



Trabajo Fin de Grado

Revisión bibliográfica y diseño de proyecto de intervención
para personas mayores en situación de soledad

Literature review and design of an intervention project for
older adults in situations of loneliness

Autora

Esther Pirla Coronas

Director

Javier Martín Peña

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo
2022/2023

ÍNDICE

Resumen.....	4
Introducción.....	5
1. Antecedentes.....	6
1.1 Delimitación de soledad y aislamiento social.....	7
1.2 El impacto de la soledad y el aislamiento social sobre la salud.....	8
1.3 Necesidad de intervención desde el Trabajo Social.....	9
2. Objetivos.....	10
3. Metodología.....	10
4. Resultados.....	11
4.1 Revisión bibliográfica.....	13
5. Diseño de proyecto de intervención.....	30
5.1. Objetivos generales y específicos.....	31
5.2. Principios de actuación.....	31
5.3. Análisis de los participantes.....	31
5.4. Fases de intervención.....	32
5.5. Actividades.....	33
5.6. Temporalización.....	36
5.7. Recursos.....	39
5.8. Evaluación.....	39
6. Conclusión	41
7. Referencias bibliográficas.....	42

Agradecimientos:

En primer lugar quiero agradecer a mi madre que me ha dado la oportunidad de poder elegir y estudiar la carrera que era mi sueño, por apoyarme en todo, por darme las alas necesarias para que esto fuera posible y por enseñarme, junto con mi abuela, que todo pasa por algo.

Agradecer también a Ana López, trabajadora social del Hospital San Juan de Dios de Zaragoza que me acogió desde el primer momento en mis prácticas, mostrándome su ayuda en todo momento, pero sobretodo por mostrarme y enseñarme valores tan necesarios para mi futuro y poder descubrir un trabajo que me apasiona.

Por último agradecer a Javier Martín Peña, director de este trabajo de fin de grado por guiarme en su realización, resolver todas mis dudas y por su dedicación en que esto saliese lo mejor posible.

RESUMEN

La soledad y el aislamiento social son problemáticas que están afectando a un número de personas cada vez mayor, se está convirtiendo en una pandemia a nivel mundial. Aunque estas problemáticas puedan afectar a cualquier sector de edades, las más afectadas son las personas mayores.

Los cambios demográficos y sociales en la población que se están produciendo en las últimas décadas, han generado un aumento de esperanza de vida que a su vez viene de la mano con un aumento de pérdida de las relaciones sociales en la etapa de la vejez. Sin embargo, siguen siendo necesarias para la vida y para cubrir las necesidades básicas y el bienestar emocional, físico y mental.

En este trabajo, se incide en su importancia, aproximándose a la soledad y al aislamiento social, a cómo incide en las personas mayores, además de hacer un estudio de intervenciones realizadas con personas mayores en situación de soledad en distintas partes del mundo. Posteriormente, se analizan los resultados del estudio y se diseña un proyecto de intervención para personas mayores de 65 años.

Palabras clave: Soledad, aislamiento social, personas mayores, intervención

ABSTRACT

Loneliness and social isolation are issues that are affecting an increasing number of people and are becoming a global pandemic. Although these issues can affect any age group, older adults are the most affected.

Demographic and social changes in the population that have been taking place in recent decades have led to an increase in life expectancy, which in turn is accompanied by a greater risk of losing social relationships in old age. However, social connections are still necessary for life and to cover basic needs as well as emotional, physical, and mental well-being.

This work emphasizes their importance by approaching loneliness and social isolation, how they impact older adults, and by studying interventions carried out with lonely older adults in different parts of the world. Subsequently, the results of the study are analyzed, and an intervention project is designed for people aged 65 and older.

Keywords: Loneliness, social isolation, older people, intervention

INTRODUCCIÓN

La soledad es un problema de salud pública relevante a nivel social y a nivel de salud en la actualidad que requiere de prevención y de intervención. Para combatirla, es importante fomentar las redes sociales y la participación comunitaria (Palma Ayllón & Escarabajal Arrieta, 2021, p. 24-25). Existen diversas formas de abordarla pero no todas son igualmente efectivas y dependerán, en gran medida, de las experiencias vividas, de la forma de intervención, de los medios para afrontarla, etc.

Durante mi periodo de prácticas en el Hospital San Juan de Dios de Zaragoza, pude observar cómo muchos de los pacientes con edad avanzada estaban o se sentían solos. Al ver de cerca cómo la soledad puede ser un factor determinante de la salud en muchos casos, me di cuenta de la gran epidemia silenciosa que está afectando a nivel mundial (Holt-Lunstad et al., 2015).

Para el presente trabajo, se ha realizado una búsqueda bibliográfica que ayude a poner en contexto la soledad, los tipos de soledad y cómo afecta en la salud. Además, he realizado una revisión bibliográfica de intervenciones realizadas con personas mayores, y unas encuestas a profesionales, para posteriormente con los resultados obtenidos, diseñar un proyecto de intervención.

1. ANTECEDENTES

Según Pinazo Hernandis & Donio-Bellegarde Nunes (2018), no existe una única definición de soledad, ya que esta puede ser clasificada en distintos tipos según las líneas teóricas de pensamientos desde la que se aborde la soledad. Dos de los términos más consensuados en la comunidad científica son aislamiento social y soledad se encuentran interrelacionados pero representan conceptos diferentes. El aislamiento social se refiere al estado objetivo de tener escasas o nulas relaciones sociales o contacto social con otras personas, mientras que la soledad implica un sentimiento subjetivo de estar aislado. Aunque aquellos que carecen de contactos o redes sociales pueden sentirse solos, es importante saber distinguir ambas situaciones (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020).

Como factores de riesgo intervenientes tanto para la soledad como el aislamiento social, es relevante la composición y la distribución de las familias ha cambiado en los últimos años, con tasas crecientes de divorcio, debilitando las redes de apoyo (de Jong Gierveld, 2003, p.96 citado por Bolton & Dacombe, 2020, p.69). Esto se debe a que las personas que han perdido a su cónyuge, han experimentado un riesgo mayor al invertir menos tiempo en desarrollar redes sociales más amplias, por lo que cuando lo pierden se quedan sin apoyo, siendo la viudez uno de los principales factores de riesgo de aislamiento social y de soledad.

La soledad en la tercera edad es una realidad influenciada por algunos factores y/o causas. Laforest (1991) identifica tres crisis asociadas al proceso de envejecimiento: la crisis de identidad, que involucra una serie de pérdidas que pueden afectar la autoestima; la crisis de autonomía, causada por el deterioro físico y la dificultad para realizar actividades cotidianas; y la crisis de pertenencia, que se experimenta al perder roles y grupos sociales debido a limitaciones físicas y otras circunstancias. Estas experiencias pueden ser especialmente difíciles durante la vejez y tener graves consecuencias emocionales.

Díez Nicolás & Morenos Páez (2015), crearon un modelo de regresión para explicar la soledad. En este modelo el sexo, la edad, la situación laboral, el nivel educativo y la clase social subjetiva no arrojaban datos estadísticamente significativos. Sin embargo, el estado civil, los ingresos mensuales totales en el hogar, la clase social objetiva y el hábitat de residencia, parecen contribuir de manera significativa a la explicación de la soledad.

- En cuanto al estado civil, los resultados reflejan que los casados o que conviven con la pareja son los que menos perciben la soledad, mientras que los solteros junto con los separados, divorciados o viudos son los que presentan un mayor sentimiento de soledad.
- En cuanto a los ingresos mensuales totales en el hogar, cuanto más altos son los ingresos, el sentimiento de soledad es menor.
- En el caso de la clase social objetiva, cuanto más alta es la clase social, mayor es la soledad, lo que podría justificarse con que estas personas son más mayores, con poca actividad laboral y con un nivel educativo más bajo.
- En el caso del hábitat de residencia, aquellas personas que viven en centros urbanos o metropolitanos, son más propensos a padecer soledad en comparación con las personas que viven en pequeños núcleos de población (ej.: pueblos), esto podría explicarse con la hipótesis de que en las pequeñas comunidades, la gente se acompaña mutuamente en situaciones de necesidad y hay una mayor relación entre los vecinos.

1.1 Delimitación de soledad y aislamiento social

Peplau, Russell y Heim (1979), han desarrollado una de las definiciones más aceptadas de la soledad no deseada, y la definen como una discrepancia entre las relaciones sociales que una persona desea tener y las que realmente tiene. Es decir, desde una percepción subjetiva, la red de relaciones sociales que posee una persona es menos satisfactoria de lo que realmente desea. Esta definición, diferencia por tanto la soledad no deseada del aislamiento social.

Según Cacioppo, Fowler y Christakis (2009), el aislamiento social se produce cuando una persona experimenta una carencia objetiva y prolongada de contactos sociales. Esto puede crear una experiencia negativa de soledad, angustia y sufrimiento, incluso cuando una persona posee redes sociales cercanas.

Como bien se ha expuesto anteriormente, existen diversos conceptos sobre la soledad, de un modo similar muchos autores han expuesto diferentes tipos de soledad. Para Young (1982), los tipos de soledad dependen de su duración, siendo estos: *soledad crónica*, que dura dos o más años y es el resultado de un sentimiento de insatisfacción con las redes sociales y con la dificultad para crearlas; *soledad situacional*, que surge tras un momento vital estresante como puede ser la viudedad o separación; y la *soledad pasajera* que es la más habitual y de menor duración. (Young citado por Pinazo Hernandis & Donio-Bellegarde Nunes, 2018, p. 28-29)

Hay autores que han expuesto más recientemente diferentes tipos de soledad, (Castro, 2015 citado por Pinazo Hernandis & Donio-Bellegarde Nunes, 2018, p.30-31), diferenció entre: *soledad objetiva*, se refiere a los rasgos objetivos de soledad y tiene que ver con existencia o carencia de relaciones sociales; *soledad emocional*, se incorpora la sensación personal de las prestaciones recibidas por el entorno; y *soledad sintónica*, resultado de falta de afinidad que se siente con respecto a la propia red social. Diez Nicolás & Morenos Páez (2015), mencionaron dos tipos: la soledad objetiva y la soledad emocional. La *soledad objetiva* se entiende desde el deseo o la elección de estar solo, y sería resultado de como se percibe la persona y de su propia valoración. Sin embargo, existe otra visión dentro de la soledad objetiva en la que se podrían distinguir dos tipos, la soledad buscada, que no suele ser lo común y el estar solo es una elección propia por lo que el propio individuo no tendría una sensación de soledad, y la soledad no deseada, en la cuál el individuo necesita de relaciones sociales pero carece de redes por lo que desembocaría en el segundo tipo, la soledad subjetiva.

La *soledad subjetiva* es vista como la soledad más alarmante, ya que es una soledad impuesta y que muchas veces está relacionado con sentirse solo aunque se tengan redes sociales, esto se puede dar por diversos motivos. Algunas de las razones pueden ser sentirse solos condicionado por la percepción propia, no sentir el acompañamiento emocional esperado, o tener dificultades para desenvolverse en la vida cotidiana, aislándose y creando carencias en las redes sociales. Según Luesia Blasco & Morel Liso (2018), cada uno de los tipos implica una demanda distinta. Por un lado, en la soledad objetiva, vivir solo es una forma de vida, que puede ser abordada mediante servicios y/o prestaciones. Mientras que en la soledad subjetiva sería estar solo, no ha sido elegida e implica un valor emocional, por lo que se tiene que abordar mediante una creación de redes sociales.

