

# SOLEDAD Y PERSONAS MAYORES



Investigación VIU



**viu** | **Universidad  
Internacional  
de Valencia**

**TITULO:**

"Ageing and Loneliness- Soledad y Personas Mayores".

**AUTOR:**

José Javier Yanguas Lezaun.

**Titulación académica:**

Doctor en Psicología Biológica y de la Salud (Universidad Autónoma de Madrid. España) y Docente del Máster Universitario en Gerontología y Atención Centrada en la Persona de la Universidad Internacional de Valencia.

**Afiliación:**

Director Científico del Programa de Mayores de la Fundación Bancaria "la Caixa".

Presidente de la Sección de Ciencias Sociales y del Comportamiento de la International Association of Gerontology and Geriatrics- Sección Europea.

CV: Javier Yanguas es Doctor en Psicología Biológica y de la Salud (Universidad Autónoma de Madrid), Máster en Neuropsicología Clínica (Universidad Autónoma de Barcelona), Master en Administración de Empresas por la Universidad de Deusto, Experto en Educación de Adultos por la Universidad Pontificia de Salamanca y Experto en Estadística por la UNED. Ha trabajado en distintos Centros Residenciales de la Diputación Foral de Gipuzkoa y de la Fundación Matía (San Sebastian. España). Ha sido desde 1998-2017 Director de I+D de la Fundación Matia y del Instituto Gerontológico Matia (INGEMA), además de Director de la Unidad Asociada CSIC-INGEMA. Profesor de distintas universidades (País Vasco, VIU, Valencia, Católica de Chile, ...), ha coordinado distintos proyectos de investigación en España y Europa, ha escrito más de 100 artículos de investigación y distintos libros. Es en la actualidad Director Científico del Programa de Mayores de la Fundación Bancaria "la Caixa" y presidente de la Sección Europea de Ciencias Sociales y del Comportamiento de la International Association of Gerontology and Geriatrics.

# RESUMEN

Uno de los mayores retos de la gerontología para las próximas décadas en todo el mundo es la cuestión de la soledad en las personas mayores, tanto por las consecuencias en la calidad de vida como en el bienestar y la salud de las personas mayores. La soledad no es únicamente aislamiento (vivir solo), sino que se refiere a un conjunto de emociones y sentimientos que se pueden dar en ausencia de personas o cuando un sujeto posee una red social amplia. En el presente informe se aborda desde una perspectiva empírica y con los datos disponibles, básicamente las siguientes cuestiones: a) su definición conceptual desde una perspectiva compleja e interdisciplinar; b) la prevalencia de la soledad tanto en Europa como en América Latina; c) la importancia de la soledad en la salud en general y en la morbilidad y mortalidad; d) las intervenciones existentes, su eficacia y eficiencia; e) otras cuestiones (“engagement”, soledad y distintas etapas de la vida, etc.) que sitúan la soledad en una perspectiva de ciclo vital.

**PALABRAS CLAVE:** soledad, personas mayores, gerontología, aislamiento, relaciones sociales, salud.

# ÍNDICE

1.SOLEDAD	5
2.OTRAS CUESTIONES IMPORTANTES SOBRE EL CONCEPTO DE SOLEDAD	8
3.EPIDEMIOLOGÍA DE LA SOLEDAD	10
3.1.SOLEDAD EN EUROPA	10
3.2.SOLEDAD EN AMERICA LATINA	11
4.¿AFECTA LA SOLEDAD A LA SALUD?	12
5.INTERVENCIONES EN SOLEDAD	13
6. OTRAS CONSIDERACIONES RESPECTO A LA SOLEDAD EN MAYORES	15
7.CONCLUSIONES	16
8.BIBLIOGRAFÍA	16

# 1. INTRODUCCIÓN

Hasta la década de los setenta del siglo pasado, la soledad había tenido un escaso hueco en la ciencia, siendo objeto casi exclusivo de la filosofía y el arte (Weiss et al 1973a; Weiss et al, 1973b; Weiss, 1983; S nderby, 2013) fundamentalmente (Yanguas et al, 2018). Es en 1982 cuando se publica el primer manual sobre soledad dentro de las Ciencias Sociales y del Comportamiento del que se tiene noticia, titulado "Loneliness a sourcebook of current theory, research and therapy". En él, sus editores, Letitia A. Peplau y Daniel Perlman, describen y categorizan ocho distintas aproximaciones teóricas a la soledad (p. 130) que la conceptualizan de modos muy variados, resumibles en cuatro perspectivas clásicas (Yanguas et al, 2018):

