

Ampliando la mirada en soledad no deseada desde las Trabajadoras Sociales de Atención Primaria de Salud, de la Dirección Asistencial Sur - Madrid

Tamara Corrales Ávila¹, Estela Cubero Lázaro², Carmen García García³, María Gómez-Ullate Rincón^{4*}, María Jesús Navarro Sánchez⁵, Alicia Ortiz San José⁶

¹²³⁴⁵⁶ Trabajadora Social. Centro de Salud de atención primaria en SERMAS (Servicio Madrileño de Salud), Madrid, España.

*Correspondencia: mariagomez_ur@yahoo.es

Cómo citar: Corrales Ávila, Tamara; Cubero Lázaro, Estela; García García, Carmen; Gómez-Ullate Rincón, María; Navarro Sánchez, María Jesús; Ortiz San José, Alicia; (2025) "Ampliando la mirada en soledad no deseada desde las Trabajadoras Sociales de Atención Primaria de Salud, de la Dirección Asistencial Sur - Madrid". *Revista Trabajo Social y Salud*, N°101, 647-656.

Resumen: La realidad de la soledad no deseada es una preocupación a varios niveles, considerado por la Organización Mundial de Salud como un problema de Salud Pública. A raíz de la publicación del Proceso Asistencial de Atención a Personas Mayores en situación de soledad no deseada, las trabajadoras sociales de salud de la Dirección Asistencial Sur de la Comunidad de Madrid, tienen unas actuaciones incluidas. Por ello nos planteamos a través de grupos de trabajo, establecer unificación de criterios en el ámbito de la intervención social, implicando a todos/as los/as profesionales, siendo un punto de partida para la mejora de nuestra atención asistencial, evitando el aislamiento social y fomentando actividades de promoción y prevención de la salud, contribuyendo a un envejecimiento saludable.

Palabras clave: Soledad no deseada, Intervención social, Trabajo Social en Salud, Educación para la salud, Envejecimiento saludable

Abstract: The reality of unwanted loneliness is a concern at various levels. This problem has been considered by the OMS as a public health issue. Following the publication of the Assistance Process for Older People in Unwanted Loneliness, healthcare social workers from the Health Care Directorate (Southern District) propose, through working groups, to establish unified criteria in the field of social intervention, involving all professionals. This is a starting point for improving care, avoiding social isolation, promoting health promotion and prevention activities, and contributing to healthy aging.

Keywords: Unwanted Loneliness, Social intervention, Social work in health, Education for health, Healthy aging

Fundamentación

Existe una gran preocupación ante este problema creciente, no solo en España sino también en otros países europeos. La Organización Mundial de la Salud, declara la soledad no deseada como un problema de Salud Pública.

Esta realidad condiciona la calidad de vida y por consiguiente puede conllevar problemas de salud:

- A nivel físico: disfunción del sistema inmune, obesidad, trastorno del sueño y enfermedades cardiovasculares.
- A nivel psicológico: riesgo de padecer deterioro cognitivo. Depresión, ansiedad y tristeza.
- A nivel social: no sentir necesidad de participación social ni contactos con otras personas por miedo a ser rechazados y ser utilizados.

En España existe un gran envejecimiento de la población y se prevé que éste aumente en años posteriores. Entendemos que:

“El envejecimiento es un proceso vital integrado por personas que, si bien comparten una edad cronológica, tienen características físicas y personales únicas. Cada individuo que pertenece al grupo de personas mayores, aparentemente homogéneo, vive y tiene múltiples experiencias que son diversas y no pueden unificarse”. (Luna; Fontanillo, 2021: 41)

Según datos extraídos del Instituto Nacional de Estadística (2022): la población total mayor de 65 años corresponde a 9.479.010 que supone el 19,90 % de la población total en España (47.615.034 hab.). Se estima que la población de 65 y más años supondría el 26,0% del total en el año 2037 (proyección poblacional 2022-2072).

Según la misma fuente, (2020) los hogares unipersonales en la Comunidad de Madrid corresponden 675.700 hogares, de los cuales, de mayor de 65 años, tenemos 268.100 hogares (39,7 %); de los cuales 54.300 son hombres (20,25 %); y de mujeres 213.700 (79,70 %).

La posibilidad de vivir más tiempo, genera una

oportunidad para desarrollar mejores condiciones de salud y calidad de vida. Al mismo tiempo el estudio del envejecimiento de la población, pone de manifiesto ciertos riesgos en esa etapa vital, vulnerabilidades, pérdida de autonomía, sentimiento de no pertenencia, deterioro de relaciones sociales, sentimiento de soledad, estereotipos negativos; unido a esto la aparición de la pandemia COVID-19, que supuso medidas extraordinarias de confinamiento, han venido a poner el foco y a recordar una realidad como es la soledad no deseada.

