuerdo a su autoestima y a su necesidad cada vez más creciente de que los demás “cuenten” con él, lo que tiende a aumentar con los años⁽²⁴⁾.

Soledad vs aislamiento social

Hall y Havens en 1999 definieron el aislamiento social como la medida objetiva de tener mínimas relaciones con otros; y aislamiento emocional (o soledad), como el sentimiento subjetivo de insatisfacción con el menor número de contactos sociales mantenidos⁽²¹⁾.

Cattan, White y Bond en 2005 definen la soledad (o aislamiento emocional) como el sentimiento subjetivo de falta o pérdida de compañía; mientras que consideran que el aislamiento social es la ausencia objetiva de contactos y de interrelaciones entre la persona mayor y la red social⁽²¹⁾.

La soledad es un estado subjetivo presente cuando una persona afirma encontrarse sola y lo describe como algo impuesto por los demás. Es una situación afectiva que abarca un sentimiento de alejamiento de los demás, acompañado de una necesidad indefinida de otras personas⁽¹⁵⁾.

La persona solitaria está preocupada por sí misma, presenta una atención excesiva a las posibles amenazas y tiende a interpretar las señales sociales como hostiles. Suele ver al resto del mundo como un medio de interacción social. Normalmente no entra en contacto con otras personas que sufran soledad, y por lo tanto cree que su problema es exclusivo⁽¹⁵⁾.

El aislamiento social puede provocar intensos sentimientos de soledad y sufrimiento. El sufrimiento en el aislamiento social no siempre es visible. Para diagnosticar este estado, es imprescindible identificar a las personas de riesgo⁽¹⁵⁾.

A menudo, la situación de la persona que está sola o aislada, se agrava porque la sufren en soledad. El solitario tiende a rehuir de los demás. La persona aislada puede resignarse a esta situación y no buscar nunca compañía o ayuda. También puede negar sus propios sentimientos⁽¹⁵⁾.

En definitiva, el aislamiento social es algo observable, cuantificable y objetivo, que nos remite al concepto de separación, incomunicación y desamparo. Mientras que el aislamiento emocional o soledad es un estado afectivo interior, un sentimiento que escapa a la observación objetiva⁽²⁵⁾.

Deterioro de la interacción social vs aislamiento social⁽¹⁵⁾

La competencia social indica la capacidad de una persona para relacionarse de forma eficaz con los demás. Las relaciones interpersonales ayudan al individuo durante las experiencias vitales. Para que las relaciones con los demás sean positivas es necesario tener un concepto positivo de uno mismo, habilidades y sensibilidad social.

Normalmente, la persona que carece de una buena salud mental no goza de sensibilidad social, y por ello se siente incómoda con la interdependencia necesaria para que las relaciones sociales sean efectivas.

Si el problema de deterioro de interacción social se intensifica o se prolonga, puede conducir al Aislamiento Social.

Aislamiento social en ancianos

El aislamiento social es una situación frecuente en los mayores. El anciano siente una falta de compañía, de afecto y de apoyo que se agrava por la carencia de relaciones sociales. Lo que ha provocado que el aislamiento social en ancianos se haya convertido en un factor de riesgo ante el desarrollo de enfermedades y discapacidades, llegando incluso a ocasionar problemas de salud mental⁽²⁷⁾.

Los recursos más valorados en esta sociedad son los conocimientos, las habilidades, la autoridad y la posición; al perder el control sobre éstos, los ancianos tienden a ser ignorados. Esta falta de control queda reflejada en al menos dos visiones opuestas del anciano. Algunos creen que el anciano es libre para relajarse y disfrutar de la ausencia de preocupaciones y responsabilidades. Para otros, el anciano es lento e inútil, sin nada con lo que contribuir a la sociedad. Ninguna de estas dos opciones ve a la persona mayor como un miembro que contribuye a la sociedad⁽¹⁵⁾.

Para que las interacciones sociales sean efectivas se necesita una autoestima positiva. En los ancianos, las amenazas más comunes a la autoestima son la devaluación, la dependencia, los deterioros funcionales y la sensación de pérdida de control⁽¹⁵⁾.

El riesgo de soledad es elevado en el anciano, porque a menudo tienen pocas ocasiones de estar entre la gente. La jubilación, las dificultades para conseguir un transporte, los problemas de salud que limitan las visitas, las deficiencias sensoriales que hacen que la comunicación sea laboriosa o frustrante y el aislamiento en hospitales o geriátricos pueden limitar considerablemente los encuentros espontáneos de un anciano con otras personas⁽²¹⁾.

- **Etiología** ^(27,28,29,30,31)

- ✓ Edad: mientras que el descenso de la mortalidad retrasa la viudedad, la proporción de personas que viven solas ha aumentado, por la disminución de las cohabitaciones generacionales. El aislamiento en residencias constituye el modo de vida más habitual en las personas de más de 60 años. Pero el aislamiento social no coincide necesariamente con este aislamiento en residencias⁽²⁸⁾.
- ✓ Jubilación: durante el periodo de vida en el que las personas estamos activas (trabajando), ocupamos la mayor parte de nuestro tiempo en el trabajo, por lo tanto es en él donde desarrollamos la gran parte de nuestras relaciones sociales. La ausencia del rol laboral marca una estigmatización social, que se caracteriza principalmente por un deterioro de la identidad social, es decir, al abandonar el rol laboral considerado como positivo socialmente se pasa de una categoría a otra, la de “jubilado”. Lo que se convierte en un elemento que amenaza la salud física y mental, y desorganiza las relaciones familiares y sociales⁽³¹⁾.
- ✓ Estado civil: las personas viudas muestran menores índices de salud física y mental que el resto de la población de la misma edad cronológica; son las mujeres las que presentan mayor incidencia de viudedad y aislamiento social, por su mayor esperanza de vida⁽²⁷⁾.
- ✓ Pérdida de seres queridos.
- ✓ Falta de personas significativas de soporte.
- ✓ Alteraciones de bienestar.
- ✓ Cambios de su entorno y vida habitual.
- ✓ Incidentes traumáticos o acontecimientos desencadenantes de dolor físico o emocional.
- ✓ Analfabetismo y falta de educación.
- ✓ Dificultad para encontrar amistades nuevas.
- ✓ Rechazo por parte de la sociedad.
- ✓ Alejamiento de la familia y amistades.

Entre los factores que agravan el aislamiento social en los ancianos, están las deficiencias sensoriales (deterioro auditivo y visual), trastornos locomotores o del

sistema nervioso central, los trastornos mentales o psicosociales, la limitación de la movilidad, la fatiga, las responsabilidades como cuidadores, la imposibilidad de conducir, la separación del cónyuge, amigos o parientes a causa de la muerte, las enfermedades, las distancias físicas o apuros económicos⁽¹⁵⁾.

- **Complicaciones**

- ✓ Depresión: la depresión con frecuencia ocasiona un permanente humor melancólico o decaimiento, una marcada pérdida de interés por las actividades, aletargamiento físico y/o emocional, pesimismo, baja concentración, deseo de evadir el contacto social y en ocasiones deseos de muerte o autodestrucción⁽³²⁾.

Los trastornos afectivos relacionados con la depresión provocan que los ancianos pierdan interés por las actividades sociales y no muestren interacciones positivas cuando se relacionan⁽²¹⁾.

- ✓ Deterioro mental: el declive cognitivo y funcional asociado a la edad está caracterizado por tiempos mayores de reacción, disminución de la capacidad de atención y concentración y por una peor memoria a corto y largo plazo⁽²⁷⁾.
- ✓ Deterioro inmunitario: el envejecimiento aumenta la incidencia de infecciones, cáncer y enfermedades relacionadas con la función leucocitaria y más concretamente con la actividad citotóxica natural de las células natural killer (NK)⁽²⁷⁾.

