

ESTUDIO SOBRE LA ATENCIÓN A LA SOLEDAD NO DESEADA DE LAS PERSONAS MAYORES



DIRECTORES

María Luisa Delgado Losada

David Alonso González

Grupo de Investigación Políticas Sociales Emergentes,
Innovaciones y Éticas Aplicadas en Trabajo Social



MADRID



ÍNDICE:

CONCEPTUALIZACIÓN	Pág. 3
LA SOLEDAD EN DATOS	Pág.12
CONSECUENCIAS DE LA SOLEDAD	Pág.19
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS SOBRE MODALIDADES DE INTERVENCIÓN EN LA SOLEDAD NO DESEADA Y/O EL AISLAMIENTO SOCIAL DE LAS PERSONAS MAYORES	Pág. 24
OTRAS MODALIDADES DE INTERVENCIÓN QUE HAN DEMOSTRADO SU UTILIDAD EN EL TRATAMIENTO DE LA SOLEDAD NO DESEADA Y/O EL AISLAMIENTO SOCIAL DE LAS PERSONAS MAYORES	Pág. 45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	Pág. 57



“ESTUDIO SOBRE LA ATENCIÓN A LA SOLEDAD NO DESEADA DE LAS PERSONAS MAYORES”

Informe de revisión y sistematización sobre literatura gris y científica en relación al objeto de estudio en el ámbito nacional e internacional.

CONCEPTUALIZACIÓN

La soledad

La soledad es una **experiencia personal y subjetiva**, que puede acontecer en cualquier etapa del ciclo vital. Es un constructo complejo, más fácil de describir que de definir, que incluye aspectos psicológicos y sociales. Es un fenómeno natural, que puede afectar a cualquier persona y que tiene lugar en cualquier etapa de la vida. La soledad no es causada por vivir o estar solo. La soledad no es una enfermedad, no es una disfunción psicológica (Nilsson, Lindstrom & Naden, 2006; Tiwari, 2013).

La soledad, es un sentimiento subjetivo de **tener menor afecto y cercanía de lo deseado** en el ámbito íntimo (soledad emocional), de experimentar poca proximidad a familiares y amigos (soledad relacional) o de sentirse socialmente poco valorado (soledad colectiva) (Cacioppo y Cacioppo, 2014; Nicholson, 2012; Ong, Uchino & Wethingtona, 2016). La **soledad emocional** hace referencia al grupo de una a 5 personas íntimas a las que podemos acudir en busca de apoyo emocional en momentos de crisis. Esta situación, muy vinculada a la viudedad, afecta tanto a hombres como a mujeres. La **soledad relacional** se produce en el grupo de 15 a 50 personas con las que simpatizamos.



La falta de contacto en este entorno produce soledad relacional y afecta principalmente a mujeres. Un tercer ámbito, el de la **soledad colectiva**, aparece cuando nos sentimos socialmente poco valorados por el grupo de 150 a 1.500 personas con las que interactuamos a través de asociaciones voluntarias. Este tipo afecta principalmente a los hombres (Cacioppo, Crippa, London, Goossens & Cacioppo, 2015).

La soledad es un **sentimiento subjetivo e interno** que experimenta la persona, por lo que es difícil conocer su incidencia real en la población, a pesar de que contamos con numerosos estudios psicosociales, a nivel local, nacional e internacional, se observa elevada discrepancia en los resultados, fundamentalmente debido a cuestiones metodológicas y errores a la hora de medir dicho sentimiento a través del uso de encuestas, en la gran mayoría de los casos de tipo telefónico, en las que generalmente aceptan participar personas que infravaloran o sobrevaloran su sentimiento de soledad.

Los esfuerzos para conceptualizar la soledad comenzaron en los años 50 del siglo pasado desde el ámbito de la filosofía, quienes consideraban la soledad como una experiencia inevitable asociada a la existencia humana.

La investigación empírica no se inició hasta los años 80, cuando desde la perspectiva de las ciencias sociales y la psicología, Peplau y Perlman (1982) conceptualizaron la soledad basada en la conjunción de tres enfoques, el enfoque cognitivo, las necesidades de intimidad y el enfoque de refuerzo social. Además, identificaron tres características comunes en relación a la presencia del sentimiento de soledad en la persona:

- es resultado de deficiencias en relaciones interpersonales,
- es una experiencia subjetiva que contrasta con la evidencia objetiva del aislamiento social,
- es una experiencia estresante y displacentera

En resumen, para Peplau y Perlman, autores de referencia internacional en el estudio de la soledad, definen ésta como una experiencia desagradable que tiene lugar cuando la red de relaciones sociales de una persona es deficiente, tanto desde el punto de vista cualitativo como cuantitativo.



Figura 1. Entendiendo la soledad. Adaptado de Peplau y Perlman (1982)

En la actualidad, la soledad es entendida desde una perspectiva más cognitiva, como un **sentimiento subjetivo de discrepancia** entre las relaciones sociales que tiene la persona y las que le gustaría tener. La soledad no es el resultado directo de la ausencia de relaciones, sino la consecuencia de los sentimientos de insatisfacción con las relaciones sociales existentes o la ausencia de las mismas (de Jong Gierveld, Broese van Groenou, Hoogendoorn & Smit, 2009).

Esta discrepancia entre las relaciones sociales que se desean tener y las que realmente se tienen produce una situación desagradable que implica o conlleva un sufrimiento para quien la experimenta, y que puede tener efectos perjudiciales sobre la salud y el bienestar físico, social y psicológico (Cacioppo, Grippo, London, Goossens, & Cacioppo, 2015; Dykstra, 2009).



La soledad se considera como una de las preocupaciones presentes en nuestra sociedad que tiene **consecuencias muy negativas en la calidad de vida** de las personas como se ha puesto de manifiesto en diversas investigaciones realizadas en los últimos años (Dahlberg, Agahi & Lennartsson, 2018; Gardiner, Geldenhuys & Gott, 2018).

El proceso de envejecimiento viene acompañado de muchos **cambios relacionados con eventos vitales** que tiene lugar de forma habitual en esta etapa de la vida. La soledad en las personas mayores es una realidad que viene favorecida por diferentes factores. La primera causa es la retirada del ámbito laboral, lugar donde el individuo se nutre de numerosas relaciones sociales, y que requiere un reajuste en la vida de la persona. Pero, más que la jubilación, es el fallecimiento del cónyuge el suceso más relevante en la vivencia de soledad. La viudedad, para quien había contraído matrimonio o vivía en pareja, suele ser, el principal desencadenante del sentimiento de soledad en las edades avanzadas. Otros factores asociados a la experiencia de soledad son la emancipación de los hijos, la pérdida de amigos y familiares de la misma generación, el divorcio o el fallecimiento de un/a hijo/a, o el diagnóstico de una enfermedad grave de la pareja (de Jong Gierveld, 1998).

En definitiva, **el sentimiento de soledad es un factor de vulnerabilidad en las personas mayores**, debemos dirigir nuestro foco de atención hacia esta realidad y analizar de manera global este fenómeno para llegar a un mejor entendimiento sobre la experiencia de soledad de las personas mayores.



El aislamiento social

El aislamiento social hace referencia a la falta de contacto social y la ausencia de apoyo social. El aislamiento social es la **medida objetiva de la soledad**. Sin olvidar que la soledad se define subjetivamente como una experiencia dolorosa experimentada en ausencia de relaciones sociales, de sentimientos de pertenencia o debida a una sensación de aislamiento (Hawkey & Capitanio, 2015; Mushtaq et al., 2014).

Las relaciones sociales constituyen un componente fundamental de la calidad de vida de las personas. La soledad es sólo uno de los posibles resultados de la evaluación que hace la persona de la cantidad y calidad de sus relaciones sociales.

Las **relaciones sociales** se describen a través de tres conceptos, la red social (el tamaño, la frecuencia y la calidad de contactos), el apoyo social (en términos de dar y recibir) y la participación social (frecuencia y calidad de las actividades formales e informales) (Holt-Lunstad, Smith & Layton, 2010).

A medida que avanza la edad el tamaño de **la red social disminuye** y se reduce la frecuencia de contactos más que por la red familiar, por motivos relacionados con el declive en la salud y el funcionamiento (Ajrouch, Blandon & Antonucci, 2005; Puga, 2007; Rodríguez-Rodríguez, Rojo-Pérez y Fernández-Mayoralas, 2017). La reducción del tamaño de la red social viene dada por las pérdidas de seres queridos que tienen lugar con el paso de los años, aunque algunos teóricos defiende que, esta reducción se debe también a una actitud proactiva, pues desde la adultez las personas se vuelven **más selectivas al formar sus redes sociales**, manteniendo solamente contactos con las personas que consideran emocionalmente significativas (Carstensen, Fung & Charles, 2003). Las redes sociales de las personas mayores son más pequeñas, los contactos son menos frecuentes, pero son de mayor calidad emocional.



El estudio de la **composición de la red social** en relación con la soledad indica que, los individuos con una red social más homogénea formada únicamente por contactos con familiares, son más vulnerables a vivir en soledad (Dykstra, 1990). En cuanto a los miembros de la red familiar, la relación “con” y el apoyo “de” los hijos son los que mayor bienestar producen. Además, los contactos con amigos y vecinos se asocian con menores niveles de soledad que los contactos con hijos y otros familiares.

Pinquart y Sörensen (2001) indican que las relaciones con personas de fuera del entorno familiar son más importantes para aquellas personas que no están casadas, considerando que en las personas casadas, la pareja puede aportar el apoyo emocional necesario. También señalan la importancia de los vecinos en el afrontamiento de la soledad, entendiendo que, gracias a la cercanía física, pueden ofrecer apoyo frecuente a las personas mayores, así como ayuda en momentos de necesidad.

Diversos estudios han demostrado que **la calidad de las relaciones predice la soledad** en mayor medida que los aspectos estructurales de la red social, como el número y la frecuencia de los contactos (de Jong Gierveld, 1998; Kim, 1999).

Tener buenas relaciones con la familia y los amigos es uno de los componentes fundamentales de la calidad de vida en la vejez. Arling (1976) encontró que relacionarse con amigos amortigua la aparición del sentimiento de soledad. En la misma línea, De Grâce (1987) encontró que tener una red social pequeña y pocos contactos con los amigos correlaciona con la aparición del sentimiento de soledad.

El **apoyo social** abarca tanto el contexto social en el que se dan las relaciones sociales y que facilita un espacio para el intercambio tanto de experiencias emocionales como de apoyo en cuestiones instrumentales cotidianas. No solamente el hecho de recibir apoyo social de otros sino



también el dar apoyo o ser de ayuda a otros es beneficioso para las personas mayores.

Las personas mayores que se sienten más solas son aquellas que reciben más apoyo del que ofrecen (de Jong Gierveld, Dykstra & Schenk, 2012). La conjunción de un apoyo bajo de la red social y débiles lazos familiares, pueden dar lugar a la aparición del sentimiento de soledad, y tener un impacto negativo en el bienestar y la calidad de vida de la población mayor.

La **participación social** en las personas mayores está determinada por la que un individuo experimenta al menos veinte años antes, y hay una relación directa entre la participación social y la soledad (Dahlberg, Agahi & Lennartsson, 2016). La soledad no es un producto exclusivo del momento actual, sino de la historia relacional de cada uno. Algunos estudios han relacionado la soledad actual de la persona con su trayectoria vital (Aarstsen y Jylhä, Magalhaes, Viola & Simoes, 2011). Aunque bien es cierto que a medida que pasan los años se produce un descenso de la participación social y el consecuente aumento del riesgo de soledad. Algunos factores implicados en este hecho son, la falta de accesibilidad en el uso del transporte público limitando la participación de las personas mayores en actividades fuera de su casa (Ferreira-Alves, Magalhães, Viola & Simões, 2014), la ausencia o la oferta limitada de actividades culturales o de ocio, las limitaciones físicas y los problemas de salud de las personas mayores (Neri & Vieira, 2013). En cambio, cuanto mayor es el apoyo social percibido, mayor es la participación de las personas mayores en actividades sociales.

Que las personas mayores puedan vivir solas supone un **logro social** para los países desarrollados, las condiciones de vida han permitido que lleguen con independencia física, psíquica, funcional y económica a esa etapa de la vida. Sin embargo, algunas circunstancias sobrevenidas como



la pérdida de autonomía física o psíquica, las barreras arquitectónicas en el hogar y el vecindario, y la dificultad para seguir participando socialmente, pueden conllevar al aislamiento de la persona mayor. Por tanto, que los mayores vivan solos supone un reto tanto para la persona mayor como para la sociedad.

Diversas investigaciones indican que **las personas mayores son “más felices” que las jóvenes** (al menos estadísticamente, por ejemplo, en el Eurobarómetro europeo). Existen múltiples evidencias científicas que avalan la **“paradoja de la felicidad en la vejez”**, que surge para ofrecer una explicación al fenómeno de que las personas según envejecen van sufriendo una serie de pérdidas (la jubilación, los hijos se marchan del hogar, surgen más problemas de salud, el fallecimiento de seres queridos, la pérdida de la vitalidad física y el atractivo de la juventud y la madurez...) contrario a lo que cabría pensar, **son capaces de percibir su vida de forma positiva** (Carstensen, Fung & Charles, 2003).

Se han encontrado **niveles más altos de bienestar subjetivo en los mayores comparativamente a jóvenes** (Carstensen, Pasupathi, Mayr y Nesselroade, 2000; Mroczek y Kolarz, 1998). Labouvie-Vief, DeVoe & Bulka (1989), intentan dar una explicación, planteando que con los años se va adquiriendo cierta madurez emocional, lo que se asocia a una mejora en la revalorización cognitiva de los sucesos. Además, se argumenta que en las personas mayores se ha visto un mayor ajuste y flexibilidad ante los acontecimientos estresantes. Las personas mayores en comparación con los jóvenes, presentan mejor manejo de situaciones conflictivas, mayor distanciamiento de éstas y capacidad de hacer una revalorización positiva de los hechos (Carstensen, Fung & Charles, 2003). Todos estos factores posiblemente explicarían por qué a pesar de las múltiples pérdidas que se van dando con la edad, se encuentran altos niveles de satisfacción personal



y menos sentimientos de soledad que los que cabría esperar desde el sentido común que en las personas jóvenes.

El envejecimiento es un proceso gradual que facilita la adaptación a los cambios y permite vivir con satisfacción. La mayoría de las personas mayores cuentan con recursos suficientes para adaptarse a nuevas circunstancias, y será aquellas personas que tengan dificultades en ese proceso de adaptación quienes requieran de una intervención especial.

Vivir solo no implica forzosamente padecer soledad ni aislamiento social. Las personas que viven solas pueden gozar de una vida familiar y social activa. Por el contrario, algunas personas que viven en compañía se sienten muy solas si las relaciones con sus allegados no son buenas.

La **soledad** es un sentimiento subjetivo, una experiencia personal, consecuencia de la insatisfacción con las relaciones sociales existentes o la ausencia de las mismas, que puede acontecer en cualquier etapa de la vida.

El **aislamiento social** es la situación objetiva de contar con mínimos contactos con otras personas, bien sean familiares o amigos.

La “**paradoja de la felicidad en la vejez**”, permite explicar por qué a pesar de las múltiples pérdidas que van aconteciendo con la edad las personas mayores tienen altos niveles de bienestar subjetivo, satisfacción personal y son capaces de percibir su vida de forma más positiva que las personas jóvenes.