1. La perspectiva cognitiva, en la que la soledad es la respuesta a una discrepancia (una evaluación que el sujeto realiza) entre las relaciones sociales que una persona desea y las que tiene.
2. El interaccionismo, que conceptualiza la soledad no desde el hecho de estar solo, sino por la falta de relaciones tanto significativas como íntimas, o por la falta de vinculación comunitaria.
3. La perspectiva psicodinámica, que concibe la soledad como las consecuencias negativas derivadas de la necesidad de intimidad, de relaciones interpersonales para vivir.
4. El existencialismo, para el que la soledad es una realidad consustancial al ser humano que, por un lado, puede causar sufrimiento y dolor, y por otro, supone la posibilidad de crear cosas nuevas, reflexionar y comprenderse a uno mismo, etc.

En 1989 se publica un segundo manual titulado "Loneliness: Theory, Research and Applications" cuyos editores son Hojat y Crandall, donde se aprecia que el interés bascula desde las distintas teorías

que diferenciaban qué es y cómo se puede comprender la soledad, hasta teorías basadas en la evidencia empírica (datos) que analizan y comprenden qué es la soledad; inaugurándose una nueva época que focaliza la mirada de la soledad desde lo "cuantitativo" (poder medir la soledad), donde se asume básicamente que existe en ella: a) un componente afectivo, ligado a las emociones negativas (y sustentado por una aproximación teórica de corte psicodinámico que enfatiza la importancia de la necesidad social de relación); b) un componente cognitivo, relacionado con la discrepancia entre expectativas y realidad propia de las visiones cognitivistas.

Desde los años ochenta del siglo pasado hasta la actualidad, la soledad ha ido ganando espacio tanto en la prensa generalista (solo hace consultar periódicos como The Guardian o el New York Times en inglés; o el País en castellano), como en las publicaciones científicas (ver PubMed por ejemplo) y ha ido captando la atención de investigadores, planificadores y clínicos. En la actualidad podemos decir que existe un acuerdo entre las distintas tendencias y autores que han tratado la cuestión de la soledad y que cabe recogerlas en dos definiciones complementarias entre sí y muy comúnmente citadas:

a) La de Jenny de Jong Gierveld (1998) epidemióloga holandesa para la cual la soledad, esta está compuesta por: a) una carencia o privación, que se refiere a los sentimientos de vacío o abandono asociados a la ausencia de relaciones de intimidad; b) una perspectiva temporal (la soledad necesita tiempo para fraguarse) según la cual el individuo percibe su soledad; c) un conjunto de aspectos emocionales que acompañan a la soledad, como tristeza, melancolía, frustración, vergüenza y desesperación; d) la aparición y/o el mantenimiento de la soledad dependen de la evaluación subjetiva de la propia persona sobre la calidad y la cantidad de sus relaciones sociales.

b) Otra magnífica investigadora como es Christina Victor (Victor et al 2009; Victor y Sullivan 2016) de la Brunel University del Reino Unido entiende la soledad como experiencias vividas que existen en forma de múltiples realidades (vivencia personal) construidas y reconstruidas por las personas en el contexto de su vida e historias de vida, y que depende (la vivencia de la soledad) fundamentalmente de los siguientes aspectos en mutua interacción: a) factores intrapersonales como la personalidad y los «estilos» cognitivos (expectativas, evaluación de la situación por parte de la persona, etc.); b) las relaciones interpersonales que

el individuo establece; c) los eventos vitales que les suceden a las personas tanto de salud como sociales (jubilación, viudez, marcha de los hijos a otros países, etc.); d) factores sociales como la renta, la existencia o no de servicios de atención, estereotipos sociales (edadismo), etc.; y e) el «ambiente social», en el que se incluye la vivienda (barreras arquitectónicas, equipamientos, etc.), el tipo de comunidad donde se vive (más individualista o más colectiva), el medio (rural o urbano), el uso del tiempo libre, la tenencia o no de vehículo propio, etc.