Tras realizar una revisión bibliográfica, el concepto de soledad no deseada lo entendemos como un término complejo, cambiante que varía según cultura, experiencias particulares, y expectativas previas. Indicar que se ha aceptado el concepto consensuado por Servicio Madrileño de Salud de mayores de 70 años y que han sido las personas objeto del presente estudio.

Según anota Mario Arroyo Alba en su artículo Soledad no deseada y salud. Una aproximación desde el Trabajo Social (2022):

“Una de las definiciones más aceptadas del concepto de soledad no deseada, desde un análisis cognitivo, la describe como una discrepancia entre las relaciones sociales que una persona desearía tener y las que realmente tiene. De esta forma, la red de relaciones sociales sería menor o menos satisfactoria de la deseada desde una percepción subjetiva” (Peplau, Russell & Heim, 1979).

En este punto es importante definir el concepto de aislamiento social, como término diferenciador con la soledad no deseada. El aislamiento social es un dato objetivable, ya que se refiere a la ausencia de contactos con otras personas.

La percepción subjetiva de la soledad se ha convertido en un problema relevante y emergente en la actualidad dando paso a varias iniciativas, que se articulan en programas de acción para mejorar el bienestar de las personas mayores:

1. Desde el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar dentro del Marco de Atención Primaria y Comunitaria en el 2019, señala como acciones

para abordar el problema de la soledad no deseada:

2. Fomentar el trabajo compartido de los/as trabajadores/as sociales del ámbito sanitario con el resto de profesionales, en el desarrollo de protocolos orientados a cronicidad, dependencia, vulnerabilidad o maltrato y/o atención a la soledad no deseada.
3. Protocolizar la valoración social de la persona mayor, con fragilidad o con deterioro funcional o con patología compleja crónica y/o persona en situación de dependencia y de toda persona en situación y de toda persona en situación de vulnerabilidad, riesgo social o situación de maltrato, destacando la valoración social de personas mayores. (Sanidad, 2019: 29)
4. Desde la Comunidad de Madrid (Consejería de Familia, Juventud y Política Social a través de la Dirección General de Atención al Mayor y a la Dependencia) para abordar el problema de la soledad no deseada, pone en marcha el Programa regional de atención a situaciones de soledad no deseada en personas mayores, mediante la construcción de una red de instituciones, entidades y profesionales con enfoque de intervención con elementos consensuadas, comunes y coordinadas. Comienzan con la creación de un grupo de trabajo específico para promover medidas, donde lo principal es su funcionamiento colaborativo en red. (Consejería Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2022: 5). En este escenario desde la Dirección General de Coordinación Sociosanitaria de la Consejería de Sanidad, se ha elaborado el I Plan Regional de Atención Integral a la Fragilidad y Promoción de la Longevidad Saludable para Personas Mayores de la Comunidad de Madrid 2022-2025, en el que proponen las acciones y/o procedimientos de detección e intervención de soledad no deseada, entre ellos el Proceso Asistencial de atención a personas mayores en situación de soledad no deseada.
5. En el ámbito de Atención Primaria de Salud: la Cartera de Servicios Estandarizados incluye en los servicios de atención a la persona mayor, con fragilidad o con deterioro funcional, de atención a pacientes con necesidad de cuidados paliativos y en los servicios de atención a personas con patologías crónicas con posibilidad de nivel de

intervención alto, la valoración del riesgo socio familiar a través de la Escala Gijón. En el punto “A. SITUACIÓN FAMILIAR” de la escala, se recoge la información sobre si vive solo (Consejería Sanidad, 2022: 6)

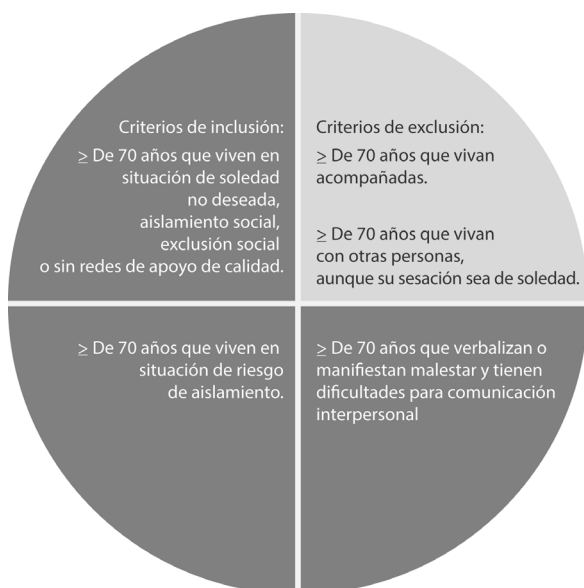
En este contexto se pone en marcha el Proceso Asistencial de Atención a Personas Mayores en Situación de Soledad no deseada (Gerencia Asistencial de Atención Primaria, Consejería de Sanidad. En vigor desde febrero del 2022), en el que vamos a centrar nuestra comunicación; en concreto en la Dirección Asistencial Sur que abarca los siguientes municipios: Leganés, Griñón, Parla, Pinto, Getafe, Valdemoro, Ciempozuelos, Colmenar de Oreja, Aranjuez y San Martín de la Vega, con 10 consultorios locales y 31 centros de salud de atención primaria que son atendidos por 16 Trabajadoras Sociales en Salud. Con una población asignada de 136.164 personas mayores de 65 años, de los cuales 77.145 son mujeres y varones 55.019 (e-SOAP: Seguimiento de Objetivos de Atención Primaria. 2023). A continuación, se describe el proceso asistencial:

PROCESO ASISTENCIAL DE ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE SOLEDAD NO DESEADA

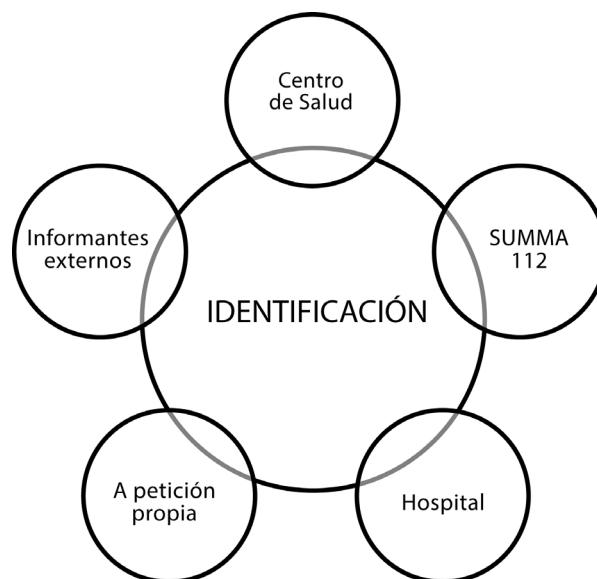
Objetivo general	Mejorar la salud y la calidad de vida de las personas mayores (de 70 años en adelante) que se encuentran en situación de soledad no deseada impulsando sus relaciones sociales y vínculos comunitarios.
Objetivos específicos	Sensibilizar a profesionales y población general ante el problema de soledad no deseada en personas mayores
	Aumentar la detección de situaciones de riesgo o en las que ya exista una situación de aislamiento o de soledad no deseada en personas mayores
	Fomentar la creación de espacios y actividades interinstitucionales y en red para luchar contra la soledad no deseada
	Prevenir situaciones de riesgo socio sanitario en las que exista aislamiento social y/o soledad no Deseada Intervención del equipo de atención primaria

Fuente: Gerencia Asistencial de Atención Primaria, Consejería de Sanidad Madrid. Febrero 2022

