

Abordaje de la soledad no deseada en Atención Primaria: evaluación del proyecto SOLECO

Tackling unwanted loneliness in Primary Care: evaluation of the SOLECO project

Pedro Núñez Hernández^a y Luz de Myotanh Vázquez Canales^b

^a Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Godella. Departamento Arnau-Llíria. Valencia (España). ORCID: 0009-0003-3642-8383

^b Doctora en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Estivella. Departamento de Sagunto. Valencia (España). ORCID: 0000-0002-9993-3657

CORREO ELECTRÓNICO:

Luz de Myotanh Vázquez Canales.
vazquez_luz@gva.es

Recibido el 26 de mayo de 2025.
Aceptado para su publicación el 14 de septiembre de 2025

RESUMEN

Objetivo: evaluar el proyecto SOLECO para valorar su grado de implementación en el centro de salud de un barrio de renta baja y conocer la satisfacción de las personas participantes tras ofrecerles un recurso comunitario.

Métodos: estudio mixto convergente, con una parte cuantitativa mediante un estudio descriptivo de corte transversal para el cual se diseñaron dos cuestionarios: uno para personal médico y otro para pacientes. La parte cualitativa se hizo mediante un estudio descriptivo a través de un esquema de entrevista semiestructurada dirigida a las y los pacientes participantes.

Resultados: fueron detectados 116 pacientes del centro, de los cuales cumplieron criterios de inclusión 50. La muestra estuvo compuesta principalmente por mujeres, mayores de 75 años, con un bajo nivel de estudios y de renta, y una mala autopercepción de la salud. El 50% de las personas incluidas presentaban soledad, y estas consumían más fármacos y tenían mayor limitación de la vida cotidiana. Además, las entrevistas mostraron que la soledad es una experiencia negativa. La mitad de las personas entrevistadas nunca había expresado el sentimiento a su entorno social. La mayoría de las personas que han asistido a la actividad la consideran una necesidad cubierta.

Conclusiones: además de que la soledad influye negativamente en la realización de actividades cotidianas y en los niveles de ansiedad y depresión, aumenta el consumo de fármacos. La consecución de los objetivos del programa fue deficiente en cuanto al ofrecimiento del recurso, aunque los pacientes que han asistido están satisfechos y lo recomiendan. La brecha generacional y la existencia de una actividad previa fueron las principales limitaciones en la adherencia al activo comunitario.

Palabras clave: soledad, Atención Primaria, medicina comunitaria, Medicina de Familia, determinantes sociales de la salud.

ABSTRACT

Aim: to evaluate the SOLECO project to assess its degree of implementation in the health centre of a low-income neighbourhood and to understand the participants' satisfaction after being offered a community resource.

Methods: a convergent mixed-methods study was performed, which included a quantitative component by means of a cross-sectional descriptive study for which two questionnaires were devised—one for physicians and one for patients. The qualitative component was undertaken through a descriptive study using a semi-structured interview guide targeted at patients taking part.

Results: a total of 116 patients were identified at the centre, of whom 50 met the inclusion criteria. The sample consisted mainly of women aged over 75, with low education and income levels, and poor self-perceived health. Fifty percent of the individuals included experienced loneliness, and these patients used more medications and had greater limitations in daily life. In addition, the interviews revealed that loneliness is a negative experience, and half of the interviewees had never expressed this feeling to their social circles. Most of those who attended the activity deemed it a fulfilled need.



El contenido de la Revista Clínica de Medicina de Familia está sujeto a las condiciones de la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0

Conclusions: *in addition to negatively impacting activities of daily living and increasing levels of anxiety and depression, loneliness leads to higher medication use. Attainment of the programme's aims was poor in terms of offering the resource, although patients who attended were satisfied and would recommend it. The generational gap and a prior activity were the main barriers in terms of adherence to the community asset.*

Keywords: *community medicine, Family Medicine, loneliness, Primary Care, social determinants of health.*

INTRODUCCIÓN

La soledad no deseada se define como una experiencia subjetiva negativa en la que una persona siente la necesidad de comunicarse con otras, pero percibe carencias en sus relaciones sociales, ya sea porque tiene menos relaciones de las que desearía o porque las que tiene no ofrecen el apoyo que percibe necesitar¹.

Según la *European Quality of Life Survey (EQLS)* de 2016, el 12% de la población europea declaró sentirse solo más de la mitad del tiempo². Durante la pandemia de la COVID-19, un informe de la Joint Research Centre (JRC) concluyó que, en Europa, la prevalencia de soledad aumentó hasta el 25%, especialmente en las personas con peor estado de salud^{3,4}. Por otro lado, un reciente estudio hecho en España estimó que la prevalencia general de soledad no deseada es del 13,4%. Asimismo, el 40% de la muestra de personas solas se situó en el rango de la distribución de renta más bajo⁵.

Existen estudios, incluyendo metanálisis recientes, que demuestran que la soledad, el aislamiento social y vivir solo aumentan la probabilidad de muerte prematura por todas las causas^{6,7}. La asociación entre la soledad y los determinantes sociales de la salud es bien conocida: las personas con menor renta, con peores condiciones laborales y las minorías étnicas tienden a presentar mayor soledad^{8,9}. De igual manera, las personas con trastornos de ansiedad y depresión, así como las que tienen una peor autopercepción de la salud y calidad de vida presentan también más soledad¹⁰⁻¹². En relación con la influencia del género, se han realizado estudios con resultados contradictorios: algunos no muestran diferencias significativas entre hombres y mujeres^{3,13}, otros sí encuentran diferencias entre géneros¹⁴, e incluso se ha reportado que los hombres se sienten más solos que las mujeres¹⁵. No obstante, se sabe que los hombres son menos propensos a declarar sentirse solos de forma explícita¹⁶.

Algunos proyectos comunitarios centrados en la soledad no deseada han demostrado mejorar el estado de salud y bienestar de la población incluida. Por ello, en marzo de 2022 se pone en marcha el proyecto SOLECO en el Centro de Salud de Serrería 1. Se trata de una intervención comunitaria de tipo combinada con actividades de ejercicio físico, centro de día y participación social. El proyecto fue promovido por un médico del centro el cual coordinó y rastreó los activos comunitarios disponibles y los puso a disposición del programa. Actualmente, dentro de Abucasis (historia clínica electrónica de Atención Primaria de la Comunidad Valenciana) no existe un mapa de rastreo de activos comunitarios. Posteriormente, se hicieron sesiones en el centro para poner en conocimiento del resto de médicos la existencia de la intervención, se hicieron trípticos y

se difundió a la prensa. Los objetivos fueron: 1) detectar la soledad no deseada de la población del centro, 2) colaborar con enfermería y trabajo social del centro al compartir la detección de soledad en Abucasis, 3) registrar una persona de contacto cercano del paciente, y 4) ofrecer un recurso comunitario disponible a la persona. La detección e inclusión en el proyecto la hizo la médica o el médico de familia del participante teniendo en cuenta factores de riesgo asociados como vivir solo, capacidad funcional o entorno de apoyo social. Una vez se detectaba que la o el paciente era una persona con soledad no deseada, se le asignaba un código CIE-10 para el posterior seguimiento y se le ofrecía uno de los recursos disponibles. Estos recursos fueron: un centro de atención al mayor, una asociación de personas voluntarias para el acompañamiento y una actividad física grupal.