LA SOLEDAD EN DATOS

Los **estudios clásicos en población general** indican que el porcentaje de personas que experimentan sentimientos de soledad a lo largo de su vida varía entre el 15% y 30% (Andersson, 1982; Bradburn, 1969; Rubenstein, Shaver & Peplau, 1979; Sermat, 1978; Snodgrass, 1987; West, Kellner & Moore-West, 1986). Estudios posteriores señalan la existencia de **altos niveles de soledad en adolescentes y jóvenes** al contrario de lo que se podría pensar, atendiendo al mito de que es un sentimiento más frecuente en las personas mayores. La razón que argumentan los teóricos, como se acaba de exponer en el apartado anterior es, que las personas mayores tienen habilidades o estrategias de afrontamiento y son más capaces de adaptarse a la soledad, mientras que los adolescentes aún carecen de ellas (Cava, Musitu & Murgui, 2007).

Si bien los porcentajes anteriores son relevantes, la antigüedad de los estudios de prevalencia sobre la soledad puede no reflejar con exactitud su **incidencia actual**, por lo que hemos ahondado en datos procedentes de estudios más actuales tanto europeos, a través de la Encuesta Europea de Calidad de Vida de 2016, la Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa realizada en el proyecto SHARE con diferentes olas de recogidas de datos desde 2004, el proyecto de Envejecimiento Longitudinal en España (ELES) realizado en 2011, datos de 2019 del Instituto Nacional de Estadística y datos derivados del Censo de Población de la Ciudad de Madrid a fecha 1 de enero de 2019.



Datos procedentes de encuestas europeas

La **Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa** realizada en el **proyecto SHARE**, reúne información sobre las condiciones de salud y bienestar, la situación económica y la integración en la familia y las redes sociales en 27 países europeos. En la encuesta se incluye la pregunta “Se siente solo”, siendo las opciones de respuesta una escala tipo Likert de 5 puntos sobre la frecuencia con la que experimenta dicho sentimiento, donde 1 = No; 2 = No lo sé; 3 = A menudo; 4 = Algunas veces; y, 5= Casi nunca o nunca.

De un total de 65151 personas que respondieron a la encuesta, el 69,8% dice no sentirse solo casi nunca o nunca, el 19,2% dice sentirse solo algunas veces, el 6,5% indica que se siente a menudo solo.

La encuesta incluye preguntas relacionadas con el sentimiento de soledad, “Siente falta de compañía”, el 62,6% responde casi nunca o nunca, el 24,8% responde que algunas veces, y el 8,1% indica que a menudo siente falta de compañía. A la pregunta de “Se siente excluido”, el 72 % responde casi nunca o nunca, el 18,4% responde que algunas veces, y el 4,9% indica que a menudo se siente excluido.

Además, se incluye una pregunta sobre si “Se siente aislado de los demás”, a la que el 77,4 % responde que nunca o casi nunca, el 14 % responde que algunas veces, el 4,1% indica que a menudo se siente aislado, y el 0,1% no sabe si se siente aislado.

La **Encuesta Europea de Calidad de Vida de 2016** (EQLS) se realiza de forma cuatrienal e incluye información sobre el sentimiento de soledad de la población de todos los países europeos. En concreto, la pregunta es “*Me he sentido solo*”, y las opciones de respuesta se presentan en una escala



tipo Likert de 6 puntos, donde 1 = Todo el tiempo; 2= La mayor parte del tiempo; 3 = Más de la mitad del tiempo; 4 = Menos de la mitad del tiempo; 5 = A veces; y, 6= Nunca.

En la siguiente tabla se recogen los datos derivados de la respuesta a la pregunta “Me he sentido solo” en la Encuesta Europea de Calidad de Vida (2016).

En España el 6% de la población dice “sentirse solo”, situándonos en la media europea y a la par de países como Polonia, Malta, Letonia, Luxemburgo, Lituania o Croacia. Los países con mayor porcentaje de personas que dicen sentirse solas son Grecia, Rumanía y Bélgica, en estos tres territorios el porcentaje es casi el doble que la media europea. Mientras que los que presentan un porcentaje menor son Dinamarca, Irlanda, Países Bajos, Eslovenia y Suecia.

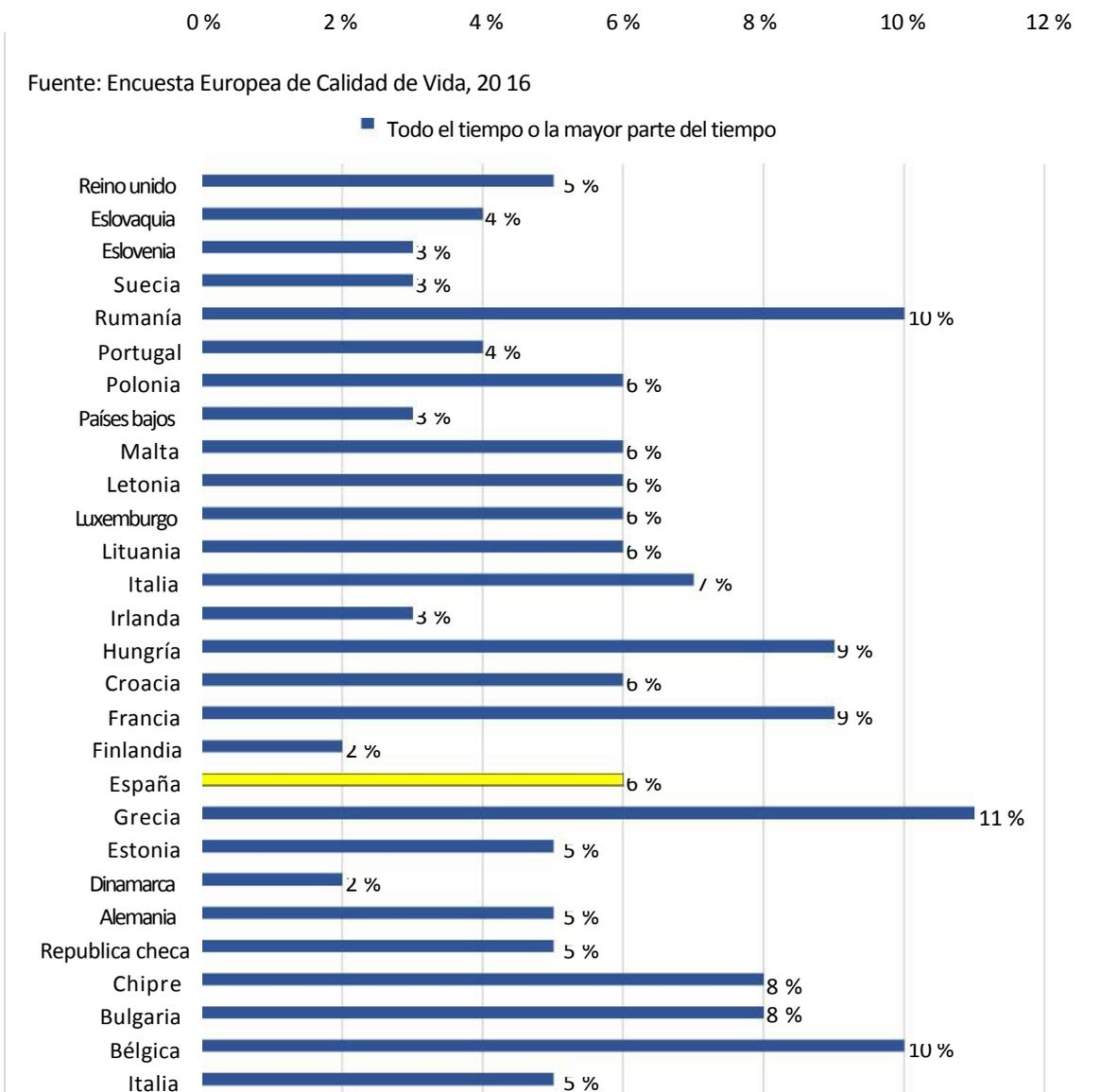
Otros datos extraídos de la dicha encuesta indican que, el perfil más común de personas aisladas es el de hombres solteros y de edad avanzada que viven solos en ciudades.

Podríamos pensar que los habitantes de zonas rurales más remotas son lo que están más aislados pero no es el caso, la mayoría de ellos viven en grandes ciudades, entre el 6,4% y el 6,1%.



Tabla 1.

Frecuencia en la que la población se siente sola. Países Europeos.



Fuente: Encuesta Europea de Calidad de Vida, 2016

■ Todo el tiempo o la mayor parte del tiempo

En la *Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa* (SHARE) el 69,8% dice no sentirse solo casi nunca o nunca, el 19,2% dice sentirse solo algunas veces, el 6,5% indica que se siente a menudo solo.

Los resultados van en la misma línea que los obtenidos en la *Encuesta Europea de Calidad de Vida* (EQLS) donde **el 6% de la población europea dice sentirse sola**. Los datos españoles extraídos indican que nos situamos en la media europea, el 6% de la población española dicen sentirse sola.



Datos de España

1. Ser mayor de 65 años y vivir solo en España

En España, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) a 1 de enero de 2019, viven 46.934.632 personas, de las que 9.628.398 son personas mayores de 65 años, lo que representa el 20,51% de la población total. De ellas, 4.198.411 son hombres (43,60%) y 5.429.987 son mujeres (56,40%). Según la Encuesta continua de Hogares (ECH) existen 4.732.400 personas que viven solas, de los cuales 2.037.700, un 43,1%, están habitados por personas mayores de 65 años, de ellos 572.594 son hombres (28,1%) y 1.465.106 son mujeres (71,9%), tres de cada cuatro mayores que viven solos son mujeres.

POBLACIÓN ESPAÑOLA (INE, 2019)	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Población > 65 años	9.628.398	4.198.411 (43,60%)	5.429.987 (56,40%)
Población > 65 años que viven solos	2.037.700	572.594 (28,1%)	1.465.106 (71,9%)

La permanencia en el propio hogar a edades avanzadas se presenta como una opción cada vez más preferida por las personas mayores en España. La vivir solo o sola puede interpretarse como un indicador de competencia y no sólo de riesgo de las personas mayores. Quizá se esté rompiendo el estereotipo de la vejez solitaria asociada del desamparo familiar, y considerando una nueva imagen de los mayores con una mayor autonomía personal en términos económicos, emocionales y de salud.



2. Ser mayor de 65 años y vivir solo en la ciudad de Madrid

En la ciudad de Madrid, según datos del Padrón municipal a 1 de enero de 2019, viven 2.805.478 personas, de las que 661.645 son personas mayores de 65 años, lo que representa el 23,58% de la población total. De ellas, 258.744 son hombres (39,11%) y 402.901 son mujeres (60,89%). Las personas mayores de 65 años que viven solas ascienden a 162.764, un 24,60% del total, 36.720 son hombres (22,56%) y 126.044 son mujeres (77,44%).

POBLACIÓN MADRID (Padrón, 2019)	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Población > 65 años	661.645	258.744 (39,11%)	402.901 (60,89%)
Población > 65 años que viven solos	162.764	36.720 (22,56%)	126.044 (77,44%)

Vivir solo o sola a edades avanzadas se convierte, también en Madrid, en una alternativa residencial más que, con toda probabilidad, irá en aumento y así lo muestra la intensidad del crecimiento de los hogares unipersonales de mayores.

A continuación se presentan los datos por grupos de edad quinquenales de las personas mayores que viven solas en los diferentes distritos de la ciudad de Madrid, obtenidos a partir del padrón municipal a fecha 1 de enero de 2019. A partir de los datos hemos calculado el total de personas mayores de 65 años que viven solas en la ciudad, observando aquellos distritos con mayor número de personas que viven solas son Latina, Ciudad Lineal y Carabanchel.

**TOTALES**

Ciudad de Madrid	27.231	29.611	28.253	31.262	28.664	13.838	3.437	468	162.764
------------------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	-------	-----	----------------

Distritos / Barrios	De 65 a 69 años	De 70 a 74 años	De 75 a 79 años	De 80 a 84 años	De 85 a 89 años	De 90 a 94 años	De 95 a 99 años	De 100 y más años	
1. Centro	1.686	1.535	1.155	1.079	1.094	539	166	34	7.288
2. Arganzuela	1.565	1.523	1.270	1.301	1.222	636	191	22	7.730
3. Retiro	1.241	1.338	1.241	1.215	1.180	629	175	26	7.045
4. Salamanca	1.752	1.814	1.651	1.493	1.499	843	234	35	9.321
5. Chamartín	1.581	1.642	1.413	1.441	1.280	730	198	30	8.315
6. Tetuán	1.655	1.594	1.365	1.484	1.467	846	217	22	8.650
7. Chamberí	1.872	1.939	1.607	1.460	1.495	857	244	54	9.528
8. Fuencarral-El Pardo	1.723	2.029	1.800	1.872	1.573	704	151	23	9.875
9. Moncloa-Aravaca	1.032	1.210	1.066	1.064	940	474	145	23	5.954
10. Latina	1.872	2.446	2.891	2.929	2.540	1.148	302	33	14.161
11. Carabanchel	1.833	2.141	2.117	2.634	2.370	1.123	276	30	12.524
12. Usera	871	887	944	1.348	1.265	573	144	15	6.047
13. Puente de Vallecas	1.609	1.656	1.732	2.303	2.236	1.002	187	21	10.746
14. Moratalaz	697	931	1.046	1.408	1.156	470	92	16	5.816
15. Ciudad Lineal	1.945	2.159	2.276	2.605	2.552	1.235	294	40	13.106
16. Hortaleza	1.223	1.433	1.326	1.344	1.106	475	95	12	7.014
17. Villaverde	761	945	1.042	1.430	1.240	479	94	6	5.997
18. Villa de Vallecas	596	567	496	572	455	185	39	3	2.913
19. Vicálvaro	360	414	488	531	356	144	29	7	2.329
20. San Blas-Canillejas	1.026	1.025	1.031	1.481	1.446	648	133	13	6.803
21. Barajas	331	383	296	268	192	98	31	3	1.602

FUENTE: Padrón Municipal de habitantes. Subdirección General de Estadística. 1 de enero de 2019.

La vivir solo o sola puede interpretarse como un indicador de competencia y no sólo de riesgo de las personas mayores.

Vivir solo o sola a edades avanzadas es una alternativa que irá en aumento, datos que se constatan anualmente en el Padrón Municipal por la intensidad del crecimiento de los hogares unipersonales de mayores.



CONSECUENCIAS DE LA SOLEDAD

La soledad, **a nivel físico**, se asocia con trastornos de alimentación (Carvajal Carrascal & Caro Castillo, 2009), enfermedades cardiovasculares (Cacioppo et al., 2002; Steptoe, Shankar, Demakakos, & Wardle, 2013; Xia & Li, 2018), aumento de la presión sistólica y la posibilidad de sufrir accidentes vasculares recurrentes (Cacioppo, Capitanio & Cacioppo, 2014; Hawkley, Masi & Cacioppo, 2010; Lauder, Mummery, Jones, & Caperchione, 2006; Nausheen, Gidron & Gregg, 2007), alteraciones del sistema inmune (Pressman, Cohen, Miller, Barkin, Rabin & Treanor, 2005; Steptoe, Shankar, Demakakos, & Wardle, 2013), desregulación de los sistemas inflamatorios y neuroendocrinos en mujeres (Hackett, Hamer, Endrighi, Brydon, & Steptoe, 2012).