El envejecimiento y el aislamiento social en las últimas etapas de la vida tienen un efecto considerable sobre la actividad de las células natural killer, ya que la función de estas células disminuye significativamente en las personas ancianas aisladas, lo que conduce a un declive acelerado de la salud y a una mayor incidencia de mortalidad prematura en estas personas⁽²⁷⁾.

- ✓ Ansiedad: en las personas mayores aisladas la adaptación nuevas situaciones implica una mayor capacidad de aprendizaje y memoria, lo que genera en ellos situaciones ansiogénicas.⁽²⁷⁾

Aislamiento Social en otras etapas de la vida

- **Aislamiento en la infancia y la adolescencia**

Hay diferentes causas por las que se produce el aislamiento social en niños y adolescentes, como son las nuevas tecnologías (informática, consolas, etc.), el acoso escolar, situaciones como ser superdotado o ciertas enfermedades como el autismo o la obesidad⁽³³⁾:

- ✓ Las nuevas tecnologías pueden ser un medio de desarrollo en su justa medida, pero en exceso pueden llevar al aislamiento, hasta el punto de no reconocer la diferencia entre realidad y ficción, y perder su vínculo con el mundo que le rodea, para caer en un encierro en sí mismo.
- ✓ El acoso escolar o “bullying” es un problema que provoca que el niño o adolescente se encierre en sí mismo, aislándose del mundo como medida defensiva. Esta situación se produce por el miedo que le causa la propia situación y por la falta de herramientas para afrontar el problema.
- ✓ En el caso de los niños superdotados, cuando no es reconocido como tal, no se tienen en cuenta sus necesidades especiales (tanto psicológicas como educativas) y no se encuentra en un medio en el que se le permita desplegar todo su extraordinario potencial, puede presentar problemas de fracaso escolar y aislamiento social intelectual, entre otros.

Quizá sea conveniente recordar previamente como posible factor de causalidad el número de niños y adolescentes que en nuestra sociedad y durante largas horas permanecen solos porque los dos padres trabajan. Según una investigación reciente tres millones de niños menores de 13 años se quedan regularmente solos, siendo el momento de mayor soledad el comienzo de la adolescencia⁽³⁴⁾.

Los más pequeños se pueden resentir de soledad y los adolescentes pueden comenzar a seguir influencias negativas dentro de su grupo de amigos, todo ello con consecuencias graves: falta de disciplina, uso excesivo de nuevas tecnologías, y desapego familiar⁽³⁴⁾.

El “aislamiento en adolescente” es un problema psicológico serio que se define como: aquel joven que se siente abrumado por la propia sociedad e incapaz de cumplir los roles sociales que se espera de él, reaccionando con un aislamiento social⁽³⁴⁾.

La falta de contacto social y el aislamiento prolongado producen los siguientes efectos:⁽³⁴⁾

- Pérdida de sus habilidades sociales.
- Olvido de los referentes sociales.
- Pérdida de contacto con el mundo real y con frecuencia es el mundo de la televisión o los videojuegos los que se convierten en su marco de referencia.
- Pérdida de años de estudio.

- Su miedo a la presión social puede convertirse en ira, y la pérdida del marco de referencia social puede conducir también a un comportamiento violento o delictivo. En casos extremos llegan a atacar a los padres y a delinquir.

El conjunto de estos efectos negativos hace la reentrada en la sociedad más difícil. Temen que los demás descubran su pasado y se muestran vacilantes con la gente, especialmente si son desconocidos⁽³⁴⁾.

- **Aislamiento en la edad adulta**

No se han encontrado estudios que demuestren la existencia de aislamiento social en las personas adultas, debido a que la mayor parte de las relaciones sociales se establecen en el entorno laboral⁽²⁹⁾.

Es en dicho entorno, donde se pueden desarrollar situaciones de Acoso laboral o “Mobbing”, que conllevan consecuencias tanto en el plano personal (culpa, depresión, ansiedad, cansancio, aislamiento, retracción, desmotivación, trastornos...) como en el laboral (bajo rendimiento, falta de trabajo en equipo, mayor índice de accidentes laborales, etc.) para la persona afectada⁽³⁵⁾.

Diagnóstico Enfermero: Aislamiento Social (00053)

- **Clasificación**

Una vez estudiado el concepto de Aislamiento Social, es importante explicar en qué necesidades básicas, patrones funcionales o dominios se encuentra ubicado este concepto, dentro de las diferentes clasificaciones de diagnósticos enfermeros.

- **Necesidades Básicas de Virginia Henderson⁽¹³⁾**

Este modelo se basa en que la enfermería debe de servir de ayuda al individuo tanto sano como enfermo para la realización de las actividades de la vida diaria que contribuyan a mantener su estado de salud, recuperarla cuando se ha perdido o conseguir una muerte digna. Para ello, la enfermería deberá valorar 14 Necesidades Básicas y los factores que pueden influirlas o modificarlas.

Las 14 necesidades básicas que propone Virginia Henderson son: Respiración, Alimentación / Hidratación, Eliminación, Movilidad, Reposo / Sueño, Vestirse / Desvestirse, Temperatura, Higiene / Piel, Seguridad, Comunicación, Religión / Creencias; Trabajar / Realizarse; Actividades lúdicas y Aprender.

Según esta clasificación, el Aislamiento Social se encuentra dentro de la necesidad básica número 10, Comunicación.

- **Patrones funcionales de salud de Marjory Gordon⁽¹³⁾**

Los Patrones Funcionales fueron creados en los años setenta para enseñarles a los alumnos de la Escuela de Enfermería de Boston cómo debían de realizar la valoración de los pacientes. Para ello, se creó un método que permitía reunir todos los datos necesarios y contemplaba al paciente, a su familia y a su entorno de una manera global y holística.

Existen 11 Patrones Funcionales de Salud, que conducen de manera lógica al diagnóstico de enfermería y son: Percepción-Control de la salud, Nutricional-Metabólico, Eliminación, Actividad-Ejercicio, Reposo-Sueño, Cognitivo-Perceptual, Autopercepción-Autoconcepto, Función-Relación, Sexualidad-Reproducción, Afrontamiento-Tolerancia al estrés, Valores-Creencias.

El diagnóstico de aislamiento social se encuentra clasificado dentro del patrón número 8: Función y Relación.

NANDA⁽¹⁴⁾

Fue fundada en 1982 proveniente del grupo de trabajo establecido en el Congreso nacional sobre clasificación de diagnósticos enfermeros celebrado en la ciudad de San Luis (EEUU), con la intención de identificar, desarrollar y clasificar los diagnósticos de enfermería. Desde entonces y hasta la actualidad se han ido desarrollando los diferentes diagnósticos enfermeros que conforman el actual listado y que se organizan en sistemas de clasificación o taxonomías diagnósticas.

