

FACULTAD DE MEDICINA

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

TRABAJO FIN DE MÁSTER

REVISIÓN SISTEMÁTICA DEL ABORDAJE DE LA SOLEDAD EN POBLACIÓN ANCIANA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Alumna: Martínez Lopera, Marta

Tutora: Chilet Rosell, Elisa

**Máster Universitario de Investigación en Atención
Primaria Curso: 2022-2023**



INFORME DE EVALUACIÓN DE INVESTIGACIÓN RESPONSABLE DE 2. TFM (Trabajo Fin de Máster)

Elche, a 26/05/2023

Nombre del tutor/a	Elisa Chilet Rosell
Nombre del alumno/a	MARTA MARTÍNEZ LOPERA
Tipo de actividad	Sin implicaciones ético-legales
Título del 2. TFM (Trabajo Fin de Máster)	REVISIÓN SISTEMÁTICA DEL ABORDAJE DE LA SOLEDAD EN POBLACIÓN ANCIANA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA
Evaluación de riesgos laborales	No solicitado/No procede
Evaluación ética humanos	No solicitado/No procede
Código provisional	230525074928
Código de autorización COIR	TFM.MPA.ECR.MML.230525
Caducidad	2 años

Se considera que el presente proyecto carece de riesgos laborales significativos para las personas que participan en el mismo, ya sean de la UMH o de otras organizaciones.

La necesidad de evaluación ética del trabajo titulado: **REVISIÓN SISTEMÁTICA DEL ABORDAJE DE LA SOLEDAD EN POBLACIÓN ANCIANA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA** ha sido realizada en base a la información aportada en el formulario online: "TFG/TFM: Solicitud Código de Investigación Responsable (COIR)", habiéndose determinado que no requiere ninguna evaluación adicional. Es importante destacar que si la información aportada en dicho formulario no es correcta este informe no tiene validez.

Por todo lo anterior, **se autoriza** la realización de la presente actividad.

Atentamente,

Alberto Pastor Campos
Jefe de la Oficina de Investigación Responsable
Vicerrectorado de Investigación y Transferencia

Información adicional:

- En caso de que la presente actividad se desarrolle total o parcialmente en otras instituciones es responsabilidad del investigador principal solicitar cuantas autorizaciones sean pertinentes, de manera que se garantice, al menos, que los responsables de las mismas están informados.
- Le recordamos que durante la realización de este trabajo debe cumplir con las exigencias en materia de prevención de riesgos laborales. En concreto: las recogidas en el plan de prevención de la UMH y en las planificaciones preventivas de las unidades en las que se integra la investigación. Igualmente, debe promover la realización de reconocimientos médicos periódicos entre su personal; cumplir con los procedimientos sobre coordinación de actividades empresariales en el caso de que trabaje en el centro de trabajo de otra empresa o que personal de otra empresa se desplace a las instalaciones de la UMH; y atender a las obligaciones formativas del personal en materia de prevención de riesgos laborales. Le indicamos que tiene a su disposición al Servicio de Prevención de la UMH para asesorarle en esta materia.

La información descriptiva básica del presente trabajo será incorporada al repositorio público de Trabajos fin de Grado y Trabajos Fin de Máster autorizados por la Oficina de Investigación Responsable de la Universidad Miguel Hernández. También se puede acceder a través de <https://oir.umh.es/solicitud-de-evaluacion/tfg-tfm/>



RESUMEN

La soledad es un fenómeno social que está generando una preocupación creciente debido a su auge en los últimos años. Es un problema de salud pública debido al impacto multidimensional que tiene (físico, psicológico y económico). Se calcula que tiene un coste de 14 millones solo en territorio español. A pesar de que la soledad es subjetiva, produce un incremento de la morbilidad, siendo más acuciante en las personas mayores de 65 años. Por ello, la búsqueda de estrategias en atención primaria mediante una revisión sistemática centrada en la población anciana, utilizando las bases de datos Dialnet Plus, PubMed, Google Scholar, Cochrane y CINAHL, puede servir como una fuente de información para llevar a cabo intervenciones comunitarias dirigidas a paliarla. Como objetivo, se pretende determinar la eficacia de las intervenciones comunitarias, midiendo la calidad de la información recogida mediante la herramienta CAT, poniendo el foco de atención en las características sociodemográficas de la población, el tipo de intervención realizada, el tiempo de duración o el tipo de estudio, que debe ser quasi-experimental. Es de suma importancia garantizar la sociabilidad de las personas y promover la autonomía de éstas, por lo que se busca información sobre aquellas intervenciones cuyo resultado sea la disminución de la soledad sentida o la necesidad de tomar fármacos, pudiendo llegar a servir en un futuro para la elaboración de estrategias de intervención y protocolos sanitarios.

PALABRAS CLAVE: *Soledad, Atención Primaria, Anciano, Intervención.*

ABSTRACT

Loneliness is a social phenomenon that is generating growing concern due to its boom in recent years. It is a public health problem due to the multidimensional impact it has (physical, psychological and economic). It is estimated that it has a cost of 14 million only in Spanish territory. Despite the fact that loneliness is subjective, it produces an increase in morbidity and mortality, being more pressing in people over 65 years of age. Therefore, the search for strategies in primary care through a systematic review focused on the elderly population, using the Dialnet Plus, PubMed, Google Scholar, Cochrane and CINAHL databases, can serve as a source of information to carry out community interventions. aimed at alleviating it. As an objective, it is intended to determine the effectiveness of community interventions, measuring the quality of the information collected through the CAT tool, focusing on the sociodemographic characteristics of the population, the type of intervention carried out, the duration or the duration of the intervention. type of study, which should be quasi-experimental.

