



Universidad de Valladolid



GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

Curso Académico 2022 - 2023

SOLEDAD NO DESEADA EN LA VEJEZ, MEDIDAS DE INTERVENCIÓN SOCIOSANITARIA Y DE LA COMUNIDAD: CIUDADES COMPASIVAS – COMUNIDADES COMPASIVAS. REVISIÓN SISTEMÁTICA

Marcos Fernández Mingo

Tutelado por: Prof. Dra. Lourdes Jiménez Navascués

Soria, 24 de mayo de 2023

“Un gesto amable puede alcanzar una herida que solo la compasión puede curar”

Steve Maraboli

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. La tendencia del envejecimiento de la población es un fenómeno global que va asociado a un incremento del sentimiento de soledad no deseada entre la población mayor de 60 años. La soledad no deseada, asociada a problemas de salud, se aborda desde el ámbito sanitario y social. Hoy en día hay iniciativas de intervención desde la comunidad como el proyecto de Ciudades Compasivas y Comunidades Compasivas (CCC).

OBJETIVO. Analizar si el proyecto CCC en la atención al mayor en situación de soledad no deseada modula el bienestar del mayor.

METODOLOGÍA. Revisión bibliográfica sistemática, según propuesta PRISMA. Se localizan los artículos científicos en las bases de datos: Medline, CINAHL, WOS y Cochrane Library publicados entre 2018 y 2023. Se seleccionaron 11 artículos, cuya calidad metodológica se evaluó mediante el Programa CASPe y se determinó el nivel de evidencia y grado de recomendación mediante la propuesta de Sackett.

RESULTADOS. La soledad no deseada genera un impacto negativo en la calidad de vida, el bienestar y la salud de la persona. Los proyectos de CCC que han publicado sus resultados son escasos para determinar, con suficiente evidencia, la eficacia de los mismos para disminuir la soledad no deseada y su repercusión en el estado de salud y comparar sus resultados con las intervenciones sociosanitarias habituales.

CONCLUSIONES. La soledad no deseada en mayores tiene una alta prevalencia en nuestra sociedad. Las personas mayores con sentimiento de soledad no deseada tienen mayor riesgo de sufrir alteraciones o problemas de salud. Las intervenciones llevadas a cabo en el proyecto de CCC, generan buenos niveles de satisfacción y obtienen mejoras en el estado de salud de la persona. Se requieren más estudios que aporten evidencia sobre los resultados de las CCC.

Palabras clave: Soledad no deseada, Ciudades Compasivas y Comunidades Compasivas, bienestar y vejez.

SIGLAS, ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

AP	Atención Primaria
CASPe	Critical Appraisal Skills Programme Español
CCC	Ciudades Compasivas y Comunidades Compasivas
CINAHL	Cumulative Index of Nursing and Allied Literature Complete
CIS-IMSERSO	Centro Investigaciones Sociológicas. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.
DeCs	Descriptores de Ciencias de la Salud
ECA	Ensayo Clínico Aleatorizado
INE	Instituto Nacional de Estadística
MeSH	Medical Subject Headings
OMS	Organización Mundial de la Salud
PICO	Población, Intervención, Comparación, Resultados (Outcomes)
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses
WOS	Web Of Science

ÍNDICE DE CONTENIDO

1.	INTRODUCCIÓN	1
2.	JUSTIFICACIÓN.....	4
3.	OBJETIVOS	5
4.	METODOLOGÍA.....	6
	4.1 Estrategia de búsqueda	6
	4.2 Criterios de selección	6
	4.3 Evaluación de la calidad	7
	4.4 Selección de estudios a evaluar	8
5.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	10
	5.1 Calidad metodológica	10
	5.2 Efectos de la soledad no deseada en mayores	11
	5.3 Intervenciones en la soledad no deseada en mayores	13
	5.4 Resultados de las Ciudades Compasivas y Comunidades Compasivas	15
6.	CONCLUSIONES	17
7.	BIBLIOGRAFÍA	18
	ANEXO A- METODOLOGÍA.....	II
	ANEXO B- RESULTADOS.....	V

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 - Pregunta de investigación formato PICO.	6
Tabla 2 - Términos DeCS, MeSH y Palabras clave empleados en la búsqueda.....	7
Tabla 6 - Resultados de evaluación para dar sentido a un ECA, según CASPe.	10
Tabla 7 - 10 preguntas CASPe para ayudar a entender una revisión sistemática.	11
Tabla 3 - Artículos recuperados mediante los perfiles de búsqueda	II
Tabla 4 - Clasificación de los niveles de evidencia según Sackett	IV
Tabla 5 - Resumen de los artículos analizados	V

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Porcentaje de personas mayores que se sienten solas, según la edad y la situación personal.	2
Figura 2 - Diagrama de flujo de la selección de estudios para la revisión bibliográfica, modificado según la propuesta PRISMA.	9

1. INTRODUCCIÓN

La evolución de la población de la Unión Europea tiende hacia un envejecimiento progresivo, en 2001 el porcentaje de población que tenía 65 años o más, era del 16 %, si bien los últimos datos, del año 2020, indican valores del 21%. La proyección a nivel mundial indica que entre 2015 y 2050 la población de 60 o más años se duplicará pasando del 12% al 22%^{1,2}. Este envejecimiento poblacional provocará una de las mayores transformaciones del siglo XXI, con repercusiones en todos los sectores sociales, según Naciones Unidas, para 2050 una de cada cuatro personas en América del Norte y Europa tendrá 65 años o más³.

Según los datos, publicados en el Instituto Nacional de Estadística (INE), en España el problema de envejecimiento tiene la misma tendencia que a nivel internacional y genera situaciones de soledad no deseada en los mayores. Los hogares unipersonales ocupan el segundo lugar del tipo de hogar más frecuente, siendo un 26,1% del total (por detrás de los formados por dos personas, 30.4%). En cuanto al estado civil 289.000 personas de entre 65-70 años son viudos o viudas y en mayores de 70 años llega a 2.125.000 personas, situaciones que, entre otras, generan soledad a un total de 4.889.900 personas mayores de 65 años en España^{4,5}.

La soledad, según Madoz Jáuregui⁶, se define como, *“convencimiento apesadumbrado de estar excluido, de no tener acceso a ese mundo de interacciones, siendo una condición de malestar emocional que surge cuando una persona se siente incomprendida o rechazada por otros o carece de compañía para las actividades deseadas, tanto físicas como intelectuales o para lograr intimidad emocional”*. Bermejo Higuera⁷ diferencia dos tipos de soledad, la soledad objetiva y la subjetiva, no es lo mismo sentirse solo que estar solo, ya que la soledad no tiene por qué ser un sentimiento negativo. La soledad subjetiva o no deseada es un problema de salud que se produce cuando la persona se siente sola pese a tener o no relaciones con otros sujetos, mientras que la soledad objetiva o deseada no supone ningún problema de salud para la persona ya que está conforme con su situación⁷. Según un estudio del CIS-IMSERSO⁸ (Figura 1) en el año 2000 se observó que el 22% de personas mayores se sienten solas, mientras que un 14% de personas mayores están solas y no por ello tienen sentimiento desagradable hacia la situación que están viviendo.



Figura 1 - Porcentaje de personas mayores que se sienten solas, según la edad y la situación personal⁸.

El sentimiento de soledad, según Camargo et al.⁹ puede desencadenarse por factores sociodemográficos como por ejemplo el estado civil, edad, nivel económico y educativo, factores sociales y factores religiosos. Diferentes estudios^{4,5} indican que el sexo femenino, en mayor proporción que los hombres, se relaciona con situaciones de soledad, motivado principalmente por la viudez o como consecuencia de la vivencia del denominado “nido vacío”.

La soledad crónica no deseada de los mayores tiene importantes consecuencias para la persona, afecta directamente a su dignidad y puede llegar a vulnerar los derechos fundamentales¹⁰. Existen diversos efectos tanto a nivel de la salud física como en la dimensión social. Respecto a la salud física, el sistema inmunológico y cardiaco se ven afectados y a nivel psicológico, se ha constatado que se puede relacionar con depresión y baja autoestima¹¹, mientras que socialmente las relaciones interpersonales se vuelven más vulnerables, la participación social disminuye y el aislamiento aumenta¹².

El abordaje de este problema se acomete tanto desde las instituciones del ámbito sanitario como social. El sistema sanitario español proporciona diferentes intervenciones que son propuestas desde Atención Primaria (AP), los equipos de profesionales detectan e intervienen en situaciones que afectan a la salud y en los hospitales, donde se pueden coordinar con los servicios sociales, siendo estos servicios de alta calidad y específicos para la sociedad¹¹. En el ámbito social también se desarrollan intervenciones para prevenir y controlar el sentimiento de soledad, se promueven actividades de ocupación (videoconferencias, talleres con animales...), recursos sociales (acciones de esparcimiento, grupos vecinales...), actividades con la familia, etc., con esta finalidad⁹.

Durante los últimos años, se han desarrollado iniciativas de intervención para afrontar y atender a las personas mayores en situación de soledad no deseada. Promovida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se encuentra la denominada *Red Mundial de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores*. Este proyecto nace y se justifica por los datos de envejecimiento de la población, tiene como meta adecuar el entorno físico y social de los mayores para conseguir una mayor calidad de vida. De esta manera, se busca desarrollar una atención integral y local mediante la participación de la comunidad¹³, haciéndole corresponsable de la atención de sus conciudadanos.

La iniciativa propuesta por la OMS, tiene buena acogida en distintos países¹⁴, España se unió a esta corriente de intervención en la comunidad con la creación del denominado movimiento de Ciudades Compasivas y Comunidades Compasivas (CCC) al final de la vida. Este movimiento es impulsado y definido como Ciudad Compasiva por la Organización Internacional de la Salud Pública y Cuidados Paliativos, detallan que: *“Las Ciudades Compasivas promueven las necesidades de las personas al final de la vida y la implicación de todos los sectores de las ciudades que puedan ayudar a mejorar el cuidado y reducir el impacto social, psicológico y en la salud de las personas”*¹⁴. Este movimiento tiene como objetivo promover la motivación de las comunidades para asumir mayor responsabilidad en el cuidado de los mayores y mejorar así, la atención de las personas al final de la vida. Se diferencian tres tipos de modelos de actuación: los servicios de salud y la comunidad; la participación comunitaria, en actos que involucren a la sociedad; y organizaciones impulsadas por la acción comunitaria, para proporcionar soluciones, herramientas y técnicas que ayuden a afrontar las necesidades y los deseos de la población al final de la vida¹⁴.