Tres últimas ideas adicionales a lo anteriormente descrito en este punto con el objetivo de acotar la noción de soledad:

a) Cacioppo y Patrick (2008) definen en su manual la soledad como un «dolor social» comparable al dolor físico, dotándola de una función específica: si el dolor físico surge para protegernos de los peligros físicos, la soledad, como «dolor social», se manifestaría como una forma de protegernos del peligro de permanecer aislados (relacionado, obviamente, con la importancia de las conexiones sociales). Esta idea de «dolor social» enlaza con la función evolutiva de la soledad ha podido tener a lo largo de la historia de la humanidad, cuando vivir en grupo era un requisito casi imprescindible para la vida hace miles y miles de años, que perdura en la actualidad y que es como muchas personas la

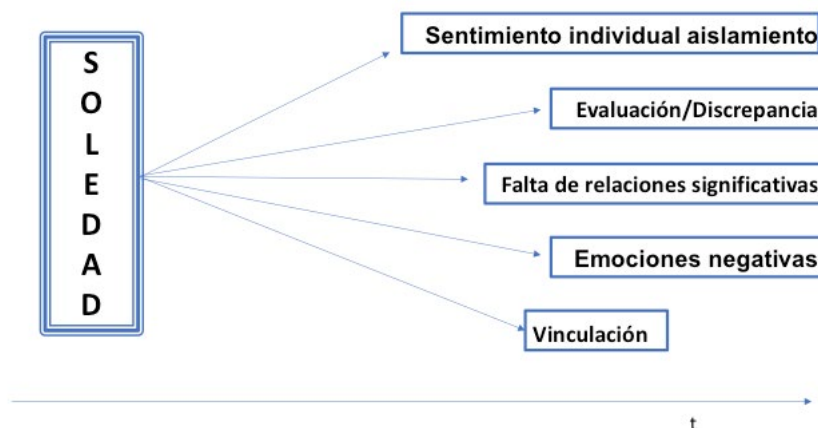
experimentan.

b) El famoso sociólogo americano Robert Weiss (1983), padre de la visión de la soledad por parte de las ciencias sociales y del comportamiento, avisaba de la importancia hace más de tres décadas de los estereotipos nocivos que la soledad tenía (y tiene en la actualidad): la soledad es vista a menudo como debilidad, como flaqueza o como autocomplacencia, ya que se supone que todo individuo debería ser capaz de eliminarla, al no tratarse de una dolencia de tipo físico. Como sucede con la tristeza o la depresión, parecería que el sentimiento de soledad pudiera ser eliminado exclusivamente a través de la voluntad, y que el individuo en último término aparece culpable de la misma, bien por acción u omisión.

c) Por último, la investigación en soledad ha profundizado (Hauge y Kirkevold, 2010; Donio Bellegarde, 2017) sobre las diferentes maneras de comprender y describir la soledad entre individuos que se sienten solos y aquellos que no se sienten solos, es decir, han trabajado la distinta atribución (inferencia del porqué de una conducta o situación) que hacen quienes «no se sienten solos» y quienes «se sienten solos»: los «no solos» creían que la culpa de la soledad es de la propia persona solitaria, siendo causada, por ejemplo, por su personalidad crítica, por su actitud pasiva y negativa, etc., haciendo una atribución causal interna; los «solos» la atribuían más a la falta de oportunidades de mantener el contacto social con personas relevantes que a algo provocado por ellos mismos; es decir, hacían una atribución causal externa.

Por concluir este primer apartado decir que la soledad es: a) un sentimiento individual de aislamiento (de amenaza, de dolor social); b) teñido de emociones negativas (vergüenza, tristeza, sufrimiento,..); c) unida a una falta de vinculación con personas, comunidad, etc.; d) fruto de una evaluación que hace el individuo entre lo que espera y lo que tiene (discrepancia); e) donde echa de menos relaciones significativas (íntimas, de calidad); f) que se va fraguando a lo largo de un tiempo.

o Unidad del Cuerpo Nacional de Policía adscrita a la Comunidad Autónoma de Aragón.



