

**CATEGORIA: INICIATIVAS CORRESPONSABLES**

## **Impacto de una intervención grupal en la percepción de soledad de las personas mayores.**

**Estudio Cuantitativo**



**Julio 2019**

“Poned atención: un corazón solitario no es un corazón”

Antonio Machado

## **Resumen del proyecto**

**Introducción.** La soledad empeora notablemente la calidad de vida de las personas de tercera edad, lo que ocasiona un aumento de la demanda de los servicios sanitarios y sociales. En este contexto, existe evidencia científica que demuestra la efectividad de las intervenciones comunitarias grupales con carácter educativo y de apoyo sobre dicha problemática.

**Objetivo.** Demostrar el impacto que genera una intervención grupal sobre la percepción de soledad y salud en esta población.

**Metodología.** Estudio cuantitativo, cuasi-experimental, con una muestra de 63 usuarios mayores de 64 años que se encuentran en situación de soledad. Se desarrollan intervenciones semanales de 60 minutos donde se trabajan áreas como estimulación cognitiva, patrones relacionales interpersonales y hábitos saludables. Se estudian una serie de variables que han sido analizadas pre y post-intervención.

**Resultados.** Tras finalizar la intervención, se observó una disminución significativa de las demandas en salud, aumento de la participación en actividades comunitarias, una disminución de los factores de riesgo para la salud y de la prescripción farmacológica.

**Conclusión.** Esta intervención comunitaria y grupal ha tenido un efecto beneficioso sobre dicha población, ya que, tras la finalización de la misma, los usuarios perciben una mejora de su calidad de vida.

## **Justificación**

El concepto de soledad es interpretado de distintas formas según los investigadores: para algunos autores la soledad está definida por el sentimiento y la experiencia personal de un déficit en las relaciones interpersonales, sentimiento que puede ocasionar marcado sufrimiento psicológico. Para otros investigadores la soledad en la tercera edad es sinónimo de depresión, si bien para determinadas personas vivir en soledad puede significar una experiencia positiva.

Los estudios realizados demuestran que la soledad en la tercera edad empeora notablemente la calidad de vida y el pronóstico vital global de los ancianos. Además, condiciona un aumento en la demanda de los servicios sanitarios y sociales.

Se considera un problema común en la sociedad actual, asociado a factores como depresión, institucionalización precoz, deterioro cognitivo e incremento de la mortalidad, que requiere una atención especial.

Aunque la soledad no produce síntomas externos graves, quienes la padecen afirman que se trata de una experiencia desagradable y estresante, asociada con un importante impacto emocional, sensaciones de nerviosismo y angustia, sentimientos de tristeza, irritabilidad, mal humor, marginación social, creencias de ser rechazado, etc.

Por tanto, nuestros esfuerzos a nivel comunitario, irán enfocados a proporcionar un envejecimiento activo, que según la OMS define como “ el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez”, proporcionando las herramientas necesarias, para un mejor manejo de su salud.

## Objetivos

### General:

- Demostrar que las personas mayores con riesgo de soledad, con un espacio semanal comunitario, mejoran la calidad de vida, reduciendo de esta forma visitas médicas y fármacos, mejorando factores de riesgo cardiovasculares y aumentan relaciones sociales y actividades en la comunidad.
- Demostrar el impacto de un grupo de intervención en la percepción de la soledad.

### Específicos:

- Mejorar la pasividad.
- Potenciar la interacción personal.
- Mejorar las claves verbales de contenido pesimista, etc.
- Potenciar la iniciativa.
- Evitar el abandono.
- Aumentar vínculo con las redes sociales.
- Mejorar aspectos cognitivos.
- Mejorar desesperanza.
- Potenciar sentimiento de valía personal.
- Potenciar sentimiento de pertenencia a grupo.