2. JUSTIFICACIÓN

La sociedad tiende hacia un estilo de vida que deriva en numerosas ocasiones en soledad no deseada entre las personas mayores. Son cada vez más las personas y familias que tienen, en su última etapa de vida, dificultades para cubrir sus necesidades sociales con los servicios sanitarios, disponibles en la atención institucional, por lo que parece imprescindible potenciar o poner en valor el rol de la comunidad¹¹.

Durante el desarrollo de mis prácticas asistenciales, he tenido la oportunidad de conocer e iniciarme en la práctica profesional en diferentes plantas del Hospital Santa Bárbara ubicado en la ciudad de Soria, el centro de salud La Victoria de Acentejo perteneciente a Santa Cruz de Tenerife y en el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Durante estos rotatorios he podido observar que la soledad no deseada es una realidad y es preciso prestar atención como las enfermeras, desde el desarrollo de las competencias profesionales, pueden atender a las personas afectadas. En esta fase final de la vida, que es la vejez, se les atiende desde los diferentes servicios como son la atención domiciliaria tanto desde la atención especializada como desde la AP, donde las enfermeras se corresponsabilizan de su salud y bienestar, pero ¿es suficiente?

A lo largo de este periodo de formación clínica, he podido observar que los enfermeros que atienden a pacientes en situación de soledad tienen que ser competentes en el trato a la persona tanto con la comunicación verbal como la no verbal. Destacar que la enfermería desde la AP demanda la implementación de nuevos recursos sociales que cooperen con el equipo sanitario para tratar la soledad no deseada¹³.

En la formación del Grado en Enfermería se nos ha insistido en la relevancia de la atención integral, incluida la dimensión social, donde podemos ubicar la soledad, y la importancia de proponer intervenciones de cuidados profesionales de enfermería, que ayuden a mejorar el bienestar y calidad de vida de los mayores, contando con ellos. Por ello, durante el proceso de las prácticas clínicas me han surgido varias preguntas como: ¿Cuál es el perfil de las personas en soledad no deseada?, ¿Cuáles son las consecuencias de la soledad no deseada?, ¿Cuáles son las principales propuestas de atención en situación de soledad no deseada de los mayores? o ¿Existe algún modelo de intervención social que module el bienestar del mayor en situación de soledad no deseada? Por esta razón, en mi Trabajo Fin de Grado llevo a cabo de revisión bibliográfica sistemática, con el propósito de analizar la evidencia científica sobre si las iniciativas sociales como el proyecto sobre CCC en la atención al mayor en situación de soledad no deseada modula su bienestar.

3. OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar si el proyecto Ciudades Compasivas y Comunidades Compasivas en la atención al mayor en situación de soledad no deseada modula el bienestar del mayor.

Objetivos específicos

1. Determinar los efectos del problema de soledad no deseada en los mayores.
2. Identificar las propuestas de atención en situación de soledad no deseada de los mayores.
3. Analizar los resultados de la implementación del proyecto Ciudades Compasivas y Comunidades Compasivas orientados a la atención de la soledad no deseada en mayores y su relación con el estado de salud de las personas atendidas.

4. METODOLOGÍA

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica sistemática, mediante la cual se evaluaron las causas, los efectos y las medidas de intervención sociosanitaria y de la comunidad en mayores con sentimiento de soledad no deseada.

4.1 Estrategia de búsqueda

La revisión bibliográfica sistemática se basó en la propuesta de la declaración PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses*) según plantean Page et al.¹⁵, consistió en el desarrollo de la pregunta de investigación, la selección de los descriptores de Ciencias de la Salud (DeCs) y la propuesta de los criterios de elección, la búsqueda sistematizada en diferentes bases de datos, la selección de artículos, por último la valoración del contenido de los trabajos, recopilar, analizar, y resumir diferentes resultados, antes de compartirlos.

La pregunta de investigación se presenta en formato del acrónimo PICO (P-Población, I- Intervención, C-Comparación, O-Resultados (Outcomes) (Tabla 1).

Pregunta: ¿Es eficaz el proyecto CCC en la atención al mayor en situación de soledad no deseada para mejorar el bienestar de los mayores atendidos?

Tabla 1 - Pregunta de investigación formato PICO. Fuente: Elaboración propia

Pregunta PICO		
P	Población	Persona mayor con sentimiento de soledad no deseada.
I	Intervención	Ciudades Compasivas y Comunidades Compasivas
C	Comparación	Intervención sanitaria
O	Resultados	Percepción de calidad de vida Percepción de soledad Indicadores de salud: bienestar, capacidad funcional y salud mental

4.2 Criterios de selección

Una vez propuesta la pregunta de investigación, se han concretado los criterios de inclusión para la selección de artículos científicos.

- Idioma español o inglés.
- Artículos publicados entre los años 2018 y 2023.
- Trabajos relacionados con los objetivos propuestos.
- Metodología del artículo: Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA), Revisiones Sistemáticas y Metaanálisis.
- Calidad de los artículos en base al programa CASPe (*Critical Appraisal Skills Programme, Español*), deben cumplir al menos el 80% de los criterios¹⁶.

Por otra parte, se han establecido como criterios de exclusión:

- Artículos incompletos o en proceso de elaboración.
- Publicaciones asociadas a la soledad no deseada en mayores institucionalizados.

La búsqueda de publicaciones para la realización de esta revisión se realizó entre enero y marzo del año 2023, se utilizaron diferentes bases de datos Medline (PubMed), CINAHL (Cumulative Index of Nursing and Allied Literature Complete), WOS (Web Of Science) y Cochrane Library. Se eligió las palabras clave, los Medical Subject Headings (MeSH) y los DeCs en base a la pregunta de investigación planteada anteriormente (Tabla 2). Asimismo, se elaboraron diferentes fórmulas de búsqueda con los operadores booleanos AND y OR con el objetivo de optimizar la búsqueda, en el Anexo A (Tabla 3 - Artículos localizados mediante perfil de búsqueda) se detallan las fórmulas de búsqueda empleadas.

Tabla 2 - Términos DeCS, MeSH y Palabras clave empleados en la búsqueda. Fuente: Elaboración propia.

	DeCS y MeSH	Palabras clave
P	<ul style="list-style-type: none"> • Anciano de 80 o más Años / Aged, 80 and over • Anciano / Aged • Soledad / Loneliness 	
I		<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado / Care • Ciudades Cuidadoras / Care Cities • Ciudades Compasivas / Sympathy Cities
C	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de Enfermería / Nursing Services • Servicios de Salud / Health Services • Práctica Profesional / Professional Practice • Enfermería / Nursing 	
O	<ul style="list-style-type: none"> • Calidad de vida / Quality of Life • Soledad / Loneliness • Salud mental / Mental health 	

4.3 Evaluación de la calidad

Para la evaluación de la calidad en los artículos seleccionados se utilizaron las herramientas del Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español, CASPe¹⁶, con la finalidad de elegir únicamente aquellos trabajos que cumplan al menos el 80% de los criterios CASPe, eligiendo la herramienta de valoración según la metodología descrita por los autores.

Con el objetivo de establecer el nivel de recomendación de las diversas intervenciones socio-sanitarias se utilizó la clasificación propuesta por Sackett (Anexo A: Tabla 4 - Clasificación de los niveles de evidencia según Sackett¹⁷), que establece 5 niveles diferentes de evidencia.

4.4 Selección de estudios a evaluar

Tras realizar las búsquedas en las diferentes bases de datos se recuperó un total de 1505 artículos, con la ayuda del gestor bibliográfico se identificaron 592 artículos duplicados que fueron excluidos. Tras ello, se realizó un cribado mediante la lectura del título/abstract para así eliminar aquellos que no tuvieran relación con los objetivos planteados en este estudio, se excluyeron un total de 888. Posteriormente 25 artículos fueron examinados a texto completo y evaluada la calidad del trabajo según los criterios de lectura crítica CASPe¹⁶. Tras la identificación, cribado y elegibilidad (Criterios CASPe¹⁶) de los artículos se seleccionaron 11 publicaciones para la revisión bibliográfica sistemática (Figura 2). Una vez seleccionados se valoraron cualitativamente los resultados que presentan las publicaciones revisadas.

