

## **1.- TITULO**

Evaluación y acompañamiento de la soledad social en el ámbito de la Salud Mental

## **2.- INTRODUCCIÓN**

### **2.1.- Justificación**

La soledad no deseada está considerada la Pandemia del S.XXI, se ha convertido en un problema global de las sociedades actuales, vinculado al proceso de modernidad, el desarrollo urbano y el incremento del individualismo. La capacidad de enfrentar y superar esta soledad varía en función de cada persona y aquellas en situación de vulnerabilidad (enfermedad física o mental, discapacidad, pobreza, migración, edad...) son las que más la sufren y en las que puede tener consecuencias más graves.

Aunque siempre se asocia personas mayores que viven solas, lo cierto es que afecta en todas las etapas de la vida, independientemente de ser mayor y vivir solo. Personas que viven en pareja, que tiene hijos y personas en diferentes etapas de la vida sufren la soledad no deseada.

Tras revisar estudios relacionados con la soledad, el planteamiento que se ofrece en la mayoría, es la valoración de la soledad en mayores de 65 años. Los datos del INE (Instituto Nacional de Estadística), marcan un aumento de la soledad en los próximos años, llegando a ser de un 23,9% en 2030. Pero la soledad también afecta a jóvenes, en Catalunya, el 30% de los jóvenes se encuentran en situación de soledad no deseada severa.

Los datos actuales en Barcelona, el 24,7% de las personas >65 años que viven solas manifiestan que frecuentemente se sienten excluidas de lo que pasa en su entorno, cada 2 días muere una persona en soledad, el 13,2% de niños de 10 a 12 años sienten que no tienen un familiar que se preocupe de ellos, el 6% del alumnado de 13-19 años refiere no tener ningún amigo/a, reflejan unos resultados con un impacto negativo que nos debe hacer pensar hacia donde queremos ir. Los modelos actuales tanto sociales como de salud, no están dando los resultados esperados.

Con el actual estudio queremos valorar la soledad no deseada, y hacer frente con programas muy diversos, como el de voluntariado, la acción comunitaria, las

terapias complementarias y las actividades de ocio, en definitiva, acompañar y humanizar uno de los problemas más importantes de la salud pública en los próximos años, como es la soledad no deseada.

## **2.2.- Antecedentes**

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.

Hace 10 años que trabajamos con grupos de soledad no deseada en el Parc Sanitari Sant Joan de Déu. En este tiempo hicimos un estudio para poder valorar la eficiencia de los cuidados que ofrecemos con un cambio de modelo más humanizado.

Objetivo del estudio: 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 usuarios mayores de 64 años en situación de soledad y procedentes de servicios de atención primaria. 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.

Resultados: Se incluyeron 63 participantes, 16% (n=10) de hombres y 84% (n=53) de mujeres, con edades comprendidas entre los 64 y 88 años.

Los resultados demuestran que, después de la intervención existe una disminución significativa en el número de visitas al Área Básica de Salud ( $15,35 \pm 5,77$  vs.  $11,30 \pm 5,21$ ;  $t=8,27$ ;  $p<0,001$ ) como al Centro de Salud Mental ( $4,27 \pm 2,54$  vs.  $2,43 \pm 1,81$ ;  $t=12,52$ ;  $p<0,001$ ). La participación en diferentes actividades de la comunidad aumentó significativamente ( $0,14 \pm 0,39$  vs.  $2,08 \pm 0,84$ ;  $t= -22,97$ ;  $p=0,001$ ). En cuanto a los factores de riesgo para la salud, el

peso ( $68,72 \pm 10,39$  vs.  $66,77 \pm 9,55$  kg;  $t= 7,14$ ;  $p=0,001$ ) y el IMC ( $27,77 \pm 3,66$  vs.  $26,99 \pm 3,33$ ;  $t= 7,14$ ;  $p=0,001$ ) mostraron un descenso significativo, así como la glucosa plasmática ( $5,67 \pm 1,03$  vs.  $5,26 \pm 0,71$  mmol/l;  $t=0,56$   $p=0,001$ ), el colesterol ( $5,35 \pm 0,72$  vs.  $4,93 \pm 0,58$  mmol/l;  $t= 5,74$ ;  $p=0,001$ ), triglicéridos ( $1,49 \pm 0,52$  vs.  $1,41 \pm 0,50$  mmol/l;  $t=0,15$ ;  $p=0,034$ ), y las concentraciones de LDL ( $3,11 \pm 0,66$  vs.  $2,75 \pm 0,50$ ; mmol/l  $t= 5,76$ ;  $p=0,001$ ). Asimismo, se observaron disminuciones significativas en la prescripción de antidepresivos ( $0,67 \pm 0,76$  vs.  $0,52 \pm 0,66$ ;  $t=3,2$ ;  $p= 0,002$ ), ansiolíticos ( $0,48 + 0,59$  vs.  $0,32 \pm 0,50$ ;  $t=3,07$ ;  $p= 0,003$ ), analgésicos ( $1,03 \pm 0,86$  vs.  $0,62 \pm 0,65$ ;  $t=5,13$ ;  $p=0,001$ ), antihipertensivos ( $0,52 \pm 0,69$  vs.  $0,40 \pm 0,55$ ;  $t=2,64$ ;  $p= 0,010$ ), anticolesterolémicos ( $0,48 \pm 0,53$  vs.  $0,30 \pm 0,46$ ;  $t=3,62$ ;  $p= 0,001$ ) y antidiabéticos orales ( $0,37 \pm 0,51$  vs.  $0,27 \pm 0,44$ ;  $t=2,55$ ;  $p= 0,013$ ). La percepción de soledad también disminuyó significativamente ( $14,87 \pm 3,79$  vs.  $10,10 \pm 3,086$ ;  $t=11,59$ ;  $p=0,001$ ) tras 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.