## Metodología

Estudio cuantitativo causi-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 atención primaria. La intervención consistió en un taller semanal de 60 minutos enfocado a la estimulación cognitiva, a los patrones relacionales interpersonales, y a charlas dirigidas a mantener/mejorar hábitos de vida saludables. 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. Todas las variables a estudio fueron analizadas pre intervención y un año después de la misma.

Para la consecución de los objetivos de esta investigación se plantearon tres fases. Una primera fase exploratoria a nivel individual en la consulta de enfermería, donde se valoraba la inclusión en el grupo. En esta primera fase se explicaba la dinámica grupal y se pasaban consentimientos informados, escala Este II para valorar percepción de soledad y se les entregaba una hoja en blanco donde anotaban las 3 actividades que les gustaría hacer en el futuro. En esta primera fase se procedía a la recogida de datos, valores riesgo cardiovascular, visitas en CAP y Salud Mental, actividades que hacen en la comunidad y fármacos.

En la segunda fase se realizó la dinámica grupal con un grupo abierto y sesiones de 1 hora/semanal de forma anual. En el grupo se trabajaron aspectos de mejora de los hábitos de vida saludables, sentimiento de pertenencia al grupo, ejercicios de estimulación cognitiva combinados con actividades como baile, karaoke y teatro. También se creó un grupo de WhatsApp donde se informaba y se proponían actividades (realizaron un curso de manejo del móvil).. Durante esta fase se trabajó la vinculación a otras actividades y equipamientos siempre con soporte desde el grupo de soledad, hasta realizar una buena vinculación.

La tercera fase constaba de la recogida de datos post intervención para poder evaluar los resultados obtenidos durante el año de duración del grupo. En esta tercera fase se evaluaron nuevamente Escala Este II, datos riesgo cardiovascular, actividades en la comunidad y fármacos.

En cuanto a los criterios de inclusión encontramos a personas mayores de 60 años con vivencia de soledad, con poca/nula capacidad para poder afrontar la vivencia de soledad y con poco recurso social/comunitario/familiar para poder sostener la situación de soledad.

Criterios de exclusión entendemos el deterioro cognitivo moderado o grave, dependencia moderada o grave en las Actividades básicas de la vida diaria.

Se aseguró la confidencialidad de los datos y anonimato a través del consentimiento informado, según el actual Reglamento General de Protección de Datos 2016/679, tanto en la fase de ejecución como en las presentaciones o publicaciones que de él se deriven.

## Resultados

- Estudio cuantitativo, de pre y post intervención, realizado en usuarios de cuatro áreas básicas de salud.
- Se incluyeron 63 participantes, 16% (n=10) de hombres y 84% (n=53) de mujeres, con edades comprendidas entre los 64 y 88 años, en situación de soledad y procedentes 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 a estudio fueron analizadas pre intervención y un año después de la misma.

| TEST                  | BASAL         | POST-INTERVENCION | test            |
|-----------------------|---------------|-------------------|-----------------|
| Soledad               | 14,87 ± 3,79  | 10,10 ± 3,086     | 11,59, p=0,000  |
| Núm. visitas ABS      | 15,35± 5,77   | 11,30 ± 5,21      | 8,27 p=0,000    |
| Núm. Visitas CSMA     | 4,27± 2,54    | 2,43 ± 1,81       | 12,52 p= 0,000  |
| Actividades Comunidad | 0,14 ± 0,39   | 2,08 ± 0,84       | -22,97 p= 0,000 |
| Peso                  | 68,72 ± 10,39 | 66,77 ± 9,55      | 7,14 p=0,00     |
| Índice Masa Corporal  | 27,77 ± 3,66  | 26,99 ± 3,33      | 7,14 p= 0,000   |

| ANALITICAS    | BASAL       | POST-INTERVENCION | test           |
|---------------|-------------|-------------------|----------------|
| Glucosa       | 5,67 ± 1,03 | 5,26 ± 0,71       | 0,56 p= 0,000  |
| Colesterol    | 5,35 ± 0,72 | 4,93± 0,58        | 5,74 p= 0,000  |
| Triglicéridos | 1,49 ± 0,52 | 1,41 ± 0,50       | 0,15 p= 0,034  |
| HDL           | 1,49 ± 0,36 | 1,56 ± 0,37       | -3,81 p= 0,000 |
| LDL           | 3,11 ± 0,66 | 2,75 ± 0,50       | 5,76 p= 0,000  |