Por tanto, el objetivo de este estudio es hacer una evaluación del proyecto SOLECO para valorar su grado de implementación en el centro de salud y la participación del personal médico, y para hacer una evaluación de la satisfacción de los pacientes con soledad no deseada tras ofrecerles un recurso comunitario.

MATERIALES Y MÉTODOS

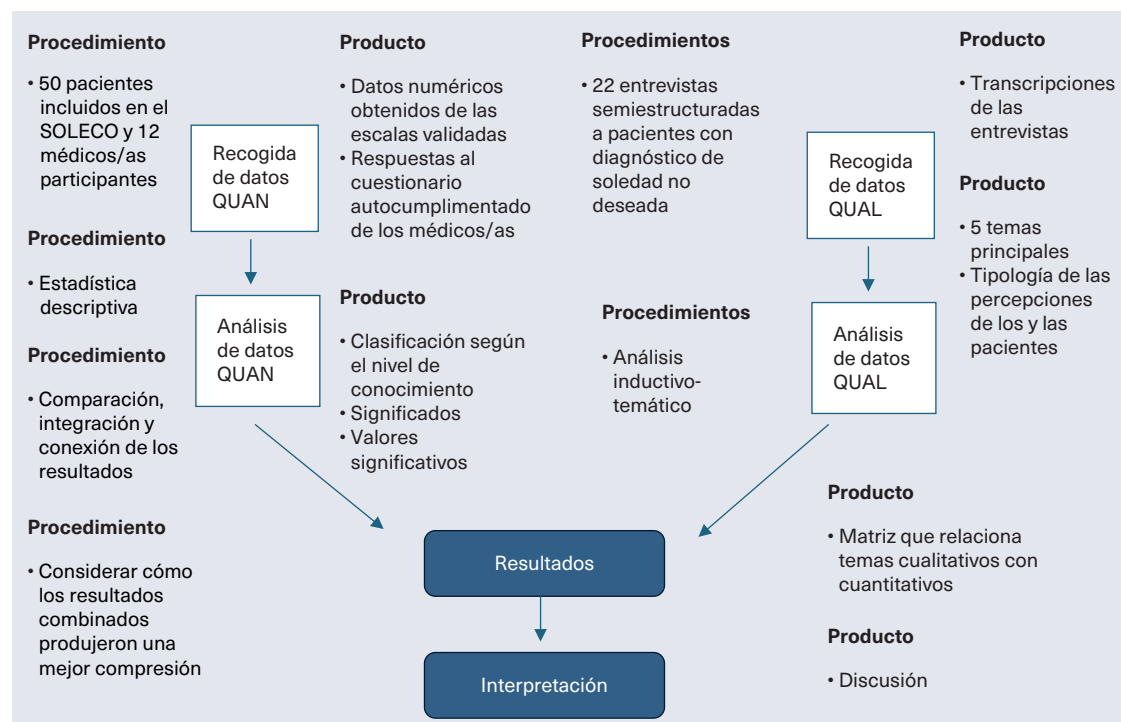
Nuestro estudio se trata de un método mixto convergente (MMC). La parte cuantitativa se compuso de un estudio descriptivo de corte transversal para el cual se diseñaron dos cuestionarios: uno para los participantes del proyecto y otro para el personal médico del centro. La parte cualitativa se hizo mediante un estudio descriptivo a través de un esquema de entrevista semiestructurada dirigida a las y los pacientes participantes. La metodología mixta nos permitió obtener información numérica (cuantitativa, descriptiva y en extensión) y textual (cualitativa, comprensiva y en profundidad) a partir de los discursos de las personas del estudio, en este caso pacientes incluidos en la iniciativa comunitaria. Al ser un diseño convergente, ambas metodologías se hicieron al mismo tiempo, tanto en la recogida de datos como en el análisis de los mismos¹⁷. En la **figura 1** se muestra un diagrama de Wittink et al. para ayudar a comprender el diseño del estudio.

El ámbito o emplazamiento fue el Centro de Salud de Serrería 1, ubicado entre los barrios del Cabanyal-Canyamelar y Beteró y que ofrece cobertura a una población de 25.558 habitantes. La renta media por persona se sitúa en 11.911 y 13.243 euros, respectivamente, y presentan un porcentaje de población en vulnerabilidad socioeconómica del 20%¹⁸. Estos barrios cuentan con una población envejecida que se ve expuesta a una importante degradación urbanística, gentrificación y turistificación de su territorio^{19,20}.

Los criterios de inclusión fueron: pacientes mayores de 18 años que tuvieran la etiqueta asignada de CIE-10 como participante del proyecto y la firma del consentimiento informado. Los criterios de exclusión consistieron en: rechazo del consentimiento informado, imposibilidad de acudir al centro para la entrevista presencial y alteraciones somatosensoriales o cognitivas que dificultaran la participación.

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación del hospital de referencia con número de orden 2023/349.

Figura 1. Diagrama basado en Wittink et al., 2006



Adaptada de: Wittink MN, Barg FK, Gallo JJ. Unwritten rules of talking to doctors about depression: integrating qualitative and quantitative methods. Ann Fam Med. 2006;4(4):302-9.

Parte cuantitativa. Cuestionarios

Recogida de información

Al personal médico del centro que accedió a participar se le proporcionó un cuestionario. Previamente, se hizo una sesión en el centro sobre la puesta en marcha del estudio para evaluar el proyecto y se facilitó la carta de información y el consentimiento informado a cada profesional.

Por otro lado, se elaboró otro cuestionario dirigido a pacientes del proyecto SOLECO que accedieron a participar en nuestro estudio. Se contactó por vía telefónica con las personas participantes del proyecto filtrando por el código CIE asignado, se explicó el estudio y se les citó presencialmente en el centro de salud para entregarles la hoja de información y el consentimiento informado. Si la persona aceptaba participar tras la explicación del proyecto, lectura de la carta de información y firma del consentimiento, se le administraba el cuestionario. La recogida de información se llevó a cabo desde noviembre de 2023 hasta marzo de 2024.

Estructura de los cuestionarios

Por una parte, el cuestionario dirigido al personal médico tenía un total de 11 preguntas, la mayoría de tipo sí/no. Se estableció un primer bloque de cuestiones en el cual se preguntaba al profesional qué consideraba que era la soledad no deseada y sobre su participación en proyectos comunitarios. Un segundo bloque de preguntas se orientó a conocer la consecución de los objetivos del proyecto, y, por último, un tercer bloque inquirió sobre lo relativo a la práctica clínica diaria de la medicina comunitaria y sus posibles dificultades.