### **3.- ÁMBITO DE TRABAJO EN EQUIPO**

El proyecto se ha realizado en los Centros de Salud Mental del Parc Sanitari Sant Joan de Déu. El trabajo está basado en una prueba piloto que se realizó en Cornellá de Llobregat y donde los resultados reflejan la necesidad de hacer un proyecto enfocado a la mejora de la soledad. El equipo está formado por ocho profesionales, de diferentes disciplinas, intentado dar una visión más global de la situación y de los planteamientos de mejora. Todos los profesionales participantes tienen amplia experiencia en el trabajo con la soledad y los problemas que se derivan de la soledad.

El proyecto queda diferenciado en dos fases:

La primera fase se pasaron las escalas y se recogieron los valores necesarios para valorar la percepción de soledad y las situaciones que pueden provocar la soledad no deseada.

En la segunda fase, con los datos obtenidos, plantearemos un trabajo de puesta en marcha del proyecto, con acompañamiento y vinculación de las personas con soledad no deseada a la comunidad. Planteamos un proyecto más enfocado a la vinculación al ámbito social, donde puedan encontrar lazos que le animen a la vida, empoderándolos en sus cuidados.

## **5.- METODOLOGIA**

### **5.1. Definición del estudio**

#### ***Ámbito de estudio***

- Personas mayores de 18 años usuarias de los servicios de salud mental del PSSJD.

#### ***Periodo de estudio***

- Dos años

#### ***Tipo de estudio***

- Metodología cuantitativa. Pasación escala ESTE II, Índice de Barthel, Escala PSP, y recogida de datos sociodemográficos.

- 

### **5.2. Definición de la población diana: Tamaño de la muestra y técnica de muestreo.**

Muestreo aleatorio simple del total de personas que se visitan en salud mental del Pssjd que cumplan con los criterios de inclusión. Participación voluntaria no remunerada. Selección de la muestra con aceptación de la persona y cumplimiento de los criterios de inclusión/exclusión.

El muestreo se ha calculado con las referencias de ocho dispositivos externos de salud mental, con una población visitada de 8.000 usuarios, con un margen de error del 10%. Por lo que la muestra necesitaría  $8.000 \times 3,33\%$  (con el cálculo del margen de error del 10%) = 266 usuarios, para obtener unos resultados significativos.

#### ***Reclutamiento***

Tamaño de la muestra: 253 usuarios vinculados a la red de salud mental del PSSJD. Participación voluntaria no remunerada. Selección de la muestra con aceptación de la persona y cumplimiento de los criterios de inclusión/exclusión.

### **5.3.- Definición de variables clave o criterios de evaluación que miden con precisión el impacto de los cambios en la calidad.**

Tras el estudio piloto y basándonos en las variables analizadas sociales y de salud, se demuestra un cambio significativo en los resultados. Se incluyeron 63 participantes, 16% (n=10) de hombres y 84% (n=53) de mujeres, con edades comprendidas entre los 64 y 88 años. 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 cardiovasculares, disminución en la toma de fármacos y mejora en la percepción de soledad.

El proyecto actual, permite ampliar el trabajo a otros territorios de la OHSJD.

En una primera fase analizaremos la percepción de soledad y los condicionantes que pueden provocar la soledad, a través de las escalas Este II, Índice de Barthel, PSP y datos sociodemográficos.

En la segunda fase y con el programa piloto de Cornellà como referencia, plantearemos las estrategias para hacer un trabajo común en todos los territorios. En esta segunda fase plantearemos criterios de evaluación sociales y de salud, trabajando una mejora global de la persona.

### **5.4.- Descripción de la implementación de los cambios o intervención.**

Al detectar la soledad no deseada, vinculamos a la persona al grupo de soledad (se realiza en un espacio comunitario), y se trabajan los aspectos de mejora, para luego de una forma individual, respetando el tiempo de cada persona, derivar y acompañar en la vinculación a la comunidad.

El planteamiento es trabajar/dar respuesta a la soledad no deseada, ampliando a otros territorios y basándonos en la experiencia del proyecto piloto. Dividiremos la estrategia de trabajo en dos apartados, pero con un proyecto común y coordinado.

Desde Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Trabajaremos la soledad no deseada con personas que tengan diagnóstico de salud mental.