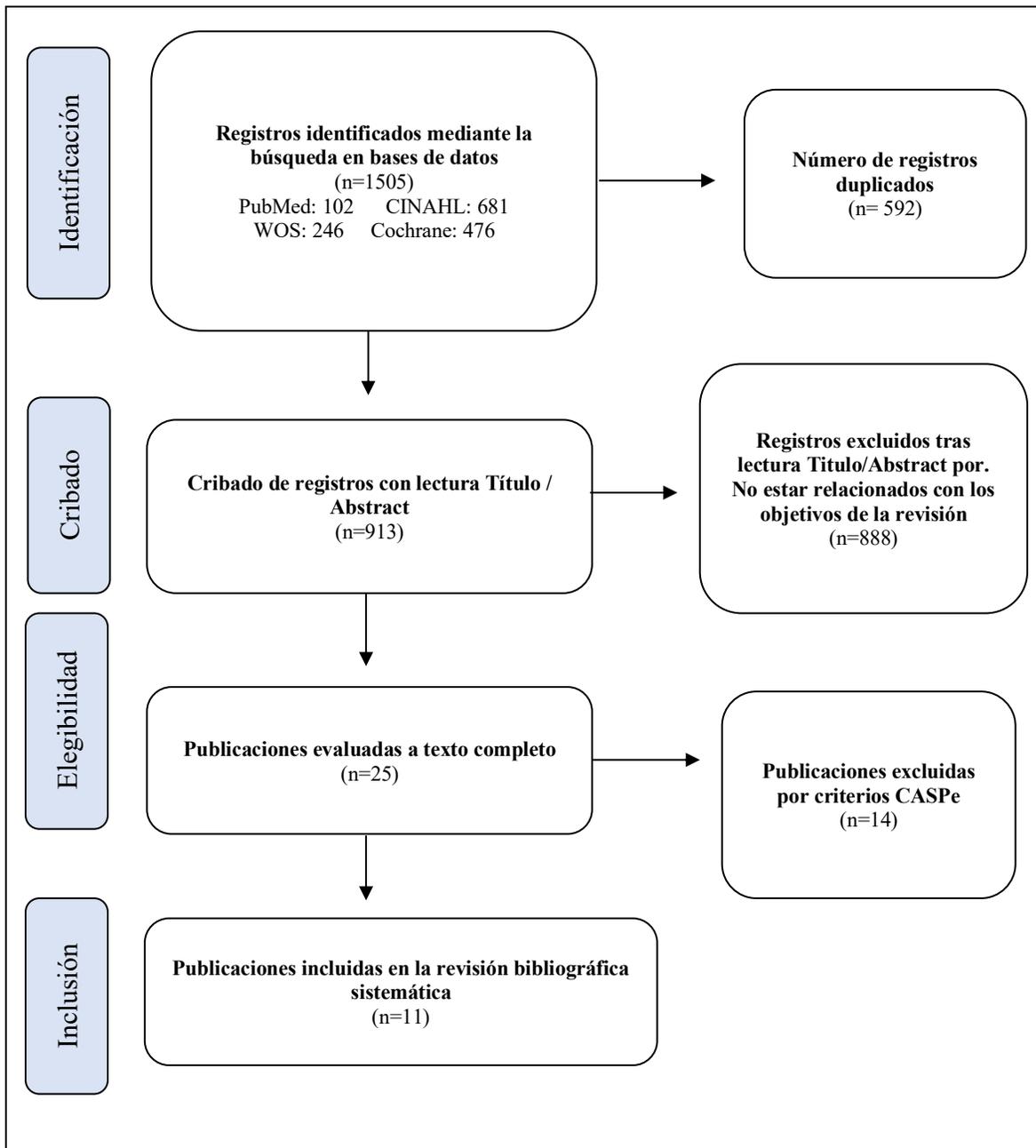


Figura 2 - Diagrama de flujo de la selección de estudios para la revisión bibliográfica, modificado según la propuesta PRISMA¹⁵.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 Calidad metodológica

Se analizaron los 11 artículos¹⁸⁻²⁸ seleccionados, en el Anexo B (Tabla 5 - Resumen de los artículos analizados), se encuentra un resumen de los resultados de los estudios incluidos para esta revisión. La metodología de los artículos analizados es: 1 meta-análisis¹⁸, 7 revisiones sistemáticas^{19-21,24,26-28} y 3 ECA^{22,23,25}. Respecto a los artículos con metodología ECA suman una muestra total de 264 participantes mayores de 65 años. Mientras que los criterios de inclusión de las revisiones sistemáticas^{19-21,24,26-28} y el metaanálisis¹⁸ especifican que sean personas mayores de 60 años. Los estudios seleccionados¹⁸⁻²⁸ analizan la soledad en el adulto mayor desde diferentes enfoques, los efectos en el estado de salud del mayor, las intervenciones orientadas a la soledad y la propuesta denominada CCC.

Los trabajos revisados han sido diseñados con una metodología, que según Sackett¹⁷, aportan suficiente evidencia científica como para poder incluirlos en nuestra investigación. Por otra parte, consideramos que son pocos los trabajos publicados sobre las CCC y es preciso seguir analizando los resultados de proyectos similares, antes de proponer recomendaciones. Además, existen otras experiencias de las que no se han localizado artículos científicos con sus resultados, a pesar de la búsqueda exhaustiva realizada, esto podría ser una limitación en cuanto a que solo se publican los trabajos que han obtenido buenos resultados.

Como se puede observar en las tablas 6 y 7 todos los trabajos cumplen al menos el 80% de los criterios CASPe¹⁶, establecidos como criterios de inclusión.

Tabla 6 - Resultados de evaluación para dar sentido a un ECA, según CASPe. Fuente: Herramientas CASPe¹⁶.

Referencia	ITEMS											Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
Hernández Ascanio J et al. 2023 ²²	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	NO	p<0.05	SÍ	SÍ	SÍ	9
Hernández Ascanio J et al. 2022 ²³	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	p<0.05	SÍ	SÍ	SÍ	10
Taube E et al. 2018 ²⁵	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	p<0.05	SÍ	SÍ	SÍ	10

Ítems del cuestionario CASPe: 1=Pregunta claramente definida; 2=Asignación aleatoria; 3=Pacientes considerados hasta el final; 4=Cegamiento; 5=Grupos similares al comienzo; 6=Grupos tratados de igual modo; 7=Gran efecto del tratamiento; 8=Precisión del efecto; 9=Aplicabilidad a tu medio o población local; 10=En cuenta todos los resultados; 11= Beneficios justifican riesgos y costes.

Tabla 7 - 10 preguntas CASPe para ayudar a entender una revisión sistemática. Fuente: Herramienta CASPe¹⁶.

Referencia	ITEMS										Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Chawla K et al. 2021 ¹⁸	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	8
Fakoya OA et al. 2020 ¹⁹	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	9
Lapane KL et al. 2022 ²⁰	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	8
Chaparro Díaz L et al. 2019 ²¹	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	10
Kharicha K et al. 2018 ²⁴	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	9
Librada Flores S et al. 2021 ²⁶	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	10
Librada Flores S et al. 2018 ²⁷	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	9
Librada Flores S et al. 2020 ²⁸	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO	SÍ	SÍ	SÍ	8

Ítems del cuestionario CASPe: 1 = Tema claramente definido; 2 = Artículos adecuados; 3 = Estudios pertinentes e importantes; 4 = Calidad de los artículos valorada; 5 = Resultados combinados; 6 = Hay resultado global; 7 = Precisión del resultado; 8 = Resultados aplicables; 9 = Se han considerado todos los resultados; 10 = Balance beneficio/perjuicio.

5.2 Efectos de la soledad no deseada en mayores

Se estima la prevalencia de la soledad en personas mayores de 65 años, según el meta-análisis de Kavita Chawla et al.¹⁸ (datos de 120.000 ancianos de 29 países), en países de renta alta y media del 28,5% incrementándose con la edad, hasta alcanzar valores del 32,3% en personas de más de 75 años. La soledad se valoró con la escala de De Jong Gierveld²⁹, en 8 estudios y con la escala de soledad de UCLA³⁰, en 5 estudios, obteniendo valores similares en sus resultados relacionados con el apoyo social, el apoyo familiar y la percepción subjetiva de la soledad, así como la sociabilidad y la intimidad. Los estudios confirman una prevalencia de soledad muy alta en la sociedad actual, coincidiendo con los datos publicados en CIS-IMSERO⁸ que confirman valores de soledad superiores al 22%.

En el análisis de los resultados de la variable género, en 4 estudios^{18,20,21,26} se detalla que las mujeres tenían más probabilidades que los hombres de sentirse solas. Los autores, atribuyeron las diferencias de género a factores como: las condiciones de vida, el estado civil y la salud autoevaluada¹⁸. La evidencia empírica es contradictoria, ya que existen estudios donde se muestra un mayor sentimiento de soledad en mujeres³¹, otros en hombres³² y otros no encuentran diferencias en cuanto a género³³. Datos que inducen a proponer nuevos estudios que identifiquen las causas de estas diferencias.

Detectar situaciones de soledad en las personas mayores es relevante para la atención a su salud, ya que además de comportarse como un factor de riesgo de diversos problemas de salud, hay estudios^{18,22} que indican que esta situación incrementa la demanda de los servicios de salud de la comunidad y la atención de los servicios sociales. Destacar que la soledad y el aislamiento son situaciones que generan un impacto negativo en la calidad de vida, el bienestar y la salud de la persona^{18,19,22}. En este sentido, la percepción de calidad de vida del adulto mayor se ve modulada por el sentimiento de soledad, asociándose con efectos negativos en la salud de las personas, tanto a nivel físico, mental como social, pudiendo llegar a relacionarse con un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad¹⁸⁻²⁰.

En la dimensión mental los problemas como: deterioro cognitivo, ansiedad, depresión, demencia e incluso ideación suicida, son asociados a situaciones de soledad no deseada¹⁸⁻²¹. Estos efectos son comparables a otros factores de riesgo como el tabaquismo, la falta de ejercicio, la obesidad y la presión arterial alta¹⁸⁻²⁰. A nivel físico, la soledad no deseada se comporta como factor de riesgo con efectos tanto a corto como a largo plazo^{18,20}. En el estudio realizado por Fakoya et al.¹⁹ asocian la soledad a una disminución de la resistencia a la infección en nuestro organismo mientras que a largo plazo se asocia con el incremento de padecer enfermedades cardiovasculares (probabilidad 1.32 sufrir un ictus isquémico, 1.29 sufrir una enfermedad cardíaca), mortalidad prematura y fragilidad en el mayor (probabilidad 1.85 fragilidad)^{18,20,21}. Estudios recientes^{34,35} reportan la soledad no deseada como origen de situaciones de fragilidad que empeora, en las personas que los sufren, su calidad de vida y bienestar. Por último, la soledad no deseada también tiene repercusiones en el ámbito socio-económico. El grupo poblacional, en el que se centra este estudio, tiende a disminuir su poder adquisitivo después de la jubilación, lo que puede implicar un menor acceso a la sanidad y a los servicios sociales por falta de recursos económicos y un aumento de los costes en relación con la mayor necesidad de atención y demandada de los servicios sociosanitarios, convirtiendo ambos escenarios en un problema de salud pública^{18,22}.

Chaparro Diaz et al.²¹ indican que el incremento del consumo de sustancias psicoactivas, alcoholismo, malnutrición, inactividad física y suicidio; son situaciones de riesgo que aumentan la probabilidad de sufrir soledad.