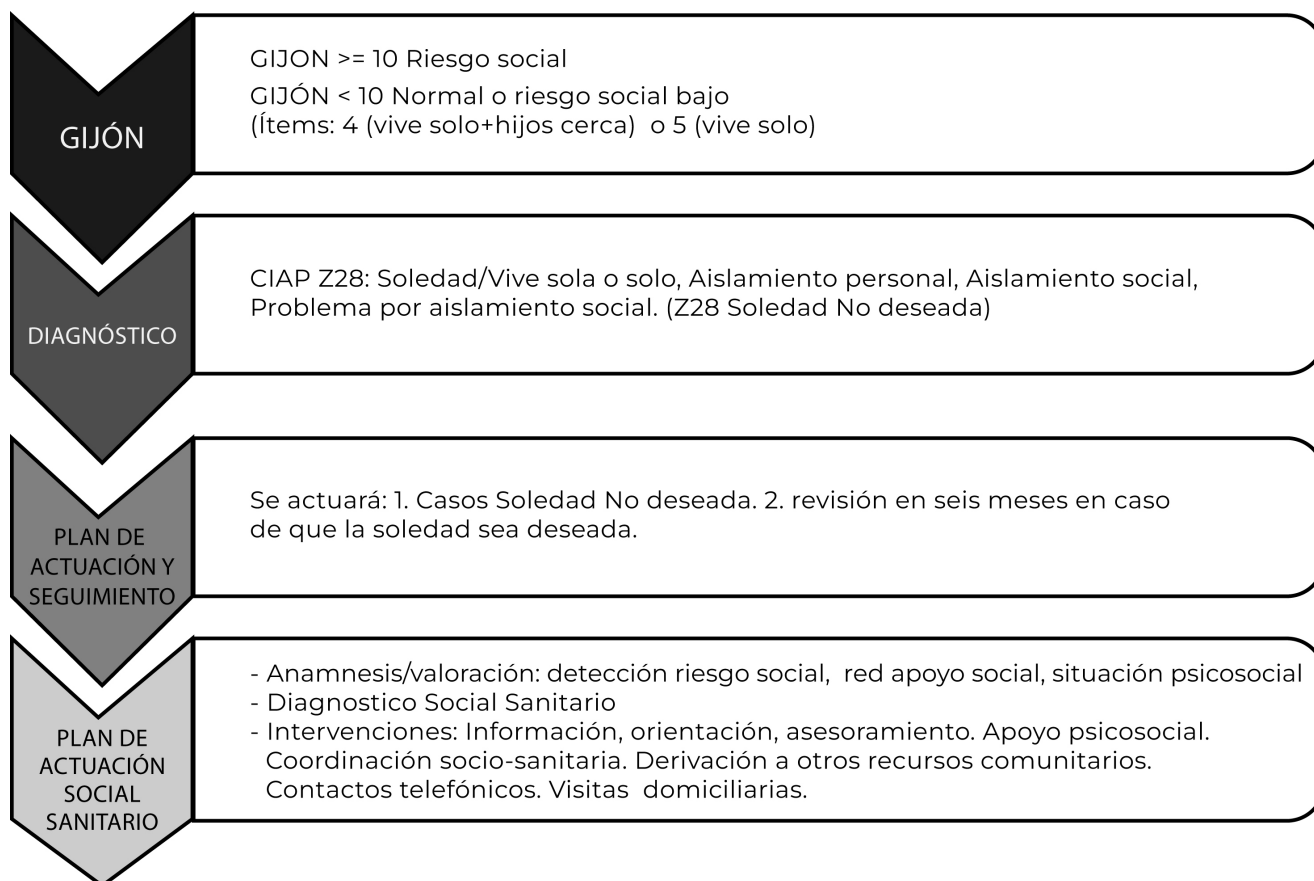
Población Diana



Identificación



Plan actuación social sanitario:



Objetivos

- Identificar actuaciones de intervención social de las trabajadoras sociales de la Dirección Asistencial Sur en Atención Primaria, basándonos en el proceso asistencial de la soledad no deseada.
- Definir indicadores sociales en personas en soledad no deseada.
- Homogeneizar criterios de intervención social en la atención a personas en situación de soledad no deseada.

- Visibilizar las intervenciones sociales.
- Favorecer el trabajo en red.

Metodología

A raíz de la publicación del Proceso Asistencial de Atención a Personas Mayores en Situación de Soledad No Deseada, publicado el 22 de febrero 2022, por la Gerencia Asistencial de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud, mencionado anteriormente; las trabajadoras sociales de la Dirección Asistencial Sur comenzamos a reflexionar sobre los procesos de intervención social del trabajo social en Atención Primaria.

Algunos de los interrogantes que aparecieron a lo largo de las reuniones periódicas mantenidas por las dieciséis profesionales que conformamos esta dirección, nos llevaron a la realización del presente estudio. Los interrogantes o líneas de discusión mantenidas han sido las siguientes:

- ¿Nos llegan los casos derivados por soledad no deseada o con otras demandas? ¿La soledad es una demanda no sentida inicialmente?
- ¿Cuántos tipos de soledad apreciamos en la consulta diaria? soledad no deseada, soledad deseada, soledad no sentida, soledad por resignación, soledad existencial, soledad impuesta, etc.
- ¿Quién se queda fuera del proceso asistencial? ¿Se ajusta el proceso a la realidad de las personas que sienten la soledad y no la desean?
- ¿Estamos actuando todas las trabajadoras sociales de la dirección asistencial sur de la misma manera? ¿Sería conveniente aunar criterios de intervención?

A lo largo del estudio los interrogantes no han dejado de aparecer y es a través de ellos como hemos ido dando forma a este proceso de análisis de la realidad. Ayudándonos de la técnica de Brainstorming se ha conseguido sacar mayores conclusiones y favorecer la determinación de los criterios comunes:

¿Qué dificultades hemos encontrado para la detección de casos?, ¿Qué espacios podemos construir desde la institución y más concretamente desde nuestra consulta para abordar esta realidad?

Una de las primeras decisiones a la hora de iniciar

este estudio fue centrar la atención en las personas que estaban incluidas en el Proceso Asistencial exigido. Dejando fuera del estudio a las que no cumplen criterios, independientemente de si son atendidas o no por nosotras en relación a esta problemática.

La metodología elegida es de tipo cualitativo, ya que damos mayor importancia a la historia de vida y experiencias que a datos cuantificables. Al explorar esta parte se puede sacar mayor información y conclusiones sobre sus procesos vitales para poder compartirlos, analizarlos y utilizarlos para mejorar su bienestar aceptando su situación de soledad actual.

La metodología cualitativa conlleva *“una tradición reflexiva, privilegia valores, normas y crea pautas de conducta que favorece una actitud analítica y crítica encaminada a revisar y evaluar la idea, los supuestos, las teorías y los métodos convencionales”*. (Sánchez Silva, 2005: 116)

La recogida de datos se realiza a través de una de las herramientas fundamentales de nuestra profesión, la entrevista en profundidad. Esta técnica (Rosell Teresa, 2017: 86) nos ha facilitado encontrar los puntos clave de las historias de vida y la relación con el sentimiento de soledad no deseada. Estableciendo el Rapport, la entrevista favorece la realización del plan de intervención, nos enfoca en la periodicidad de los seguimientos a realizar y en las posibles herramientas a utilizar mejorando la percepción del bienestar de la persona y logrando un envejecimiento más saludable.

