TRABAJO DE FIN DE GRADO DE ENFERMERÍA

MAPEO DE ACTIVOS FRENTE A LA SOLEDAD EN LA ZONA BÁSICA DE SALUD DE ABRANTES.

AUTORA: Andrea Vaca Cabrero

TUTOR: José Dionisio Benito Lobato

Índice

ORIGEN DE LA DEMANDA 6

JUSTIFICACIÓN DEL TEMA 6

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN 10

POBLACIÓN DIANA 12

OBJETIVOS 12

General 12

Específicos 12

METODOLOGÍA 13

MÉTODOS 15

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD 18

Reuniones de coordinación 18

Materiales 18

RESULTADOS 19

Resultados de la revisión bibliográfica 19

Resultados de los talleres de EpS 23

CONCLUSIÓN 25

Conclusión de la revisión bibliográfica 25

Conclusión de los talleres de EpS 26

AGRADECIMIENTOS 29

BIBLIOGRAFÍA 30

ANEXOS 33

ACTUALIZACIÓN DE DATOS 37

RESUMEN

La soledad se experimenta en mayor grado según vamos avanzando en el proceso natural de nuestra vida, favoreciendo la fragilidad en el anciano. Aquí radica la importancia de impulsar nuevas estrategias para fomentar el envejecimiento activo de la población y desarrollar nuevas políticas interdisciplinares.

Uno de los retos del siglo XXI es el incremento del envejecimiento de la población, debido al aumento de la esperanza de vida. El sistema público de salud debe adaptarse a este cambio demográfico para lograr una buena prevención de la enfermedad en personas mayores.

El entorno más cercano, partiendo del propio sujeto, su familia, grupo de amigos y vecinos del barrio, es el que tiene más importancia y es el más influyente en los determinantes sociales de la salud, por eso, el barrio tiene una estrecha relación con la esperanza de vida, tanto en cantidad y como en calidad.

El mapeo de activos, entendiendo activos como los recursos disponibles en la comunidad que ayudan a mejorar el bienestar de las personas, es un buen método para iniciar las recomendaciones de activos en consulta puesto que es fundamental conocer los recursos y actividades disponibles en la comunidad. Esta estrategia es, quizá, la más eficaz para combatir el aislamiento social. Uno de sus muchos aspectos positivos es la singularidad, ya que es una estrategia individual que pone en el punto de mira las oportunidades que tiene el barrio para combatir la soledad y las debilidades o aspectos negativos que fomentan el aislamiento social.

PALABRAS CLAVE: soledad, aislamiento social, anciano y salud pública.

ABSTRACT

Loneliness is experienced in a deep way the closer we get to old age, becoming in one of the determinants of health, which favors frailty in the elderly. Here lies the importance of promoting new strategies to promote the active aging of the population and develop new interdisciplinary policies.

One of the challenges of the 21st century is the increase in the aging of the population, due to the increase in life expectancy. The public health system must adapt to this demographic change in order to achieve good disease prevention in the elderly.

The closest environment, starting with the subject himself, his family, group of friends and neighborhood neighbors, is the most important and most influential in the social determinants of health, which is why the neighborhood has a close relationship with life expectancy, both in quantity and quality.

Asset mapping, understanding assets as the resources available in the community that help to improve people's wellbeing, is a good method for initiating asset recommendations in consultation, since it is essential to know the resources and activities available in the community. This strategy is perhaps the most effective in combating social isolation. One of its many positive aspects is its uniqueness, as it is an individual strategy that focuses on the neighborhood's opportunities to combat loneliness and the weaknesses or negative aspects that foster social isolation.

KEY WORDS: loneliness, social isolation, elderly and public health.

ABREVIATURAS

ABREVIATURA	SIGNIFICADO
ME	Mapeo emocional
CS	Centro de salud
INE	Instituto Nacional de Estadística
OMS	Organización Mundial de la Salud
VGI	Valoración Geriátrica Integral
ABVD	Actividades Básicas de la Vida Diaria
AIVD	Actividades Instrumentales de la Vida Diaria
EpS	Educación para la Salud
AP	Atención Primaria
ZBS	Zona Básica de Salud
DCL	Deterioro Cognitivo Leve

ACLARACIÓN

El marco teórico de este Trabajo Fin de Grado se desarrolló siguiendo los criterios de una revisión bibliográfica. La parte de introducción equivale a los apartados de origen de la demanda y justificación del tema. A parte de la revisión bibliográfica, este trabajo cuenta con un estudio de la situación que está viviendo nuestra población diana, por lo tanto, las partes de métodos, resultados y conclusión se harán también con los datos extraídos en el estudio realizado. El apartado de la metodología corresponde a la revisión bibliográfica del marco teórico.

Una vez hecha esta aclaración, simplemente añadir que la introducción se sustenta en dos pilares: definición del concepto de soledad (justificación del tema) y situación epidemiológica (análisis de la situación).

ORIGEN DE LA DEMANDA

- Tipo de intervención: realización de los cuestionarios UCLA y ESTE II y un mapeo emocional (ME). *Tablas 2 y 3. Anexo 3.* Fruto de la colaboración entre profesionales de enfermería del Centro de Salud (CS) Abrantes y alumna de la Universidad Complutense de Madrid. Desarrollándose así una intervención comunitaria y la memoria del Trabajo Fin de Grado.
- Tema elegido: mapeo de activos frente a la soledad.

JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

En estos últimos años el modo de concebir la salud mental y la gestión de las emociones ha experimentado un cambio de paradigma. Para contextualizar esta transición, es necesaria ubicarla dentro una serie de transformaciones sociales que han hecho germinar en el pensamiento de la sociedad un cambio en el enfoque sociosanitario. Todas estas variaciones implican una permutación del planteamiento de la atención sanitaria, hasta ahora centrada principalmente en lo biológico de la enfermedad y no en el ámbito más humano (psico - social).

La soledad ya ejercía un papel muy importante en el deterioro de la salud antes de la pandemia. Sin embargo, en estos dos últimos años se ha puesto en evidencia este problema, que llevaba latente en nuestra sociedad durante las últimas décadas.

Van der Weele, Hawkley y Cacioppo definieron la soledad como el aislamiento social percibido. Hays & DiMatteo la definen como el sentimiento de estar aislado o separado de los demás. Y, por último, Perlman y Peplau, identifican la soledad como la experiencia aversiva que resulta de una discrepancia percibida entre las relaciones sociales reales y las deseadas. Las definiciones de soledad, por lo tanto, describen la experiencia negativa y subjetiva de un impedimento o deficiencia relacional, que es diferente del estado objetivo de estar solo.(1)

No existe una única definición, ya que, la soledad es una experiencia subjetiva y cada persona la vive de una manera diferente. Llegados a este punto es importante diferenciar la soledad objetiva de la subjetiva, que es ese sentimiento de sentirse solo y que nunca es buscado ni querido por la persona que lo padece.

Además, debemos de diferenciar la soledad emocional de la social. Estudios recientes han mostrado que la soledad emocional es más común que la social y que puede ser más perjudicial para la salud. Según Weiss, la soledad emocional surge de la pérdida o ausencia de una figura

de apego emocional cercano, mientras que la soledad social tiene su raíz en la ausencia de una red social, que puede proporcionar un sentido de pertenencia, de compañerismo y de ser un miembro de una comunidad. Además, argumentó que la soledad emocional da como resultado ansiedad, hipervigilancia y sentimiento de abandono.(2)

En general, todas las definiciones de la soledad convergen en un punto, que es la discrepancia entre las relaciones sociales reales y las deseadas. Esta brecha repercute interseccionalmente en todos los aspectos de la vida del paciente.

La salud y la soledad se encuentran estrechamente relacionadas, esta última genera más vulnerabilidad frente a enfermedades tanto mentales, como físicas. Esta relación no sólo implica mayor decaimiento y fragilidad, sino también un aumento en el grado de dependencia en los adultos mayores y un mayor uso de la atención sanitaria.

Existe un gran debate donde se contraponen las opiniones que defienden el requisito de renovación de las infraestructuras de salud pública y del enfoque de los cuidados. Por un lado, están aquellos que sustentan que únicamente la medicalización de cuestiones sociales no se traduciría necesariamente en la resolución del problema. Existen experiencias sociales previas, como el SIDA, donde la medicalización solitaria del problema no manifestó una solución para este conflicto de salud pública y, por lo tanto, tampoco funcionaría en el caso de la soledad. Por otro lado, están los que defienden que la medicalización debería estar acompañada de un cambio de las perspectivas sociales y culturales. (3)

Para entender la magnitud del problema debemos asimilar lo que ya han demostrado numerosos metaanálisis. Holt-Lunstad y cols. en 2015 realizaron una revisión de varios metaanálisis con el objetivo de establecer la magnitud de la soledad y analizar los posibles factores de riesgo. El dato más llamativo de este metaanálisis es que la soledad y el aislamiento social están asociados a un incremento del riesgo de mortalidad del 26% y 29% respectivamente. Además, el riesgo que supone la soledad para la salud sobrepasa a los riesgos asociados a la obesidad. El efecto de la soledad en el sistema cardiovascular se puede equiparar a fumar 15 cigarrillos al día. Otro metaanálisis reciente ha demostrado que los mayores con altos niveles de soledad tienen un riesgo de desarrollar demencia 1.58 veces mayor que aquellos que tienen una red social establecida.(4)

Estos datos son sólo la causa final del problema, por ello, debemos analizar la escala de grises que tenemos entremedias. Como ya hemos dicho antes la soledad implica un aumento de la morbi – mortalidad, pero para entenderlo debemos de ir a la raíz del problema. Si no tenemos un grupo de iguales (soledad social) realizaremos menos actividades culturales y deportivas, es

decir, haremos menos deporte. También repercutirá en nuestra alimentación y seremos más propensos a tener hábitos tóxicos.

