

## **RESUMEN**

Título:

Efecto de un programa de acompañamiento comunitario en personas con riesgo de soledad en cuanto a percepción de soledad, mejora de la calidad de vida, resultados de salud y uso de recursos de salud

Palabras Clave:

Soledad, humanización, cuidados, comunidad, social

Introducción:

La soledad en la tercera edad empeora notablemente la calidad de vida y ocasiona un aumento en la demanda de los servicios sanitarios y sociales. En este contexto, los estudios demuestran que las intervenciones comunitarias más efectivas son las realizadas con carácter educativo o de apoyo y de manera grupal.

Objetivo: Demostrar el impacto de una intervención grupal sobre la percepción de soledad y salud en la tercera edad.

Metodología: Estudio cuantitativo cuasi-experimental, no controlado, de pre y post intervención, realizado en usuarios de cuatro áreas básicas de salud. Se incluyeron 83 participantes mayores de 55 años en situación de soledad y procedentes de servicios de atención primaria, salud mental y equipamientos comunitarios. Las variables cuantitativas obtenidas a partir de las historias clínicas fueron: número de visitas en el Área Básica y en Salud Mental, actividades en la comunidad, peso, IMC, datos analíticos y farmacológicos. La percepción de soledad se cuantificó a través de la escala ESTE II. Todas las variables estudiadas fueron analizadas previamente a la intervención y un año después. También se recogieron datos de suicidio y se valoró coste/efecto de la intervención.

Resultados:

Después de la intervención se observó una disminución significativa en el número de visitas en los centros de atención primaria y de salud mental, aumento de actividades comunitaria, disminución de los factores de riesgo y toma de fármacos y mejora en la percepción de soledad y una disminución de la idea suicida y de los costes relacionados con la intervención.

Conclusión:

Una intervención comunitaria y grupal en personas mayores que se encuentran en situación de soledad tiene un efecto beneficioso, ya que disminuye los principales factores de riesgo de la salud y favorece una disminución del uso de fármacos. También conduce a un descenso en la demanda de visitas y a mejores resultados sobre la percepción de soledad, idea suicida y costes, en comparación con el tratamiento estándar.

## **TITULO:**

Efecto de un programa de acompañamiento comunitario en personas con riesgo de soledad en cuanto a percepción de soledad, mejora de la calidad de vida, resultados de salud y uso de recursos de salud

## **INTRODUCCIÓN**

La población mundial está envejeciendo: la mayoría de países del mundo están experimentando un aumento en el número y la proporción de personas mayores. El envejecimiento de la población está a punto de convertirse en una de las transformaciones sociales más significativas del siglo XXI, con consecuencias para casi todos los sectores de la sociedad <sup>(1)</sup>.

En el informe de Naciones Unidas, "Perspectivas de la población mundial 2019"<sup>(2)</sup>, indica que en 2050 una de cada seis personas en el mundo tendrá más de 65 años (16%), y una de cada cuatro personas que viven en Europa y América del Norte podría tener 65 años o más. En 2018, por primera vez en la historia, las personas de 65 años o más superaron en número a los niños menores de cinco años en todo el mundo y los datos aportados reflejan que el número de personas de 80 años o más se triplicará, de 143 millones en 2019 a 426 millones en 2050 <sup>(2)</sup>.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre 2000 y 2040, la proporción de personas mayores de 60 años se duplicará en todo el mundo, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2.000 millones en medio siglo. Por ello, en los últimos años, es frecuente escuchar hablar de revolución demográfica intentando mantener o potenciar un envejecimiento saludable <sup>(3)</sup>.

El envejecimiento saludable aborda las necesidades actuales de las personas mayores, anticipa los desafíos futuros y examina las condiciones sociales, biológicas, económicas y ambientales que contribuyen al envejecimiento saludable en la primera y segunda mitad de la vida. Es necesario vincular los determinantes y evaluar posibles intervenciones para mejorar las trayectorias de envejecimiento saludable. Los estudios deben reflejar las prioridades de investigación, las lagunas en la evidencia y las preferencias de las personas mayores. También deben ser sensibles al género y estar diseñados para mejorar la equidad en salud. Facilitar la síntesis de evidencia sobre actividades e intervenciones que benefician a las personas mayores, sus familias y comunidades, y cómo pueden ampliarse para llegar a más personas. La innovación debe ser útil y cambiar la vida de las personas. Todos los países pueden contribuir y aprender de esta base de conocimientos <sup>(2)</sup>.

## **OBJETIVOS**

Objetivo general:

- Evaluar el impacto de un programa comunitario de acompañamiento en personas mayores con riesgo de soledad sobre su percepción de soledad.

Objetivos específicos:

- Evaluar el efecto del programa comunitario de acompañamiento en personas mayores con riesgo de soledad sobre el uso de nuevas tecnologías, la participación social subjetiva, los factores de riesgo cardiovascular, las actividades comunitarias, el uso de asistencia sanitaria, el consumo de fármacos y la ideación suicida.
- Comparar los costes del programa comunitario de acompañamiento en personas mayores con riesgo de soledad con la atención estándar.

## **MATERIAL Y METODO**

### **DISEÑO DEL ESTUDIO**

Se ha llevado a cabo un estudio cuasi-experimental multicéntrico, pre-post intervención no controlado.

### **POBLACIÓN DE ESTUDIO**

Basándonos en diferentes estudios y en los datos poblacionales actuales <sup>(4)</sup>, donde se estima un inicio del aumento de soledad no deseada en adultos mayores a partir de los 55 años, la población de estudio es mayores de 55 años, usuarios de cuatro áreas básicas de salud, con vivencia de soledad, con poca o nula capacidad para afrontar la vivencia de soledad y con poco recurso social/comunitario/familiar para poder sostener la situación de soledad.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN**

*Inclusión de pacientes:*

- Edad igual o superior a 55 años.
- Personas que tras valoración se detecta situación de soledad no deseada.

*Exclusión de pacientes:*

- Personas en situación de descompensación clínica.
- Personas diagnosticadas con deterioro cognitivo grave (Mini Mental State Examination < 14).