Por otra parte, las variables recogidas y las escalas empleadas del cuestionario para pacientes se muestran a modo de resumen en la **tabla 1**. La variable principal recogida fue la puntuación en la escala UCLA en su versión de 10 ítems validada al castellano, cuyo punto de corte para considerar soledad es menor o igual a 30 puntos. El resto de variables se dividieron en: sociodemográficas, de situación basal, clínicas, uso y consumo de fármacos y recurso comunitario. Los valores de los parámetros analíticos pertenecientes a la agrupación de variables clínicas no debían exceder una fecha mayor a 6 meses desde el inicio del estudio. La duración estimada del cuestionario fue de 40 minutos y se compuso de un total de 29 ítems.

Análisis estadístico

Para la estadística descriptiva se emplearon: medias y desviación estándar en variables cuantitativas, mediana y rango intercuartílico para las variables discretas o que no cumplieran la normalidad, y frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas o categóricas.

Además, se hizo un análisis bivariado en función de la presencia de soledad para conocer si hubo diferencias en las distintas variables. Para comparar medias en los dos grupos, se empleó la prueba t de Student. En aquellas variables que no cumplieran la normalidad de la distribución o la homogeneidad de varianzas, se emplearon test no paramétricos (U de Mann-Whitney). En el caso de comparar proporciones, se utilizó la prueba de chi cuadrado de Pearson o, si no cumplían las condiciones, el test exacto de Fisher. La correlación de las variables susceptibles se analizó mediante el test de Pearson. Además, para la variable número de fármacos, se elaborará un modelo de regresión de Poisson al ser un conteo para determinar si las variables edad, sexo y soledad tienen un efecto signifi-

Tabla 1. Escalas y variables empleadas en el cuestionario de pacientes

VARIABLE PRINCIPAL	ESCALA UCLA DE 10 ÍTEMS	
Variables sociodemográficas	Edad Sexo Estado civil Convivencia	Nivel de estudios Ocupación Nivel socioeconómico Poverty Tool
Variables de estado basal	Índice de Barthel Escala Lubben abreviada Salud autopercebida Test de Pfeifer	Escala FRAIL EuroQoL 5D-5L
Variables clínicas	Tabaquismo Cuestionario CAGE Evaluación ejercicio físico OMS Cuestionario SNAQ Índice Charlson	Valores de cLDL, cHDL, TA glucemia, IMC Diagnósticos salud mental
Variables relativas al uso y consumo de fármacos	Número total de fármacos consumidos Tipo de fármacos consumidos	
Variables relativas al recurso comunitario	Colaboración con enfermería y trabajo social Registro de la persona de contacto Ofrecimiento del recurso comunitario Aceptación del recurso	

cHDL: colesterol de lipoproteínas de alta densidad; cLDL: colesterol de lipoproteínas de baja densidad; IMC: índice de masa corporal; OMS: Organización Mundial de la salud; TA: tensión arterial.

cativo sobre la cantidad de fármacos que toma el paciente. Debido al tamaño de la muestra, se utilizó el test de razón de verosimilitudes. Se consideraron resultados estadísticamente significativos si se obtenía un p-valor <0,05. El programa informático utilizado para el análisis estadístico extraído de estos cuestionarios fue el SPSS en su versión 25.0.

Parte cualitativa. Entrevistas

Elaboración del esquema de entrevista y recogida de información

El esquema de entrevista semiestructurada (anexo 1) para las y los pacientes se construyó siguiendo las pautas de Mason, Glesne, Berg y Patton²¹⁻²⁴. Las entrevistas se hicieron una vez que los pacientes finalizaban el cuestionario de la parte cuantitativa y las llevó a cabo el mismo investigador. Tuvieron una duración media de 20 minutos y fueron grabadas previo consentimiento y almacenadas mediante archivos encriptados para garantizar la confidencialidad.

Análisis

Todas las entrevistas fueron transcritas literalmente, se tomaron notas de campo durante la realización de las mismas y se llevó a cabo una lectura en profundidad de las transcripciones para identificar los patrones y temas surgidos. Las entrevistas se analizaron textualmente siguiendo el análisis temático semántico inductivo propuesto por Braun y Clarke²⁵. En palabras de Braun y Clarke, el análisis temático es un método para identificar, analizar y reportar patrones dentro de los datos. En este sentido, un análisis temático inductivo significa que los temas están fuertemente vinculados a los datos²⁴. De las 50 entrevistas semiestructuradas realizadas, se seleccionaron 22 debido a la riqueza discursiva y el contenido apor-

tado a las preguntas. Para el análisis de la información se utilizó el software Nvivo 14.

RESULTADOS

El total de pacientes detectados con el código CIE-10 ascendió a 116. De estos, 16 no cumplieron los criterios de inclusión al ser pacientes que no podían desplazarse al centro de salud por sus propios medios, 11 rechazaron participar después que se les explicara el proyecto y se les citara por vía telefónica, 10 no acudieron a la cita en tres o más ocasiones y 31 no contestaron al teléfono o no se consiguió obtener un número para poder contactar con ellos, con lo que se obtuvo una muestra definitiva de 50. En la figura 2 se muestra un diagrama de este proceso.

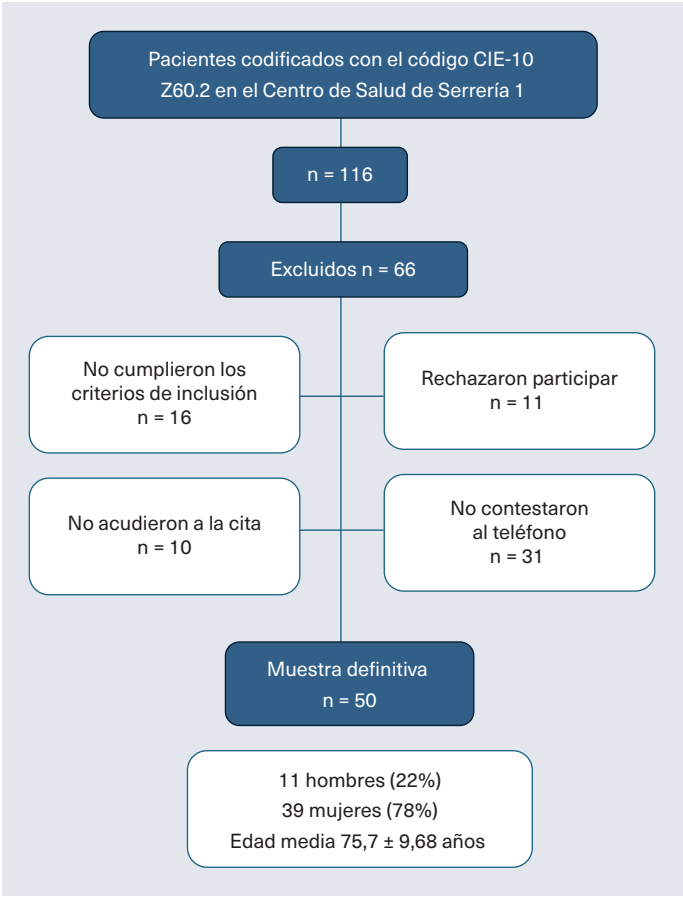
Por otro lado, solo un profesional médico de los 13 que tiene el centro rechazó participar. La muestra que respondió al cuestionario, junto con la edad y el sexo del médico, se representa en la tabla 2.