La vejez es la etapa más común para sentir y apreciar por primera vez la soledad, ya que es un periodo que se caracteriza por sufrir muchos cambios como, por ejemplo: la pérdida del trabajo (esta puede ser positiva ya que dispondríamos de más tiempo para realizar actividades de ocio.) Sin embargo, la disminución de los ingresos, es otro cambio, del cónyuge e incluso de capacidades físicas. Todas estas pérdidas favorecen la aparición del déficit relacional.(5)

Es importante hablar de estos factores de riesgo, muchas veces coinciden con las pérdidas de la vejez, para entender las causas de la soledad y atajar el problema desde su origen y no desde sus consecuencias.

Dentro de este marco teórico podemos esbozar el prototipo de una persona más propensa a sufrir un alto grado de soledad. Desde un grado de generalización muy alto, podemos decir que las mujeres en la tercera edad, viudas, con cierto grado de dependencia física y con ingresos económicos más bajos, están más desprotegidas frente a la soledad. (19) (25)

La prevalencia de la soledad crónica aumenta considerablemente con el paso de los años. En España, se ha estimado que los adultos menores de 30 años sufren soledad con una frecuencia del 4,4%. Esta se incrementa hasta el 6,5% en personas con edades comprendidas entre 30 y 59 años y en los mayores de 60 el porcentaje alcanza los 11,5 puntos.(6)

Debido a la CoVid-19 se ha puesto encima de la mesa el tema de la soledad, pero, en mi opinión, desde un enfoque erróneo, ya que sólo se ha hablado de ella relacionada con el confinamiento (aislamiento social). Esto da pie a una interesante reflexión: ¿cómo afecta la soledad a nuestra salud?, ¿enfermamos más si vivimos solos?, y la pregunta que da pie a la realización de este TFG: ¿qué papel juega el barrio en disminuir/fomentar la soledad?

Antes de ahondar en otros temas debemos de analizar cómo han repercutido el confinamiento y el aislamiento pandémico en nuestra salud mental. Esta etapa se caracterizó por un predominio de emociones negativas entre las que destacaron la incertidumbre y el miedo. Este último, se convirtió en un factor de riesgo de la soledad. Además, la pérdida de seres queridos sirvió como desencadenante o, incluso como detonante, para fomentar la soledad.

No obstante, la soledad no es el único problema que surgió a partir de esta situación excepcional, también lo hicieron otros problemas mentales como la ansiedad y la depresión. Estas tres emociones pueden considerarse factores de riesgo para desencadenar cualquiera de las otras dos, debido a que se retroalimentan entre ellas.

La relación entre soledad, depresión y ansiedad es muy estrecha, y las líneas que las separan son tan difusas que es habitual que los pacientes experimenten varias de estas emociones a la vez. Además, los adultos mayores que sufren soledad crónica poseen unas características que no promueven la salud, ya que realizan menos ejercicio, consumen más tabaco y reportan un mayor número de enfermedades crónicas y estancias hospitalarias más largas.(7)

Cacioppo y cols. evidenciaron una fuerte correlación entre la soledad y la depresión. También observaron que podían actuar sinérgicamente para reducir el bienestar en adultos mayores y aumentar sentimientos negativos. Sin embargo, no se ha dilucidado por completo el sentido de la relación entre ambas, es decir, cuál es la causa y cuál de ellas es la consecuencia.

La evidencia más fuerte que podemos encontrar en la bibliografía reciente es un estudio longitudinal que se realizó en Chicago en adultos mayores, que mostró que la soledad predecía aumentos posteriores en la sintomatología depresiva, pero no al revés.

Por otra parte, un estudio longitudinal sueco, también en adultos mayores, señaló que los aumentos en la sintomatología depresiva predecían la soledad. En conclusión, podemos decir que se han encontrado hallazgos discordantes en la relación entre soledad, redes sociales y depresión.

Esta discrepancia en los resultados de ambos estudios puede deberse a las diferentes conceptualizaciones de la soledad.(6)

Otro factor a tener en cuenta con los adultos mayores, aparte de la vulnerabilidad frente a la soledad, es el deterioro cognitivo leve. No obstante, estudios recientes afirman que la relación entre la depresión y la calidad de la vida en personas con deterioro cognitivo leve en ancianos puede ser bidireccional, y la soledad media parcialmente solo en uno de estos factores. (26)

En definitiva, la Covid-19 ha marcado un punto de inflexión en el cambio de paradigma sociosanitario, convirtiéndose en un hito importante en la cronología de la salud mental y transformaciones sociales. Antes de la pandemia de COVID-19, la soledad y aislamiento social eran tan frecuentes en Europa, EE. UU. y China (10–40 %) que se describió como un “epidemia conductual”. Las restricciones impuestas para contener la propagación viral han contribuido al empeoramiento de esta epidemia conductual.(8)

En la mayoría de los países, durante los primeros meses de la pandemia, a los adultos mayores se les aconsejó cuarentena y minimizar al máximo los contactos sociales. En los centros sanitarios y en las residencias una práctica común fue prohibir las visitas de familiares para minimizar el riesgo de propagación el virus. Si bien estas restricciones fueron legítimas y más que necesarias en el contexto de la Covid-19, tuvieron un impacto negativo en el estado de salud mental de los adultos mayores debido al aislamiento que fomentaron.(9)

Uno de los objetivos de este mapeo exclusivo de la soledad es poner el punto de mira en las oportunidades que tiene el barrio para evitar la soledad y establecer intervenciones y estrategias para paliar las debilidades en materia de aislamiento.

Un buen método para conocer el papel del barrio y sus influencias en nuestra salud es la realización de un mapeo de activos. De esta manera, identificaremos las oportunidades que tiene el barrio en materia salutogénica. Otra ventaja de esta intervención es la obtención de "la expresión colectiva de la salud individual y grupal en una comunidad, en la que nos interesa comprender la interacción entre las características individuales, factores sociales, culturales y ambientales, así como el papel de los servicios de salud y las políticas." (5) Esto quiere decir que el mapeo no sirve únicamente para determinar las riquezas del barrio que generan salud, sino también para fomentar la participación individual y, sobre todo, la comunitaria.

Cabe destacar que en la última Encuesta Nacional de Salud (2016-2017) (10) no se contempló ninguna pregunta relacionada con la soledad, dejando patente la marginalidad a la que está expuesta la soledad en el Sistema Nacional de Salud. Es de vital importancia formar al personal enfermero para detectar signos precoces de la soledad, ya que esta puede derivar en problemas psiquiátricos como: depresión, ansiedad e, incluso, culminar en suicidio.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

El barrio de Abrantes tiene una población total de 31.782 (a 1 de enero de 2021), siendo la edad promedio de 42,55 (11). El índice de envejecimiento en España es de 129,11 (12). La tasa bruta de nacimiento en 2020 fue de 7,19 y la tasa de mortalidad llegó a los 10,40 puntos(13). Esto pone en evidencia uno de los desafíos más grandes del siglo XXI, que es el envejecimiento de la población en los países más desarrollados.

Este aumento demográfico debe de venir respaldado por avances científicos y factores sociológicos como: progresos sociales, seguros públicos; mejoras en las condiciones de vivienda, trabajo e higiene y servicios sociales. Es imposible atribuir la elevación de la esperanza de vida únicamente a los avances de la medicina o al aspecto biológico de la salud, ya que, si los factores sociológicos son desfavorables, este aumento, no se traducirá en un incremento significativo ni en la cantidad, ni calidad de vida.(14)

Estos datos auguran un aumento del número de personas mayores y, con ello, un aumento de la dependencia. Según las previsiones del Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2035, la

población con más de 65 años supondría un 26,5%. La esperanza de vida para los nacidos en el 2069 ascendería hasta los 85,8 años en hombres y hasta 90,0 años en mujeres. (15)

Estas cifras prevén un aumento de la dependencia y con ello un cambio de la atención asistencial. Por ello, en el 2002 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el concepto de envejecimiento activo: "proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen."(16) Este tipo de envejecimiento ayuda a descargar la carga asistencial y logra implicar a los pacientes en sus procesos de salud - enfermedad.

Epidemiológicamente la sociedad va evolucionando y, de la misma manera, debe cambiar la asistencia geriátrica para poder atajar los problemas derivados de las dependencias física, cognitiva y sensorial. Para ello será necesario la Valoración Geriátrica Integral (VGI) y el empleo de escalas que midan las Actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (Barthel, Katz, y las Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD); Filadelfia.) (16)

Para entender esta evolución epidemiológica, debemos de comprender y asimilar la definición de vejez en todas sus acepciones. La vejez tiene tres definiciones; biológica, sociológica y cronológica, que coinciden con las características de la vejez. Todas parten de la definición biológica y cada una asume la anterior. El aspecto biológico de la salud viene definido por el deterioro funcional y estructural del organismo. La definición sociológica viene dada por el receso de la participación social del sujeto, esta definición será la más importante para el desarrollo de este TFG. Por último, el aspecto cronológico está relacionado con el incremento en edad.(17)

La característica biológica más remarcable, a parte del deterioro funcional, es el hecho de ser mujer que, a su vez, condiciona características propias de la definición sociológica: recursos económicos más bajos y un porcentaje más elevado de viudedad. Está bien documentado que la muerte del cónyuge indica una pérdida de apoyo social, emocional e instrumental, así como la compañía física y la interacción con el cónyuge, lo que se traduce en un aumento del riesgo de sufrir soledad en los mayores adultos.