La soledad y el aislamiento social reduce la actividad física y capacidad funcional (Shiovitz-Ezra & Ayalon, 2010), empeora la nutrición (Ramic, Pranjić, Batic-Mujanović, Karić, Alibasić, & Alma, 2011), acentúa la obesidad (Buchman et al., 2010; Holt-Lunstad, Smith & Layton, 2010, 2017; Lauder, Mummery, Jones, & Caperchione, 2006), provoca problemas de sueño (Cacioppo et al., 2000; Heinrich & Gullone, 2006), adicción al tabaco (Derbyshire, 2010). En general, disminuye el bienestar y tiene efectos nocivos para la salud física (Hawkley, Burleson, Berntson & Cacioppo, 2003).

Además, la soledad y el aislamiento social son uno de los factores comunes entre los hiperfrecuentadores de los centros de salud (Hand, McColl, Birtwhistle, Kotech, Catchelore & Barbaer, 2014).

La presencia de sentimientos recurrentes de soledad afecta la **salud mental y el funcionamiento psicológico** (McWhirter, 1990).



La soledad se ha identificado como factor de riesgo para la aparición de síntomas depresivos en personas que viven en sus domicilios (Cacioppo, Hughes, Waite, Hawkley & Thisted, 2006; Holwerda *et al.*, 2012; Nolen - Hoeksema & Ahrens, 2002), baja satisfacción con la vida (Moore & Schultz, 1983), pobre calidad de las interacciones sociales (Hawkley, Burleson, Berntson & Cacioppo, 2003), mayor recurrencia de ideaciones suicidas (Stravynski & Boyer, 2001), y mayor riesgo de suicidio entre las personas de 65 a 97 años (Rubenowitz, Waern, Wilhelmson y Allebeck, 2001). Para una revisión más exhaustiva del significado que tiene la soledad para la salud mental se sugiere revisar a Heinrich & Gullone (2006).

La falta de apoyo social y los sentimientos de soledad entre los adultos mayores se asocian con resultados negativos para la salud física y mental. Este estudio intenta probar su poder predictivo diferencial sobre la depresión y la satisfacción en los ancianos. Los datos se obtuvieron de una muestra de 335 adultos mayores de 55 a 80 años, con una edad media de 63,97 años (desviación estándar = 5,56) que asistieron a un programa de aprendizaje de la Universidad de Valencia durante el curso académico 2014-2015. Además de los resultados de salud y bienestar, utilizamos el Cuestionario de Apoyo Social Funcional DUKE-UNC, y dos escalas de soledad, la Escala de Soledad de Jong Gierveld y la Escala de Soledad de la Universidad de California versión 3. Utilizando modelos de ecuaciones estructurales, se propusieron dos modelos para evaluar el poder predictivo del apoyo social y la soledad sobre los resultados del bienestar, específicamente la satisfacción con la vida y la depresión, mientras se controla la salud. Los resultados confirman la asociación negativa entre la soledad y la satisfacción con la vida y la positiva con la depresión (Tomás, Pinazo-Hernandis, Oliver, Donio-Bellegarde, & Tomás-Aguirre, 2019).



Los sentimientos de soledad también se asocian con un aumento de los problemas de sueño (Cacioppo *et al.*, 2002), empeora el funcionamiento cognitivo (Zhong *et al.*, 2017; Boss, Kang & Branson, 2015), acrecienta los problemas de salud mental (Tylova, Ptáček, & Kuželová, 2013), incrementa la tasa de institucionalización (Russell, Cutrona, de la Mora & Wallace, 1997; Longman, Passey, Singer, & Morgan, 2013), y eleva la mortalidad (Steptoe, Shankar, Demakakos, & Wardle, 2013; Luo, Hawkley, Waite, & Cacioppo, 2012).

Tanto el aislamiento social como la soledad están asociados con el aumento de mortalidad, pero no se sabe si sus efectos son independientes o si la soledad representa cambios emocionales que perjudican la salud, si la mortalidad está mediada por la soledad. Steptoe, Shankar, Demakakos, & Wardle (2013) evaluaron la soledad con un cuestionario estándar (escala UCLA) y el aislamiento social en términos de contacto con la familia y los amigos y la participación en organizaciones cívicas de 6.500 hombres y mujeres de 52 años o más que participaron en la primera ola del Estudio Longitudinal Inglés sobre el Envejecimiento (ELSA). Realizaron un seguimiento de las causas de mortalidad hasta marzo 2012 (seguimiento medio de 7,25 años). Se encontró que la mortalidad fue mayor entre los participantes más aislados socialmente y más solitarios. Sin embargo, después de ajustar estadísticamente los factores demográficos y de la salud, el aislamiento social seguía estando significativamente asociado con la mortalidad, pero la soledad no. La asociación de aislamiento social con mortalidad no cambió cuando la soledad se incluyó en el modelo estadístico. Tanto el aislamiento social como la soledad se asociaron con un aumento de la mortalidad. Sin embargo, el efecto de la soledad no era independiente de las características demográficas o problemas de salud y no contribuyó al riesgo asociado con aislamiento social.



Perissinotto, Stijacic Cenzer & Covinsky (2012) estudiaron la relación entre la soledad, el declive funcional y la mortalidad de un grupo de 1604 participantes las personas mayores de 60 años, con una media de edad de 71 años, el 59% eran mujeres, el 185 de los participantes vivía solo/a. La evaluación de referencia se realizó en 2002 y las evaluaciones de seguimiento se realizaron cada dos años hasta 2008. A los participantes se les realizaban 3 preguntas si: se sienten excluidos, se sienten aislados o carecen de compañía. Se clasificó a las personas como no solas cuando respondían sí a la opción de casi nunca en las tres preguntas y solitario si respondían alguna vez o a menudo a cualquiera de las 3 preguntas.

Las medidas de resultado primarias fueron el tiempo hasta la muerte en un período de seis años y el declive funcional en un período de seis años en las siguientes cuatro medidas: dificultad en un mayor número de actividades de la vida diaria (AVD), dificultad en un número mayor de tareas de las extremidades superiores, disminución de la movilidad o aumento de la dificultad para subir escaleras.

Entre los participantes de edad más avanzada, el 43% dijo sentirse solo. La soledad se asoció con todas las medidas de resultado obtenidas, así los clasificados como solitarios tenían más probabilidades de experimentar un descenso en las AVD (24,8% versus 12,5%); desarrollar dificultades con las tareas de las extremidades superiores (41,5% versus 28,3%); experimentan un descenso de la movilidad (38,1% frente a 29,4%); o experimentan dificultad para escalar (40,8% versus 27,9%). La soledad se asoció con un aumento del riesgo de muerte (22,8% frente a 14,2%). Los autores concluyeron que entre los participantes mayores de 60 años, la soledad era un predictor de declive funcional y muerte.



El aislamiento social y la soledad predicen la mortalidad con la misma consistencia que muchos factores de riesgo conocidos (Eng, Rimm, Fitzmaurice & Kawachi, 2002; Holt-Lunstad, Smith, Baker, Harris & Stephenson, 2015; House, 2001). El riesgo de mortalidad prematura aumenta un 26% en personas que sienten soledad, un 29% en personas con aislamiento social y un 32% en las que viven solas (House, 2001).

*El aislamiento social y la soledad influyen decisivamente en el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores. Una **red social satisfactoria** promueve comportamientos y hábitos saludables. En consecuencia, la soledad aumenta el riesgo de, sedentarismo, tabaquismo, consumo excesivo de alcohol y de alimentación inadecuada.*

*Soledad y aislamiento social **umentan el riesgo de un amplio abanico de enfermedades**, y predice la aparición de deterioro cognitivo de forma independiente de los otros factores de riesgo conocidos, también se relacionan con síntomas depresivos y, en el caso de los hombres, suponen un factor de riesgo de suicidio.*



REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS SOBRE MODALIDADES DE INTERVENCIÓN EN LA SOLEDAD NO DESEADA Y/O EL AISLAMIENTO SOCIAL DE LAS PERSONAS MAYORES

Las investigaciones científicas que recogen intervenciones en soledad no deseada y aislamiento social en personas mayores **con un rigor metodológico son escasas**. Generalmente, se han utilizado diseños metodológicos muy diversos, desde diseños de gran consistencia, aleatorizados, con grupo control y experimental, evaluación pre y post intervención para controlar su eficacia, seguimiento y medidas en el tiempo tras la finalización de la intervención para comprobar su generalización a la vida cotidiana hasta, lo más frecuente, metodologías menos rigurosas, diseños cuasi-experimentales, sin un grupo control, ni evaluación pre y postintervención (Pitkala, Routasalo, Kautiainen& Tilvis, 2009).

Además, los grupos de participantes suelen ser pequeños, los instrumentos de medición utilizados diferentes, las metodologías de evaluación generalmente son de tipo cuantitativo, perdiendo la riqueza de la combinación de una metodología cualitativa junto con la cuantitativa (Hemingway y Jack, 2013). Al mismo tiempo, el formato y el contexto de la intervención, grupal o individual, comunitario o en contextos específicos, la estrategia de intervención elegida, etcétera.

Todo ello hace **muy difícil comparar los resultados obtenidos**, la eficacia de las distintas intervenciones, definir la estrategia de afrontamiento y el tipo o tipos de intervención más adecuado para la prevención y el abordaje de la soledad no deseada de las personas mayores. De manera que, mientras que los factores de riesgo y las consecuencias sociales o de salud derivadas del aislamiento social y soledad en la vida adulta están bien documentadas, la evidencia con



respecto a la efectividad de las intervenciones o de los programas dirigidos a reducir el aislamiento social y la soledad no deseada de las personas mayores sigue sin ser concluyente.

Findlay (2003) realizó una revisión sistemática de la literatura empírica publicada durante veinte años sobre la efectividad de las intervenciones relacionadas con la soledad y el aislamiento social de las personas mayores. Los resultados revelaron que, aunque se han llevado a cabo numerosas intervenciones en todo el mundo, hay **muy pocas pruebas que demuestren qué tipo de estrategia o intervención funciona**, fundamentalmente debido a la falta de rigor metodológico de los estudios. Para este autor, es muy importante que los futuros programas de intervención sean evaluados y ampliamente difundidos, y si es posible, que vayan precedidos de un estudio piloto que permita realizar las modificaciones oportunas para mejorar su eficacia, eficiencia y efectividad, además de permitir replicarse en otros contextos.

Para la presentación de la revisión bibliográfica realizada se va a tener en cuenta la información extraída de las investigaciones sobre estrategias y programas de intervención en soledad consultada. Las investigaciones se van a presentar tratando de ajustarlas a las **líneas estratégicas de intervención primarias** identificadas por Masi, Chen, Hawkey & Cacioppo (2011) por ser uno de los estudios más citados en la literatura científica relacionada con la intervención en soledad. Las cuatro líneas estratégicas son:

1. Mejorar las habilidades sociales
2. Fortalecer el apoyo social
3. Aumentar las oportunidades de interacción o contacto social, y
4. Abordar la cognición social inadaptada (pensamientos perturbadores)



En la revisión bibliográfica realizada es difícil encontrar estudios centrados en una única línea de intervención de las anteriormente citadas. Lo más frecuente en la literatura científica son trabajos en los que se desarrollan programas o actividades abordando la soledad y/o el aislamiento social desde diferentes modalidades o líneas estratégicas, pero vamos a tratar, para mayor claridad y estructura de presentar los estudios considerando este aspecto.

Además incluiremos una revisión de otras modalidades de intervención llevadas a cabo y de las que se tienen evidencias científicas de su utilidad en la intervención en mitigar el sentimiento de soledad y/o el aislamiento social de las personas.

1.- Intervenciones dirigidas a mejorar las habilidades sociales

Llegar a la vejez con buena calidad de vida es uno de los logros más importantes de la humanidad, pero se transforma en un problema si la sociedad no es capaz de brindar soluciones adecuadas a las consecuencias que del mismo se derivan.

La sociedad tiene una importante responsabilidad en el bienestar de las personas mayores, es importante su adecuada interrelación en la comunidad para tener la posibilidad de detectar y prevenir situaciones de aislamiento social y soledad no deseada. En general, el adulto mayor se puede encontrar desvinculado de su entorno social, fundamentalmente, tras su entrada en la etapa de la jubilación, y puede requerir de un apoyo y acompañamiento psicosocial.

El aislamiento social y la soledad pueden derivar en una reducción de las habilidades sociales, por desuso.

Es evidente que los programas de desarrollo de las habilidades sociales, pueden **mejorar la calidad de las relaciones sociales**, interpersonales e intrapersonal de las personas mayores, facilitando esta etapa del ciclo de la vida con mayor satisfacción.



Creswell et al. (2012) han realizado una intervención dirigida a disminuir de los sentimientos de soledad mediante el aprendizaje de habilidades personales y sociales que promueven la reducción del estrés mediante la aplicación de una terapia en mindfulness (*Mindfulness-Bases Stress Reduction*). La intervención consiste en 8 sesiones grupales semanales (40 personas mayores sanas, 20 grupo experimental y 20 control) de 120 minutos de duración, un día de retiro en la sexta o séptima semana y 30 minutos de práctica de mindfulness individual en casa durante 6 días a la semana. Tras el tratamiento se observó una disminución de los sentimientos de soledad en el grupo experimental con respecto al grupo control (de hecho, los sentimientos de soledad aumentaron ligeramente en este grupo). Además en este estudio se tenía un doble objetivo, querían conocer el comportamiento de la regulación de la respuesta inflamatoria del organismo y su relación con la soledad, encontrando que la intervención en mindfulness redujo la expresión de moléculas proinflamatorias como el factor de necrosis nuclear kappa B o la proteína C reactiva.

La mayoría de las intervenciones han sido dirigidas a grupos mixtos de hombres y mujeres, pero si tenemos en cuenta que la forma en que **los hombres y las mujeres viven y envejecen son diferentes**, tal vez sería relevante diferenciar el tipo de intervención. En esta línea se han dirigido algunos estudios como el de Stevens, Martina & Westerhof (2006) en el que diseñaron un programa dirigido solo a mujeres, Programa de Enriquecimiento de la Amistad (*The Friendship Enrichment Programa*). El objetivo fundamental era estimular el interés por las relaciones sociales, involucrando a las mujeres en actividades creativas, físicas y culturales, con especial hincapié en la integración social.

La intervención consta de 12 sesiones, una por semana, en grupos de 812 personas, todas mujeres en situación de aislamiento social. El programa está enfocado a la mejora de las habilidades sociales y la autoestima



Las sesiones se centran en la práctica de habilidades sociales relevantes, actividades personalizadas con un enfoque sobre estimulación creativa y social activa que promueve la participación y las relaciones sociales. Se realizaron actividades dirigidas al empoderamiento de las mujeres mayores, el análisis de sus redes sociales actuales, con el fin de identificar lo real y las posibilidades de amistades potenciales. Se establecieron objetivos individualizados para cada una de ellas, que incluían la mejora de las amistades existentes o el desarrollo de nuevas amistades, teniendo en cuenta sus necesidades, deseos, y expectativas, y el desarrollo de las estrategias necesarias para alcanzar esos objetivos. Los resultados obtenidos mostraron una mejora en la interacción social de las participantes, y una reducción de su aislamiento social.