Resultados del cuestionario para las y los pacientes

Los datos de las respuestas al cuestionario agrupados por tipos de variables recogidas y mostrados en función de si presentaban o no soledad junto con su p-valor al comparar las proporciones de cada grupo se muestran en la tabla 3.

Con respecto a la variable principal, se vio que el 50% de las personas participantes obtuvo un UCLA ≤30 y el otro 50% un ULCA >30. Es decir, la prevalencia de soledad no deseada en la población fue del 50%. Se ha de tener en cuenta que este estudio parte desde una muestra con soledad detectada. Se ha de subrayar la correlación entre la escala UCLA y la escala social de Lubben, que mide aisla-

Figura 2. Diagrama de pacientes incluidos



miento social, donde se obtuvo un resultado estadísticamente significativo (p-valor = 0,028) con un coeficiente de 0,310.

Debido a la complejidad del cuestionario EuroQol, sus resultados merecen una exposición aparte. Por un lado, al no cumplir los criterios de normalidad en la distribución, el índice de salud y de la escala visual analógica se muestran mediante la mediana y rango intercuartílico en la **tabla 4**. A pesar de no exhibir diferencias estadísticamente significativas cuando se compararon las medianas de esos parámetros según la soledad, la **figura 3** muestra la distribución del índice de salud donde se observa una mayor dispersión hacia valores inferiores de este parámetro en el grupo de pacientes. En este test también se compararon los resultados en función del sexo, y el índice de salud resultó ser diferente con significación estadística y peor resultado para las mujeres (p = 0,036).

Por otro lado, se evaluaron las dimensiones de salud que propone el cuestionario y sus posibles niveles con respecto a la presencia o no de soledad según la escala UCLA. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las actividades cotidianas (p = 0,03) y la ansiedad/depresión (p = 0,01). Es decir, aquellas personas con soledad presentaban peores niveles de salud en estas dimensiones.

Según el test de razón de verosimilitud, la soledad tuvo un efecto significativo en el modelo de regresión de Poisson con un p-valor de 0,039 y un coeficiente de 0,259. El intervalo de confianza (IC) de la razón de tasas para la soledad en el modelo fue IC 95% (0,12-0,506).

Tabla 2. Características del personal médico participante del centro

		PERSONAL MÉDICO PARTICIPANTE DEL CENTRO NÚMERO (%)
Sexo	Hombre	3 (25%)
	Mujer	9 (75%)
Edad	30-39 años	4 (33,3%)
	40-49 años	-
	50-59 años	3 (25%)
	60-69 años	5 (41,6%)

Es decir, una razón de tasas <1 indica que las y los pacientes sin soledad tienen una tasa significativamente menor de uso de medicamentos que las y los pacientes con soledad.

Resultados del cuestionario para el personal médico y análisis de la cumplimentación de los objetivos del proyecto

En el cuestionario del personal médico, los menores porcentajes de respuesta afirmativa se obtuvieron en el registro de la persona de contacto (58,33%), en el registro del recurso comunitario (66,66%) y en la realización de intervenciones (66,66%). Por contra, se obtuvieron un 100% de respuestas afirmativas en la formación recibida sobre el proyecto y en la recomendación de recursos comunitarios.

La consecución de los cuatro objetivos propuestos en el programa (teniendo en cuenta que el primero es la propia detección) fue elevada (88%) en la colaboración con enfermería y trabajo social, algo menor en el registro del contacto cercano (72%), y baja en el ofrecimiento del recurso (44%).

Resultados cualitativos. Entrevistas semiestructuradas

En la **tabla 5** se representan los datos descriptivos sociodemográficos de las personas participantes de las 22 entrevistas semiestructuradas. El «código» y su número asignado según el orden de entrada de cada paciente al estudio hace referencia a la codificación asignada para su anonimización y análisis.

Mediante el análisis temático-inductivo de las transcripciones, se detectaron un total de cinco temas: (1) percepción de cómo afecta la soledad en el ámbito individual, (2) expresión del concepto de soledad al entorno, (3) conocimiento del programa SOLECO y su uso como recurso comunitario, (4) impacto del programa SOLECO y grado de satisfacción, y (5) soluciones para hacer frente a la soledad. En la **tabla 6** se recoge el *verbatim* de manera más extendida según los temas emergidos.

Percepción de cómo afecta la soledad en el ámbito individual

En general, los sentimientos expresados por las personas entrevistadas cuando padecen soledad se agrupan en los términos de tristeza, vacío, impotencia y pena. Además, se pidió que explicaran cómo los afrontaban, y la mayoría refirió que salía a la calle. En otros casos utilizaban el llanto para expresar el malestar, y una persona mencionó hacer uso de benzodiazepinas para mitigar la ansiedad que sentía: «En alguna ocasión experimento sentimientos

Tabla 3. Datos recogidos en el cuestionario de las/los pacientes incluidos en el proyecto

VARIABLES Y CATEGORIZACIÓN		PARTICIPANTES CON SOLEDAD SEGÚN LA ESCALA UCLA NÚMERO (%)	PARTICIPANTES SIN SOLEDAD SEGÚN LA ESCALA UCLA NÚMERO (%)	TOTAL DE PARTICIPANTES NÚMERO (%)	P VALOR
Sexo	Hombre	7 (14%)	4 (8%)	11 (22%)	0,306
	Mujer	18 (36%)	21 (42%)	39 (78%)	
Edad	18-64 años	4 (8%)	1 (2%)	5 (10%)	0,169
	65-74 años	6 (12%)	9 (18%)	15 (30%)	
	75-85 años	11 (22%)	12 (24%)	23 (46%)	
	Más de 86 años	4 (8%)	3 (6%)	7 (14%)	
Estado civil	Soltería	3 (6%)	6 (12%)	9 (18%)	0,517
	Viudedad	18 (36%)	14 (28%)	32 (64%)	
	Divorcio	4 (8%)	5 (10%)	9 (18%)	
Nivel de estudios	Sin estudios o estudios básicos	13 (26%)	12 (24%)	25 (50%)	0,777
	Estudios secundarios	12 (24%)	13 (26%)	25 (50%)	
Pensión	≤1.500 €	14 (28%)	16 (32%)	30 (60%)	0,517
	>1.500 €	8 (16%)	6 (12%)	14 (28%)	
	NS/NC	3 (6%)	3 (6%)	6 (12%)	
Poverty Tool	En riesgo de pobreza	14 (28%)	13 (26%)	27 (54%)	0,777
	Sin riesgo de pobreza	11 (22%)	12 (24%)	23 (46%)	
Soledad según escala UCLA		25 (50%)	25 (50%)		
Escala abreviada de Lubben	En riesgo de aislamiento	11 (22%)	7 (14%)	18 (36%)	0,239
	Sin riesgo de aislamiento	14 (28%)	18 (36%)	32 (64%)	
Índice Barthel	Independiente	18 (36%)	18 (36%)	36 (72%)	0,809
	Dependiente moderado	6 (12%)	5 (10%)	11 (22%)	
	Dependiente grave	1 (2%)	2 (4%)	3 (6%)	
Test de Pfeiffer	En riesgo de deterioro	24 (48%)	24 (48%)	48 (96%)	1
	Sin riesgo de deterioro	1 (2%)	1 (2%)	2 (4%)	
Índice FRAIL	Sin fragilidad	9 (18%)	10 (20%)	19 (38%)	0,953
	Prefragilidad	12 (24%)	11 (22%)	23 (46%)	
	Fragilidad	4 (8%)	4 (8%)	8 (16%)	
Salud autopercebida	Muy buena o buena	10 (20%)	15 (30%)	25 (50%)	0,517
	Regular, mala o muy mala	15 (30%)	10 (20%)	25 (50%)	
Movilidad	No problema	14 (28%)	13 (26%)	27 (54%)	0,805
	Leve	3 (6%)	6 (12%)	9 (18%)	
	Moderado	5 (10%)	4 (8%)	9 (18%)	
	Grave	3 (6%)	3 (6%)	6 (12%)	
	No puede	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
Cuidado personal	No problema	19 (38%)	22 (44%)	41 (82%)	0,207
	Leve	0 (0%)	1 (2%)	1 (2%)	
	Moderado	4 (8%)	0 (0%)	4 (8%)	
	Grave	2 (4%)	2 (4%)	4 (8%)	
	No puede	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	