Por otro lado, y de una forma coordinada, con los referentes de Bienestar Emocional, se trabajará la soledad no deseada, con personas que no tenga diagnóstico de salud mental.

Actuaremos de manera multidisciplinar en conjunto con CAP, SS. SS y dispositivos socio comunitarios.

El trabajo consistirá en detectar la soledad no deseada y derivar al grupo de soledad. Para ello, se facilitarán diferentes vías: mail, teléfono o en interconsulta, dando agilidad al proceso. Intentamos que no exista tiempo de espera.

### **5.5. Recogida de datos y cronograma**

La recogida de datos en la primera fase, se ha realizado mediante visita presencial a través de los diferentes profesionales de los centros de referencia del PSSJD.

Los datos necesarios para la confección del estudio se han recogido a través de la aplicación de tres apartados.

- Escala ESTE II que valora distintas variables sobre el apoyo social y se realizará a las diferentes personas que deseen participar y que se visiten en Hospital General.
- El índice de Barthel (IB) medirá la capacidad de una persona para realizar actividades de la vida diaria (AVD), consideradas como básicas, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia.
- La escala PSP proporciona puntuaciones para cada una de las 4 áreas, (autocuidado, actividades sociales habituales, incluidos trabajo y estudio, relaciones personales y sociales, comportamientos perturbadores y agresivos), con una puntuación global en la que los valores más elevados reflejan un mejor funcionamiento personal y social. Se pasará a paciente de Salud Mental.
- Se han recogido variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, número de hijos, tipo de hogar y nivel de convivencia, estatus

socioeconómico, modificación de la capacidad legal, nivel de estudios, lugar de nacimiento).

Referente a la organización del trabajo, ha quedado enfocada como se detalla a continuación:

Organización del equipo del proyecto - Trabajos	1º trimestre 2022	Programación del tiempo de las etapas, materiales necesarios, espacios, desarrollo del trabajo (Todo el equipo investigador)
Identificar Población	1º trimestre 2022	Selección de las personas que incluiremos en el estudio según las situaciones de inclusión / exclusión elaborando un planteamiento de población para que estén todos los territorios representados (Todo el equipo investigador)
Elaboración base de datos y variables	1º trimestre 2022	Realización de la base de datos y las variables a estudio (JR)
Pasación de escalas	1º-3º trimestre 2022	La pasación de escalas se hará a dos ámbitos diferenciados. Al de salud mental se encargará (HA, RR, ME, JR) y en la parte Hospitalaria (RF, ME, HA, AL)
Recogida de datos	3º trimestre 2022	La recogida de datos será de una forma confidencial a través de un enlace individual con el IP (JR)
Explotación estadística	4º trimestre 2022	La explotación de datos se hará con datos que mantienen el anonimato intentando diferenciar los dos ámbitos de estudio con el fin de conseguir el objetivo inicial del proyecto (JR)
Elaboración informe	4º trimestre 2022	Se hará la elaboración de un informe con los datos obtenidos del estudio (Todo el equipo investigador)

Coordinación con Los Diferentes Equipos sociales y sanitarios del Territorio	1º trimestre 2023	Con los datos que hemos conseguido con el estudio, plantearemos con diferente equipos sociales y sanitarios del territorio, un plan de trabajo para poder dar respuesta a la soledad. (Todo el equipo investigador)
Selección de personal para Trabajo por barrios dentro del Territorio	1º trimestre 2023	Se valorará personal necesario con los diferentes órganos territorial y se hará una selección de personal. (Todo el equipo investigador)
Formación de personal	2º trimestre 2023	Se hará formación del personal para poder trabajar en un plan común. (JR)
Organización de los grupos	2º trimestre 2023	Se formarán los grupos a los diferentes territorios para poner en marcha los grupos de soledad (JR)
Puesta en marcha del Trabajo comunitario	3º -4º trimestre 2023	Se pondrá en marcha el trabajo comunitario (JR, HA, RR)

## **6.- RESULTADOS OBTENIDOS**

En la primera fase de trabajo, se valoró la percepción de soledad, obteniendo los siguientes resultados:

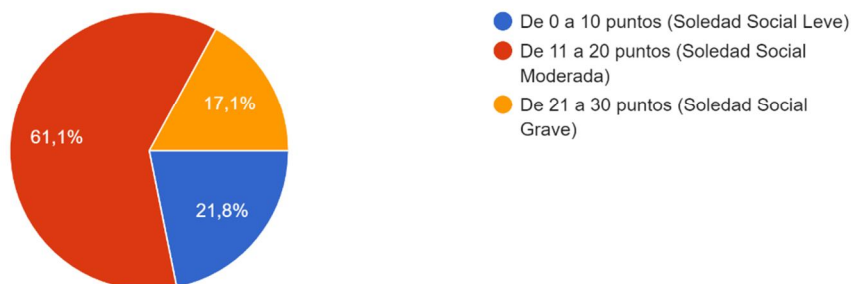
253 personas encuestadas, visitadas en salud mental del Parc Sanitari Sant Joan de Déu: (n= 117) mujeres (46,2%), (n=136) hombres (53,8%), en referencia al estado civil, casados (18,6%), viudos (3,6%), solteros (54,5%), divorciados (16,2%), separados (7,1%). Por lo que hace referencia a hijos. Sin hijos (56.9%), 1 hijo (19,8%), 2 hijos (16,6%), 3 hijos (5,1%), 4 hijos (1,2%), Más de 4 hijos (0,4%). Referente al nivel de estudios: Sin estudios (11,9%), Graduado escolar