Según Cacioppo y Hawkley (2009), se desarrollan dos tipos de soledad: la *soledad aguda*, que es temporal y que tiene fin cuando se resuelven las causas por la que ha surgido; y la *soledad crónica*, que tiene

su origen por las situaciones personales experimentadas a lo largo de la vida y por la predisposición a aislarse y sentirse aislada (citado por Pinazo Hernandis & Donio-Bellegarde Nunes, 2018). La *soledad normal* y la *soledad patológica* es la clasificación según Luanaigh y Lawlor (2008), se diferencian en su duración (si es pasajera o permanente) y en función de la gravedad de la situación que la ocasiona (citado por Pinazo Hernandis & Donio-Bellegarde Nunes, 2018). Victor, Scambler, Bowling y Bondt (2005), hacen una clasificación en tres tipos: *soledad asentada*, estado permanente y que se encuentra influido por la personalidad, conducta y redes sociales con una duración larga; la *soledad de inicio tardío*, quiere dar respuesta a las pérdidas que se han desarrollado a lo largo de la vejez; la *soledad en descenso*, está correlacionada con las experiencias personales que han causado un descenso del nivel de soledad en comparación con la percepción de dicha soledad en años pasados (citado por Pinazo Hernandis & Donio-Bellegarde Nunes, 2018).

1.2 El impacto de la soledad y el aislamiento social sobre la salud

Se han identificado diversos efectos tanto mentales como físicos asociados a la soledad en los seres humanos. Es importante tener en cuenta que, al estudiar los efectos de la soledad en la salud, se ha encontrado que los efectos de la soledad se acumulan con el tiempo y aceleran el proceso de envejecimiento fisiológico.

Diez Nicolas y Morenos Páez (2015), indican que la soledad está estrechamente relacionada con la enfermedad, especialmente cuando el aislamiento es impuesto. Es por ello que la falta de redes sociales se asocia con problemas de salud. Diversos autores han encontrado una asociación entre la ausencia de relaciones sociales con un aumento significativo de mortalidad y morbilidad (Perissinotto, et al., 2019; Cohen-Mansfield et al., 2016; Friedler et al., 2015).

Newall et al. (2014), contrastaron que los individuos con redes sociales y que son partícipes socialmente, pasan estancias más cortas en los hospitales y tienen menor riesgo de reingreso. Sentirse solo, está relacionado con muerte prematura, un mayor riesgo de enfermedad coronaria o enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular, depresión, deterioro y un mayor riesgo de Alzheimer (Dayson, Harris & Woodward, 2021).

El Plan de Salud de Aragón 2030, identifica el colectivo de las personas mayores como un grupo vulnerable en el que la soledad está aumentando y propone medidas para combatirla. Para su consecución, la Dirección General de Salud Pública (2019), ha establecido las causas de la soledad en las personas mayores, las cuáles incluyen la pérdida de seres queridos y de su red social, generando una disminución de la autoestima, la autopercepción y por ende crisis de identidad. Los bajos ingresos pueden elevar la probabilidad de que los mayores no puedan acceder a los servicios y recursos adecuados, debido a la falta de recursos económicos. Además, el envejecimiento físico y las enfermedades, llevan a una disminución en la autonomía, deterioro cognitivo y movilidad. Por último, los estereotipos negativos y falsos hacia las personas mayores, generan una estigmatización del colectivo, limitan su desarrollo, e influyen en sus concepciones, autopercepción y actitudes.

Estas causas llevan a unas consecuencias en la salud como son: ansiedad, depresión, suicidio, deterioro cognitivo y demencia, insomnio, miedo, percepción de amenaza, mortalidad temprana, riesgo de sufrir accidentes domésticos, riesgo de sufrir abusos y maltratos, y progresión de enfermedades cardíacas,

obesidad diabetes o Alzheimer. Según National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2020), existe cierta evidencia de que la magnitud de los efectos de mortalidad del aislamiento social puede ser comparable a mayor que otros factores de riesgo como el tabaquismo, la obesidad y la inactividad física. Otra investigación ha establecido que el aislamiento social y la soledad están relacionados con condiciones de salud específicas como: enfermedades cardiovasculares y accidentes cerebrovasculares, demencia, depresión, ansiedad e incluso con otros factores como el suicidio. Además, el aislamiento físico y social, puede aumentar la probabilidad de sufrir un abuso, ya que son más vulnerables, sobretodo en las personas mayores.

Según Holt-Lunstad (2021), un metanálisis de datos epidemiológicos, encontró que la soledad está asociada con el riesgo de muerte prematura en un 26%, el aislamiento social en un 29% y vivir solo en un 32%. Estos resultados arrojan unos datos significativos en cuanto a la mortalidad. Otros datos, muestran que tener redes sociales y estar conectados a ellas aumenta las probabilidades de supervivencia en un 50%. Estos resultados demuestran que se debe poner el foco de atención y derivar recursos para prevenir en salud.

1.3 Necesidad de intervención desde el Trabajo Social

Desde sus orígenes, el Trabajo Social ha puesto el foco en la atención a las personas mayores. En los últimos años, es cuando ha habido un aumento de la demanda de servicios para este colectivo. Este hecho se debe al ya conocido incremento en la esperanza de vida, lo que provoca un aumento de este colectivo en la población. El trabajo social gerontológico es definido por Martín & Bravo (2003) como:

“la práctica y disciplina científica que se encarga de conocer las causas y los efectos de los problemas sociales individuales y colectivos de las personas mayores y de cómo lograr que dichas personas asuman una acción organizada tanto preventiva como transformadora para superarlos.”

Según Martín (2012), el Trabajo Social Gerontológico se refiere a la práctica y la doctrina científica que se enfoca en analizar las causas y consecuencias de los problemas sociales, tanto individuales como comunitarios, que enfrentan las personas mayores. El objeto de intervención de esta disciplina es la persona mayor que, en interacción con su entorno, se encuentra en una situación de necesidad o tiene el deseo de mejorar y progresar.

Desde el Trabajo Social Gerontológico se llevan a cabo funciones tanto de atención directa como de atención indirecta. Según Filardo Llamas (2011), las funciones que se van a describir a continuación, se desarrollan en contextos sociosanitarios, y actuando según el método básico de trabajo social, proporcionando al colectivo de las personas mayores los recursos que más se les adaptan. La funciones de atención directa son:

- Preventiva: Detectar y prevenir con anticipación a los problemas sociales que afecte al colectivo para evitar el riesgo de aislamiento social o soledad.
- Promocional: Fomentar la participación de dicho colectivo en las actividades del entorno, potenciando sus capacidades.
- Asistencial: Motivar a las personas mayores a utilizar los recursos que tienen al alcance.

- Rehabilitadora: Facilitar la reinserción de las personas que hayan sufrido alguna disminución de sus capacidades.

Las funciones de atención indirecta son un poco diferentes en el caso de ambos autores.

- Coordinación: Promoción de los recursos existentes en la comunidad para resolver y anticipar problemas sociales.
- Gestión y tramitación: Tramitar los recursos existentes para intervenir.
- Documentación: Conocer los datos que se tienen sobre las personas usuarias, sus familias y su entorno para poder crear un plan de intervención individualizado.
- Planificación y evaluación: Organizar la metodología de la intervención. La planificación se encuentra unida a la evaluación para ir realizando las mejoras oportunas según el grado de satisfacción de los individuos.

Las intervenciones analizadas de las siguientes revisiones bibliográficas son variadas, y en muchas de ellas no se encuentra el papel del trabajo social, más adelante se analizarán los resultados de dicha revisión pero es importante mencionar la necesidad de figuras especializadas en cuanto a intervenciones se refiere, ya que pueden garantizar la calidad y el bienestar de estas personas mayores, además de conducirles a los recursos y servicios existentes más oportunos para paliar esta situación.

2. OBJETIVOS

Objetivo general:

Realizar una revisión bibliográfica y una propuesta de intervención, a raíz de los resultados, para personas mayores en situación de soledad.

Objetivos específicos:

1. Realizar una revisión bibliográfica de intervenciones realizadas con personas mayores en soledad, y posteriormente analizar las debilidades y fortalezas de dichas intervenciones.
2. Realizar un diseño de proyecto de intervención para personas mayores en soledad.

3. METODOLOGÍA

El Trabajo de Fin de Grado realizado consta de diversas fases. La primera abarca la elección de las líneas de intervención, resultado de una búsqueda de proyectos y estudios realizados con anterioridad con el objeto de determinar los posibles temas a tratar y su elección. La segunda fase define los objetivos que persigue este estudio a partir de los cuales se desarrolla el índice, que recoge los diversos apartados del presente Trabajo. La tercera fase está destinada a la búsqueda y recopilación bibliográfica de diferentes artículos y proyectos, que estudian y tratan las cuestiones e inquietudes que plantea este proyecto. La cuarta fase en la que se analizan los diferentes estudios seleccionados y la realización de una tabla que recoja y

sintetice la información recopilada. Por último, tras el análisis de los aspectos débiles y fuertes del estudio bibliográfico y tras esclarecer las necesidades detectadas, este trabajo culmina en una quinta fase que recoge un diseño de un proyecto de intervención.

Así pues, para la obtención de las fuentes bibliográficas necesarias para este TFG, se ha hecho uso de las diferentes plataformas académico/científico que facilita la Universidad de Zaragoza, que son Dialnet y Zaguán, además de las correspondientes búsquedas en Google Académico. Las palabras clave de esta búsqueda han sido “soledad”, “personas mayores”, “aislamiento social”, “intervenciones” y “factor de riesgo”. A lo anterior hay que añadir la búsqueda de palabras clave en inglés como “loneliness”, “older people”, “social isolation”, “interventions” y “risk factor”, en plataformas como Scopus y Web of Science (WOS), ya que gran parte de las intervenciones y artículos se han desarrollado en dicho idioma. Para escoger los estudios y las intervenciones de interés, se ha filtrado y reducido la búsqueda en los últimos 8 años, es decir, los artículos que se han ido publicando desde 2015 en población mayor de 65 años. Esto se debe al creciente interés desde el 2015 por intentar paliar los efectos de la problemática de la soledad antes de que se convierta en una epidemia a nivel mundial, debido al cambio demográfico y social que se ha ido produciendo en la sociedad. (Hold-Lunstad et al., 2015).

Para la realización de la revisión bibliográfica, se han tenido en cuenta los autores, el tamaño de la muestra de la población sobre la que se ha realizado la intervención, si se ha dado a nivel grupal o individual, el lugar y el período en el que se ha llevado a cabo, los resultados de la intervención, si ha habido evaluación de dicha intervención o no, etc. Todo ello se recoge y se sistematiza en unas tablas, facilitando la comparación entre las distintas intervenciones.

En última instancia, y de cara a diseñar una propuesta inicial de intervención, se parte de los resultados obtenidos de la revisión sobre intervenciones. Además, gracias a la tabla 1, se puede diseñar un proyecto para llevar a cabo una intervención con personas mayores en situación de soledad y cumplimentar las conclusiones del Trabajo.

4. RESULTADOS

En la revisión bibliográfica que se puede observar en la tabla 1, se analizaron 30 intervenciones realizadas con personas mayores en situación de soledad y/o aislamiento social. Para cada intervención se recogieron los siguientes ítems desarrollados por columnas: autoría-país-año, objetivos, duración, actividades realizadas, naturaleza de la intervención y muestra, y evaluación, cuestionarios y escalas utilizadas. Se realizó un análisis exhaustivo aplicando las palabras clave recogidas en la metodología, hasta encontrar los 30 artículos que encajaran en dicha tabla. Es por ello, que de los estudios seleccionados se puede observar bastante heterogeneidad en el tipo de intervenciones realizadas como reuniones grupales, promoción de la salud, intervenciones tecnológicas, etc.

En cuanto a los resultados obtenidos en la revisión bibliográfica, podemos encontrar que muchas de las intervenciones realizadas no cuentan con cuestionarios y escalas para medir la soledad o el aislamiento social. Además, algunas de las que cuentan con estas escalas solamente las aplican tras realizar la intervención, por lo cual es complicado clarificar las diferencias existentes a priori y a posteriori. Las intervenciones que no cuentan con escalas, utilizan cuestionarios de satisfacción o encuestas cualitativas que

se realizan tras la intervención. Esto puede llevar a falsos resultados o a resultados con efectos temporales que no permanecen a largo plazo. Otro rasgo a destacar es el tamaño de la muestra de las distintas intervenciones. En muchas de ellas hay una muestra muy pequeña, por lo cual no sería considerada representativa, además del sesgo de la muestra que se da en estos casos. También existen algunas intervenciones en las que no han seleccionado una muestra específica, por lo cual los resultados de dicha intervención podrían llevar a errores a la hora de analizarlos.