It is extremely important to guarantee the sociability of people and promote their autonomy, so information is sought on those interventions whose result is the reduction of felt loneliness or the need to take drugs, which may be useful in the future for the development of intervention strategies and health protocols.

KEYWORDS: *Loneliness, Primary Health Care, Aged, Intervention.*

Índice

ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN.....	5
OBJETIVOS	9
OBJETIVO GENERAL.....	9
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
DISEÑO Y MÉTODOS.....	9
CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD.....	10
FUENTES DE BÚSQUEDA	11
PLANIFICACIÓN DE PROCESO DE BÚSQUEDA	11
DISEÑO DE LA BÚSQUEDA.....	12
PROCESO DE SELECCIÓN DE ESTUDIOS O DOCUMENTOS.....	16
PROCESO DE EXTRACCIÓN DE DATOS	17
VARIABLES DE ESTUDIO.....	17
EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS ESTUDIOS	17
MÉTODO DE SÍNTESIS DE RESULTADOS	18
APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS.....	18
LIMITACIONES Y VENTAJAS DEL ESTUDIO	19
CALENDARIO.....	20
PERSONAL QUE PARTICIPARÁ EN EL ESTUDIO Y RESPONSABILIDADES	20
PRESUPUESTO	21
BIBLIOGRAFÍA.....	22
ANEXOS.....	24

ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

La soledad es un fenómeno social que, a lo largo de las últimas décadas, está generando una preocupación creciente, sobre todo en países desarrollados. A pesar de que vivimos en un mundo con gran facilidad para las comunicaciones, gracias a la llegada de las nuevas tecnologías, la sensación y/o situación de soledad es cada vez más frecuente. Se trata de un problema de salud pública debido a la afectación que tiene para las personas que la padecen a nivel físico y mental¹. Existe además evidencia científica de que la soledad forzada atañe un aumento de problemas de salud y del riesgo de mortalidad.²

En los últimos años, en España, ha habido un claro aumento del número de personas mayores de 65 años, siendo un 36,8% de ellas las que viven en hogares unipersonales, situación que da como resultado una prevalencia de aislamiento social y soledad entre un 20 y un 40% en las personas de esta franja de edad.³ Los cambios demográficos acaecidos en las últimas décadas han supuesto una reducción significativa del número de niños/as en contraparte con el aumento de personas de mayor edad debido a una mayor esperanza de vida. Estas condiciones dan como resultado que la soledad en el hogar sea mayoritariamente anciana y femenina, siendo una situación novedosa en muchos casos, ya que es la primera vez en su vida que viven solas estas personas.^{2,4}

Cabe destacar que, vivir sola/o no significa sentirse aislado/a o solo/a. En distintas investigaciones, se habla de la soledad como una *situación*, objetivando la escasez de relaciones, o como *sentimiento* o *sensación*, siendo la definición subjetiva de una insatisfacción por las relaciones existentes.¹ Una persona en un entorno multitudinario puede sentirse sola ya que, los seres humanos, necesitan la presencia de otras personas que valoran, con quienes comunicarse y en quienes confiar, planificar y trabajar juntas, así como prosperar y cuidar a su descendencia.⁵ La *soledad sentida* no solo depende del número de relaciones, sino que, sobre todo, depende de los aspectos cualitativos que perciba la persona en cuestión (reciprocidad, afinidad, etc.). Esta última es la más difícil de

detectar y abordar, ya que requiere que la persona que la padece exprese cómo se siente.¹

Por otro lado, la *soledad como situación* puede ser medida mediante datos objetivos (personas que viven solas, tiempo que pasa una persona sin hablar con nadie o sin compañía, etc.) Además, existen diversas teorías sobre la soledad como la teoría de la discrepancia cognitiva, donde se considera la soledad como la diferencia entre los niveles deseados y los alcanzados en cuanto a calidad y cantidad de relaciones sociales.⁶ También se ha conceptualizado biológicamente, como señal para cambiar el comportamiento, así como el hambre o la sed. Siendo una señal aversiva que crea el impulso ante posibles amenazas sociales, instándonos a renovar nuestras redes de apoyo.⁵ Por otro lado, la soledad es clasificable en cuanto al tiempo que es sentida, es decir, si es una sensación transitoria, si es situacional o si se trata de soledad crónica, en la que la persona se siente sola la mayor parte de su tiempo.⁶

A pesar de que la soledad no tiene edad, tendemos a asociarla con las personas mayores debido a diferentes factores como son las pérdidas que se producen a esas edades, por problemas de salud, la falta de relaciones o de roles. El problema principal es que son quienes pueden presentar mayores limitaciones para luchar contra la soledad, especialmente si sufren problemas sensoriales, de movilidad, mentales, dependencia o su edad es muy avanzada.¹ Además, la soledad es una de las principales causas psicosociales que favorecen el surgimiento de enfermedades mentales, como la ansiedad o la depresión, siendo la principal causa de suicidios en personas mayores, incluyendo la conducta de “dejarse morir” en la que dejan de comer, tomarse la medicación o beber aumentando en un 50% el riesgo de demencia.