Los 13 dominios que establece la NANDA son: **Promoción de la salud** (clase 1: Toma de conciencia de la salud; clase 2: Manejo de la salud), **Nutricional** (clase 1: Ingestión; clase 2: Digestión; clase 3: Absorción; clase 4: Metabolismo; clase 5: Hidratación), **Eliminación** (clase 1: Sistema urinario; clase 2: Sistema gastrointestinal; clase 3: Sistema integumentario; clase 4: Sistema Pulmonar), **Actividad-Reposo** (clase 1: Reposo-Sueño; clase 2: Actividad-Ejercicio; clase 3: Equilibrio de la Energía; clase 4: Respuestas cardiovasculares respiratorias), **Percepción y Cognición** (clase 1: Atención; clase 2: Auscultación; clase 3: Sensación y Percepción; clase 4: Cognición; clase 5: Comunicación), **Autopercepción** (clase 1: Autoconcepto; clase 2: Autoestima; clase 3: imagen corporal), **Rol-Relaciones** (clase 1: Rol de cuidados; clase 2: relaciones familiares; clase 3: Desempeño del rol), **Sexualidad** (clase 1: Identidad sexual; clase 2: Función sexual; clase 3: Reproducción) **Afrontamiento-Tolerancia al estrés** (clase 1; Respuesta post Traumática, clase 2: Respuestas de afrontamiento; clase 3: Stress Neuro-comportamental), **Principios Vitales** (clase 1: Valores; clase 2: Creencias; clase 3: Congruencias de las acciones, con los valores y las creencias), **Seguridad-Protección** (clase 1: Infección; clase 2: Lesión física, clase 3: Violencia; clase 4: Peligros

ambientales), **Confort** (clase 1: Confort físico; clase 2: Confort ambiental; clase 3: Confort Social) y **Crecimiento y desarrollo** (clase 1: Crecimiento; clase 2: Desarrollo).

La NANDA desarrolló el diagnóstico de Aislamiento Social (00053) en el año 1982. Según esta clasificación el diagnóstico de Aislamiento Social pertenece al Dominio 12: Confort, clase 13: Confort social.

- **Definición**

Como ya se ha dicho anteriormente el diagnóstico de Aislamiento Social (00053) se encuentra clasificado según la NANDA en el dominio 12: Confort, clase 3: Confort social. Y es definido como, la “soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros”⁽¹⁴⁾.

Para Carpenito JI, el Aislamiento Social es un “estado en el cual una persona o grupo experimenta una necesidad o deseo de contactar con otros, pero es incapaz de establecer ese contacto”. Según esta autora recomienda suprimir el diagnóstico de Aislamiento Social y utilizar el de Soledad o Riesgo de Soledad, debido a que el aislamiento social es un término incorrecto desde el punto de vista conceptual, porque no representa una respuesta, sino más bien una causa o factor contribuyente a la soledad⁽¹⁵⁾.

Es un concepto muy relacionado con otros diagnósticos que también se deberían de ver, como:

- **Deterioro de la interacción social (00052):** Intercambio social inefectivo o cuantitativamente insuficiente o excesivo⁽¹⁴⁾ (Tabla 5).

	Deterioro de la interacción social	Aislamiento social
Características definitorias compartidas	Incomodidad expresada u observada ante sistemas sociales.	
Características definitorias diferentes	- Comportamientos sociales ineficaces. - Sensación de rechazo	- Sensación de soledad impuesta por los demás.
Factores relacionados	- Falta de conocimientos sobre técnicas sociales. - Barreras de comunicación.	- Discapacidad mental. - Discapacidades físicas.

Tabla 5. Distinción entre Deterioro de la Interacción Social y Aislamiento Social. Fuente: Wilkinson JM. Manual de diagnósticos de enfermería. 9ª ed. Madrid: Pearson education; 2008.

Riesgo de soledad (00054): Riesgo de experimentar malestar asociado al deseo o necesidad de mantener un mayor contacto con los demás⁽¹⁴⁾ (Tabla 6).

Diagnóstico	Resultados NOC
<p>Aislamiento social: soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros.</p> <p>Valoración de la soledad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Objetiva: sí - Subjetiva: sí 	<p>Severidad de la soledad (1203)</p> <p>Valoración de la soledad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Objetiva: sí - Subjetiva: sí
<p>Riesgo de soledad: riesgo de experimentar malestar asociado al deseo o necesidad de mantener un mayor contacto con los demás.</p> <p>Valoración de la soledad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Objetiva: sí - Subjetiva: sí 	<p>Soporte social (1504)</p> <p>Valoración de la soledad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Objetiva: sí - Subjetiva: no

Tabla 6. Diagnóstico de enfermería y resultados NOC que estiman la soledad. Fuente: Puig Llobet M, Lluch Canut MT, Rodríguez Ávila N. Valoración de enfermería: detección de la soledad y del aislamiento social en los ancianos de riesgo. Gerokomos (Madr). 2009 Mar; 20(1): 9-14.

- **Síndrome de estrés del traslado (00114):** alteraciones fisiológicas o psicológicas como consecuencia del traslado de un entorno a otro⁽¹⁴⁾.

Se aconseja utilizar esta etiqueta diagnóstica únicamente cuando la persona desee aumentar sus contactos sociales, aunque será necesario valorar detenidamente en cada caso el grado de alteración física o mental o de rechazo social y las posibilidades reales de incidir en el entorno o en la conducta de la persona para mejorar su integración social⁽¹⁶⁾.

Se desaconseja utilizarla cuando la soledad de la persona sea algo querido y buscado por ella. En tal caso debería hacerse una valoración minuciosa para determinar si se trata de una respuesta adaptativa y, por tanto no requiere intervención profesional, o si por el contrario, se podría formular el diagnóstico de Deterioro de la interacción social⁽¹⁶⁾.

- **Factores relacionados**

Una vez clasificado y definido el diagnóstico, se debe señalar la causa o etiología del problema desde el campo de la enfermería, ya que se trata de un diagnóstico que se puede abordar desde varias disciplinas sanitarias, como la psicología⁽¹⁴⁾.

El Aislamiento Social puede ser el resultado de una gran variedad de situaciones y problemas de salud que conllevan la pérdida de las relaciones sociales ya establecidas o una imposibilidad de generar estas relaciones.

Los factores relacionados que se enumeran a continuación son establecidos por la NANDA⁽¹⁴⁾:

- ✓ Alteración del estado mental.
- ✓ Alteraciones del aspecto físico.
- ✓ Alteración del bienestar.
- ✓ Factores contribuyentes a la ausencia de relaciones personales satisfactorias (retraso en el logro de las tareas de desarrollo).
- ✓ Intereses inmaduros.
- ✓ Incapacidad para establecer relaciones personales satisfactorias.
- ✓ Conducta socialmente no aceptada.
- ✓ Recursos personales inadecuados.
- ✓ Valores no aceptados socialmente.

- **Características definitorias**

El aislamiento social es una situación subjetiva, por lo que todas las conclusiones que se extraigan acerca de los sentimientos de soledad de una persona deben ser confirmadas. Como las causan varían y las personas muestran su soledad de diferentes formas, no hay claves absolutas para este diagnóstico⁽¹⁵⁾.

A la hora de determinar las claves o inferencias que se dan como características definitorias del diagnóstico, la NANDA las clasifica en: objetiva y subjetivas⁽¹⁴⁾.

Objetivas

- ✓ Falta de personas significativas de soporte (familiares, amigos, grupo).
- ✓ Proyección de hostilidad en la voz, en la conducta.
- ✓ Retraimiento.
- ✓ Mutismo.
- ✓ Conducta inaceptable por el grupo socialmente dominante.
- ✓ Búsqueda de soledad o pertenencia a una subcultura.
- ✓ Acciones repetitivas, carentes de significado.
- ✓ Preocupación por los propios pensamientos.
- ✓ Falta de contacto ocular.
- ✓ Intereses inadecuados o inmaduros para la edad o la etapa de desarrollo.
- ✓ Evidencia de dificultades físicas o mentales o de alteración del bienestar.
- ✓ Embotamiento emocional.