(42,7%), Bachillerato (30,4%), Grado Medio (5,9%), Titulado superior (9,1%). Por lo que refiere a situación laboral: Estudiante (2,4%), trabajador en activo (10,7%), desempleado (20,2%), Pensionista/IP (66,7%). Nivel de Ingresos: Sin ingresos (11,9%), menos de 500 € (19%), entre 501 – 1.000 € (41,9%) entre 1.001 y 2.000 € (24,1%), más de 2.000 (3,2%). En referencia a la modificación de la capacidad de obrar: Independiente (89,7%), Tutela Parcial (2,8 %), Tutela Total (6,3%), Curatela (1,2%).

Por lo que se refiere a la percepción de soledad, se evaluó mediante la escala Este II. Los resultados generales obtenidos, en las personas encuestadas, reflejan una soledad social grave en un 17,1 %, una soledad social moderada en un 61,1 % y una soledad social leve en un 21,8% (ver gráfico).

Puntuación Total  
252 respuestas



Dividiendo la escala ESTE II por factores, se obtuvieron los siguientes resultados:

#### **Factor 1: Percepción de Apoyo social:**

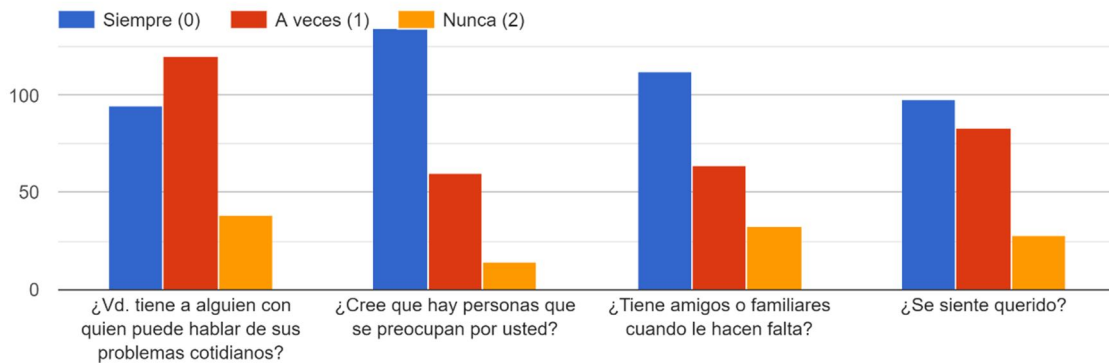
*¿Ud. tiene alguien con quien puede hablar de sus problemas cotidianos?* 95 personas respondieron que siempre, 120 a veces, 38 nunca.

*¿Cree que hay personas que se preocupan por usted?* 135 personas expresan siempre, 60 a veces, 14 nunca.

*¿Tienes amigos o familiares cuando te hacen falta?* 112 personas dijeron siempre, 64 a veces, 33 nunca.

*¿Se siente querido?* 98 personas siempre, 83 a veces, 28 nunca

Factor 1: Percepción de Apoyo Social



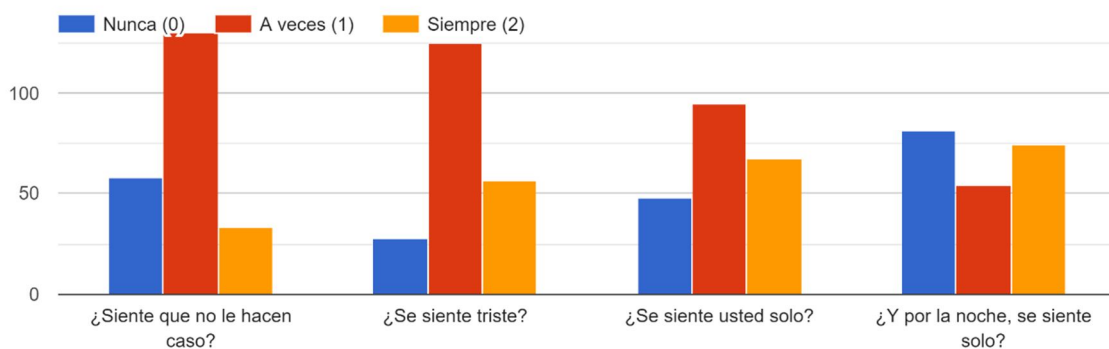
¿Sienten que no le hacen caso? 58 personas nunca, 130 a veces, 33 siempre.