## 2. OTRAS CUESTIONES IMPORTANTES SOBRE EL CONCEPTO DE SOLEDAD:

Tal y como ha sido definida la soledad, no cabe duda, de que la analogía habitual que identifica soledad y aislamiento ha quedado rota: no todos los que viven solos, se sienten solos; y personas que viven acompañadas (no están aisladas) se sienten solas. Pero además, conviene no reducir la soledad a un único tipo o un único fenómeno. Rubenstein y Shaver (1980, 1982) ya nos alertaban sobre ello cuando decían aquello que la psicología ha demostrado otra vez su notable «capacidad para reducir las profundas y fascinantes cuestiones humanas a generalizaciones más bien superficiales y poco interesantes»; y de sus trabajos en la década de los ochenta podemos extraer una visión compleja y variada de lo que es la soledad. Rubenstein y Shaver (1980, 1982; Yanguas et al, 2018; Yanguas, Pinzao y Tarazona; 2018) planteaban que la soledad podía estar compuesta por muy heterogéneos

sentimientos clasificables en taxonomías concretas que incluían distintas emociones. Así, existiría un tipo de soledad ligada a los sentimientos de desesperación que incluyen miedo, desesperanza, vulnerabilidad, etc. Otra categoría, distinta de la anterior, sería la de la soledad provocada por sentimientos de tristeza, vacío, aislamiento, etc., que hemos categorizado en la siguiente tabla como depresión. Otra clase de soledad podría estar relacionada con el hastío, el aburrimiento, etc. Otra, con la baja autoestima. Y un largo etcétera que, sin duda, se podría añadir. Todas estas soledades perfilan y proyectan la riqueza subyacente a aquello que denominamos con una única palabra, soledad, algo que, por cierto, Lope de Vega hace cuatrocientos años ya sabía cuando escribió «A mis soledades voy, de mis soledades vengo».

**SENTIMIENTOS DE SOLEDAD**

DESPERACION	DEPRESION	HASTIO	BAJA AUTOESTIMA
Desesperación	Tristeza	Impaciencia	Falta de atractivo
Ansiedad	Vacío	Aburrimiento	Baja autoestima
Indefensión	Aislamiento	Deseo de estar en otro lugar	Sentimiento de ser menos (intelectualmente) que los demás
Miedo	Lástima uno mismo	Incomodidad	Vergüenza
Desesperanza	Melancolía	Intranquilidad	Inseguridad
Abandono	Alienación	Enfado	
Vulnerabilidad	Añoranza	No concentración	
	Nostalgia		
	Deseo		



Los sentimientos que caracterizan las distintas soledades son producidos por causas distintas. Hay quien se puede sentir solo porque se siente aislado, o porque le falta la pareja; o, teniendo pareja, no cuenta con el cariño que necesita; o porque está hospitalizado, o por miles de posibles causas distintas. La cuestión

que cabe plantearse es la necesidad, obvia por otra parte, de que, ante motivos diferentes, si queremos paliar, aliviar o mejorar las distintas soledades, solo podemos hacerlo mediante un conjunto de intervenciones múltiples y variadas.

<b>MOTIVOS DETRÁS DE LOS SENTIMIENTOS DE SOLEDAD</b>				
<b>SOLEDAD AMOROSA</b>	<b>ALIENACION</b>	<b>SENTIRSE SOLO</b>	<b>AISLAMIENT O FORZADO</b>	<b>DISTANCIA</b>
Falta pareja	Sentimiento ser diferente	Volver a casa y sentir la casa vacía	Recluirse en casa	Estar lejos de casa
No tener relaciones sexuales	Incomprensión	Estar sólo	Hospitalización	Tener trabajo (colegio) nuevo
Ruptura de pareja	Nadie tiene necesidad de mí		No tener transporte	Moverse demasiado
	Falta de amigos			Viajar mucho

Ante sentimientos diversos y causas diferentes que provocan las distintas soledades, los individuos reaccionan de formas muy variadas. Así en la soledad nos encontramos con una enorme diversidad de respuestas personales a su situación de soledad

(hay quien elabora una respuesta activa, otros pasiva, hay quien busca apoyo social, etc.); por otro, la importancia de las capacidades de las personas dando respuestas a la soledad.

#### **REACCIONES ANTE LA SOLEDAD**

<b>TRISTEZA PASIVA</b>	<b>SOLEDAD ACTIVA</b>	<b>GASTAR DINERO</b>	<b>BUSQUEDA DE CONTACTOS SOCIALES</b>
Llorar	Estudiar/Trabajar	Hacer compras	Llamar a un amigo
Dormir	Escribir	Gastar dinero	Visitar a alguien
Sentarse y pensar	Escuchar música		
No hacer nada	Deporte		
Comer	Hobby		
Tomar tranquilizantes	Cine		
Drogarse	Leer		
	Jugar a algo....		