En la investigación de Hernández Ascanio et al.²³ orientada a identificar los factores que condicionan la viabilidad de una intervención para reducir la soledad, los autores refieren como limitación de su estudio el desinterés, de parte de su muestra, en la participación del mismo, situación que puede interferir en los resultados obtenidos.

5.3 Intervenciones en la soledad no deseada en mayores

Es preciso nuevos estudios epidemiológicos sobre la soledad no deseada^{18,23}, que apoyen y justifiquen el diseño y desarrollo de la intervención y la planificación de distintos servicios sociosanitarios. Se propone que los servicios de AP y Comunitaria deberían adaptar las intervenciones a las necesidades específicas a la situación de cada anciano^{18,23}.

No hay un único enfoque que dé respuesta a las diversas situaciones que se plantean en la soledad no deseada, por esto es aconsejable adaptarse a cada situación, de tal manera que se atienda a las necesidades específicas de cada individuo. Las estrategias personales para manejar la soledad no deseada se pueden orientar de dos maneras diferentes, bien desde el afrontamiento de la situación (solo/en grupo) o diseñando estrategias de prevención/aceptación/resistencia, en función de cada caso. Los individuos que optan por la segunda estrategia se involucran más con servicios y actividades sociales. La soledad y el aislamiento, son características de cada persona, lo que dificulta la creación de modelos o patrones de intervención iguales para todos los mayores^{19,23}.

A continuación, se expone un resumen de las intervenciones en situaciones de soledad no deseada en mayores desde un punto de vista enfermero, social y comunitario, aportadas en los trabajos analizados. A nivel sanitario, la intervención de una enfermera gestora de casos, con personas mayores en soledad no deseada, puede tener un efecto positivo, Elin Taube et al.²⁵ detallan diferencias significativas tras la intervención en la variable soledad (RR = 0,49; p = 0,028) y satisfacción vital (ES = 0,41; p = 0,028) a los 6 meses y para los síntomas depresivos (ES = 0,47; p = 0,035) a los 12 meses, desde el inicio del seguimiento, sin embargo, el efecto no se mantiene a lo largo del tiempo²⁵. La gestión de casos debería comprender un enfoque ordenado y basado en la evidencia, si se pretende valorar e intervenir específicamente la soledad no deseada por profesionales sanitarios. Entre las estrategias propuestas destacan las visitas periódicas que obtienen buenos resultados, disminuye la percepción de soledad en el mayor debido a la interacción que se genera^{21,23}. Sin embargo, Hernández Ascanio et al.²², en su publicación del año 2023, indican que la finalización del proyecto de investigación puede vivirse como un duelo por parte del mayor, por la ruptura de la relación personal establecida que supone, la finalización del estudio. En cuanto a la dimensión de la soledad emocional, se constata una mejora con la intervención enfermera y podría significar que el anciano ha aprendido a sentirse satisfecho con las relaciones que tiene²².

Según los resultados presentados por Chaparro et al.²¹, la atención enfermera a los mayores en situación de soledad no deseada, basada en la teoría de la presencia enfermera, propuesta por McMahon y Chistopher, con un abordaje disciplinar, que abarque acciones a

nivel físico (oír, ver, tocar); psicológico (escucha activa, aceptación, asesorar, no juzgar) y espiritual/bienestar (contacto visual, conexión, contacto físico, motivación), realizadas de manera cercana aportan beneficios a nivel emocional, social y físico.

La atención al mayor con sentimiento de soledad no deseada por parte de la AP no es avalada por todos los estudios, unos¹¹ justifican la atención específica y holística a los mayores por parte de la AP, mientras que otros, como el realizado por Hernández Ascanio et al.³⁶, consideran que existen condicionantes que dificultan que los profesionales de AP puedan atender las situaciones de soledad. Entre los problemas que identifican están las dificultades estructurales y organizativas, los programas y/o protocolos no se adaptan a las necesidades individuales que deben atender, también, sugieren falta de formación o escasa motivación en los profesionales como posibles limitaciones.

Las actividades que facilitan la interacción social con otras personas que puedan estar pasando la misma situación, genera en los adultos mayores un sentimiento de reciprocidad y compromiso, de manera que disminuye su percepción de soledad. Según la evidencia científica, las actividades más recomendables serían: que los mayores acudan a reuniones, participen en actividades de grupos con intereses concretos o en centros comunitarios, así como en aquellas que se programan desde grupos espirituales o religiosos²¹⁻²³. Pero no todos los estudios defienden la actuación de las intervenciones sociales dirigidas al apoyo de la soledad como la estrategia más efectiva para combatirla debido a la complejidad del problema²⁵.

Sí que parece, que la intervención desde la comunidad a la atención de los mayores con soledad no deseada tiene suficiente evidencia como para recomendarla^{19,22,23,25,26}. La implicación comunitaria, Martínez y del Pino³⁷ la define como el *“proceso social mediante el cual los grupos específicos de una población, que comparten alguna necesidad y viven en una misma comunidad, tratan de identificar esas necesidades para tomar decisiones y establecer mecanismos para poder atenderlas”*. La atención comunitaria no debería centrarse únicamente en los servicios sanitarios, sino implicar a todos los ámbitos relacionados con el estado de salud, del entorno y de las necesidades de vida. El cuidado que dan los profesionales de la salud dependerá de la intervención de la comunidad viéndose obligados a adaptar su atención a las necesidades sociales del momento y del individuo. Por otra parte, no hay que olvidar que para realizar una atención comunitaria correcta deben intervenir los servicios públicos y las instituciones^{22,26}.

5.4 Resultados de las Ciudades Compasivas y Comunidades Compasivas

La Carta de Ottawa³⁸ para la promoción de la salud de 1986 desarrolló el concepto de implicación de la comunidad para la mejora de la salud, el bienestar y la calidad de vida, como factores fundamentales para la salud. Del mismo modo, se reforzó la importancia del acompañamiento, como medida para disminuir la soledad, la depresión y la ansiedad de los pacientes, y por ende, obtener una mayor satisfacción entre los familiares y los mayores. Este enfoque ha evolucionado, y hoy en día, hace referencia al concepto de “compasión”, término que se incluye en las iniciativas de CCC. Las CCC son proyectos orientados a impulsar programas que intervengan en situaciones de sufrimiento, desde la propia persona y su entorno, con el objetivo de mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas al final de la vida^{26-28,38}.

Distintas investigaciones^{39,40} promueven la formación de una sociedad impulsada por la compasión con el fin de facilitar tanto el cuidado global, entre toda la comunidad y el respeto entre todos los ciudadanos, como mejorar la calidad de vida de los mismos.

En este sentido, Librada et al.²⁸ crearon programas de compasión y analizaron las decisiones y los comportamientos éticos, mostrando como la compasión produce un aumento de la bondad entre los ciudadanos y su implicación con las personas en soledad, mejorando en estas la ansiedad, el dolor y la angustia. En el ECA realizado con estudiantes de Medicina⁴¹ (n=251) se demuestra la posibilidad de trabajar competencias, en el personal sanitario, para la toma de decisiones éticas y desarrollar comportamientos éticos. Esta propuesta es avalada por otros estudios²⁶⁻²⁸ donde sus autores plantean, además, la necesidad de trabajar estas competencias con otros grupos sociales y no solo sanitarios, destacando la necesidad de formación para todos los agentes implicados en las relaciones con los mayores.

Actualmente son varias las ciudades españolas que se enmarcan en el concepto de CCC, pero solo hemos localizado la publicación de los resultados de una experiencia, “Sevilla contigo, Ciudad Compasiva”²⁶. En dicho proyecto se estudió, entre otras variables, el sentimiento de soledad, la calidad de vida, depresión y ansiedad y la satisfacción de mayores en la CCC antes y después de la intervención. En cuanto a la soledad²⁶, la Escala ESTE II mostró que tras la intervención realizada a personas mayores que vivían en CCC más de la mitad (54.2%) disminuyó su percepción de soledad y un 100% se sintió más acompañado. En relación con la calidad de vida²⁶, la Escala EuroQol-5D cumplimentada por personas mayores que se encontraban en CCC se obtuvieron mejoras de un 28,6%. Esta misma escala midió en este grupo poblacional, la variable depresión y ansiedad obteniendo valores de mejora de un 19,2%. Por último, se evaluaron²⁶ los datos sobre la satisfacción de

la intervención comunitaria, en familiares con rol de cuidadores principales en pacientes, el 100% calificaron el nivel de satisfacción como muy alto obteniendo una puntuación de 39,5 sobre 40.

Librada Flores et al.²⁷, en el año 2018, desarrollo y promocionó el programa *“Todos contigo”* en el que cualquier persona puede formar parte de las CCC, entendiendo éstas como ciudades implicadas socialmente²⁶. Este trabajo dio lugar a Proyectos como *“Badajoz, Getxo y Pamplona contigo”* llegando también a América con los Proyectos *“Medellín, Cali, Fusagasugá y Bogotá”* y *“Buenos Aires contigo”*²⁷.

Los proyectos de CCC²⁶⁻²⁸ que han publicado sus resultados son escasos para determinar, con suficiente evidencia, la eficacia de los mismos para disminuir la soledad no deseada en los mayores y hacer una comparación de resultados con otras intervenciones socio-sanitarias. Quizás la novedad de estos proyectos en la sociedad, no haya permitido realizar todavía la evaluación de sus resultados. Situación que complica valorar y contrastar los datos de salud obtenidos en la experiencia CCC. Sin embargo, los resultados analizados en los proyectos emergentes²⁷, indican mejoras en el estado de salud de los mayores.

En esta línea, son esperanzadores los resultados obtenidos en el Proyecto *“Sevilla contigo, Ciudad Compasiva”*²⁶ ya que sí detallan las ventajas que puede llegar a tener las CCC; *“una mejora de la soledad, un aumento de la red de cuidados, una mayor satisfacción de la familia y una mejora de la calidad de vida y bienestar de los pacientes”*. Respecto a las limitaciones de la revisión realizada hemos visto que ninguno de los estudios seleccionados valora las complicaciones o dificultades de crear proyectos de CCC; posiblemente debido a la reciente inclusión de estos en nuestra sociedad o que solo se publiquen los buenos resultados como se ha comentado anteriormente.