A partir de la realización de este estudio hemos comenzado a poner la mirada en la soledad no deseada en todas las entrevistas, pero más concretamente en las personas que cumplen el Proceso Asistencial y así lo hemos acordado. Mediante preguntas clave, fijadas por todas las profesionales, ponemos sobre la mesa en nuestras entrevistas la palabra soledad y hacemos hincapié de forma consciente en ello. Esto nos permite que la persona reflexione o por lo menos se plantee si su malestar está relacionado con esta problemática social. Dando respuesta así a uno de nuestros objetivos principales:

“Unificar criterios entre las profesionales de la Dirección Asistencial Sur.”

La sistematización de la información se ha realizado a través de la creación de una tabla Excel donde se recogen datos de intervención social incluidos en el Proceso Asistencial de Soledad no Deseada: datos demográficos (edad, sexo), valoración social, actuaciones, periodicidad del seguimiento y otros datos de interés. Este proceso de pilotaje se realizó del 24 de octubre al 24 de noviembre 2022.

Para sistematizar la información de una manera eficaz entre las componentes del grupo de trabajo se ha utilizado la herramienta de almacenamiento de archivos en la nube; para compartir dudas, planificación de trabajo, etc. Se han compaginado reuniones presenciales y el uso de la plataforma on line Zoom. Además de formar dos comisiones de trabajo de tres integrantes cada una, para favorecer una comunicación fluida y rápida, agilizando así el proceso de toma de decisiones y de elaboración del propio estudio.

Otra herramienta que aparece en los protocolos de trabajo social de atención primaria y que formaría parte en la valoración de la red de apoyo de la persona, es la conocida como cuestionario MOS (herramienta para valoración de apoyo social), se trata de un cuestionario que puede ser auto administrado o trabajado en conjunto con la persona. Nos permite descubrir situaciones de riesgo social. Consta de 20 ítems en 4 dimensiones: Apoyo emocional, ayuda material, interacción social positiva y apoyo efectivo. Destacar que está validado a nivel nacional e internacional para la intervención en apoyo social, pero a nuestro grupo de trabajo nos ha generado muchos interrogantes a lo largo de este proceso metodológico, sobre todo a la hora de ver cuál sería el mejor momento del proceso de intervención para trabajarlo.

Desde el Trabajo Social en Salud, ponemos en valor la visita domiciliaria, siendo muy oportuna en ciertas situaciones en las que se dificulta la intervención en consulta, se valora el riesgo y la necesidad de ampliar información. Nuestra profesión está vinculada al conocimiento del entorno, la visita domiciliaria no es nueva en nuestra profesión, desde los orígenes con las “visitadoras amistosas” Richmond defiende la realización de la primera entrevista en el domicilio de los sujetos (Richmond M, 2005:106-109). En la actualidad, la visita a domicilio, se considera un elemento definitorio de nuestra profesión.

Resultados

Para comenzar los resultados, daremos respuesta a los interrogantes que aparecieron al inicio del estudio y que fueron los que impulsaron la puesta en marcha del mismo, como se mencionó y se detalló en el apartado de metodología.

Uno de los interrogantes iniciales era cómo llegan a la consulta estas personas, si es una demanda sentida o acuden con cualquier otro tipo de demanda o necesidad inicial. A esta cuestión se ha dado respuesta y así se mencionará más adelante, gracias a la herramienta excel utilizada. Vemos que la mayoría de estas personas, aunque tengan un sentimiento inicial de soledad tienden a normalizarlo, es en el proceso de intervención psicosocial con la profesional donde le dan forma reflexionando sobre ello. Lo que se observa en la mayoría de los casos, es que acuden con otra demanda explícita; la soledad no deseada aparece transversalmente y se va manifestando. Respecto a los tipos de soledades posibles y más frecuentes en nuestras consultas, impresiona que suelen darse cuando hay una pérdida de intimidad compartida en los casos de soledad impuesta por viudedad, o en relación con la ausencia de vínculos satisfactorios a nivel familiar. Incluso ante la ausencia de cuidar o sentirse cuidado.

Respecto al cuestionamiento de si se quedan fuera del proceso asistencial muchas personas, se considera que si, ya que hay otros rangos de edad menores y cercanos a la etapa de la vejez que también presentan esta problemática, al igual que hay muchas de estas personas que no viven solas y la presentan.

Como se ha podido ver a lo largo del estudio existe una gran diversidad en la intervención social en salud, de ahí que se pusiera un gran peso en el logro del objetivo de unificar criterios de intervención, que, de igual manera, comenzó siendo un interrogante.

