

¿Qué se está haciendo ya desde los equipos de atención primaria contra la soledad?



What are primary health care teams doing about loneliness?

Sr. Editor:

Hemos leído con gran interés el artículo «Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria?»¹. Ante todo, celebramos que se publique sobre la soledad desde atención primaria de nuestro país, y es que en España se sufre más soledad que en el Norte de Europa, precisamente por la gran importancia que han tenido tradicionalmente las redes de soporte familiares y sociales.

¿Qué están haciendo ya los equipos de atención primaria?

En Catalunya, varios equipos de atención primaria (EAP) están implicados en la detección, derivación y algunos en la intervención de la soledad y el aislamiento social. Son claros ejemplos su implicación en las iniciativas comunitarias «Escoles de salut» y «Baixem al Carrer» promovidas por la Agència de Salut Pública de Barcelona y «Radars» del Ayuntamiento de Barcelona. Desde el campo de la investigación, el proyecto «CAMINS: de la solitud a la participació» ha implementado y evaluado una intervención grupal en 3 EAP, llevada a cabo por trabajo social y enfermería con implicación comunitaria para conectar entre ellas a personas solas de un mismo barrio promoviendo el apoyo entre iguales y la participación social². Entre otras cosas se favorece que los participantes compartan sus propias y diversas vivencias relacionadas con la soledad, por ejemplo trabajando con imágenes. Para conectar a las personas mayores con los recursos del barrio, profesionales y personas voluntarias elaboran un mapa de activos en salud que sirve de punto de partida para que las personas participantes decidan qué recursos del barrio quieren ir a conocer junto a las personas voluntarias.

Actualmente, la intervención de CAMINS forma parte, junto a otras temáticas, del ensayo clínico AEQUALIS que se está aplicando en 16 centros de primaria de Catalunya³.

Cómo (no) abordar la soledad

Mientras que las intervenciones mencionadas tienen como eje central el empoderamiento de las personas mayores y su conexión con oportunidades que tienen a su alcance, los autores se refieren al metaanálisis de Masi et al. que «concluye que las intervenciones que actúan sobre los pensamientos sociales maladaptativos son las que mejor reducen la soledad»⁴. Sin embargo, los resultados favorables a las intervenciones cognitivo-conductuales

se fundamentan en 4 estudios eficaces, 3 de los cuales están dirigidos a jóvenes y solo uno a personas mayores institucionalizadas, basado en terapia de reminiscencia. El resto de ensayos clínicos eficaces en personas mayores que incluye el metaanálisis se basan en la estrategia de aumentar el apoyo social. Así, la propuesta de abordar la soledad como trastorno maladaptativo mediante una terapia cognitivo-conductual para efectuar «una reestructuración cognitiva de estos sentimientos distorsionadores» nos parece poco fundamentada en la evidencia científica.

Existe un ensayo clínico finlandés de alta calidad metodológica que ha demostrado que una intervención grupal dirigida a promover el apoyo entre iguales, la participación y el empoderamiento era coste-efectiva, reducía la mortalidad y el uso de recursos, y mejoraba la cognición y la calidad de vida de aquellas personas mayores que se sentían solas⁵.

Por último, queremos destacar que el hecho de que la soledad tenga un impacto patofisiológico no significa que la solución sea redireccionar los mecanismos alterados, como por ejemplo mediante un medicamento. En realidad, sabemos que el apoyo social afecta la salud mediante procesos macrosociales dinámicamente conectados con procesos psicobiológicos⁶.

Concluyendo, los problemas complejos requieren soluciones complejas. El ser humano es multidimensional, con sus dimensiones física, psíquica y social estrechamente interrelacionadas. Así, como en parte también apunta el artículo, abordar la soledad desde la atención primaria debería fortalecer la implementación del modelo biopsicosocial, la perspectiva de salutogénesis y la intervención comunitaria, y no la biologización de lo social, es decir, la medicalización de la soledad.

Bibliografía

1. Gené-Badia J, Ruiz-Sánchez M, Obiols-Masó N, Oliveras Puig L, Lagarda Jiménez E. Social isolation and loneliness: What can we do as Primary Care teams? [Article in Spanish]. *Aten Primaria*. 2016;48:604-9.
2. 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;25:145-57.
3. Coll-Planas L, Monteserín R, Rojano X, Morell Torra E, Cob Peña E, Blancafort Alias S. Estudio AEQUALIS. Promoviendo el autocuidado, la alfabetización en salud y el capital social en personas mayores de áreas urbanas socioeconómicamente desfavorecidas: un ensayo clínico para reducir las desigualdades. En: XXXVI Congreso de la semFYC. A Coruña 2016.
4. Masi CM, Chen HY, Hawkey LC, Cacioppo JT. A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Pers Soc Psychol Rev*. 2011;15:219-66.
5. Pitkala KH, Routasalo P, Kautiainen H, Tilvis RS. Effects of psychosocial group rehabilitation on health, use of health care services, and mortality of older persons suffering from loneliness: A randomized, controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2009;64:792-800.
6. Berkman LF, Glass T, Brissette I, Seeman TE. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Soc Sci Med*. 2000;51:843-57.