Subjetivas

- ✓ Expresión de sentimientos de soledad impuesta por otros.
- ✓ Expresión de sentimientos de rechazo.
- ✓ Intereses inadecuados o inmaduros para la etapa de desarrollo.
- ✓ Falta de un propósito significativo en la vida o inadecuación del existente.
- ✓ Incapacidad para satisfacer las expectativas de los demás.
- ✓ Expresión de valores aceptables en su subcultura pero inaceptables para el grupo culturalmente dominante.
- ✓ Manifiesta un interés inapropiado para su edad o etapa de desarrollo.
- ✓ Sentimientos de ser distinto a los demás.
- ✓ Inseguridad en público.

• **Valoración específica tras el diagnóstico**

Aunque la valoración es el paso previo al diagnóstico en el proceso enfermero, y este es el orden correcto y lógico que se debe seguir, se considera importante, llegados a este punto hablar de la valoración del diagnóstico de aislamiento social. Esta disposición se justifica en que no se puede valorar un problema sin antes conocerlo.

La valoración debe ser global, recogiendo los aspectos fisiológicos, psicológicos, sociales, educativos, culturales, económicos y laborales del paciente; además de focalizar en las necesidades, patrones funcionales o requisitos de autocuidados, según sea el marco de referencia.

En primer caso se valorará la causa concreta que impide o dificulta las reacciones sociales (posibilidad de comunicarse efectivamente con otros, habilidades para moverse y desplazarse por sí mismo), la capacidad para adaptarse al entorno y a sus cambios, el patrón actual y previo de interacciones familiares y sociales (si se ha modificado, momento en que se produjo el cambio y la causa), la orientación en el tiempo, espacio y las personas, el estado emocional, las repercusiones en las actividades de la vida cotidiana, los medicamentos prescritos o no que toma habitualmente, el consumo de alcohol o drogas ilegales y por último los recursos personales, familiares y sociales de los que dispone el paciente⁽¹⁶⁾. Para ello debemos de utilizar los diferentes instrumentos de valoración como⁽¹⁶⁾:

Escalas de valoración social en el anciano: utilizaremos la valoración social para establecer relación entre el anciano y su entorno o estructura social, así como la influencia del aislamiento social en procesos como la soledad, depresión y la ansiedad. Se han identificado nueve instrumentos de valoración social que valoran la soledad y es aislamiento social en los ancianos y en la población en general⁽³⁶⁾.

- ✓ Escala sociofamiliar de Gijón: valoración de riesgo sociofamiliar.
- ✓ Escala OARS de recursos: evalúa los recursos sociales del anciano.
- ✓ Escala de Filadelfia: escala moral que valora el bienestar psicológico del anciano.
- ✓ Apgar familiar: valorar la percepción de la persona sobre la función familiar.
- ✓ Cuestionario de Barber: detección del anciano frágil.
- ✓ Escala de Soledad UCLA: valora la percepción de la persona sobre su sentimiento de soledad.
- ✓ Escala ESTE de Soledad: indicador para la medición de la soledad en mayores.
- ✓ Escala de Soledad Social y Emocional para Adultos (SELSA).

Nombre	Características	Ítems
Escala sociofamiliar de Gijón (García-González JV y Díaz-Palacios, 1999)	<p>Creada a final de los años 90. El cuestionario recoge aspectos sobre las condiciones del entorno. La escala de valoración de déficit sociofamiliares es la siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • < 10: Buena o aceptable situación social • 10-14: Riesgo social • > 15: Problema social 	<ul style="list-style-type: none"> - Vivienda - Situación económica - Relaciones sociales - Apoyo social - Apoyo familiar (convivencia)
Escala OARS de recursos sociales (Duke University, 1978)	<p>Instrumento multidimensional adaptado a la población mayor. Evalúa las respuestas en una escala de 6 puntos, donde 1 es excelentes recursos sociales y 6 es deterioro social total.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estructura familiar - Recursos sociales - Recursos económicos - Salud mental - Salud física y capacidades para la realización de las AVBD
Escala de Filadelfia (Lawton, 1975)	<p>Evalúa la actitud frente al envejecimiento, la insatisfacción con la soledad y el grado subjetivo de satisfacción del mayor. Es bastante fiable, su limitación se produce por la presencia de trastornos del lenguaje (afasia) y deterioro cognitivo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 17 preguntas de tipo subjetivo - Las respuestas indican una actitud positiva y cada pregunta cuenta un punto
Apgar familiar 1982 (Smilkstein, 1978 y 1982)	<p>Cuestionario que evalúa el impacto positivo y negativo de la función familiar en la salud de sus miembros. Escala tipo likert. Puede ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autoadministrada • Heteroadministrada <p>Los puntos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disfuncional leve: 0-2 • Disfuncional grave: 3-6 • Normo funcional: 7-10 	<ul style="list-style-type: none"> - Adaptabilidad - Cooperación - Desarrollo - Afectividad - Capacidad de resolución

<p>Cuestionario de Barber (1980)</p>	<p>Consta de nueve preguntas que se utilizan como Screening para detectar grupos de riesgo o de fragilidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Convivencia - Recursos sociales - Apoyo familiar - Dependencia ABVD/AIVD - Problemas auditivos o visuales - Ingreso hospitalario <p>Cada respuesta afirmativa vale 1 punto, y 1 punto o más sugieren situación de riesgo.</p>
<p>Escala de Soledad UCLA (Rusell, Peplau y Cutrona, 1980)</p>	<p>Se trata de una de las escalas más utilizadas para la medición global del sentimiento de soledad como estructura unidimensional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sociabilidad - Intimidación con otros
<p>Escala ESTE de Soledad (Rubio y Aleixandre, 2001)</p>	<p>Dicha escala surge como una necesidad ante las dificultades de conceptualización y de medición del constructo "Soledad". Escala construida a partir de las siguientes escalas: Escala de UCLA, Escala SELSA, Escala ESLI y Escala de satisfacción vital de Philadelphia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 36 ítems agrupados en 4 factores: <ul style="list-style-type: none"> . Soledad familiar . Soledad conyugal . Soledad social . Soledad existencial - Se valora la autopercepción de la soledad, el nivel de apoyo recibido y la satisfacción con los contactos sociales.
<p>Escala SELSA (DiTommaso y Barry Spinner, 1992)</p>	<p>Es una escala formada por tres subescalas que mide la soledad emocional y social</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Subescala emocional romántica o de pareja - Subescala de relaciones con la familia - Subescala de relaciones con los amigos

Tabla 7. Instrumentos de valoración de riesgo social que contemplan la soledad y el aislamiento social en el anciano y la población general. Fuente: Puig Llobet M, Lluch Canut MT, Rodríguez Ávila N. Valoración de enfermería: detección de la soledad y del aislamiento social en los ancianos de riesgo. Gerokomos (Madr). 2009 Mar; 20(1): 9-14.

Valoración del funcionamiento social en pacientes mentales: es crucial en estos pacientes realizar esta valoración, para poder determinar las intervenciones a realizar como para el propio pronóstico del paciente. Teniendo en cuenta esto, se remienda la utilización de escalas validadas, como la Escala de Funcionamiento Social (SFF)⁽²⁶⁾.

Cuestionario de apoyo social funcional de Duke-Unc: La puntuación obtenida es un reflejo del apoyo percibido, no del real⁽²⁶⁾ (Tabla 8).

En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
	1	2	3	4	5
1. Recibo visitas de mis amigos y familiares.					
2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa.					
3. Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo.					
4. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede.					
5. Recibo amor y afecto.					
6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa.					
7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares.					
8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos.					
9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas.					
10. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida.					
11. Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama.					
Puntuación total					

Tabla 8. Cuestionario de Duke-Unc. Fuente: Brodhead, Galah, De Gray, Kaplan, 1988.