6. CONCLUSIONES

1. La soledad no deseada durante la vejez tiene actualmente una alta prevalencia en la sociedad.
2. Las personas mayores con sentimiento de soledad no deseada tienen mayor riesgo de sufrir alteraciones o problemas de salud a nivel físico, social, económico y mental.
3. Los problemas que se derivan de la soledad no deseada afectan a la percepción de bienestar y la calidad de vida de la persona que se encuentra en esa situación en la etapa final de la vida.
4. El abordaje multicomponente (sistema sanitario, social y comunidad) con la persona en situación de soledad no deseada, parece que pueda ser lo más adecuado, siempre que se adapte a las necesidades de cada situación.
5. Las intervenciones llevadas a cabo en el proyecto de CCC, generan altos niveles de satisfacción y obtienen buenos resultados en la percepción de bienestar y calidad de vida de los mayores, además, de disminuir el sentimiento de soledad.
6. Se requieren más estudios que generen evidencia suficiente, para recomendar o no la expansión de la iniciativa de CCC. Son escasas las publicaciones científicas que reportan con detalle los beneficios que aportan.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadística (INE). Una población envejecida. Web oficial INE [Internet]. 2020 [citado 24 de febrero de 2023] Disponible en: <https://www.ine.es/prodyser/demografia UE/bloc-1c.html?lang=es>
2. Organización mundial de la Salud (OMS). Envejecimiento y salud. Web oficial OMS [Internet]. 2022 [citado 26 de febrero de 2023] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
3. Naciones Unidas (ONU). Desafíos globales: Envejecimiento. Web oficial Naciones Unidas [Internet]. 2020 [citado 24 de febrero de 2023] Disponible en: <https://www.un.org/es/global-issues/ageing>
4. Instituto Nacional de Estadística (INE). Notas de prensa: Encuesta Continua de Hogares (ECH). Web oficial INE [Internet]. 2021 [citado 24 febrero de 2023] Disponible en: https://www.ine.es/prensa/ech_2020.pdf
5. Instituto Nacional de Estadística (INE). Población de 16 y más años por estado civil, sexo y grupo de edad. Web oficial INE [Internet]. 2022 [citado 26 de febrero de 2023] Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=4031#!tabs-tabla>
6. Madoz Jáuregui V. 10 palabras clave sobre los miedos del hombre moderno [Internet]. 5ª ed. Estella, Navarra: Verbo Divino; 1997 [citado 28 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=161841>
7. Bermejo Higuera JC. La soledad en los mayores. ARS Med. [Internet]. 2016; 13 (3): 126-144. DOI: <https://doi.org/10.11565/arsmed.v32i2.264>
8. Boletín sobre el envejecimiento, La soledad de las personas mayores, Observatorio de Personas Mayores, IMSERSO; 2000 [citado 26 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://imserso.es/web/imserso>
9. Camargo Rojas CM, Chavarro Carvajal DA. El sentimiento de soledad en personas mayores: conocimiento y tamización oportuna. Univ. Med. [Internet].; 61 (2). DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed61-2.essm>
10. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Informe 2018. Las personas mayores en España. Ministerio de Derechos Sociales y agenda 2030 [Internet]. 2018 [citado 8 de marzo de 2023]; Disponible en: <https://imserso.es/el-imserso/documentacion/estadisticas/informe-2018-personas-mayores-espana>
11. Rodríguez Martín M. La soledad en el anciano. Gerokomos [Internet]. 2009 [citado 8 de marzo de 2023]; 20 (4): 159–166. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000400003&lng=es.
12. Palma-Ayllón E, Escarabajal-Arrieta MD. Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. Gerokomos [Internet]. 2021; 32 (1): 22–25. DOI: <https://dx.doi.org/10.4321/s1134-928x2021000100006>

13. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Organización Mundial de la Salud. Red de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores [Internet]. 2023 [consultado 8 de marzo de 2023]; Disponible en: <https://imerso.es/el-imerso/relaciones-internacionales/naciones-unidas/organizacion-mundial-salud-proyecto-ciudades-comunidades-amigables-personas-mayores>
14. Librada-Flores S, Nabal-Vicuña M, Forero-Vega D, Muñoz-Mayorga I, Guerra-Martín MD. Implementation models of compassionate communities and compassionate cities at the end of life: A systematic review. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020; 17 (17): 1–15. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17176271>
15. Page M J, McKenzie J E, Bossuyt P M, Boutron I, Hoffmann T C, Mulrow C D, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* [Internet]. 2021; 372 (71). DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
16. CASPe [Internet]. Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español. Alicante. 2022 [citado 1 de marzo 2023]; Disponible en: <https://redcaspe.org/materiales/>
17. Mella Sousa M, Zamora Navas P, Mella Laborde M, Ballester Alfaro JJ, Uceda Carrascosa P. Niveles de Evidencia Clínica y Grados de Recomendación. *Rev. S. And. Traum. Y Ort* [Internet]. 2012 [citado 1 de marzo de 2023]; 29 (1): 59-72. Disponible en: <https://www.portalsato.es/documentos/revista/Revista12-1/Rev.%202012-1-07.pdf>
18. Chawla K, Kunonga TP, Stow D, Barker R, Craig D, Hanratty B. Prevalence of loneliness amongst older people in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* [Internet]. 2021; 16 (7): e0255088. DOI: [10.1371/journal.pone.0255088](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255088)
19. Fakoya OA, McCorry NK, Donnelly M. Loneliness and social isolation interventions for older adults: A scoping review of reviews. *BMC Public Health* [Internet]. 2020; 20 (1). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8251-6>
20. Lapane KL, Lim E, McPhillips E, Barooah A, Yuan Y, Dube CE. Health effects of loneliness and social isolation in older adults living in congregate long term care settings: A systematic review of quantitative and qualitative evidence. *Arch Gerontol Geriatr* [Internet]. 2022; 102: e104728. DOI: [10.1016/j.archger.2022.104728](https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104728)
21. Chaparro LD, Carreño SM, Arias-Rojas M. Soledad en el adulto mayor: implicaciones para el profesional de enfermería. *Rev Cuid* [Internet]. 2019; 10 (2): e633. DOI: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i2.633>
22. Hernández-Ascanio J, Perula-de Torres LÁ, Rich-Ruiz M, González-Santos J, Mielgo-Ayuso J, González-Bernal J, et al. Effectiveness of a multicomponent intervention to reduce social isolation and loneliness in community-dwelling elders: A randomized clinical trial. *Nurs Open* [Internet]. 2023; 10 (1): 48–60. DOI: [10.1002/nop2.1277](https://doi.org/10.1002/nop2.1277)
23. Hernández-Ascanio J, Ventura-Puertos PE, Rich-Ruiz M, Cantón-Habas V, Roldán-Villalobos AM, Pérula-de Torres LÁ. Conditions for Feasibility of a Multicomponent Intervention to Reduce Social Isolation and Loneliness in Noninstitutionalized Older Adults. *Healthc* [Internet]. 2022; 10 (6). DOI: [10.3390/healthcare10061104](https://doi.org/10.3390/healthcare10061104)

24. Kharicha K, Manthorpe J, Iliffe S, Davies N, Walters K. Strategies employed by older people to manage loneliness: Systematic review of qualitative studies and model development. *Int Psychogeriatrics*. Cambridge University Press [Internet]. 2018; 30 (12): 1767–1781. DOI:[10.1017/S1041610218000339](https://doi.org/10.1017/S1041610218000339)
25. Taube E, Kristensson J, Midlöv P, Jakobsson U. The use of case management for community-dwelling older people: the effects on loneliness, symptoms of depression and life satisfaction in a randomised controlled trial. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 2018; 32: 889–901. DOI:[10.1111/scs.12520](https://doi.org/10.1111/scs.12520)
26. Librada-Flores S. Comunidades compasivas al final de la vida: Modelos de desarrollo y evaluación del impacto en la sociedad [Tesis doctoral]. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2021 [citado 14 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://idus.us.es/handle/11441/132996>
27. Librada Flores S, Herrera Molina E, Boceta Osuna J, Mota Vargas R, Nabal Vicuña M. All with you: A new method for developing compassionate communities—experiences in Spain and Latin-America. *Ann Palliat Med* [Internet]. 2018; 7 (2): 15–31. DOI:[10.21037/apm.2018.03.02](https://doi.org/10.21037/apm.2018.03.02)
28. Librada-Flores S, Nabal-Vicuña M, Forero-Vega D, Muñoz-Mayorga I, Guerra-Martín MD. Implementation models of compassionate communities and compassionate cities at the end of life: A systematic review. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020; 17 (17). DOI:[10.3390/ijerph17176271](https://doi.org/10.3390/ijerph17176271)
29. Buz J, Prieto Adánez G. Análisis de la Escala de Soledad de De Jong Gierveld mediante el modelo de Rasch. *Univ Psychol* [Internet]. 2013; 12 (3): 971–981. DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy12-3.aesd>
30. Velarde-Mayol C, Fragua-Gil S, García-deCecilia JM. Validación de la escala de soledad de UCLA y perfil social en la población anciana que vive sola. *Semergen* [Internet]. 2016; 42 (3): 177–183. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2015.05.017>
31. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. *Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Opportunities for the Health Care System* [Internet]. Washington (DC): National Academies Press (US); 2020. DOI: [10.17226/25663](https://doi.org/10.17226/25663)
32. Tesch-Römer C, Wiest M, Wurm S, Huxhold O. Einsamkeitstrends in der zweiten Lebenshälfte. *Z Gerontol Geriatr* [Internet]. 2013; 46: 237–241. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00391-012-0359-6>
33. Zebhauser A, Hofmann-Xu L, Baumert J, Häfner S, Lacruz ME, Emeny RT, Döring A, Grill E, Huber D, Peters A, Ladwig KH. How much does it hurt to be lonely? Mental and physical differences between older men and women in the KORA-Age Study. *Int J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 2013; 29 (3): 245-252. DOI: <https://doi.org/10.1002/gps.3998>
34. Gale CR, Westbury L, Cooper C. Social isolation and loneliness as risk factors for the progression of frailty: the English Longitudinal Study of Ageing. *Age Ageing* [Internet]. 2018; 47 (3): 392-397. DOI: [10.1093/ageing/afx188](https://doi.org/10.1093/ageing/afx188)