## **VARIABLES DEL ESTUDIO**

Las variables obtenidas para el estudio han sido las detalladas a continuación:

- a) datos sociodemográficos:  
Edad, sexo, estado civil, número de hijos, tipo de hogar, nivel de estudios, lugar de nacimiento, diagnóstico, capacidad de obrar, valoración general de las actividades básicas de la vida (Índice de Barthel).
- b) percepción de soledad de las personas asistentes al grupo
- c) percepción del apoyo social
- d) uso de nuevas tecnologías
- e) participación social subjetiva

Para la valoración de la percepción de soledad, se aplicó la escala Este II. Los resultados fueron extraídos pre y post intervención. Se pasó la escala en la primera vista junto a la recogida de

datos sociodemográficos y posteriormente se volvió a aplicar cuando llevaban un año haciendo el trabajo grupal.

- f) datos sobre el riesgo cardiovascular (se recogieron muestras de sangre pre y post intervención) así como peso e Índice de Masa Corporal (IMC).

Los resultados obtenidos por los análisis de sangre se realizaron pre y post intervención.

Los datos que reflejan los resultados se basan en las siguientes medidas (Anexo V):

- Los niveles de glucosa están representados por mmol/L, donde se valoran los resultados correctos de salud entre las franjas de (4.1 - 6.1).
- Referente a los niveles de colesterol, los valores han sido calculados en mmol/L, siendo la concentración deseable  $\leq 5.18$  mmol/L (200 mg/dL).
- Los niveles de triglicéridos, han sido calculados en mmol/L, siendo la concentración deseable  $\leq 1.70$  mmol/L (150 mg/dL).
- Los niveles de HDL, han sido calculados en mmol/L, siendo la concentración deseable  $\geq 1.04$  mmol/L (40 mg/dL).
- Los niveles de LDL, han sido calculados en mmol/L, siendo la concentración deseable prevención primaria  $\leq 3.37$  mmol/L (130 mg/dL) Concentración deseable prevención secundaria  $\leq 2.59$  mmol/L (100 mg/dL).

- g) número de visitas en el Área Básica y en Salud Mental en un año:

Para la obtención de los resultados de las visitas médicas, se recogieron los resultados de dos períodos: El año del proyecto y las mismas fechas (año anterior), para poder comparar/valorar resultados en los dos períodos.

De las visitas registradas, se anotaron las relacionadas con atención primaria y salud mental, desechando las que constaba como visita vinculada a recetas (actualización, modificaciones), visitas no presenciales, las pertenecientes a cualquier proceso de rehabilitación, y las relacionadas con especialidades que no sean salud mental.

- h) datos sobre la toma de fármacos pre y post:

Para la valoración de la toma de fármacos, (antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos, analgésicos y tratamientos para la tensión arterial, colesterol y glucosa), se registraron los resultados pre y post intervención. Para hacer el cálculo total se han valorado las dosis unitarias/día.

- i) actividades en la comunidad (actividades realizadas en equipamientos comunitarios, casales, asociaciones, etc.):

La valoración de las actividades en la comunidad también se ha realizado pre y post intervención. Se recogió la información de las actividades en la primera visita, mediante la escala Este II y se recogieron las actividades que hacían al finalizar el proyecto.

- j) Datos sobre la mejora de costes de la intervención comunitaria sobre la soledad no deseada.

En la valoración coste/efectividad de la intervención, para el cálculo del gasto farmacológico, se ha utilizado el valor de la actualización en 2021 del sistema de precios de referencia de medicamentos en el Sistema Nacional de Salud <sup>(5)</sup>. Se ha dividido el valor de cada caja de fármaco,

en el valor unitario de comprimido y posteriormente se ha multiplicado por 30 (mes), reflejando en los resultados, la suma del valor mensual de consumo de fármacos administrado a cada uno de los participantes del grupo.

En la valoración de visita médica, se ha calculado el precio según los datos de precio de visita del Servicio Catalán de salud (CatSalut) <sup>(6)</sup>, estipulando un precio, para la visita del médico de Familia de 50 euros y para el personal de Enfermería de 35 euros. Referente a las especialidades el valor está estipulado en 50 euros por consulta, urgencias y domiciliaria, tienen estipulado un precio de 75 euros.

Por otro lado, se ha calculado el global de las horas de trabajo invertidas en el año del proyecto, así como los gastos de material utilizado durante el año de proyecto.

El resultado final refleja el resultado de los gastos de las visitas médicas y farmacológico, el año anterior a la intervención grupal, frente a gastos de las visitas médicas y farmacológico junto a la suma del gasto de personal y recursos utilizados en el año siguiente (año del proyecto).

## **METODOLOGÍA**

La intervención consistió en un taller anual, abierto y con sesiones semanales de 60 minutos enfocado a la estimulación cognitiva, a la mejora de los patrones relacionales interpersonales y los hábitos de vida saludables.

Para la consecución de los objetivos de esta investigación se plantearon tres fases:

- Una primera fase exploratoria a nivel individual en la consulta de enfermería, donde se valoró la inclusión en el grupo.

En la primera fase se explicó a los participantes la dinámica grupal, solicitando sus consentimientos informados (Anexo I); y entregando una hoja informativa sobre el proyecto (Anexo II) y realizando la recogida de datos del estudio.

- En la segunda fase donde se realizó la intervención grupal, de forma semanal.

En la segunda fase, se inició la actividad grupal. La duración de cada sesión fue de una hora y en las reuniones se trabajaron aspectos para la mejorar la pasividad, potenciar la interacción personal, mejorar las claves verbales de contenido pesimista, potenciar la iniciativa, evitar el abandono, aumentar vínculo con las redes sociales, mejorar aspectos cognitivos, mejorar desesperanza, potenciar sentimiento de valía personal, potenciar sentimiento de pertenencia a un grupo, trabajar derivar/acompañar a la comunidad. Además, se han trabajado hábitos de vida saludables trabajando ejercicios de estimulación cognitiva combinados con actividades como baile, karaoke y teatro.

También se creó un grupo de WhatsApp donde se informaba y se proponían actividades a los participantes (previamente realizaron un curso de manejo del móvil). Durante esta fase también se trabajó para promover la vinculación de los participantes con otras actividades y equipamientos, proporcionando siempre soporte grupal.

- En la tercera fase se trabajó la vinculación de la persona en la comunidad.

En la tercera fase, y siguiendo con las preferencias de elección de las personas pertenecientes al grupo, se fueron vinculando a la comunidad con actividades que habían escogido al iniciar el grupo y que durante el año hemos ido buscando o creando con los diferentes agentes de la comunidad.

## RESULTADOS

Los resultados obtenidos han sido extraídos del trabajo de Tesis Doctoral “Evaluación del impacto de un programa comunitario de acompañamiento en personas mayores con riesgo de soledad en términos de mejora de la calidad de vida, resultados de salud y utilización de recursos sanitarios” del doctorando J.R.R. (UM).