También es importante la duración de las intervenciones. Así, no es lo mismo realizar una intervención durante un par de meses y analizar unos resultados conseguidos en este periodo, que realizar una intervención de casi 1 año. Igualmente, es importante el tiempo que se dedique a las actividades de las intervenciones, ya que hay algunas que solo se interviene entre 1 y 2 horas, un día a la semana, mientras que encontramos otras que dos días por semana se realiza una intervención durante dos horas y media y se trabaja posteriormente de manera autónoma de cara a la siguiente sesión. Incluso hay intervenciones que se han llevado a cabo durante un periodo de 6 años. Además, es importante remarcar que en algunas de las intervenciones se ha llevado a cabo un seguimiento a posteriori de la situación de las personas participantes, mientras que en otras intervenciones no ha existido este seguimiento.

En cuanto a la naturaleza de las intervenciones, hay algunas que solamente son realizadas a nivel individual, otras a nivel grupal y otras que son mixtas. Las intervenciones grupales conducen a una mayor red de apoyo social más amplia y a una disminución de la soledad mayor que las individuales. Por último, destacar que, en muchas de las intervenciones grupales, se puede observar que en las evaluaciones se recogen sentimientos compartidos, se sienten escuchados y comprendidos, construyen relaciones sociales que posteriormente se pueden mantener y contribuye a una mejora en la inclusión social de los participantes.

4.1 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

	Tabla 1. INTERVENCIONES REALIZADAS CON PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE SOLEDAD Y/O AISLAMIENTO SOCIAL						
	Autoría-año-país	Descripción breve de la intervención	Objetivos	Duración	Actividades realizadas	Naturaleza de la intervención y muestra	Evaluación. Cuestionarios y escalas utilizadas
1	Alaviani, M., et al. – 2015- Irán	Se realizó una investigación de un programa para mujeres de entre 60 a 74 años que fueron derivadas de los Centros de Salud urbanos de Gonabad con un nivel de soledad moderado.	Determinar el efecto de un programa multiestratégico basado en el modelo de Promoción de la Salud de Pender para prevenir la soledad de las mujeres mayores mediante la mejora de las relaciones sociales.	De enero a noviembre de 2013. 4 sesiones (2/semana) de 60 minutos.	Lectura, jardinería, caminar en grupo, participar en reuniones del Corán, visitar niños, etc.	Grupal. N= 150	Se observaron diferencias significativas. La soledad disminuyó, la auto eficacia social percibida y las influencias interpersonales aumentaron. Escala de Soledad de UCLA y Cuestionario de Promoción de la Salud de Pender.
2	Bolton, E. & Dacombe, R.- 2020- Reino Unido	Se creó un proyecto piloto de círculos de apoyo en el que se realizan entrevistas semiestructuradas sobre la soledad, permitiendo a los participantes libertad para comunicar lo que sienten en cuanto a este problema que enfrentan.	Reducir el riesgo de ingresos hospitalarios entre personas mayores socialmente aisladas y facilitar el acceso a los servicios de las personas que permanecen en sus hogares.	No especifica.	Entrevistas semiestructuradas.	Individual. N= 7	No.

3	Briones Peralta, M.A., et al.- 2022- España	<p>La intervención se llevó a cabo con usuarios de una residencia pública durante el confinamiento por el Covid-19. Se realizaron grupos de entre 3 y 8 participantes, y alguna persona que por diversas razones tuvo que realizar la intervención de manera individual. Se impartieron talleres llevados a cabo por profesionales, además de la incorporación de TICS en algunos de los talleres.</p>	<p>Valorar los resultados de un programa de intervención multidisciplinar en relación a la soledad, apoyo social, estado emocional y actividad física en personas mayores institucionalizadas y sometidas a confinamiento para prevenir contagios.</p>	3 meses (3 horas/ día).	<p>Tareas de estimulación cognitiva, actividades sobre habilidades sociales, relajación, videollamadas y uso de WhatsApp, ludoterapia, talleres funcionales, psicomotricidad, musicoterapia, gestión de papeles o cuentas del exterior, gerontogimnasia, programas de rehabilitación, talleres para el uso de mascarilla, etc.</p>	Grupal e individual. N= 45	<p>Los resultados mostraron diferencias significativas antes y después del programa en cuanto a soledad y aislamiento social.</p> <p>Cuestionario de Apoyo Social Funcional de Duke y Escala de soledad Jong Gierveld.</p>
4	Coll-Planas, L., et al.- 2017- España	<p>Se realizó un estudio exploratorio de una intervención comunitaria y psicosocial con un seguimiento de 2 años. Se seleccionaron tres centros de atención primaria para</p>	<p>Explorar la factibilidad de la intervención en áreas mixtas rural-urbanas y urbanas de diversos niveles socioeconómicas.</p> <p>Evaluuar los efectos inmediatos y a largo</p>	De enero a junio de 2012. 15 semanas. 1,5 h/semana.	<p>Visita a siete centros de mayores, cuatro bibliotecas, una asociación de vecinos, un museo, un centro comunitario y un centro cultural donde se</p>	Grupal. N= 38	<p>No se encontraron efectos inmediatos en la salud, pero permitió detectar efectos inmediatos en la soledad, apoyo social y participación.</p> <p>Síntomas depresivos disminuyeron a los 2 años. No se encontró</p>

		<p>implementar la intervención en un contexto mixto rural-urbano con nivel socioeconómico medio y contexto urbano con nivel socioeconómico bajo y medio. Las personas mayores fueron reclutadas y capacitadas como voluntarias.</p>	<p>plazo entre participantes mayores sobre soledad, aspectos estructurales y cognitivos, salud percibida, calidad de vida y uso de los servicios de salud.</p>		<p>realizaron: tres sesiones de cuentacuentos, Dos encuentros informales regulares, un taller de artesanía, una película, una entrega de premios de literatura, dos presentaciones de bancos de tiempo y una conferencia sobre salud.</p>		<p>disminución significativa de visitas médicas.</p> <p>Escala de Soledad de Jon Gierveld, Escala de depresión GSD-5.</p>
5	Coll-Planas, L., et al.-2021-España	<p>Se realizó un programa grupal semanal denominado “Caminos: de la soledad a la participación” para paliar la soledad de las personas mayores fomentando el apoyo entre iguales y la participación en bienes de la comunidad. Los datos se recolectaron a través de tres grupos y</p>	<p>Explorar las experiencias de soledad y participación de los participantes antes del programa y los beneficios percibidos.</p>	<p>De diciembre de 2011 a julio de 2012, 15 semanas, 1 sesión por semana de una hora y media.</p>	<p>Entrevistas semiestructuradas y actividades grupales relacionadas con la salud y factores socioeconómicos.</p>	<p>Grupal. N= 38</p>	<p>La soledad disminuyó y la participación social y el apoyo aumentaron significativamente.</p> <p>Escala de soledad de Jon Gierveld.</p>

		41 entrevistas semiestructuradas.					
6	Daban, F., et al.- 2021- España	Se realizó un estudio a raíz de una intervención para mejorar la salud mental y el bienestar en personas mayores aisladas en su casa debido a barreras arquitectónicas. La intervención fue desarrollada por un grupo de trabajo que realizó la evaluación de las necesidades de salud. La intervención fue facilitada por voluntarios que usaban una silla de ruedas portátil.	Explorar los efectos en la salud de una intervención de salud comunitaria en personas mayores que se encuentran aisladas en sus hogares debido a problemas de movilidad o barreras arquitectónicas, para identificar características asociadas y evaluar la satisfacción de los participantes.	Desde mayo de 2010 hasta diciembre de 2015.	Salidas semanales individuales con actividades como visitas a amigos, caminatas cortas, ir al mercado, ir a la iglesia, etc. Salidas grupales (1 vez/mes) como visitas a la ciudad, actividades culturales y dinámicas de grupo.	Individual y grupal. Inicialmente: 147 personas. N= 135	La autopercepción de la buena salud y de la salud mental mejoró. Tuvo un efecto positivo en la ansiedad. Cuestionario de Salud General (GHQ-12) y Escala de calidad de vida EuroQol.
7	Dayson, C., et al.- 2021- Reino Unido	Una iniciativa que se realizó para hacer un estudio de casos cualitativo mediante intervenciones individuales y grupales a través de 16	Explorar la relación entre soledad y la salud mental en el acceso de las personas mayores a las intervenciones realizadas mediante el sector voluntario.	Seis años, de 2015 a 2021.	Entrevistas semiestructuradas individuales y grupales, asistencia a eventos y actividades y apoyo terapéutico.	Individual y grupal. Individual: 17 personas. Grupal: 20. N= 37	Las intervenciones terapéuticas individuales son beneficiosas cuando la soledad está relacionada con un bajo bienestar mental y emocional con problemas complejos para construir redes

		intervenciones diferentes.	Entender cómo estas intervenciones pueden influir en la salud mental.				sociales, mientras que las grupales son beneficiosas.
8	Gandy, R., et al.- 2017- Reino Unido	Se realizó una evaluación de un programa de vida activa para personas mayores de 50 años. El programa estableció un apoyo comunitario preventivo para las personas mayores con el fin de ayudarlos a mejorar su bienestar, salud física y mental.	Medir las experiencias de las personas mayores al participar en el programa, identificar los impactos en sus salud y bienestar y sus sugerencias para el desarrollo de servicios.	Desde enero de 2012 hasta diciembre de 2014.	Ejercicio físico, educación/información, TIC, grupo de apoyo.	Grupal. N= 197	Hubo beneficios en términos de salud, bienestar, calidad de vida y reducción del aislamiento social, encontrando interconectividad entre estos beneficios.
9	Heo, J., et al.- 2015- EEUU	Se realizó una investigación sobre el uso de Internet y cómo influye en el bienestar de las personas mayores. El estudio utilizó datos del Estudio de Salud y Jubilación de EEUU de 2008 para escoger una muestra representativa a nivel nacional y encuestarlos.	Desarrollar un modelo de investigación integrador para determinar la naturaleza de las relaciones entre el uso de Internet, la soledad, el apoyo social, la satisfacción con la vida y el bienestar psicológico.	Desconocido.	Uso de Internet.	Individual. N= 5203	El apoyo social media parcialmente la relación entre el uso de Internet y el bienestar. Hubo una mitigación del efecto negativo de la soledad sobre el bienestar. Medidas de Bienestar psicológico de Ryff, Escala de satisfacción con la vida (SWLS),

							escala reducida de soledad de Hughes.
10	Hernández-Ascanio et al.- 2022-España	Se seleccionaron dos grupos con personas de 65 años en adelante, un grupo experimental con el que se realizó una intervención sistematizada multicompetente y un grupo de control con el que se realizó el seguimiento. La intervención se llevo a cabo por estudiantes de enfermería y voluntarios con experiencia. Durante la intervención se estimuló a los mayores a encontrar soluciones para el aislamiento social de manera que sintieran que llevaban las riendas de las conversaciones y visitas para empoderarlos.	Evaluar el efecto de una intervención multicompetente sobre la reducción del aislamiento social y la soledad y la mejora de la calidad de vida en adultos mayores que viven en la comunidad.	La intervención duró 4 meses y el seguimiento 6 meses.	6 sesiones presenciales domiciliarias de al menos 30 minutos, intercaladas con 5 llamadas telefónicas de al menos 20 minutos.	Individual. Grupo experimental: 63 personas Grupo de control: 56 personas. N= 119	Los resultados no muestran la eficacia de la intervención, aunque se mejoran las puntuaciones de soledad emocional. Escala de Soledad de UCLA, Cuestionario Apoyo Social Funcional de Duke, Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg.
11	Hwang, J., et al.- 2018-Reino Unido	Programa comunitario denominado Walk 'n' Talk for your Life, de socialización, educación para la	Prevenir la soledad y el aislamiento social que están asociados con el deterioro físico y cognitivo en	12 semanas, 2 veces por semana, 2 horas y media por día.	Acondicionamiento físico (45 minutos), caminata grupal basada en un podómetro (30	N= 79	Recopilación de datos incompleta (Evaluación de 16 personas). Impacto