35. Sancho P, Sentandreu-Maño T, Fernández I, Tomás JM. El impacto de la soledad y la fragilidad en el bienestar de los mayores europeos. *Rev Latinoam Psicol* [Internet]. 2022; 54: 86–93. DOI: <https://doi.org/10.14349/rlp.2022.v54.10>
36. Hernández-Ascanio J, Perula-de Torres LÁ, Rich-Ruiz M, Roldán-Villalobos AM, Perula-de Torres C, Ventura Puertos PE. Condicionantes para el abordaje del aislamiento social y la soledad de adultos mayores no institucionalizados desde atención primaria de salud. *Aten Primaria* [Internet]. 2022; 54 (2): e102218. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102218>
37. Martínez Riera JR, Del Pino Casado R. *Enfermería en Atención Primaria* [Internet]. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2006 [citado 29 de abril de 2023]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=658463>
38. OMS. Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud. Primera Conferencia Internacional sobre la promoción de la Salud. Ottawa (Ontario), Canadá. Ginebra: Organización Mundial de la Salud [Internet]; 1986 [citado 29 de abril de 2023].
39. González MC. Cuidados paliativos. Hacia una medicina de la compasión. *Salus* [Internet]. 2005 [citado 30 de abril de 2023]; 9 (1): 47–60. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375938974006>
40. Leonardo B. Respeto y cuidado hacia la comunidad de la vida mediante el entendimiento, compasión y amor. In: *La carta de la Tierra en acción* [Internet]. 2006 [citado 30 de abril de 2023]; 43–46. Disponible en: <https://earthcharter.org/wp-content/assets/virtual-library2/images/uploads/Boff.pdf>
41. Shih CY, Hu WY, Lee LT, Yao CA, Chen CY, Chiu TY. Effect of a compassion-focused training program in palliative care education for medical students. *Am J Hosp Palliat Care* [Internet]. 2013; 30 (2): 114-120. DOI: [10.1177/1049909112445463](https://doi.org/10.1177/1049909112445463)

ANEXOS

ANEXO A- METODOLOGÍA

Tabla 3 - Artículos recuperados mediante los perfiles de búsqueda. Fuente: Elaboración propia.

BASES DE DATOS - PUBMED		
PERFIL DE BÚSQUEDA	FILTROS (Criterios inclusión)	ARTÍCULOS
(((("Professional Practice"[Mesh]) OR "Nursing"[Mesh]) AND "Aged"[Mesh]) OR "Aged, 80 and over"[Mesh]) AND "Loneliness"[Mesh]	<ul style="list-style-type: none"> - Free full text, - Clinical Trial, Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, Systematic Review, - Last 5 years 	19
(((("Health Services"[Mesh]) AND "Aged"[Mesh]) OR "Aged, 80 and over"[Mesh]) AND "Loneliness"[Mesh]	<ul style="list-style-type: none"> - Free full text, - Clinical Trial, Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, Systematic Review, - Last 5 years 	25
(("Aged"[Mesh]) OR "Aged, 80 and over"[Mesh]) AND "Loneliness"[Mesh] OR "Quality of Life" [Mesh] OR "Mental health" [Mesh] AND "Nursing Services" [Mesh]	<ul style="list-style-type: none"> - Free full text, - Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, Systematic Review, - Last 5 years 	39
(((("Nursing"[Mesh]) AND "Aged"[Mesh]) OR "Aged, 80 and over"[Mesh]) AND "Loneliness"[Mesh]	<ul style="list-style-type: none"> - Free full text, - Clinical Trial, Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, Systematic Review, - Last 5 years 	19
BASES DE DATOS - CINAHL		
PERFIL DE BÚSQUEDA	FILTROS (Criterios inclusión)	ARTÍCULOS
(((("Professional Practice"[Mesh]) OR "Nursing"[Mesh]) AND "Aged"[Mesh]) OR "Aged, 80 and over"[Mesh]) AND "Loneliness"[Mesh]	<ul style="list-style-type: none"> - Free full text, - Last 5 years - Revista 	15
(((("Health Services"[Mesh]) AND "Aged"[Mesh]) OR "Aged, 80 and over"[Mesh]) AND "Loneliness"[Mesh]	<ul style="list-style-type: none"> - Free full text, - Last 5 years - Revista 	37
(("Aged"[Mesh]) OR "Aged, 80 and over"[Mesh]) AND "Loneliness"[Mesh] OR "Quality of Life" [Mesh] OR "Mental health" [Mesh] AND "Nursing Services" [Mesh]	<ul style="list-style-type: none"> - Free full text, - Last 5 years - Revista 	616
(((("Nursing"[Mesh]) AND "Aged"[Mesh]) OR "Aged, 80 and over"[Mesh]) AND "Loneliness"[Mesh]	<ul style="list-style-type: none"> - Free full text, - Last 5 years - Revista 	13

Continuación Tabla 3 - Artículos recuperados mediante los perfiles de búsqueda. Fuente: Elaboración propia.

BASES DE DATOS – WEB OF SCIENCE		
PERFIL DE BÚSQUEDA	FILTROS (Criterios inclusión)	ARTÍCULOS
((("Professional Practice"[Mesh]) OR "Nursing"[Mesh]) AND "Aged"[Mesh]) OR "Aged, 80 and over"[Mesh]) AND "Loneliness"[Mesh]	<ul style="list-style-type: none"> - Free full text, - Last 5 years - Artículo o artículo de revisión 	11
((("Health Services"[Mesh]) AND "Aged"[Mesh]) OR "Aged, 80 and over"[Mesh]) AND "Loneliness"[Mesh]	<ul style="list-style-type: none"> - Free full text, - Last 5 years - Artículo o artículo de revisión 	1
("Aged"[Mesh]) OR "Aged, 80 and over"[Mesh]) AND "Loneliness"[Mesh] OR "Quality of Life" [Mesh] OR "Mental health" [Mesh] AND "Nursing Services" [Mesh]	<ul style="list-style-type: none"> - Free full text, - Last 5 years - Artículo o artículo de revisión 	223
((("Nursing"[Mesh]) AND "Aged"[Mesh]) OR "Aged, 80 and over"[Mesh]) AND "Loneliness"[Mesh]	<ul style="list-style-type: none"> - Free full text, - Last 5 years - Artículo o artículo de revisión 	11
BASES DE DATOS - COCHRANE		
PERFIL DE BÚSQUEDA	FILTROS (Criterios inclusión)	ARTÍCULOS
((("Professional Practice"[Mesh]) OR "Nursing"[Mesh]) AND "Aged"[Mesh]) OR "Aged, 80 and over"[Mesh]) AND "Loneliness"[Mesh]	<ul style="list-style-type: none"> - Free full text, - Last 5 years - Artículo de revisión 	12
((("Health Services"[Mesh]) AND "Aged"[Mesh]) OR "Aged, 80 and over"[Mesh]) AND "Loneliness"[Mesh]	<ul style="list-style-type: none"> - Free full text, - Last 5 years - Artículo de revisión 	8
("Aged"[Mesh]) OR "Aged, 80 and over"[Mesh]) AND "Loneliness"[Mesh] OR "Quality of Life" [Mesh] OR "Mental health" [Mesh] AND "Nursing Services" [Mesh]	<ul style="list-style-type: none"> - Free full text, - Last 5 years - Artículo de revisión 	452
((("Nursing"[Mesh]) AND "Aged"[Mesh]) OR "Aged, 80 and over"[Mesh]) AND "Loneliness"[Mesh]	<ul style="list-style-type: none"> - Free full text, - Last 5 years - Artículo de revisión 	4

Tabla 4 - Clasificación de los niveles de evidencia según Sackett¹⁷.

Recomendación	Nivel	Terapia, prevención, etiología y daño	Pronóstico	Diagnóstico	Estudios económicos
A	1a	RS con homogeneidad y Meta-análisis de EC	RS con homogeneidad y Meta-análisis de estudios de cohortes concurrente	RS de estudios de diagnóstico nivel 1	RS de estudios económicos de nivel 1
	1b	EC individuales con intervalo de confianza estrecho	Estudio individual de cohorte concurrente con seguimiento superior al 80% de la cohorte	Comparación independiente y enmascarada de un espectro de pacientes consecutivos sometidos a la prueba diagnóstica y al estándar de referencia	Análisis que compara los desenlaces posibles, contra una medida de costos. Incluye un análisis de sensibilidad
B	2a	RS con homogeneidad de estudio de cohortes	RS de cohortes históricas	RS de estudios diagnósticos de nivel mayor a 1	RS de estudios económicos de nivel mayor a 1
	2b	Estudio de cohortes individual. EC de baja calidad	Estudio individual de cohortes históricas	Comparación independiente enmascarada de pacientes no consecutivos, sometidos a la prueba diagnóstica y al estándar de referencia	Comparación de un número limitado de desenlaces contra una medida de costo. Incluye análisis de sensibilidad
	3a	RS con homogeneidad de estudios de casos y controles			
	3b	Estudio de casos y controles individuales		Estudios no consecutivos o carentes de un estándar de referencia	Análisis sin una medida exacta de costo, pero incluye análisis de sensibilidad
C	4	Series de casos. Estudio de cohortes y casos y controles de mala calidad	Series de casos. Estudios de cohortes de mala calidad	Estudios de casos y controles sin la aplicación de un estándar de referencia	Estudio sin análisis de sensibilidad
D	5	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, o basada en fisiología, o en investigación teórica	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, o basada en fisiología, o en investigación teórica	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, o basada en fisiología, o en investigación teórica	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, o basada en teoría económica

ANEXO B- RESULTADOS

Tabla 5 - Resumen de los artículos analizados. Fuente: Elaboración propia.