- **Criterios de resultado e indicadores**

Los objetivos que se proponen de manera oficial en la Nursing Outcomes Classification (NOC) para el diagnóstico de Aislamiento Social son:

- ✓ **Resultados NOC sugeridos⁽¹⁸⁾**

Soledad (1203): grado de respuesta de aislamiento emocional, social o existencial. Evidenciado por los siguientes indicadores:

- Expresión de temor infundado (120301).
- Expresión de desesperación (120302).
- Expresión de inquietud extrema (120303).
- Expresión de desesperanza (120304).
- Expresión de ausencia de pertenencia (120305).
- Expresión de pérdida debido a la separación de otra persona (120306).
- Expresión de aislamiento social (120307).
- Expresión de no ser comprendido (120308) .

- Expresión de ser excluido (120309).
- Quejas de que el tiempo parece eterno (120310).
- Dificultad para planificar (120311).
- Dificultad para establecer contacto con otras personas (120312).
- Dificultad para superar la separación (120313).
- Dificultad para tener una relación mutua eficaz (120314).
- Demostración de fluctuaciones en el estado de ánimo (120315).
- Disminución de la capacidad para concentrarse (120316).
- Demostración de debilidad (120317).
- Dificultad para tomar decisiones (120318).
- Trastornos del sueño (120320).
- Hipoactividad (120323).
- Malestar espiritual (120325).
- Otros (120326).

Escala: Extensa: 1/Sustancia: 2/Moderada: 3/Escasa: 4/Ninguna: 5.

Habilidades de interacción social (1502): uso por un individuo de conductas de interacción efectivas. Evidenciado por los siguientes indicadores:

- Divulgación (150201).
- Receptividad (150202).
- Cooperación (150203).
- Sensibilidad (150204).
- Afirmación (150205).
- Confrontación (150206).
- Consideración (150207).
- Legitimidad (150208).
- Calidez (150209).
- Estabilidad (150210).
- Relajación (150211).
- Relaciones (150212).
- Confianza (150213).
- Compromiso (150214).
- Otros (150215).

Escala: Ninguno: 1 / Escaso: 2/Moderado:3/Sustancial: 4/Extenso: 5.

Implicación social (1503): frecuencia de las interacciones sociales de un individuo con personas, grupos u organizaciones. Evidenciado por los siguientes indicadores:

- Interacción con amigos íntimos (150301).
- Interacción con vecinos (150302).

- Interacción con miembros de la familia (150303).
- Interacción con miembros de grupos de trabajo (150304).
- Participación como miembro de una iglesia (150305).
- Participación en el trabajo activo de la iglesia (150306).
- Participación como miembro de un club (150307).
- Participación como empleado de un club (150308).
- Participación como miembro de un grupo de voluntarios (150309).
- Realización de actividades de voluntariado (150310).
- Participación en actividades de ocio (150311).
- Otros (150312).

Escala: Ninguno: 1/Escaso: 2/Moderado: 3/Sustancial: 4/Extenso: 5.

Soporte social (1504): disponibilidad percibida y provisión real de ayuda segura de otras personas. Evidenciado por los siguientes indicadores:

- Refiere ayuda económica de otras personas (150401).
- Refiere dedicación de tiempo de otras personas (150402).
- Refiere tareas realizadas por otras personas (150403).
- Refiere información proporcionada por otras personas (150404).
- Refiere ayuda emocional proporcionada por otras personas (150405).
- Refiere relaciones de confianza (150406).
- Refiere la existencia de personas que pueden ayudarlo cuando lo necesita (150407).
- Evidencia de voluntad para buscar ayuda en otras personas (150408).
- Refiere una red social de ayuda (150409).
- Refiere contactos sociales de soporte adecuados (150410).
- Refiere una red social estable (150411).
- Refiere ayuda ofrecida por los demás (150412).
- Otros (150413).

Escala: Ninguno: 1/Escaso: 2/Moderado: 3/Sustancial: 4/Extenso: 5.

Participación en actividades de ocio (1604): uso de las actividades de ocio o relajantes, de cara a fomentar el bienestar. Evidenciado por los siguientes indicadores:

- Participación en actividades diferentes al trabajo habitual (160401).
- Expresión de satisfacción con las actividades de ocio (160402).
- Uso de habilidades sociales y de interacción apropiadas (160403).
- Refiere relajación con las actividades de ocio (160404).
- Demostración de creatividad durante las actividades de ocio (160405).
- Control del propio ocio (160406).
- Identificación de opciones recreativas (160407).
- Refiere descanso con las actividades de ocio (160408).

- Otros (160409).

Escala: No adecuada: 1/Ligeramente adecuada: 2/Moderadamente adecuada: 3/Sustancialmente adecuada: 4/Completamente adecuada: 5.

- **Intervenciones y Actividades**

Llegados a este punto y habiendo descrito los Factores relacionados, Características definitorias y Criterios de resultado para el diagnóstico de Aislamiento Social, conviene diseñar las herramientas que utilizarán los profesionales de enfermería llegar a conseguir los objetivos planificados.

Las herramientas a las que nos referimos son las Intervenciones de Enfermería, y a través de las actividades de cada intervención podremos llegar a conseguir nuestros objetivos.

De entre todas las intervenciones sugeridas por la Nursing Interventions Classification (NIC) para la resolución del Aislamiento Social se han seleccionado las más generales y aplicables a los pacientes de más de 65 años⁽³⁷⁾.

Potenciación de la socialización (5100): Facilitar la capacidad de una persona para interactuar con otros.

- Fomentar la implicación en relaciones potenciadas y establecidas.
- Animar al paciente a desarrollar relaciones.
- Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.
- Fomentar las actividades sociales y comunitarias.
- Fomentar compartir problemas comunes con los demás.
- Fomentar la sinceridad al presentarse a los demás.
- Fomentar la implicación en intereses totalmente nuevos.
- Fomentar el respeto de los derechos de los demás.
- Remitir al paciente a un grupo o programa de habilidades interpersonales en los que pueda aumentar su comprensión de las transacciones, si resulta oportuno.
- Permitir la prueba de los límites interpersonales.
- Responder a la mejora del cuidado del aspecto personal y demás actividades.
- Ayudar al paciente a que aumente la conciencia de sus virtudes y sus limitaciones en la comunicación con los demás.
- Utilizar el juego de roles para practicar las habilidades y técnicas de comunicación mejoradas.
- Proporcionar modelos de rol que expresen la ira de forma adecuada.
- Enfrentar al paciente con sus trastornos del juicio, cuando corresponda.
- Solicitar y esperar comunicaciones verbales.

- Responder de forma positiva cuando el paciente establezca el contacto con los demás.
- Animar al paciente a cambiar de ambiente, como salir a caminar o ir al cine.
- Facilitar el entusiasmo y la planificación de actividades futuras por parte del paciente.
- Fomentar la planificación de actividades especiales por parte de grupos pequeños.

Apoyo emocional (5270): Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.

- Comentar la experiencia emocional con el paciente.
- Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.
- Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.
- Ayudar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
- Comentar las consecuencias de profundizar en el sentimiento de culpa o vergüenza.
- Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.
- Facilitar la identificación por parte del paciente de esquemas de respuesta habituales a los miedos.
- Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del sentimiento de pena.
- Identificar la función de la ira, la frustración y rabia que pueda ser de utilidad para el paciente.
- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.
- Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.
- No exigir demasiado el funcionamiento cognoscitivo cuando el paciente esté enfermo o fatigado.
- Remitir a servicios de asesoramiento, si se precisa.