Un último interrogante ha sido las dificultades para la detección de los casos de soledad no deseada y qué tipo de espacios podríamos construir para abordar esta realidad. En respuesta a esto decir que, al poner la mirada en el tema en cuestión, ha sido en general mucho más fácil la detección. Además de apoyarnos en una serie de preguntas básicas que se detallan en las conclusiones y que han facilitado el

reconocimiento de la problemática y el análisis de la propia persona y autorreflexión.

Al hacer un seguimiento adaptado a la persona, desde el trabajo social en salud de Atención Primaria, se crea y se posibilita un espacio seguro de expresión, análisis y trabajo emocional para estas personas, respetando sus tiempos, sus deseos, creencias y acciones, sirviéndoles de apoyo y guía. Se ha decidido formalizar un espacio de Educación para la Salud, donde estas personas se encuentren, discutan y compartan, para favorecer la autodeterminación de la persona y les posicione con una mirada hacia un proyecto de vida saludable con un mínimo grado de bienestar. Con este espacio deseamos que se empiece a cambiar el paradigma actual, poniendo en valor esta etapa vital y a los mayores en su totalidad.

Consideramos que la recogida de datos ha sido satisfactoria a pesar de las diferentes situaciones que han condicionado el estudio y que ha sido planteada a lo largo del mismo. Algunos de los condicionantes han sido una gran carga asistencial que ha dificultado la calidad del tiempo empleado al presente estudio; tanto las suplencias como las bajas de algunas de las integrantes de la Dirección Asistencial Sur que han dificultado la consecución del total de los casos; una huelga del personal de medicina que ha mermado previsiblemente el número de derivaciones; interfiriendo todo ello en los resultados del presente estudio.

Tras analizar los datos obtenidos en el mes de pilotaje, que se relacionan con algunas características de las personas estudiadas en el proceso, se han obtenido los siguientes resultados:

Se han incluido dentro del proceso asistencial de Soledad No deseada 77 pacientes, de los cuales el 18% son hombres, el 82% son mujeres.

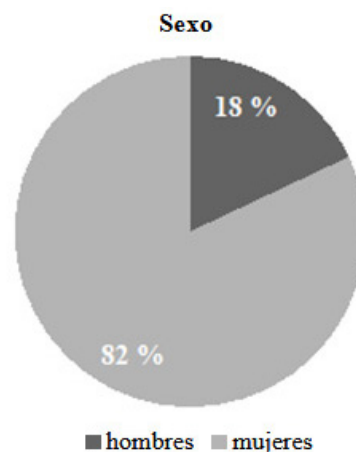


Gráfico 1. Fuente: Elaboración propia a partir de la información obtenida de la recogida de datos

El origen de la derivación que más aparece es la de profesionales de medicina de Atención Primaria, seguida por la derivación de profesionales de enfermería. En menor medida la demanda es a petición propia o a través de algún familiar. En ocasiones puntuales acuden derivados de Servicios Sociales o de grupos de Educación para la Salud.

Origen de la derivación

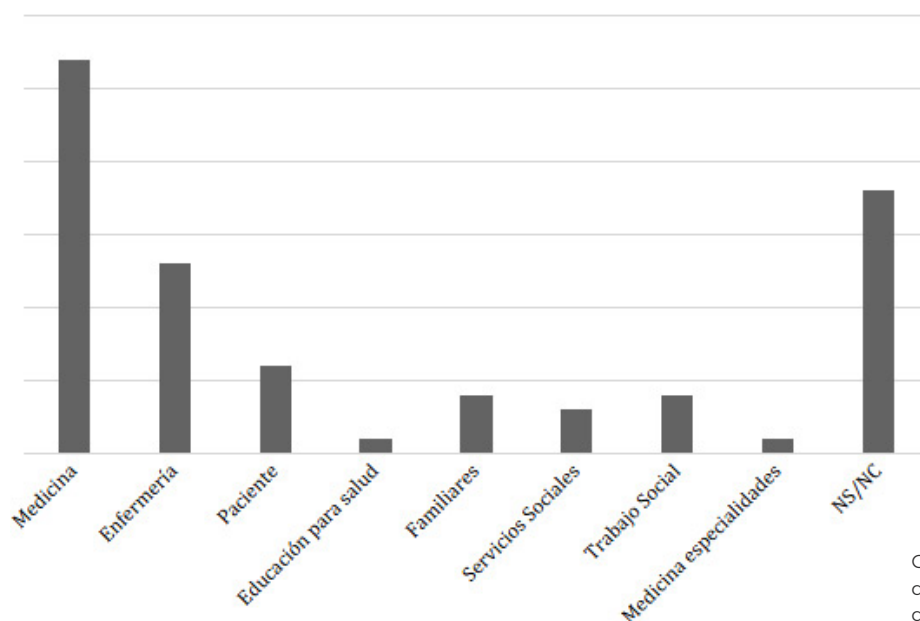


Gráfico 2. Fuente: Elaboración propia a partir de la información obtenida de la recogida de datos