| FARMACOS               | BASAL                    | POST-INTERVENCION        | test          |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|
| ANTIDEPRESIVOS         | 0,67 ± 0,76              | 0,52 ± 0,66              | 3,21 P= 0,002 |
| ANSIOLITICOS           | 0,48 ± 0,59              | 0,32 ± 0,50              | 3,07 P= 0,003 |
| HIPNOTICO              | 0,14 <sup>a</sup> ± 0,35 | 0,14 <sup>a</sup> ± 0,35 | 11,59 P=0,000 |
| ANALGESICO             | 1,03 ± 0,86              | 0,62 ± 0,65              | 5,13 P= 0,000 |
| TRATAMIENTO TA         | 0,52 ± 0,69              | 0,40 ± 0,55              | 2,64 P= 0,010 |
| TRATAMIENTO COLESTEROL | 0,48 ± 0,53              | 0,30 ± 0,46              | 3,62 P= 0,001 |
| TRATAMIENTO GLUCOSA    | 0,37 ± 0,51              | 0,27 ± 0,44              | 2,55 P= 0,013 |

Los resultados demuestran que después de la intervención existe una disminución significativa en el número de visitas al Área Básica de Salud como al Centro de Salud Mental. La participación en diferentes actividades de la comunidad aumentó significativamente. En cuanto a los factores de riesgo para la salud, el peso y el IMC mostraron un descenso significativo, así como la glucosa plasmática, el colesterol, triglicéridos y las concentraciones de LDL. Asimismo se observaron disminuciones significativas en la prescripción de antidepresivos, ansiolíticos, analgésicos, antihipertensivos, anticolesterolémicos y antidiabéticos orales. La percepción de soledad también disminuyó significativamente tras la intervención.



## **Discusión**

La Soledad es uno de los problemas sociales de mayor incidencia en la población de los países desarrollados en el S. XXI.

El aumento de la longevidad y los cambios en la estructura familiar han incrementado el número de personas mayores que viven solas. Los servicios de atención primaria reciben gran cantidad de demandas de atención por consultas que ponen en evidencia, los efectos de la soledad en el estado y percepción de la salud de las personas mayores. A partir de la experiencia del programa de soporte a la atención primaria, surge la iniciativa de realizar grupos de soledad. No existen estudios previos de trabajos cuantitativos relacionados con grupos de soledad, aunque sí que existen estudios previos cualitativos donde coinciden con la percepción que tiene en el grupo sobre la soledad.

El perfil de las personas tratadas en el grupo de soledad, son mayoría mujeres 84% frente al 16% hombres, de un total de 63 casos, mayores de 64 años, siendo la viudedad la principal causa que ha generado esta vivencia de soledad. La gran mayoría sufre en silencio una soledad no deseada, donde expresan como sentimientos más compartidos, el aislamiento social y la tristeza.

La falta de proyecto vital, dificulta el autocuidado provocando un abandono personal y un deterioro importante en las relaciones sociales y familiares.

La gran mayoría consideran a la soledad como “esa señora triste que te atrapa y no te deja salir”.

Con este estudio se demuestra que detectar la soledad y poderla trabajar de forma grupal, con actividades que les genere ilusión y motivación, mejora la percepción de soledad y potencia la sensación de pertenencia a un grupo.

Además al trabajar el grupo de forma semanal, favorece las relaciones sociales, mejora la calidad de vida, disminuyen las visitas médicas, mejora el riesgo cardiovascular al estar más activos y se produce una disminución de fármacos.

## **Conclusión**

Es importante pensar que nacemos en grupo, vivimos en grupo y nos movemos en grupo. Somos seres sociales.