Dar esperanza (5310): Facilitar el desarrollo de una perspectiva positiva en una situación dada.

- Ayudar al paciente / familia a identificar las áreas de esperanza en la vida.
- Informar al paciente acerca de si la situación actual constituye un estadio temporal.
- Mostrar esperanza reconociendo la valía intrínseca del paciente y viendo la enfermedad del paciente sólo como una faceta de la persona.
- Ampliar el repertorio de mecanismos de resolución de problemas del paciente.

- Enseñar a reconocer la realidad estudiando la situación y haciendo planes para casos de emergencia.
- Ayudar al paciente a diseñar y revisar las metas relacionadas con el objeto de esperanza.
- Ayudar al paciente a expandir su yo espiritual.
- Evitar disfrazar la verdad.
- Facilitar la admisión por parte del paciente de una pérdida personal en su imagen corporal.
- Facilitar el alivio y disfrute de éxitos y experiencias pasadas del paciente / familia.
- Destacar el mantenimiento de relaciones, como mencionar los nombres de los seres queridos al paciente.
- Emplear una guía de revisión y / o reminiscencias de la vida, si procede.
- Implicar al paciente activamente en sus propios cuidados.
- Desarrollar un plan de cuidados que implique un grado de consecución de metas, yendo desde metas sencillas hasta otras más complejas.
- Fomentar las relaciones terapéuticas con los seres queridos.
- Explicar a la familia los aspectos positivos de la esperanza (desarrollar temas de conversación que tengan sentido y que reflejen el amor y la necesidad del paciente).
- Proporcionar al paciente / familia la oportunidad de implicarse en grupos de apoyo.
- Crear un ambiente que facilite al paciente la práctica de su religión, cuando sea posible.

Grupo de apoyo (5430): Uso de un ambiente grupal para proporcionar apoyo emocional e información relacionada con la salud a sus miembros.

- Determinar el nivel y conveniencia del sistema actual de apoyo al paciente.
- Utilizar un grupo de apoyo durante las etapas de transición para ayudar al paciente a que se adapte a un nuevo estilo de vida.
- Determinar el objeto del grupo y la naturaleza del proceso grupal.
- Crear una atmósfera relajada y de aceptación.
- Clarificar desde el principio las metas del grupo y las responsabilidades de sus miembros y de su líder.
- Utilizar un acuerdo por escrito, si se considera adecuado.
- Elegir los miembros que puedan contribuir y beneficiarse de la interacción del grupo. Tamaño óptico: de 5 a 12 miembros.
- Tratar la cuestión de asistencia obligatoria, estableciendo una hora y lugar para las reuniones grupales.
- Tratar la cuestión de si se pueden admitir nuevos miembros en cualquier momento.
- Reunirse en sesiones de una o dos horas, si procede.

- Comenzar y terminar a la hora, y esperar que los participantes permanezcan hasta la conclusión de la reunión.
- Disponer sillas en un círculo, unas cerca de los otros.
- Programar un número limitado de sesiones (normalmente 6 a 12) en las que se cumplirá el trabajo de grupo.
- Hacer públicas las normas de admisión para evitar la aparición de problemas a medida que el grupo consigue progresos.
- Vigilar y dirigir la implicación activa de los miembros del grupo.
- Fomentar la expresión y el compartir el conocimiento de la experiencia.
- Fomentar la expresión de ayudas mutuas.
- Alentar las remisiones correspondientes a los profesionales para cuestiones informativas.
- Subrayar la responsabilidad y control personales.
- Mantener una presión positiva para el cambio de conducta.
- Enfatizar la importancia de la capacidad activa de enfrentarse a los problemas.
- Identificar los temas que se produzcan en los debates del grupo.
- No permitir que el grupo se concierte en una reunión social no productiva.
- Ayudar a progresar en las etapas de desarrollo grupal: desde la orientación pasando por la cohesión hasta la conclusión.
- Atender a las necesidades del grupo como un todo, así como a las necesidades de los miembros individuales.
- Utilizar un colíder, si procede.

Aumentar los sistemas de apoyo (5440): Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad.

- Calcular la respuesta psicológica a la situación y la disponibilidad del sistema de apoyo.
- Determinar la conveniencia de las redes sociales existentes.
- Determinar el grado de apoyo familiar.
- Determinar el grado de apoyo económico de la familia.
- Determinar los sistemas de apoyo actualmente en uso.
- Determinar las barreras al uso de los sistemas de apoyo.
- Observar la situación familiar actual.
- Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias.
- Fomentar las relaciones con personas que tengan los mismos intereses y metas.
- Remitir a grupo de autoayuda, si se considera oportuno.
- Evaluar la conveniencia de los recursos comunitarios para identificar virtudes y defectos.
- Remitir a programas comunitarios de fomento / prevención / tratamiento / rehabilitación, si procede.
- Proporcionar los servicios con una actitud de aprecio y de apoyo.
- Implicar a la familia / seres queridos / amigos en los cuidados y la planificación.
- Explicar a los demás implicados la manera en la que pueden ayudar.

Facilitar las visitas (7560): Estimulación beneficiosa de las visitas por parte de la familia y amigos.

- Determinar las preferencias del paciente en cuanto a visitas e informar de ellas.
- Considerar las implicaciones legales / éticas de las visitas del paciente y la familia e informar de los derechos.
- Determinar la necesidad de la limitación de visitas, como, por ejemplo, demasiados visitantes, que el paciente está impaciente o cansado o su estado físico no lo permite.
- Determinar la necesidad de favorecer las visitas de familiares y amigos.
- Identificar problemas específicos con las visitas, si los hubiera.
- Establecer una política de visitas flexible y centrada en el paciente, si procede.
- Preparar el entorno para las visitas.
- Aclarar las normas de visitas con los miembros de la familia / seres queridos.
- Aclarar las normas sobre permanencias por la noche de miembros de la familia / seres queridos.
- Aclarar la comprensión por parte de la familia del estado del paciente.
- Establecer las responsabilidades y actividades de la familia / seres queridos para ayudar al paciente, como, por ejemplo, alimentar al paciente.
- Establecer horas de visitas óptimas por parte de la familia / seres queridos.
- Explicar el fundamento de la limitación del tiempo de visitas.
- Evaluar periódicamente tanto con el paciente como con la familia las visitas realizadas en relación con las necesidades del paciente / familia y revisar en consecuencia.
- Explicar a los visitantes, incluyendo niños, si procede, lo que pueden esperar ver y oír antes de su primera visita al hospital.
- Explicar el procedimiento realizado.
- Animar a los miembros de la familia a utilizar el contacto físico, así como las comunicaciones verbales, si procede.
- Proporcionar una silla a pie de cama.
- Ser flexibles con las visitas al mismo tiempo que se facilitan periodos de descanso.
- Controlar periódicamente las respuestas del paciente a las visitas de la familia.
- Tomar nota de los indicios verbales y no verbales del paciente respecto a las visitas.
- Facilitar la visita de los niños, si procede.
- Fomentar el uso del teléfono para mantener el contacto con los seres queridos, si procede.

CONCLUSIÓN

A lo largo del trabajo, hemos podido llegar a la conclusión de que para hacer el diagnóstico diferencial entre el Deterioro de la Interacción Social y el Aislamiento Social, debemos basarnos en las características definitorias y los factores relacionados de cada diagnóstico.