*Aspectos que han demostrado su utilidad en las **intervenciones relacionadas con el entrenamiento en habilidades sociales**:*

- *Objetivo: mejorar las habilidades personales y sociales que faciliten las relaciones sociales en personas mayores que presenten dificultades en la integración social.*
- *Intervenciones en modalidad grupal mejor que individual. Reservar las intervenciones individuales para casos concretos a criterio de los profesionales.*
- *En intervenciones grupales es fundamental plantear objetivos individualizados para cada persona.*
- *Valorar la utilidad de formar grupos mixtos de hombres y mujeres o diferenciar el tipo de intervención. Diferentes estilos de envejecimiento.*



2.- Intervenciones dirigidas a fortalecer el apoyo social. Intervenciones desde el voluntariado social.

Apoyo social

Stojanovic, et. al., (2016) realizaron una revisión sistemática de las intervenciones en la soledad y el apoyo social en los últimos cinco años previos a la publicación de su artículo. De los quince estudios seleccionados, con metodologías diversas y no comparables, en ocho encontraron una disminución significativa de los niveles de soledad, y en seis demostraron un aumento significativo en el apoyo social y una reducción del aislamiento social.

En cuanto a los tipos de intervención realizados concluyen la eficacia de tres tipos de intervenciones:

- los programas de conllevan intervenciones educativas centrados en el desarrollo de habilidades sociales,
- los programas comunitarios enfocados a las capacidades artísticas, y,
- los programas de actividad física.

En relación a los dos primeros indicar que, los autores consideran que, pueden desempeñar un papel relevante en el apoyo a la inclusión social de las personas mayores que viven en la comunidad.

Los programas relacionados con la actividad física presentan resultados prometedores pero, según los autores, se requiere más investigación para apoyar la prevención de la soledad y promoción de la salud basada en la evidencia. Más adelante incluiremos alguna intervención más relacionada con la prevención de la soledad en la que se han aplicado actividad física.



En general Stojanovic, et. al., (2016), indican que las intervenciones que nutren el compromiso o el apoyo social dentro de un formato de grupo podrían ser beneficiosas para la prevención y la intervención en la soledad.

Otras intervenciones de **apoyo social y actividades educativas basadas en los recursos comunitarios existentes** han demostrado su utilidad en la intervención en la reducción del sentimiento de soledad que experimentan las personas mayores, encontrando que las **de tipo grupal son las más eficaces**, reservando las intervenciones individuales para casos concretos a criterio de los profesionales (Findlay, 2003). En cuanto a las intervenciones grupales, utilizan actividades de apoyo y educativas de promoción del envejecimiento saludable, actividades físicas, actividades sociales, grupos de autoayuda, apoyo al cuidador, apoyo al duelo, actividad física, dirigidas a grupos específicos y que se apoyan en los recursos comunitarios existentes, que incluyen además un entrenamiento y apoyo específico, generalmente dirigidas por voluntarios o facilitadores formados para la intervención específica a desarrollar (Findlay, 2003; Cattan, White, Bond & Learmouth, 2005; Dickens, Richards, Greaves & Campbell, 2011). Las intervenciones individuales incluyen visitas domiciliarias, el asesoramiento e información individualizado y la evaluación de las necesidades de salud de la persona, prestación de servicios, resolución de problemas, comunicación telefónica, evaluación geriátrica integral, terapia de apoyo, apoyo a los cuidadores, etcétera.

Dickens, Richards, Greaves & Campbell (2011) indican que las intervenciones en grupo son más efectivas, también aquellas que tienen **una base teórica definida a partir de la cual estructurar la intervención**. Aquellas intervenciones que incluyen actividades sociales



y de apoyo son también las que parecen proporcionar un mayor beneficio. También aquellas en las que el individuo tiene un rol participativo.

Routasalo et al. (2009) realizó un ensayo controlado aleatorio entre 2003 y 2006 utilizando una intervención de grupo dirigida a empoderar a las personas mayores, y promover la participación de los pares en el proceso de toma de decisiones apoyo e integración social. Los participantes fueron un grupo de 235 personas (con una edad media de 74 años) con puntuaciones elevadas en soledad (medida con la Escala de Soledad UCLA, *UCLA Loneliness Scale*, Russel, 1996), déficit en su red social (medida con la Escala de Red Social de Lubben, *Lubben's Social Network Scale*, Lubben, 1988), y se medía también el bienestar psicológico en un cuestionario de seis dimensiones: la satisfacción con la vida (sí/no), la sensación de tener apoyo, tener planes para el futuro, tener entusiasmo por la vida, sentirse deprimido y sufrir de soledad. Se realizó una evaluación pre y post intervención con las mismas escalas, tras la aplicación de un programa de actividades sociales durante 3 meses donde la persona tomaba un rol participativo en todas ellas. Los resultados indicados por los autores señalan que una proporción estadísticamente significativa mayor de participantes del grupo de intervención había encontrado nuevos amigos durante el año de seguimiento (45% vs. 32%), y el 40% de los participantes de los grupos de intervención continuaron sus reuniones de grupo durante 1 año. Sin embargo, no se encontraron diferencias en cuanto a la soledad o las redes sociales entre los grupos. La puntuación de bienestar psicológico mejoró de forma estadísticamente significativa en la intervención grupos en comparación con los controles.

Mikkersen, Lund, & Kristiansen (2017) utilizaron como técnica la terapia narrativa o reminiscencia como intervención social en grupo focalizada en tratar la soledad y el aislamiento social, fomentando el apoyo social, y



encontraron un impacto positivo en la salud subjetiva, una reducción en el uso y los costes de los servicios de salud y un descenso en la tasa de mortalidad de los participantes. En otros estudios similares al anterior, realizados en Reino Unido y Dinamarca se han llevado a cabo intervenciones en centros de mayores donde la aplicación de la reminiscencia es la terapia narrativa más comúnmente aplicada, encontrándose un efecto positivo en cuanto a la reducción de los sentimientos de soledad (Haslam et al., 2010; Gudex, Horsted, Jensen, Kjer & Sørensen, 2010).

*Aspectos que han demostrado su utilidad en las **intervenciones relacionadas con el apoyo social**:*

- *Objetivo: crear y fortalecer redes de apoyo social, generando oportunidades que favorezcan la interacción social.*
- *Intervenciones en modalidad grupal mejor que individual.*
- *Intervenciones apoyadas en el uso de los recursos comunitarios existentes.*
- *Intervenciones con una base teórica definida a partir de la que estructurar y diseñar la intervención.*
- *Intervenciones dirigidas a empoderar a las personas mayores.*
- *Intervenciones dirigidas a promover la participación de los pares, mayor eficacia en las intervenciones donde se realizar apoyo entre iguales.*



Voluntariado

El voluntariado social es una de las actividades que está ocupando, actualmente, un creciente terreno entre el ámbito de las personas mayores de las sociedades occidentales más avanzadas. Con la jubilación, los intereses y motivaciones, la manera de organizar el tiempo suelen modificarse sensible o sustancialmente.

Además, hoy en día se llega a la etapa de la jubilación con mejores recursos materiales, económicos y sociales, y con más interés y motivación por realizar actividades de participación social, actividades sociales y de ocio. La trayectoria social la edad, la educación, la salud y la implicación en otras actividades sociales, tienen una gran importancia en la tendencia de los individuos a dedicarse al voluntariado (Hank & Erlinghagen, 2009).

En el ámbito comunitario encontramos diferentes programas de intervención relacionados con la participación del voluntariado con personas mayores y para personas mayores. En los últimos años se observa un aumento de las personas mayores participando en proyectos de voluntariado social de apoyo entre iguales.

Butler (2006) analiza la eficacia del Programa de Acompañantes de la Tercera Edad (*Senior Companion Program*), que sirve para dar la oportunidad a personas mayores con bajos ingresos económicos para que sean voluntarios y ofrezcan apoyo a otros mayores con problemas de salud. El programa tiene un doble objetivo, por un lado, empoderar a los mayores que dificultades económicas mostrando el valor de su ayuda con sus iguales, y favorecen la creación de redes sociales más grandes y disminuir los niveles de depresión y soledad en ambos grupos de población mayor. La autora indica que encontró que las personas mayores voluntarias reportaron redes sociales relativamente grandes y bajos niveles de depresión y soledad. El análisis temático de los datos cualitativos revelaron diversos temas de interés como son,



compañerismo, independencia, reducción de la ansiedad, dar y recibir recompensa. En resumen, este estudio proporciona más evidencia de lo que es generalmente aceptada, en relación a los **beneficios de los programas de voluntariado entre iguales**, como propuestas que benefician a ambas partes. Tanto los voluntarios mayores como los mayores a los que ayudan reciben notables beneficios. Este tipo de programas claramente satisfacen las necesidades de la comunidad, que no son abordadas por los programas de salud y servicios existentes en la comunidad.

Por ejemplo, los programas de voluntariado en los que los propios mayores enseñan a otros mayores el uso de tecnologías de la información y la comunicación, uso del ordenador y el manejo de Internet, han demostrado ser útiles en la prevención del aislamiento y el sentimiento de soledad y ponen de manifiesto los beneficios para ambas partes (White et al., 2012).

O'Shea (2006) analiza el programa 'Senior Help Line' en Irlanda, que desarrolla el programa con voluntarios mayores que prestan apoyo a personas mayores en situación de aislamiento social, detectadas desde los servicios sociales. En el análisis que realizan sobre los motivos por el que llaman las personas, al menos el 50% son porque la persona mayor se siente sola. En cuanto a los resultados de la aplicación del programa, encuentran que existen importantes beneficios positivos tanto para la persona receptora como para los propios voluntarios mayores, encontrando que una mejora de su autoestima y un aumento de su sentimiento de logro, mientras que en **las personas receptoras se siente más acompañados, mejora su autoestima y se reduce el sentimiento de soledad**. Además, también indica la buena relación coste-efectividad del servicio.

Jones, Ashurst, Atkey & Duffy (2015) desarrollaron un estudio dirigido a promover el uso de internet en las personas mayores por medio de apoyo



social de voluntarios dispuestos a enseñarles cómo manejar el ordenador e internet. Los voluntarios son personas de 50 o más años y los beneficiarios tienen una edad de 65 o más. Desarrollaron dos formas de intervención: a) individual, en la que el voluntario va a la casa del beneficiario realizando alrededor de 8 visitas y en las que el segundo recibe una media de 12 horas de formación; b) sesiones en pequeños grupos donde reciben unas 12 horas de formación a lo largo de 6 sesiones aproximadamente. La intervención individual mejoró la red social o de contacto de los participantes. Pero la intervención en pequeños grupos no solo supuso un aumento de los contactos sociales, sino que también redujo los sentimientos de soledad de manera significativa y supuso una percepción de mejora en el estado de salud mental de las personas mayores.

Parece que el hecho de **poder usar internet como medio para obtener una mejora en los cuidados de salud no es lo más valorado** por las personas mayores, **sino la posibilidad de tener una red de contactos con la que poder interactuar** y, sobre todo, poder contactar con la familia y amigos que en muchas ocasiones residen en otros lugares. Asimismo, se proponen una serie de recomendaciones en el sentido de que a pesar de que muchas personas mayores no están interesadas en el uso de internet como posibilidad de mejora en su salud, sí se pueden promover campañas que se focalicen en lo beneficioso que podría ser para tener un contacto frecuente con la familia.

El **voluntariado intergeneracional** en el que se fomentan las relaciones entre personas de distintas edades para combatir la soledad también ha demostrado ser de gran utilidad (Rook & Sorokin, 2003). En el estudio de Kocken (2001) realizado en Holanda, aplicaron diferentes estrategias de vinculación, grupos de apoyo, grupos de trabajo local, análisis de necesidades, formación en habilidades sociales, cursos de formación para



voluntarios, realización de un boletín de noticias entre los participantes, para aumentar la participación y fomentar la relación entre los voluntarios con los vecinos mayores de 55 años de tres barrios holandeses. Los resultados indican que las diferentes estrategias para interactuar y participar influyeron en la satisfacción de los participantes y, a su vez, la satisfacción se asoció claramente con el éxito del programa, aunque, como indica el autor, no se encontró una relación estadísticamente significativa con la prevención eficaz de la soledad en los adultos mayores.

En esta misma línea, Gaggioli et al. (2014), realiza una propuesta centrada en el apoyo intergeneracional, donde los más jóvenes podrían actuar como voluntarios y ayudar a las personas mayores con el aprendizaje de las tecnologías de la información y la comunicación. Se formaron 16 grupos compuestos por 2 personas mayores y 6-8 niños/as en los que donde se utilizando la técnica de reminiscencia, coordinados por un psicólogos/as, se fomentaba la interacción entre ambas generaciones, contando los mayores sus memoria o experiencias personales a los/as niños/as. Los encuentros consistían en 3 sesiones semanales de 2 horas de duración a lo largo de un periodo de 3 semanas. En general, las personas mayores reportaron una disminución de la soledad emocional, pero no de la soledad social. Asimismo, se observó una mejora en la percepción de la calidad de vida y un cambio de actitud positiva de los niños hacia las personas mayores.

No obstante, en general, se obtienen mejores resultados en aquellos programas de voluntariado donde los prestadores del apoyo son personas más cercanas en edad a la población diana ya que los estudios indican que las **personas mayores se suelen sentir más cómodos de “igual a igual”**.



Aspectos que han demostrado su utilidad en las *intervenciones realizadas desde el voluntariado social*:

- *Objetivo: crear y fortalecer redes de apoyo social, generando oportunidades que favorezcan la interacción social.*
- *Intervenciones en modalidad grupal mejor que individual. Las visitas domiciliarias individualizadas, de forma puntual, no han demostrado su eficacia.*
- *El voluntariado entre iguales beneficia a ambas partes, prestar apoyo a la vez que se recibe apoyo ha demostrado su utilidad.*
- *El apoyo de personas mayores con bajos ingresos económicos como voluntarios y facilitadores de apoyo a otras personas mayores con problemas de salud ha demostrado su utilidad.*
- *El voluntariado intergeneracional han demostrado su utilidad y permite un cambio de mirada y de actitud positiva de los niños/jóvenes hacia las personas mayores.*
- *Voluntarios reclutados por profesionales y formados como agentes sociales de prevención de la soledad.*

3.- *Intervenciones dirigidas a aumentar la interacción social o contacto social, actividades y participación*

Otra área donde se han logrado resultados de interés en la reducción del aislamiento social y la soledad de las personas mayores son aquellas que tratan de implicar y motivar a las personas mayores en la participación en actividades.



El programa del Centro de Vida Saludable Upstream (*Upstream Healthy Living Centro*) (Greaves & Farbus, 2006), es un programa comunitario cuyo objetivo es proporcionar a personas mayores socialmente aisladas **actividades lo más personalizadas posible, en base a sus gustos, intereses y necesidades**, con un enfoque basado en el contacto y la interacción social activa y participativa. El programa tiene dos fases, en la primera los voluntarios hacen visitas semanales a los participantes y, además, les llaman con frecuencia por teléfono. En una segunda fase, involucran a los participantes en actividades comunitarias de los recursos sociales ya existentes en la comunidad, en actividades o talleres del tipo, pintura, escritura creativa, reminiscencia o historias de vida, Tai Chi, ejercicio físico, manejo de tecnologías de la información y la comunicación, música, manualidades, senderismo, clubes de lectura, etcétera. Los resultados sugieren una serie de beneficios psicosociales y de salud física, mostraron la mejora en una amplia gama de respuestas (tanto físicas como emocionales), incluyendo el aumento de la actividad social, la autoestima, el optimismo sobre la vida y cambios positivos en el cuidado de la propia salud. El modelo Upstream proporciona una forma práctica de involucrar a las personas mayores socialmente aisladas y generar redes sociales.