La soledad también está asociada a una disminución de la eficacia del sistema inmune, una reducción de la capacidad física y de la capacidad funcional. Así como, un aumento del riesgo de muerte cuatro veces mayor, un 68% más de riesgo de hospitalización y 57% de acudir a emergencias en las personas que sufren insuficiencia cardíaca.⁷

La soledad debe concebirse como un fenómeno multidimensional, con impacto en la salud física y psicológica de las personas.² Además, según un estudio

realizado por el Observatorio Estatal de la Soledad no Deseada (SoledadES), la soledad no deseada tiene un coste en la sociedad de aproximadamente 14.000 millones de euros anuales en el territorio español, lo equivalente al 1,17% del PIB de 2021. Esta cifra es obtenida calculando los gastos tangibles como son los sanitarios (6.101.440.763€), tanto en consultas médicas (5.605,6 millones) como en consumo de fármacos (495,9 millones), y los costes por pérdidas de productividad (8.039,6 millones). Por otro lado, solo en España, se pierden más de 1 millón de años de vida ajustados por calidad, el 2,8% de los años de vida de salud plena totales de la población mayor de 15 años.⁸

El informe de la National Academies of Science, Engineering and Medicine (NASEM) de 2020 sobre la soledad en personas adultas mayores destaca que, además de la población anciana, la población LGTBIQ+, las personas inmigrantes, las víctimas de abuso de ancianos/as y otros colectivos minoritarios, son los grupos poblacionales que más soledad sienten en comparación con el resto. Indica también que, las personas inmigrantes de primera generación pueden aumentar su aislamiento social debido a factores estresantes como son la barrera idiomática, las diferencias entre su comunidad natal y la de acogida, las nuevas relaciones. De igual manera, la población LGTBIQ+ tiende a sentirse más sola debido a los estigmas sociales, la discriminación y las barreras para recibir la atención que precisan. El informe también resalta que aún se deben hacer más estudios sobre estas poblaciones y su relación con el tema de la soledad.⁷

Como se ha mencionado con anterioridad, la mayoría de las personas que se encuentran en situación de soledad son mujeres, según el Informe general de 2019/2020 de Soledad no deseada en personas mayores, siendo un 82,22% frente a un 17,78% de hombres. Situándose estos porcentajes en las franjas etarias de 65 a 95 años, sobre todo entre los 70 y los 84 años. Mayoritariamente son mujeres viudas (53,33%) o solteras (22,22%) y con un nivel de estudios primarios (53,55%). Estas personas tienden a la autojustificación de su soledad no deseada, justificando la ausencia de sus familiares debido al trabajo, la lejanía, el cuidado de menores o, simplemente, como parte de la vida. La economía de la persona es un factor protector o de riesgo en función de los

recursos de los que se disponga, siendo un terreno en el que también predominan las desigualdades de género.⁹

Por lo tanto, las personas mayores son una parte importante de los programas destinados a la ayuda contra la soledad y su prevención. Se deben realizar propuestas e iniciativas desde las instituciones públicas para afrontar el reto en la comunidad de personas mayores, haciendo hincapié en el fortalecimiento de los vínculos sociales y comunitarios, haciendo partícipe a la población y a su familia, integrándola en la comunidad y profundizando en los aspectos de cuidados.⁸ Las intervenciones llevadas a cabo por el equipo de atención primaria deben ir de la mano con las políticas públicas, siendo el primer paso la identificación de la soledad en nuestras/os pacientes, haciendo así la actividad profesional más efectiva y menos medicalizada.¹⁰

La atención primaria es el punto de partida clave, ya que cualquier miembro/a del equipo puede explorar los sentimientos de soledad y la calidad de los vínculos afectivos o la red social de las personas que presentan factores de riesgo. Una vez identificada la población, se deben llevar a cabo intervenciones comunitarias mejorando las habilidades sociales, promoviendo el soporte social y la interacción y actuando sobre los pensamientos sociales maladaptativos¹⁰, haciendo un abordaje multidisciplinar y de calidad y poniendo en marcha los recursos necesarios para la prevención de las afecciones asociadas a ésta, abordando el problema mediante el modelo biopsicosocial, con la perspectiva de la salutogénesis, evitando la medicalización, es decir, la biologización de lo social.^{8,11} Actualmente, el consumo de tranquilizantes, antidepresivos, estimulantes, relajantes y medicinas para afecciones cardíacas es mucho mayor en la población que se siente sola en comparación con el resto. Un 39% utiliza los ansiolíticos como medicación habitual y un 12% los combina con antidepresivos.⁹

Las personas adultas en edad anciana interactúan de una manera u otra con el sistema de salud y dicha interacción puede ser una oportunidad única para identificar el aislamiento social o el riesgo de soledad.⁷

OBJETIVOS

Los objetivos de la investigación son los siguientes:

Objetivo general

- Determinar la eficacia de intervenciones comunitarias realizadas por el equipo de atención primaria en personas mayores de 65 años.

Objetivos específicos

- Identificar intervenciones comunitarias enfocadas en el abordaje de la soledad en población mayor de 65 años
- Identificar los principales componentes de las intervenciones comunitarias enfocadas en el abordaje de la soledad en población mayor de 65 años realizadas por equipos de atención primaria
- Analizar la eficacia de las intervenciones comunitarias enfocadas en el abordaje de la soledad en población mayor de 65 años realizadas por equipos de atención primaria

DISEÑO Y MÉTODOS

El estudio consiste en una revisión sistemática de la literatura publicada sobre la soledad en las personas ancianas y su abordaje en atención primaria, particularmente desde la intervención comunitaria. Para ello, se llevará a cabo una revisión siguiendo la estrategia PICOS, siendo la “P” definición del/de la paciente o problema, “I” siendo la intervención, tratamiento, causas, ... a analizar, “C” referida a la comparación entre intervenciones, en caso de haberla, “O” de resultados (*outcomes*) y “S” haciendo referencia a los tipos de diseño de investigación que se van a revisar.