Se ha encontrado que la mayoría de las demandas recogidas no corresponden de manera explícita con el sentimiento de soledad no deseada, siendo más bien por otras demandas relacionadas con situaciones de dependencia, a nivel preventivo o solicitando recursos concretos e información al respecto. Podríamos concluir que la soledad no deseada no es una demanda sentida en primera instancia, sino que se llega a ella a través de un proceso de introspección, reflexión y de intervención con las profesionales. Es por este motivo por el cual el tipo de atención prioritaria es la consulta de seguimiento, siendo esta un 77% del total de los casos. Existe un 21% en los que se ha detectado la soledad no deseada en una consulta única, pero sin poder determinar en este estudio que esa detección sea de la profesional y también sentida por la persona, ya que como más adelante se comentará en las conclusiones, esta problemática psicosocial requiere de un proceso diagnóstico que parte de la propia persona y de sus historias de vida.

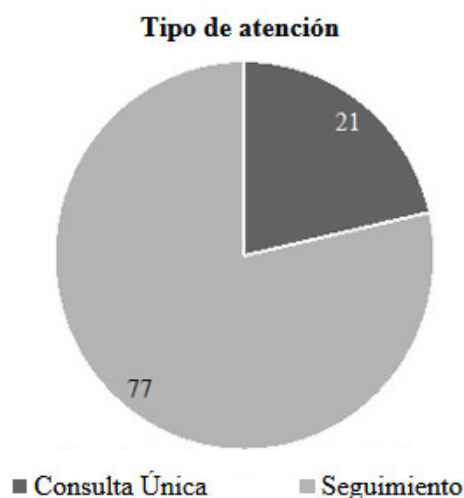


Gráfico 3. Fuente: Elaboración propia a partir de la información obtenida de la recogida de datos

Los datos recogidos han ido cambiando a lo largo de todo este proceso, siendo por ejemplo el porcentaje de la visita domiciliaria minoritario en el momento del pilotaje, ampliándose paulatinamente a lo largo del tiempo. Esto no provoca cambios en las conclusiones del estudio, ya que no existe una pretensión cuantitativa del análisis de la realidad, se precisaba contar con este tipo de datos para poder analizarlos y obtener una visión global de posibles intervenciones comunes y áreas de mejora. Correspondiendo esto con el objetivo general planteado.

A nivel general consideramos que se han logrado la mayoría de los objetivos:

1. Identificar actuaciones de intervención social de las trabajadoras sociales de la Dirección Asistencial Sur, basándonos en el Proceso Asistencial se ha cumplido gracias a la elaboración e interpretación de la herramienta excel que nos ha permitido tener una visión global de las actuaciones que llevamos a cabo tanto a nivel del conjunto de las profesionales como individual.
2. Otro de nuestros objetivos conseguidos es homogeneizar criterios de intervención social en la atención a personas en situación de soledad no deseada puesto que hemos llegado a acuerdos comunes como: elaboración y utilización de entrevista semiestructurada para la detección de los casos; realizar seguimientos adaptados a la persona, no mediante seguimientos protocolizados; la visita domiciliaria como eje; potenciar la red familiar y trabajar vínculos si fuera preciso; trabajar con la historia de vida de las personas desde el modelo centrado en la persona, en sus deseos y expectativas, apoyando en visibilizar procesos de actitud positiva que garanticen una mejor sensación de bienestar; no centrarse únicamente en ampliar la red social ya que no es siempre la respuesta; trabajar la soledad en positivo. Se ha acordado como línea de trabajo futura crear un grupo de Educación para la Salud que intervenga con personas que tengan soledad no deseada sentida y estén dentro del protocolo.

Con estos resultados se está empezando a visualizar “el poder” de la intervención psicosocial y el acompañamiento a las personas en soledad no deseada ya que están generando espacios que sienten como positivos y pueden potenciar el desarrollo de un envejecimiento más saludable.

El resto de los objetivos no se han conseguido en su totalidad, aunque se sigue trabajando sobre los mismos. Uno de ellos sería definir indicadores sociales en personas en soledad no deseada, que consideramos que es muy ambicioso para la fase del estudio en la que estamos. Respecto a visibilizar las intervenciones sociales y favorecer el trabajo en red

son objetivos alcanzables a medio y largo plazo por lo que continuaremos enfocándonos sobre los mismos.