Una última idea: hay personas que se sienten solas sin motivo o causa aparente que provoque esta situación. Algunos autores creen que hay una soledad "endógena", personas que por motivos

desconocidos, se sienten habitualmente solas, que viven en una especie de perpetua soledad sin que haya un motivo o causa aparente para ello.

## 3.EPIDEMIOLOGÍA DE LA SOLEDAD:

### 3.1.SOLEDAD EN EUROPA:

Habitualmente se suelen dar datos de prevalencia de la soledad, asociados a personas que viven solas. Siguiendo esta analogía (denostada anteriormente) en España las personas que vivían solas en el 2015 estarían alrededor de 4.585.200 según datos del INE., que son el 25% de la población. De ese conjunto total de hogares donde viven personas solas, en el 40% de esos hogares viven personas mayores de 65 años; de los cuales 7 de cada 10 que viven solas, son mujeres; y aproximadamente habría unas casi 400.000 mayores de 85 años, en la inmensa mayoría de los casos mujeres, que viven solas (INE, 2015). Respecto al 2017 (INE, 2017) la tendencia a vivir solo cuando se es mayor se acentúa: de las 4.687.400 personas que vivían solas en el 2017, un 41,8% (casi 2 millones) tenían 65 o más años y, de ellas, 1.410.000 eran mujeres.

Lo que ocurre, es que esta analogía no es cierta y que necesitamos, para hablar de cuantas personas se sienten solas, recurrir a estudios que abordan directamente la cuestión de la soledad.

Básicamente podemos afirmar que:

a) Las tasas de soledad suelen ser más elevadas en los países de Europa central y en el sur de Europa que en el norte de Europa (del Barrio et al., 2010; Dykstra, 2009; Fokkema, de Jong Gierveld, y Dykstra, 2012; Rico-Urbe et al., 2016; Sánchez-Rodríguez et al., 2012; Yang y Victor, 2011). Hay diferencias en la prevalencia de soledad entre los países de Europa Occidental y los de Europa Oriental, siendo más elevadas en estos últimos (de Jong Gierveld y Tesch-Römer, 2012; Hansen y Slagsvold, 2015). Por ejemplo, Sundström et al. (2009): Investigación transcultural en 12 países Europeos: a) Suiza, Dinamarca y Suecia presentaron las tasas más bajas de soledad; b) las más altas se encontraron en Francia, Israel, Italia y Grecia; c) la prevalencia de soledad casi todo el tiempo varió de un 1% en Suiza a un 10% en Grecia, siendo un 7% en España. En otras palabras: sociedades más familistas tienen mayores tasas de soledad, que sociedades más individualistas.

b) En España y Latinoamérica los estudios escasean, pero Andrés Losada et al. (2012) hallaron que el 23,1% de su muestra de personas mayores españolas se sentían solas, siendo que el 17,1% se sentían solos a veces y el 6,0% a menudo; y Velarde-Mayol et al (2015) hallaron que: a) la mayoría de los que vivían solos - el 63,2% - presentaron niveles de soledad entre moderado y grave; b) al comparar la muestra de personas que vivían solas con la de los que vivían acompañados, casi dos tercios de los primeros experimentaban mayor grado de soledad que aquellos que no vivían solos. Por último Sánchez-Rodríguez (2009) halló tasas de soledad de un 58,7% (presentaban algún grado de soledad), el 42% de la muestra informaron niveles bajos de soledad mientras que el 16,8% sufrían soledad moderada o grave.

c) Así mismo se han encontrado diferencias en el nivel socioeconómico, el estado de salud y las redes sociales de las personas que viven en distintos países podrían facilitar o dificultar sus oportunidades de participar en actividades sociales y de contar con relaciones sociales satisfactorias (Hansen y Slagsvold, 2015); y se ha constatado la influencia de los valores culturales en los diferentes países en la personalidad de sus habitantes, lo que afectaría las expectativas que tienen sobre sus relaciones sociales y consecuentemente contribuiría para una mayor o menor prevalencia de soledad (Yang y Victor, 2011).

Para finalizar podemos afirmar, que la soledad es un problema prevalente, que además como han destacado algunos medios generalistas (en Estados Unidos, por ejemplo, Chicago News, 16-02-14, y The New York Times, 09-09-16; en Australia, 9News.com, 27-02-14; en España, El Huffington Post, 06-04-17, El País, el 06-04-16, y ABC, 03-10-16), irá en aumento en las próximas décadas constituyéndose en un problema serio y prevalente, no solo social; sino como veremos seguidamente un problema de salud de primer orden.