A pesar de las numerosas investigaciones que demuestran la relación directa entre soledad y viudedad, se sabe muy poco sobre los mecanismos subyacentes a esta relación. Carr y cols. encontraron que participar en actividades voluntarias podría ayudar a los viudos a aliviar el nivel de soledad. Yang mostró que las viudas alfabetizadas experimentaban un nivel más bajo de soledad que las analfabetas.(18)

Siguiendo la línea de la alfabetización debemos comentar que la relación entre la soledad y recursos culturales no ha sido tan documentada. La analogía soledad – sabiduría ha sido

discutida en la literatura religiosa y filosófica desde la antigüedad. Los análisis posteriores sugieren que la sabiduría es un rasgo humano complejo con componentes específicos como: regulación emocional, autorreflexión y comportamientos prosociales como la empatía, compasión, tolerancia de valores divergentes y espiritualidad. Estos comportamientos se traducen en factores protectores frente a la soledad. (19)

Llegados a este punto debemos de hablar del anciano frágil. El hombre es un ser social por naturaleza y, como no puede ser de otra forma, nuestra salud está condicionada por nuestra participación en la comunidad. La vulnerabilidad social y la fragilidad se calculan de una manera similar mediante índices de sumatorios de déficits. Estos dos conceptos están relacionados directamente y el incremento de la prevalencia de cualquiera de ellos, se traduce en un aumento de la mortalidad hospitalaria.

Es muy difícil dar una definición concreta de fragilidad, ya que esta se sustenta en varios criterios. Podemos decir que la definición se ha alejado de los criterios más físicos para ampliar la visión e integrar de una manera más extensa los aspectos psicosociales. Es más, actualmente se plantea un origen multidimensional de la fragilidad como la suma de los déficits no solo físicos, sino también psicológicos y sociales. La fragilidad social es, sin duda, el aspecto menos estudiado del total de la definición.

POBLACIÓN DIANA

Vecinos de la ZBS de Abrantes. *Anexo 3.*

OBJETIVOS

General

- Conocer el grado de soledad y cómo afecta a la salud de la población (mediante la realización de los dos cuestionarios).

Específicos

- Visibilizar las zonas del barrio con oportunidades para evitar la soledad y fomentar así, la salud y la participación social (mediante el mapeo de activos).
- Encontrar las debilidades del barrio en materia de soledad, así como de aislamiento y pactar estrategias con la población diana para frenarlas.
- Destacar el papel del enfermero como recurso contra la soledad.
- Intervenir en la necesidad sentida de la población diana.

METODOLOGÍA

Se planteó una revisión bibliográfica sobre el tema a tratar para dar respuesta a los objetivos diseñados. La búsqueda se llevó a cabo en las bases de datos científicas Pubmed, Medline, y Dialnet entre los meses de diciembre (2021) y abril (2022). Además de las bases de datos mencionadas, se utilizaron páginas web oficiales como la OMS, Google Scholar, el INE y las Gerencias de Salud de varias CC.AA.

Para realizar una búsqueda específica se utilizaron Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS): "soledad", "aislamiento social", "anciano" y "demografía". Para aumentar la búsqueda, se utilizaron estos mismos descriptores con sus homólogos en inglés MeSH (Medical Subject Headings): "loneliness", "social isolation", "elderly" y "demography". Además, se utilizaron los operadores booleanos "AND" y "OR" como conectores de los DecS/MeSH.

La combinación de descriptores y boleanos que resultó más ventajosa en Pubmed fue ((elderly OR aged) AND (loneliness) AND (social isolation) AND (demography)). Sin embargo, en Dialnet, la combinación anterior no tenía resultados y se cambió la combinación para abarcar únicamente los DeCS de "anciano" y "soledad".

Para obtener artículos más acordes con los criterios establecidos, en una primera búsqueda, se filtró en base a artículos publicados en los últimos 5 años que estuvieran en español y/o inglés y con el texto completo de libre acceso. Además de otros criterios como artículos que trataran sobre la especie humana y la población sometida a estudio fuera mayor de 65 años.

<u>Criterios de inclusión:</u>

- Publicaciones de los últimos 5 años (2017-2022).
- Artículos disponibles en texto completo y de libre acceso.
- Textos en español e inglés.
- Especie humana.
- Edad > 65 años.

<u>Criterios de exclusión:</u>

- Publicaciones que no cumplan los criterios de inclusión mencionados.
- Artículos centrados en la parte biológica de las enfermedades que dejen de lado la parte social.
- Artículos cuya población diana tenga pocos puntos de unión con la muestra elegida, ya sea por las características demográficas o por las patologías que presenten.

- Artículos cuya población diana sean ancianos institucionalizados.

A continuación, se expone la elaboración de un diagrama de flujo para representar el proceso llevado a cabo en la selección de los artículos escogidos.

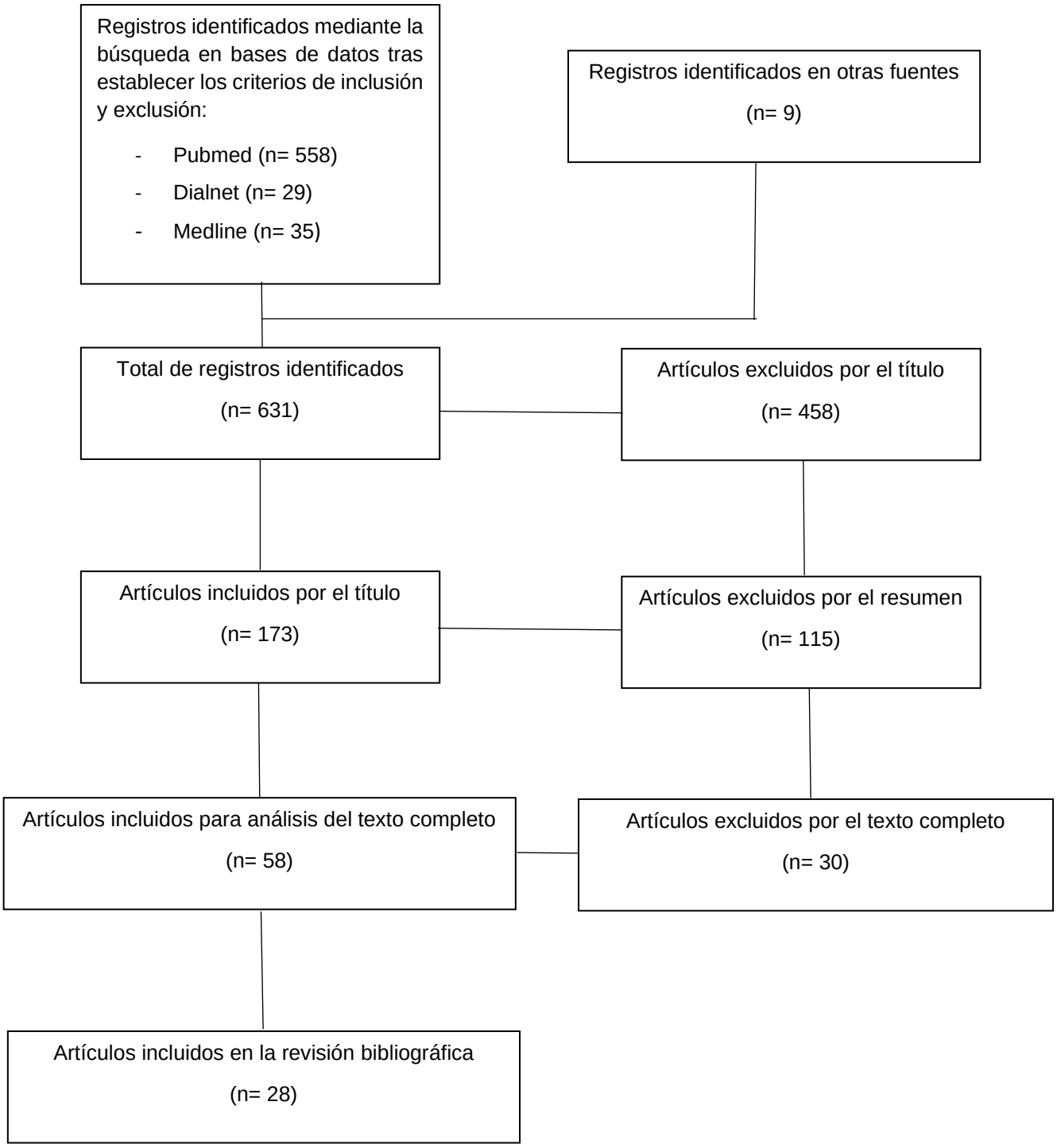

Figura 1: Diagrama de flujos de creación propia realizado con los resultados obtenidos del proceso de búsqueda.

CAPTACIÓN

En este caso, el proceso de captación fue por una necesidad sentida del grupo de vecinos ASCA. Se pusieron en contacto con el Centro de Salud Abrantes para pedir un taller encaminado a la gestión de emociones.

Sin embargo, para futuras ocasiones donde se quiera desarrollar este proyecto, los sanitarios de Atención Primaria (AP) jugarían un papel muy importante en la captación debido a que se encuentran bien posicionados para identificar a los pacientes que están aislados o sufren soledad, ya que pueden ser el único contacto social para muchos de los pacientes.

En el Reino Unido, 3 de cada 4 médicos de AP afirman que ven entre 1 y 5 personas al día que han ido principalmente porque se sienten solos. Se sugiere que, así como los médicos detectan factores de riesgo como el tabaquismo, la dieta y el ejercicio, la AP podría tener un papel para identificar a los pacientes que están aislados, solos, o socialmente vulnerables y recomendar intervenciones que podrían fortalecer las conexiones sociales. (4)

MÉTODOS

- Cuestionarios → Las escalas elegidas para la evaluación de la soledad son:
    - ESCALA UCLA: tiene una validez alta con un coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach de 0,95.(20) *Tabla 2.*

    - ESCALA ESTE II: el alfa de Cronbach es algo más bajo (0,66) pero he creído conveniente el empleo de esta escala ya que mide de una manera muy específica la soledad y participación social del sujeto además del uso de las nuevas tecnologías, que pueden ser consideradas, según los resultados, como una oportunidad para paliar la soledad. (21) *Tabla 3.*

- Mapa emocional (ME) → ¿cómo influye el barrio en fomentar/ atajar la soledad? Realización de un informe DAFO con las conclusiones extraídas.