¿Se siente triste? 28 personas nunca, 125 a veces, 56 siempre

¿Se siente usted solo? 48 personas nunca se sienten solas siempre, 95 a veces, 67 siempre

¿Y por la noche, se siente solo? 81 personas nunca se sienten solas por la noche, 54 a veces, 74 siempre.

Factor 1: Percepción de Apoyo Social



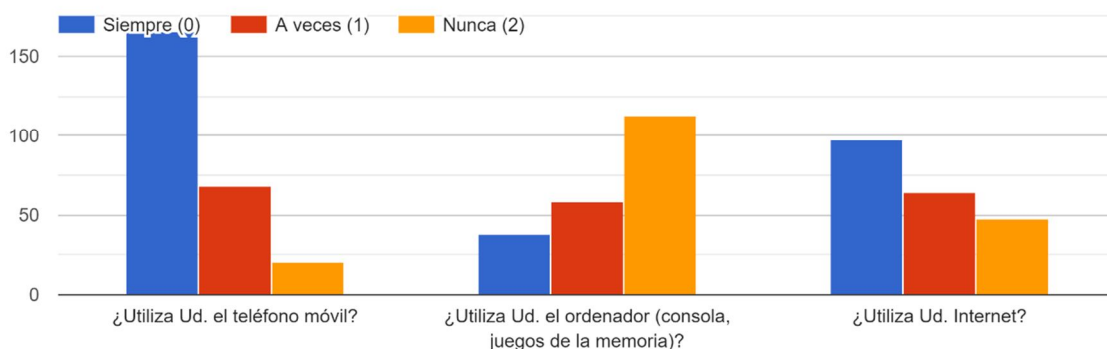
**Factor 2: Uso de nuevas tecnologías:**

¿Utiliza Ud. el teléfono móvil? 165 siempre, 68 a veces, 20 nunca.

¿Utiliza Ud. el ordenador (consola, juegos de la memoria)? 38 siempre, 58 a veces, 113 nunca

¿Utiliza Ud. Internet? 97 siempre, 64 a veces, 48 nunca

Factor 2 :Uso de Nuevas Tecnologías



### Factor 3: Índice de participación social subjetiva.

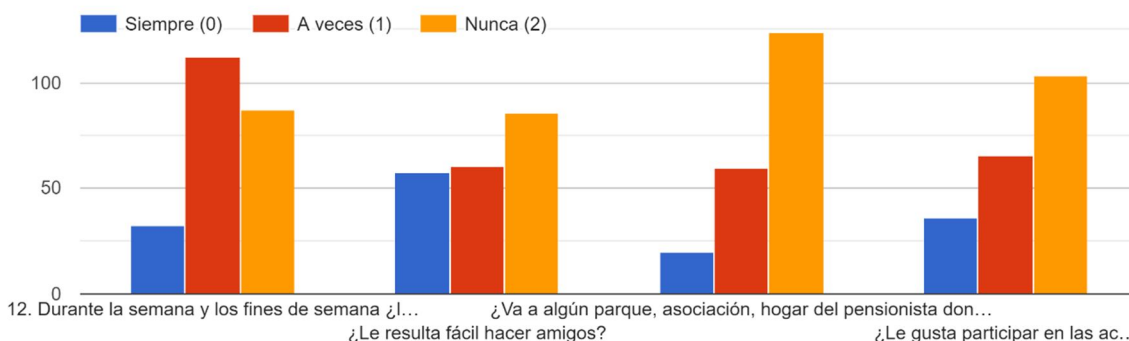
Durante la semana y los fines de semana ¿le llaman otras personas para salir a la calle? 32 siempre, 112 a veces, 87 nunca.

¿Le resulta fácil hacer amigos? 57 siempre, 60 a veces, 86 nunca

¿Va a algún parque, asociación, hogar del pensionista donde se relacione con otros mayores? 20 siempre, 59 a veces, 124 nunca.

¿Le gusta participar en las actividades de ocio que se organizan en su barrio/pueblo? 36 siempre, 65 a veces, 103 nunca.

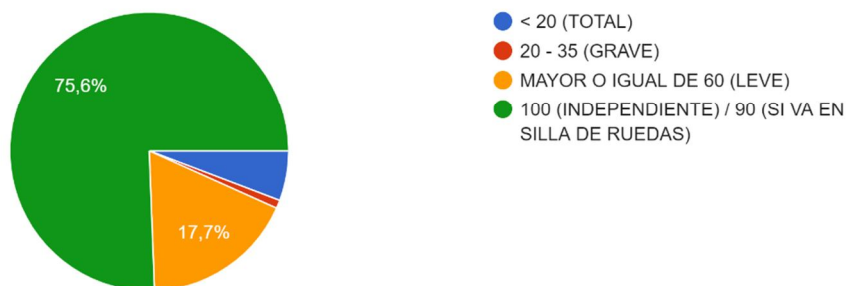
Factor 3: Índice de Participación social subjetiva



índice Barthel, los resultados obtenidos fueron los siguientes:

12 personas (5,7%) es dependiente Total, 2 personas (1 %,) estaría entre 20 - 35 (GRAVE), 37 personas (17,7%) mayor o igual de 60 (LEVE), 158 personas (75,6 %) estarían en un valor de 100 (INDEPENDIENTE) / 90 (SI VA ENSILLA DE RUEDAS)

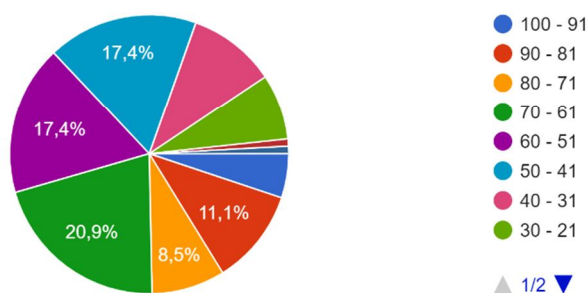
Puntuación total  
209 respuestas



**Escala PSP**, los resultados obtenidos fueron los siguientes:

(100-91) 12 personas 5,1 %, (90-81) 26 personas 11,1 %, (80-71) 20 personas 8,5%, (70-61) 49 personas 20,9 %, (60-51) 41 personas 17,4 %, (50-41) 41 personas 17,4 %, (40-31) 24 personas 10,2 %, (30-21) 18 personas 7,7 %, (20-11) 2 personas 0,9 %, (10-1) 2 personas 0,9 %.

PUNTUACIÓN FINAL entre 0 - 100  
235 respuestas



## 7.- DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

### 7.1.- Interpretación de los resultados

Con la pandemia es cierto que se ha conseguido dar visibilidad a uno de los problemas más importantes de la salud pública en los próximos años como es la soledad, pero también es cierto, que los datos de soledad no deseada se han duplicado en las personas mayores y se ha cuadruplicado en las personas jóvenes. Por tanto, estamos hablando de una situación que no sólo afecta a mayores, sino que afecta en cualquier etapa de la vida. Los resultados de la prueba piloto, demuestran que necesitamos un cambio de modelo, más de escucha y acompañamiento de la soledad, en definitiva, pretendemos humanizar la soledad, dando las herramientas necesarias y empoderando a las personas, para encontrar los lazos que le animen a la vida y poder dar unos cuidados más eficientes.

El estudio actual, siguiendo el modelo de Cornellà de Llobregat, pretende abarcar los territorios pertenecientes a los centros externos de Parc Sanitari Sant Joan de Déu.

Los resultados generales obtenidos, en las personas encuestadas, reflejan una soledad social grave en un 17,1 %, una soledad social moderada en un 61,1 % y una soledad social leve en un 21,8 %.

Los datos generales, ponen de manifiesto la necesidad de abordar la soledad con un trabajo distinto al actual. Un trabajo encaminado a empoderar a las personas en sus cuidados, dando las herramientas necesarias para la mejora de la salud.

### ***7.3.- Estudio sobre la continuidad del proyecto***

Proyecto de Trabajo:

Con la idea de poder trabajar la soledad no deseada y dar herramientas para un envejecimiento saludable, y basándonos en la experiencia y resultados obtenidos en Cornellà de Llobregat, desde PSSJD se planteó un trabajo en dos fases.

Fase 1: Resultados Percepción de Soledad

En una primera fase se ha valorado la percepción de soledad, en salud mental del Parc Sanitari Sant Joan de Déu, con un total de 253 usuarios.

Los datos de la primera fase, demuestran una situación elevada de la percepción de la soledad, lo que nos lleva a realizar una segunda fase con puesta en marcha del programa de soledad no deseada.

## **Fase 2: Modelo de Trabajo**

Desde 2013 trabajamos la soledad en Parc Sanitari Sant Joan de Déu.

Al detectar la soledad no deseada, vinculamos a la persona al grupo de soledad (se realiza en un espacio comunitario), y se trabajan los aspectos de mejora, para luego de una forma individual, respetando el tiempo de cada persona, derivar y acompañar en la vinculación a la comunidad.

### **Procedimiento:**

En la puesta en marcha en los territorios de referencia, trabajaremos por barrios, con un CAP de referencia.

El planteamiento es trabajar/dar respuesta a la soledad no deseada. Por eso dividiremos la estrategia de trabajo en dos apartados, pero con un proyecto común y coordinado.

Desde Parc Sanitari Sant Joan de Déu, trabajaremos la soledad no deseada con personas que tengan diagnóstico de salud mental.

Por otro lado, y de una forma coordinada, con los referentes de bienestar Emocional, se trabajará la soledad no deseada, con personas que no tenga diagnóstico de salud mental.

Actuaremos de manera multidisciplinar en conjunto con CAP, SS. SS y dispositivos socio comunitarios.

El trabajo consistirá en detectar la soledad no deseada y derivar al grupo de soledad. Para ello, se facilitarán diferentes vías: mail, teléfono o en interconsulta, dando agilidad al proceso. Intentamos que no exista tiempo de espera.