		salud, ejercicio para la prevención de caídas y caminatas para personas mayores para determinar la eficacia de los programas de ejercicios comunitarios para reducir la soledad y el aislamiento social.	las personas mayores.		minutos), sesión interactiva de educación para la salud (60 minutos) y socialización abierta (20 minutos). Todas ellas cada día.		positivo en los sentimientos de soledad, bienestar psicosocial y físico y sentido de pertenencia. Escala de Soledad de Jong Gierveld, Escala de Soledad de UCLA y Escala de red social de Lubben.
12	Jones, M., & Ismail, S.U.- 2022- Reino Unido	Se realizó un estudio de un programa de alimentación saludable en el que participaban personas mayores institucionalizadas y niños, para promocionar las relaciones intergeneracionales.	Promover las relaciones intergeneracionales, el bienestar y los beneficios dietéticos entre residentes mayores de residencias y niños.	26 meses.	Cultivo, cocina, alimentación y actividades comunitarias.	Grupal. No se especifica participantes, ya que las entrevistas se realizan a 37 personas del personal, pero 12 residencias y colegios participaron en el programa.	Las personas mayores mejoraron su estado de ánimo, nuevas conexiones personales y alivio de los sentimientos de soledad.
13	Jones, R.B. et al.- 2015- Reino Unido	Se programaron dos intervenciones principales (a nivel individual y a nivel grupal). Los	Evaluar la viabilidad y la carga de trabajo de reclutar voluntarios de 50 años o más y	Intervención individual: 8 visitas (12 horas de promedio).	Uso básico del ordenador, cómo conectarse y buscar en internet, compras online,	Individual y grupal.	Aumento de contactos sociales, reducción de la soledad y mejora del bienestar mental.

		<p>participantes que se pensaba que estaban más aislados fueron asignados a apoyo individual. Las sesiones de intervención estuvieron enfocadas en el uso de internet. Los voluntarios ayudaron a manejar los ordenadores a los participantes.</p>	<p>apoyarlos para que ayuden a las personas de 65 años o más a conectarse en línea.</p> <p>Evaluar el impacto del uso de Internet en el contacto con los demás, la soledad, la salud mental, la satisfacción con la vida y la independencia.</p> <p>Evaluar como percibieron el valor de estar en línea.</p>	<p>Intervención grupal: 6 visitas (12 horas de promedio).</p>	<p>uso del correo electrónico, Skype, FaceTime, y noticias y entretenimiento en línea.</p>	<p>Ayuda personalizada: 58 personas.</p> <p>Grupo de ayuda: 86 personas.</p> <p>N= 144</p>	<p>Escala de Soledad de Jong Gierveld, Escala de Bienestar Mental de Warwick-Edinburgh, Escala de red social de Lubben.</p>
14	Khan, A. & Bolina, A. – 2020- Reino Unido	<p>Se realizó un programa que consistía en realizar caminatas grupales. Se realizó una búsqueda en los registros médicos para identificar a los pacientes que más se beneficiarían y se les contactó por teléfono. Además se colocaron carteles publicitarios en salas de espera y áreas clínicas.</p>	<p>Probar la viabilidad de un grupo de caminata semanal para reducir la soledad dentro de la comunidad e identificar las motivaciones y razones de los participantes para participar.</p>	<p>2 semanas. 1 hora por sesión.</p>	<p>Caminatas por el río Támesis.</p>	<p>Grupal.</p> <p>N= 12</p>	<p>Los participantes asocian caminar con la mejora de salud física. Las caminatas les provocan dificultad para conversar y por tanto no se encuentran resultados de mejora en cuanto a la soledad.</p>

15	Kikuchi, M.-2021- Japón	Se realizó un estudio con participantes de zonas rurales de Japón que participaban regularmente en clubs para personas mayores.	Contribuir significativamente a apoyar una vida sana e independiente en las comunidades rurales donde cada vez es más difícil conectarse socialmente.	Desde julio de 2019 hasta enero de 2020.	Actividades sociales con interacción directa con amigos y vecinos y mantenimiento de redes sociales con uso de las TIC.	Grupal. N= 10	Manifestaron sensación de seguridad y sus relaciones sociales se fortalecieron mediante las interacciones diarias.
16	Lapena, C., et al.-2020-España	Se creó un programa de intervención comunitaria semanal en dos barrios desfavorecidos de Barcelona tratando temas relacionados con la salud. Las sesiones fueron dirigidas por expertos vinculados a los barrios que promovieron recursos disponibles y realizaron sesiones dinámicas.	Explorar las percepciones de participantes y organizadores sobre la implementación, identificando barreras y facilitadores. Describir los beneficios percibidos de la intervención sobre la soledad y el aislamiento social.	Entre enero y junio de 2015.	22 sesiones grupales semanales con discusiones sobre temas relacionados con la salud biológica, psicológica y social, hablar de sentimientos y experiencias, cantar o bailar juntos y participar en actividades relacionadas.	Grupal. N= 26	Según las entrevistas cualitativas, la intervención comunitaria parece tener un potencial importante para mejorar la calidad de vida y disminuir el aislamiento social y la soledad.
17	Malyn, B.O., et al.-2020- Reino Unido	Se realizó un estudio cualitativo de un programa terapéutico de tres grupos comunitarios de lectura y escritura analizando	Mejorar la capacidad de los profesionales para implementar las intervenciones y contribuir al	No especifica.	Reuniones grupales semanales donde los miembros comparten y discuten los escritos que han completado en	Grupal. N= 12	Según las entrevistas, los hallazgos sugieren que la lectura y escritura de grupos podría ser efectiva como intervención para reducir el

		posteriormente la relación con ellos mismos y con los demás. Para ello se realizaron entrevistas semiestructuradas y se analizaron mediante un análisis temático de Braun y Clarke (2006).	desarrollo de una teoría sólida. Analizar la eficacia para reducir el aislamiento social y la soledad.		casa en base a un tema proporcionado la anterior semana. Después se realiza una discusión grupal y una tarea de escritura espontánea de entre 5 y 10 minutos.		aislamiento social y la soledad en la edad adulta, pero se deben realizar investigaciones para justificar la eficacia.
18	McGoldrick, C., et al.- 2017- Reino Unido	Se realiza una evaluación del 'Servicio de Amistad y Rehabilitación', mediante entrevistas realizadas a las personas mayores y cuidadores. Este servicio se lleva a cabo con el fin de reducir la soledad, el duelo, la mala salud o las autolesiones, entre otras.	Apoyar a las personas mayores en sus aspiraciones. Reducir el aislamiento social, soledad y pobreza. Permitir que las personas mayores vivan de forma segura e independiente en sus hogares. Fomentar el envejecimiento activo y bienestar. Anticipar sus problemas para prevenir intervenciones más costosas.	No especifica, pero los participantes llevan al menos dos o tres meses de experiencia en el programa.	Aprender a administrar el dinero, cuidarse mejor, mantener contacto con redes, ser tratado con dignidad, cuidarse a sí mismo, mantenerse a salvo.	Grupal e individual. Dos grupos de 25 personas mayores. 6 cuidadores. N= 56	Según los datos recopilados, el programa facilita el bienestar de las personas mayores. Cuestionario ASCOT y Escala OPOS.
19	Milligan, C., et al.- 2015- Reino Unido	Se realizó un estudio de programas de cobertizos dirigido para hombres	Ofrecer información sobre cómo los cobertizos pueden no solo involucrar a	No especifica.	Cobertizos para hombres con actividades como: fabricación de	Grupal. N= 62	Según las entrevistas realizadas, el programa tiene implicaciones importantes para la

		mayores en los que realizaban actividades, principalmente de carpintería, de manera grupal. De forma que los participantes puedan socializar mientras realizan actividades que les gustan. El estudio se basó en tres programas de cobertizos para hombres.	los hombres mayores, de manera que ayuden a mantener su salud y bienestar, sino también proporcionar sitios en los que los hombres mayores puedan desempeñarse y reafirmar su masculinidad.		muebles, charlas con té/ café, proyectos propios de carpintería, etc.		salud y el bienestar, y para disminuir la soledad y el aislamiento social.
20	Nurmi, M.A., et al.- 2016- Canadá	Se realizó un estudio con hombres mayores, miembros de Men's Sheds y hombres de la comunidad que no estaban familiarizados con este programa.	Explorar las percepciones de los hombres sobre la necesidad de Men's Sheds y los problemas relacionados con el acceso a ellos en Canadá.	De marzo a octubre de 2014.	Cobertizos para hombres. Las actividades fueron elegidas anteriormente por los participantes en un grupo de discusión.	Grupal. N= 64	Para reducir la probabilidad de aislamiento y aumentar las oportunidades de participación social, la exposición al concepto de programación centrada en los hombres debe comenzar antes de la edad de jubilación.
21	Preston, C., et al.- 2019- Reino Unido	Se realizó un estudio de un programa de servicio telefónico a nivel nacional para personas mayores, cuyo servicio principal es la línea de ayuda gratuita que funciona las 24 horas, todos los	Abordar la soledad en las personas mayores. Explorar las asociaciones de línea telefónica, cómo las personas utilizaban los	Desde mayo del 2014 a noviembre del 2015.	Línea de ayuda que ofrece información, consejos y posibilidad de una conversación informal; servicios de amistad que comprende el	Individual. N= 42	Se encontraron algunos patrones que presentaban desafíos para abordar las necesidades de las personas y otros que encajaban más y que podían ser útiles para

		días. Además se ofrecen otros servicios con el fin de paliar la soledad como el servicio de amigos a los que se les asigna un voluntario, y los servicios de bienestar. Se realizaron entrevistas con personas que utilizaban el servicio de manera regular. El servicio de ayuda suele ser muy utilizado con personas con problemas de salud mental.	servicios y cómo los servicios podían responder.		servicio de amigos y el servicio de bienestar. El servicio de amigos relaciona a las personas que llaman con un voluntario que los llama todas las semanas a una hora acordada para conversar. Mientras se asigna un voluntario está la opción de pagar un servicio de llamadas amistosas periódicas.		abordar la soledad en las personas mayores.
22	Reynolds, K.A., et al.- 2015- Canadá	Se realizó un estudio de la eficacia de los programas comunitarios y de los beneficios que brindan. Este programa denominado Men's Shed's, está orientado para hombres mayores. Las características y experiencias principales de los participantes eran las autopercepción, la	Describir las experiencias de hombres mayores en un programa orientado para los hombres.	Desde mayo del 2010.	Jardinería, construcción de modelos de aviones, tallado, carpintería, cocina, juegos, caminatas, café y conversaciones.	Grupal. N=12	Según las entrevistas realizadas, el programa tiene implicaciones importantes para la salud y el bienestar, y para disminuir la soledad y el aislamiento social.

		soledad y el aislamiento social.					
23	Roberts, J.R., & Windle, G. – 2019- Reino Unido	Se realizó un programa denominado Cadwyn Môn en el que un voluntario ofrecía compañía, apoyo práctico y psicológico, para aumentar las redes sociales, la confianza y la independencia. Se establecían objetivos adaptados a los individuos y posteriormente si se sentían confiados, el voluntario les acompañaba a redes de apoyo comunitario, alentándole a ser más independiente. Los participantes pudieron acceder a otros servicios locales (grupos de apoyo, grupos de mayores, etc.).	Reducir la soledad y el aislamiento de las personas mayores que vivían en Anglesey, Gales del Norte.	Entre 2012 a 2016. Una vez por semana durante 10 a 15 semanas.	Compañía, apoyo práctico y psicológico, acompañamiento a redes de apoyo comunitario.	Individual. N= 120	Se disminuyó significativamente la soledad y un aumento significativo en las redes sociales disponibles y de apoyo. También hubo una mejora significativa en el bienestar de los individuos. Escala de soledad de Jong Gierveld, Escala de redes sociales de Lubben, Escala de Satisfacción con la Vida.
24	Rodríguez Romero, R., et al. – 2020- España	Se realizó un programa de intervención con personas mayores de 65 años. Los	Socializar a las personas mayores solitarias identificadas por médicos y	18 sesiones durante 6 meses. De octubre de	Talleres educativos de promoción de la salud y prevención de enfermedades (taller de	Grupal. N= 55	Se mejoró significativamente la percepción de soledad, los síntomas depresivos, el apoyo