VARIABLES Y CATEGORIZACIÓN		PARTICIPANTES CON SOLEDAD SEGÚN LA ESCALA UCLA NÚMERO (%)	PARTICIPANTES SIN SOLEDAD SEGÚN LA ESCALA UCLA NÚMERO (%)	TOTAL DE PARTICIPANTES NÚMERO (%)	P VALOR
Actividades cotidianas	No problema	14 (28%)	23 (46%)	37 (74%)	0,03
	Leve	5 (10%)	0 (0%)	5 (10%)	
	Moderado	4 (8%)	0 (0%)	4 (8%)	
	Grave	1 (2%)	2 (4%)	3 (6%)	
	No puede	1 (2%)	0 (0%)	1 (2%)	
Dolor o malestar	No problema	7 (14%)	7 (14%)	14 (28%)	0,236
	Leve	6 (12%)	11 (22%)	17 (34%)	
	Moderado	7 (14%)	5 (10%)	12 (24%)	
	Grave	5 (10%)	1 (2%)	6 (12%)	
	No puede	0 (0%)	1 (2%)	1 (2%)	
Ansiedad o depresión	No problema	6 (12%)	19 (38%)	25 (50%)	0,01
	Leve	13 (26%)	5 (10%)	18 (36%)	
	Moderado	3 (6%)	0 (0%)	3 (6%)	
	Grave	2 (4%)	0 (0%)	2 (4%)	
	No puede	1 (2%)	1 (2%)	2 (4%)	
Ansiedad	Sí	15 (30%)	9 (18%)	24 (48%)	0,156
	No	10 (20%)	16 (32%)	26 (52%)	
Depresión	Sí	13 (26%)	9 (18%)	22 (44%)	0,393
	No	12 (24%)	16 (32%)	28 (56%)	
Insomnio	Sí	14 (28%)	9 (18%)	23 (46%)	0,256
	No	11 (22%)	16 (32%)	27 (54%)	
Colesterol LDL Media $\pm$ DE		106,34 $\pm$ 6,76	116,12 $\pm$ 6,12	111,43 $\pm$ 31,56	0,289
Colesterol HDL Media $\pm$ DE		57,9 $\pm$ 3,24	56,8 $\pm$ 2,36	57,31 $\pm$ 13,60	0,789
TAS Media $\pm$ DE		131,16 $\pm$ 2,44	136,64 $\pm$ 2,68	133,90 $\pm$ 13	0,138
TAD Media $\pm$ DE		74,48 $\pm$ 1,49	77,84 $\pm$ 2,01	76,16 $\pm$ 8,94	0,187
Glucemia Media $\pm$ DE		98,83 $\pm$ 4,13	105,64 $\pm$ 6,30	102,31 $\pm$ 26,55	0,375
HbA1c Media $\pm$ DE		6,58 $\pm$ 0,24	7,15 $\pm$ 0,31	6,92 $\pm$ 0,75	0,220
IMC Media $\pm$ DE		26,26 $\pm$ 0,67	29,84 $\pm$ 1,01	28,1 $\pm$ 4,59	0,051
Antihipertensivo		15 (30%)	20 (40%)	35 (72%)	0,271
Ansiolítico		17 (34%)	12 (24%)	29 (58%)	0,252
Antisecretor		12 (24%)	15 (30%)	27 (54%)	0,571
Hipolipemiente		13 (26%)	11 (22%)	24 (48%)	0,778
Antidepresivo		13 (26%)	10 (20%)	23 (46%)	0,571
Analgésico		9 (18%)	7 (14%)	16 (32%)	0,762
Anticoagulante		8 (16%)	7 (14%)	15 (30%)	1
Antiagregante		8 (16%)	7 (14%)	15 (30%)	1
Antidiabético		5 (10%)	7 (14%)	12 (24%)	0,742

DE: desviación estándar; HbA1c: hemoglobina glicosilada; HDL: lipoproteínas de alta densidad; IMC: índice de masa corporal; LDL: lipoproteínas de baja densidad; NS/NC: no sabe/no contesta; TAD: tensión arterial diastólica; TAS: tensión arterial sistólica.

Tabla 4. Parámetros del EuroQol 5D-5L

	PARTICIPANTES CON SOLEDAD SEGÚN ESCALA UCLA MEDIANA (RANGO INTERCUARTÍLICO)	PARTICIPANTES SIN SOLEDAD SEGÚN ESCALA UCLA MEDIANA (RANGO INTERCUARTÍLICO)	PARTICIPANTES MUJERES MEDIANA (RANGO INTERCUARTÍLICO)	PARTICIPANTES HOMBRES MEDIANA (RANGO INTERCUARTÍLICO)	TOTAL DE PARTICIPANTES, MEDIANA (RANGO INTERCUARTÍLICO)	P VALOR
Índice de salud	0,830 (0,493-0,896)	0,857 (0,808-0,910)	0,818 (0,639-0,910)	0,893 (0,834-0,914)	0,845 (0,759-0,910)	0,167
Escala visual analógica	70 (45-90)	70 (62,5-80)	70 (50-80)	80 (65-85)	70 (50-81,25)	0,682

de tristeza o de pena. Sobre todo, en lo referente a mi familia» (código 16).

Por otro lado, se preguntó sobre qué entendían los pacientes por soledad. Para unos, significaba vivir solos para evitar a personas que pudieran herirlos, mientras que para otros la soledad suponía no ser capaz de afrontar una vida sin estar en una relación sentimental. Además, algunas de las personas entrevistadas percibían que la soledad tenía un impacto perjudicial en la salud: «Hay una frase que he oído hace poco que dice: “la soledad no mata, pero ayuda”. Es un tema del que ahora se habla cada vez más, sin duda, incluso en los medios, en la prensa tradicional se habla ahora más de eso. Y no solamente afecta a personas de una edad ya madura, hay gente más joven que se siente sola. O sea, está habiendo una talla grande de suicidios porque, no sé... El sistema no... no funciona» (código 1).