Una vez derivado, nos pondremos en contacto y les explicaremos dinámica del grupo y trabajo que se espera y aprovecharemos para proporcionar/facilitar escalas, consentimiento informado y hoja informativa.

### **Método:**

Aula externa al CAP (Centro Externo comunitario: Biblioteca, Centro Cívico).

Grupo abierto. Sesión de 1 hora semanal. Duración anual.

Al inicio se entrega una hoja en blanco para que escriban las actividades que les gustaría realizar en la comunidad y se les intenta proporcionar/facilitar los recursos solicitados. Intentaremos que las actividades sean siempre gratuitas para poder facilitar el acceso a todos los usuarios.

Al entrar en el grupo todas las personas pasan por un curso de manejo de móvil y quedan incluidas en un grupo de WhatsApp, donde se informa y se proponen actividades y donde mantenemos el contacto diario, trabajando la importancia de la pertenencia a un grupo.

Durante el año trabajaremos: Patrones Relacionales, Inseguridad, Baja autoestima, Trabajo Cognitivo, Malestar, Trabajo Derivación a la comunidad.

Las sesiones irán enfocadas a trabajar actividades individuales de estimulación cognitiva y grupales (teatro, baile, búsqueda de información por diferentes equipamientos, etc.), charlas sobre hábitos de vida saludable.

Pasado un tiempo (dependiendo de la situación personales de cada uno los participantes), se irán incorporando a las actividades que solicitaron al inicio, saliendo del grupo.

Se mantiene unos meses puerta abierta como soporte hasta que estén adaptados a las demás actividades.

### **Resultados que pretendemos conseguir:**

Enfoque: Cambio de modelo

Mucho más cualitativo en el cuidado y resultado del trabajo con la soledad. Pasar de un modelo más médico, "etiqueta" y medicalización, a un modelo más social de escucha y acompañamiento de la soledad.

Por tanto, este nuevo modelo de trabajar la soledad beneficiará a:

- la persona (mejora la escucha y las necesidades, recupera lazos que le animan a la vida, proporciona herramientas para un envejecimiento saludable)
- al profesional (podemos dar respuesta a la soledad)
- a la familia (más acompañados)
- a la sociedad (disminuyen listas de espera y ofrece cuidados efectivos a uno de los problemas de salud pública más importantes de los próximos años)

### **7.4.- Plan de difusión del proyecto**

Dentro del proyecto, creemos que es importante concienciar a la sociedad, del problema que representa la soledad no deseada. Por tanto, nuestra labor desde el inicio del proyecto, ha sido ir difundiendo el proyecto intentando hacer un

cambio de modelo donde la sociedad, motor fundamental de cambio, tiene una importancia fundamental.

La divulgación se está haciendo por diferentes vías:

Presentación en Congresos, charlas en equipamientos sociales y de salud, artículos en revistas, redes sociales, publicación de un libro sobre la soledad, Observadores de diferentes disciplinas, acuden para ver/divulgar, el funcionamiento del grupo. Presentación de un proyecto de soledad al ayuntamiento de zona, presentación del proyecto en las jornadas internaciones de soledad no deseada, organizadas por el Ajuntament de Barcelona, Ponencia en el congreso Internacional de enfermería (CIE) Abu Dabi nov. 2021 "Acompañando la soledad".

## **8.- CONCLUSIÓN:**

Los seres humanos somos, como subrayó Aristóteles (384- 322 a.C.), 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. El paso del tiempo de vida sitúa a muchas personas mayores fuera de los circuitos sociales, hasta el punto de encerrarles progresivamente en una soledad no deseada que produce malestar. Como se afirma a menudo, la soledad es un buen lugar para encontrarse en algún momento de la vida, pero un mal lugar para quedarse. Detectar estas situaciones, como hacemos en este estudio, puede contribuir decisivamente a mejorar la calidad de vida de la población mayor y la eficiencia de los servicios sanitarios. La soledad es uno de los problemas sociales con riesgo significativo de aumentar su incidencia en los países desarrollados. La creciente longevidad y los cambios en la estructura familiar han incrementado el número de personas mayores que viven solas. Los servicios de Salud Mental, reciben gran cantidad de demandas de atención por consultas que a menudo ponen en evidencia los efectos de la soledad en el estado y la percepción de la salud de las personas. A partir de las experiencias en salud mental, de situaciones donde la soledad acompaña a la patología, por la que son derivados, surge la iniciativa de realizar la investigación aquí presentada. Entre las personas participantes en esta investigación, se escogió



una muestra aleatoria y representada por igual, referente al sexo, el (46,2 %) son mujeres y el (53,8%) hombres, siendo la poca relación con el entorno, pocas amistades, dificultades económicas, soporte familiar inefectivo y situación de salud, las principales causas que han generado esta experiencia de soledad no deseada, que genera tristeza y sensación de aislamiento social. La falta de un proyecto vital en las personas dificulta el autocuidado provocando un abandono personal y un deterioro importante en las relaciones sociales y familiares. El estudio pretende detectar la soledad en el ámbito de la salud mental y proporcionar los elementos necesarios, para poder llevar a cabo estrategias de mejora en la humanización y acompañamiento de la soledad no deseada, así como ayudar a concienciar a la sociedad, motor fundamental de mejora.