Ambos diagnósticos comparten algunas características definitorias, principalmente la "Incomodidad expresada u observada ante situaciones sociales", y otras como⁽¹⁷⁾:

- Disminución o falta total de relaciones sociales y/o familiares.
- Expresiones de soledad y/o rechazo.
- Sentimientos de ser distintos.
- Baja autoestima.
- Temor a los demás.

Pero también existen características definitorias en las que difieren; pero lo más destacable es que en el Deterioro de la Interacción Social el sentimiento de soledad es sentido o impuesto por la propia persona; mientras que en el Aislamiento Social, sentimiento de soledad es sentido o impuesto por otras personas⁽¹⁷⁾.

En cuanto a los factores relacionados decir, que el Deterioro de la Interacción Social se produce generalmente cuando hay falta de conocimientos sobre las técnicas sociales o cuando existen barreras en la comunicación; sin embargo el Aislamiento Social se relaciona con discapacidades físicas y mentales, principalmente.

	Deterioro de la interacción social.	Aislamiento social.
Características definitorias compartidas.	Incomodidad expresada u observada ante sistemas sociales.	
Características definitorias diferentes.	Comportamientos sociales ineficaces. Sensación de rechazo	Sensación de soledad impuesta por los demás.
Factores relacionados.	Falta de conocimientos sobre técnicas sociales. Barreras de comunicación.	Discapacidad mental. Discapacidades físicas.

Tabla 9. Distinción entre deterioro de la interacción social y aislamiento social. Fuente: Wilkinson JM. Manual de diagnósticos de enfermería. 9ª ed. Madrid: Pearson education; 2008.

Por todo ello, es imprescindible realizar un buen diagnóstico diferencial, ya que se trata de situaciones muy parecidas, y como se ha dicho anteriormente el Deterioro es el paso previo al Aislamiento. Para poder identificar bien cada situación, hemos elaborado un algoritmo que ayude al equipo sanitario (principalmente a enfermería) a la hora de valorar a un paciente con síntomas de aislamiento, y se pueda diferenciar e identificar si en ese caso se trata de un Deterioro de la Interacción Social, de un Aislamiento Social ó de otro tipo de diagnóstico como: Riesgo de soledad, Baja autoestima situacional o crónica, etc.⁽¹⁷⁾.

Si somos capaces de realizar un buen diagnóstico diferencial, seremos capaces de brindar unos cuidados óptimos de enfermería al paciente.

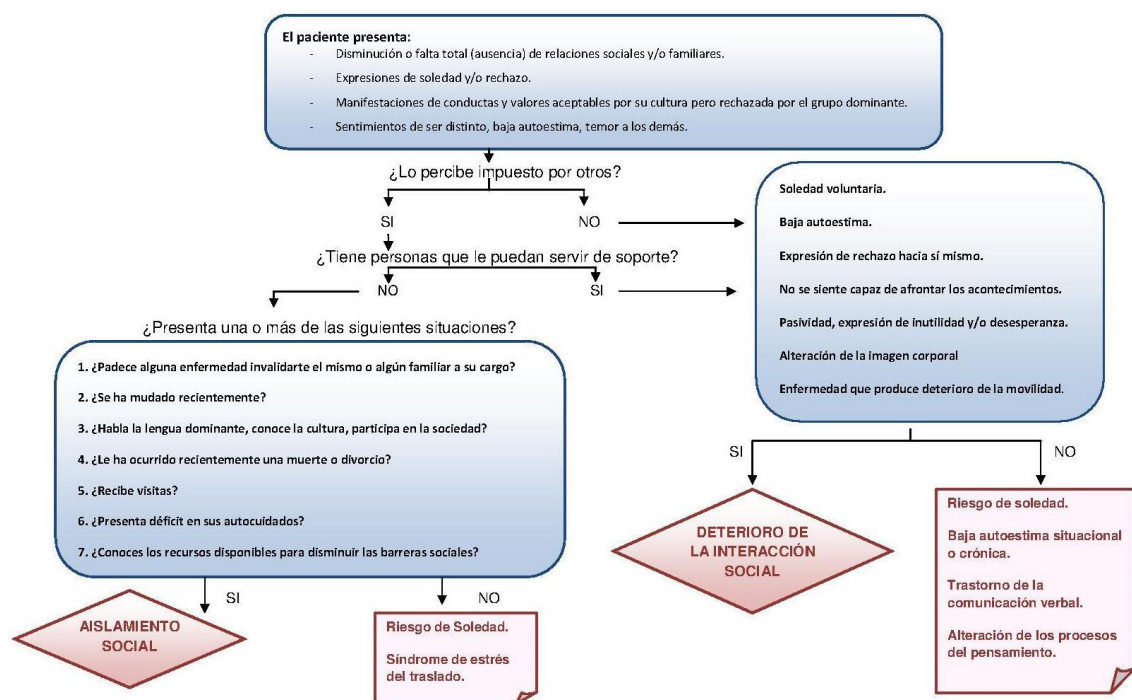


Figura 1. Fuente: propia. Algoritmo para diagnosticar el deterioro de la interacción social del aislamiento social.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pauchard Hafemann H. Interacción personal y relaciones humanas. Temuco: Universidad de la Frontera; 1993.
2. Pino Bermúdez D, Alfonso Gallegos Y. Las teorías de la interacción social en los estudios sociológicos. Contribuciones a las Ciencias Sociales. 1(1). [Internet]. 2011 Octubre. [citado 11 de diciembre 2011]. Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/ccss/14/pbag.html>

3. Diccionario de la Lengua Española [Internet]. 22ª ed. Madrid: Real Academia Española; 2001. [citado 12 diciembre 2011]. Disponible en: <http://www.rae.es/rae.html>
4. Wikipedia [Internet]. Interacción social: Colaboradores de Wikipedia [actualizado 1 de diciembre de 2011]; Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Interaccion_social.
5. Rummel RJ. Entendiendo el conflicto y la guerra: El conflicto Helix. Beverly Hills, Cal.: Sage Publications; 1976.
6. Marc E, Picard D. La interacción social. Cultura, instituciones y comunicación. Barcelona: Paidós; 1992.
7. Rivière J. Interacción social y vida cotidiana. En: Sociología de la desviación CISE. Salamanca: Departamento de sociología y comunicación; 2009 [citado el 1 de diciembre de 2011]. Disponible en: <http://www.usal.es/riviere//progrdesv.pdf>
8. Clemente R, Regal R, Górriz AB, Villanueva L. Interacción social entre iguales: comprensión de normas socioconvencionales y morales. Jornades de Foment de la Investigació. Valencia: Universitat Jaume I; 2002-2003. [citado 11 diciembre 2011]. Disponible en: <http://www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi/psi/19.pdf>
9. Lozares C. La teoría de redes sociales. Papers. 1996;48:103-26.
10. Junta de Castilla y León. Consejería de Educación. Plan de prevención del ciberacoso y promoción de la navegación segura en centros escolares. CIUDAD: La Consejería; 2009 [citado 11 diciembre 2011]. Disponible en: <http://www.educa.jcyl.es/ciberacoso/es>
11. Martínez Y. La interacción social puede hacernos más inteligentes [Internet]. Tendencias21.net. 2010 [citado 11 diciembre 2011] Disponible en: http://www.tendencias21.net/La-interaccion-social-puede-hacernos-mas-inteligentes_a5023.html
12. Francis (th) E mule Science's News [Internet]. Publicado en Science: Un estudio neurocientífico analiza cómo la interacción social moldea nuestros propios recuerdos. 2011. [citado 11 diciembre 2011]. Disponible en: <https://francisthemulenews.wordpress.com/2011/06/30/un-estudio-neurocientifico-analiza-como-la-interaccion-social-moldea-nuestros-propios-recuerdos/>
13. Actualización en enfermería [Internet]. Madrid: Enfermería Actual; 2011 [citado 11 diciembre 2011] Disponible en: <http://www.enfermeria-actual.com>
14. Heather Herdman T, editor. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros:

definiciones y clasificación 2009-2011. Barcelona: Elsevier; 2009.