Expresión del concepto de soledad al entorno

La mitad de las personas entrevistadas no refirieron haber comentado nunca el sentimiento de soledad en el ámbito sociofamiliar ni con su médica o médico de familia: «No, el tema de sentirse solo no es algo que haya tratado. Nunca lo he hablado con nadie» (código 3).

La otra mitad de pacientes sí que refirieron haber tratado la cuestión de la soledad en su contexto social o con su médica o médico.

La gran mayoría de las personas que sí que lo expresaron en su entorno fueron mujeres: «No, jamás me ha comentado la doctora nada relacionado con ninguna cosa de la soledad aquí en el ambulatorio» (código 29).

Conocimiento del programa y su uso como recurso comunitario

A la mayoría de las personas entrevistadas se les ofreció un recurso que establecía el programa. La adherencia de la persona al recurso estuvo principalmente supeditada a dos escenarios: hubo pacientes que se adhirieron correctamente y que encontraron en la actividad una oportunidad a la que, de otra manera, hubieran tenido que renunciar, mientras que otros entrevistados decidieron dejar de acudir al recurso por la brecha generacional y porque ya hacían alguna actividad similar a la propuesta por su médica o médico: «Dejé de ir a lo que me ofreció la doctora porque yo ya estaba yendo al gimnasio y haciendo otras cosas. Lo descarté» (código 2).

Impacto del programa y grado de satisfacción

Respecto a la satisfacción de los entrevistados con el recurso ofrecido, la mayoría lo recomienda. Cabe destacar que la mayoría de quienes rechazaron el recurso tienen una percepción positiva del mismo para aquellas personas que lo requieran. En esta misma dirección, una minoría que rechazó el recurso considera que se debe-

Figura 3. Diagrama de cajas y bigotes del índice de salud según la presencia o no de soledad

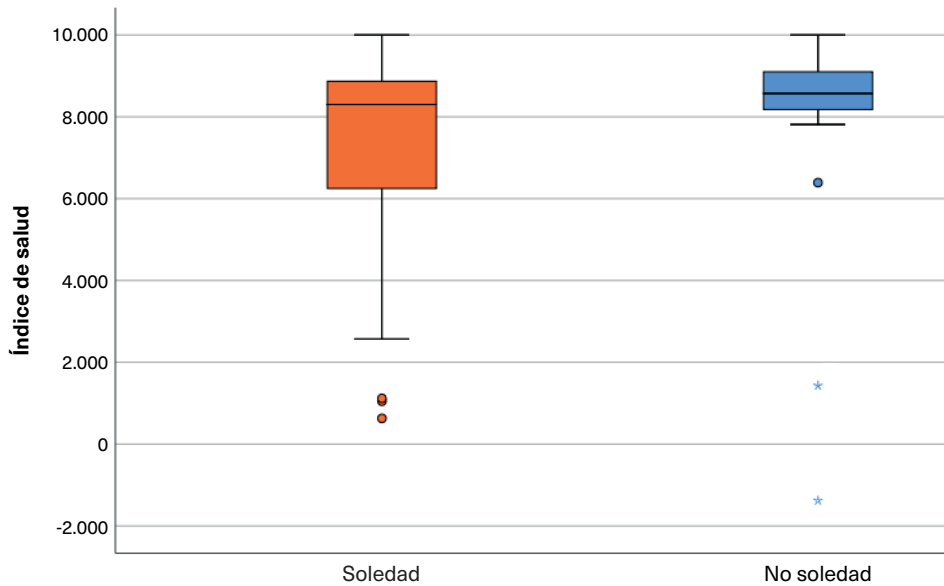


Tabla 5. Características sociodemográficas de las y los pacientes entrevistados

CÓDIGO	SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	INTERVALO DE PENSIÓN	POVERTY TOOL
1	M	69	Divorciada	1.000-1.500 euros	Sin riesgo
2	M	67	Viuda	1.500-2.000 euros	Sin riesgo
3	M	86	Viuda	NS/NC	Sin riesgo
4	H	77	Soltero	1.000-1.500 euros	Sin riesgo
5	M	63	Divorciada	NS/NC	En riesgo
6	M	76	Viuda	<1.000 euros	En riesgo
7	M	76	Viuda	1.500-2.000 euros	Sin riesgo
8	H	70	Viudo	<1.000 euros	En riesgo
10	M	85	Viuda	<1.000 euros	Sin riesgo
12	H	75	Divorciado	<1.000 euros	En riesgo
14	M	71	Viuda	>2.000 euros	Sin riesgo
16	M	68	Soltera	<1.000 euros	En riesgo
18	M	79	Soltera	1000 y 1500 euros	En riesgo
19	M	81	Viuda	>2.000 euros	Sin riesgo
21	M	74	Viuda	1.000-1.500 euros	Sin riesgo
25	M	73	Viuda	>2.000 euros	Sin riesgo
29	M	82	Viuda	<1.000 euros	En riesgo
32	M	60	Soltera	<1.000 euros	En riesgo
37	H	88	Viudo	1.000-1.500 euros	Sin riesgo
39	M	87	Viuda	1.500-2.000 euros	Sin riesgo

NS/NC: no sabe/no contesta.

ría enfocar a una población más joven: «Es para gente muy mayor o que físicamente esté muy mal, es decir, que sea mayor vaya. Y ya no en edad, sino física y psíquicamente» (código 5).

Soluciones para hacer frente a la soledad

Se solicitó a las personas entrevistadas las posibles soluciones que se podrían ofrecer para hacer frente a la soledad no deseada. La mayoría sugirió contratar a personas que se encargaran de acompañar, es decir, como una figura de asistente de compañía: «Que les pusieran una persona para que no se sintieran tan solas. Como una asistenta social, pero que estuviera más tiempo» (Código 29).

Un grupo más reducido de pacientes abogaba por educar desde las escuelas en esta cuestión de la soledad.

DISCUSIÓN

Antes de la implementación del proyecto SOLECO, figuraban cinco personas detectadas con posible soledad no deseada en la zona bá-

sica de salud del centro. Tras la aplicación de esta iniciativa, se pasó a 116 detecciones. Aunque es un incremento considerable, teniendo en cuenta las cifras de personas mayores en la zona básica que viven solas, la cobertura de la intervención ha sido baja.

La distribución de las variables sociodemográficas es similar a las que muestran otros estudios^{3,26,27}. Los resultados cualitativos muestran que las mujeres son las que principalmente expresan el sentimiento de soledad a su entorno familiar. Con escalas como la UCLA, los hombres tienden a mostrar más soledad; sin embargo, son las mujeres las que mayoritariamente admiten sentirse solas.

