

Marcos Fernández-Mingo¹
 Alba Soria-Andrés²
 Andrea Velasco-Álvarez³
 Esther Bahillo-Ruiz⁴
 Lourdes Jiménez-Navascués^{4,*}

1. Enfermero. Unidad de Cuidados Intensivos. Complejo Asistencial Universitario. Hospital Universitario Santa Barbara. Soria, España.
2. Enfermera. Unidad de Hospitalización Medicina Interna. Complejo Asistencial Universitario. Hospital Universitario Santa Barbara. Soria, España.
3. Enfermera. Unidad de Diálisis. Complejo Asistencial Universitario. Hospital Universitario Santa Barbara. Soria, España.
4. Enfermera. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Valladolid. Soria, España.

*Autora para correspondencia.
 Correo electrónico: lourdes.jimenez@uva.es (Lourdes Jiménez Navascués).

Recibido el 2 de mayo de 2024; aceptado el 14 de mayo de 2024.

Comunidad compasiva: modelo de intervención para abordar la soledad no deseada. Revisión bibliográfica sistemática

Compassionate communities: intervention model for dealing with unwanted loneliness. Systematic literature review

DOI: S1134-928X2024000400004

RESUMEN

La soledad no deseada, un nuevo reto para la comunidad. **Objetivo:** Analizar si el proyecto Ciudades y Comunidades Compasivas en la atención al mayor en situación de soledad no deseada modula su bienestar. **Metodología:** Revisión bibliográfica sistemática, según propuesta PRISMA. La búsqueda se realiza en las bases de datos: Medline, CINAHL, WOS y Cochrane Library, publicaciones entre 2018 y 2024. Se seleccionaron 12 artículos, cuya calidad metodológica se evaluó mediante el programa CASPe y se determinó el nivel de evidencia y grado de recomendación mediante la propuesta de Sackett. **Resultados:** La soledad no deseada genera un impacto negativo en la calidad de vida, el bienestar y la salud de la persona. Los proyectos de Ciudades y Comunidades Compasivas que han publicado sus resultados son escasos para recomendar, con suficiente evidencia, estas iniciativas orientadas a disminuir la percepción de soledad no deseada y su repercusión en el estado de salud. No se encuentran suficientes trabajos para comparar sus resultados con las intervenciones sociosanitarias habituales. **Conclusiones:** La soledad no deseada en mayores tiene una alta prevalencia en nuestra sociedad. Las personas mayores con sentimiento de soledad no deseada tienen mayor riesgo de sufrir alteraciones o problemas de salud. Las intervenciones llevadas a cabo en el proyecto de Ciudades y Comunidades Compasivas generan buenos niveles de satisfacción y obtienen mejoras en el estado de salud de la persona. Se requieren más estudios que aporten evidencia sobre los resultados de las intervenciones promovidas por las Comunidades Compasivas.

PALABRAS CLAVE: Soledad, ciudades compasivas, calidad de vida, anciano, enfermería.

ABSTRACT

Unwanted loneliness, a new challenge for the community. **Objective:** To analyse whether the Compassionate Cities and Communities project in caring for the elderly in a situation of unwanted loneliness modulates their well-being. **Methodology:** Systematic literature review, according to PRISMA proposal. The research was carried out in the following databases: Medline, CINAHL, WOS and Cochrane Library, publications between 2018 and 2024. Twelve articles were selected, whose methodological quality was evaluated using the CASPe program and the level of evidence and degree of recommendation was determined using the Sackett proposal. **Results:** Unwanted loneliness has a negative impact on a person's quality of life, well-being and health. The Compassionate Cities and Communities projects that have published their results are too few to recommend, with sufficient evidence, these initiatives aimed at reducing the perception of unwanted loneliness and its impact on health status. There are not enough studies to compare their results with the usual social and health interventions. **Conclusions:** Unwanted loneliness in the elderly is highly prevalent in our society. Elderly people with unwanted loneliness feelings have a higher risk of suffering health problems or alterations. The interventions carried out in the Compassionate Cities and Communities project, generate good levels of satisfaction and obtain improvements in the state of the person's health. More studies are needed to provide evidence on the results of the interventions promoted by Compassionate Communities.

KEYWORDS: Loneliness, sympathy cities, quality of life, aged, Nursing.