- EpS.

Una vez introducidos todos los métodos, vamos a ahondar en las dos escalas elegidas para determinar el grado de soledad. La escala UCLA es un cuestionario autocumplimentado, por lo que excluiremos a personas que no puedan realizar el test por sí mismos, ya sea por incapacidad de leer o por demencia. También excluiremos a personas menores de 65 años.

La versión de Russell, 1996, consta de 10 preguntas puntuables del 1 al 4; siendo 1: «me siendo así a menudo» y 4: «nunca me siento de ese modo». Los autores no establecieron unos puntos de corte estándar para determinar el grado de soledad, pero, por lo general, puntuaciones <20 pueden indicar un grado severo de soledad y puntuaciones entre 20 y 30, grado moderado de soledad.(21)

La escala ESTE II está formada por 15 ítems clasificados en 3 factores; factor 1, percepción de apoyo social; factor 2, uso de nuevas tecnologías; factor 3, índice de participación social subjetiva. Existen 3 posibilidades de respuesta 0,1 y 2. Por lo tanto, la puntuación total estará entre 0 y 30 puntos. Los autores de esta escala sí que han establecido los puntos de corte para determinar los niveles de soledad social; bajo, 0-10 puntos; medio, 11-20 puntos; y alto, 21-30 puntos.(22)

Los cambios en la forma de relacionarnos, actualmente más tecnológica, contribuyen a que la adaptación a la era digital sea más complicada de alcanzar por las personas mayores. Así, fomentamos la soledad subjetiva ya que dificultamos la manera que tenemos en comunicarnos a una generación que no ha logrado adaptarse a las nuevas tecnologías.

La metodología del mapeo de activos está ampliamente reconocida en la práctica enfermera. Antes de pasar a describir la actividad, debemos definir un activo en salud, que son los recursos disponibles en la comunidad que ayudan a mejorar el bienestar de las personas.

La recomendación de activos en la consulta forma parte del modelo de atención biopsicosocial. Esta permite completar la atención sanitaria desde una perspectiva holística, debido a que tenemos en cuenta el entorno que rodea al paciente y su influencia sobre la salud de nuestra comunidad. El mapeo de activos es un buen método para iniciar las recomendaciones de activos en consulta ya que, es fundamental conocer los recursos y actividades positivas disponibles en la comunidad.

Es de vital importancia cambiar el enfoque de salud, debemos pasar del modelo de déficits al modelo de activos. En 1993, Kretzman y McKnight presentaron el modelo de activos comunitarios que se basa en la capacidad, habilidad y talento para generar soluciones positivas que fortalezcan la autoestima para resolver los problemas comunitarios. Su último fin es realizar políticas que favorezcan los barrios menos favorecidos. Este modelo difiere del modelo de déficits

en que, este último buscaba diagnosticar los problemas de salud para intentar paliarlos con recursos hospitalarios.(22) *Figura 2.*

Por tanto, el mapeo de activos es un ejercicio adaptado al nuevo modelo ya que busca recursos comunitarios y, además, fomenta la participación social y el empoderamiento en materia de salud.

A raíz de la necesidad sentida de la población diana, se decidió ampliar el taller de EpS que se estaba desarrollando en el CS de Abrantes para incluir la soledad dentro del guion de las intervenciones.

Inicialmente estaba previsto que el taller se centrara en la gestión de las emociones, en la depresión y en la ansiedad. Después de la puesta en marcha del presente TFG, se decidió la colaboración del personal de enfermería del CS con el personal docente y el alumnado de la UCM. De esta manera, se revisaron los objetivos del trabajo de fin de grado y se incluyó el desarrollo de un guión de EpS. También se ajustaron las fechas de las intervenciones para incluir en el programa la soledad.

La sesión de la soledad se dividió en 4 capítulos:

- Capítulo I – Marco teórico. En esta primera parte se hizo una pequeña introducción de la situación en la que nos encontramos actualmente. También se explicaron las definiciones y tipos de ansiedad para poder observar las diferencias en las respuestas en las escalas post intervención. Además, se expusieron los factores de riesgo y se esbozó el prototipo de persona que es más propensa a sufrir soledad.

- Capítulo II – Estrategias. En este fragmento mostramos las oportunidades que tiene el barrio para paliar la soledad, centrándonos en el proyecto de Madrid Salud de Soledad no deseada.

- Capítulo III – Mapeo de activos. Después de ver las estrategias que nos ofrece el barrio, ahondamos en esta estrategia en concreto para encontrar oportunidades y debilidades en materia de aislamiento social desde el enfoque individual. También explicamos la metodología de un ME.

- Capitulo IV – Confinamiento. En esta última parte de la primera sesión se habló de las consecuencias físicas y sobre todo emocionales que tuvo el confinamiento. Este capítulo estaba pensado para que sirviera de punto de unión con la siguiente sesión, que fue la gestión de emociones.

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Reuniones de coordinación

- Las previas para concretar el tema del TFG y unirlo a uno de los talleres de EpS del Centro de salud de Abrantes.
- Para esclarecer los detalles de la población diana y aclarar los pormenores de la parte de revisión bibliográfica a la que pertenece el marco teórico.
- Antes del inicio de los talleres para conocer el guión de cada intervención.

Materiales

- Personal de enfermería del CS.
- Cuestionarios UCLA y ESTE II y material para autocumplimentarlos.
- Mapa de la ZBS.
- Materiales de proyección para llevar a cabo el taller de EpS.
- Zona de reunión habilitada.

El proyecto se llevó a cabo en una de las salas del CS de Abrantes habilitada como lugar de reunión. Toda la población diana se encuentraba por encima de los 65 años, por lo que no fue necesaria ninguna exclusión del cuestionario UCLA.

Inicialmente se realizaron ambos cuestionarios para conocer el grado de soledad previa a los talleres y poder observar la repercusión de la intervención comparando los cuestionarios previos con los rellenados al final de todas las sesiones. Además, en ambos cuestionarios se introdujeron las variables externas de edad, sexo y convivencia para organizar los resultados extraídos.

El mapeo de activos se realizó a través de un ME con todos los participantes. La metodología para completar esta actividad fue señalar en un mapa mudo de la ZBS tres lugares donde el individuo se siente feliz y otros tres lugares donde abunden los sentimientos negativos. Tras ello se realizará un análisis cualitativo (causas y motivos) de los resultados obtenidos para identificar los activos en salud y visibilizar las zonas del barrio con oportunidades para evitar la soledad y encontrar las debilidades en materia de aislamiento social.

Este proyecto ha sido desarrollado para intervenir en la necesidad sentida de la asociación ASCA, ya que, gracias a la participación comunitaria, pueden llegar a identificar los recursos en su zona de influencia que pueden ayudar a fomentar su salud y, en concreto en esta intervención, aquellos recursos que pueden paliar la soledad.

RESULTADOS

Resultados de la revisión bibliográfica

Tras aplicar los criterios de inclusión, se encontraron 630 artículos y estudios relacionados con los descriptores indicados. Una vez analizados los artículos y descartados en función del título, resumen y texto completo; 28 artículos fueron seleccionados para la revisión bibliográfica. De estos 28 artículos mencionados, 8 fueron utilizados para la elaboración de resultados.

Para realizar el análisis de los resultados, dividiremos los artículos en dos temáticas. En el primer apartado incluiremos todos los artículos que se centren en las definiciones y en los tipos de soledad, además de la parte epidemiológica. En el segundo, los temas a tratar serán intervenciones para reducir el aislamiento social.

- Epidemiología, definiciones y tipos de soledad.

Al tratarse de una experiencia subjetiva, existen numerosas definiciones de soledad. Perlman y Peplau la identifican como la experiencia aversiva que resulta de una discrepancia percibida entre las relaciones reales y las deseadas. L. Heu y cols. parten de esta definición para analizar cómo afectan las diferencias culturales en la soledad. A pesar de que las conceptualizaciones influyentes de la soledad provienen principalmente de América del Norte o Europa, cuyas culturas están menos arraigadas socialmente, no se encontraron diferencias significativas respecto a las causas o intervenciones en los diferentes países donde realizaron el estudio (Austria, Bulgaria, Israel, Egipto, India). (1)

Muchas veces nos cuesta, incluso a los sanitarios, distinguir la diferencia entre la soledad, el aislamiento social y el “vivir solo”. Esta última situación, en los países desarrollados, hace que la prevalencia del aislamiento social y la soledad, entre los adultos mayores, alcance el 20 e incluso 40%. Según el estudio de Hernández-Ascanio J y cols., la misconceptualización de los conceptos previos nos perjudicará a la hora de identificar los perfiles de riesgo desde AP. (25)

Páraic S. y cols estudiaron los diferentes tipos de soledad y determinaron que la ausencia de una figura de apego (soledad emocional) es más común, aunque la diferencia entre los dos tipos de soledad, emocional y social, es muy pequeña. Soledad social (HR = 1.01, p = .81) y emocional (HR = 1.06, p = .29). (2)

Para analizar la influencia de la red social en el desarrollo de depresión y soledad, Domènech-Abella J, y cols realizaron un estudio con un total de 3.535 participantes. La edad media fue de 66,5 años y el 54,1% de la muestra eran mujeres. El trece por ciento de los participantes reportaron sentimientos de soledad y la prevalencia de depresión fue del 12,1%. (6)

Lee E. y cols. estudiaron las relaciones entre la salud mental y la soledad. El 76% de los participantes tenían niveles moderados-altos de soledad en UCLA-3. Determinaron que la soledad está relacionada con una peor salud mental e inversamente con estados psicológicos positivos. Incluso la severidad moderada de la soledad se asoció con un peor funcionamiento mental y físico.