Referencia, año, país	Caspé- Nivel de evidencia	Objetivos	Metodología	Resultados		
				Objetivo 1	Objetivo 2	Objetivo 3
Chawla K et al, 2021, United Kingdom ¹⁸ .	<p>Caspé: 8/10</p> <p>Reco: 1a-A</p>	Determinar la prevalencia de la soledad en personas mayores en países de altos ingresos.	<p>Meta-análisis.</p> <p>Bases de datos: Medline, Embase, PsychINFO, CINAHL, Social Sciences Premium Collection.</p> <p>Criterios de inclusión: Artículos sobre adultos mayores de 60 años no institucionalizados de renta alta publicados entre 2008 y 2020.</p> <p>Artículos seleccionados inicialmente: 139.</p> <p>Artículos seleccionados para la revisión: 39.</p> <p>Variabes: Soledad.</p> <p>Herramientas: Escala De Jong Gierveld, de UCLA y cuestionario libre.</p> <p>Calidad metodológica: Método del Joanna Briggs Institute.</p>	La soledad tiene un impacto negativo en la calidad de vida, el bienestar y la salud. El impacto de la soledad se ha comparado con el del tabaquismo y la obesidad. La soledad tiene como resultados adversos para la salud mental y física, incluyendo demencia, condiciones a largo plazo como la fragilidad, enfermedades cardiovasculares y mortalidad prematura. Por otra parte, puede estar relacionada con un mayor uso de algunos servicios de salud y atención social. La estimación combinada de la prevalencia de la soledad entre las personas mayores de 65 años en países de renta alta y media fue de 28,5% (aproximadamente 1 de cada 4 adultos mayores de 60 años experimenta algún grado de soledad al menos alguna vez).	Un conocimiento sólido de la epidemiología de la soledad es esencial para apoyar el diseño y desarrollo de la intervención y la planificación del servicio.	No procede

Continuación Tabla 5 - Resumen de los artículos analizados. Fuente: Elaboración propia.

Referencia, año, país	Caspé-Evidencia	Objetivos	Metodología	Resultados		
				Objetivo 1	Objetivo 2	Objetivo 3
Fakoya OA et al, 2020, Ireland¹⁹.	Caspé: 9/10 Reco: 1a-A	Describir el tipo de intervenciones para reducir la soledad y el aislamiento social entre adultos.	<p>Revisión sistemática.</p> <p>Bases de datos: CINAHL, Embase y Medline.</p> <p>Criterios de inclusión: Inglés, personas mayores y datos reportados sobre la categorización de la soledad y/o las intervenciones de aislamiento social.</p> <p>Artículos seleccionados inicialmente: 529.</p> <p>Artículos seleccionados para la revisión: 33 (Revisiones sistemáticas, metaanálisis, revisiones narrativas y revistas críticas).</p> <p>Variabes: Soledad y aislamiento social.</p> <p>Herramientas: El marco metodológico propuesto por Arskey y O'Malley.</p> <p>Calidad metodológica: No se realizó.</p>	La soledad y el aislamiento social son factores de riesgo para la morbilidad y mortalidad por todas las causas con resultados comparables a otros factores de riesgo como el tabaquismo, la falta de ejercicio, la obesidad y la presión arterial alta. Además, la soledad se ha asociado con una disminución de la resistencia a la infección, deterioro cognitivo y condiciones de salud mental como la depresión y la demencia.	La individualidad de la experiencia de soledad y aislamiento puede causar dificultades en la entrega de intervenciones estandarizadas. No hay un enfoque único para abordar la soledad, y por lo tanto existe la necesidad de adaptar las intervenciones para satisfacer las necesidades de los individuos, los grupos específicos o el grado de soledad experimentado.	No procede
Lapane KL et al, 2022, USA²⁰.	Caspé: 8/10 Reco: 1a-A	Evaluar el impacto en la salud de la soledad entre adultos mayores.	<p>Revisión sistemática.</p> <p>Bases de datos: CINAHL, Scopus, PsycINFO, MEDLINE y Cochrane.</p> <p>Criterios de inclusión: Estudios cuantitativos y cualitativos desde enero de 1990 hasta agosto de 2021.</p> <p>Artículos seleccionados inicialmente: 74.</p> <p>Artículos seleccionados para la revisión: 31 (5 artículos cualitativos, 19 transversales, 3 de métodos mixtos y 4 de cohortes).</p> <p>Variabes: Soledad.</p> <p>Herramientas: UCLA, Jong Gierveld y van Tilburg, y Hughes, Waite, Hawkey y Cacioppo.</p> <p>Calidad metodológica: Estudios de cohortes mediante criterios modificados de Downs y Black, estudios transversales mediante AXIS, y estudios cualitativos mediante COREQ.</p>	La soledad se asociaba con resultados negativos de salud, salud mental (incluyendo depresión e ideación suicida) y salud física (por ejemplo, fragilidad) para los adultos mayores en entornos de vida congregados.	Las sugerencias sobre cómo reducir la soledad en los entornos de vida de atención a largo plazo para adultos mayores incluyeron los esfuerzos de los propios residentes y de las instalaciones.	No procede

Continuación Tabla 5 - Resumen de los artículos analizados. Fuente: Elaboración propia.

Referencia, año, país	Caspé-Evidencia	Objetivos	Metodología	Resultados		
				Objetivo 1	Objetivo 2	Objetivo 3
Chaparro Díaz L et al, 2019, Colombia ²¹ .	Caspé: 10/10 Reco: 1a-A	Integrar los hallazgos sobre la soledad en el adulto mayor e identificar los aspectos que influyen en la misma.	<p>Revisión sistemática.</p> <p>Bases de datos: LILACS, Willey online Library, Scopus, Bireme, Scielo, Science Direct, Elsevier, Cochrane - EBM Reviews (Ovid) y Medline.</p> <p>Criterios de inclusión: Periodo 2007 al 2018, inglés o español, mayores de 60 años y que trataran como tema principal la soledad del adulto mayor.</p> <p>Artículos seleccionados inicialmente: 47</p> <p>Artículos seleccionados para la revisión: 36 (3 longitudinales, 2 transversal, 1 correlacional, 9 transversal, 4 cualitativo, 1 prospectivo, 11 descriptivo, 2 narrativos y 1 exploratorio).</p> <p>Variables: Soledad.</p> <p>Herramientas: Programa Atlas Ti versión 7.</p> <p>Calidad metodológica: No realizada.</p>	La calidad de vida del adulto mayor se ve modificada por los sentimientos de soledad, como consecuencia, se produce un aumento del riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, sintomatología depresiva y deterioro en la salud mental. Por otra parte, se reporta un incremento en el consumo de sustancias psicoactivas, alcoholismo, ansiedad, malnutrición, inactividad física y suicidio; dando como consecuencia un aumento de la morbilidad y mortalidad.	Las actividades que busquen facilitar la interacción social con otras personas que puedan estar pasando la misma situación, origina en los adultos mayores un sentimiento de reciprocidad y compromiso, lo que provoca una disminución de la soledad. Para interaccionar con otros pares la evidencia sugiere actividades como asistir a reuniones, grupos con intereses particulares y centros comunitarios, así como actividades ligadas a grupos religiosos o espirituales.	No procede
Hernández Ascanio J et al, 2023, Spain ²² .	Caspé: 9/10 Reco: 1b-A	Evaluar el efecto de una intervención multicomponente en la reducción del aislamiento social y la soledad y la mejora de la calidad de vida en los adultos mayores que viven en la comunidad.	<p>ECA*.</p> <p>Muestra: 119 adultos con edad de 65 años o más, vivienda comunitaria (no institucionalizada) y aislados socialmente.</p> <p>GC†: 56 participantes.</p> <p>GE‡: 63 participantes.</p> <p>Intervención: 6 sesiones presenciales en el hogar, intercaladas con 5 llamadas telefónicas realizadas por estudiantes de enfermería y voluntarios con experiencia en el tema.</p> <p>Tiempo: El estudio se llevó a cabo entre abril de 2018 y diciembre de 2019.</p> <p>Variables: Aislamiento social, soledad y calidad de vida.</p> <p>Herramientas: Calidad de vida y salud.</p> <p>Calidad metodológica: No realizada.</p>	El aislamiento social y la soledad no deseada están produciendo un claro deterioro en la salud y en la calidad de vida. Se han descrito importantes efectos económicos, como un mayor uso de los servicios de salud. Si reunimos las crecientes dimensiones de este tipo de población (más vieja, viviendo sola y mala condición financiera), estos fenómenos se han convertido en un problema de salud y un problema de salud social y pública global en los países occidentales.	La investigación muestra que las intervenciones grupales son más efectivas contra la soledad que las realizadas individualmente. La finalización del estudio puede resultar en la experiencia de un duelo por parte de los ancianos. En cuanto a la mejora significativa en la dimensión de la soledad emocional, puede significar que el anciano ha aprendido a sentirse satisfecho con los contactos que tiene.	No procede

Continuación Tabla 5 - Resumen de los artículos analizados. Fuente: Elaboración propia.