### Percepción de soledad de la Escala de Valoración Este II

	N	Media	Desviación	Sig. (bilateral)	
Test soledad basal	83	18,35	4,394	P=0.000	T= 24,87
Test soledad final	83	10,35	2,244		

Tabla 1 Resultados totales escala ESTE II de Soledad Social, pre y post intervención

Tal como se muestra en la Tabla 15, la puntuación del test de soledad Social fue significativamente inferior tras la intervención grupal, las personas que han acudido al grupo reflejan una mejoría en el global de los factores de valoración de la Escala Este II.

### Riesgo Cardiovascular

	N	Media	Desviación	Sig. (Bilateral)	
Peso Basal	83	70,260	11,9230	P=0,000	T= 6,70
Peso Final	83	67,973	10,7221		
IMC Basal	83	28,5425	4,74745	P=0,000	T= 6,62
IMC Final	83	27,5847	4,25563		
Glucosa Basal	83	5,9289	1,88501	P=0,000	T= 4,18
Glucosa Final	83	5,4280	1,13163		
Colesterol Basal	83	5,3116	,82589	P=0,000	T = 5,30
Colesterol Final	83	4,9105	,89063		
Triglicéridos Basal	83	1,5172	,61184	P=0,000	T = 3,13
Triglicéridos Final	83	1,4064	,63620		
HDL Basal	83	1,5307	,40502	P=0,046	T = -2,027
HDL Final	83	1,5676	,40777		
LDL Basal	83	3,07	,70730	P=0,000	T = 5,92
LDL Final	83	2,69	,60087		

Tabla 2 Resultados Riesgo Cardiovascular

Tal como se muestra en la Tabla 2, la puntuación del peso, en su global, fue significativamente inferior tras la intervención grupal, manteniéndose en unos niveles óptimos dentro de los valores de salud, y en relación con el Índice de Masa Corporal, dentro de los límites establecidos para un adulto mayor  $27.58 \text{ kg/m}^2$  ( $23\text{-}28 \text{ kg/m}^2$ ).

La glucosa en sangre, fue significativamente inferior tras la intervención grupal. Los resultados globales al inicio indican un  $5.92 \text{ mmol/L}$  ( $106.65 \text{ mg/dL}$ ) disminuyendo los valores al final del estudio a  $5.42 \text{ mmol/L}$  ( $97.65 \text{ mg/dL}$ ).

Respecto a los valores de Colesterol en sangre, fue significativamente inferior tras la intervención grupal. Los resultados globales al inicio indican un  $5.31 \text{ mmol/L}$  ( $205.31 \text{ mg/dL}$ ) disminuyendo los valores al final del estudio a  $4.91 \text{ mmol/L}$  ( $189.84 \text{ mg/dL}$ ).

En referencia a los triglicéridos en sangre, los valores fueron significativamente inferior tras la intervención grupal. Los resultados globales al inicio indican un  $1.51 \text{ mmol/L}$  ( $133.74 \text{ mg/dL}$ ) disminuyendo los valores al final del estudio a  $1.40 \text{ mmol/L}$  ( $123.99 \text{ mg/dL}$ ).

A nivel de HDL (Lipoproteínas de alta densidad) en sangre, fue significativamente superior tras la intervención grupal. Los resultados globales al inicio indican un  $1.53 \text{ mmol/L}$  ( $135.51 \text{ mg/dL}$ ) aumentando los valores al final del estudio a  $1.56 \text{ mmol/L}$  ( $138.17 \text{ mg/dL}$ ).

Y referente a los valores de LDL (Lipoproteínas de baja densidad) en sangre, fue significativamente inferior tras la intervención grupal. Los resultados globales al inicio indican un  $3.07 \text{ mmol/L}$  ( $118.70 \text{ mg/dL}$ ) disminuyendo los valores al final del estudio a  $2.69 \text{ mmol/L}$  ( $104.01 \text{ mg/dL}$ ).

### Atención Primaria y Salud Mental

	N	Media	Desviación	Sig. (Bilateral)
Atención Primaria Basal	83	14,59	6,133	P= 0.000 T = 8,46
Atención primaria Final	83	10,94	5,173	
Salud mental Basal	83	3,92	2,674	P= 0,000 T= 9,95
Salud mental Final	83	2,39	2,140	

Tabla 3 Resultados visitas en atención primaria

Tal como se muestra en la Tabla 3, la asistencia a visitas en atención primaria fue significativamente inferior tras la intervención grupal. Por lo que respecta a las visitas en salud mental, también disminuyeron significativamente tras la intervención grupal.

### Toma de Fármacos

	N	Media	Desviación	Sig. (Bilateral)
--	---	-------	------------	------------------

Antidepresivos Basal	83	,94	,832	P=0,000 T= 4,31
Antidepresivos Final	83	,70	,711	
Ansiolíticos Basal	83	,70	,694	P=0,000 T= 5,36
Ansiolíticos Final	83	,40	,583	
Hipnóticos Basal	83	,23	,423	P=0,004 T= 2,95
Hipnóticos Final	83	,13	,341	
Analgésicos Basal	83	1,47	1,016	P=0,000 T= 8,65
Analgésicos Final	83	,67	,683	
Tensión Arterial Basal	83	,72	,754	P=0,012 T= 2,58
Tensión Arterial Final	83	,61	,559	
Colesterol Basal	83	,57	,567	P=0,000 T= 3,69
Colesterol Final	83	,39	,537	
Glucosa Basal	83	,55	,667	P=0,014 T= 2,50
Glucosa Final	83	,35	,528	

Tabla 4 Resultados pauta antidepresivos

Tal como se muestra en la Tabla 4, la puntuación de los valores de consumo de antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos, analgésicos, TA, anticolesterolemiantes y antiglicemiantes, fue significativamente inferior tras la intervención grupal.

#### Actividades en la comunidad

	N	Media	Desviación	Sig. (Bilateral)
Actividades Basal	83	,17	,408	P=0,000 T= -23,61
Actividades Final	83	1,84	,819	

Tabla 5 Actividades realizadas en la comunidad

Tal como se muestra en la Tabla 5, la puntuación de las actividades en la comunidad, fue significativamente superior tras la intervención grupal, durante el año han ido incorporándose a las diferentes actividades elegidas de forma individual y se han ido manteniendo en el tiempo.