Aristóteles (384- 322 a.C.) ya subrayó el papel social del ser humano, su función social, junto a la función lingüística. Somos animales sociales, en tanto que nos agrupamos en familias, comunidades y Estados, y además somos seres que hablamos.

También somos seres racionales y emocionales. Racionales para poder resolver los problemas que surgen en nuestra vida socializada; emocionales para poder reconocer esos problemas y para mantenernos motivados en la tarea de su resolución.

La sensación de pertenencia a un grupo desarrolla la satisfacción de una persona al sentirse parte integrante de un grupo.

Por tanto, una intervención comunitaria y grupal en personas mayores que se encuentran en situación de soledad tiene un efecto beneficioso, además de potenciar la integración y pertenencia a un grupo, los resultados también demuestran que disminuyen 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.

No olvidemos que, con el paso del tiempo todo envejece, ciudades, pueblos, y entre sus calles y edificios envejecidos, muchas personas van quedando fuera del sistema, congelados en el tiempo y alejados de los ritmos frenéticos a los que nos lleva la sociedad, hasta sentir en sus vidas una soledad no deseada que asfixia y desespera. El instinto social de los hombres no se basa en el amor a la sociedad, sino en el miedo a la soledad.

La soledad es un buen lugar para encontrarse en algún momento de la vida, pero un mal lugar para quedarse.

Detectar y poder reconducir este sentir, trabajando un envejecimiento activo, donde busquemos actividades que sean gratificante y no “para matar el tiempo”, como demuestra éste trabajo, facilitará la mejora de la percepción de soledad y la calidad de vida de nuestros mayores.

## Bibliografía

1. Vidal Domínguez MJ, Labeaga Azcona JM, Casado Durandez P, Madrigal Muñoz A, López Doblás 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, Capitanio 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. Bagguley, 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\\_PSND\\_254mmX70mm-1200x227.jpg](http://madridsalud.es/wp-content/uploads/2018/03/Imagen_gen%C2%AErica_PSND_254mmX70mm-1200x227.jpg)
7. *BMC Biology's*. ISSN: 1741-7007. *Journal of Genome Biology*. “La soledad afecta a la salud”(2017)

## **Anexos**

- Autorización para la publicación de imágenes.
- Consentimiento informado.
- Escala Este II (percepción de soledad)

# AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE IMÁGENES

Con la inclusión de las nuevas tecnologías dentro de las comunicaciones, publicaciones y acciones comerciales que implique la posibilidad de que en estas puedan aparecer los datos personales y/o imágenes que ha proporcionado y dado que el derecho a la propia imagen está reconocido al artículo 18 de la Constitución y regulado por la Ley 1/1982, de 5 de mayo, sobre el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen y el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos.

Por tanto, las imágenes cedidas en el Taller de personas mayores en situación de soledad impartido por \_\_\_\_\_, con \_\_\_\_\_, se pide su consentimiento para poder publicar los datos personales que nos ha facilitado o imágenes en las cuales aparezcan individualmente o en grupo que con carácter comercial se puedan realizar con nuestra empresa.

Don/Doña \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ autorizo a \_\_\_\_\_ a un uso comercial de mis datos personales facilitados dentro de la relación comercial con nuestra empresa y para poder ser publicados en:

- La página web y perfiles en redes sociales de la empresa.
- Filmaciones destinadas a difusión comercial.
- Fotografías para revistas o publicaciones de ámbito relacionado con nuestro sector.

Firma:

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre

Apellidos

Nº HC:

DNI

CIP

Declaro: Que el enfermero colegiado número me ha propuesto participar en el estudio de investigación "Impacto de una intervención grupal en la percepción de soledad de las personas mayores", y después de recibir la información correspondiente, manifiesta que:

1.- He recibido la hoja informativa y he comprendido la información sobre el estudio en el que participaré.

2.- He sido informado/a de las implicaciones derivadas de la participación.