Tabla 1. Preguntas tipo PICOS

P (Población)	- Personas mayores de 65 años.
----------------------	--------------------------------

I (Intervención)	- Intervenciones comunitarias realizadas por el equipo de atención primaria.
C (Comparación)	- Pre y post intervención - No realizar intervenciones comunitarias. - Otras intervenciones
O (Resultados)	- Disminución de la soledad sentida.
S (Tipos de estudio)	- Estudios cuasi experimentales

Criterios de elegibilidad

Los criterios de elegibilidad de artículos científicos de los que extraer información son los siguientes:

Inclusión: Artículos científicos y revisiones sistemáticas previas, guías de práctica clínica y literatura gris que describan y evalúen intervenciones de tipo comunitario que realice o pueda realizar el equipo de atención primaria. Deben de hacer referencia al ámbito de la atención primaria, siendo la población diana las personas mayores de 65 años. Se buscará la obtención de artículos que contengan medición de resultados en materia de reducción de soledad sentida. El tipo de estudio debe ser cuasi experimental. Además, podrán utilizarse aquellos que necesiten suscripción o pago para su acceso, los que sean de acceso libre o de acceso mediante usuaria de la Universitat Miguel Hernández.

Exclusión: Artículos científicos, literatura gris y guías de práctica clínica que contengan información sobre el abordaje de la soledad en personas con demencia, institucionalizadas, menores de 65 años, con problemas mentales o que sean dependientes totales. También, aquellos recursos que se encuentren solamente disponibles en idiomas distintos al castellano, catalán o inglés.

Fuentes de búsqueda

Las bases de datos bibliográficas utilizadas para la extracción de la información y resolución de preguntas tipo PICO serán de carácter sanitario o carácter general que dispongan de documentos acordes con el tema y las especificaciones expuestas en los criterios de elegibilidad.

Tabla 1. Bases de datos y recursos de búsqueda

Dialnet Plus	Portal bibliográfico de literatura científica hispana, donde se integran recursos y servicios documentales como: base de datos, servicio de alertas bibliográficas, hemeroteca virtual y depósito o repositorio. Tiene su origen en la Universidad de La Rioja.
PubMed	Base de datos especializada en ciencias de la salud de la US National Library of Medicine. Recoge aproximadamente 5300 revistas científicas de medicina, enfermería, veterinaria, salud pública y odontología.
Google Scholar	Google Académico en castellano. Buscador especializado en documentos académicos donde aparecen artículos de revistas indexadas, tesis, libros, patentes y documentos de congresos con validez científica y académica.
Cochrane	Red internacional independiente de profesionales, pacientes, cuidadores/as, investigadores/as que contribuyen a las decisiones tomadas en el área de la salud proporcionando información fiable y accesible de manera gratuita.
CINAHL	Base de datos que recoge literatura científica de salud general, enfermería y medicina. Ofrece más de 5800 títulos.

Planificación de proceso de búsqueda

Se realizará una revisión y lectura de forma analítica de los títulos, palabras claves elegidas y resúmenes obtenidos mediante la búsqueda bibliográfica, cuyo diseño se describe en el siguiente apartado, de manera que sea posible determinar la relevancia de los documentos teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

El proceso de búsqueda bibliográfica se llevará a cabo mediante las bases de datos y recursos de búsqueda de documentos descritos en la tabla 1, comenzando por Cochrane para obtener las revisiones disponibles sobre la soledad en personas mayores y su abordaje en el terreno de la atención primaria y la atención domiciliaria. Posteriormente, se utilizarán las bases de datos Dialnet Plus, CINAHL, PubMed y Google Scholar para recabar más bibliografía al respecto y poder responder a las preguntas PICOs expuestas anteriormente.

El periodo de desarrollo de la búsqueda bibliográfica viene detallado en el apartado “CALENDARIO” mediante un cronograma (Figura 1).

Diseño de la búsqueda

La búsqueda de información comenzará por la Biblioteca Cochrane, haciendo uso de su búsqueda avanzada mediante la búsqueda PICO y los términos MeSH siguientes:

Loneliness

The state of feeling sad or dejected as a result of lack of companionship or being separated from others.

Year introduced: 1991(1973).

Subheadings: Psychology

Entry Terms:

- Homesickness

Primary Health Care

Care which provides integrated, accessible health care services by clinicians who are accountable for addressing a large majority of personal health care needs, developing a sustained partnership with patients, and practicing in the context of family and community. (JAMA 1995;273(3):192)

Year introduced: 1974(1972)

Subheadings:

- Classification
- Economics

- Ethics
- History
- Legislation and jurisprudence
- Methods
- Organization and administration
- Standards
- Statistics and numeral data
- Trends

Entry Terms:

- Care, Primary Health
- Health Care, Primary
- Primary Healthcare
- Healthcare, Primary
- Primary Care
- Care, Primary

Aged

A person 65 years of age or older. For a person older than 79 years, AGED, 80 AND OVER is available.

Year introduced: 1966.

Subheadings:

- Physiology
- Psychology
- Statistics and numerical data

Entry Terms:

- Elderly

Population ("Aged" OR "Elderly") AND Intervention "Primary healthcare services" AND Outcome "Loneliness"

Para continuar con la búsqueda, se hará uso de la página de Dialnet Plus mediante la búsqueda de documentos de la siguiente manera, con términos DeCS al ser una base de datos española:

Anciano

Persona entre los 65 y 79 años de edad. Para una persona mayor de 79 años, puede consultar ANCIANO DE 80 O MÁS AÑOS.

Descriptor *Inglés*: Aged.

Descriptor *Español*: Anciano.

Descriptor *Portugués*: Idoso.

Sinónimos en *español*:

- Adulto Mayor
- Ancianos
- Persona Mayor
- Persona de Edad
- Personas Mayores
- Personas de Edad

Clasificadores permitidos en *español*:

- SN estadísticas & datos numéricos
- PH fisiología
- PX psicología

Envejecimiento

Cambios graduales irreversibles en la estructura y función de un organismo que ocurren como resultado del pasar del tiempo.