La amistad contribuye a mantener la salud física y psíquica de las personas mayores. Tener amigos **contribuye al bienestar en la vida adulta** de varias maneras:

- a través de la provisión de compañía en la vida diaria,
- proporciona apoyo durante los momentos de la vida potencialmente estresantes, y,
- acompaña en la adaptación a la vejez.

Sin embargo, no todas las personas mayores tienen amigos disponibles que cumplan estas diferentes funciones. En los Países Bajos, con el fin de promover el bienestar y reducir la soledad, se ha desarrollado e



implementado un programa educativo para el enriquecimiento de la amistad de las mujeres mayores (Stevens, 2001). El objetivo principal del programa de amistad es analizar su red social actual, mejorar las redes sociales y el apoyo social percibido y, cuando está presente, la reducción de la soledad. En el estudio se siguió a 40 participantes durante el año posterior a la finalización del programa, y los resultados indicaron que la mayoría logró desarrollar nuevas o mejores amistades, y reducir de manera significativa su sentimiento de soledad. También encontraron que los participantes manifestaban cambios relacionados con el comportamiento personal y social.

Hemingway & Jack (2013) desarrollaron, durante tres años, un estudio que pretendía explorar el impacto de una intervención dirigida a reducir el aislamiento social de las personas mayores. Para ello utilizaron métodos de investigación cualitativos y una metodología participativa, con entrevistas individuales y de grupos focales para recoger información de cien participantes. Llegaron a la conclusión de que los beneficios percibidos de acudir a los clubes o centros sociales se centraban en tres categorías fundamentales: mejora del bienestar, las relaciones sociales y la salud mental y física.

La **gran dificultad de la intervención** radicaba en, por un lado, todas aquellas personas mayores que no asisten a los clubes y viven en aislamiento social, en cómo involucrarles en la participación en actividades sociales, y por otro lado, en aquellas personas mayores que a pesar de vivir con sus familiares siguen sintiéndose socialmente aisladas, bien por razones de salud, deterioro de la capacidad funcional o deambulación, o ausencia de relaciones sociales fuera del domicilio.

Algunas investigaciones sobre la eficacia de los programas de intervención en aislamiento social de personas mayores han tratado de determinar cuál es la metodología que mejores resultados aporta. Así, Bartlett, Warburton, Lui, Peach & Carroll (2013) trataron de medir la



eficacia diferencial de tres tipos de programas de intervención. El primer tipo de programa buscaba desarrollar habilidades individuales y comunitarias, con la posibilidad de transporte para aquellas personas que tenían dificultades para asistir a las actividades por problemas de movilidad o distancia, una vez en los centros sociales el programa consistía en la participación en actividades de formación relacionadas con el envejecimiento saludable. El segundo tipo de programa de intervención tenía como objetivo emparejar a personas voluntarias con personas mayores en aislamiento o en riesgo de aislamiento social, con el fin de crear un clima de confianza y fomentar la participación de los mayores en actividades sociales. Y, el tercer tipo de intervención desarrolló un servicio de voluntariado dirigido a las personas mayores también socialmente aisladas, pero en esta ocasión un profesional de los servicios sociales ayudó a reclutar y formar a los voluntarios, para que éstos a su vez fueran agentes sociales que pudieran asesorar a las personas mayores sobre los recursos y servicios sociales, y actividades de culturales y de ocio, facilitando y acompañando la salida de las personas a la participación en las actividades ya existentes en la comunidad. En relación a los resultados obtenidos en los tres tipos de intervención, los autores encontraron que en el caso de los dos primeros programas, no hubo diferencias significativas en los niveles de soledad antes y después de la intervención (medido con la Escala de soledad de De Jong Gierveld, dJGLS, y el Índice de apoyo social de Duke, DSSI), pero, en el caso del tercer tipo de intervención, se observó una disminución de las puntuaciones obtenidas por los participantes en la escala de soledad, y un aumento significativo de la percepción del apoyo social percibido.

Los **programas preventivos basados en la comunidad** están aumentando su demanda a medida que el Reino Unido busca formas alternativas de apoyar al creciente número de adultos mayores. A medida que aumenta el



uso y la promoción de los programas preventivos, también aumenta la necesidad de pruebas que apoyen su efectividad. Teater & Baldwin (2014) llevaron a cabo un programa con el objetivo de reducir la soledad en personas que sufren riesgo de exclusión social. Este estudio exploró un programa de grupos de canto (*Golden Oldies*) que se reúnen una vez a la semana en sesiones de una hora de duración, para determinar el grado en que el programa contribuye a la mejora de la salud, el autocrecimiento y la conexión social de los participantes. Los análisis cuantitativos encontraron que entre el 73,1 y el 98,3 por ciento de los participantes estuvo de acuerdo o muy de acuerdo en que los *Golden Oldies* contribuyeron a su autocrecimiento. Los resultados revelaron mejoras autoinformadas en la salud, beneficios en la reducción de la soledad y el aislamiento, y un aumento de los contactos sociales.

- Aspectos que han demostrado su utilidad en las **intervenciones relacionadas con la interacción y la participación social:**

- *Objetivo: implicar y motivar a las personas mayores en la participación en actividades.*

- *Intervenciones en varias fases: captación/derivación, visitas domiciliarias o en puntos de encuentro entre participantes y voluntarios formados, posteriormente integración de los participantes en actividades ya existentes en la comunidad.*

- *Hándicap: las personas mayores que no acuden a los centros de mayores y aquellas que a pesar de vivir con familiares se sienten socialmente aisladas o solas.*



4.- Intervenciones dirigidas a abordar la soledad desde la intervención cognitivo- conductual

Diversas investigaciones señalan claramente la efectividad de las intervenciones cognitivo-conductuales como una de las más utilizadas a nivel internacional en diferentes áreas relacionadas con la salud mental y en diferentes etapas de la vida, fundamentalmente en el tratamiento de síntomas como la ansiedad y la depresión (Echeburúa & Corral, 2001; Moriana & Martínez, 2011; Norcross, 2002).

La **pedra angular de la intervención cognitivo-conductual en soledad** es enseñar a las personas con sentimientos de soledad a identificar sus pensamientos negativos, cuestionarlos y ponerlos a prueba como hipótesis que deben ser probadas en lugar de hechos, enseñarles estrategias y técnicas de afrontamiento a las situaciones y a los sentimientos de soledad.

En el reciente estudio de Jarvis, Padmanabhanunni & Chipps (2019), encontramos la intervención es promovida por una ONG que ofrece alojamiento a personas mayores de 60 años que no tienen recursos. Se administra terapia cognitivo-conductual de baja intensidad para reducir las distorsiones cognitivas de personas en situación de soledad. Para ello se hace uso de medios de comunicación social como whatsapp (los participantes nunca habían usado la aplicación), donde se envían mensajes instantáneos enfocados a reducir tales pensamientos desadaptativos. El equipo de intervención está formado por un psicólogo especialista en terapia cognitivo-conductual, una enfermera de salud mental y un experto en tecnología encargado de monitorizar el correcto funcionamiento de la plataforma y dar soporte a las personas que tengan problemas o más limitaciones con el uso de las tecnologías de la información y la comunicación. La intervención tiene una duración de 3 meses y se observó mejoría en la cognición social inadaptada reduciéndose



los sentimientos de soledad de los participantes. En la siguiente tabla se muestra un ejemplo de esquema cognitivo desadaptativo (esquema de desconfianza) y el correspondiente mensaje positivo encaminado a corregirla:

Tabla 1. Ejemplo de esquema cognitivo desadaptativo y el mensaje enmarcado positivamente

<i>Elemento</i>	<i>Reconocimiento del esquema</i>	<i>Mensaje enviado enmarcado en positivo</i>
Desconfío de los motivos de los demás.	Por lo general estoy en la búsqueda de los motivos ocultos de otras personas.	Mensaje. No todas las personas tienen intenciones negativas. Hay gente genuina y merecedora de confianza en el mundo. Desgraciadamente, las expectativas negativas pueden actuar como una barrera para que puedas llegar a los demás, puedes cambiar esto. Trata de evaluar la exactitud de tus creencias. Mira hacia atrás en tu vida e identifica a alguien que realmente se preocupaba por ti. Piensa en lo que hizo diferente a esa persona.
Es sólo cuestión de tiempo antes de que alguien me traicione.	Es comprensible que te sientas receloso/a de otras personas y que te	
Siento que la gente se aprovechará de mí.	preocupe que te hagan daño, se aprovechen de ti, o tengan motivos	
Siento que no puedo bajar la guardia en presencia de otras personas, o me lastimarán intencionalmente.	ocultos hacia ti, especialmente si este tipo de experiencias han sucedido en el pasado.	

La **cognición social** es considerada como la habilidad de formarnos representaciones de las relaciones entre uno mismo y los demás y de utilizarlas de forma flexible, para guiar nuestro comportamiento de forma que generemos conductas adecuadas según la circunstancia social particular. Este proceso cognitivo mediante el cual construimos esas



representaciones es un proceso complejo, en el que intervienen mecanismos de percepción, procesamiento y evaluación de los estímulos, que nos permiten formarnos una representación del ambiente de interacción social (Sánchez-Cubillo, Tirapu-Ustárrroz & Adrover-Roig, 2012).

En la actualidad son **aún escasos los estudios en los que se aborda el estudio de la cognición social en personas mayores**, y menos aún aquellos en los que se trabaje la cognición social como modalidad de intervención para abordar la soledad no deseada de este colectivo. Así mismo, son también escasos los estudios en los que se desarrollan programas de intervención centrados en enseñar estrategias y habilidades para aprender a vivir solo.

- Aspectos que han demostrado su utilidad en las **intervenciones cognitivo-conductuales**:

- *Objetivo: enseñar a las personas con sentimientos de soledad a identificar los pensamientos negativos y cuestionarlos, y reducir las distorsiones cognitivas de la persona en situación de soledad.*

- *El aprendizaje de estrategias y técnicas de afrontamiento a las situaciones y sentimientos de soledad han demostrado su utilidad.*

- *El aprendizaje de estrategias y habilidades para aprender a vivir solo han demostrado su utilidad.*

- *Las intervenciones que actúan sobre los pensamientos sociales desadaptativos son las que mejor reducen la soledad.*



OTRAS MODALIDADES DE INTERVENCIÓN QUE HAN DEMOSTRADO SU UTILIDAD EN EL TRATAMIENTO DE LA SOLEDAD NO DESEADA Y/O EL AISLAMIENTO SOCIAL DE LAS PERSONAS MAYORES

Intervenciones con el uso de tecnologías de la información y la comunicación

Diversos estudios han demostrado los efectos positivos de las intervenciones de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en la prevención y reducción del aislamiento social, el uso de programas de amistad telefónicos (Cattan, Kime, & Bagnall, 2010), del ordenador y de internet (Cotten, Anderson & McCullough, 2013; Khvorostianov, Elias & Nimrod, 2011), y las TIC en general, fomenta el apoyo social, la conectividad social y permite paliar el aislamiento social en general. Mientras que, los resultados en la mejora de los sentimientos negativos de soledad que experimentan las personas no son tan concluyentes, si bien la mayoría son positivos, algunos estudios encontraron un impacto no significativo o negativo (Chen & Schulz, 2016).

Se considera que **las TIC alivian el aislamiento social de las personas mayores** a través de cuatro mecanismos: conexión con el mundo exterior, obtener apoyo social, participar en actividades de interés y aumentar la confianza en sí mismo. Aunque se han observado un efecto positivo, a corto y medio plazo, del uso de las TIC en la conectividad social y el apoyo social, la mejoría en la autoestima y el control sobre la propia vida, pero no son resultados consistentes y tampoco significativos.

Los resultados de las investigaciones indican que las TIC podrían ser una herramienta eficaz para abordar el aislamiento social entre las personas mayores. Pero, aunque es eficaz no es adecuado para todos los mayores



por igual, siendo necesarias investigaciones futuras que permitan identificar quiénes, qué perfiles de mayores pueden beneficiarse más del uso de las TIC para reducir el aislamiento social. Algunas intervenciones utilizan tecnologías de la información y la comunicación para reforzar las redes sociales en personas mayores con enfermedades crónicas o con discapacidades, que viven en aislamiento social y que se sienten solos, introduciendo el uso de la comunicación electrónica (Fokkema & Knipscheer, 2007). Los resultados obtenidos indicaron una reducción del sentimiento de soledad en el grupo de participantes que recibió la intervención frente a los participantes del grupo control, pero solo con respecto a la soledad emocional y entre los participantes que tenían mayor nivel educativo. Además, se encontró que **el uso del correo electrónico facilitó el contacto social**, pero el navegar por internet ayudó a pasar el tiempo para aquellas personas que se sentían en soledad. Y, un hallazgo no previsto en el estudio fue que la intervención también mejoró la confianza de las personas en sí mismas.

Otro ejemplo de este tipo de intervención es el programa desarrollado por Shapiraa, Baraka & Gal (2007) dirigido a estudiar el impacto psicológico de aprender a usar el ordenador e internet, planteando la hipótesis de que tales actividades facilitaban el empoderamiento y contribuirían al bienestar de las personas mayores. Los resultados mostraron una mejora significativa entre los participantes del grupo de intervención en todas las medidas, satisfacción con la vida, depresión, soledad y autocontrol, excepto en el funcionamiento físico, mientras que grupo control obtuvo puntuaciones inferiores en todas las medidas. El **uso del ordenador e internet** parece contribuir al bienestar y el sentido de empoderamiento de los adultos mayores al afectar sus interacciones interpersonales, promoviendo su funcionamiento cognitivo y contribuyendo a su experiencia de control e independencia.



El uso de internet incrementó el apoyo social entre las personas mayores en general (Heo, Chun, Lee, Lee & Kim, 2015) y entre los que fueron los cuidadores principales de sus cónyuges con demencia o con infartos cerebrales (Torp, Hanson, Hauge, Ulstein & Magnusson, 2008)

Se considera que **las TIC reducen el sentimiento de soledad de las personas mayores**, pero los resultados de las investigaciones son controvertidas. Se han realizado estudios con programas de comunicación (utilizando teléfonos fijos, teléfonos inteligentes, iPads, correo electrónico y redes sociales como Facebook o los juegos en red) y aplicaciones de alta tecnología (Wii, el sistema de juegos de TV, y Gerijoy, un compañero virtual de mascotas), que permiten paliar la soledad de los mayores, pero los resultados no son concluyentes sobre su efecto en el alivio de la soledad (Slegers, van Boxtel & Jolles, 2008; White et. al., 2002). Otros estudios con hallazgos no concluyentes incluyen, el efecto de las videoconferencias a Skype o Windows Live Messenger, en la reducción de la soledad entre los mayores (Blažun, Saranto & Rissane, 2012; Tsai, Tsai, Wang, Chang & Chu, 2010; Tsai & Tsai, 2011).