■ INTRODUCCIÓN

La evolución de la población tiende hacia un incremento del número de personas mayores respecto a la población total, la proyección a nivel mundial muestra esta tendencia, entre 2015 y 2050 la población de 60 o más años se duplicará pasando del 12 al 22%^{1,2}. En España, el envejecimiento tiene la misma proyección que a nivel internacional, se estima que en el año 2050 las personas con 65 o más años sean el 30,3% de la población³. Entre otras situaciones, se genera un incremento de personas que viven solas. Los hogares unipersonales ocupan el segundo lugar de tipo de convivencia más frecuente, siendo un 26,1% del total¹. Según un estudio del CIS-IMSERO⁴ del año 2000, el 22% de personas mayores referían sentirse solas, aunque un 14%, a pesar de estar solas, no tienen sentimiento desagradable hacia la situación que están viviendo, en el año 2022 el 24,9% de los mayores de 65 años vivía solo⁵. Bermejo Higuera⁶ diferencia 2 tipos de soledad, la objetiva y la subjetiva, no es lo mismo sentirse solo, soledad no deseada, que estar solo, ya que la soledad no tiene por qué ser siempre un sentimiento negativo. Es por ello por lo que podemos decir que la soledad no deseada nace de la diferencia entre las relaciones sociales que se tienen y las que gustaría tenerse⁷.

El sentimiento de soledad, según Camargo Rojas y Chavarro Carvajal⁸, puede desencadenarse por factores sociodemográficos, sociales y religiosos. Diferentes estudios^{9,10} indican que el sexo femenino, en mayor proporción que el masculino, se relaciona con situaciones de soledad. Durante los últimos años, se han desarrollado iniciativas de intervención para afrontar y atender a las personas mayores en situación de soledad no deseada. Promovida por la Organización Mundial de la Salud se encuentra la denominada *Red Mundial de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores*. Este proyecto tiene como meta adecuar el entorno físico y social de los mayores para conseguir una mayor calidad de vida, ya que busca desarrollar una atención integral y local mediante la participación de la comunidad¹¹, a la que hace corresponsable de la atención de sus conciudadanos. España se unió a esta corriente de intervención en la comunidad con la creación del denominado movimiento de Ciudades Compasivas y Comunidades Compasivas (CCC) al final de la vida.

Son cada vez más las personas y familias que tienen, en su última etapa de vida, dificultades para cubrir sus necesidades sociales desde los servicios sanitarios y sociales de las instituciones, por lo que parece imprescindible potenciar o poner en valor el rol de la comunidad¹². El 30,6% de los

mayores informan no tener apoyo social, esta situación es más frecuente entre las mujeres¹².

En la atención gerontogeriátrica, los enfermeros concebimos el cuidado del mayor desde el cuidado integral, incluida la dimensión social. Valorar la situación de soledad, ayudará a planificar intervenciones de cuidados enfermeros individualizados y holísticos orientados a mejorar el bienestar y la calidad de vida de los mayores. El propósito de esta revisión es analizar si existe evidencia científica sobre proyectos como CCC en la atención al mayor en situación de soledad no deseada y si modula la percepción de bienestar.

■ OBJETIVOS

Los objetivos específicos son: determinar los efectos del problema de soledad no deseada en los mayores y su abordaje desde las instituciones sanitarias, y analizar los resultados de la implementación del proyecto CCC orientados a la atención de la soledad no deseada en mayores y su relación con el estado de salud de las personas atendidas.

■ METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica sistemática basada en la declaración PRISMA¹⁴. Se planteó la siguiente pregunta: ¿el proyecto CCC en la atención al mayor en situación de soledad no deseada obtiene mejores resultados en el bienestar de los mayores incluidos en él que los atendidos solo por el sistema sanitario? (tabla 1).