Descriptor *Inglés*: Aging.

Descriptor *Español*: Envejecimiento.

Descriptor *Portugués*: Envelhecimento.

Sinónimos en *español*: Senescencia.

Clasificadores permitidos en *español*:

- RE efectos de la radiación
- DE efectos de los fármacos
- EH etnología
- PH fisiología
- GE genética
- IM inmunología
- CF líquido cefalorraquídeo
- ME metabolismo
- UR orina
- PA patología
- PX psicología
- BL sangre
- ES ética

Soledad

El estado de tristeza o desánimo resultante de la falta de compañía o de estar separado de los otros.

Descriptor *Inglés*: Loneliness.

Descriptor *Español*: Soledad.

Descriptor *Portugués*: Solidão.

Sinónimos en *español*:

- Añoranza
- Nostalgia

Clasificadores permitidos en *español*:

- PX psicología

Atención primaria

Cuidados que proporcionan manutención básica de la salud, servicios terapéuticos y coordinación de todas las necesidades y servicios comunitarios.

Descriptor *Inglés*: Primary Health Care.

Descriptor *Español*: Atención Primaria de Salud.

Descriptor *Portugués*: Atenção Primária à Saúde.

Sinónimos en *español*:

- | | |
|--|---|
| - Asistencia Primaria | - Primer Nivel de Asistencia Sanitaria |
| - Asistencia Primaria de Salud | |
| - Asistencia Sanitaria de Primer Nivel | - Primer Nivel de Atención Sanitaria |
| - Atención Básica | - Primer Nivel de Atención Sanitaria |
| - Atención Primaria | - Primer Nivel de Atención de Salud |
| - Atención Sanitaria de Primer Nivel | - Primer Nivel de la Asistencia Sanitaria |

Clasificadores permitidos en *español*:

- | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| - CL clasificación | - HI historia | - ST normas |
| - EC economía | - LJ legislación & jurisprudencia | - OG organización & administración |
| - SN estadística & datos numéricos | - MT métodos | - TD tendencias |
| | | - ES ética |

(Ancian*) AND soledad AND (atención primaria)

Esta misma búsqueda servirá para utilizarla en el buscador de Google Académico (Google Scholar).

La estrategia de búsqueda a seguir en PubMed (Medline) utilizará los términos MeSH y será la siguiente:

(Aged OR Elderly) AND (Primary Health Care) AND (Loneliness)
--

Para realizar todas las búsquedas será necesario la filtración en base a los criterios de inclusión y exclusión, expuestos anteriormente, para evitar estudios que no se ajusten a la revisión.

Proceso de selección de estudios o documentos

El proceso de selección se realizará tras la búsqueda exhaustiva, teniendo en cuenta los criterios de elegibilidad. La selección se llevará a cabo en dos etapas para determinar si cada estudio encontrado cumple los criterios de elegibilidad y, por tanto, debe ser incluido en la revisión.

La primera etapa es la revisión del título y resumen determinando si el área temática se incluye dentro de los límites de la revisión. En la segunda etapa, una vez escogidos aquellos estudios/artículos que puedan ser de utilidad según su título y resumen, se verificará mediante la lectura del texto completo si el artículo debe ser descartado o no. En esta segunda etapa, será necesaria la justificación de la exclusión de los documentos.

El proceso de selección se llevará a cabo mediante la participación de dos revisoras/es de manera independiente para intentar reducir el sesgo de selección en el proceso. Para resolver los desacuerdos que pueda ocasionar alguno de los documentos obtenidos, se hará participe a una persona más para que dilucide si debe incluirse o no, describiendo el procedimiento de la resolución por escrito.

Se utilizará el programa informático *Covidence* para la selección de referencias, se eliminarán los duplicados, se seleccionarán referencias por título y resumen y por texto completo.

Proceso de extracción de datos

El proceso extracción de datos se basa en extraer la información necesaria para resolver la pregunta de investigación a partir de los estudios primarios obtenidos en la selección de documentos. Este proceso se llevará a cabo mediante dos revisoras/es independientes, recogiendo la información y plasmándola en el formulario de recogida de datos (ver Anexo 1). Dicho formulario debe ser cumplimentado por dos personas miembros del equipo, de manera independiente, llegando a un consenso en los casos en los que haya como resultado un desacuerdo. Aquellos artículos en los que existan datos incompletos o ausencia de datos, se pedirán aclaraciones o más datos a los/as autores/as de los estudios obtenidos.

Con la ayuda de la web *Covidence* se extraerán los datos, se confeccionarán tablas de riesgo de sesgo y se exportarán referencias.

Variables de estudio

De cada estudio será necesario extraer una serie de variables destacando el autor o autora principal del éste, el año de publicación, el título y el tipo de estudio, que debe ser cuasi experimental, indicando la duración de éste. De esta manera se podrá identificar fácilmente el estudio analizado. Por otro lado, es importante que se identifiquen los objetivos que persigue cada uno, las personas participantes, especificando el tamaño muestral y características sociodemográficas (sexo, estudios, etc.). Además, deberán recogerse las intervenciones comunitarias realizadas por equipos de atención primaria que aparezcan en los documentos obtenidos, así como los resultados obtenidos: reducción de la soledad sentida, disminución de la necesidad de fármacos u otros resultados relevantes que puedan aparecer.

Evaluación de la calidad de los estudios

Todos los documentos elegidos para el estudio deberán ser sometidos a una evaluación lo más rigurosa posible por parte de dos evaluadoras/es críticas/os de forma independiente. Se debe evaluar críticamente la calidad

metodológica y el riesgo de sesgo en el diseño, redacción y análisis de la revisión.