#### Valoración riesgo suicida (Escala de Plutchik)

	N	Media	Desviación	Sig.(Bilateral)
Datos riesgo suicidio Basal	83	11,66	52,544	P= ,048 T= 2,007
Datos riesgo suicido Final	83	9,73	43,839	

Tabla 6 Resultados riesgo suicida

Tal como se muestra en la Tabla 6, tras la intervención grupal se observa un resultado significativamente inferior de la ideación suicida.

### Coste visitas antes y después de la intervención

	N	Media	Desviación	T	Sig. (Bilateral)
Coste visitas Atención primaria año anterior al programa	83	627,39	263,708	21,675	P=0,000
Coste visitas Atención Primaria durante la realización del programa	83	470,41	222,458	19,265	P=0,000
Coste visitas Salud Mental año anterior al programa	83	195,78	133,710	13,340	P=0,000
Coste visitas Salud Mental durante la realización del programa	83	119,28	107,019	10,154	P=0,000
Coste visitas Especialidades Mental año anterior al programa	83	119,88	111,240	11,378	P=0,000
Coste visitas Especialidades durante la realización del programa	83	104,22	83,449	9,818	P=0,000

Tabla 7 Resultados coste visitas

Tal como se muestra en la Tabla 7, el coste de visitas de seguimiento/control de las 83 personas pertenecientes al grupo, fue significativamente inferior tras la intervención grupal.

En función de gasto/eficacia calculada en euros, se aprecian los siguientes resultados:

Visitas Médicas de seguimiento/control:

Valor del coste en visitas/ Euros	Antes de la Intervención	Después de la intervención
Coste visitas Atención Primaria	52.073.-€	39.044.-€
Coste visitas Salud Mental	16.250.-€	9.900.-€
Coste visitas Especialidades	9.950.-€	8.650.-€
<b>Total</b>	<b>78.273.-€</b>	<b>49.804.-€</b>
<b>Balance Total</b>		<b>-28.469.-€</b>

Tabla 8 Resultados coste/eficiencia visitas en euros

Tal como se muestra en la Tabla 8, el coste de visitas de seguimiento/control, representado en euros, de las 83 personas pertenecientes al grupo, fue significativamente inferior con una reducción del importe en 28.469.-€

Consumo de fármacos:

Coste/Eficiencia Fármacos en Euros:

<b>Valor del coste por consumo de fármacos</b>	<b>Antes de la Intervención</b>	<b>Después de la intervención</b>
Coste Total consumo de fármacos	64.759,20.-€	45.009,36.-€
<b>Total</b>	<b>64.759,20.-€</b>	<b>45.009,36.-€</b>
<b>Balance Total</b>		<b>-19.749,85.-€</b>

Tabla 9 Resultados coste/eficiencia consumo de fármacos en euros

Tal como se muestra en la Tabla 9, el coste/eficiencia del consumo de fármacos, representado en euros, de las 83 personas pertenecientes al grupo, fue significativamente inferior con una reducción del importe en 19.749,85.-€

Otros Gastos derivados de la intervención con la soledad no deseada (Anexo VIII).

Resultado final del Calculo Coste/Efecto antes y después de la intervención:

<b>Valor del coste en Total</b>	<b>Antes de la Intervención</b>	<b>Después de la intervención</b>
Coste Total Visitas	78.273.-€	49.804.-€
<b>Coste Total Fármacos</b>	<b>64.759,20.-€</b>	<b>45.009,36.-€</b>
Coste Total Personal (Proyecto)		11.331,96.-€
Coste Total Recursos (Proyecto)		293,70.-€
<b>Total</b>	<b>143.032,20.-€</b>	<b>106.439,02.-€</b>
<b>Balance Total</b>		<b>-36.593,18.-€</b>

Tabla 10 Resultados totales coste/eficiencia del proyecto

Tal como se muestra en la Tabla 10, el coste/eficiencia de visitas en salud y del consumo de fármacos, representado en euros, de las 83 personas pertenecientes al grupo, fue significativamente inferior con una reducción del importe en 36.593,18.-€

## **DISCUSIÓN**

El objetivo principal del proyecto, ha sido valorar si un programa en formato grupal de escucha, acompañamiento y humanización de los cuidados, en personas con soledad no deseada, mejora la percepción de soledad y calidad de vida, disminuyendo el malestar, la tristeza y el aislamiento. También permite valorar como desde la humanización, utilizando recursos existentes en la comunidad, podemos reducir costes, mejorando cuidados.

El proyecto nos ha permitido trabajar ámbitos del malestar personal en su parte social y poder tratarlos desde el soporte afectivo sin medicalización.

Para un mejor planteamiento en la discusión de los resultados, haremos una división enfocando los diferentes apartados:

### **Datos Escala Este II:**

La percepción de soledad disminuyó significativamente tras la intervención. Comparando el estudio, con otras publicaciones, es importante destacar que coincidimos en la importancia de, la capacidad de la comunidad en el contexto de una vida de calidad, siendo esencial que las

personas puedan participar en ella, en la necesidad de una planificación centrada en la persona (basados en los intereses de la persona, sus preferencias, necesidades y red de apoyos naturales), brindando apoyos individualizados e involucrando a las personas en la planificación y evaluación de los servicios proporcionados, favoreciendo una inclusión social efectiva e incrementando la participación de la comunidad y la sociedad <sup>(7)</sup>.

#### **Datos Historia Clínica: Resultados relacionados con el estado de salud (riesgo cardiovascular)**

Según un estudio sobre Soledad no deseada <sup>(8)</sup>, salud y desigualdades sociales a lo largo del ciclo vital, el hecho de sentirse sola/o se asocia con una peor salud, tanto general como mental. Algunas investigaciones concluyen, que la soledad incrementa el riesgo de sufrir enfermedades como hipertensión, síndrome metabólico, enfermedades coronarias y otras enfermedades crónicas <sup>(9)</sup>. De hecho, se ha comprobado que la soledad es un factor de riesgo para sufrir estas enfermedades al mismo nivel que la obesidad, la falta de actividad física o el tabaquismo <sup>(10)</sup>.

Así, los resultados extraídos en este estudio, demuestran que después de la intervención existe una disminución significativa en cuanto a los factores de riesgo para la salud, el peso ha mostrado un descenso significativo, así como la glucosa plasmática, el colesterol, los triglicéridos, y las concentraciones de LDL.

#### **Datos Visitas médicas en Atención Primaria y Centro de Salud Mental:**

Actualmente, para toda situación actual de vida, tenemos un diagnóstico y un fármaco, datos que se comparten con otros estudios donde explican que los efectos y consecuencias de la polimedicación son casi siempre graves, con una disminución de la adherencia terapéutica por la complejidad del régimen terapéutico, cuanto mayor es el número de medicamentos prescritos <sup>(11)</sup>.