## 3.2.SOLEIDAD EN LOS DISTINTOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA:

En Latinoamérica existen poco estudios científicos sobre la prevalencia de la soledad aunque diversos diarios (el colombiano en Colombia, el Confidencial en México, la Nación en Argentina, la Tercera en Chile, etc. entre otros) se han preocupado notablemente por este desafío y han dado, a la vez que distintas sociedades científicas, la alarma sobre ello.

Chile, por ejemplo, que es un país que envejece aceleradamente de los 2.218.394, mayores de 65 años, el 14,9% de dicho grupo de edad vivían solos, es decir, 330 mil personas, así lo muestra un estudio realizado por el Centro de Encuestas y Estudios Longitudinales de la U. Católica (Ceel UC), que consideró datos de las Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (Casen). El 17,7% de las mujeres mayores de 65 años vive sola, contra el 10,9% de los hombres; cifrando en un 16% las personas que viven solas en Chile según Gajardo (Gajardo et al, 2015).

Los estudios son difícilmente comparables debido a las muy diversas metodologías utilizadas y a veces a que la información existente procede de investigaciones con muestras pequeñas y

muy sesgadas. Así hay autores que dan distintas prevalencias de la soledad en América Latina, fluctuando las cifras entre un 3% en Uruguay, a un 49% en mayores de 75 años argentinos, variando en el caso chileno la prevalencia de soledad entre un 39-52% en personas mayores de 65 años (Barros, Avendaño y Forttes, 2004).

En México investigadores del Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades (CEIICH), de la UNAM, al participar en el Segundo Congreso Internacional Interdisciplinario sobre Vejez y Envejecimiento, manejaron cifras del 20 por ciento de los mayores que viven en soledad; e investigadores de la Universidad Pontificia Bolivariana de Medellín en Colombia (Cardona et al, 2013) mostraban prevalencias similares en Colombia con las encontradas en otros países Latinoamericanos.

En cualquier caso, la soledad se considera en los distintos países latinoamericanos un desafío fundamental para los próximos años, haciendo falta más estudios e inversión para hacer frente al mismo.

## 4. ¿AFECTA LA SOLEDAD A LA SALUD?

La evidencia empírica que describe la influencia de la soledad en la salud tanto física como psicológica es abrumadora. Así la soledad tiene influencia en la:

a) Salud física porque: empeora el funcionamiento vascular (Cacioppo, Hawkley, Crawford et al., 2002; O'Lunaigh y Lawlor, 2008); aumenta la presión sistólica (Hawkley, Masi, Berry, & Cacioppo, 2006); acrecienta la posibilidad de sufrir accidentes vasculares recurrentes (Cacioppo, Capitanio, & Cacioppo, 2014); disminuye la expresión de genes ligados a la respuesta anti-inflamatoria y aumentan la sobre expresión de genes asociados a la pro-inflamación (Cole et al., 2007); amplifica la actividad del eje hipotalámico-pituitario-adrenal HPA (Adam, Hawkley, Kudielka, & Cacioppo, 2006; Steptoe, Owen, Kunz-Ebrecht, & Brydon, 2004) esencial en los procesos de estrés; eleva las alteraciones en el sistema inmune (Pressman et al., 2005); empeora la nutrición (Ramic et al., 2011); acentúan la obesidad (Lauder, Mummery, Jones, & Caperchione, 2006); amplifica el declive motor (Buchman et al., 2010); potencian la reducción de la actividad física y la capacidad funcional (Hawkley et al., 2009; Shiovitz-Ezra y Ayalon, 2010); influencia la relación entre los genes y el ambiente (Goossens et

al, 2015; Gao et al, 2017).

B) Salud psicológica debido a que: la soledad predice síntomas depresivos (Cacioppo, Hughes, Waite, Hawkley, & Thisted, 2006; Holwerda et al, 2016); aumenta los problemas de sueño (Cacioppo, Hawkley, Berntson et al., 2002); empeora el funcionamiento cognitivo y aumenta el riesgo de padecer Enfermedad de Alzheimer (Wilson et al., 2007); acrecienta los problemas de salud mental (Tylova et al, 2013); incrementa la tasa de institucionalización (Russell, Cutrona, De La Mora, & Wallace, 1997; Logman et al, 2013); eleva la mortalidad (Steptoe et al, 2013; Luo et al., 2012); funciona (la soledad) como un riesgo de salud, similar a los establecidos como factores de riesgo "clásicos" como la obesidad, el colesterol, etc. (Holt-Lunstad et al, 2010), además de generar sufrimiento y disminuir la calidad de vida.