En definitiva, la mayoría de las intervenciones de este tipo se centran en **el fortalecimiento de los vínculos sociales y amistad**. Autores como Hagan, Manktelow, Taylor & Mallett (2014) recomiendan el uso de tecnologías de la información y la comunicación para reducir la soledad. Mientras que, Chipps, Jarvis y Ramlall (135), tras realizar una revisión sistemática de este tipo de intervenciones sobre doce datos bases de datos, con datos publicados de 2000 a 2017, identificadas doce revisiones moderadamente eficientes, concluyen que la eficacia de este tipo de intervención es inconsistente y débil.

Jimison, Klein & Marcoe (2013) llevaron a cabo una intervención para prevenir el aislamiento social y el riesgo de deterioro cognitivo. La intervención tuvo como objetivo aumentar el tiempo de contacto e interacción social de las personas mayores que viven lejos de sus



familiares o amigos, mediante el uso de cámaras web, Skype, e-mail y teléfono. Según sus autores, dicha intervención demostró, aumento en los contactos sociales, incremento en el tiempo total de comunicación y un nivel de satisfacción significativo por parte de la persona que recibe la intervención. A continuación, se muestra un ejemplo de actividades incluidas en la intervención:

Tecnología	Actividad	Frecuencia
Ordenador	Hacer una llamada por Skype a un familiar, amigo, etc.	1-3/sem.
Ordenador	Participar en una llamada grupal de Skype.	1/sem.
Ordenador	Mandar un correo a un familiar, amigo, etc.	1-3/sem.
Ordenador	Participar en un grupo o chat online de apoyo.	1/sem.
Ordenador	Jugar a juegos de cartas online con otras personas.	1/sem.
Ordenador	Usar Facebook - Nueva interacción.	1/sem.
Móvil	Hacer una llamada telefónica a un familiar, amigo, etc.	1-3/sem.
En Persona	Visitar a un familiar o un/a amigo/a.	1-2/sem.
En Persona	Jugar a juegos de cartas o juegos de mesa con alguna persona.	1/sem.
En Persona	Participar en un evento de la comunidad.	1/sem.
En Persona	Participar en una actividad de voluntariado.	1/sem.
En Persona	Andar por un sitio público (un supermercado, un parque, etc.) durante al menos 10 minutos	1/sem.

Marziali (2009) desarrolló un programa de intervención por medio de videoconferencia grupal (*Caring For Me Program*) en personas que viven solas en su casa y que tienen enfermedades crónicas, algo que suele correlacionar estrechamente con sentimientos de soledad. La idea del programa consiste en proporcionar información al individuo para que tengan un mayor autocontrol de su enfermedad, reflexionar sobre las barreras psicosociales implicadas con el autocuidado, compartir experiencias que sirvan de ayuda a otros individuos en la misma situación e implementar comportamientos y habilidades eficaces de promoción de la salud. Asimismo, se pretende establecer un paralelismo



entre las intervenciones grupales presenciales y las basadas en tecnologías de la información y la comunicación (uso de internet) con el fin de promover estas últimas. Por otro lado, la mayoría de los participantes nunca habían usado ordenadores, lo que no supuso una limitación, ya que todos estuvieron dispuestos a que se les instalara el hardware necesario en sus casas, así como a recibir las sesiones formativas pertinentes impartidas por el técnico del proyecto. En general, se observó una mejoría en el autocuidado y una reducción en los sentimientos de soledad y aislamiento.

Teleasistencia - Acompañamiento telefónico

En los últimos años, la tecnología, las redes telefónicas, los teléfonos móviles e Internet, están recibiendo especial atención para la intervención y el apoyo a las personas mayores en situación de aislamiento social y soledad.

En relación a las intervenciones que utilizan, principalmente, el acompañamiento telefónico para reducir el sentimiento de soledad no deseada, se han encontrado diversos estudios que analizan este tipo de programas. Se trata de **servicios similares a la teleasistencia**, pero persiguen el fin de acompañar a la persona mayor a través del teléfono y tratar de desarrollar una relación de amistad. La comunicación telefónica se ha considerado un **método efectivo de bajo coste** para disminuir la soledad entre las personas mayores.

Cattan, Kime & Bagnall (2010) realizaron un estudio en Reino Unido, donde evaluaron el impacto del programa 'Call in Time', que consistía en ocho proyectos de apoyo telefónico en ocho lugares diferentes de Reino Unido, gestionados por organizaciones diferentes de voluntariado. El programa estaba financiado por Help the Aged en asociación con el compañía de seguros de Zurich. El objetivo fue identificar el impacto de



diferentes modelos de “servicios telefónicos de amistad” sobre el bienestar de las personas mayores, y examinar hasta qué punto los servicios de amistad tienen un valor preventivo de la soledad y el aislamiento de las personas mayores. El hallazgo más importante fue que **este tipo de servicio ayudó a las personas mayores a ganar confianza y volver a ser socialmente activas**. Las personas valoraron muy positivamente el servicio, el impacto que había tenido en su salud y bienestar.

En 2014, Mountain et al., realizó un estudio controlado aleatorio de grupos control y experimental, para evaluar la efectividad y el costo-efectividad de la comunicación telefónica con amigos (befriending telefónico) para el mantenimiento de la calidad de vida relacionada con la salud en personas mayores. Los participantes eran mayores de más de 74 años de edad, con buena función cognitiva, y que vivían de forma independiente en una ciudad del Reino Unido. El grupo experimental participaba en una intervención que consistió en 6 semanas de llamadas telefónicas cortas individualizadas voluntario-receptos, seguidas de 12 semanas de **llamadas telefónicas de grupo** con hasta seis participantes, dirigidas por un facilitador voluntario capacitado, el grupo control siguieron su vida cotidiana. El estudio requirió el reclutamiento de 248 participantes en un período de un año, de los cuales 124 recibieron las llamadas telefónicas de amistad y mostraron una mejora en las puntuaciones de la escala de calidad de vida utilizada, pero los propios autores indican la existencia de problemas metodológicos que les impidieron llegar a conclusiones, señalando la **importancia de la selección, seguimiento y formación de las personas participantes, de los agentes**, en los programas de voluntariado.

En España, el IMSERSO impulsó en 2010 junto con Cruz Roja y Cáritas principalmente, el proyecto ‘Cerca de Ti’, un programa de voluntariado de acompañamiento, tanto dentro como fuera del hogar, y también de acompañamiento telefónico. El proyecto se aplicó en diversas localidades



españolas, con la participación de 300 voluntarios y 300 personas mayores que viven solas y en riesgo de exclusión social.

En general, los resultados obtenidos en los estudios en los que se aplican este tipo de intervenciones han mostrado que **son efectivos para reducir el sentimiento de soledad y mejorar el bienestar de las personas mayores, con la ventaja de una buena relación coste-efectividad** (Cattan, Newell, Bond & White, 2003; Kime, Cattan & Bagnall, 2012). Aunque los resultados de este tipo de intervenciones parecen prometedores los autores advierten de la **necesidad de llevar a cabo intervenciones adecuadas, bien diseñadas y evaluadas adecuadamente, en para demostrar su impacto** en la prevención y afrontamiento de la soledad (Poscia et. al., 2018; Tse, Tang, Wan & Wong, 2014).

Comidas a domicilio

Sahyoun & Vaudin (2014), desarrollaron un estudio para difundir el envejecer en el lugar (“aging in place”) con el fin de evitar la institucionalización de la persona mayor y con ello la pérdida de redes sociales, de apoyo, etc., que puedan derivar en una situación de soledad. El programa llevado a cabo se denomina “*The Older American Act home-delivered meal*” y ofrece al menos una comida saludable al día, cinco o más días a la semana a personas que están enfermas, tienen alguna limitación que les impide salir de sus casas, sufren necesidades económicas o se encuentran en situación de soledad. Los autores indican que aunque evaluar el programa es complejo porque tiene múltiples efectos a nivel de la salud, se ha observado que es eficiente, proporciona una dieta adecuada a los individuos y está bastante bien aceptado entre estos ya que, según indican, entre otras cosas, promueve que haya una mayor interacción/comunicación con la persona que les suministra el alimento mitigando así el sentimiento de soledad.



Robots para el cuidado

Koceska, Koceski, Beomonte-Zobel, Trajkovik & Gracia (2019), llevaron a cabo un estudio en un centro de cuidados de personas mayores, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los residentes, y también proporcionar una ayuda extra a los trabajadores del centro. Tras el periodo de prueba e implementación del funcionamiento del robot, la mayoría de los residentes (73%) mostraron una buena predisposición a utilizarlo en su día a día. Con respecto a los cuidadores profesionales, el 80% manifestó que éste podría ayudar a disminuir la carga de trabajo. En relación con la monitorización remota de los residentes, el 80% de los trabajadores estaba a favor de ésta, aunque los residentes mostraron cierta reticencia y preocupación al considerar que el hecho de vivir ya de por sí en una residencia, implica el que estén constantemente vigilados en detrimento de su intimidad, pero los residentes indicaron sentirse acompañados por los robots que monitoreaban sus actividades.

Papadopoulos, Sgorbissa & Koulouglioti (2017) señalan que el desarrollo de **robots para el cuidado de personas mayores**, adaptados a las características culturales de las personas a las que van orientados, tiene entre otros objetivos el disminuir la soledad entre personas mayores. El estudio de estos autores se enmarca en el proyecto CARESSES, una colaboración interdisciplinar donde médicos, enfermeros, psicólogos e ingenieros informáticos especialistas en inteligencia artificial, ponen en común sus conocimientos que, unidos a las necesidades de los mayores, permitan desarrollar un robot inteligente que se adapte a las características culturales del lugar de residencia del individuo (www.caresssrobot.org).



Terapia asistida con animales

Se ha realizado intervenciones dirigidas a facilitar un aumento de socialización y satisfacción con la vida, para reducir la soledad y promover las actividades de la vida diaria entre las personas mayores que viven en residencias (Brown, Allen, Dwozan, Mercer & Warren, 2004). En general, los programas se centraron en reducir la soledad, y los resultados indican que la terapia asistida con animales tiende a mejorar la soledad percibida, la psicología bienestar, y síntomas de depresión (Banks & Banks, 2002).

Vrbanac et al. (2013), realizó una intervención centrada en la terapia asistida con perros en una residencia. La intervención tuvo lugar durante 6 meses, 3 veces a la semana, con una duración de 90 minutos cada sesión. Tras cada una de las sesiones los autores indican que se observaba una expresión facial más alegre, y una disminución significativa de los sentimientos de soledad. Asimismo, se obtuvieron resultados beneficiosos adicionales como fueron, un aumento en la calidad de vida, una mejora en el estado de ánimo y un incremento de las interacciones y la comunicación social con el resto de residentes por parte de aquellas personas con una vida más solitaria dentro de la residencia.

Intervenciones dirigidas al desarrollo de la actividad física

Tarazona-Santabalbina et al., (2016), llevaron a cabo una intervención en actividad física en 100 personas mayores sedentarias y que cumplían criterios de fragilidad, donde el 54,9% de ellas vivían en situación de soledad. La intervención consiste en un programa grupal de ejercicios multicomponente, con el fin de mejorar la resistencia, la fuerza, la coordinación, la flexibilidad..., durante cinco días a la semana y con una duración de 24 semanas. El programa es impartido por cuatro expertos



en educación física y cuatro enfermeras. Los resultados indican la existencia de un aumento de la interacción social, mejora de la calidad de vida, además de mejorar la funcionalidad.

Este estudio se encuentra dentro de la revisión llevada a cabo por el grupo de Veazie, Gilbert, Winchell, Paynter & Guise (2019) “*Addressing Social Isolation To Improve the Health of Older Adults: A Rapid Review*”, donde se señala que, dentro de las intervenciones revisadas enfocadas en reducir la soledad, la actividad física podría ser una de las más prometedoras en la mejora de salud de las personas mayores.

Otras intervenciones que han demostrado su utilidad:

- Uso de las **nuevas tecnologías** (correo electrónico, redes sociales, cámaras web, Skype) para prevenir y reducir el aislamiento social mejorando la conectividad social. Los resultados son controvertidos acerca de su eficacia en la reducción del sentimiento de soledad.
- Los **servicios de acompañamiento telefónico** son efectivos para reducir el sentimiento de soledad y mejorar el bienestar de las personas mayores, con la ventaja de una buena relación coste-efectividad. La persona receptora se siente más acompañada, mejora su autoestima y se reduce el sentimiento de soledad. Las llamadas telefónicas en grupo han demostrado una eficacia mayor que otro tipo de intervención individual.
- Las **comidas a domicilio**, tienen la finalidad de proporcionar una dieta saludable, pero indican que también promueve que haya interacción con la persona que les suministra el alimento mitigando así el sentimiento de soledad.
- Los **robots para el cuidado** y la **terapia asistida con animales** son dos modalidades de intervención cuyo uso parece indicar que las personas se sienten más acompañadas.
- El **desarrollo de actividad física**, en formato grupal, facilita el contacto social, mitiga el sedentarismo y reduce los sentimientos de soledad.



En conclusión, las diferentes modalidades de intervención dirigidas a prevenir y/o paliar la soledad no deseada y/o el aislamiento social de las personas mayores parecen indicar que reducen la soledad subjetiva o emocional contribuyendo a la mejora de la situación social de las personas, su integración de la comunidad o la participación social, pero su eficacia en la mejora de la salud no ha sido aún no se ha demostrado.

Se podría indicar, a la vista de los resultados obtenidos en la ingente bibliografía científica consultada, algunas **líneas generales que recogen las características que sería conveniente tener en cuenta en el diseño de las intervenciones dirigidas a prevenir o paliar el sentimiento de soledad**, para que resulten eficaces, eficientes y efectivas.

1.- Las intervenciones encaminadas a reducir la soledad y el aislamiento se basan en: a) mejorar las habilidades sociales, b) promover el soporte social, c) aumentar las oportunidades para la interacción social, y d) actuar sobre los pensamientos desadaptativos.

2.- Las intervenciones en modalidad grupal mejor que individual, reservando las intervenciones individuales para casos concretos, a criterio de los profesionales.

0.- En las intervenciones grupales es fundamental plantear objetivos individualizados para cada persona. Tener en cuenta la trayectoria de vida y el estilo diferente de envejecimiento para formar grupos mixtos de hombres y mujeres o diferenciar el tipo de intervención, y medir las fluctuaciones de los sentimientos de la soledad en la misma persona pero en momentos diferentes.



4.- Identificar para qué perfiles de persona mayor en soledad es más eficaz cada tipo de intervención. Las intervenciones han de diseñarse y dirigirse a grupos específicos.

5.- Las intervenciones han de estar bien planificadas y, preferentemente, constar de varias fases: captación o derivación de personas con sentimientos de soledad no deseada, visitas domiciliarias o en puntos de encuentro entre participantes y voluntarios formados y, posteriormente, integración de los participantes en actividades ya existentes en la comunidad. Las visitas domiciliarias individualizadas, de forma puntual, no han demostrado su eficacia.

6.- Las intervenciones han de estar apoyadas en el uso de los recursos comunitarios existentes.

7.- Las intervenciones han de tener un marco o base teórica definida a partir de la que estructurar y diseñar la intervención.