El 36% de la población se encontraba en riesgo de aislamiento social, unas cifras prácticamente idénticas a otros estudios realizados en España⁵ y en el ámbito internacional²⁸⁻³⁰. La correlación entre el grado de aislamiento social y la soledad fue estadísticamente significativa, pero en una menor magnitud y coeficiente de correlación inferior al observado en otros trabajos^{27,30}.

Aunque el número de publicaciones son limitadas, se sabe que la soledad influye d forma negativa en la calidad de vida, en este es-

Tabla 6. Verbatim

Percepción de cómo afecta la soledad en el ámbito individual	«Es un vacío, no sé... Es un vacío, y a veces rabia, rabia de no poder contar. Como impotencia, sí» (código 12)
Expresión del concepto de soledad al entorno	«A mi doctora le contaría cualquier cosa. Ella es alguien que ha llegado tarde a mi salud. ¿Me explico? Y no habrá estudiado en ninguna facultad de élite de médico. Pero tiene aquello que no tiene mi cardiólogo. Empatía. Yo salgo de su consulta y salgo a 50 revoluciones por minuto más que cuando entré. Y eso, eso es medicina. Posiblemente, haya más médicos como ella, pero no tienen tiempo de aplicarlo» (código 12)
Conocimiento del programa SOLECO y su uso como recurso comunitario	«Igual, lo único es que lo necesito, soy muy nerviosa y para mí es una forma de relajarme y de mantenerme más activa físicamente. Yo siempre he hecho gimnasia. Luego tuve una limitación económica, y entonces, claro, yo sé que eso me ha venido muy bien» (código 5)
Impacto del programa SOLECO y grado de satisfacción	«Mira, yo estaba agotada, se me notaba en la cara. Los vecinos ahora me miran y me dicen: "¡Madre mía, qué cambiazco has pegado! ¿Tú eras así? El grupo del teatro me da mucha vida» (código 39)
Soluciones para hacer frente a la soledad	«Yo creo que el recurso que nos haría falta sería enseñarnos a vivir solos si no queda más remedio. Yo creo que no sabemos vivir solos. Debemos aprender a tener una calidad de vida si las circunstancias nos han llevado a ello» (código 12)

tudio el cuestionario EQ-5D-5L no halló diferencias^{5,31}. No obstante, el índice de salud de las mujeres fue significativamente peor. De igual manera, las dimensiones de salud de las actividades cotidianas y la ansiedad/depresión fueron peores en la población con soledad. El malestar que los participantes han manifestado en las entrevistas a la hora de hacer sus actividades cotidianas corroboran estas observaciones.

A pesar de que existe un amplio cuerpo de evidencia acerca de la asociación entre soledad y enfermedades como la diabetes mellitus tipo 2 o la insuficiencia cardíaca^{32,33}, en este estudio no existieron diferencias en los indicadores clínicos, probablemente debido a la limitación del tamaño muestral.

Los pacientes con soledad tendían a tomar mayor cantidad de fármacos, algo descrito en la literatura³⁴. La parte cualitativa arrojó que una persona hacía uso de benzodiacepinas para afrontar de manera directa la ansiedad que le generaba el sentimiento de soledad.

Respecto a las estrategias descritas en la literatura para detectar la soledad, hay gran heterogeneidad. En general, se puede hacer de varios modos: una pregunta directa³⁵, la difusión a través de trípticos^{35,36}, la derivación directa por el personal médico³⁷ o el de enfermería y trabajo social³⁸, y cuestionarios validados³⁹. En el caso del proyecto SOLECO, se usó la derivación directa por el personal médico. De los 50 pacientes que cumplieron criterios, solo en 25 de ellos existía soledad según la escala empleada. Una explicación podría ser la confusión conceptual entre vivir solo y sentir soledad.

Con respecto a la adherencia y el grado de satisfacción de los y las pacientes, en algunos casos, la actividad comunitaria suplía una necesidad que no podía ser sufragada económicamente. Existen publicaciones que sitúan la cuestión económica como fundamental para asegurar la participación^{40,41}. En contraste, la brecha generacional y la existencia de actividades de las que el paciente ya disponía constituyeron las principales barreras en la adherencia.

Como fortaleza de este estudio, destaca su diseño mixto, ya que permite integrar la vivencia personal de un fenómeno subjetivo y, por tanto, difícil de estudiar cómo es la soledad en los hallazgos de las escalas. Además, este elemento facilitó analizar los obstáculos

a la adherencia de este tipo de intervenciones desde la perspectiva del propio paciente, algo que es fundamental para la correcta implementación de estas iniciativas.

Una de las principales limitaciones del estudio es el tamaño muestral. De esta manera, las determinaciones estadísticas han sido inferiores a lo que habría cabido esperar con una muestra inicial mayor. Otra limitación importante ha sido la variabilidad interindividual en la práctica clínica diaria de cada médico a la hora de evaluar y estudiar los puntos de mejora de la iniciativa.

CONCLUSIONES

Según la escala empleada, la mitad de la muestra tenía soledad, y este fenómeno se correlaciona bien con el aislamiento social. Además de que la soledad influye negativamente en la realización de actividades cotidianas y en los niveles de ansiedad y depresión, aumenta el consumo de fármacos. La consecución de los objetivos del programa fue deficiente en cuanto al ofrecimiento del recurso, aunque los pacientes que han asistido están satisfechos y lo recomiendan. La brecha generacional y la existencia de una actividad previa fueron los principales limitados en la adherencia al activo comunitario.

FINANCIACIÓN

Este estudio no ha contado con fuentes de financiación externa.