Conclusiones

Según los resultados obtenidos llegamos a las siguientes conclusiones:

- Se ha considerado importante fomentar la sensibilización y concienciación a la población sobre la soledad no deseada.
- Necesaria formación continuada de todos/as los/as profesionales y actores sociales de la comunidad para hacer frente a esta problemática, que debe abordarse de una forma intersectorial e interdisciplinar.
- Sería de interés la creación de espacios de encuentro y colaboración con otros profesionales, para mejorar futuras actuaciones.
- La detección de situaciones de soledad no deseada, viene determinada por una demanda no explícita. Se detecta a través de los síntomas por los que consulta la persona, por la frecuentación de citas, o por realizar el cribado del propio Proceso Asistencial (dato objetivable al pasar escala socio-familiar de GIJÓN). En otras ocasiones se ha observado la normalización de la soledad por parte de los propios profesionales sanitarios que provoca que el motivo de derivación no responda a la necesidad real y se derive por necesidades materiales.
- Hemos consensuado utilizar a la hora de la detección la entrevista semiestructurada mediante cuatro preguntas a formular. ¿Cómo se siente hoy? ¿Cuándo está en casa siente tristeza, soledad o malestar? ¿Desea vivir solo/sola? ¿Qué actividades realiza en su día a día?
- Uso del cuestionario MOS: Tras establecer vínculo con la persona atendida y generación de espacio de confianza.
- Importancia de la visita domiciliaria en la intervención social en salud, siendo una técnica que favorece conocer a la persona en su entorno.
- Poner en valor a las profesionales de Trabajo Social como recurso dentro del sistema de salud, como promotoras del cambio y potenciadoras de la coordinación sociosanitaria, de creación de redes comunitarias junto a otros profesionales del centro de salud, no solamente como gestoras

de recursos.

- Se considera que la intervención desde trabajo social de salud en Atención Primaria, no debe estar centrada únicamente en aumentar la red de apoyo o en proporcionar servicios y actividades. Es importante utilizar un modelo centrado en la persona, planificando una intervención individualizada y especializada conjuntamente con ella, en búsqueda de mejorar su calidad de vida o conseguir su bienestar.
- Es importante introducir un abordaje comunitario de la soledad no deseada: Favorecer el trabajo en red fomentando los activos de salud. Establecer vínculos entre las instituciones, la ciudadanía y los recursos técnicos de los diversos servicios para dar una respuesta real y centrada en la persona.
- Hemos observado que queda población sin incluir en el proceso asistencial, por no vivir sola, a pesar de detectar sentimiento de soledad no deseada. Por lo que consideramos dar prioridad a esta población.
- En relación a los resultados obtenidos de la explotación de los datos de la tabla excel, destacar la necesidad de continuar mejorando la herramienta para poder obtener conclusiones futuras que nos ayuden en la unificación de los criterios y poder así fomentar el trabajo en red. Dando con ello continuidad a consecución de los objetivos planteados.

BIBLIOGRAFÍA

- ARROYO ALBA, M (2022), "Soledad no deseada y salud. Una aproximación desde el Trabajo Social" <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/82228>
- ARTEAGA, G (2021) "Cómo escribir una metodología (consejos y preguntas frecuentes)". Testsiteforme
- COLOM, D., (2007), "La soledad: entre el placer y la desesperación, el trabajador social", Profesiones.org; 14-15.
- GARCÍA-GONZÁLEZ JV, DÍAZ-PALACIOS E, SALAMEA A, CABRERA D, MENÉNDEZ A, FERNÁNDEZ-SÁNCHEZ A, ACEBAL V. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. Aten Primaria 1999; 23: 434-40. Disponible en: <https://www.sis.net/documentos/ficha/518344.pdf>

GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA. Cartera de Servicios estandarizada de Atención Primaria de Madrid. Servicio Madrileño de Salud. (2021) <https://www.comunidad.madrid/hospital/atencionprimaria/nosotros/cartera-servicios>

GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA, CONSEJERÍA DE SANIDAD DE LA COMUNIDAD DE MADRID, (2022) "Proceso Asistencial de Atención a Personas Mayores en Situación de Soledad No Deseada"

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE):
<https://bit.ly/3UWIXkC>

JORNADA DE TRABAJO EN RED SOBRE SOLEDAD NO DESEADA DE PERSONAS MAYORES EN LA COMUNIDAD DE MADRID. (2021). https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/servicios-sociales/informe_ideas_clave_jornadas_y_recomendaciones_v2.pdf

LUNA, B. y FONTANILLO, J.A. (2021). Aislamiento y Soledad no deseada en las Personas Mayores. Factores predisponentes y consecuencias para la salud. Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

MADRID SALUD. (2021). "Proyecto Estratégico para la prevención de la soledad no deseada". <https://bit.ly/43PIJjv>

MARCO ESTRATEGICO PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA Y COMUNITARIA. (2019, abril). <https://bit.ly/3mVCAAp>

REVILLA L, ET AL. Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. Med Clin (Barc.). 2005; 6:10-8. <https://bit.ly/41MI68m>

RICHMOND, M (2005) "Diagnóstico Social", Siglo XXI; 106-109

ROSSELL POCH, T RODRÍGUEZ MOLINET, P (2017) "La entrevista en el trabajo social", Barcelona, Herder; 73

SÁNCHEZ SILVA, M (2005), "La metodología en la investigación cualitativa", *Mundo Siglo XXI*; 115-118.