		<p>participantes fueron reclutados por médicos y enfermeras de un centro de atención primaria de Barcelona. Las personas participantes tenían soledad percibida moderada o severa y con autonomía o dependencia moderada.</p>	<p>enfermeras involucrándolos en actividades grupales de salud, bienestar y trabajo en red.</p>	<p>2017 a marzo de 2018.</p>	<p>alimentación equilibrada, taller de memoria, taller de higiene del sueño, etc.); actividades dirigidas a mejorar el estado mental y emocional (mindfulness, yoga, etc.); actividades para crear una red social (caminatas, visitas a huertos urbanos, etc.).</p>		<p>social y el componente de salud.</p> <p>Escala de soledad UCLA, Índice de Barthel, Pfeiffer, Cuestionario Apoyo Social de Duke, Escala de depresión geriátrica de Yesavage y SF-12.</p>
25	Sowa-Kofta, A., et al.- 2017- Polonia	<p>Se realizó un estudio de actividades de promoción de la salud para personas mayores que se convierten en usuarios de servicios sociales debido a la pérdida de capacidades, soledad, etc. El análisis se basa en una revisión de la literatura, consultas a expertos y entrevistas sobre el papel de las instituciones en la promoción de la salud en países seleccionados.</p>	<p>Identificar el papel de las instituciones del sector social en el campo de la promoción de la salud de los adultos mayores y mostrar ejemplos de actividades y métodos de promoción de la salud en el sector social.</p>	<p>Se enfoca en diferentes planes y programas nacionales como por ejemplo Plan Nacional de Envejecimiento positivo 2013-2017, etc.</p>	<p>Información y educación sanitaria, promoción de la salud mental, actividad física, alimentación saludable, actividades de prevención primaria, etc.</p>	<p>Individual. N= desconocido</p>	<p>Las actividades de promoción de la salud de las personas mayores y de sus cuidadores, aunque no estén en las principales actividades del sector social, son un elemento importante.</p>

26	Theeke, L.A., et al.- 2016- EEUU	Se realizó un programa en el que los pacientes fueron reclutados a través de anuncios en un centro de atención primaria para estudiar la soledad, la respuesta al estrés neuroinmunológico, el funcionamiento psicosocial, la calidad de vida y la salud física de enfermedades crónicas.	Evaluar la efectividad del programa para disminuir la soledad y la respuesta al estrés neuroinmunológico. Evaluar la eficacia del programa para mejorar el funcionamiento psicosocial, calidad de vida y la salud física.	Semanalmente, hasta 5 veces (2h/sesión). Tras de la 5 ^a , encuesta por teléfono 1 y 6 semanas después y reunión presencial 12 semanas después.	Reuniones informativas educativas sobre envejecimiento, cambios físicos, alimentación saludable, atención preventiva y prevención de accidentes cerebrovasculares.	Grupal. N=27	La soledad no tratada puede conducir a aumento de síntomas depresivos. Escala de soledad UCLA, Escala de depresión geriátrica, Escala de Apoyo Social MOS, Escala calidad de vida (VAS).
27	Todd, C., et al.- 2017- Reino Unido	Se realizó una investigación sobre programas de museos con actividades para personas mayores que se encuentran socialmente aisladas. Los participantes formaban parte de un grupo que se identificaban así mismos como solitarios o socialmente aislados que participaron en programas en siete museos.	Explorar cómo los programas de los museos crearon oportunidades para la inclusión social y el bienestar de las personas mayores socialmente aisladas.	10 semanas (2h/semana).	Actividades en museos de: escritura creativa, dibujo, pintura, escultura, collage, artículos de artesanía y haciendo música con instrumentos. Además, algunas sesiones iban acompañadas de debates y recorrido de las instalaciones.	Grupal. N= 20	El bienestar se ve reforzado por un sentido de pertenencia a una comunidad Escala de Soledad UCLA, Escala de Bienestar Mental de Edimburgo de Warwick.
28	Venville, A., et al.- 2021- Australia	Se realizó un estudio de un servicio de asistencia telefónica	Mejorar la conexión social y la seguridad	Desde finales de abril de 2020.	Conversaciones telefónicas semanales de	Individual.	El estudio mostró una mitigación de la

		durante la pandemia del covid-19. Antes de la pandemia ya existía este programa que llegó a atender a más de 300 personas durante el 2019. El programa denominado 'Registro Comunitario', atiende a una comunidad de rápido crecimiento, culturalmente diversa y socioeconómicamente desfavorecida.	de las personas de la comunidad.		carácter informal con voluntarios.	N= Desconocido	soledad y el aislamiento social
29	Warwick Booth, L., et al.- 2019- Reino Unido	Se realizó un estudio de un programa piloto de apoyo personalizado en la vivienda. Este programa fue desarrollado por una asociación de viviendas junto con un proveedor de servicios de salud comunitario. En él, se proporcionan viviendas sociales y se acompaña a las personas para abordar las desigualdades.	Mejorar la salud y el bienestar de las personas con necesidades complejas que viven en viviendas sociales en un área de Inglaterra.	De septiembre de 2015 a septiembre de 2016.	Visitas domiciliarias, llamadas telefónicas, clubes de almuerzo, etc.	Individual. N= 27	Mejor salud y bienestar, mayor independencia y menor aislamiento social.
30	Wiles, J., et al.- 2019-	Se estudiaron las experiencias y actitudes de las	Mejorar la conexión social de las personas mayores.	1 hora a la semana. En 2016.	Un voluntario visita a una persona mayor que ha	Individual.	Según las entrevistas, el servicio de amistad alivió la soledad de los

	Nueva Zelanda	personas mayores hacia un servicio de amistad. El programa denominado 'Accredited Visiting Service' es una organización benéfica que depende de financiación, subvenciones, contribuciones de clientes y donaciones. Brinda información y servicios para las personas mayores.	Proporcionar un contacto de apoyo y mejorar la salud y el bienestar.		manifestado el deseo de tener más compañía.	76 personas mayores. 10 voluntarios 20 proveedores de servicio N= 106	participantes cuando las relaciones mutuamente beneficiosas se transformaron en amistades significativas. Pero las entrevistas no recabaron datos en profundidad.
--	----------------------	--	--	--	---	--	---

Tabla 1. Elaboración propia.

5. DISEÑO DE PROYECTO DE INTERVENCIÓN

Para la realización del diseño de proyecto nos basaremos en la intervención 3 de la tabla 1. Este proyecto de intervención tiene como objetivo abordar la soledad y el aislamiento social en personas mayores de 65 años, mediante un enfoque de fomentar redes sociales, mejorar la calidad de vida y el bienestar de los participantes e intervenir en situaciones de soledad. Para captar participantes, se realizaría coordinación con diferentes instituciones sociosanitarias mediante el trabajador social de las instituciones y centros. Se implementarían diferentes actividades y servicios que generen interacción social y participación comunitaria. El proyecto se llamará “Contigo de la mano” y tendrá una duración de 10 meses, 3 días por semana, y 3 horas al día. Se pretendería que hubiesen 3 profesionales, 10 voluntarios de cada especialidad y 20 personas mayores.

La justificación para basarnos en la intervención del estudio realizado por Briones Peralta, et al. (2022), es: en primer lugar, se lleva a cabo una intervención grupal y que según diversos autores que se estudian a continuación, es más oportuno para crear redes sociales, y en segundo lugar que la intervención es realizada durante 3 horas diarias. Existen varios autores que respaldan la efectividad de las intervenciones grupales en comparación con las individuales, para abordar la soledad en personas mayores. Por ejemplo, Masi et al. (2010), en su análisis examina intervenciones destinadas a reducir la soledad y en sus resultados indican que las intervenciones grupales, como grupos de apoyos social y programas de participación comunitaria, tienen un efecto significativo en la reducción de la soledad. En la revisión sistemática de Dickens, et al. (2011), los autores encuentran que las intervenciones grupales, como actividades sociales y grupos de apoyo, son eficaces para mejorar la participación social y reducir el aislamiento.

Otros autores, también respaldan las intervenciones grupales, haciendo una comparación con las individuales. Bohlmeijer et al. (2015), compararon los efectos de una intervención grupal basada en la reminiscencia creativa con una intervención individual para abordar la depresión en personas mayores. Los resultados mostraron mejoras significativas en ambos, pero la intervención grupal tuvo un efecto más duradero, respaldando su eficacia como enfoque de intervención. Valtorta et al. (2016), realizaron una revisión sistemática y un metaanálisis en los que se examina la soledad y el aislamiento social como factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares. Destaca que las intervenciones grupales promueven la conexión social y pueden ser beneficiosas para reducir los riesgos.

Estos estudios ofrecen perspectivas sobre las intervenciones grupales en comparación con las individuales en el abordaje de la soledad en las personas mayores. Aunque es importante tener en cuenta que la comparación entre ambos tipos de intervenciones puede variar según el contexto en el que se desarrollan y las características de la población.

5.1. Objetivos generales y específicos del diseño de intervención

Generales:

- Paliar la soledad y/o el aislamiento social en las personas mayores.
- Crear redes sociales en personas mayores con soledad y/o aislamiento social.

Específicos:

- Fomentar el bienestar físico y mental.
- Aumentar la autoestima.
- Crear el sentimiento de pertenencia a un grupo con sus iguales para proporcionarse apoyo mutuo.
- Incluir a las personas en actividades con una comunidad.

5.2. Principios de actuación

La actuación llevada a cabo en el proyecto de intervención estaría regida por el Código Deontológico del Trabajo Social en la última actualización del 9 de junio de 2012, elaborado por el Consejo General de Trabajo Social. Los principios fundamentales del programa “Contigo de la mano” serían los siguientes:

- 1) Respeto activo hacia las personas participantes, al grupo y a la comunidad en general.
- 2) Aceptación de las personas con sus particularidades y sus diferencias.
- 3) Ausencia de juicios de valor de la persona, de su trayectoria personal y sus situaciones individuales.
- 4) Promoción integral de la persona, favoreciendo su empoderamiento y teniendo en cuenta sus factores y capacidades potenciales.
- 5) Fomento de la solidad, derechos, equidad y participación para conseguir una sociedad más justa e inclusiva.
- 6) Defensa al derecho de autonomía de las personas participantes.

Desde el trabajo social se ha de intervenir con carácter preventivo para evitar situaciones de injusticia social y debe actuar sobre ellas si se producen. En cuanto a la soledad, se debe de actuar para conseguir una inclusión dentro del grupo de participación y con la comunidad, fomentando la participación y la consecución de los objetivos propuestos para paliar las situaciones de soledad y de aislamiento social, por lo que estos deben ser principios fundamentales en su actuación. Según Filardo Llamas (2011), la coyuntura demográfica ofrece un interesante escenario para el trabajo social ya que pueden prevenir y detectar la existencia de problemas sociales que dificulten la integración social de las personas mayores e intervenir conforme a los problemas detectados.

5.3. Análisis de los participantes

En cuanto al análisis de los participantes, los involucrados pueden ser directos o indirectos. Los involucrados directos serían: las personas mayores de 65 años o más con soledad y/o aislamiento social derivados de la coordinación con otras instituciones; voluntarios estudiantes de trabajo social, terapia ocupacional y fisioterapia; y los profesionales de instituciones en su papel de captación y los trabajadores

sociales, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas que intervendrían en el proyecto. Los implicados indirectos serían: familias y redes sociales primarias de los participantes; la población en general; y los organismos, políticos, medios de comunicación, servicios sociales, instituciones, etc., que estén al tanto de la situación y que puedan promoverla y darla a conocer para poder abordar la problemática.