15. Carpenito LJ. Diagnósticos de enfermería: Aplicaciones a la práctica clínica. 9ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2003.
16. Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros: revisión crítica y guía práctica. 8ª ed. Barcelona: Masson; 2008.
17. Wilkinson JM. Manual de diagnósticos de enfermería. 9ª ed. Madrid: Pearson Education; 2008.
18. Moorhead S, Johnson M, Maas M, editores. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 3ª ed. Madrid: Elsevier; 2005.
19. Johnson M, Bulechek G, Butcher H, McCloskey J, Maas M, Moorhead S, et al, editores. Interrelaciones NANDA, NOC Y NIC. 2ªed. Madrid: Elsevier; 2006.
20. Tazón Ansola P, Garcia Campayo J, Aseguinolaza Chopitea L. Relación y comunicación. 2ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2009.
21. Santos Olmo AB, Ausín B, Muñoz M, Serrano P. Personas mayores en aislamiento social en la ciudad de Madrid: experiencia de una intervención a través de la estrategia psicológica de búsqueda activa. Interv Psicosoc. 2008; 17(3):307-19.
22. Diccionario médico [Internet]. Pamplona: Clínica Universidad de Navarra; 2011 [citado 20 octubre 2011]. Disponible en: <http://www.cun.es/area-salud/diccionario-medico>
23. Bérubé L. Terminologie de neuropsychologie et de neurologie du comportement. Montréal: Les Éditions de la Chenelière; 1991.
24. Ángel Yero G, Rivas Arias R, Méndez Sutil V. Perfil psicológico del anciano. Revista Ciencias.com [Internet]. 2007 Agosto 21 [citado 21 octubre 2011]. Disponible en: <http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEIZZFIapyukFuYMNz.php>
25. Psicogeriatría. Blog: Soledad, depresión y aislamiento. Argentina: Pisa H, 2010 Mayo [citado 11 octubre 2011]. Disponible en: <http://psicogeriatría.jimdo.com/2011/05/16/soledad-depresi%C3%B3n-y-aislamiento/>
26. Lacida Baro M. Aislamiento social [Internet]. Granada: Biblioteca Lascasas; 2007 [citado 29 diciembre 2011]. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0239.php>

27. Arranz L, Giménez Llord L, Castro NM de, Baeza I, Fuente M de la. El aislamiento social durante la vejez empeora el deterioro cognitivo, conductual e inmunitario. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009;44(3): 137-42.
28. ForumLibertas.com. Diario digital, Siete propuestas para combatir la soledad y aislamiento de las personas mayores. Barcelona: ForumLibertas.com; 2007 [citado 11 octubre 2011]. Disponible en: http://www.forumlibertas.com/frontend/forumlibertas/noticia.php?id_noticia=8904
29. Solíverez C, Arias C. El aislamiento social en la vejez: una alternativa de abordaje desde la perspectiva de la red social. En: Primer Encuentro Nacional Sobre Calidad de Vida en la Tercera Edad, del 30 de Septiembre – 1 de Octubre de 1999. Buenos Aires: Grupo NAYA; 1999.
30. Rubio Herrera R. La soledad en las personas mayores españolas (Conferencia inaugural). En: 31 Aniversario del Servicio de Teleasistencia en la provincia de Granada. Granada: Diputación de Granada; 1997.
31. Meléndez Moral JC. Percepción de relaciones sociales en la tercera edad. *Geriatrka.* 1999;15(1): 18-22.
32. Anciana.com. La depresión y el aislamiento social en los ancianos [Internet]. Madrid: admin2; 2009 [citado 10 octubre 2011]. Disponible en: <http://www.anciana.com/ansiedad/depresion-y-aislamiento-social-ancianos.html>
33. Aislamiento social en niños [Internet]. Barcelona: Psicología Granollers, 2011 [citado 18 de diciembre 2011]. Disponible en: <http://psicologiagranollers.blogspot.com/2010/04/aislamiento-en-ninos.html>
34. Fundación Belén: Información y Formación gratuita para familias con hijos con problemas [sede Web]. Aislamiento adolescente Madrid: Fundación Belén; 2011 [citado 18 diciembre 2011] [aprox. 2 p.]. Disponible en: http://www.fundacionbelen.org/base_datos/aislamiento_adolescente.html
35. Mass.pe [sede Web]. “Mobbing” o bullying laboral: Conociendo el perfil de un abusador. Lima: Fundación Romero; 2010 [citado 20 diciembre 2011]. Disponible en: <http://mass.pe/noticias/2010/06/mobbing-o-bullying-laboral-conociendo-el-perfil-de-un-abusador>
36. Puig Llobet M, Lluch Canut MT, Rodríguez Ávila N. Valoración de enfermería: detección de la soledad y del aislamiento social en los ancianos de riesgo. *Gerokomos (Madr).* 2009 Mar;20(1):9-14.

37. McCloskey-Dochtermann J, Bulechek GM, editoras. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.

BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA

- Fernández Berrocal P, Melero Zabal MA. La Interacción Social en contextos educativos. Madrid: Siglo XXI de España; 1995.
- Santoyo Velasco C, Espinosa Arámburu MC. Desarrollo e Interacción Social: Teoría y Métodos de investigación en contexto. México D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología; 2006.
- Roselli D. Interacción social y desarrollo del pensamiento formal. En: Mugny G, Pérez JA. Psicología social del desarrollo cognitivo. Barcelona: Anthorpos; 1988. p. 211-213.
- Alberich Nistal T, Funes Jiménez E. Autonomía y dependencia. En: Alberich nistal T, coordinador. Intervención social y sanitaria con mayores: manual para el trabajo con la tercera y cuarta edad. Madrid: Dykinson; 2008. p. 67-123.
- Hernández Rodríguez G. La figura del anciano en la familia contemporánea: relaciones intergeneracionales y status social del anciano. En: Hacia una vejez nueva: I Simposio de Gerontología de Castilla y León, del 5 de Mayo al 7 de Mayo de 1988. Salamanca: El Montalvo; 1988. p. 225-238.
- Ackley B, Ladwig G. Manual de diagnósticos de enfermería: Guía para la planificación de los cuidados. 7ª ed. Barcelona: Mosby; 2006.
- Calvo AJ, González R, Martorell MC. Las variables relacionadas con la conducta prosocial en la infancia y la adolescencia: personalidad, autoconcepto y género. Infancia y Aprendizaje. 2001;24(1):95-111.
- Olivares J, Rosa AI, Piqueras JA, Sánchez Meca J, Méndez X, García López LJ. Timidez y fobia social en niños y adolescentes: un campo emergente. Psicología Conductual. 2002;10(3):523-542.
- Loredó Abdalá A, Perea Martínez A, López Navarrete GE. "Bullying": acoso escolar. La violencia entre iguales. Problemática real en adolescentes. Acta Pediátrica de México. 2008;29(4):210-214.
- Oreja Vázquez ML, Alegre de Vega. Interrelaciones NANDA, NOC, NIC. Metodología Enfermera. A propósito de un caso. Norte de Salud Mental. 2008; 31:20-26.

Recibido: 23 octubre 2012.
Aceptado: 21 agosto 2013.