- **Criterios de inclusión.** Artículos en español o inglés, publicados entre 2018 y 2024, que estuviesen relacionados con los objetivos propuestos, con metodología: ensayos clínicos aleatorizados (ECA), revisiones sistemáticas y metaanálisis y calidad de los artículos según CASPe (Critical Appraisal Skills Programme, español)¹⁵, que cumplieren al menos el 80% de los criterios.
- **Criterios de exclusión.** Artículos incompletos o en proceso de elaboración y publicaciones asociadas a la soledad no deseada en mayores institucionalizados.
- **Fórmulas de búsqueda.** Se elaboraron con los diferentes Medical Subject Headings (MeSH) mediante operadores booleanos AND y OR con el

Tabla 1. Pregunta de investigación formato PICO y términos DeCS, MeSH y palabras clave

		Pregunta PICO	DeCS y MeSH / palabras clave
P	Población	Persona mayor con sentimiento de soledad no deseada	<i>Descriptor:</i> anciano de 80 o más años / aged, 80 and over; anciano / aged; soledad / loneliness
I	Intervención	CCC	<i>Palabras clave:</i> cuidado / care; ciudades cuidadoras / care cities; ciudades compasivas / sympathy cities
C	Comparación	Otro tipo de intervención sanitaria	<i>Descriptor:</i> servicios de enfermería / nursing services; servicios de salud / health services; práctica profesional / professional practice; enfermería / nursing
O	Resultados	Percepción de calidad de vida Percepción de soledad Indicadores de salud: bienestar, capacidad funcional y salud mental	<i>Descriptor:</i> calidad de vida / quality of life; soledad / loneliness; salud mental / mental health

CCC: ciudades y comunidades compasivas.
 Fuente: elaboración propia.

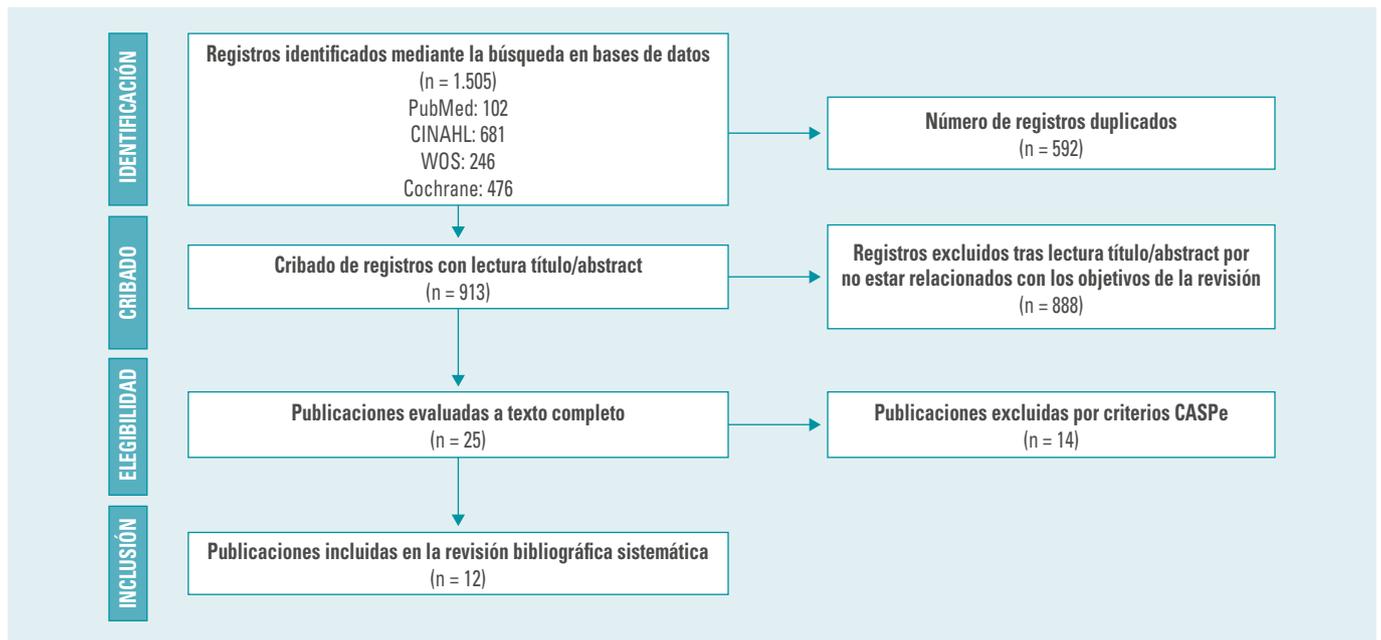


Figura 1. Diagrama de flujo de la selección de estudios para la revisión bibliográfica, modificado según la propuesta PRISMA¹⁴.

objetivo de optimizar la búsqueda. Las bases de datos utilizadas fueron: Medline, CINAHL, CUIDEN PLUS, WOS y Cochrane Library.