Referencia, año, país	Casp-e-Evidencia	Objetivos	Metodología	Resultados		
				Objetivo 1	Objetivo 2	Objetivo 3
Hernández Ascanio J et al, 2022, Spain²³.	Casp-e: 10/10 Reco: 1b-A	Identificar los factores que condicionan la viabilidad de una intervención para reducir el aislamiento social y la soledad en los adultos mayores no institucionalizados.	ECA. Muestra: 92 mayores no institucionalizados en aislamiento social o soledad no deseada. GC: 52 participantes. GE: 40 participantes. Intervención: Modificada del estudio anterior ²² debido a dificultades encontradas por los profesionales de la salud. 6 visitas al hogar de ancianos y 5 llamadas telefónicas (20 minutos cada una). Las visitas duraron 30 minutos cada una durante 16 semanas. Tiempo: Un estudio experimental realizado de diciembre de 2019 a enero 2020. Variables: Aislamiento social y soledad. Herramientas: Análisis Sistemático Grounded Theory/Panel DELPHI. Calidad metodológica: No realizada.	No procede	Los servicios de salud primaria y comunitaria pueden adaptar las intervenciones a las necesidades específicas de cada anciano y la flexibilidad para satisfacer estas necesidades. Por lo tanto, la adaptabilidad, la flexibilidad y la participación activa de los ancianos, entre otros, constituyen factores potenciales que disminuirían la soledad no deseada en el mayor La enfermera se muestra como el perfil más apropiado para llevar a cabo esta intervención.	No procede
Kharicha K et al, 2018, United Kingdom²⁴.	Casp-e: 9/10 Reco: 1a-A	Identificar y revisar las estrategias empleadas para las personas mayores solitarias que viven en la comunidad para gestionar su soledad y desarrollar un modelo que gestione esta soledad.	Revisión sistemática. Bases de datos: Medline, Embase, PsychInfo, CINAHL, WoS, Política y práctica social, ASSIA. Criterios de inclusión: Desde 1990 a enero de 2011, personas de 65 años o más, se identificaban a sí mismos como solitarios, informaron estrategias de afrontamiento para la soledad y en los que la soledad es el centro de atención. Artículos seleccionados inicialmente: 52. Artículos seleccionados para la revisión: 11. Variables: Soledad. Herramientas: Escala de Jong Gierveld. Calidad metodológica: Critical Appraisal Skills Program.	No procede	Las estrategias utilizadas para manejar la soledad se pueden manifestar mediante un modelo con dos extensiones generales, una relacionada con el afrontamiento, la otra relacionada con el tipo de estrategia (prevención/acción o aceptación/resistencia). Es probable que solo aquellos que se encuentren en esta última categoría se involucren con servicios y actividades sociales.	No procede

Continuación Tabla 5 - Resumen de los artículos analizados. Fuente: Elaboración propia.

Referencia, año, país	Casp-e-Evidencia	Objetivos	Metodología	Resultados		
				Objetivo 1	Objetivo 2	Objetivo 3
Taube E et al, 2018, Sweden ²⁵ .	Casp-e: 10/10 Reco: 1b-A	Investigar los efectos de la gestión de casos para personas mayores que viven en la comunidad y visitan los servicios de atención sanitaria.	<p>ECA.</p> <p>Muestra: 153 personas mayores de 65 años, que necesita asistencia en dos o más actividades de la vida diaria, vivir en una vivienda ordinaria y tener al menos 2 ingresos hospitalarios o al menos 4 visitas en atención primaria en los últimos 12 meses.</p> <p>GC: 73 participantes. GE: 80 participantes.</p> <p>Intervención: Cada uno de los participantes recibía al menos una visita mensual de un gestor de casos siguiendo un plan de atención y tenían que cumplir estos criterios: ≥65 años, vivir en una vivienda ordinaria, necesitar asistencia en dos o más actividades autodeclaradas de la vida diaria, tener al menos dos ingresos hospitalarios o al menos cuatro visitas en atención ambulatoria 12 meses antes de la inscripción.</p> <p>Tiempo: 12 meses.</p> <p>Variables: La soledad, los síntomas de la depresión y la satisfacción con la vida.</p> <p>Herramientas: La soledad se midió mediante 1 pregunta de 3 ítems, la depresión mediante la escala de Geriátrica-20 (GDS-20) y la satisfacción con la vida mediante la escala Likert.</p> <p>Calidad metodológica: No realizada.</p>	No procede	La intervención de un gestor de casos en una persona mayor en soledad no deseada puede tener un efecto a los 6 meses del inicio. Esta atención puede cubrir algunas dimensiones de la soledad relacionadas con los aspectos sociales, sin llegar a ser un efecto sostenible. Debido a la complejidad de la soledad, las intervenciones sociales dirigidas al apoyo social y las habilidades sociales no son las estrategias más efectivas para combatir la soledad. Una mejora de la gestión de casos debería incluir un enfoque más estructurado y basado en la evidencia para evaluar e intervenir específicamente la soledad.	No procede

Continuación Tabla 5 - Resumen de los artículos analizados. Fuente: Elaboración propia.

Referencia, año, país	Casp-e-Evidencia	Objetivos	Metodología	Resultados		
				Objetivo 1	Objetivo 2	Objetivo 3
Librada Flores S et al, 2021, Spain ²⁶ .	<p>Casp-e: 10/10</p> <p>Reco: 1a-A</p>	<p>Diseñar un método propio teórico-práctico de CCC replicable a otras comunidades y ciudades permitiendo la extensión de las CCC a ciudades de España y Latinoamérica.</p>	<p>Revisión sistemática.</p> <p>Bases de datos: MEDLINE, EMBASE, Web of Science, CINAHL y Google Scholar.</p> <p>Criterios de inclusión: Artículos científicos o informes y estudios con evaluaciones del desarrollo de Comunidades Compasivas publicados entre 2000 y 2018 e idioma inglés o español.</p> <p>Artículos seleccionados inicialmente: 112</p> <p>Artículos seleccionados para la revisión: 31 (4 Estudios de intervención, 4 revisiones sistemáticas, 17 estudios descriptivos y 6 cualitativos).</p> <p>Variables: Necesidades de los pacientes, calidad de vida, cuidador principal y soledad.</p> <p>Herramientas: Protocolo RedCuida, Barthel, Lawton, Brody adaptado, EUROQOL 5D, Escala de Zarit reducida y de Escala ESTE II.</p> <p>Calidad metodológica: Recomendaciones **GRADE</p>	No procede	<p>No solo debe ajustarse a servicios sanitarios, sino abarcar otros sectores y condiciones sociales, relacionadas con el estado de salud y sus condiciones de vida. Este punto de vista integrador condiciona, la respuesta que puedan dar los profesionales sanitarios a las necesidades sociales desde su ámbito de trabajo y la coordinación y el apoyo con otros servicios sociales y la comunidad. En la práctica, la atención comunitaria es el proceso en el que intervienen los servicios públicos, las instituciones y la comunidad y, a su vez una modalidad de actuación y un instrumento para abordar problemas relacionados con la salud.</p>	<p>Las CCC muestran la mejora de la calidad de vida y bienestar de las personas con enfermedad avanzada y final de vida, el aumento de las redes de cuidados y acompañamiento, un mayor número de necesidades satisfechas en las personas, la disminución de la ansiedad, depresión y soledad de los pacientes, y una mayor satisfacción de familiares. Las CCC implican a la sociedad en su conjunto. Al mismo tiempo, destacaron la necesidad de una mejor educación sobre la Compasión en los profesionales sanitarios. Se realizó un estudio respecto a la soledad, calidad de vida y satisfacción con la intervención comunitaria en el que todos los parámetros mejoraron con la CCC.</p>

Continuación Tabla 5 - Resumen de los artículos analizados. Fuente: Elaboración propia.

Referencia, año, país	Casp-e-Evidencia	Objetivos	Metodología	Resultados		
				Objetivo 1	Objetivo 2	Objetivo 3
Librada Flores S et al, 2018, Spain ²⁷ .	Casp-e: 9/10 Reco: 1a-A	Describir un método diseñado para desarrollar CCC al final de la vida.	<p>Revisión sistemática.</p> <p>Bases de datos: No detallado. Búsqueda de modelos para el desarrollo de comunidades compasivas durante un año (enero 2014 - diciembre 2014) para guiar los elementos y fases que podrían ayudar a crear un método sistematizado que ayude a las organizaciones. La ciudad de Sevilla (España) fue seleccionada para validar las fases del método y analizar los resultados.</p> <p>Artículos seleccionados inicialmente: 112.</p> <p>Artículos seleccionados para la revisión: 22 (16 informes y 17 organizaciones).</p> <p>Variables: CCC y final de la vida.</p> <p>Herramientas: No detallado:</p> <p>Calidad metodológica: No se realizó sin embargo, se establecieron alianzas con algunos de los principales promotores en ese momento en el desarrollo de comunidades compasivas para validar el método diseñado.</p>	No procede	No procede	La compasión ha motivado el desarrollo de programas orientados a crear comunidades y sociedades involucradas en el alivio del sufrimiento. El desarrollo de comunidades y ciudades compasivas comienza en cada uno de nosotros. El método "All with You" (Todos Contigo en español) se ha desarrollado con un enfoque sistemático que permite a cualquier persona interesada en construir comunidades o ciudades compasivas incluir todos los elementos descritos en la Carta de la Ciudad Compasiva.

Continuación Tabla 5 - Resumen de los artículos analizados. Fuente: Elaboración propia.

Referencia, año, país	Casp-e-Evidencia	Objetivos	Metodología	Resultados		
				Objetivo 1	Objetivo 2	Objetivo 3
Librada Flores S et al, 2020, Spain ²⁸ .	<p>Casp-e: 9/10</p> <p>Reco: 1a-A</p>	<p>Analizar la implementación, la metodología y la efectividad de los modelos de CCC al final de la vida.</p>	<p>Revisión sistemática.</p> <p>Bases de datos: MEDLINE, EMBASE, Web of Science, CINAHL y Google Scholar.</p> <p>Criterios de inclusión: Estudios cualitativos, cuantitativos y de métodos mixtos en inglés o español publicados entre 2000 y 2018.</p> <p>Artículos seleccionados inicialmente: 112.</p> <p>Artículos seleccionados para la revisión: 31 (4 Estudios de intervención, 4 revisiones sistemáticas, 17 estudios descriptivos y 6 cualitativos).</p> <p>Variables: CCC, final de la vida y soledad.</p> <p>Herramientas: EUROQOL 5D y Escala ESTE II.</p> <p>Calidad metodológica: Se evaluó mediante el sistema GRADE.</p>	No procede	No procede	<p>Los resultados revelaron que la compasión aumenta la humanidad y bondad para el dolor, angustia, ansiedad o necesidad de cada persona. Sin embargo, destaca la necesidad de una mejor educación sobre la compasión para los profesionales de la salud y sociales. A través de la intervención del administrador de casos se ahorraron un promedio de 93.000 dólares por año para el grupo de CCC.</p>
<p>*ECA: Ensayo Clínico Aleatorio; †GC: Grupo control; ‡GE: Grupo experimental; ¶CCC: Comunidades y Ciudades Compasivas; **GRADE: Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation system.</p>						