Laura Coll-Planas^{a,*}, Rosa Montesión^b, Ester Cob^b
y Sergi Blancafort^a

^a *Fundació Salut i Envel·liment-Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España*

^b *EAP Sardenya, Barcelona, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: laura.coll@uab.cat (L. Coll-Planas).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.12.004>
0212-6567/

© 2017 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Madres solteras por elección. Una realidad creciente y no reciente



Mothers single by choice. A growing, but not recent reality

Sr. Editor:

Actualmente, el estudio de las maternidades se ha vuelto cada vez más interesante a la par que complejo en lo que respecta a la monoparentalidad femenina¹. Las madres solteras por elección (MSPE), del inglés *Mother Single by Choice* representan la emergencia de una nueva forma de monoparentalidad elegida, planificando la maternidad como un proyecto personal, desvinculando así la filiación de la conyugalidad². Las madres que pretender emprender su maternidad en solitario presentan una serie de características comunes: son mujeres que han obedecido a los mandatos sociales propios de su generación con ideas como las de previsión, independencia económica, libertad, responsabilidad, elección o realización personal³.

Tras estos antecedentes, y apreciando un aumento en la presentación de este nuevo modelo familiar en nuestras consultas del centro de salud (CS) se diseñó este trabajo observacional y retrospectivo con la finalidad de evaluar las características de estas MSPE que apenas ha sido objeto de estudios científicos sociales.

La recogida de datos se obtuvo de cuestionarios cumplimentados desde el anonimato de estas madres en un lugar habilitado para el mismo. Lógicamente las participantes fueron correctamente informadas, previa solicitud y es por ello que hay apartados no contestados.

El total de población pediátrica del CS es de 2.614 niños a fecha 30 de septiembre de 2016 inclusive. El 50,6% varones y el 49,4% mujeres.

El estudio consta de un total de 15 casos procedentes de 13 madres. Entre ellas había una pareja de gemelos y una madre que había repetido experiencia. En lo que respecta a las variables analizadas se describen en la [tabla 1](#).

Debido a los cambios en la sociedad actual (la precariedad laboral, el miedo a perder las opciones profesionales, la conciliación familiar, la búsqueda de la pareja ideal, etc.) observamos en nuestras consultas que las mujeres son madres a una edad más tardía y a la pérdida del concepto clásico de familia. Cada vez es mayor el número de mujeres que optan por emprender la aventura de la maternidad en solitario. Diversos son los modos desde el punto de vista ético y legal, para conseguirlo: por acogimiento, por

adopción, por reproducción asistida... En nuestro estudio la mayoría de las madres optó por la fecundación *in vitro* como primera opción reproductiva (66%) y el coste medio es similar a lo encontrado en España.

Tabla 1 Variables dependientes de la madre

Edad	
Mínima	32
Máxima	43
Media $\pm$ DE	38,4 $\pm$ 3,45
Nivel de estudios	
Superior, %	66,66
Medio, %	20,00
Bajo, %	13,33
Situación laboral	
Empleada por cuenta propia, %	13,40
Empleada por cuenta ajena, %	86,60
Desempleada, %	0,00
Dedicación laboral	
Completa, %	86,66
Parcial, %	6,66
Flexible, %	6,66
No trabaja, %	0,00
Tipo de trabajo	
Fijo, %	86,60
No fijo, %	13,40
Tipo de ingresos	
Suficientes, %	93,33
Insuficientes, %	6,66
¿Cuándo empieza a considerar la posibilidad de ser madre?	
Desde siempre, %	93,33
Últimos años. Conciencia edad límite, %	6,66
A raíz de una ruptura de pareja, %	0,00
A raíz de un trabajo estable, %	0,00
Apoyos durante el proceso de decisión	
Familia	
Totalmente, %	80,00
Parcialmente, %	0,00
Ningún apoyo, %	0,00
No les informo, %	13,33
NC, %	6,66
Amigos	
Totalmente, %	73,33
Parcialmente, %	20,00
Ningún apoyo, %	0,00