También llama la atención en este estudio el papel potencialmente crítico de la sabiduría como un medio para reducir la soledad. Construir una sociedad más sabia puede ayudarnos a desarrollar una comunidad más conectada y menos solitaria. (19)

Zafar J, Malik NI y Atta M realizaron un estudio transversal para analizar la relación entre el Déficit cognitivo leve (DCL) y la soledad. La muestra del estuvo compuesta por adultos mayores (N = 170) con una edad media de 69,7 años, que se encuentran viviendo tanto en el ámbito privado (residencia hogar familiar; n = 88) como en instituciones (residencia hogar de ancianos; n = 82). La mayoría de los participantes tenían depresión severa (98,2%) y niveles de soledad moderados - altos (85,3%). La depresión se asoció significativamente con la soledad ($b = 0,29$, $P < 0,05$) y la mala calidad de vida en DCL ($b = 0,49$, $P < 0,001$). (27)

- <u>Intervenciones</u>

Está claro que la tecnología ha ido ganando protagonismo en la actualidad, no sólo en nuestra forma de comunicarnos, sino también en los diferentes ámbitos de nuestra vida y la salud no iba a ser menos. El concepto de Gertontecnología (Kwon, 2017) abarca todo lo relacionado con el cuidado de la salud de los mayores a través de dispositivos tecnológicos. La tecnología puede sernos de gran ayuda a la hora de detectar emergencias, monitorizar a un paciente o promocionar hábitos saludables (7).

También será muy importante a la hora de combatir la soledad no deseada, convirtiéndose la enseñanza del manejo tecnológico en una intervención que aporte muy buenos resultados. (24)

AUTORES AÑO	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA	OBJETIVOS	RESULTADOS
Luzia C. Heu y cols. 2021 (1)	Entrevista semi estructurada	42 personas de Austria, Bulgaria, Israel, India y Egipto	Examinar el concepto de soledad a través de diferentes culturas.	A pesar de que las conceptualizaciones influyentes de la soledad provienen principalmente de América del Norte o Europa. No se encontraron diferencias significativas respecto a las causas o intervenciones.
Páraic S. O'Súilleabháin y cols. 2019 (2)	Estudio de cohortes prospectivo	413 adultos mayores de los cuales, 253 vivían solos y 160 acompañados	Conocer la incidencia de los diferentes tipos de soledad. Conocer la relación entre la soledad y la mortalidad.	Se hallaron los siguientes resultados: Soledad social (HR = 1.01, p = .81) Soledad emocional (HR = 1.06, p = .29).
Hernández-Ascanio J y cols. 2022 (25)	Investigación cualitativa con análisis sistemático de teoría fundamentada.	-	Identificar los principales condicionantes que los profesionales de AP indican a la hora de implementar intervenciones sobre el aislamiento y la soledad.	Se encontró que, en los países desarrollados, la prevalencia de la soledad podía alcanzar el 20, o incluso, el 40%.
Domènech-Abella J y cols.	Estudio analítico	3535 mayores de 50 años	Analizar la influencia de	Se determinó que el 13% de los

2017 (6)	descriptivo transversal		las redes sociales en la soledad y depresión.	participantes reportaron sentimientos de soledad y la prevalencia de depresión fue del 12,1%.
Lee EE y cols. 2020 (19)	Estudio analítico transversal	340 adultos.	Estudiar la soledad a lo largo de la vida y asociarla con la salud mental y el funcionamiento físico y cognitivo.	Llama la atención en este estudio el papel potencialmente crítico de la sabiduría como un medio para reducir la soledad.
Zafar J. y cols. 2021 (27)	Estudio analítico transversal	170 adultos mayores de los cuales, 88 viven en su hogar y 82 en residencia.	Analizar la relación entre el DCL y la soledad.	Se encontró que la mayoría de los participantes tenían depresión severa (98,2%) y niveles de soledad moderados - altos (85,3%).
Gardiner C. y cols. 2018 (7)	Revisión bibliográfica.	-	Identificar el alcance de las intervenciones que se enfocan en combatir el aislamiento social de las personas mayores, para determinar su efectividad.	Se llegó a la conclusión de que el uso tecnológico en el ámbito sanitario no solo era útil para la monitorización y detección de emergencias, sino también servía como estrategia para combatir el aislamiento social.

Landeiro F. y cols. 2017 (24)	Revisión bibliográfica	-	Determinar qué estrategias e intervenciones son más útiles para combatir la soledad no deseada.	Tras el análisis bibliográfico se llegó a la conclusión de que la enseñanza del manejo tecnológico es una de las intervenciones que aporta mejores resultados.

Tabla 1: tabla de resultados de elaboración propia.

Resultados de los talleres de EpS

Antes de ahondar en los resultados de los cuestionarios y en el análisis del ME debemos comprender el tipo de intervenciones que hemos realizado, para comparar así los resultados obtenidos con los que podíamos esperar.

Existen varios tipos de intervenciones para reducir la soledad no deseada, que a grandes rasgos las podemos clasificar en dos grupos, aquellas realizadas de forma “one-to-one” (individuales) y las grupales. Entre las más destacadas de este último tipo se encuentran; las terapias psicológicas, risoterapia, mindfulness y reducción de estrés; intervenciones “Befriedinfg”, son aquellas que fomentan la creación de nuevas amistades; desarrollo de nuevas habilidades, jardinería, deportes, uso de tecnologías…

Es lógico pensar que una de las terapias más útiles para frenar y prevenir la soledad es aquella centrada en el aprendizaje del uso de tecnologías, ya que, nuestra forma de comunicarnos se está volviendo cada vez más telemática. No podemos confirmar esta suposición debido a la poca bibliografía, por lo tanto, podemos decir que las terapias psicológicas grupales (como las desarrolladas en este proyecto) tienen el mayor grado de efectividad y así lo han demostrado los resultados de estas intervenciones.(24) Aun así, para ver cómo afecta el déficit de conocimientos tecnológicos hemos empleado la escala ESTE II ya que, en su factor 2 mide el uso de nuevas tecnologías para ver el impacto que tiene en el aislamiento social.

El éxito de estas intervenciones radica en que todas las actividades son grupales. No sólo la interacción grupal influye para alcanzar resultados positivos, también el enfoque terapéutico contribuye al éxito de las intervenciones.(7)

A pesar de todos los aspectos positivos que pueden reportar, su puesta en marcha constituye un problema en sí mismo ya que existen muchas dificultades en la implantación de las intervenciones. Los condicionantes que dificultan estos talleres comunitarios van ligados con las características inherentes de la vejez (dificultad para llegar al CS, déficits auditivos y astenia),

También las limitaciones del sistema de salud público juegan un papel muy importante en el éxito de las intervenciones.(25)

En este proyecto se puede apreciar la convergencia de varios tipos de intervención. A grandes rasgos podemos decir que es una intervención grupal centrada en los aspectos psico sociales de la salud. Aun así, tanto en el marco teórico como en las estrategias se habla del desarrollo de nuevas habilidades, sobre todo en el ámbito tecnológico.

Esta sinergia de tipos de intervenciones reporta grandes resultados, y así lo demuestran los datos recogidos. A continuación, se muestra el número total de encuestados, a la hora de entrega del presente TFG, y algunas características detalladas previa realización de las escalas.

- Número de encuestados: 12.
- Mujeres: 12
- Viven solas: 4

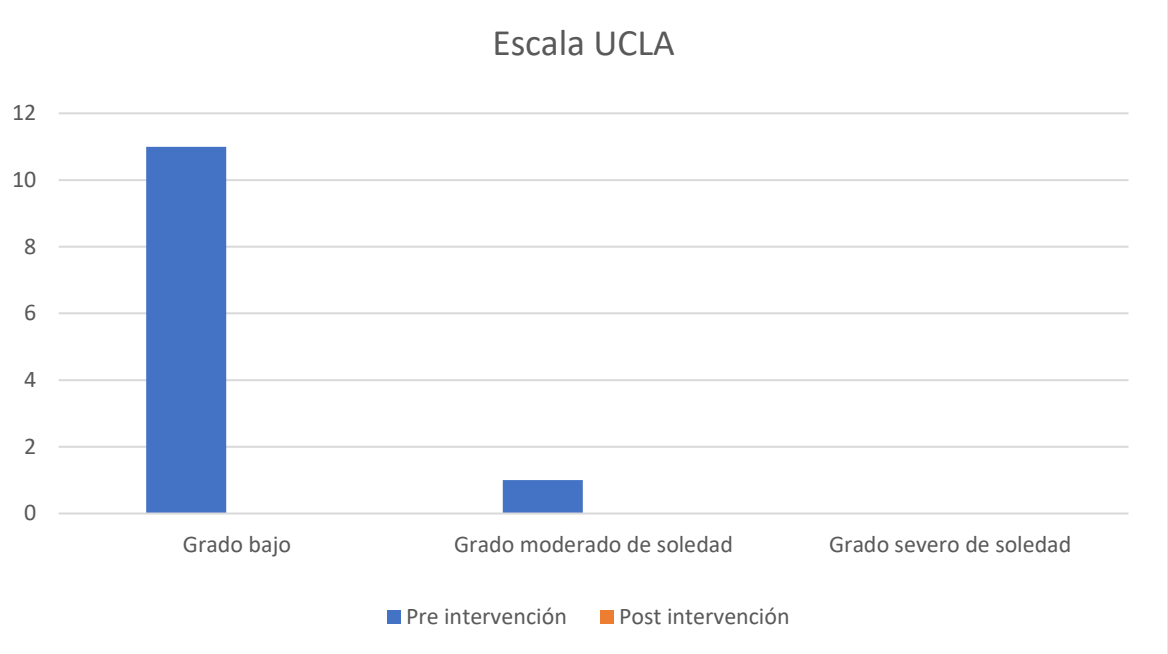

Gráfico 1. Gráfico de elaboración propia realizado con los resultados de la Escala UCLA.