- **Selección de artículos.** Dos revisores seleccionaron los artículos susceptibles de inclusión en esta revisión. Se identificaron 1.505 artículos inicialmente, y tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, leer título y resumen, se seleccionaron 12 para su análisis, como puede consultarse en el diagrama de flujo, según propuesta PRISMA¹⁴ (fig. 1). La evaluación de calidad de los trabajos se hizo con las herramientas propuestas por el programa CASPe. Una vez seleccionados los artículos, se sintetizó la información en unas fichas bibliográfica *ad hoc* y los datos se contrastaron entre 2 investigadores.

■ RESULTADOS

Se analizaron los 12 artículos¹⁶⁻²⁷ seleccionados, todos cumplían al menos el 80% de los criterios CASPe¹⁵ (tabla 2). Todos los estudios analizaban la soledad en el adulto mayor desde diferentes enfoques y daban respuesta a los objetivos planteados en el estudio: efectos en el estado de salud del mayor, las intervenciones sanitarias orientadas a la soledad y la propuesta denominada CCC, como se puede observar en el resumen aportado en la tabla 3.

■ DISCUSIÓN

Sobre los efectos de la soledad no deseada en mayores, se estima que la prevalencia en mayores de 65 años, según el metaanálisis de Chawla et al.¹⁶ es del 28,5% incrementándose con la edad, hasta alcanzar valores del 32,3%, coincidiendo con los datos publicados en CIS-IMSERO⁴, que confirmaron valores de soledad superiores al 22%. La soledad se valoró con la escala de De Jong Gierveld²⁸ y con la escala de soledad de UCLA²⁹, que obtuvieron valores similares en los resultados relacionados con el apoyo social, el apoyo familiar y la percepción subjetiva de la so-

ledad, así como la sociabilidad y la intimidad, a pesar de utilizar distintas herramientas de medida.

En el análisis de la variable género, 4 estudios^{16,18,19,24} detallan que las mujeres tenían más probabilidades que los hombres de sentirse solas. Los autores atribuyeron las diferencias de género a factores como las condiciones de vida, el estado civil y la salud autoevaluada¹⁶. Hay que destacar que la soledad y el aislamiento son situaciones que generan un impacto negativo en la calidad de vida, el bienestar y la salud de la persona^{16,17,20}.

Detectar situaciones de soledad en las personas mayores es relevante para la atención a su salud, ya que además de comportarse como un factor de riesgo de diversos problemas de salud, hay estudios^{16,20} que indican que esta situación incrementa la demanda de los servicios de salud de la comunidad y la atención de los servicios sociales.

En la dimensión mental, los problemas como deterioro cognitivo, ansiedad, depresión, demencia e incluso ideación suicida, se asocian a situaciones de soledad no deseada¹⁶⁻¹⁹. A nivel físico, la soledad no deseada se comporta como factor de riesgo con efectos tanto a corto como a largo plazo^{16,18}. En el estudio realizado por Fakoya et al.¹⁷ asocian la soledad a una disminución de la resistencia a la infección en nuestro organismo, mientras que a largo plazo se asocia con el incremento de padecer enfermedades cardiovasculares (probabilidad 1,32 sufrir un ictus isquémico, 1,29 sufrir una enfermedad cardíaca), mortalidad prematura y fragilidad en el mayor (probabilidad 1,85 fragilidad)^{16,18,19}. Estudios recientes^{3,30} reportan la soledad no deseada como origen de situaciones de fragilidad, que empeora, en las personas que los sufren, su calidad de vida y bienestar. Chaparro et al.¹⁹ indican que el incremento del consumo de sustancias psicoactivas, alcoholismo, malnutrición, inactividad física y suicidio son situaciones de riesgo que aumentan la probabilidad de sufrir soledad.