Por tanto y basándonos en experiencias de otras investigaciones <sup>(7)</sup>, debemos buscar métodos de mejora de salud donde trabajemos, las situaciones del malestar de vivir, desde la comunidad, intentando menos asistencias a los Centros de Atención Primaria y Centros de Salud Mental y desbloqueando listas de espera.

De esta forma, hacemos unos cuidados más eficientes desde el lugar que corresponde y ayudamos en la mejora del sistema, ayudando a mejorar el funcionamiento del sistema actual de salud y reduciendo la presión asistencial, cuidando también a los profesionales.

Los resultados obtenidos de las Historias Clínicas, reflejan una disminución (pre)14,59, (post) 10,94, en la media de visitas en Atención Primaria, siendo significativos los resultados obtenidos. Respecto a las visitas en Salud Mental, la media pre (3,92) y post (2,39), también demuestra de forma significativa una reducción de visitas en los Centro de Salud Mental.

Comparando los resultados con otro estudio <sup>(7)</sup>, se coincide en el análisis de como la salud deteriorada conlleva un mayor apoyo familiar, sobre todo con los hijos e hijas, reforzando la idea de que cuando las personas se sienten enfermas, éstas viven en compañía en mayor proporción que las que viven solas. Por tanto, es lícito para nuestros mayores, pensar que enfermar es una solución para su soledad. Las propias molestias se convierten en el centro de su atención y en estrategia para atraer a sí a las personas queridas o a los cuidadores profesionales.

El hecho de hacer actividades en la comunidad, de una forma dirigida, no tiene por qué hacer vínculos, porque al no ser una situación elegida en muchos de los casos, puede ser que sólo se haga la actividad como entretenimiento y como forma de pasar el tiempo.

Muchas personas haciendo actividades, siguen manteniendo el vínculo con los profesionales del Centro de Salud.

Por tanto, los resultados obtenidos, coinciden con el planteamiento inicial del proyecto, la capacidad de crear espacios para facilitar vínculos y mejorar la conexión desde “ellas/os” con la comunidad, utilizando los dispositivos de salud sólo para situaciones de salud, reduciendo así, listas de espera y proporcionando cuidados más efectivos a un problema social como es la soledad no deseada y evitando que el malestar se convierten en el centro de atención y estrategia para atraer los vínculos.

### **Resultados sobre las necesidades farmacológicas:**

Desde el punto de visita farmacológico, los resultados del trabajo demuestran que existe una sobre medicación de las situaciones del malestar de vivir y de las situaciones de carácter social, coincidiendo con una investigación social, donde destacan la soledad no deseada, como un hecho social grave, que no es una enfermedad que se pueda medicalizar, sino una realidad multidimensional que demanda la respuesta conjunta del sector público y de la sociedad civil organizada <sup>(12)</sup>.

Si valoramos la prescripción de fármacos, según trabajos anteriores donde hablan de la importancia de no medicalizar las situaciones que tienen como base un componente social <sup>(13)</sup>, apuntan que existen numerosos factores asociados a la polimedicación.

Con los resultados del proyecto actual, hemos conseguido reducir la toma de fármacos, consiguiendo unos mayores beneficios de salud, coincidiendo con otro estudio <sup>(14)</sup>, donde refleja la importancia de la des prescripción como situación de mejora de la salud.

Ha habido resultados significativos de reducción en todos los fármacos estudiados.

Durante el año han estado más activos, se han cuidado más. Hemos ido trabajando hábitos de vida saludable, centrandose en espacios, tiempo y lugar, para poder sentirse parte de la comunidad. A nivel de dolor, el dolor emocional pasa a dolor físico como expresión de la angustia y el malestar. Al estar mejor de ánimo y volver a encontrarse en la comunidad, mejora el dolor general, coincidiendo con el documento de OMS sobre la importancia de protección de la salud mental en el que expresa como esencial reconocer y tratar con prontitud las afecciones de salud mental en los adultos mayores, siguiendo las normas de [atención integrada para personas mayores](#), que se basan en la comunidad y se centran tanto en los cuidados a largo plazo de estas personas con problemas de salud mental y deterioro de la capacidad intrínseca, combinando intervenciones de salud mental, junto con otros apoyos, a fin de abordar las necesidades de salud, cuidados personales y necesidades sociales de las personas <sup>(2)</sup>.

También debemos priorizar, como demuestran los resultados, la generación de vínculos, los espacios donde encuentran su pertenencia de grupo y social, ya que actúa como factor protector y facilitador de cuidados, cambiando “fármaco” por “humanización”, que es en verdad lo que da lazos que unen a la vida, coincidiendo con estudios donde exponen la importancia del vínculo

como una relación de dos, única e insustituible, que no es una característica de la persona sino de la relación, en la que ha habido implicación afectiva, permanencia en el tiempo y en la que ayuda en la generación de un proyecto de vida <sup>(15)</sup>.

#### **Actividades en la comunidad:**

Valorando los resultados del proyecto y las situaciones que pueden ayudar a mejorar el sentimiento de soledad, se coincide con el artículo <sup>(16)</sup>, donde afirma que las intervenciones grupales, con actividades de apoyo y educativas, dirigidas a grupos específicos y que se apoyan en los recursos comunitarios existentes, que incluyen además un entrenamiento y apoyo específico a los facilitadores generalmente voluntarios de estas acciones, parecen ser las intervenciones más eficaces.

En el proyecto actual, donde la asistencia media a los grupos se ha situado en un setenta y ocho y medio por ciento, se comparten las inquietudes y necesidades que se plantean en la revisión de los estudios que relacionan la importancia de la comunidad y sus actividades en la respuesta a la soledad no deseada.

Pero dentro del planteamiento de cambio que se pretende, creemos en la necesidad del cambio desde la persona, coincidiendo con otro estudio <sup>(17)</sup>, en el que plantea la necesidad de un modelo de atención centrado en la persona, donde tengamos en cuenta, desde un paradigma sistémico, los principios de la bioética y, por ende, los propios intereses de la persona.

Las propuestas van enfocadas a cambios en la comunidad para recibir a la persona en soledad, como plantea el artículo <sup>(18)</sup>, que refiere la importancia de trabajar con las comunidades, generando arquitecturas comunitarias y, en la medida de lo posible, redes de apoyo, bienestar y cuidado entre los ciudadanos, impulsando procesos de participación social y capacitando a las personas y a las entidades para afrontar retos que les son comunes.