## 9.- REFERENCIAS

1. Vidal Domínguez MJ, Labeaga Azcona JM, Casado Durandez P, Madrigal Muñoz A, López Doblas J, Montero Navarro A, et al. Informe 2016: Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas. Primera edición. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2017.
2. Hawkey LC, Capitano JP. 2015 Perceived social isolation, evolutionary fitness and health outcomes: a lifespan approach. *Phil. Trans. R. Soc. B* 370: 20140114. <http://dx.doi.org/10.1098/rstb.2014.0114>.
3. Ong AD, Uchino BN, Wethington E. Loneliness and health in older adults: a mini-review and synthesis. *Gerontology* 2016;62(4):443-449. <http://dx.doi.org/10.1159/000441651>.
4. N. Leigh-Hunt, D. Baguley, K. Bash, et al. An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*. 2017;(152):157–71.
5. Coll-Planas L, del Valle Gómez 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):145–57.66.
6. [http://madridsalud.es/wp-content/uploads/2018/03/Imagen\\_gen%C2%AErica\\_PSN254mmX70mm-1200x227.jpg](http://madridsalud.es/wp-content/uploads/2018/03/Imagen_gen%C2%AErica_PSN254mmX70mm-1200x227.jpg)

7. BMC Biology's. ISSN: 1741-7007. *Journal of Genome Biology*. "La soledad afecta a la salud" (2017).
8. Peplau LA, Perlman D: Perspectives on loneliness; in Peplau LA, Perlman D (eds): *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*. New York, Wiley, 1982, pp 1–8.
9. Institut d'Estadística de Catalunya, IDESCAT. 2018. Población de 20 años y más que vive sola por sexo y grupos de edad.
10. Puig Llobet M, Lluch Canut M, Rodríguez Ávila N. Valoración de enfermería: detección de la soledad y del aislamiento social en los ancianos de riesgo. *Gerokomos*. 2009;20(1):9–14.
11. Álvarez González R, Cullell Pares M, De Frutos Gallego E, Fabretat Casamitjana, MA Ramírez Llaras A. Envejecimiento y soledad. *Enfermería Glob*. 2009;8(3).
12. Rodríguez Martín M. La soledad en el anciano. *Gerokomos*. 2009;20(4):159–66.
13. Masi CM, Chen HY, Hawkey LC, Cacioppo JT. A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personal Soc Psychol Rev*. 2011;15(3).
14. López Doblas J, Díaz Conde M del P. Viudedad, soledad y salud en la vejez. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2018; Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2017.09.005>
15. Burholt V ST. Poor health and loneliness in later life: The role of depressive symptoms, social resources, and rural environments. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2014;(69):311–24.
16. Warner D, Kelley-Moore J. The social context of disablement among older adults: Does marital quality matter for loneliness? *J Heal Soc Behav*. 2012;(53):50–66.
17. Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*;(10): 227-237.
18. Kido Y. The issue of nutrition in an aging society. *J Nutr Sci Vitaminol*. 2015;(61):176–7.
19. Ramic E, Pranjic O, Batic-Mujanovic E, Karic E, Alibasic A. The effect of loneliness on malnutrition in elderly population. *Med Arh*. 2011;(65):92–5.

20. Shor E, Roelfs DJ. Social contact frequency and all-cause mortality: A meta-analysis and meta-regression. *Soc Sci Med.* 2015;(128):76–86.
21. Chen Y, Hicks A, While A. Loneliness and social support of older people in China: a systematic literature review. *Heal Soc Care Community.* 2013;22(2):113–23.
22. OMS. Envejecimiento activo: un marco político. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2002;37(S2):74–105.
23. Paper R. Health promotion interventions for older people living alone: a systematic review. *Perspect Public Health.* 2019;1–9.
24. Hashi I. Case management promotion of social media for the elderly who live alone. *Prof Case Manag.* 2016;21(2):82–7.
25. Berenguera A, Fernández de Sanmamed MJ, Pons M, Pujol E, Rodríguez D, Saura S, Mahtani V, Cofiño R. To Listen, To Observe and To Understand. Bringing Back Narrative into the Health Sciences. *Contributions of Qualitative Research.* Barcelona Inst Univ d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J Gol), 2017.
26. Internacional, N. (2013). Diagnósticos enfermeros (9.a edición). In Elsevier (Ed.), *Los Diagnósticos Enfermeros* (pp. 497–502). Elsevier. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/b978-84-458-2404-7.00015-5>
27. Ordiz,E. Los jóvenes tienden a sentirse más solos que las personas mayores,20 minutos editora s,l., dic.2019.
28. Jingyi Wang, Farhana Mann, Brynmor Lloyd-Evans, Ruimin Ma, Sonia Johnson Wang et al. “Asociaciones entre la soledad y el apoyo social percibido y los resultados de los problemas de salud mental: una revisión sistemática”. *Psiquiatría BMC* (2018) 18: 156