Sobre las intervenciones sanitarias en situaciones de soledad no deseada en mayores, los resultados indican la necesidad de nuevos estudios^{16,21}. Se propone que los servicios de atención primaria (AP) y comunitaria deberían adaptar las intervenciones a las necesidades específicas a la situación de cada anciano^{16,21}. A nivel sanitario, Taube et al.²³ detallan diferencias

Tabla 2. Resultados de evaluación para dar sentido a revisiones sistemáticas, metaanálisis y ECA según CASPe

Referencia	Ítems-artículos revisión sistemática/metaanálisis											Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
16	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí		8
17	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí		9
18	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí		8
19	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		10
22	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí		9
24	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		10
25	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí		9
26	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí		8
Referencia	Ítems-ECA											Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
20	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No	$p < 0,05$	Sí	Sí	Sí	9
21	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	$p < 0,05$	Sí	Sí	Sí	10
23	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	$p < 0,05$	Sí	Sí	Sí	10
27	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No	$p < 0,05$	Sí	Sí	Sí	9

ECA: estudio clínico aleatorizado.
Fuente: escala CASPe¹⁴.

significativas tras una intervención en la variable soledad ($RR = 0,49$; $p = 0,028$) y satisfacción vital (tamaño del efecto [ES] = $0,41$; $p = 0,028$) a los 6 meses, y para los síntomas depresivos ($ES = 0,47$; $p = 0,035$) a los 12 meses, desde el inicio del seguimiento, sin embargo, el efecto no se mantiene a largo plazo²³. Hernández Ascanio et al.²⁰ indican que la finalización del proyecto de investigación puede vivirse como un duelo por parte del mayor, por la ruptura de la relación personal establecida que supone la finalización del estudio. En cuanto a la dimensión de la soledad emocional, se constata una mejora con la intervención enfermera que orienta al anciano a sentirse satisfecho con las relaciones que tiene²⁰.

La atención al mayor con sentimiento de soledad no deseada por parte de la AP no es avalada por todos los estudios, unos¹² justifican la atención específica y holística a los mayores por parte de la AP, mientras que otros, como el realizado por Hernández Ascanio et al.⁵, consideran que existen condicionantes que dificultan que los profesionales de AP puedan atender las situaciones de soledad. Entre los problemas que identifican están las dificultades estructurales y organizativas, los programas y/o protocolos no se adaptan a las necesidades individuales que deben atender, también sugieren falta de formación o escasa motivación en los profesionales como posibles limitaciones.

Las actividades que facilitan la interacción social con otras personas que puedan estar pasando la misma situación, genera en los mayores un sentimiento de reciprocidad y compromiso, de manera que disminuye su percepción de soledad¹⁹⁻²¹. Según la evidencia científica, las actividades más recomendables serían: que los mayores acudan a reuniones, participen en actividades de grupos con intereses concretos o en centros comunitarios, así como en las que se programan desde grupos espirituales o religiosos¹⁹⁻²¹.

Sí que parece que la intervención desde la comunidad a la atención de los mayores con soledad no deseada tiene suficiente evidencia como para recomendarla^{18,20,21-24}. La atención comunitaria no debería centrarse

únicamente en los servicios sanitarios, sino implicar a todos los ámbitos relacionados con el estado de salud, del entorno y de las necesidades de la vida. El cuidado que proporcionan los profesionales de la salud dependerá de la intervención de la comunidad y de las necesidades sociales del individuo. No se debe olvidar que para realizar una atención comunitaria correcta deben intervenir diferentes servicios públicos e instituciones^{20,24}.

Las intervenciones desde el proyecto de CCC están en línea con el planteamiento de la Carta de Ottawa³², que desarrolló el concepto de implicación de la comunidad para la mejora de la salud, el bienestar y la calidad de vida de los ciudadanos. Las CCC son proyectos orientados a impulsar programas que intervengan en situaciones de sufrimiento de la persona y su entorno, con el objetivo de mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas al final de la vida^{24-27,32}. Librada-Flores et al.²⁶ crearon programas de compasión y analizaron las decisiones y los comportamientos éticos, mostrando como la compasión produce un aumento de la bondad entre los ciudadanos.

En el ECA realizado con estudiantes de medicina³³ ($n = 251$) se demuestra la posibilidad de trabajar con el personal sanitario, las competencias de toma de decisiones éticas y el desarrollo de comportamientos éticos. Esta propuesta es avalada por otros estudios²⁴⁻²⁷ en los que sus autores plantean la necesidad de trabajar estas competencias también con otros grupos sociales y no solo sanitarios, destacando la necesidad de formación para todos los agentes implicados en las relaciones con los mayores.