Desde el proyecto aquí presentado, se plantea una propuesta inversa: que necesidades tiene la persona, para poder realizar el cambio en la comunidad.

Conseguir convivir con otros de modo satisfactoria resulta imprescindible para tener una buena vida y un envejecimiento activo <sup>(17)</sup>. Uno de los objetivos fundamentales de los equipos profesionales de los centros debe ir enfocado a lograr un clima social respetuoso, alegre y cálido. Tener en cuenta las preferencias y capacidades de las personas, favorecer las relaciones con el exterior, respetar lugares privados y ofrecer la participación en actividades compartidas, con la elección desde la persona, eje principal del cuidado.

Las personas que acuden al grupo, participan en lo que quieren hacer, y como poder hacerlo, para intentar generar el cambio social y comunitario y poder crear vínculos necesarios para la mejora de la persona, coincidiendo con estudios que expresan la necesidad de reestructurar la ciudad y sus ámbitos en espacios comunitarios para afrontar las situaciones de soledad <sup>(18)</sup>.

Como los demuestran los resultados del estudio, enfocado desde “ellos/as”, con un modelo de recuperación y autogestión, la mejora general de la persona, es importante. Pasamos de una media de actividades pre (0,17) post (1,84), siendo significativos los resultados de mejora de salud y de percepción de soledad.

El hecho de acudir a unas actividades, elegidas por cada una de las personas aumenta la capacidad de vínculo y mejora la continuidad de la persona en la comunidad.

### **Resultados sobre el riesgo suicida (Escala de Plutchik)**

Los datos obtenidos al inicio del estudio, marcan unos valores elevados en referencia a la ideación suicida, que coinciden con los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE), donde ponen de manifiesto como el suicidio entre las personas mayores se incrementó el 8,8 % en los últimos 5 años, según los últimos datos definitivos de 2017 a 2021.

El proyecto coincide con otro estudio <sup>(15)</sup> donde se ha identificado los trastornos depresivos, además de ser un trastorno grave y debilitante en sí mismo, como carga asignada al suicidio y la cardiopatía isquémica y como la segunda causa principal de años vividos con discapacidad, designándolos como una prioridad de salud pública. En el peor de los casos, la depresión puede conducir al suicidio y el 15% de las personas clínicamente deprimidas mueren por suicidio <sup>(15)</sup>.

Otros artículos <sup>(16)</sup>, refieren la capacidad de las relaciones sociales como protector del suicidio ya que el distanciamiento social y la cuarentena podrían aumentar la sensación de desconexión y la percepción de dolor social en las personas vulnerables. Algunas poblaciones con alto riesgo de suicidio se vieron más afectadas por la pandemia como, las personas mayores, el personal médico y las personas expuestas a la inseguridad económica.

Tras la revisión de los resultados obtenidos en el proyecto, también podemos coincidir con los anteriores estudios sobre la necesidad del trabajo comunitario, y la capacidad cualitativa de las relaciones sociales como factor protector de suicidio con una disminución general de la ideación suicida.

### **Resultados del coste/efectividad tras la intervención.**

El proyecto presentado, proporciona unos cuidados desde la persona, lejos de la medicalización, aportando resultados comparables con diferentes publicaciones <sup>(17)</sup> <sup>(18)</sup> <sup>(19)</sup>, donde coincide que, el vínculo y la sensación de pertenencia a un grupo, darán las herramientas para unos cuidados más eficaces en la lucha contra la soledad no deseada.

Se estima que la soledad no deseada representa un coste total de 14.141 millones de euros anuales en nuestro país. Esto representa el 1,17% del Producto Interior Bruto (PIB) de España para el año 2021 <sup>(18)</sup>.

Los costes por la frecuentación de los servicios sanitarios se elevan a más de 5.600 millones de euros anuales, y los costes por consumo de medicamentos son 495,9 millones de euros.

Por otro lado, los costes asociados a las pérdidas de productividad, se estiman en más de 8.000 millones de euros anuales.

Y todo ello, provoca que la soledad no deseada, por no hacer políticas preventivas, nos conduce a una pérdida de calidad de vida que se estima en nuestro país, en más de 1 millón de AVAC o años de vida disfrutando de plena salud. Esto representa el 2,79% de los años de vida de plena salud totales de la población española mayor de 15 años <sup>(18)</sup>.

La valoración de coste efecto, presentada en el estudio, demuestra como en la comunidad hay recursos y potencial humano suficientes, para poder dar respuesta preventiva y comunitaria a la soledad no deseada.

Coincidiendo con otro artículo <sup>(20)</sup>, debemos ayudar a revertir la tendencia errónea actual, de actuar desde salud como agentes sociales, buscando alternativas paliativas con fármacos, de los acontecimientos sociales estresantes.

Otro artículo <sup>(21)</sup>, explica la dificultad para identificar la realidad de las personas con soledad no deseada y actuar ante ellas, coincidiendo con el proyecto, en la necesidad de la detección y el acompañamiento de la soledad no deseada desde la comunidad, sin medicalización, ya que la soledad no deseada supone un coste del 69% en Atención Especializada y un 18% en Atención Primaria.

Por lo tanto, coincidiendo con los diferentes estudios citados en el apartado, los resultados aportados en el estudio, demuestran como con recursos comunitarios y acompañando en el proceso de socialización en la comunidad, podemos reducir gasto farmacológico y potenciar la capacidad comunitaria.

La capacidad gasto/efecto presentada en este estudio, es una ínfima parte de la capacidad de reducción de gasto que podemos proporcionar y la mejora de cuidados que podemos ofrecer.

Se demuestra como con una menor dotación económica y con recursos existentes en la comunidad, podemos reducir gasto, mejorar calidad de vida, proporcionando cuidados efectivos a la soledad no deseada, ofreciendo un vaciamiento del sistema Sanitario, de situaciones que son sociales y deben tener una solución social.

## **CONCLUSIONES**

Los resultados principales del presente estudio, en relación a los objetivos planteados, sugieren que después de la intervención en la detección y acompañamiento de la soledad no deseada:

- La percepción de soledad disminuyó significativamente tras la intervención.
- Se produce una mejora en factores de riesgo para la salud, con un descenso significativo en la glucosa plasmática, el colesterol, los triglicéridos, y las concentraciones de LDL, y con un aumento de concentración de HDL.
- Existe una disminución significativa en el número de visitas tanto a los centros de atención primaria del Área Básica de Salud, como a los centros de salud mental.
- También se produce una disminución significativa en la prescripción de antidepresivos, ansiolíticos, analgésicos, anticolésterolmiantes y antiglucomiantes
- Hay un aumento de actividades en la comunidad
- Disminución de la ideación suicida.
- Reducción del coste en relación con el tratamiento estándar.