5.4. Fases de intervención

I. Fase de preparación:

Para que se pudiese comenzar con el proyecto, es importante la captación de participantes y voluntarios. Para las personas mayores, como bien se ha mencionado, se trataría de llevar a cabo mediante la coordinación con los trabajadores sociales de otras instituciones sociosanitarias. Conforme se vayan captando a las personas mayores, se haría una entrevista inicial con la trabajadora social y se pasaría la Escala de Soledad UCLA para ver si pueden ser beneficiarias del programa. A su vez, se captarán estudiantes voluntarios que se encuentren cursando trabajo social, fisioterapia o terapia ocupacional, para ello se trataría de poner en contacto a través de la universidad con los estudiantes, y ver si cabe la posibilidad de otorgar algún beneficio a aquellas personas que se inscriban como voluntarios como por ejemplo algún ECTS. Además, se publicitaría mediante tablones de anuncio de la universidad, redes sociales, etc.

También sería importante la búsqueda de lugar donde llevar a cabo las intervenciones, se trataría de contactar con la Universidad de Zaragoza o con el Colegio de Trabajo Social de Aragón, para ver si existe la posibilidad e que alguno dejase hacer uso de alguna sala o aula que ya se encontraran equipadas, en unos días y un horario acordado. En caso de que no fuese posible, habría que buscar otros recursos con un coste bajo y que pudiese servir como lugar de reunión y de algunas actividades de intervención.

II. Fase inicial:

Para comenzar a crear vínculos entre los participantes se llevarían a cabo algunas actividades de presentación y para ir cogiendo confianza. Para ello se dedicaría la primera semana del proyecto en la que se pueda observar si las actividades propuestas contribuyen a crear esta confianza o hay que cambiar o mejorar algún aspecto en las actividades propuestas. Esta semana la duración de las sesiones será menor.

III. Fase de intervención

En esta fase es donde se llevarían a cabo todas las actividades, para ello, se programarían distintas actividades desde el trabajo social, terapia ocupacional y fisioterapia. Los días en los que se desarrollarían las actividades serían los martes, jueves y sábados, aprovechando los sábados para realizar visitas de interés cultural para las personas mayores, por lo que se realizaría la primera salida y posteriormente se decidiría cada semana con ellos de qué va a ser la próxima salida.

IV. Fase final y de seguimiento

Esta sería la última fase, en la última semana se volvería a pasar la Escala de Soledad UCLA para ver los cambios que ha habido y se realizarían entrevistas grupales e individuales, y se pasarían cuestionarios para conocer la opinión de los participantes sobre el proyecto y si lo recomendarían o lo repetirían, qué cosas cambiarían, que es lo que más les ha gustado, etc. Por último, se haría un seguimiento a los 6 meses, para

ello se volvería a pasar la Escala de Soledad de UCLA, para poder observar si a medio plazo se mantienen los efectos del programa o han vuelto a la situación inicial.

5.5. Actividades

I. Para la fase inicial:

- A.1. Actividades y dinámicas de presentación y cohesión grupal:
 - A.1.1. Dinámica de presentación: los participantes se sentarán en sillas formando un círculo y dirán su nombre, se presentarán y hablarán sobre sus aficiones, gustos, etc. De esta manera podrán ir viendo que gustos y aficiones comparten, desarrollando también el sentimiento de pertenencia y se podrán buscar posteriormente actividades para los sábados en función de los gustos de los participantes.
 - A.1.2. Entrevistas en parejas: se dividirán a los participantes en pareja de manera que encuentren las similitudes que comparten en gustos, aficiones, etc., para que se conozcan más y puedan empezar a formar relaciones.
 - A.1.3. Álbum de recuerdos: Para esta dinámica se les pediría el día anterior que trajesen un objeto o foto que sea importante para ellos, de manera que expliquen la historia de ese objeto.
 - A.1.4. Dinámica de cohesión: Cada participante se sentará en una silla formando un círculo y tendrá que decir algo que le guste o que admire de la persona que está a su lado. De esta manera se promueve la conexión emocional y la valoración mutua del grupo.

II. Para la fase de intervención:

- A.2. Actividades de fisioterapia: Estas actividades se plantearán con ayuda de algún profesional y pueden incluir actividades como ejercicios de fortalecimiento muscular, pequeñas caminatas guiadas en espacios seguros y con las ayudas necesarias, juegos de equilibrios, ejercicios de coordinación, masaje y relajación, estimulación cognitiva, etc. Todas ellas estarán adaptadas a las circunstancias y necesidades individuales de las personas mayores. Estas actividades se llevarían a cabo con el profesional de fisioterapia y los estudiantes voluntarios de fisioterapia.
- A.3. Actividades de terapia ocupacional: Estas actividades se plantearán con ayuda de algún profesional y pueden incluir actividades como actividades de la vida diaria, juegos de mesa y rompecabezas, terapia musical, etc. Todas ellas estarán adaptadas a las circunstancias y necesidades individuales de las personas mayores. Estas actividades se llevarían a cabo con el profesional de terapia ocupacional y los estudiantes voluntarios de terapia ocupacional.
- A.4. Otras actividades: Estas actividades se llevarán a cabo con una trabajadora social y los estudiantes voluntarios de trabajo social.

- A.4.1. Dinámicas de autoeficacia: cada persona realizará un dibujo, un texto, un poema, etc., sobre ella misma mostrando sus puntos fuertes, habilidades, cualidades positivas, etc. El resto de participantes le felicitarán por ello y dirán cosas positivas sobre lo mencionado por la persona.
- A.4.2. Taller de lectura: se escogerá un texto corto de interés para todos. Primero se leerá de manera individual (los que puedan), para los que no puedan o no sepan, se lo leerá un voluntario y luego escribirán de manera individual o con ayuda para los que lo necesiten su opinión sobre el texto y se compartirá posteriormente con el resto del grupo.
- A.4.3. Taller de juegos de mesa: se llevarán juegos de mesa y se dividirán por grupos, dándoles opción a elegir entre los distintos juegos. Se realizará en varios días por lo que se irán intercambiando los juegos y los grupos.
- A.4.4. Taller de educación sobre alimentación saludable: se realizará un taller sobre recetas sencillas y saludables que puedan realizar en casa. Se tendrán en cuenta las características de cada persona como intolerancias, alergias, etc.
- A.4.5 Taller básico de TICS: se realizarán talleres básicos sobre el uso de TICS, cómo utilizar un teléfono, uso de aplicaciones, navegación en internet, uso de correo y uso de redes de manera que puedan conectarse con sus redes y acceder a recursos en línea.
- A.4.6. Taller de manualidades: se realizarán talleres de manualidades en función de sus intereses como taller de textil, carpintería sencilla, joyería, cerámica, decoración de objetos, etc.
- A.4.7. Taller de jardinería: se explicará el cuidado de las plantas que vayan a cultivar y se les proporcionarán herramientas y plantas para que las cultiven.
- A.4.8. Taller de cocina: se realizarán talleres sencillos de cocina saludable en relación al taller de educación sobre alimentación saludable. Luego podrán degustar los platos que han cocinado.
- A.4.9. Taller de escritura creativa: se realizará un taller sobre escritura creativa en el que las personas participantes podrán inventar poemas, cuentos, relatos, etc., que posteriormente compartirán con el grupo.
- A.4.10. Taller de arte terapia: talleres de pintura, de collage, con diferentes materiales y técnicas sobre diferentes temas: algo que les inspire, algo que les represente, etc. Luego lo mostrarán al grupo y explicarán el porqué de esa obra.
- A.4.11. Taller de bienestar emocional: talleres de técnicas de manejo del estrés, actividades de visualización, autocuidado, etc.

- A.4.12. Taller de aprendizaje continuo: se invitarán a distintos profesionales de diversos campos para dar charlas o talleres sobre temas de interés para los participantes como historia, arte, salud, etc.

III. Para la fase final:

- A.4.13. Talleres de despedida: en estos talleres se realizarán dinámicas de grupo y entrevistas para finalizar con el proyecto. En ellas podrán explicar cómo se han sentido, decir qué piensan sobre el proyecto, que cambiarían, si lo recomendarían, etc. Además, se les administrará un breve cuestionario de satisfacción en el que se incluyan las siguientes preguntas:
 - ¿En qué medida sientes que el proyecto ha abordado tus necesidades?
 - No satisfecho en absoluto
 - Poco satisfecho
 - Moderadamente satisfecho
 - Muy satisfecho
 - Completamente satisfecho
 - ¿Qué tan útiles te han parecido las actividades y recursos proporcionados?
 - No útiles en absoluto
 - Poco útiles
 - Moderadamente útiles
 - Muy útiles
 - Extremadamente útiles
 - ¿En qué medida te has sentido apoyado/a por el equipo del proyecto durante tu participación?
 - No me he sentido apoyado/a en absoluto
 - Poco apoyado/a
 - Moderadamente apoyado/a
 - Muy apoyado/a
 - Completamente apoyado/a
 - ¿Has experimentado mejoras en tu bienestar como resultado de tu participación en las actividades?
 - No he experimentado mejoras en absoluto
 - Pequeñas mejoras
 - Mejoras moderadas
 - Grandes mejoras
 - Mejoras significativas

- ¿Recomendarías este proyecto a otras personas mayores?
 - Definitivamente no lo recomendaría
 - Probablemente no lo recomendaría
 - No estoy seguro/a
 - Probablemente sí lo recomendaría
 - Definitivamente lo recomendaría

- ¿Tienes alguna sugerencia o comentario adicional sobre el proyecto?

- A.5. Salidas y visionado de películas: La primera salida será una visita al Museo Pablo Gargallo. Posteriormente, se realizarán las visitas de acuerdo con actividades de interés de los participantes, para ello se consultarán las actividades vigentes en distintos sitios de Zaragoza como Caixa Fórum, otros museos, sesiones de cine, etc. Las actividades serán con bajo coste o coste cero, en algunos sitios los mayores de 65 tienen entrada gratuita como en la primera salida, o precios reducidos.

Estas actividades están relacionadas con la autoeficacia, ya que ofrece una sensación de logro y de propósito como el taller de jardinería. Se realizan también actividades sobre el bienestar físico y mental, como los talleres de cocina saludables o de relajación. Se fomenta la cohesión grupal como en las de juegos de mesa y se proporciona apoyo mutuo. Todas las actividades por tanto se relacionan con algún objetivo del proyecto. Además, según Haslam et al. (2021), el contacto social desempeña un papel decisivo para nuestra salud y la experiencia positiva en un grupo resulta decisiva. Por ello, son importantes las actividades relacionadas con las TIC, puesto que los contactos virtuales poseen efectos positivos.