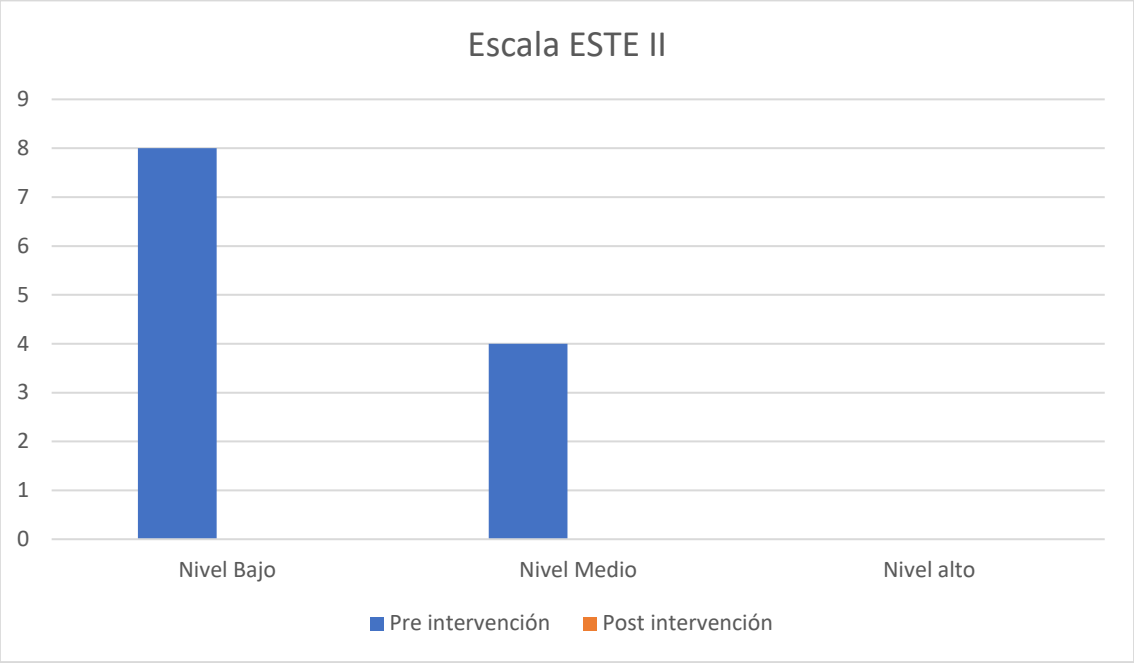

Gráfico 2. Gráfico de elaboración propia realizado con los resultados de la Escala ESTE II.

Queda pendiente la realización de los cuestionarios post intervención a la hora de entregar este TFG. No obstante, podemos realizar unas proyecciones de los resultados esperados.

En la sesión de la soledad se pudo observar cómo los participantes entendían la diferencia entre la soledad objetiva de la subjetiva. No tenían tan claro la diferencia entre la emocional y la social ya que referían que la línea que las separa era muy difusa y los conceptos se entremezclaban. Cabe esperar que los resultados pre y post intervención sean muy similares.

CONCLUSIÓN

Conclusión de la revisión bibliográfica

Existe una gran cantidad de bibliografía reciente sobre la soledad. Como hemos venido diciendo durante el presente TFG, el COVID - 19 ha supuesto un antes y un después en nuestra sociedad. Ha conllevado un cambio en nuestra escala de valores y ha facilitado que la salud ocupe uno de los primeros puestos en esa escala. Un ejemplo de cómo se ha visto incrementado el interés sobre la salud mental es el repunte de los artículos relacionados con estos temas publicados desde la pandemia.

A pesar de toda la bibliografía existente sigue siendo todo un desafío la búsqueda de estrategias para combatir la soledad. Uno de los retos de este siglo es el envejecimiento de la población,

esto implica que la adaptación que debe hacer la sociedad en todos los ámbitos (económico, social, sanitario...) para atender las necesidades de la comunidad sea otro reto más.

La mayoría de los artículos coinciden en que el sistema sanitario no está preparado para abordar los nuevos requerimientos de esta sociedad cada vez más envejecida. Sin embargo, la bibliografía actual sí que encuentra consenso a la hora de afirmar que la tecnología podría jugar un papel muy importante como una posible estrategia para combatir el aislamiento social y ayudar a que se llegue a alcanzar un cambio en la atención sanitaria al adulto mayor.

En conclusión, falta mucha investigación e inversión en salud mental y, en concreto, en estrategias que aborden el problema de la soledad.

Conclusión de los talleres de EpS

El objetivo de estas intervenciones es aumentar la concienciación de nuestra población diana y hacerles partícipes en el proceso para detectar los factores de riesgo del aislamiento social y, así, poder atajarlos. Al realizar los talleres, vimos la importancia que tienen los profesionales sanitarios de primera línea para evaluar y derivar a las personas de alto riesgo a las intervenciones adecuadas. (28)

Con tan solo un vistazo a la escala UCLA se puede apreciar que la inmensa mayoría de nuestra población diana no muestra soledad. Debemos recordar que esta población pertenece al grupo de vecinos ASCA. Esta asociación se reúne con asiduidad para realizar actividades culturales y de ocio. Esto repercute positivamente en el índice de participación social subjetiva.

La escala UCLA recibe una alta puntuación, mientras que los resultados de la ESTE II son bajos. Esto muestra que nuestra población no sufre soledad. Una posibilidad sería la abstracción del significado de soledad y la despersonalización y negación del concepto, pero en el desarrollo de los talleres se pudo observar que nuestra población entendía perfectamente la magnitud de este problema social. Por lo tanto, podemos decir que los resultados de las escalas basales son fidedignos y cabría esperar que coincidan con los resultados de las encuestas que se realizarán al finalizar todas las sesiones.

En los resultados de la escala ESTE II llama la atención como la mayoría de las respuestas en el factor 2 del uso de las nuevas tecnologías eran la mayoría de las veces mayor que tres. Esto quiere decir que no ven a las nuevas tecnologías como una estrategia válida para combatir el aislamiento social.

En el factor 3: índice de participación social subjetiva, al tratarse de una asociación vecinal, los resultados han sido cercanos al 0 la mayoría de las veces. Esto muestra como la asociación trabaja como ancla y los encuestados se sienten parten de la sociedad, siendo participes en actividades ocio culturales.

Además, los dos cuestionarios nos sirven para confirmar alguna de las hipótesis desarrolladas anteriormente, debido a que ambas encuestas arrojan datos que respaldan que la soledad más común es la emocional.

Tras los talleres se recibieron críticas de todas las sesiones. Respecto a la sesión de la soledad, los participantes se mostraban muy agradecidos por la información ofrecida en el capítulo II, estrategias del barrio. Además, la actividad del mapeo de activos tuvo muy buena acogida ya que, al tener una perspectiva individual, los participantes la sentían como una “solución hecha a medida.”

Respecto a esta estrategia del mapeo de activos, podemos notar una similitud en las respuestas a las debilidades del barrio en materia de aislamiento (la mayoría relacionada con la falta de espacios para reunirse y poder realizar actividades de ocio y culturales).

Sin embargo, las oportunidades y los aspectos positivos eran muy diferentes entre ellos. En la mayoría de las ocasiones identificaban los lugares con oportunidades para combatir el aislamiento como el lugar de residencia de algún familiar o amigo. Como respuestas comunes podemos destacar el parque de Emperatriz de Austria, donde se reúnen para hacer Thai Chi, y la zona del mercado de los jueves.

Podemos extraer las siguientes conclusiones:

- Los participantes refirieron su descontento con la situación que vive el CS de Abrantes. Afirman que la falta de recursos económicos en la ZBS afecta negativamente a su salud.
- La población demanda una mayor inversión en infraestructuras en el barrio. No sólo las relacionadas con el sistema sanitario, sino también de nuevas zonas verdes y de reunión.
- Los participantes se mostraron agradecidos a los sanitarios del CS por escuchar su demanda y plasmarla en el taller. Por ello, el personal de enfermería debemos redirigir nuestro trabajo y orientarlo hacia las necesidades de nuestra población. De esta manera conseguiremos una población más comprometida con su salud.
- La participación social para nuestra población diana se ha convertido en el eje principal para combatir la soledad no deseada. Siendo una de sus principales estrategias para luchar contra el aislamiento social, aun así, hay indicadores de que la soledad más común es la emocional. Refieren sentirse sin herramientas para combatirla.

Satisfacción de los participantes**:** Alta.

Propuestas de trabajo futuras**:** Centrarnos en la salud comunitaria sin dejar de lado la atención primaria.

Etapas pendientes:

- Continuar con los demás grupos de la asociación de vecinos ASCA.
- Análisis de las encuestas post talleres para encontrar posibles diferencias con las respuestas pre-intervención.
- Difusión de los activos en salud para aproximar estas estrategias a toda la población de la ZBS.
- Evaluación completa de la intervención.
- Registrar este proyecto en AP Madrid.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, sobre todo a mi hermano y a mis padres por ser referentes no solo en mi vida personal, sino también en la académica y profesional.

A mi tutor José Dionisio por acampanarme y guiarme en este camino. A todos los profesionales del CS de Abrantes por enseñarme lo bonito que es el mundo de la atención primaria.

Por último, quiero hacer una mención especial a todos los vecinos de Abrantes, por construir redes y ser verdaderos activos en salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Heu LC, Hansen N, van Zomeren M, Levy A, Ivanova TT, Gangadhar A, et al. Loneliness across cultures with different levels of social embeddedness: A qualitative study. Pers Relatsh. 2021 Jun 1;28(2):379–405.