Actualmente son varias las ciudades españolas que se enmarcan en el concepto de CCC, pero solo hemos localizado la publicación de los resultados de "Sevilla contigo, Ciudad Compasiva"²⁴. En dicho proyecto se estudió, entre otras variables, el sentimiento de soledad, la calidad de vida, la depresión y la ansiedad, y la satisfacción de mayores en la CCC antes y después de la intervención. En cuanto a la soledad²⁴, la escala ESTE II mostró que tras la intervención realizada a personas mayores que vivían

Tabla 3. Resumen de los artículos analizados

Referencia	Metodología	Resultados
16	Metaanálisis. Artículos incluidos: 39	La soledad tiene un impacto negativo en la calidad de vida, el bienestar y la salud
17	Revisión sistemática. Artículos incluidos: 33	La soledad y el aislamiento social son factores de riesgo para la morbilidad y la mortalidad
18	Revisión sistemática. Artículos incluidos: 31	La soledad se asociaba con resultados negativos de salud mental y salud física
19	Revisión sistemática. Artículos incluidos: 36	Las actividades que busquen facilitar la interacción social con otras personas que estén pasando la misma situación provoca una disminución de la soledad
20	ECA. Muestra: 119 adultos con edad > 65 años, en vivienda comunitaria y aislados socialmente	El aislamiento social y la soledad no deseada están produciendo un deterioro en la calidad de vida. Las intervenciones grupales son más efectivas que las realizadas individualmente
21	ECA. Muestra: 92 mayores no institucionalizados en aislamiento social o soledad no deseada	Los servicios de salud primaria y comunitaria pueden adaptar las intervenciones a las necesidades específicas de cada anciano y la flexibilidad para satisfacer estas necesidades
22	Revisión sistemática. Artículos incluidos: 11	Las estrategias utilizadas para manejar la soledad se pueden manifestar mediante el afrontamiento o la prevención y aceptación
23	ECA. Muestra: 153 personas > 65 años, ayuda en > 2 actividades de la vida diaria en vivienda ordinaria y tener > 2 ingresos o > 4 visitas en atención primaria en los últimos 12 meses	La intervención de un gestor de casos en una persona mayor en soledad no deseada puede tener un efecto a los 6 meses del inicio
24	Revisión sistemática. Artículos incluidos: 31	Las CCC muestran la mejora de la calidad de vida y bienestar de las personas con enfermedad avanzada y final de vida, el aumento de las redes de cuidados y acompañamiento
25	Revisión sistemática. Artículos incluidos: 22	La compasión ha motivado el desarrollo de programas orientados a crear comunidades involucradas en el alivio del sufrimiento
26	Revisión sistemática. Artículos incluidos: 31	Los resultados revelaron que la compasión aumenta la humanidad y bondad para el dolor, la angustia, la ansiedad o la necesidad de cada persona
27	Metodología mixta, información cualitativa descriptiva de la experiencia y cuantitativa de las acciones desarrolladas	Las CCC han avivado la conciencia de una intervención comunitaria iniciada y suscitada desde un servicio público

CCC: ciudades y comunidades compasivas; ECA: estudio clínico aleatorizado.
Fuente: elaboración propia.

en CCC, más de la mitad (54,2%) disminuyó su percepción de soledad y un 100% se sintió más acompañado. En relación con la calidad de vida²⁴, la escala EuroQol-5D cumplimentada por personas mayores implicadas en CCC mostró mejora en un 28,6% de los participantes. En este grupo poblacional, la variable depresión y ansiedad obtuvo valores de mejora de un 19,2%. Por último, se evaluaron datos sobre la satisfacción de la intervención comunitaria, en familiares con rol de cuidadores principales en pacientes²⁴, el 100% calificaron el nivel de satisfacción como muy alto obteniendo una puntuación de 39,5 sobre 40.

En 2003, Carrascosa Pujalte et al.²⁷ desarrollaron y promocionaron el programa “Comunidades Compasivas: intervención comunitaria para la prevención del duelo complicado” en el que cualquier persona puede formar parte de las CCC, entendiendo estas como ciudades implicadas socialmente²⁴. Este trabajo²⁷ dio lugar a diferentes talleres compasivos en la ciudad de Madrid, creando espacios donde facilitaba la expresión de sentimientos y emociones y así promover el cuidado.