CONFLICTO DE INTERESES

El autor y la autora de este artículo no presentan conflictos de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada. ¿Qué es la soledad no deseada? Madrid: Fundación ONCE; 2021. [Internet]. Disponible en: <https://www.soledades.es/la-soledad-no-deseada>
- Eurofound (EU body or agency), Dubois H, Jungblut JM, Pöntinen L, Ahrendt D, Sandor E, et al. European quality of life survey 2016: quality of life, quality of public services, and quality of society: overview report. [Internet]. Publications Office of the European Union; 2017. Disponible en: <https://data.europa.eu/doi/10.2806/964014>
- Barck J, Balahur A, Cassio L, D'Hombres B, Pásztor Z, Tintori G. Loneliness in the EU: insights from surveys and online media data. [Internet]. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2021 [citado: 17 de abril de 2024]. Disponible en: <https://data.europa.eu/doi/10.2760/46553>
- Ahrendt D, Cabrita J, Clerici E, Huley J, Leončikas T, Mascherini M, et al. Living, working and COVID-19. [Internet]. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020 [citado: 17 de abril de 2024]. Disponible en: <https://data.europa.eu/doi/10.2806/467608>
- Casal Rodríguez B, Rivera Castiñeira B, Rodríguez-Mínguez E. El coste de la soledad no deseada en España. Madrid: Observatorio Estatal Soledad No Deseada; 2023.
- Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. *Perspect Psychol Sci*. 2015;10(2):227-37.
- Zhou X, Yang F, Gao Y. A meta-analysis of the association between loneliness and all-cause mortality in older adults. *Psychiatry Res*. 2023;328:115430.
- Wilson-Genderson M, Heid AR, Cartwright F, Collins AL, Pruchno R. Change in Loneliness Experienced by Older Men and Women Living Alone and With Others at the Onset of the COVID-19 Pandemic. *Res Aging*. 2022;44(5-6):369-81.
- McQuaid RJ, Cox SML, Ogunlana A, Jaworska N. The burden of loneliness: Implications of the social determinants of health during COVID-19. *Psychiatry Res*. 2021;296:113648.
- Zhang Y, Kuang J, Xin Z, Fang J, Song R, Yang Y, et al. Loneliness, social isolation, depression and anxiety among the elderly in Shanghai: Findings from a longitudinal study. *Arch Gerontol Geriatr*. 2023;110:104980.
- Wolters NE, Mobach L, Wuthrich VM, Vonk P, Van Der Heijde CM, Wiers RW, et al. Emotional and social loneliness and their unique links with social isolation, depression and anxiety. *J Affect Disord*. 2023;329:207-17.
- Schutter N, Holwerda TJ, Comijs HC, Stek ML, Peen J, Dekker JJM. Loneliness, social network size and mortality in older adults: a meta-analysis. *Eur J Ageing*. 2022;19(4):1057-76.
- Maes M, Qualter P, Vanhalst J, Van Den Noortgate W, Goossens L. Gender Differences in Loneliness across the Lifespan: A Meta-Analysis. *Eur J Personal*. Noviembre de 2019;33(6):642-54.
- Nicolaisen M, Thorsen K. Loneliness among men and women – a five-year follow-up study. *Aging Ment Health*. 2014;18(2):194-206.
- Barreto M, Victor C, Hammond C, Eccles A, Richins MT, Qualter P. Loneliness around the world: Age, gender, and cultural differences in loneliness. *Personal Individ Differ*. 2021;169:110066.
- Borys S, Perlman D. Gender Differences in Loneliness. *Pers Soc Psychol Bull*. 1985;11(1):63-74.
- Vedel I, Kaur N, Hong QN, El Sherif R, Khanassov V, Godard-Sebillotte C, et al. Why and how to use mixed methods in primary health care research. *Fam Pract*. 23 de mayo de 2019;36(3):365-8.
- Ayuntamiento de Valencia. Servicios Sociales. Informe sobre rentas medias, vulnerabilidad económica y tasa de paro por barrios. [Internet]. 2024. Disponible en: <https://www.valencia.es/cas/bienestar-social-integracion/publicaciones-relacionadas>
- Marco Pérez A, Guidoum Castiblanque Z, Asensi Latorre R. Estudio del barrio del Cabanyal-Canyamelar. Valencia: Ajuntament de València; 2015.
- Ajuntament de València. Sección de Estudios, Planificación y Formación. Estudio del barrio de Beteró. Valencia: Ajuntament de València; 2018.
- Patton MQ. Qualitative research & evaluation methods: integrating theory and practice. Fourth edition. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington DC: SAGE; 2015. 806 p.
- Mason J. Qualitative researching. Los Angeles: SAGE Publ; 1999. 223 p.
- Glesne C. Becoming qualitative researchers: an introduction. 2nd. ed. New York: Longman; 1999. 224 p.
- Berg BL, Lune H. Qualitative research methods for the social sciences. 4th ed. Boston: Pearson; 2012. 432 p.
- Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3(2):77-101.
- Martín Roncero U, González-Rábago Y. Soledad no deseada, salud y desigualdades sociales a lo largo del ciclo vital. *Gac Sanit*. 2021;35(5):432-7.
- Gené-Badía J, Comice P, Belchín A, Erdozain MÁ, Cáliz L, Torres S, et al. Perfiles de soledad y aislamiento social en población urbana. *Aten Primaria*. 2020;52(4):224-32.
- Elovainio M, Hakulinen C, Pulkki-Råback L, Virtanen M, Josefsson K, Jokela M, et al. Contribution of risk factors to excess mortality in isolated and lonely individuals: an analysis of data from the UK Biobank cohort study. *Lancet Public Health*. 2017;2(6):e260-6.
- Merchant RA, Liu SG, Lim JY, Fu X, Chan YH. Factors associated with social isolation in community-dwelling older adults: a cross-sectional study. *Qual Life Res*. 2020;29(9):2375-81.
- Sun J, Jiang W, Li H. Social isolation and loneliness among Chinese older adults: Examining aging attitudes as mediators and moderators. *Front Psychol*. 2022;13:1043921.
- Yi Y, Park YH. Structural equation model of the relationship between functional ability, mental health, and quality of life in older adults living alone. Virgili G, editor. *PLOS ONE*. 2022;17(8):e0269003.
- Liang YY, Chen Y, Feng H, Liu X, Ai QYH, Xue H, et al. Association of Social Isolation and Loneliness With Incident Heart Failure in a Population-Based Cohort Study. *JACC Heart Fail*. 2023;11(3):334-44.
- Song Y, Zhu C, Shi B, Song C, Cui K, Chang Z, et al. Social isolation, loneliness, and incident type 2 diabetes mellitus: results from two large prospective cohorts in Europe and East Asia and Mendelian randomization. *eClinicalMedicine*. 2023;64:102236.
- Kotwal AA, Steinman MA, Cenzer I, Smith AK. Use of High-risk Medications Among Lonely Older Adults: Results From a Nationally Representative Sample. *JAMA Intern Med*. 2021;181(11):1528.
- Coll-Planas L, Del Valle Gómez G, Bonilla P, Masat T, Puig T, Monteserín R. Promoting social capital to alleviate loneliness and improve health among older people in Spain. *Health Soc Care Community*. 2017;25(1):145-57.
- Lapena C, Continente X, Sánchez Mascañano A, Pons Vigués M, Pujol Ribera E, López MJ. Qualitative evaluation of a community-based intervention to reduce social isolation among older people in disadvantaged urban areas of Barcelona. *Health Soc Care Community*. 2020;28(5):1488-503.
- Conwell Y, Van Orden KA, Stone DM, McIntosh WL, Messing S, Rowe J, et al. Peer Companionship for Mental Health of Older Adults in Primary Care: A Pragmatic, Non-blinded, Parallel-Group, Randomized Controlled Trial. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2021;29(8):748-57.
- Mays AM, Kim S, Rosales K, Au T, Rosen S. The Leveraging Exercise to Age in Place (LEAP) Study: Engaging Older Adults in Community-Based Exercise Classes to Impact Loneliness and Social Isolation. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2021;29(8):777-88.
- Savikko N, Routasalo P, Tilvis R, Pitkälä K. Psychosocial group rehabilitation for lonely older people: favourable processes and mediating factors of the intervention leading to alleviated loneliness. *Int J Older People Nurs*. 2010;5(1):16-24.
- Mulligan K, Hsiung S, Bhatti S. Social prescribing in Ontario. Alliance for Healthier Communities; 2020.
- Routasalo PE, Tilvis RS, Kautiainen H, Pitkälä KH. Effects of psychosocial group rehabilitation on social functioning, loneliness and well-being of lonely, older people: randomized controlled trial. *J Adv Nurs*. 2009;65(2):297-305.