2. O'Súilleabháin PS, Gallagher S, Steptoe A. Loneliness, Living Alone, and All-Cause Mortality: The Role of Emotional and Social Loneliness in the Elderly During 19 Years of Follow-Up. Psychosomatic Medicine [Internet]. 2019 Jul 1 [citado 2022 Mar 13];81(6):521. Disponible en: /pmc/articles/PMC6615929/

3. Rivero Jiménez B, Conde-Caballero D, Juárez LM. Soledad y tecnología en sociedades que envejecen: retos y dificultades de los enfoques socioculturales en la salud pública. Revista Extremeña de Ciencias Sociales. 2021; 13:40–50.

4. Freedman A, Nicolle J. Social isolation and loneliness: the new geriatric giants: Approach for primary care. Canadian Family Physician [Internet]. 2020 Mar 1 [citado 2022 Mar 20]; 66(3):176. Disponible en: /pmc/articles/PMC8302356/

5. Higuera JCB. La soledad en los mayores. ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas [Internet]. 2016 Aug 7 [citado 2022 Mar 20]; 13(3):126–44. Disponible en: https://arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/264

6. Domènech-Abella J, Lara E, Rubio-Valera M, Olaya B, Moneta MV, Rico-Uribe LA, et al. Loneliness and depression in the elderly: the role of social network. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2017 Apr 1;52(4):381–90.

7. Gardiner C, Geldenhuys G, Gott M. Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. Health Soc Care Community [Internet]. 2018 Mar 1 [citado 2022 Feb 20]; 26(2):147–57. Disponible en: https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.bucm.idm.oclc.org/27413007/

8. Loneliness and social isolation during the COVID-19 pandemic. International Psychogeriatrics (2020), 32:10, 1217–1220 [citado 2022 Apr 5]; Disponible en: https://www.alz.co.uk/news/adi-offers-advice-and-

9. Wu B. Social isolation and loneliness among older adults in the context of COVID-19: a global challenge. Glob Health Res Policy [Internet]. 2020 Dec [citado 2022 Mar 13]; 5(1). Disponible en: https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.bucm.idm.oclc.org/32514427/

10. Encuesta N. Ine.es. 2017 [citado 2022 Ene 30]. Disponible en: https://www.ine.es/metodologia/t15/ense_adu17.pdf

11. Distritos en cifras (Información de Barrios) - Ayuntamiento de Madrid [Internet]. Madrid.es. [citado el 22 de abril de 2022]. Disponible en: https://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/El-Ayuntamiento/Estadistica/Distritos-en-cifras/Distritos-en-cifras-Informacion-de-Barrios-/?vgnextfmt=default&vgnextoid=0e9bcc2419cdd410VgnVCM2000000c205a0aRCRD&vgnextchannel=27002d05cb71b310VgnVCM1000000b205a0aRCRD

12. Instituto Nacional de Estadística. (National Statistics Institute) [Internet]. [Citado 2022 Mar 20]. Disponible en: https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=2076&capsel=2078

13. INEbase / Demografía y población /Fenómenos demográficos /Indicadores demográficos básicos / Resultados/ Indicadores básicos [Internet]. [Citado 2022 Mar 20]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177003&menu=resultados&secc=1254736195380&idp=1254735573002

14. Creagh Peña MI, García Ones Rolando Valdés Cruz III DI. Envejecimiento poblacional como reto de la ciencia, la técnica y la sociedad Population aging as challenge of the science, the technique and society. Revista Habanera de Ciencias Médicas [Internet]. 2015 [citado 2022 abril 5]; 14(6):884–92. Disponible en: http://scielo.sld.cuhttp://scielo.sld.cu

15. INE. Proyecciones de poblacion 2020 -2070 [Internet]. [Citado 2022 Mar 21]. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/pp_2020_2070.pdf

16. OMS. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. [Internet]. [Citado 2022 Mar 21]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf

17. Laforest J, Colom de Llopis M. Introducción a la Gerontología: el arte de envejecer. 1991 [citado 2022 Feb 13]; 185. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=114913

18. Yang F, Gu D. Widowhood, widowhood duration, and loneliness among older adults in China. Social Science & Medicine [Internet]. 2021 [citado 2022 abril 5]; 283:114179. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114179

19. Lee EE, Depp C, Palmer BW, Glorioso D, Daly R, Liu J, et al. High Prevalence and Adverse Health Effects of Loneliness in Community-dwelling Adults Across the Lifespan: Role of Wisdom as a Protective Factor. Int Psychogeriatr. 2020; 1–16.

20. López Doblas J, Díaz Conde M del P. Viudedad, soledad y salud en la vejez. Rev. Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2018 [citado el 9 de mayo de 2022]; 53(3):128–33. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X1730183X

21. Velarde-Mayol C, Fragua-Gil S, García-De-Cecilia JM. Validación de la escala de soledad de UCLA y perfil social en la población anciana que vive sola. 2016 [citado 2022 Feb 20]; 42(3):177–83. Disponible en: www.elsevier.es/semergenENTORNOALPACIENTE

22. Pinel Zafra M, Rubio Rubio L, Rubio Herrera R. Un instrumento de medición de soledad social: Escala ESTE II.- abril de 2011; 8. Disponible en: http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-este2.pd

23. Guía para trabajar en Salud comunitaria [Internet]. [citado el 30 de abril de 2022]. Disponible en: https://docplayer.es/137702017-Guia-para-trabajar-en-salud-comunitaria.html

24. Landeiro F, Barrows P, Nuttall Musson E, Gray AM, Leal J. Reducing social isolation and loneliness in older people: a systematic review protocol. BMJ Open [Internet]. 2017 May 1 [citado 2022 Mar 13];7(5). Disponible en: https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.bucm.idm.oclc.org/28515187/

25. Hernández-Ascanio J, Perula-de Torres LÁ, Rich-Ruiz M, Roldán-Villalobos AM, Perula-de Torres C, Ventura Puertos PE. Determinants for addressing social isolation and loneliness of non-institutionalized older adults from Primary Health Care. Atencion Primaria. 2022 Feb 1; 54(2).

26. von Soest T, Luhmann M, Hansen T, Gerstorf D. Development of loneliness in midlife and old age: Its nature and correlates. J Pers Soc Psychol [Internet]. 2020;118(2):388–406. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1037/pspp0000219

27. Zafar J, Malik NI, Atta M, Makhdoom IF, Ullah I, Manzar MD. Loneliness may mediate the relationship between depression and the quality of life among elderly with mild cognitive impairment. Psychogeriatrics [Internet]. 2021; 21(5):805–12. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1111/psyg.12749

28. Cotterell N, Buffel T, Phillipson C. Preventing social isolation in older people. Maturitas [Internet]. 2018; 113:80–4. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378512218301634

ANEXOS

TABLA 2: ESCALA UCLA DE SOLEDAD

Indique en qué grado le describen a usted cada una de las afirmaciones siguientes. Señale con un número del 1 al 4 cada una de ellas.

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

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

Tabla de elaboración propia con información extraída de: Velarde-Mayol C, Fragua-Gil S, García-de-Cecilia JM. Validación de la escala de soledad de UCLA y perfil social en la población anciana que vive sola. SEMERGEN - Med Fam. abril de 2016;42(3):177-83.

TABLA 3: ESCALA ESTE II DE SOLEDAD SOCIAL

Factor 1: Percepción de Apoyo Social			
	SIEMPRE	**A VECES**	**NUNCA**
¿Vd. tiene a alguien con quien puede hablar de sus problemas cotidianos?	0	1	2
¿Cree que hay personas que se preocupan por usted?	0	1	2
¿Tiene amigos o familiares cuando le hacen falta?	0	1	2
¿Siente que no le hacen caso?	2	1	0
¿Se siente triste?	2	1	0
¿Se siente usted solo?	2	1	0
¿Y por la noche, se siente solo?	2	1	0
¿Se siente querido?	0	1	2
Factor 2: Uso de nuevas tecnologías			
	SIEMPRE	**A VECES**	**NUNCA**
¿Utiliza Ud. el teléfono móvil?	0	1	2
¿Utiliza Ud. el ordenador (consola, juegos de la memoria)?	0	1	2
¿Utiliza Ud. Internet?	0	1	2
Factor 3: Índice de participación social subjetiva			
	SIEMPRE	**A VECES**	**NUNCA**
Durante la semana y los fines de semana ¿le llaman otras personas para salir a la calle?	0	1	2
¿Le resulta fácil hacer amigos?	0	1	2
¿Va a algún parque, asociación, hogar del pensionista donde se relacione con otros mayores?	0	1	2
Le gusta participar en las actividades de ocio que se organizan en su barrio/pueblo?	0	1	2
PUNTUACIÓN EN SOLEDAD SOCIAL _____ Pts.			

Tabla de elaboración propia con información extraída de: Pinel Zafra M, Rubio Rubio L,Rubio Herrera R. Un instrumento de medición de soledad social: Escala ESTE II.- abril de 2011; 8.