Los proyectos de CCC²⁴⁻²⁷ que han publicado sus resultados son escasos para determinar, con suficiente evidencia, la eficacia de estos para disminuir la percepción de soledad no deseada en los mayores y hacer una comparación de resultados con otras intervenciones sociosanitarias. Quizá la novedad de estos proyectos en la sociedad no haya permitido

realizar todavía la evaluación de sus resultados. Situación que complica valorar y contrastar los datos de salud obtenidos en la experiencia CCC. Sin embargo, los resultados analizados en los proyectos emergentes²⁴ indican mejora en el estado de salud.

En esta línea, son esperanzadores los resultados obtenidos en el proyecto “Sevilla contigo, Ciudad Compasiva”²⁴, ya que sí detallan las ventajas que pueden llegar a tener las CCC: una mejora de la soledad, un aumento de la red de cuidados, una mayor satisfacción de la familia y una mejora de la calidad de vida y bienestar de los pacientes. Respecto a las limitaciones de la revisión es de destacar que ninguno de los estudios seleccionados valora las dificultades de generar proyectos de CCC, posiblemente debido a la reciente inclusión de estos en nuestra sociedad o que solo se publiquen los buenos resultados.

■ CONCLUSIONES

La soledad no deseada durante la vejez tiene, actualmente, una alta prevalencia en la sociedad. Las personas mayores con sentimiento de soledad no deseada tienen mayor riesgo de sufrir alteraciones o problemas de salud a nivel físico, social, económico y mental. Los problemas que se

derivan de la soledad no deseada afectan a la percepción del bienestar y la calidad de vida de la persona que se encuentra en esa situación en la etapa final de la vida.

El abordaje multicomponente (sistema sanitario, social y comunidad) con la persona en situación de soledad no deseada parece que pueda ser lo más adecuado, siempre que se adapte a las necesidades de cada situación. Las intervenciones llevadas a cabo en el proyecto de CCC, generan altos niveles de satisfacción y obtienen buenos resultados en la percepción

de bienestar y calidad de vida de los mayores, además de disminuir el sentimiento de soledad. Se requieren más estudios que generen evidencia suficiente para recomendar o no la expansión de la iniciativa de CCC. Son escasas las publicaciones científicas que reportan con detalle los beneficios que aportan ■