5.6. Temporalización

SEPTIEMBRE 2023						
L	M	X	J	V	S	D
MES DE CAPTACIÓN Y DIFUSIÓN DEL PROGRAMA						

OCTUBRE 2023						
L	M	X	J	V	S	D
	A.1.1 A.1.2		A.1.3 A.1.4		A.5	
	A.2. (1'5H) A.4.1 (1'5H)		FESTIVO PILAR		A.5	
	A.2. (1'5H) A.4.2 (1'5H)		A.3. (1'5H) A.4.3 (1'5H)		A.5	
	A.2. (1'5H) A.4.4 (1'5H)		A.3. (1'5H) A.4.8 (1'5H)		A.5	

	A.2 (1'5H) A.4.5 (1'5H)					
--	----------------------------	--	--	--	--	--

NOVIEMBRE 2023						
L	M	X	J	V	S	D
			A.3. (1'5H) A.4.9 (1'5H)		A.5	
	A.2. (1'5H) A.4.7 (1'5H)		A.3. (1'5H) A.4.6 (1'5H)		A.5	
	A.2. (1'5H) A.4.12(1'5H)		A.3. (1'5H) A.4.7 (1'5H)		A.5	
	A.2. (1'5H) A.4.5 (1'5H)		A.3. (1'5H) A.4.11(1'5H)		A.5	
	A.2. (1'5H) A.4.10(1'5H)		A.3. (1'5H) A.4.3 (1'5H)			

DICIEMBRE 2023						
L	M	X	J	V	S	D
					A.5	
	A.2. (1'5H) A.4.8 (1'5H)		A.3. (1'5H) A.4.5 (1'5H)		A.5	
	A.2. (1'5H) A.4.12(1'5H)		A.3. (1'5H) A.4.6 (1'5H)		A.5	
VACACIONES DE NAVIDAD						
VACACIONES DE NAVIDAD						

ENERO 2024						
L	M	X	J	V	S	D
VACACIONES DE NAVIDAD						
	A.2. (1'5H) A.4.3 (1'5H)		A.3. (1'5H) A.4.11 (1'5H)		A.5	
	A.2. (1'5H) A.4.8 (1'5H)		A.3. (1'5H) A.4.6 (1'5H)		A.5	
	A.2. (1'5H) A.4.5 (1'5H)		A.3. (1'5H) A.4.10 (1'5H)		A.5	
	A.2. (1'5H) A.4.4 (1'5H)					

FEBRERO 2024						
L	M	X	J	V	S	D
			A.3. (1'5H) A.4.11 (1'5H)		A.5	
	A.2. (1'5H) A.4.2 (1'5H)		A.3. (1'5H) A.4.5 (1'5H)		A.5	

	A.2. (1'5H) A.4.12(1'5H)		A.3. (1'5H) A.4.1 (1'5H)		A.5	
	A.2. (1'5H) A.4.4 (1'5H)		A.3. (1'5H) A.4.6 (1'5H)		A.5	
	A.2. (1'5H) A.4.9 (1'5H)		A.3. (1'5H) A.4.3 (1'5H)			

MARZO 2024						
L	M	X	J	V	S	D
					A.5	
	A.2. (1'5H) A.4.5 (1'5H)		A.3. (1'5H) A.4.8 (1'5H)		A.5	
	A.2. (1'5H) A.4.10(1'5H)		A.3. (1'5H) A.4.11 (1'5H)		A.5	
	A.2. (1'5H) A.4.12(1'5H)		A.3. (1'5H) A.4.6 (1'5H)		A.5	
VACACIONES SEMANA SANTA						

ABRIL 2024						
L	M	X	J	V	S	D
VACACIONES SEMANA SANTA						
	A.2. (1'5H) A.4.11(1'5H)		A.3. (1'5H) A.4.3 (1'5H)		A.5	
	A.2. (1'5H) A.4.5 (1'5H)		A.3. (1'5H) A.4.10 (1'5H)		A.5	
	A.2. (1'5H) A.4.6 (1'5H)		A.3. (1'5H) A.4.12(1'5H)		A.5	
	A.2. (1'5H) A.4.2 (1'5H)					

MAYO 2024						
L	M	X	J	V	S	D
			A.3. (1'5H) A.4.11 (1'5H)		A.5	
	A.2. (1'5H) A.4.5 (1'5H)		A.3. (1'5H) A.4.6 (1'5H)		A.5	
	A.2. (1'5H) A.4.8 (1'5H)		A.3. (1'5H) A.4.10 (1'5H)		A.5	
	A.2. (1'5H) A.4.11(1'5H)		A.3. (1'5H) A.4.9 (1'5H)		A.5	
	A.2. (1'5H) A.4.12(1'5H)		A.3. (1'5H) A.4.3 (1'5H)			

JUNIO 2024						
L	M	X	J	V	S	D
					A.5	
	A.2. (1'5H) A.4.5 (1'5H)		A.3. (1'5H) A.4.3 (1'5H)		A.5	
	A.2. (1'5H) A.4.13(1'5H)		A.3. (1'5H) A.4.13 (1'5H)		A.5	
	A.2. (1'5H) A.4.13(1'5H)		A.3. (1'5H) A.4.13 (1'5H)		A.5	
FIN						

5.7. Recursos

Recursos humanos: profesional del trabajo social, terapia ocupacional y fisioterapia, voluntarios estudiantes, personas mayores, profesionales de otros ámbitos para charlas.

Recursos materiales: sillas, mesas, ordenadores, proyector, material de papelería (lápices, bolígrafos, folios, etc.), libros, material de fisioterapia, material de terapia ocupacional, juegos de mesa, material de arte (arcilla, pinturas acrílicas, cartulinas, etc.), material de cocina, macetas, semillas o plantas pequeñas, tierra, herramientas de cultivo.

Recursos económicos: aula o local equipado, en caso de que no consigamos uno prestado: 600€/mes; gastos del local (luz, agua, etc.): 100€/mes; proyector: 50€; material de papelería: 50€; libros y películas: de préstamo; ordenadores en caso de que no consiguiéramos una sala acondicionada para dichas sesiones: alquiler biblioteca sala (0€/ posibilidad 1 hora por sesión); material de fisioterapia: en caso de que no lo consiguiéramos cedido (500€/aprox.); material de terapia ocupacional: en caso de que no lo consiguiéramos cedido (300€/aprox.); juegos de mesa: prestados, 50€ (por si faltase algo); material de arte: 100€; material de cocina: cedido + 150€; material de jardinería: cedido + 100€; sueldo trabajadora social: 315€/mes (10 horas/semana); sueldo fisioterapeuta: 315€/mes (10 horas/semana); sueldo terapeuta ocupacional: 315€/mes (10 horas/semana); salidas: 150€; imprevistos: 200€. Total de los 10 meses: 18.100€.

5.8. Evaluación

Para la evaluación se ha realizado una tabla con indicadores para ver si se ha conseguido crear un proyecto eficaz que pueda permanecer en el tiempo y si es necesario hacer algún cambio, de manera que si se decide seguir con el proyecto se puedan subsanar aquellos errores y buscar alternativas que puedan ser eficaces para el proyecto.

EVALUACIÓN			
PREGUNTAS	INDICADORES	OTROS	CONSEGUIDO SÍ O NO
¿Se han inscrito y han participado voluntarios en el proyecto?	<ul style="list-style-type: none"> - Al menos 10 voluntarios de cada especialidad - Al menos 7 participantes en cada actividad 	Participantes inscritos en encuesta de Google.	
¿Han participado personas mayores en el proyecto?	<ul style="list-style-type: none"> - Al menos 20 inscritos 	Participantes derivados de coordinación	
¿Han acudido a las actividades realizadas?	<ul style="list-style-type: none"> - Al menos un 75% de participantes diarios 	Control de asistencia de los participantes	
¿Los participantes se han comprometido con el proyecto?	<ul style="list-style-type: none"> - Al menos un 85% de las actividades realizadas por cada persona mayor - No más de 10% de abandono de los participantes 	Abandono por motivos ajenos a enfermedad o fallecimiento	
¿Se han conseguido realizar las actividades planificadas?	<ul style="list-style-type: none"> - Al menos un 85% de las actividades se han realizado según la calendarización 	Control de las actividades según el calendario y el tiempo previsto	
¿El presupuesto se ha ajustado a lo previsto?	<ul style="list-style-type: none"> - Gasto total inferior, adecuado o no superior al 15% de lo previsto 	Tener en cuenta oportunidades de financiación externa	
¿Ha disminuido la soledad según la escala UCLA?	<ul style="list-style-type: none"> - Al menos ha disminuido en un 30% 	Según la escala de inicio y al final	
¿Los participantes se sienten satisfechos con las actividades realizadas durante el proyecto?	<ul style="list-style-type: none"> - Al menos un 80% de satisfacción con las actividades 	Manifiestan satisfacción con las actividades realizadas	
¿Se han cumplido los objetivos?	<ul style="list-style-type: none"> - Se han cumplido al menos un 90% de los objetivos - Al menos un 80% manifiesta mayor bienestar físico y mental 	Se observa una mayor autoestima, se han sentido incluidas, han percibido sentimiento de pertenencia, se	

	<ul style="list-style-type: none"> - Al menos un 85% manifiesta haber creado relaciones nuevas - Al menos un 90% se ha sentido acogido en el grupo 	han creado redes sociales nuevas	
--	--	----------------------------------	--

6. CONCLUSIÓN

Durante la realización de este Trabajo de Fin de Grado he tenido la oportunidad de profundizar en diferentes aspectos en torno a la soledad y al aislamiento social en personas mayores, como su impacto y su importancia de aplicación desde el ámbito del Trabajo Social, mostrando la relevancia de una intervención eficaz ante una problemática cada vez mayor.

La revisión bibliográfica ha permitido conocer cómo desde distintos tipos y perspectivas de intervención en diversas partes del mundo, se trata de paliar esta situación y de acercar a las personas mayores a nuevas realidades en las que poder establecer nuevas relaciones sociales e intentar solventar la gran problemática de la soledad y del aislamiento social. Además, me ha permitido observar que, a pesar de la cantidad de intervenciones que se están realizando, sobretodo desde el 2015, todavía hay mucho trabajo que hacer por parte de la sociedad y desde las políticas públicas para frenar la pandemia invisible que se está expandiendo mundialmente. También es fundamental seguir investigando para crear una base sólida para la realización de intervenciones rigurosas y eficaces.

Como se ha podido observar, las intervenciones grupales para abordar la problemática de la soledad y es aislamiento social son prometedoras. Ciento es que, aunque hayan quedado de manifiesto los beneficios de las intervenciones grupales, cada persona tienen unas necesidades individuales, por lo que es importante adoptar un enfoque personalizado al diseñar intervenciones para abordar la soledad y el aislamiento social.

Tras los resultados obtenidos en esta revisión bibliográfica, se ha desarrollado un diseño de proyecto al que se ha denominado “Contigo de la mano”, que propone una intervención para crear nuevas relaciones sociales para aquellas personas que se encuentran en situación de soledad, además de aumentar su autoestima, bienestar físico y mental, y crear un sentimiento de pertenencia y de apoyo mutuo dentro de una comunidad.

Se podría concluir que la soledad es un factor determinante de la salud y que por tanto provoca graves consecuencias negativas a nivel no solo individual, sino social. Por lo que es importante que desde el Trabajo social se le preste la atención correspondiente, ya que esta problemática hace especialmente vulnerables a las personas mayores que se encuentran en una sociedad individualista en la que las relaciones sociales han quedado relevadas al tiempo, del cuál nadie dispone. Con esto, es necesario un enfoque integral que combine intervenciones grupales y personalizadas para abordar la soledad y el aislamiento social en las personas mayores. Estas intervenciones deben ser respaldadas por las políticas y programas públicos que promuevan la inclusión social, la participación comunitaria y la concienciación sobre la importancia de las conexiones sociales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alaviani, M., Khosravan, S., Alami, A., & Moshki, M. (2015). The Effect of a Multi-Strategy Program on Developing Social Behaviors Based on Pender's Health Promotion Model to Prevent Loneliness of Old Women Referred to Gonabad Urban Health Centers. *International Journal of Community Based Nursing & Midwifery*, 3(2), 132-140. PMCID: PMC4441350

Bohlmeijer, E., Valenkamp, M., Westerhof, G. J., Smit, F., & Cuijpers, P. (2015). Creative reminiscence as an early intervention for depression: Results of a pilot project. *Aging & Mental Health*, 9(4), 302-304. <https://doi.org/10.1080/13607860500089567>

Bolton, E. & Dacombe, R. (2020). "Circles of support": social isolation, targeted assistance, and the value of "ageing in place" for older people. *Quality in Ageing and Older Adults*, 21(2), 67-78. <https://doi.org/10.1108/QAOA-05-2019-0022>

Briones Peralta, M.A., Escribano Sotos, F., Pardo García, I., Hernández Luengo, B., Valiente López, G., Morcillo Sanz, M. & Jiménez Bascuñán, A. (2022). Efecto de un programa de intervención multidisciplinar sobre la soledad y el aislamiento en personas mayores institucionalizadas confinadas durante la pandemia por Covid-19 en España. *Revista Argentina de Gerontología y Geriatría*, 36(1), 5-16.