8.- Implantar intervenciones adecuadas, bien diseñadas y evaluadas adecuadamente, para demostrar su impacto en la prevención y afrontamiento de la soledad.

9.- La puesta en marcha de las intervenciones ha de ir precedida de un estudio piloto que permita realizar las modificaciones oportunas.

10.- Las intervenciones han de estar dirigidas a promover la participación de los pares, el apoyo entre iguales, por lo que es importante el ajuste en la selección de las personas participantes y de los agentes de prevención de la soledad.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aartsen, M. & Jylha, M. (2011): Onset of loneliness in older adults: Results of a 28 year prospective study, *European Journal of Ageing*, 8(1), 31-38. <http://doi.org/10.1007/s10433-011-0175-7>.

Ajrouch, K.J., Blandon, A.Y. & Antonucci, T.C. (2005): Social networks among men and women, *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 60, 311-317. <https://doi.org/10.1093/geronb/60.6.S311>.

Andersson, L. (1982). Interdisciplinary Study of Loneliness- with Evaluation of Social Contacts as a Means towards Improving Competence in Old Age. *Acta Sociologica*, 25(1), 75-80. <http://doi.org/10.1177/000169938202500106>.

Banks, M. R., & Banks, W. A. (2002). *The Effects of Animal-Assisted Therapy on Loneliness in an Elderly Population in Long-Term Care Facilities. The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 57(7), M428-M432. <https://org.doi/10.1093/gerona/57.7.m428>

Bartlett, H., Warburton, J., Lui, C.W., Peach, L., & Carroll, M. (2013). Preventing social isolation in later life: Findings and insights from a pilot Queensland intervention study. *Ageing & Society* 2013; 33: 1167-1189. <https://doi.org/10.1017/S0144686X12000463>

Blažun, H., Saranto, K., & Rissanen, S. (2012). Impact of computer training courses on reduction of loneliness of older people in Finland and Slovenia. *Computers Hum Behav*, 28 (4), 1202-1212. <https://org.doi/10.1016/j.chb.2012.02.004>

Boss, L., Kang, D.-H., & Branson, S. (2015). Loneliness and cognitive function in the older adult: a systematic review. *International Psychogeriatrics*, 27(04), 541-553



<https://doi.org/10.1017/s1041610214002749>.

Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.

Brown, V.M., Allen, A.C., Dwozan, M., Mercer, I. & Warren, K. (2004). Indoor gardening and older adults: Effects on socialization, activities of daily living and loneliness. *J Gerontol Nursing*, 30, 34-42.

Butler, S. S. (2006). Evaluating the Senior Companion Program. *Journal of Gerontological Social Work*, 47(1-2), 45– 70. https://doi.org/10.1300/j083v47n01_05.

Cacioppo, J.T., & Cacioppo, S. (2014). Social relationships and health: The toxic effects of perceived social isolation. *Soc Personal Psychol Compass*. 8:58-72. <https://doi.org/10.1111/spc3.12087>.

Cacioppo, J. T., Ernst, J. M., Burleson, M. H., McClintock, M. K., Malarkey, W. B., Hawkley, L. C., ... & Spiegel, D. (2000). Lonely traits and concomitant physiological processes: the MacArthur social neuroscience studies. *International Journal of Psychophysiology*, 35, 143-154. [https://doi.org/10.1016/S0167-8760\(99\)00049-5](https://doi.org/10.1016/S0167-8760(99)00049-5).

Cacioppo, J.T., Hawkley, L.C., Berntson, G.G., Ernst, J.M., Gibbs, A.C., Stickgold, R. & Hobson, J.A. (2002): Do lonely days invade the nights? Potential social modulation of sleep efficiency. *Psychological Science*, 13 (4), 384- 387. <http://doi.org/10.1111/1467-9280.00469>.

Cacioppo, S., Grippo, A. J., London, S., Goossens, L., & Cacioppo, J. T. (2015). *Loneliness. Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 238– 249. <https://doi.org/10.1177/1745691615570616>.

Cacioppo, J.T., Hughes, M.E., Waite, L.J., Hawkley, L.C. & Thisted, T. A. (2006): Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms:



cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging*, 21, 1, 140-151. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.21.1.140>.

Cacioppo, S., Capitanio, J. P., & Cacioppo, J. T. (2014). Toward a neurology of loneliness. *Psychological Bulletin*, 140(6), 1464–1504. <https://doi.org/10.1037/a0037618>.

Cacioppo, S., Grippo, A. J., London, S., Goossens, L., & Cacioppo, J. T. (2015). *Loneliness. Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 238–249. <https://doi.org/10.1177/1745691615570616>.

Carstensen, L., Fung, H. and Charles, S.T. (2003) Socioemotional Selectivity Theory and the Regulation of Emotion in the Second Half of Life. *Motivation and Emotion*, 27, 103-123. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1024569803230>.

Carstensen, L. L., Turan, B., Scheibe, S., Ram, N., Ersner-Hershfield, H., Samanez-Larkin, G. R., ... Nesselroade, J. R. (2011). Emotional experience improves with age: evidence based on over 10 years of experience sampling. *Psychology and aging*, 26(1), 21–33. <http://dx.doi.org/10.1037/a0021285>.

Carvajal-Carrascal, G. & Caro-Castillo, C. (2009). Soledad en la adolescencia: análisis del concepto. *Aquichan*, 9, 281-296.

Cattan, M., Newell, C., Bond, J. & White, M. (2003). Alleviating social isolation and loneliness among older people. *International Journal of Mental Health Promotion* 5 (3), 20-30. <https://doi.org/10.1080/14623730.2003.9721909>.

Cattan, M., White, M., Bond, J. & Learmouth, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing and Society*. 25: 41-67. <https://doi.org.10.1017/S0144686X04002594>.



Cattan, M., Kime, N., & Bagnall, A.-M. (2010). *The use of telephone befriending in low level support for socially isolated older people - an evaluation. Health & Social Care in the Community*, 19 (2), 198-206. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2010.00967.x>

Cava, M.J., Musitu, G. & Murgui, S. (2007). Individual and social risk factors related to overt victimization in a sample of Spanish adolescents. *Psychological Reports*, 101, 275-290.

Chen, Y.R.R. & Schulz, P.J. (2016). The Effect of Information Communication Technology Interventions on Reducing Social Isolation in the Elderly: A Systematic Review. *J Med Internet Res*, 18(1):e18. <https://org.doi/10.2196/jmir.4596>.

Chippis, J., Jarvis, M.A., & Ramlall, S. (2017). The effectiveness of e-Interventions on reducing social isolation in older persons: A systematic review of systematic reviews. *J Telemed Telecare*, 23(10), 817827. <https://org.doi/10.1177/1357633X17733773>.

Cotten, S.R., Anderson, W.A., McCullough, B.M. (2013). Impact of Internet Use on Loneliness and Contact with Others Among Older Adults: Cross-Sectional Analysis. *J Med Internet Res*, 15(2):e39

Creswell, J. D., Irwin, M. R., Burklund, L. J., Lieberman, M. D., Arevalo, J. M. G., Ma, J., ... Cole, S. W. (2012). Mindfulness-Based Stress Reduction training reduces loneliness and pro-inflammatory gene expression in older adults: A small randomized controlled trial. *Brain, Behavior, and Immunity*, 26(7), 1095–1101. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2012.07.006>.

Dahlberg, L., Andersson, L. & Lennartsson, C. (2016): Long-term predictors of loneliness in old age: results of a 20-year national study, *Aging & Mental Health*. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1247425>.



Dahlberg, L., Agahi, N., & Lennartsson, C. (2018). *Lonelier than ever? Loneliness of older people over two decades. Archives of Gerontology and Geriatrics*, 75, 96–103. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2017.11.004>.

Dickens, A.P., Richards, S.H., Greaves, C.J., & Campbell, J.L. (2011). Interventions targeting social isolation in older people: A systematic review. *BMC Public Health*, 11, 1-22. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-647>.

de Jong-Gierveld, J., Broese Van Groenou, M. I., Hoogendoorn, A. W., & Smit, J. H. (2009). Quality of marriages in later life and emotional and social loneliness. *Journals of Gerontology. Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 64B(4), 497-506. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbn043>.

Dykstra, P. A. (2009). *Older adult loneliness: myths and realities. European Journal of Ageing*, 6(2), 91–100. <https://doi.org/10.1007/s10433-009-0110-3>.

Echeburúa, E. & Corral, P. (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 181- 204.

Eng, P.M., Rimm, E.B., Fitzmaurice, G., & Kawachi, I. (2002). Social ties and change in social ties in relation to subsequent total and cause-specific mortality and coronary heart disease incidence in men. *Am J Epidemiol*. 155:700-9. <http://doi.org/10.1093/aje/155.8.700>.

Ferreira-Alves, J., Magalhães, P., Viola, L. & Simões, R. (2014). Loneliness in middle and old age: Demographics, perceived health, and social satisfaction as predictors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 59, 613-623. <http://doi.org/10.1016/j.archger.2014.06.010>.



Findlay, R. A. (2003). Interventions to reduce social isolation amongst older people: where is the evidence? *Ageing & Society*, 23, 647-658. <http://doi.org/10.1017/S0144686X03001296>.

Fokkema, T., & Knipscheer, K. (2007). Escape loneliness by going digital: A quantitative and qualitative evaluation of a Dutch experiment in using ECT to overcome loneliness among older adults. *Aging & Mental Health*, 11(5), 496-504. <https://org.doi/10.1080/13607860701366129>.

Gaggioli, A., Morganti, L., Bonfiglio, S., Scaratti, C., Cipresso, P., Serino, S., & Riva, G. (2014). Intergenerational Group Reminiscence: A Potentially Effective Intervention to Enhance Elderly Psychosocial Wellbeing and to Improve Children's Perception of Aging. *Educational Gerontology*, 40(7), 486-498. <https://doi.org/10.1080/03601277.2013.844042>

Gardiner C., Geldenhuys G. & Gott M. (2018). Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. *Health and Social Care in the Community*. 26(2), 147-157. <https://doi.org/10.1111/hsc.12367>.

Gerst-Emerson, K., & Jayawardhana, J. (2015). *Loneliness as a Public Health Issue: The Impact of Loneliness on Health Care Utilization Among Older Adults*. *American Journal of Public Health*, 105(5), 1013-1019. <https://doi.org/10.2105/ajph.2014.302427>.

Greaves, C. J., & Farbus, L. (2006). Effects of creative and social activity on the health and well-being of socially isolated older people: outcomes from a multi-method observational study. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 126(3), 134- 142. <https://doi.org/10.1177/1466424006064303>.

Gudex, C., Horsted, C., Jensen, A. M., Kjer, M., & Sørensen, J. (2010). Consequences from use of reminiscence - a randomised



intervention study in ten Danish nursing homes. *BMC Geriatrics*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2318-10-33>.

Hackett, R.A., Hamer, M., Endrighi, R., Brydon, L. & Steptoe, A. (2012). Loneliness and stress-related inflammatory and neuroendocrine responses in older men and women. *Psychoneuroendocrinology*, 37, 1801-1809. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2012.03.016>

Hand C, McColl MA, Birtwhistle R, Kotecha JA, Batchelor D, Barber KH. Social isolation in older adults who are frequent users of primary care services. *Can Fam Physician*. 2014; 60, e322,e324-329.

Hagan, R., Manktelow, R., Taylor, B. J., & Mallett, J. (2014). Reducing loneliness amongst older people: a systematic search and narrative review. *Aging & Mental Health*, 18(6), 683– 693. <https://org.doi/10.1080/13607863.2013.875122>

Hank, K., & Erlinghagen, M. (2009). Volunteering in Old Europe. *Journal of Applied Gerontology*, 29(1), 3–20. <https://doi.org/10.1177/0733464809333884>.

Haslam, C., Haslam, S. A., Jetten, J., Bevins, A., Ravenscroft, S., & Tonks, J. (2010). The social treatment: The benefits of group interventions in residential care settings. *Psychology and Aging*, 25(1), 157–167. <https://doi.org/10.1037/a0018256>.

Hawkey, L. C., Burlison, M. H., Berntson, G. G., & Cacioppo, J. T. (2003). Loneliness in everyday life: cardiovascular activity, psychosocial context, and health behaviors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(1), 105-120. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.1.105>.

Hawkey, L. C., Thisted, R. A., Masi, C. M., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness predicts increased blood pressure: 5-year cross-lagged analyses in middle-aged and older adults. *Psychology and Aging*, 25(1), 132–141. <https://doi.org/10.1037/a0017805>.



Hawkley, L. C., & Capitano, J. P. (2015). *Perceived social isolation, evolutionary fitness and health outcomes: a lifespan approach*. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 370(1669), 20140114–20140114. <https://doi.org/10.1098/rstb.2014.0114>

Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2003). Loneliness and pathways to disease. *Brain, Behavior, and Immunity*, 17(1), 98-105. [https://doi.org/10.1016/S0889-1591\(02\)00073-9](https://doi.org/10.1016/S0889-1591(02)00073-9).

Heinrich, L. M., & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review*, 26(6), 695-718. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.04.002>.

Hemingway, A.; Jack, E. (2013). Reducing social isolation and promoting well-being in older people, *Quality in Ageing and Older Adults*, 14 (1), 25-35. <https://doi.org/10.1108/14717791311311085>

Heo, J., Chun, S., Lee, S., Lee, K.H., & Kim, J. (2015). Internet use and well-being in older adults. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 18 (5), 268-272. <https://doi.org/10.1089/cyber.2014.0549>.

Holt-Lunstad, J.; Smith, T.B. & Layton, J.B. (2010): Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review, *PLOS Medicine*, 7(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>.

Holwerda, T.J. *et al.* (2012): Feelings of loneliness, but not social isolation, predict dementia onset: results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL), *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 0, 1-8. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2012-302755>.

House, J.S. (2001). Social isolation kills, but how and why? *PsychosomMed*. 63:273-4. <https://doi.org/10.1097/00006842-200103000-00011>.

Jarvis, M. A., Padmanabhanunni, A., & Chipps, J. (2019). An Evaluation of a Low-Intensity Cognitive Behavioral Therapy mHealth-



Supported Intervention to Reduce Loneliness in Older People. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(7), 1305. <https://org.doi/10.3390/ijerph16071305>

Jimison, H. B., Klein, K. A., & Marcoe, J. L. (2013). *A socialization intervention in remote health coaching for older adults in the home*. 35th Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society (EMBC). <https://org.doi/10.1109/embc.2013.6611175>

Jones, R.B., Ashurst, E.J., Atkey, J., & Duffy, B. (2015). Older People Going Online: Its Value and Before-After Evaluation of Volunteer Support. *J Med Internet Res* 17 (5):e1-12. <https://org.doi/10.2196/jmir.3943>

Kahn, R.L. y Antonucci, T. C. (1980): Convoys over the life course: Attachment, roles, and social support, en Baltes, P.B. y Brim, O. (eds.): *Life-span development and behavior*, 3, 254-283, Academic Press.