3.- Soy consciente que mi participación es voluntaria y me puedo retirar en el momento que decida sin tener que dar explicaciones y sin que repercuta en mi atención.

4.- De acuerdo con la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter personal (LOPD) y el artículo 3, punto 6 del Real Decreto 223/2004, declaro haber sido informado/a de que mis datos formarán parte de un fichero de titularidad del Parc Sanitari Sant Joan de Déu (PSSJD) y de que su finalidad es la utilización para investigación clínica. Parc Sanitari le informa que puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición previstos en la LOPD, por ejemplo: solicitar sus datos personales, rectificarlos si fuera necesario, así como revocar la autorización de inclusión en el estudio. Su petición será atendida de forma inmediata.

He entendido las explicaciones que me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que he planteado. SI

NO

DOY MI CONSENTIMIENTO para participar en el estudio de Investigación "Impacto de una intervención grupal en la percepción de soledad de las personas mayores".

Cornella de Llobregat, d de 20

Firma del paciente

Firma representante/tutor

Firma colegiado/a

DNI

DNI

DNI

## La Escala Este II de Soledad Social.

La Escala Este II (Tabla 1) está compuesta por 15 ítems con tres alternativas de respuesta:

Siempre, A veces y Nunca. Esta escala se divide en tres factores:

- Factor 1: Percepción del apoyo social.
- Factor 2: Uso que el mayor hace de las nuevas tecnologías.
- Factor 3: Índice de participación social.

La puntuación total de la escala oscila entre 0 y 30 puntos y se obtiene mediante la suma de la puntuación en cada uno de los ítems.

| Factor 1: Percepción de Apoyo Social  |         |         |       |
|---|---------|---------|-------|
|   | SIEMPRE | A VECES | NUNCA |
| 1. ¿Vd. tiene a alguien con quien puede hablar de sus problemas cotidianos?                     | 0       | 1       | 2     |
| 2. ¿Cree que hay personas que se preocupan por usted?   | 0       | 1       | 2     |
| 3. ¿Tiene amigos o familiares cuando le hacen falta?  | 0       | 1       | 2     |
| 4. ¿Siente que no le hacen caso?  | 2       | 1       | 0     |
| 5. ¿Se siente triste?   | 2       | 1       | 0     |
| 6. ¿Se siente usted solo?   | 2       | 1       | 0     |
| 7. ¿Y por la noche, se siente solo?   | 2       | 1       | 0     |
| 8. ¿Se siente querido?  | 0       | 1       | 2     |
| Factor 2: Uso de Nuevas tecnologías   |         |         |       |
|   | SIEMPRE | A VECES | NUNCA |
| 9. ¿Utiliza Ud. el teléfono móvil?  | 0       | 1       | 2     |
| 10. ¿Utiliza Ud. el ordenador (consola, juegos de la memoria)?                                  | 0       | 1       | 2     |
| 11. ¿Utiliza Ud. Internet?  | 0       | 1       | 2     |
| Factor 3: Índice de Participación social subjetiva  |         |         |       |
|   | SIEMPRE | A VECES | NUNCA |
| 12. Durante la semana y los fines de semana ¿le llaman otras personas para salir a la calle?    | 0       | 1       | 2     |
| 13. ¿Le resulta fácil hacer amigos?   | 0       | 1       | 2     |
| 14. ¿Va a algún parque, asociación, hogar del pensionista donde se relacione con otros mayores? | 0       | 1       | 2     |
| 15. ¿Le gusta participar en las actividades de ocio que se organizan en su barrio/pueblo?       | 0       | 1       | 2     |
| <b>PUNTUACIÓN EN SOLEDAD SOCIAL _____ Pts.</b>  |         |         |       |

| Soledad Social |                |
|----------------|----------------|
| NIVELES        | PUNTUACIÓN     |
| Bajo           | 0 a 10 puntos  |
| Medio          | 11 a 20 puntos |
| Alto           | 21 a 30 puntos |