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Instituto Nacional de Estadística (INE). Una población envejecida. INE; 2020. Disponible en: https://www.ine.es/produser/demografia_UE/bloc-1c.html?lang=es
- Organización mundial de la Salud (OMS). Envejecimiento y salud. OMS; 2024. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Eurostat. Population projections. Eurostat; 2023. Disponible en: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/main/home>
- Boletín sobre el envejecimiento. La soledad de las personas mayores. Observatorio de Personas Mayores. IMSERSO; 2000. Disponible en: <https://imserso.es/web/imserso>
- Hernández-Ascanio J, Perula-de Torres LA, Rich-Ruiz M, Roldán-Villalobos AM, Perula-de Torres C, Ventura Puertos PE. Condicionantes para el abordaje del aislamiento social y la soledad de adultos mayores no institucionalizados desde atención primaria de salud. *Aten Primaria*. 2022;54:e102218.
- Berméjo Higuera JC. La soledad en los mayores. *ARS Med*. 2016;13:126-44.
- Yanguas J, Cilveti A, Hernández S, Pinzano-Hernandis S, Roig S, Segura C. El reto de la soledad en la vejez. *Zerbitzuan*. 2018;66:61-75.
- Camargo Rojas CM, Chavarro Carvajal DA. El sentimiento de soledad en personas mayores: conocimiento y tamización oportuna. *Univ Med*. [Internet]. 2020;61.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). Notas de prensa: Encuesta Continua de Hogares (ECH). INE; 2020. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/ech_2020.pdf
- Instituto Nacional de Estadística (INE). Población de 16 y más años por estado civil, sexo y grupo de edad. INE; 2022. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=4031#!tabs=tabla>
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Organización Mundial de la Salud. Red de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores; 2023. Disponible en: <https://imserso.es/el-imserso/relaciones-internacionales/naciones-unidas/organizacion-mundial-salud-proyecto-ciudades-comunidades-amigables-personas-mayores>
- Rodríguez Martín M. La soledad en el anciano. *Gerokomos*. 2009;20:159-66.
- Vélez M, Cáceres C, Menéndez S. Personas mayores y soledad: conocer para intervenir. *Análisis y Modificación de Conducta*. 2024;50:55-68.
- Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71.
- CASPe. Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español. Disponible en: <https://redcaspe.org/materiales/>
- Chawla K, Kunonga TP, Stow D, Barker R, Craig D, Hanratty B. Prevalence of loneliness amongst older people in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2021;16:e0255088.
- Fakoya OA, McCorry NK, Donnelly M. Loneliness and social isolation interventions for older adults: A scoping review of reviews. *BMC Public Health*. 2020;20:129.
- Lapane KL, Lim E, McPhillips E, Baroah A, Yuan Y, Dube CE. Health effects of loneliness and social isolation in older adults living in congregate long term care settings: A systematic review of quantitative and qualitative evidence. *Arch Gerontol Geriatr*. 2022;102:e104728.
- Chaparro LD, Carreño SM, Arias-Rojas M. Soledad en el adulto mayor: implicaciones para el profesional de enfermería. *Rev Cuid*. 2019;10:e633.
- Hernández-Ascanio J, Perula-de Torres LA, Rich-Ruiz M, González-Santos J, Mielgo-Ayuso J, González-Bernal J, et al. Effectiveness of a multicomponent intervention to reduce social isolation and loneliness in community-dwelling elders: A randomized clinical trial. *Nurs Open*. 2023;10:48-60.
- Hernández-Ascanio J, Ventura-Puertos PE, Rich-Ruiz M, Cantón-Habas V, Roldán-Villalobos AM, Perula-de Torres LA. Conditions for Feasibility of a Multicomponent Intervention to Reduce Social Isolation and Loneliness in Noninstitutionalized Older Adults. *Healthcare (Basel)*. 2022;10:1104.
- Kharicha K, Manthorpe J, Iliffe S, Davies N, Walters K. Strategies employed by older people to manage loneliness: Systematic review of qualitative studies and model development. *Int Psychogeriatrics*. 2018;30:1767-81.
- Taube E, Kristensson J, Midlöv P, Jakobsson U. The use of case management for community-dwelling older people: the effects on loneliness, symptoms of depression and life satisfaction in a randomised controlled trial. *Scand J Caring Sci*. 2018;32:889-901.
- Librada-Flores S. Comunidades compasivas al final de la vida: Modelos de desarrollo y evaluación del impacto en la sociedad. Tesis doctoral. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2021.
- Librada Flores S, Herrera Molina E, Boceta Osuna J, Mota Vargas R, Nabal Vicuña M. All with you: A new method for developing compassionate communities—experiences in Spain and Latin-America. *Ann Palliat Med*. 2018;7:15-31.
- Librada-Flores S, Nabal-Vicuña M, Forero-Vega D, Muñoz-Mayorga I, Guerra-Martín MD. Implementation models of compassionate communities and compassionate cities at the end of life: A systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17:6271.
- Carrascosa Pujalte E, Valero Herranz E, Pérez EA, Garrido Sanz V, Trujillo Mejía X, Plaza Bedmar G, et al. Comunidades Compasivas: intervención comunitaria para la prevención del duelo complicado. Modelo implantado por Madrid Salud. *Psicooncología*. 2023;20:87-102.
- Buz J, Prieto Adánez G. Análisis de la Escala de Soledad de De Jong Gierveld mediante el modelo de Rasch. *Univ Psychol*. 2013;12:971-81.
- Velarde-Mayol C, Fragua-Gil S, García-de-Cecilia JM. Validación de la escala de soledad de UCLA y perfil social en la población anciana que vive sola. *Semergen*. 2016;42:177-83.
- Gale CR, Westbury L, Cooper C. Social isolation and loneliness as risk factors for the progression of frailty: the English Longitudinal Study of Ageing. *Age Ageing*. 2018;47:392-7.
- Sancho P, Sentandreu-Mañó T, Fernández I, Tomás JM. El impacto de la soledad y la fragilidad en el bienestar de los mayores europeos. *Rev Latinoam Psicol*. 2022;54:86-93.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud. Primera Conferencia Internacional sobre la promoción de la Salud. Ottawa (Ontario), Canadá. Ginebra: OMS; 1986.
- Shih CY, Hu WY, Lee LT, Yao CA, Chen CY, Chiu TY. Effect of a compassion-focused training program in palliative care education for medical students. *Am J Hosp Palliat Care*. 2013;30:114-20.