La valoración crítica se llevará a cabo de manera estructurada mediante la Herramienta de Valoración Crítica (*Critical Appraisal Tool: CAT*) de JBI para estudios cuasiexperimentales (Anexo 2), la cual utiliza listas de verificación estandarizadas, permitiendo comparar la calidad de la metodología del estudio con un conjunto de criterios. Se debe determinar si los estudios escogidos responden o no correctamente a la pregunta de investigación sin sesgos.

Se deben evaluar la validez interna (¿Correcta metodología?) y la validez externa (¿Los resultados son extrapolables?).

Método de síntesis de resultados

Se realizará una síntesis cualitativa de todos los estudios obtenidos después de la evaluación y los cribados. Para ello, será necesario realizar una tabla resumen de cada estudio agrupado según las intervenciones realizadas, mostrando los resultados obtenidos. Anticipando la heterogeneidad de las intervenciones a analizar debido a la naturaleza de la pregunta de investigación y, por tanto, la imposibilidad de realizar un metaanálisis, se propone realizar un recuento de votos según la dirección del efecto como método de síntesis para determinar si existe alguna evidencia de algún efecto. Todo ello siguiendo los informes de SWiM (Elementos de Síntesis sin metaanálisis) de *BMJ*.¹²

APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS

Los resultados obtenidos deben ser utilizados para un nuevo planteamiento de la atención primaria y el impulso de nuevas dinámicas que puedan favorecer la reducción de la soledad sentida en nuestra población. Podrían ser utilizados para la creación de nuevos protocolos de abordaje o nuevas actuaciones a nivel de la atención comunitaria, tanto a nivel individual como colectivo.

Una disminución de la soledad puede favorecer la disminución del gasto sanitario tan excesivo que existe actualmente, debido a las mejoras psicológicas, físicas y sociales en las personas de nuestra comunidad o zona de intervención. Una población más apoyada socialmente es una población que requiere menos atención sanitaria, ya que se reduce el número de consultas hospitalarias y extrahospitalarias. Además, implementar actividades y programas que favorezcan la creación de redes de apoyo o herramientas para paliar la soledad desde atención primaria, hace patente que constituye un pilar base en la salud de la comunidad y, dicho pilar, debe poner el foco en una salud integral (física-psicológica-social), siendo la soledad un problema que ataca de forma sincrónica a las tres facetas de la salud.

LIMITACIONES Y VENTAJAS DEL ESTUDIO

Las limitaciones de la presente revisión sistemática están basadas, sobre todo, en las pérdidas de información debido a que no es posible evaluar todas las intervenciones realizadas por la estrategia de búsqueda y las limitaciones idiomáticas. Dichas limitaciones son potencialmente reducibles mediante la revisión de las referencias bibliográficas de los artículos incluidos, para identificar las intervenciones que pueden cumplir los criterios de inclusión, pero no pueden ser recuperadas en la búsqueda.

Por otro lado, una revisión sobre las acciones que se pueden realizar en atención primaria para abordar la problemática de la soledad, entrega una base de conocimiento a aquellas personas con intención de implementar programas para abordar el problema, a pesar de que su implementación no es inmediata y necesita contextualización, puede utilizarse para promover la autonomía de los/as pacientes, facilitar la sociabilidad de la comunidad y mejorar el impacto emocional de las distintas etapas etarias y acontecimientos vitales.

CALENDARIO

La presente revisión se llevará a cabo a lo largo de 6 meses tal y como muestra el siguiente cronograma (Figura 1).

Figura 1. Cronograma

Actividades/Meses	En	Feb	Mar	Ab	May	Jun	Jul
Planteamiento de la pregunta							
Elección de fuentes y método de búsqueda							
Selección de artículos y aplicación de criterios							
Análisis crítico de los estudios							
Extracción de resultados y síntesis							
Conclusiones							

PERSONAL QUE PARTICIPARÁ EN EL ESTUDIO Y RESPONSABILIDADES

El personal participante en la presente revisión estará compuesto por un grupo de 3 personas, las cuales llevarán a cabo las diferentes etapas (selección de estudios, extracción de datos, evaluación de la calidad, síntesis de resultados) dependiendo de sus capacidades y experiencia siendo 2 personas las encargadas de realizar cada etapa y la tercera la encargada de dilucidar en caso de que hubiere contradicciones o problemas en alguna de las etapas de la revisión.

PRESUPUESTO

El presupuesto de la revisión sistemática contempla el tiempo y recursos utilizados por las diferentes personas participantes en el mismo siguiendo el cronograma (figura 1).

Tabla 2. Presupuesto

Recurso material/humano	Tiempo de trabajo	Presupuesto
Artículos de pago/suscripciones	No procede	200€
Gastos de publicación de resultados	No procede	2000€
Investigador/a 1	7 meses	1200€/mes
Investigador/a 2	7 meses	1200€/mes
Investigador/a 3	7 meses	1200€/mes
Software: <i>Covidence</i>	No procede	240\$ (223,47€)
	TOTAL	6023,47€