Es importante centrar el trabajo desde la persona como eje de cuidados, basándonos en las necesidades individuales, garantizando sus derechos y respetando sus preferencias, sus deseos, en la atención y en su vida cotidiana.

Debemos valorar la historia de vida de cada una de las personas participantes y escuchar para poder tener conocimiento de las fortalezas, debilidades, intereses y necesidades de la persona, creando un modelo grupal, pero individualizando las necesidades, de cada una de las personas. A las personas no tenemos que darles “un lugar” si no que debemos darles “su lugar”, para que puedan encontrar los lazos que les animan a la vida.

Por tanto, de la investigación realizada se desprende que las intervenciones comunitarias, en forma de trabajo en grupo con personas mayores que se encuentran en situación de soledad, con un trabajo de vínculo, puede tener efectos muy beneficiosos, además de potenciar la integración y pertenencia a un grupo.

Como demuestran los resultados, el impacto ha sido muy positivo. Ofrece un cambio de modelo, da un enfoque mucho más cualitativo en el cuidado y resultado del trabajo con la soledad. Pasamos de un modelo más médico, de “etiqueta” y medicalización, a un modelo más social de escucha y acompañamiento de la soledad.

Esta investigación, con su cambio de modelo, intenta aporta algo importante a la profesión, a los cuidados y a la sociedad. La profesión se enriquece ampliando la mirada ya que la salud no es sólo tratar la patología. Tenemos la calidad de vida, factores que ayudan a mantener la actividad, la salud, la participación y eso revierte en disminuir el malestar, la tristeza, el aislamiento. Muchas veces el malestar subjetivo se traduce en malestar físico, dolores que llevan a consultar al médico, como forma de hacer lazo, de hablar con otros...

Nos permite una mirada más amplia de la patología, porque permite descubrir ámbitos del malestar personal en su parte social y tratarlos sin medicalización.

Cuidar es algo muy amplio, que va más allá de la enfermedad, tiene que ver con el vínculo. Una de las necesidades más importantes de la experiencia humana, es el impulso a la conservación de un vínculo afectivo fuerte con otras personas.

La herencia evolutiva nos empuja a estar en contacto, no solo por ser una especie sociable, necesitamos los vínculos emocionales para poder sobrevivir.

En condiciones favorables y a lo largo de los años, las relaciones tienen el poder de nutrirnos psicológicamente. Encontramos refugio y seguridad, apoyo y cuidado, y nos alimentamos de afecto. Algunos son combustibles de vitalidad y aprendizaje. Fortalecen nuestra autoestima y brindan aceptación, comprensión y validación

La regulación afectiva y la sintonía adecuada promueve un cuerpo y una mente más estables desde la infancia. Nos permiten conseguir un estado emocional de seguridad y un sentido de estabilidad. De alguna manera, a pesar de nuestra autonomía o independencia, nos siguen arropando en la vida. Durante la maduración, son el sustrato de la construcción de nuestra identidad y autoimagen <sup>(22)</sup>.

Formamos vínculos afectivos porque nos dan un sentido de seguridad y pertenencia. Nos ayudan a sentirnos queridos y valorados, nos conectan con los demás. Otorgan identidad y sentido de

propósito <sup>(22)</sup>. Somos seres eminentemente sociales. Nos agrupamos en familias, sociedades y comunidades políticas, nos comunicamos y establecemos relaciones interpersonales. Mediante la razón identificamos y resolvemos problemas de la realidad; pero las emociones son las, que, al fin y al cabo, más nos vinculan con la vida.

Todas las personas que sufren soledad no deseada vivencian sus emociones y reciben la influencia de las emociones de los demás, y esas emociones son las que al final, hacen que todos/as desde nuestro lugar y con pequeños gestos, seamos rompedores de soledades.

### **LÍNEAS FUTURAS:**

- Creación de una mesa de trabajo con todos los agentes que intervienen en la soledad no deseada (La mesa está constituida desde el 08/11/2024 con los siguientes integrantes):

Ayuntamiento, Generalitat, Diputación, Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Fundación Sant Joan de Déu, Solidaridad, Voluntariado, REBEC Caps, Enfermería Caps, Graduadas trabajo social Caps, Enfermería Salud Mental, Graduada Social Salud Mental, Farmacias, UNED, Dirección Parc Sanitari Sant Joan de Deu, Asociaciones, Participantes de los grupos de soledad, Familiares de los participantes, Responsables de proyectos de soledad no deseada (Crenco, Transformando comunidades), Cáritas.

- Trabajo grupal de la soledad no deseada por barrios, para aumentar adherencia y facilitar acceso y creación de vínculos comunitarios.
- Docencia.
  - ✓ Formación en Soledad no deseada.
  - ✓ Facilitar la formación de residentes de comunitaria y salud mental. Formación específica en soledad no deseada. Certificación del paso por los grupos de soledad no deseada.
- Sensibilización (charlas, campañas, jornadas, congresos, mesas de trabajo).
- Investigación (seguir trabajando y aprendiendo en la humanización de los cuidados ante la soledad no deseada).
- Replicar por territorios (ampliación del modelo en diferentes territorios a través de un trabajo común y coordinado).

### **BIBLIOGRAFÍA.**

1. Ledent J. United Nations. 2001 et 2003. World urbanization prospects. The 1999 revision, et the 2001 revision. New York, United Nations, department of economic and social affairs, population division, ST/ESA/SER.A./194 et ST/ESA/SER.A./216.2003;32 (2):328.