Cacioppo, J. T., Fowler, J. H., & Christakis, N. A. (2009). Alone in the crowd: The structure and spread of loneliness in a large social network. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97(6), 977–991. <https://doi.org/10.1037/a0016076>

Cohen-Mansfield, J., Hazan, H., Lerman, Y., & Shalom, V. (2016). Correlates and predictors of loneliness in older-adults: A review of quantitative results informed by qualitative insights. *International Psychogeriatrics*, 28, 557–576. <https://doi.org/10.1017/S1041610215001532>

Coll-Planas, L., del Valle Gómez, G., Bonilla, P., Masat, T., Puig, T., & Monteserín, R. (2017). Promoting social capital to alleviate loneliness and improve health among older people in Spain. *Health & Social Care in the Community*, 25(1), 145-157. <https://doi.org/10.1111/hsc.12284>

Coll-Planas, L., Rodríguez-Arjona, D., Pons-Vigués, M., Nyqvist, F., Puig, T. & Monteserín, R. (2021). "Not Alone in Loneliness": A qualitative evaluation of a program promoting social capital among lonely older people in primary health care. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 5580. <https://doi.org/10.3390/ijerph18115580>

Consejo General del Trabajo Social. (2012). *Código Deontológico del Trabajo Social*. Recuperado de: https://www.cgtrabajosocial.es/codigo_deontologico

Daban, F., Garcia Subirats, I., Porthé, V., López, M.J., de Eyto, B., Pasarín, M.I., Borrell, C., Artazcoz, L., Pérez, A., & Díez, E. (2021). Improving mental health and wellbeing in elderly people isolated at home due to architectural barriers: A community health intervention. *Atención Primaria*, 53(5). <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102020>

Dayson, C., Harris, C. & Woodward, A. (2021). Voluntary sector interventions to address loneliness and mental health in older people: taking account of emotional, psychological and social wellbeing. *Perspectives in Public Health*, 141(4), 237-243. <https://doi.org/10.1177/17579139211017580>

Diez Nicolas, J., & Morenos Páez, M. (2015). *La soledad en España*. ASEP. Madrid: Fundación ONCE. Fundación AXA.

Dickens, A. P., Richards, S. H., Greaves, C. J., & Campbell, J. L. (2011). Interventions targeting social isolation in older people: A systematic review. *BMC Public Health*, 11(1), 647. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-647>

Dirección General de Salud Pública. (2019). *Plan de Salud de Aragón 2030*. <http://plansaludaragon.es/yayisanos/>. Gobierno de Aragón.

Filardo Llamas, C. (2011). Trabajo Social para la tercera edad. *Documentos de Trabajo Social: Revista de trabajo y acción social*, 49, 204-219. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4111475>

Friedler, B., Crapser, J., & McCullough, L. (2015). One is the deadliest number: The detrimental effects of social isolation on cerebrovascular diseases and cognition. *Acta Neuropathologica*, 129, 493–509. <https://doi.org/10.1007/s00401-014-1377-9>

Gandy, R., Bell, A., McClelland, B., & Roe, B. (2017). Evaluating the delivery, impact, costs and benefits of an active lives programme for older people living in the community. *Primary Health Care Research & Development*, 18(2), 122-134. <https://doi.org/10.1017/S146342361600027X>

Haslam, C., Steffens, N.K., & van Dick, R. (2021). El poder curativo del grupo. *Mente y cerebro*, 110, 10-17. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8050839>

Heo, J., Chun, S., Lee, S., Lee, K.H., & Kim, J. (2015). Internet use and well-being in older adults. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 18(5), 268-272. <https://doi.org/10.1089/cyber.2014.0549>

Hernández-Ascanio, J., et al. (2023). Effectiveness of a multicomponent intervention to reduce social isolation and loneliness in community-dwelling elders: A randomized clinical trial. *Nursing Open*, 10(1), 48-60. <https://doi-org.cuarzo.unizar.es:9443/10.1002/nop2.1277>

Holt-Lunstad, J. (2021). Loneliness and Social Isolation as Risk Factors: The Power of Social Connection in Prevention. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 15(5), 567-573. <https://doi.org/10.1177/15598276211009454>

Holt-Lunstad, J., Smith, T.B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227-237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>

Hwang, J., Wang, L., Siever, J., Del Medico, T., & Jones, C.A. (2018). Loneliness and social isolation among older adults in a community exercise program: a qualitative study. *Aging & Mental Health*, 23(6), 736-742. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1450835>

Jones, M., & Ismail, S.U. (2022). Bringing children and older people together through food: The promotion of intergenerational relationships across preschool, school and care home settings. *Working with Older People*, 26(2), 151-161. <https://doi.org/10.1108/wwop-11-2021-0059>

Jones, R.B., Ashurst, E.J., Atkey, J. & Duffy, B. (2015). Older people going online: its value and before-after evaluation of volunteer support. *Journal of Medical Internet Research*, 17(5), 1-12. <https://doi.org/10.2196/jmir.3943>

Khan, A. & Bolina, A. (2020). Can walking groups help with social isolation: a qualitative study. *Education for Primary Care*, 31(4), 257-259. <https://doi.org/10.1080/14739879.2020.1772120>

Kikuchi, M., Kamishima, T., Abe, H., Onishi, R., Takashima, R., & Hirano, M. (2021). Older rural people's perception of connectedness through a communication application: A qualitative descriptive study. *Nursing & Health Sciences*, 24(1), 163-173. <https://doi.org/10.1111/nhs.12908>

Laforest J. (1991). *Introducción a la gerontología. El arte de envejecer*. Barcelona: Herder.

Lapena, C., Continente, X., Sánchez Mascuñano, A., Pons Vigués, M., Pujol Ribera, E., & López, M.J. (2020). Qualitative evaluation of a community-based intervention to reduce social isolation among older people in disadvantaged urban areas of Barcelona. *Health & Social Care in the Community*, 28(5), 1488-1503. <https://doi.org/10.1111/hsc.12971>

Luesia Blasco, F., & Morel Liso, M. (2018). *Estrategia de atención y protección social para las personas mayores en Aragón*. IASS. Gobierno de Aragón.

Malyn, B.o., Thomas, Z., & Ramsey-Wade, C.E. (2020). Reading and writing for well-being: A qualitative exploration of the therapeutic experience of older adult participants in a bibliotherapy and creative writing group. *Counselling and Psychotherapy Research*, 20(4), 715-724. <https://doi.org/10.1002/capr.12304>

Martín, M. (2012). Trabajo social con personas mayores. Teoría y práctica del Trabajo Social Gerontológico. *Servicios Sociales y Política Social*, 98, 9-34. <https://www.serviciossocialesypoliticasocial.com/trabajo-social-con-personas-mayores-teoria-y-practica-del-trabajo-social-gerontologico>

Martín, M., & Bravo , J. (2003). *Trabajo Social Gerontológico. Aportaciones del Trabajo Social a la Gerontología*. Madrid: Sintesis.

Masi, C. M., Chen, H. Y., Hawley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and Social Psychology Review*, 15(3), 219-266. <https://doi.org/10.1177%2F1088868310377394>

McGoldrick, C., Barrett, G.A., & Cook, I. (2017). Befriending and re-ablement service: a better alternative in an age of austerity. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 37(1/2), 51-68.

<https://doi.org/10.1108/IJSSP-08-2015-0090>

Milligan, C., Payne, S., Bingley, A. & Cockshott, Z. (2015). Place and wellbeing: shedding light on activity interventions for older men. *Ageing and Society*, 35(1), 124-149.

<https://doi.org/10.1017/S0144686X13000494>

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2020). *Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Opportunities for the Health Care System*. Washington, DC: The National Academies Press.
<https://doi.org/10.17226/25663>

Newall, N., McArthur, J. & Menem, V.H. (2014). A longitudinal examination of social participation, loneliness, and use of physician and hospital services. *Journal of Aging and Health*, 27(3), 500-518.
<https://doi.org/10.1177/0898264314552420>

Nurmi, M.A., Mackenzie, C.S., Roger, K., Reynolds, K., & Urquhart, J. (2016). Older men's perceptions of the need for and access to male-focused community programmes such as Men's Sheds. *Ageing & Society*, 38(4), 794-816. <https://doi.org/10.1017/S0144686X16001331>

Palma Ayllón, E., & Escarabajal Arrieta, M. D. (2021). Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. *Gerokomos*, 32(1), 22-25. <https://dx.doi.org/10.4321/s1134-928x2021000100006>

Peplau, L. A., Russell, D., & Heim, M. (1979). The experience of loneliness. In I. H. Frieze, D. Bar-Tal, & J. S. Carroll (Eds.), *New approaches to social problems: Applications of attribution theory* (pp. 53–78). Jossey-Bass.

Perissinotto, C., Holt-Lunstad, J., Periyakoil, V. S., & Covinsky, K. (2019). A practical approach to assessing and mitigating loneliness and isolation in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(4), 657–662. <https://doi.org/10.1111/jgs.15746>

Pinazo Hernandis, S. & Donio-Bellegarde Nunes, M. (2018). *La soledad de las personas mayores: conceptualización, valoración e intervención*. Fundación Pilares para la Autonomía Personal.

Preston, C., & Moore, S. (2019). Ringing the changes: the role of telephone communication in a helpline and befriending service targeting loneliness in older people. *Ageing and Society*, 39(7), 1528-1551..
<https://doi.org/10.1017/S0144686X18000120>

Reynolds, K.A., Mackenzie, C.S., Medved, M., & Roper, K. (2015). The experiences of older male adults throughout their involvement in a community programme for men. *Ageing & Society*, 35(3), 531-551.
<https://doi.org/10.1017/S0144686X13000858>

Roberts, J.R. & Windle, G. (2019). Evaluation of an intervention targeting loneliness and isolation for older people in North Wales. *Perspectives in Public Health*, 140(3), 153-161.
<https://doi.org/10.1177/1757913919868752>

Rodríguez Romero, R., Herranz Rodríguez, C., Kostov, B., Gené-Badia, J., & Sisó Almirall, A. (2020). Intervention to reduce perceived loneliness in community-dwelling older people. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(2), 366-374. <https://doi.org/10.1111/scs.12852>

Sowa-Kofta, A., Szetela, A., & Golinowska, S. (2017). Health promotion for the oldest seniors in the social sector. Examples of policies and programmes from Poland and the Czech Republic. *Epidemiology Biostatistics and Public Health*, 14(2). <https://doi.org/10.2427/12512>

Theeke, L.A., Mallow, J.A., Moore, J., McBurney, A., Rellick, S., & VanGilder, R. (2016). Effectiveness of LISTEN on loneliness, neuroimmunological stress response, psychosocial functioning, quality of life, and physical health measures of chronic illness. *International Journal of Nursing Sciences*, 3(3), 242-251. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2016.08.004>

Todd, C., Camic, P.M., Lockyer, B., Thomson, L.J.M., & Chatterjee, H.L. (2017). Museum-based programs for socially isolated older adults: Understanding what works. *Health & Place*, 48, 47-55. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2017.08.005>

Valtorta, N. K., Kanaan, M., Gilbody, S., Ronzi, S., & Hanratty, B. (2016). Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: Systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart*, 102(13), 1009-1016. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2015-308790>

Venville, A., Willis, K., Adler, V., Kostecki, T., & Rollins, W. (2021). Staying Connected During a Global Pandemic: Telephone Support for Vulnerable Populations. *Australian Social Work*, 76(1), 88-99. <https://doi.org/10.1080/0312407X.2021.1959937>

Warwick Booth, L., Coan, S., & Bagnall, A.M. (2019). Personalised housing support to improve health and well-being: findings from a local pilot programme in Yorkshire, England. *Cities & Health*, 4(1), 82-93. <https://doi.org/10.1080/23748834.2019.1644078>

Wiles, J., Morgan, T., Moeke-Maxwell, T., Black, S., Park, H., Dewes, O., Williams, L.A., & Gott, M. (2019). Befriending Services for Culturally Diverse Older People. *Journal of Gerontological Social Work*, 69(7), 776-793. <https://doi.org/10.1080/01634372.2019.1640333>