Los recursos materiales tales como ordenadores o tablets para realizar las búsquedas de estudios en internet no se contemplan en los presupuestos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Castro Blanco M. Doc. Social. 2021; (8). La soledad de las personas mayores: retos para la intervención. Disponible en: <https://documentacionsocial.es/8/accion-social/la-soledad-de-las-personas-mayores-retos-para-la-intervencion/>
2. Puga D., La soledad no buscada. Modelos de políticas públicas y compromiso de la ciudadanía. [Internet]. Ararteko; 2020. 21-29. Disponible en: <https://www.ararteko.eus/es/la-soledad-no-buscada-modelos-de-politicas-publicas-y-compromiso-de-la-ciudadania-0>
3. Hernández-Ascanio J, Perula-de Torres LÁ, Rich-Ruiz M, Roldán-Villalobos AM, Perula-de Torres C, Ventura Puertos PE, et al. Condicionantes para el abordaje del aislamiento social y la soledad de adultos mayores no institucionalizados desde atención primaria de salud. Aten Primaria 2022;54:102218. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102218>.
4. Hernández Serrano C, Cazares Palacios I, editor. Desafíos en las políticas públicas para el abordaje de la vejez con una perspectiva de género. Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores.; 2022.
5. Masi C., Chen H., Hawkey L., Cacioppo J. A Meta-Analysis of interventions to reduce loneliness. Pers Soc Psychol Rev. [Internet] 2010. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3865701/>
6. Facts and statistics about loneliness [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.campaigntoendloneliness.org/facts-and-statistics/>
7. Social isolation and loneliness in older adults: Opportunities for the health care system. Washington, District of Columbia: National Academies Press; 2020. <https://doi.org/10.17226/25663>
8. Casal B., Rivera C., Rodríguez-Míguez E. El coste de la soledad no deseada en España [Internet]. Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada. 2023. Disponible en: <https://www.soledades.es/sites/default/files/contenidos/Resumen%20Ejecutivo%20El%20coste%20de%20la%20soledad%20no%20deseada.pdf>

9. ABD Asociación Bienestar y Desarrollo. Soledad no deseada en personas mayores [Internet]; 2020. Disponible en: https://abd.org/wp-content/uploads/2021/06/0.-Informe_general_IMP.pdf
10. Gené-Badia J., Ruiz-Sánchez M., Obiols-Masó N., Oliveras L., Lagarda E. Aislamiento social y soledad: ¿Qué podemos hacer los equipos de atención primaria? *Aten. Prim.* 2016; 48(9): 604-609. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656716301809>
11. Coll-Planas L., Monteserín R., Co E., Blancafort S. ¿Qué se está haciendo ya desde los equipos de atención primaria contra la soledad? *Aten. Prim.* 2017; 49(8): 501-502. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6875981/>
12. Campbell M., McKenzie J., Sowden A., Vittal S., Brennan S., Ellis S., et al. Synthesis without meta-analysis (SWiM) in systematic reviews: reporting guideline [Internet]. *BMJ* 2020. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/368/bmj.l6890>



ANEXOS

Anexo 1. Tabla de extracción de datos

Estudio	Autor/a principal	Año	Título	Tipo estudio	Duración estudio	Objetivo/s	Tamaño muestral	Características muestra	Intervención/nes realizadas	Resultados
#1: α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α

Anexo 2. Herramienta de evaluación de calidad

JBI Critical Appraisal Checklist for quasi-experimental studies

Reviewer _____

Date _____

Author _____ Year _____

Record Number _____



- | | Yes | No | Unclear | Not applicable |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Is it clear in the study what is the 'cause' and what is the 'effect' (i.e. there is no confusion about which variable comes first)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Were the participants included in any comparisons similar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Were the participants included in any comparisons receiving similar treatment/care, other than the exposure or intervention of interest? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Was there a control group? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. Were there multiple measurements of the outcome both pre and post the intervention/exposure?
6. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?
7. Were the outcomes of participants included in any comparisons measured in the same way?
8. Were outcomes measured in a reliable way?
9. Was appropriate statistical analysis used?

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Listado de comprobación de contenido y autoevaluación de TFM

Contenidos recomendados en un protocolo de una revisión sistemática

Paso 1. Revisión de contenidos: Se debe comprobar si está incluido cada uno de los apartados en el protocolo de investigación elaborado y siguiendo el mismo orden propuesto en la guía. El orden del contenido de la sección de Material y métodos podría variar justificadamente. La inclusión de algunos contenidos no es aplicable en algunos casos, en este caso, indicar que no aplica (N/A) y explicar más abajo^a.

Paso 2. Autoevaluación: Se debe valorar del 0 al 10 cada uno de los apartados considerando las preguntas guía.^b

Sección o tema		Descripción del contenido	¿Incluido?			Autoevaluación ^c (0-10)
			Sí	No	N/A ^a	
Página del Título		Título descriptivo que identifica el diseño y la población	X			10
COIR		Certificado de la Oficina de Investigación Responsable	X			Obligatorio
Resumen		i. Resumen y palabras clave (máx. 300 palabras)	X			10
		ii. Resumen y palabras clave en inglés (máx. 300 palabras)	X			
Pregunta		i. Pregunta de investigación	X			9
		ii. Pregunta PICO	X			
Antecedentes, estado actual del tema y justificación		i. Descripción de la naturaleza y la magnitud del problema	X			10
		ii. Resumen de los estudios relevantes (publicados y no publicados) sobre el tema	X			
		iii. Justificación del estudio	X			
Objetivos del estudio		i. Descripción del objetivo principal o general	X			9
		ii. Descripción de objetivos secundarios y/o específicos	X			
Metodología	Diseño del estudio	i. Descripción detallada del diseño (sin o con meta-análisis)	X			9
	Criterios de selección	i. Tipos de estudios que se incluirán y se excluirán	X			10
		ii. Tipo de población de estudio (participantes): criterios de los participantes en los estudios que se incluirán en la RS.	X			