2. World Population Prospects: the 2019 Revisión (Perspectivas de la población mundial: Revisión de 2019)

3. Década de Envejecimiento Saludable 2020-2030/Organización Mundial de la Salud  
[https://www.who.int/es/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action?sfvrsn=b4b75ebc\\_25](https://www.who.int/es/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action?sfvrsn=b4b75ebc_25)
4. [https://www.juntadeandalucia.es/sites/default/files/202107/Soledad55%2B\\_Andalucia\\_Informe-junio-2020.pdf](https://www.juntadeandalucia.es/sites/default/files/202107/Soledad55%2B_Andalucia_Informe-junio-2020.pdf)
5. BOE-A-2021-19643 Orden SND/1308/2021, de 26 de noviembre, por la que se procede a la actualización en 2021 del sistema de precios de referencia de medicamentos en el Sistema Nacional de Salud. [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2021-19643](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2021-19643)
6. <https://www.redaccionmedica.com/autonomias/cataluna/catalunaencarece-las-visitas-a-primaria-10-mas-en-familia-7-enfermeria-9012>
7. Cotterell N., Buffel T, Phillipson C. Preventing social isolation in older people. *Maturitas*, 2018. 113, 80-84
8. Martin U, González Y. Soledad no deseada, salud y desigualdades sociales a lo largo del ciclo vital. *Gaceta Sanitaria*. Volume 35, Issue 5, September–October 2021, Pages 432-437
9. Nuñez GJ. *Psicoterapia de grupos 1999* - revistas.unal.edu.co
10. Montorio I, Losada A. Una visión psicosocial de la dependencia desafiando la perspectiva tradicional. *Perfiles y tendencias* octubre 2004. Madrid: IMSERSO
11. Sancho P, Pinazo S, Donio M, Tomas JM. Validation of the University of California, Los Angeles Loneliness Scale (version 3) in Spanish older population: An application of exploratory structural equation modelling. *Australian Psychologist*, 2019; 55 (3), 283-292.
12. [https://www.soledades.es/sites/default/files/contenidos/Informe\\_Soledad\\_ Revisado - 2022%20Rev\\_Final%20Final\\_10.12.2022.pdf](https://www.soledades.es/sites/default/files/contenidos/Informe_Soledad_ Revisado - 2022%20Rev_Final%20Final_10.12.2022.pdf)
13. Villafaina A, Gavilán E. Gerencia de Salud de Plasencia. Servicio Extremeño de Salud. Pacientes polimedicados frágiles, un reto para el sistema sanitario. *Polipharmacy. Sanitary attention Inf Ter Sist Nac Salud* 2011; 35: 114-123
14. Gavilán E, Villafaina A, Jiménez , Gómez MC. Ancianos frágiles polimedicados: ¿es la deprescripción de medicamentos la salida?. Vol. 47. 2012.
15. Hernández J, Perula LA, Rich M, Roldán AM, Perula C, Ventura PE. [Determinants for addressing social isolation and loneliness of non-institutionalized older adults from Primary Health Care]. *Aten Primaria*. 2022 Feb; 54(2):102218. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2021.102218. Epub 2021 Dec 1. PMID: 34864366; PMCID: PMC8646132.
16. García JI. *Medina 52 Razón y Fe*, 2018, t. 277, nº 1431, pp. 51-62, ISSN 0034-0235
17. Torralba F. *El arte de saber estar solo*, Milenio, Lérida 2010, 9.
18. Jasper K, *Introducción a la Filosofía*, Círculo de lectores, Barcelona 1953, 91.
19. Krishnamurti J. *La libertad primera y última*, RBA Libros, Barcelona 2002

20. Catrin RSU, Yang K. Respuestas comunitarias a la soledad en las personas mayores: una revisión sistemática de estudios cualitativos, diciembre 2021, <https://doi.org/10.1111/hsc.13682>
21. Doblas JL, Díaz MP. Viudedad, soledad y salud en la vejez Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Políticas y Sociología, Universidad de Granada, España DOI: 10.1016/j.regg.2017.09.005
22. Filippe H. La necesidad de vínculos afectivos y sus huellas imborrables, Psicología relacional. 30 de noviembre de 2022
23. Década de Envejecimiento Saludable 2020-2030/Organización Mundial de la Salud [https://www.who.int/es/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action?sfvrsn=b4b75ebc\\_25](https://www.who.int/es/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action?sfvrsn=b4b75ebc_25)
24. World Population Prospects: the 2019 Revisión (Perspectivas de la población mundial: Revisión de 2019)
25. Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Madrid, España, 8-12 de abril de 2002. Nueva York(NY), Naciones Unidas
26. Carta De Los Derechos Fundamentales de LUE. 30.3.2010 Diario Oficial de la Unión Europea C 83/389. <https://www.boe.es/doue/2010/083/Z00389-00403.pdf>
27. Mosquera I, Machón M, Vergara I, et al. Desigualdades sociales en salud en población Mayor: revisión de los indicadores empleados en España. Gac Sanit. 2020; 34:297-304
28. <https://www.fundaciononce.es/es/comunicacion/noticias/el-observatorio-de-la-soledad-no-deseada-de-fundacion-once-presenta-un>
29. Alba MA. Soledad no deseada y salud. Una aproximación desde el Trabajo Social. Cuadernos de trabajo social, 2023. 36(1), 73-81.
30. Martínez C. Desarrollo del vinculo afectivo. Madrid 2008. Exlibris Ediciones; 2008. p. 299-301.
31. Yanguas J, Cilveti A, Hernández S, Pinazo S, Roig S, Segura C. El reto de la soledad en la vejez. [Revista de servicios sociales](#), ISSN 1134-7147, [Nº. 66, 2018](#), págs. 61-75
32. Martínez T, Díaz P, Rodríguez P, Sancho M. Informes envejecimiento en red. 2015. ISSN 2340-566X
33. Catrin RSU, Yang K. Respuestas comunitarias a la soledad en las personas mayores: una revisión sistemática de estudios cualitativos, diciembre 2021, <https://doi.org/10.1111/hsc.13682>
34. Coll L, Del Valle G, Bonilla P, Masat T, Puig T, Monteserin R. Promoting social capital to alleviate loneliness and improve health among older people in Spain. Heal Soc Care Community. 2017; 25(1):145–57
35. Hernández J, Perula LA, Rich M, Roldán AM, Perula C, Ventura PE. [Determinants for addressing social isolation and loneliness of non-institutionalized older adults from Primary Health

Care]. Aten Primaria. 2022 Feb; 54(2):102218. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2021.102218. Epub 2021 Dec 1. PMID: 34864366; PMCID: PMC8646132.

36. García JI. Medina 52 Razón y Fe, 2018, t. 277, nº 1431, pp. 51-62, ISSN 0034-0235

37. Torralba F. El arte de saber estar solo, Milenio, Lérida 2010, 9.

39. Jasper K, Introducción a la Filosofía, Círculo de lectores, Barcelona 1953, 91.

39. Doblas JL, Díaz MP. Viudedad, soledad y salud en la vejez Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Políticas y Sociología, Universidad de Granada, España DOI: 10.1016/j.regg.2017.09.005