Khvorostianov, N., Elias, N., & Nimrod, G. (2011). “Without it I am nothing”: The internet in the lives of older immigrants. *New Media & Society*, 14(4), 583–599. <https://org.doi/10.1177/1461444811421599>

Kime, N., Cattan, M. & Bagnall, A. M. (2012). The delivery and management of telephone befriending services – whose needs are being met? *Quality in Ageing and Older Adults*. 13 (3): 231-240. <https://org.doi/10.1108/14717791211264278>

Koceska, N., Koceski, S., Beomonte Zobel, P., Trajkovik, V., & Garcia, N. (2019). *A Telemedicine Robot System for Assisted and Independent Living*. *Sensors*, 19(4), 834. <https://org.doi/10.3390/s19040834>

Kocken, P. (2001). Intermediates’ satisfaction with a loneliness intervention program aimed at older adults: linkage of program plans and users’ needs. *Patient Education and Counseling*, 43(2), 189– 197. [https://org.doi/10.1016/s0738-3991\(00\)00162-2](https://org.doi/10.1016/s0738-3991(00)00162-2)



Lauder, W., Mummery, K., Jones, M., & Caperchione, C.. (2006): A comparison of health behaviours in lonely and non-lonely populations. *Psychology, Health & Medicine*, 11, 233-245. <https://doi.org/10.1080/135485005002666>.

Labouvie-Vief, G., DeVoe, M., & Bulka, D. (1989). Speaking about feelings: Conceptions of emotion across the life span. *Psychology and Aging*, 4(4), 425–437. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.4.4.425>

Longman, J., Passey, M., Singer, J., & Morgan, G. (2013). *The role of social isolation in frequent and/or avoidable hospitalisation: rural community-based service providers. Australian Health Review*. <https://doi.org/10.1071/ah12152>

López, J. & Díaz M.P. (2018). El sentimiento de soledad en la vejez. *Revista Internacional de Sociología* 76(1). <https://doi.org/10.3989/ris.2018.76.1.16.164>.

Lubben J.L. (1988) Assessing social networks among elderly populations. *Family Community Health* 11, 42–52.

Luo, Y., [Hawkey, L.C.](#), [Waite, L.J.](#), & [Cacioppo, J.T.](#). (2012): Loneliness, health, and mortality in old age: A national longitudinal study, *Soc Sci Med*. 74 (6), 907-14. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.028>.

Marziali, E. (2009). E-Health Program for Patients with Chronic Disease. *Telemedicine and e-Health*, 15(2), 176–181. <http://doi.org/10.1089/tmj.2008.0082>

Masi, C.M., Chen, H.Y., Hawkey, L.C., & Cacioppo, J.T.A. (2011). Meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Pers Soc Psychol Rev*, 15 (3), 219-266. <http://doi.org/10.1177/1088868310377394>.

McWhirter, B. T. (1990). Factor analysis of the revised UCLA Loneliness Scale. *Current Psychology*, 9(1), 56-68. <https://doi.org/10.1007/BF02686768>.



Mikkelsen, A. S. B., Lund, R., & Kristiansen, M. (2017). Social relations and healthcare utilisation among middle-aged and older people: study protocol for an implementation and register-based study in Denmark. *BMC Health Services Research*, 17(1). <http://doi.org/10.1186/s12913-017-2650-0>

Moore, D., & Schultz Jr, N. R. (1983). Loneliness at adolescence: Correlates, attributions, and coping. *Journal of Youth and Adolescence*, 12(2), 95-100. <https://doi.org/10.1007/BF02088307>.

Moriana, J. A., & Martínez, V. A. (2011). Evidence-based psychology and the design and assessment of efficient psychological treatments. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(2), 81. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.16.num.2.2011.10353>

Mountain, G. A., Hind, D., Gossage-Worrall, R., Walters, S. J., Ducan, R., Newbould, L., Rex, S., Jones, C., Bowling, A., Cattan, M., Cairus, A., Cooper, C., Edwards, R. T. & Goyder, E. C. (2014). 'Putting Life in Years' (PLINY) telephone friendship groups research study: pilot randomized controlled trial. *Trials*, 15, 141-153 <https://doi.org/10.1186/1745-6215-15-141>.

Mroczek, D. K., & Kolarz, C. M. (1998). The Effect of Age on Positive and Negative Affect: A Developmental Perspective on Happiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 1333-1349. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.75.5.1333>.

Mushtaq, R. (2014). *Relationship Between Loneliness, Psychiatric Disorders and Physical Health ? A Review on the Psychological Aspects of Loneliness*. *Journal of clinical and diagnostic research*. <https://doi.org/10.7860/jcdr/2014/10077.4828>.

Nausheen, B., Gidron, Y., Gregg, A., Tissarchondou, H.S. & Robert Peveler, R. (2007) Loneliness, social support and cardiovascular reactivity to laboratory stress, *Stress*, 10, 1, 37-44, <https://doi.org/10.1080/10253890601135434>.



Neri, A. L. & Vieira, L. A. M. (2013). Envolvimento social e suporte social percebido na velhice. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16, 3, 419-432.

Nilsson, B., Lindstrom, U. A., & Naden, D. (2006). Is loneliness a psychological dysfunction? A literary study of the phenomenon of loneliness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(1), 93– 101. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2006.00386.x>

Nolen-Hoeksema, S., & Ahrens, C. (2002). Age differences and similarities in the correlates of depressive symptoms. *Psychology and Aging*, 17(1), 116-124. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.17.1.116>.

Norcross, J. C. (Ed.). (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford University Press.

O'Shea, E. (2006). An economic and social evaluation of the Senior Help Line in Ireland. *Ageing & Society*, 26, 267-284. <https://doi.org/10.1017/S0144686X05004241>.

Ong, A.D., Uchino, B.N., Wethington, E. (2016) Loneliness and health in older adults: A mini-review and synthesis. *Gerontology* 62:443-9. <https://doi.org/10.1159/000441651>.

Perissinotto, C. M., Stijacic Cenzer, I., & Covinsky, K. E. (2012). Loneliness in Older Persons. *Archives of Internal Medicine*, 172(14). <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.1993>.

Pitkala, K. H., Routasalo, P., Kautiainen, H., & Tilvis, R. S. (2009). Effects of Psychosocial Group Rehabilitation on Health, Use of Health Care Services, and Mortality of Older Persons Suffering From Loneliness: A Randomized, Controlled Trial. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 64A(7), 792– 800. <https://doi.org/10.1093/gerona/glp011>.



Poscia, A., Stojanovic, J., La Milia, D.I., Duplaga, M., Grisztar, M., Moscato, U., Onder, G., Collamati, A., Ricciardi, W., & Magnavita, N. (2018). Interventions targeting loneliness and social isolation among the older people: An update systematic review. *Experimental Gerontology*, 102, 133-144. <https://doi.org/10.1016/j.exger.2017.11.017>.

Pressman, S. D., Cohen, S., Miller, G. E., Barkin, A., Rabin, B. S., & Treanor, J. J. (2005). Loneliness, Social Network Size, and Immune Response to Influenza Vaccination in College Freshmen. *Health Psychology*, 24(3), 297–306. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.24.3.297>.

Ramic, E., Pranjic, N., Batic-Mujanovic, O., Karic, E., Alibasic, E., Alma. A., (2011): The effect of loneliness on Malnutrition in elderly population. *Medical Archives*, 65 (2), 92-95.

Rook, K. S., & Sorkin, D. H. (2003). Fostering Social Ties Through A Volunteer Role: Implications For Older-Adults' Psychological Health. *The International Journal of Aging and Human Development*, 57, 4, 313– 337. <https://doi.org/10.2190/nbbn-eu3h-4q1n-uxhr>.

Routasalo, P. E., Tilvis, R. S., Kautiainen, H., & Pitkala, K. H. (2009). Effects of psychosocial group rehabilitation on social functioning, loneliness and well-being of lonely, older people: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 65(2), 297–305. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04837.x>.

Rubenowitz, E., Waern, M., Wilhelmson, K., & Allebeck, P. (2001). Life events and psychosocial factors in elderly suicides—A case-control study. *Psychological Medicine*, 31(7), 1193–1202. <https://doi.org/10.1017/S0033291701004457>.

Rubinstein, C., Shaver, P., & Peplau, L. A. (1979). Loneliness. *Human Nature*, 2, 38-65.

Russell, D. W., Cutrona, C. E., de la Mora, A., & Wallace, R. B. (1997). Loneliness and nursing home admission among rural older adults.



Psychology and Aging, 12(4), 574–589. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.12.4.574>.

Russell, D. W. (1996). *UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, Validity, and Factor Structure*. *Journal of Personality Assessment*, 66(1), 20–40. https://org.doi/0.1207/s15327752jpa6601_2.

Sahyoun, N. R., & Vaudin, A. (2014). Home-Delivered Meals and Nutrition Status Among Older Adults. *Nutrition in Clinical Practice*, 29(4), 459–465. <https://org.doi/10.1177/0884533614536446>

Sánchez-Cubillo I, Tirapu-Ustárrroz J y Adrover-Roig D (2012). Neuropsicología de la cognición social y la autoconciencia. En Tirapu-Ustárrroz J, Ríos-Lago M, García Molina A y Ardila A (Eds.), *Neuropsicología del córtex prefrontal y las funciones ejecutivas* (pp. 353-390). Barcelona: Viguera

Sermat, V. (1978). Sources of loneliness. *Essence: Issues in the Study of Ageing, Dying, and Death*, 2(4), 271–276.

Shapira, N., Barak, A., & Gal, I. (2007). Promoting older adults' well-being through Internet training and use. *Aging & Mental Health*, 11, 5, 477–484. <https://org.doi/10.1080/13607860601086546>.

Shiovitz-Ezra, S., & Ayalon, L. (2009). *Situational versus chronic loneliness as risk factors for all-cause mortality*. *International Psychogeriatrics*, 22(03), 455. <https://doi.org/10.1017/s1041610209991426>

Slegers, K., van Boxtel, M.P.J. & Jolles, J (2008). Effects of computer training and Internet usage on the well-being and quality of life of older adults: a randomized, controlled study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 63, 3, 176-184.

Steptoe, A., Shankar, A., Demakakos, P., & Wardle, J. (2013). *Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women*. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 110(15), 5797–5801. <https://doi.org/10.1073/pnas.1219686110>.



Stevens, N. (2001). Combating loneliness: A friendship enrichment programme for older women. *Ageing & Society*, 21, 183–202. <https://doi.org/10.1017/S0144686X01008108>

Stevens, N.L., Martina C.M.S., & Westerhof, G.J. (2006). Meeting the need to belong: Predicting effects of a friendship enrichment program for older women. *The Gerontologist*, 46, 495–502. <https://doi.org/10.1093/geront/46.4.495>

Stojanovic, J., Collamati, A., La Milia, D.I., Borghini, A., Duplaga, M., Rodzinka, M., Ricciardi, W., Magnavita, N., Moscato, U., & Poscia, A. (2016). Targeting loneliness and social isolation among the elderly: An update Systematic Review. *European Journal of Public Health*, 26 (suppl.1), 10. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw164.010>

Stravynski, A., & Boyer, R. (2001). *Loneliness in Relation to Suicide Ideation and Parasuicide: A Population- Wide Study*. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(1), 32–40. <https://doi.org/10.1521/suli.31.1.32.21312>.

Tarazona-Santabalbina, F. J., Gómez-Cabrera, M. C., Pérez-Ros, P., Martínez-Arnau, F. M., Cabo, H., Tsaparas, K., ... Viña, J. (2016). A Multicomponent Exercise Intervention that Reverses Frailty and Improves Cognition, Emotion, and Social Networking in the Community-Dwelling Frail Elderly: A Randomized Clinical Trial. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(5), 426–433. <https://org.doi/10.1016/j.jamda.2016.01.019>

Teater, B., & Baldwin, M. (2014). Singing for Successful Ageing: The Perceived Benefits of Participating in the Golden Oldies Community-Arts Programme. *British Journal of Social Work*, 44(1), 81–99. <https://org.doi/10.1093/bjsw/bcs095>.

Tiwari, S. (2013). *Loneliness: A disease?* *Indian Journal of Psychiatry*, 55(4), 320. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.120536>.



Tomás, J. M., Pinazo-Hernandis, S., Oliver, A., Donio-Bellegarde, M., & Tomás-Aguirre, F. (2019). *Loneliness and social support: Differential predictive power on depression and satisfaction in senior citizens. Journal of Community Psychology*. <https://doi.org/10.1002/jcop.22184>.

Torp, S., Hanson, E., Hauge, S., Ulstein, I., & Magnusson, L. (2008). A pilot study of how information and communication technology may contribute to health promotion among elderly spousal carers in Norway. *Health Soc Care Community*, 16(1), 75-85. <https://org.doi/10.1111/j.1365-2524.2007.00725.x>

Tsai, H.H., Tsai, Y.F., Wang, H.H., Chang, Y.C., & Chu, H.H. (2010). Videoconference program enhances social support, loneliness, and depressive status of elderly nursing home residents. *Aging Ment Health* 14, 8, 947-954. <https://org.doi.10.1080/13607863.2010.501057>

Tsai, H.H. & Tsai, Y.F. (2011). Changes in depressive symptoms, social support, and loneliness over 1 year after a minimum 3-month videoconference program for older nursing home residents. *J Med Internet Res*, 13, 4, 93 <https://org.doi.10.2196/jmir.1678>

Tse, M.M.Y., Tang, S.X., Wan, V.T., & Wong, S.K. (2014). The effectiveness of physical exercise training in pain, mobility, and psychological well-being of older persons living in nursing homes. *Pain Manag Nurs* 15, 778-788. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2013.08.003>

Tylova, V., Ptáček, R., & Kuželová, H. (2013) *Emotional and social loneliness in etiology and therapy of mental illness. European Psychiatry*, 28, 1. [https://doi.org/10.1016/s0924-9338\(13\)77154-2](https://doi.org/10.1016/s0924-9338(13)77154-2).

Veazie, Gilbert, Winchell, Paynter & Guise (2019) "Addressing Social Isolation To Improve the Health of Older Adults: A Rapid Review". Agency for Healthcare Research and Quality.

Vrbanac, Z., Zecevic, I., Ljubic, M., Belic, M., Stanin, D., Bottegaro, N.B. et al (2013). Animal assisted therapy and perception of loneliness in geriatric nursing home residents. *Coll Antropol* 37, 973-976.



West, D. A., Kellner, R., & Moore-West, M. (1986). *The effects of loneliness: A review of the literature. Comprehensive Psychiatry*, 27(4), 351–363. [https://doi.org/10.1016/0010-440x\(86\)90011-8](https://doi.org/10.1016/0010-440x(86)90011-8).

White, H., McConnell, E., Clipp, E., Branch, L.G., Sloane, R., Pieper, C., & Box, T.L. (2002). A randomized controlled trial of the psychosocial impact of providing internet training and access to older adults. *Aging Ment Health*, 6, 3, 213-221. <https://org.10.1080/13607860220142422>.

Xia, N. & Li, H. (2018). Loneliness, social insolation, and cardiovascular health. *Antioxid Redox Signal*, 20, 28(9),837-851. <https://doi.org/10.1089/ars.2017.7312>.

Zhong, B.-L., Chen, S.-L., Tu, X., & Conwell, Y. (2016). *Loneliness and Cognitive Function in Older Adults: Findings From the Chinese Longitudinal Healthy Longevity Survey. The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 72(1), 120– 128

Estudio realizado por encargo de la Dirección General de Mayores a la Universidad Complutense de Madrid
(Nº de expediente: 171/2019/01176).