		iii.	Intervención (si aplica) o exposición de los estudios que se incluirán en la RS (y comparación si aplica).	X				
		iv.	Medidas de desenlace (outcomes) de los estudios que interesará incluir en la RS.	X				
	Búsqueda evidencia	de	i.	Base de datos que se consultarán	X			9
			ii.	Palabras clave o términos de texto libre que se utilizarán para diseñar las estrategias de búsqueda en las diferentes bases de datos y/o descriptores MesH según la base consultada	X			
			iii.	Periodo de cobertura de la búsqueda	X			
			iv.	Otros requisitos o filtros para usar en la búsqueda	X			
			v.	Estrategia de búsqueda	X			
	Proceso selección	de	i.	Método de selección de estudios que cumplen criterios de elegibilidad	X			8
			ii.	Número de revisores implicados	X			
			iii.	Herramienta que se usará para la selección	X			
	Extracción datos	de	i.	Método de extracción de datos de los estudios	X			8
			ii.	Número de revisores implicados	X			
			iii.	Herramienta que se usará para la extracción	X			
	Variables estudio	de	i.	Variables o información que se extraerá para seleccionar el estudio	X			8
			ii.	Variables o información que se extraerá para responder a la pregunta	X			
			iii.	Variables o información que se extraerá para evaluar la calidad	X			
Evaluación calidad	de	i.	Método para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios	X			8	
		ii.	Número de revisores implicados	X				

		iii. Herramientas que se usarán	X			
	Síntesis de resultados	i. Proceso para la decidir qué estudios se incluyen en la síntesis	X			7
		ii. Métodos para la síntesis de resultados	X			
		iii. Pruebas estadísticas y paquetes software que se usarán	X			
Aplicabilidad y utilidad de los resultados		i. Aplicabilidad de los resultados para los práctica clínica y/o los pacientes	X			9
		ii. Aplicabilidad de los resultados para la comunidad científica	X			
Estrategia de búsqueda		i. Bases de datos, palabras claves o descriptores, y filtros usados para la búsqueda	X			8
Limitaciones y Posibles Sesgos		i. Fortalezas del estudio	X			9
		ii. Limitaciones del estudio	X			
		iii. Posibles sesgos y su control	X			
Calendario previsto para el estudio		i. Cronograma a seguir para llevar a cabo el estudio	X			10
Organización del Estudio		i. Personal participa en el estudio y cuál en su función	X			
Presupuesto		i. Desglose de gastos para realizar el estudio	X			
Bibliografía		i. Listado de referencias usadas en el texto por orden de aparición y según normas Vancouver (máx. 25 ref.)	X			10

^a Indique brevemente la razón de por qué no aplica el apartado marcado.

^b Para realizar la autoevaluación puntúe cada apartado considerando las siguientes preguntas guía:

- 1 ¿El título es conciso y descriptivo, y se describe el diseño y la población de estudio?
- 2 ¿El resumen contiene el objetivo principal del estudio y describe brevemente la metodología y limitaciones del estudio?
- 3 ¿Se orienta el estudio a una pregunta de investigación claramente definida? ¿Se formula la pregunta PICO de forma correcta?
- 4 ¿Se presenta el marco teórico del problema de forma adecuada? ¿Se referencia adecuadamente el contenido de Antecedentes y estado actual del tema con publicaciones recientes? ¿Está justificada la realización de este estudio en cuanto a la evidencia existente y aplicabilidad de resultados y se explica correctamente?
- 5 ¿Está el objetivo del estudio correctamente planteado? ¿Se explica en la metodología cómo resolver a todos los objetivos propuestos?
- 6 ¿Se describe correctamente el tipo de estudio?
- 7 ¿Los criterios buscan el tipo de artículos adecuado para responder a la pregunta de investigación? ¿Se explica cómo se buscarán las referencias con acceso restringido?
- 8 ¿Se describe adecuadamente donde se buscará la información? ¿Las bases de datos son suficientes y adecuadas para la temática? ¿Se describe la estrategia de búsqueda correctamente? ¿Se incluirán todos los estudios importantes y pertinentes?
- 9 ¿El proceso de selección de referencias es adecuado? ¿Participarán dos o más revisores en la selección? ¿Se utilizan herramientas para la selección?
- 10 ¿Se describen estrategias adecuadas para minimizar el riesgo de error durante la extracción de datos?
- 11 ¿Se definen adecuadamente las variables del estudio? ¿Se incluyen las variables necesarias para responder al objetivo y para evaluar el riesgo de sesgo?
- 12 ¿Las herramientas para evaluar la calidad de los estudios son adecuadas? ¿Se realiza la revisión de calidad por dos o más revisores?
- 13 ¿Se describe adecuadamente los métodos para la síntesis de resultados? ¿Son adecuados los métodos usados para la síntesis? ¿Se evalúa el sesgo de publicación?

- 14 ¿Se expone claramente por qué los resultados de esta investigación pueden ser relevantes para los diferentes tipos de audiencia? ¿Los resultados podrían aportar nueva evidencia? ¿A qué nivel podrían generalizarse los resultados de este estudio?
- 15 ¿Se han usado las palabras clave adecuadas y suficientes para encontrar la información más relevante? ¿Se han usado otras bases de datos además de Medline?
- 16 ¿Se describen adecuadamente las fortalezas y limitaciones del estudio más importantes? ¿Se describen adecuadamente los sesgos del estudio y su control?
- 17 ¿Se realiza una planificación del estudio cercano a la realidad y es factible? ¿Se desglosan todos los procedimientos necesarios para realizar el estudio adecuadamente hasta la difusión de resultados? ¿Se expone claramente quien (tipo de profesional) va a realizar cada uno de los procedimientos del estudio? ¿Se detalla correctamente el presupuesto necesario para realizar el estudio y es cercano a la realidad?
- 18 ¿Se usa bibliografía actual? ¿Están adecuadamente referenciadas?

La puntuación se realizará del siguiente modo: Sobresaliente (10-9), Notable (7-8), Aprobado (5-6), No Aceptable (0-4).

