

PROYECTO DE SEGUIMIENTO INTEGRAL DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 CON RIESGO DE SOLEDAD NO DESEADA O AISLAMIENTO SOCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

Consultorio Convento Jerusalén (Valencia)

Salvador Espert Lozano

María Lourdes Ramírez de Arellano Aldea
Enfermeros Atención Primaria

Rocío Jiménez Osés

Adrián Sánchez Ramírez de Arellano
Estudiantes Grado Enfermería

Carmen Romero León
Médica de Familia

Cuando nos damos cuenta de que realmente estamos solos es cuando necesitamos más a otros.



Paco Grau

La **Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2)** es una enfermedad crónica de alta prevalencia que requiere un abordaje continuo e integral. La evidencia muestra que la soledad no deseada y el aislamiento social se asocian a peor adherencia terapéutica, mayor descompensación metabólica, incremento de comorbilidades y peor salud mental. En Atención Primaria, por su cercanía y longitudinalidad, existe una oportunidad clave para identificar y abordar de forma conjunta la DM2 y los factores psicosociales que influyen en su evolución.

Objetivo general: Mejorar el control clínico, el bienestar psicosocial y la calidad de vida de pacientes con DM2 que presentan riesgo de soledad no deseada o aislamiento social, mediante un seguimiento integral y coordinado desde Atención Primaria.

Objetivos específicos: Identificar de forma precoz a pacientes con DM2 y riesgo de soledad o aislamiento social. Optimizar el control metabólico y la adherencia al tratamiento. Reducir el impacto emocional asociado a la soledad (ansiedad, depresión). Favorecer la integración social y el apoyo comunitario. Potenciar la coordinación entre profesionales sanitarios y recursos sociales.

Población diana: Pacientes adultos diagnosticados de DM2 adscritos al centro de salud, especialmente mayores de 65 años, personas que viven solas o con escasa red de apoyo, identificados mediante cribado sistemático de soledad.

Metodología y actividades

Identificación y valoración inicial: Cribado de soledad no deseada mediante herramientas validadas. Valoración integral: clínica (HbA1c, IMC, TA), funcional, emocional y social.

Plan individualizado de atención: Diseño de un plan consensuado con el paciente que incluya objetivos clínicos y sociales. Educación terapéutica adaptada al contexto social y cultural.

Seguimiento proactivo: Revisiones periódicas presenciales o telefónicas por enfermería y medicina de familia. Detección precoz de descompensaciones clínicas y necesidades psicosociales.

Intervención comunitaria y social: Derivación y coordinación con trabajo social. Promoción de grupos de apoyo, talleres de autocuidado, actividad física grupal y recursos comunitarios.

Evaluación continua: Monitorización de indicadores clínicos y de bienestar. Ajustes del plan según evolución.

Resultados esperados: Mejora del control glucémico y de la adherencia terapéutica. Disminución de la soledad no deseada y aislamiento social. Mejora del bienestar emocional y de la calidad de vida. Mayor uso de recursos comunitarios y fortalecimiento de la red de apoyo.

Este proyecto propone un modelo de atención centrado en la persona, que integra la dimensión clínica y social de la DM2, reforzando el papel de Atención Primaria como eje fundamental para un abordaje efectivo, humano y sostenible.