ANEXO 3: MAPA ZBS ABRANTES

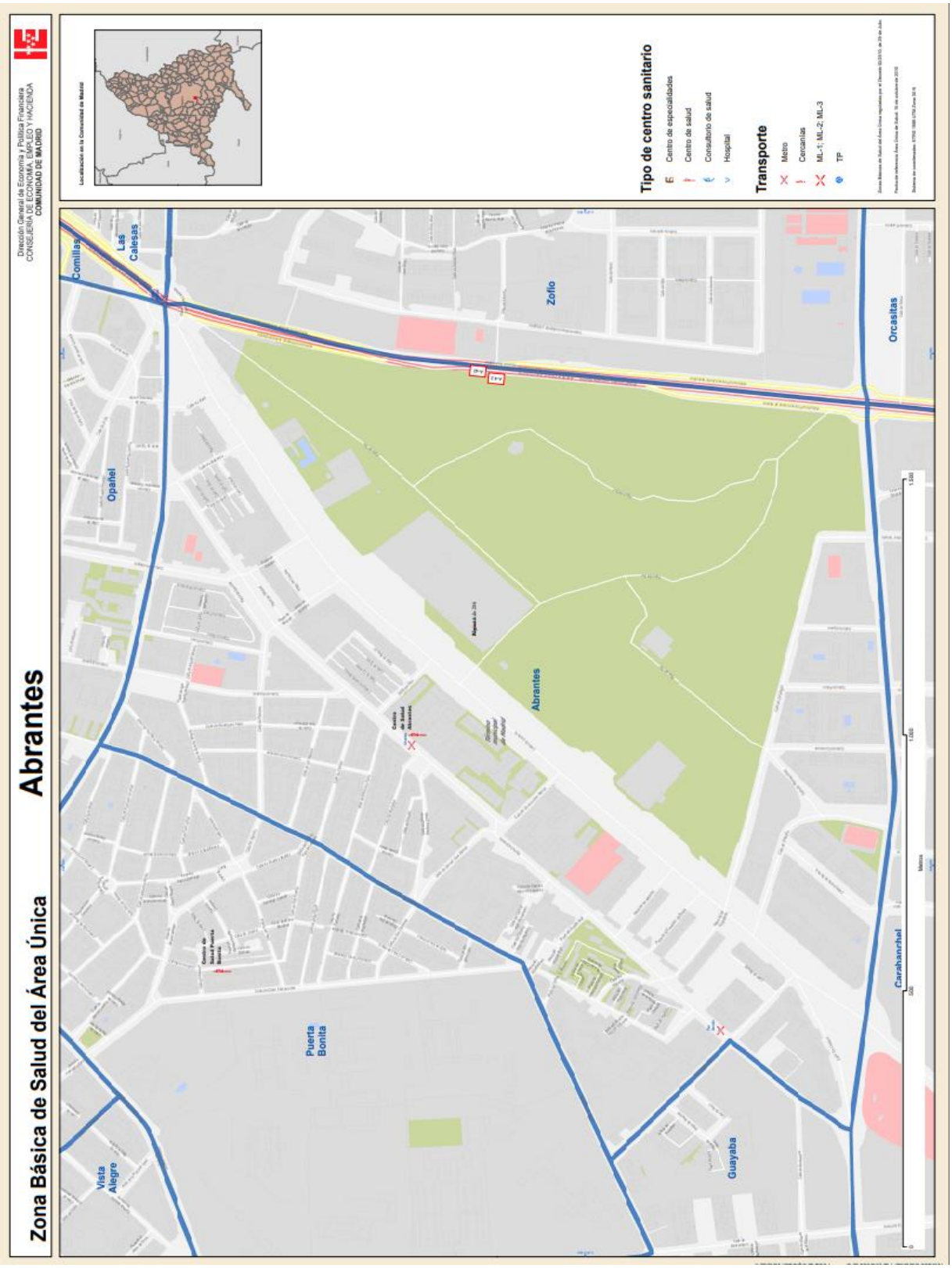

Imagen extraída de: Madrid.org. [Citado el 30 de abril de 2022]. Disponible en: https://www.madrid.org/iestadis/fijas/estructu/general/territorio/descarga/zbs13_abrantes.pdf

FIGURA 2:

MODELO DE ACTIVOS VS MODELO DE DÉFICITS

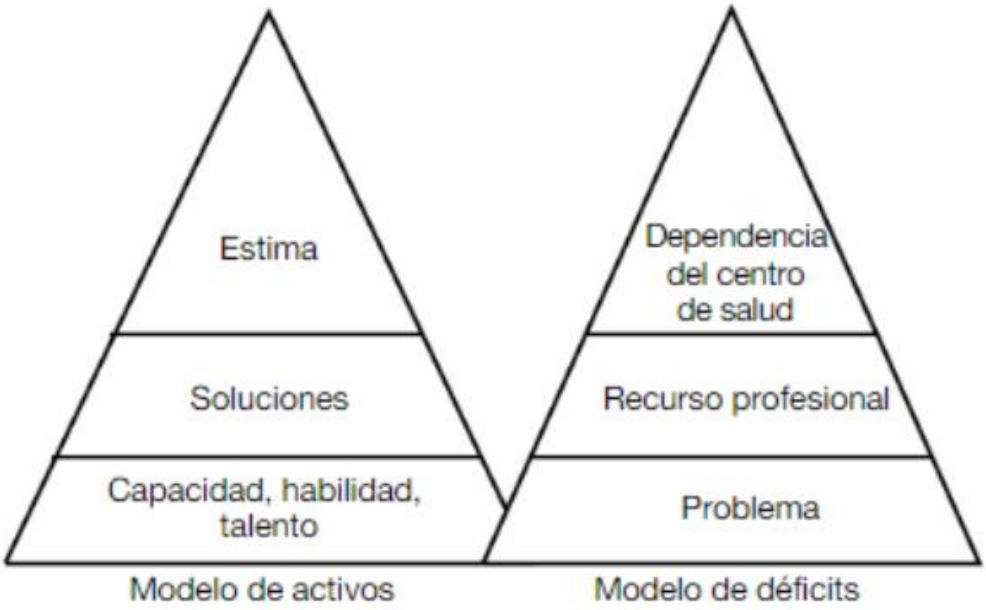

Figura extraída de: Hernán M, Lineros C. Los activos para la salud. Promoción de la salud en contextos personales, familiares y sociales. Revista Fundesfam. 2010; 2:1

ACTUALIZACIÓN DE DATOS

ACLARACIÓN: Desde la fecha de la defensa del presente TFG hasta la publicación de este, se pudo realizar las encuestas post intervención. Siendo los resultados obtenidos muy parecidos a las proyecciones dadas.

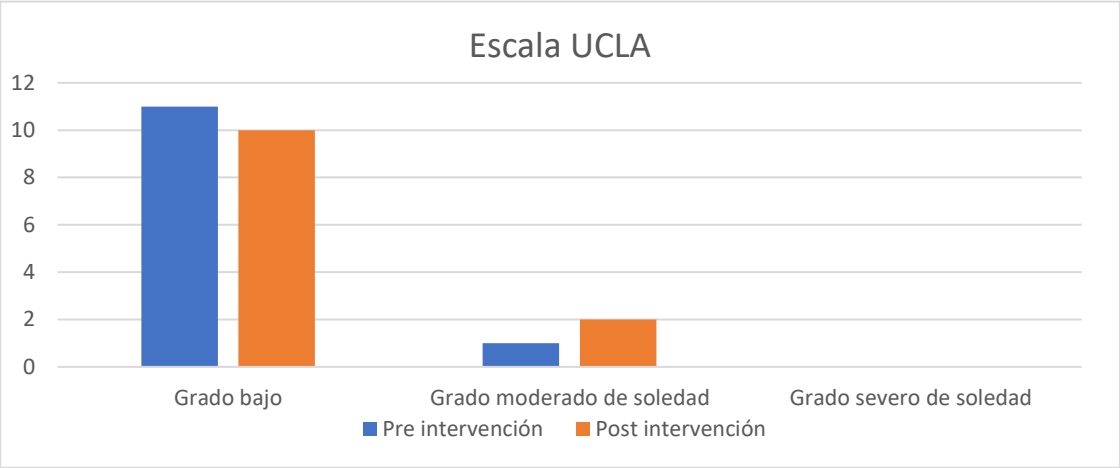

Gráfico 1 actualizado. Gráfico de elaboración propia realizado con los resultados de la Escala UCLA.

Esta diferencia de resultados en la escala UCLA puede deberse a una concepción errónea del término soledad y todo lo que ella implica y, una vez finalizados los talleres, se comprendiera el verdadero significado.

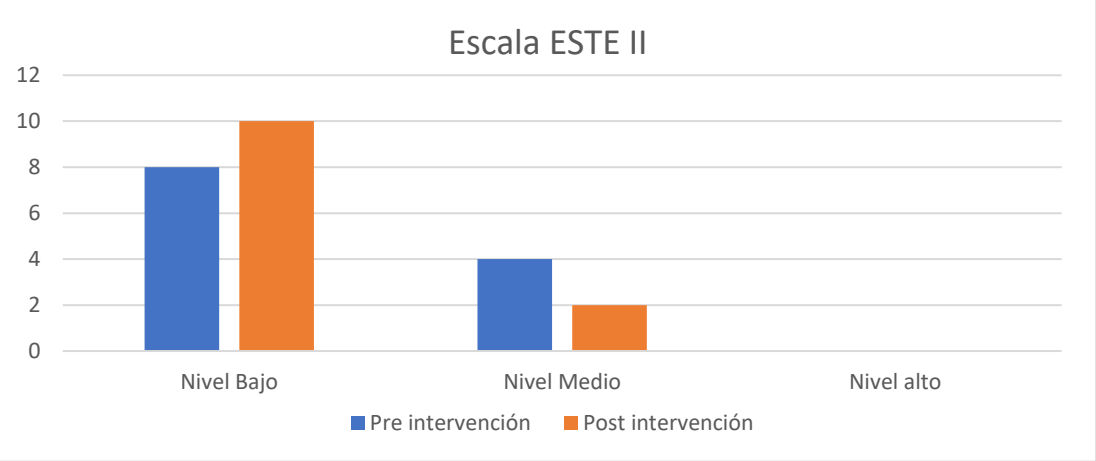

Gráfico 2 actualizado. Gráfico de elaboración propia realizado con los resultados de la Escala ESTE II.

Sin embargo, en la escala ESTE II podemos observar como la intervención y propuestas dadas en ella han obtenido sus frutos. Sobre todo, es el factor 2: uso de nuevas tecnologías el que más se ve afectado. Podemos afirmar que la percepción de internet que tenía la población diana ha cambiado de verlo como una barrera a verlo como una herramienta para combatir la soledad.