Resumiendo: el sufrimiento y el dolor que la soledad genera correlaciona ampliamente con la salud tanto física como psicológica; y sin ninguna duda la soledad es un problema de salud serio y prevalente (Cacioppo & Patrick, 2008; Hawkley et al, 2010).

## 5. INTERVENCIONES EN SOLEDAD:

Las publicaciones sobre intervenciones en soledad y/o aislamiento social en mayores que muestren datos de evaluación y medición del efecto del programa en los participantes, son escasas, con muestras pequeñas y metodología habitualmente incompleta (habitualmente sin grupos de control, etc.).

Así resumidamente y siguiendo trabajos anteriores (Yanguas, Pinazo, Tarazona; 2018) podemos destacar que:

- a) Diferentes revisiones sistemáticas (Yanguas, Pinazo, Tarazona; 2018) han encontrado que las más eficaces son las intervenciones grupales, con actividades de apoyo y educativas, dirigidas a grupos específicos y que se apoyan en los recursos comunitarios existentes, que incluyen además un entrenamiento y apoyo específico a los facilitadores (Findlay, 2003; Cattan et al, 2005; Dickens et al, 2011), generalmente voluntarios, de estas acciones.
- b) Masi et al (2011) en un metanálisis dividen las estrategias de intervención en cuatro tipos: las que aumentan las habilidades sociales; las dirigidas a fortalecer el apoyo social; las que aumentan las oportunidades de interacción social; y las dirigidas al entrenamiento sociocognitivo.
- c) La bibliografía existente constata el uso de muy diversos diseños metodológicos. Así Bartlett, Warburton, Lui, Peach, y Carroll (2013) utilizaron un diseño cuasiexperimental sin grupo control evaluando pre y post intervención, para medir la eficacia diferencial de tres tipos de programas de intervención: el primero que buscaba desarrollar habilidades individuales y comunitarias; un segundo programa que buscaba conectar un voluntario con una persona mayor socialmente aislada y así crear un clima de confianza y fomentar su participación en actividades sociales; un tercer programa que desarrolló un servicio voluntario dirigido a personas mayores con aislamiento social donde un profesional ayudaba a reclutar y formar a los voluntarios y compartir información y recursos, ofreciendo actividades sociales, de ocio y servicios de biblioteca para personas mayores inmigrantes a través de dos organizaciones comunitarias étnicas. La intervención realizada por Pitkala, Routasalo, Kautiainen y Tilvis (2009) fue, sin embargo, un ensayo aleatorizado controlado, con grupo experimental y grupo control, con medidas pre y post intervención (a los 3 y 6 meses) de mucha mayor consistencia metodológica. Además, es cada vez más común aunque minoritaria, el uso de metodología cualitativa para la evaluación de programas de intervención contra la soledad no deseada y el aislamiento -habiéndose utilizado entre otros los Clubes de amistad (Hemingway y Jack, 2013) centrado en proyectos creativos de arte, pintura, poesía (Swindells, 2013); las llamadas telefónicas en Call in time de Help the Aged (Banks y Banks, 2002)-, y distintos proyectos que han evaluado sus intervenciones con metodologías mixtas (cuantitativa y cualitativa) en el mismo proceso evaluativo (Yanguas et al, 2018).
- d) En la evaluación de intervenciones en soledad se han utilizado además distintos instrumentos de medida, lo que dificulta hacer comparaciones entre intervenciones para comparar su eficacia. No es lo mismo utilizar la UCLA en sus diferentes versiones (UCLA, UCLA-R, UCLA-3) (Banks y Bakns, 2002; Winningham y Pike, 2007)), que la escala de Jong Gierveld (Fokkema y Knipscheer, 2007; Coll-Planas et al, 2017), o el convoy de relaciones (Kahn y Antonucci, 1980), la Escala de Redes Sociales de Lubben (1988) o algunas escalas de estado de ánimo como el PANAS para medir bienestar subjetivo (Watsn y Clark, 1988); debido esencialmente a que las pruebas que miden soledad o red social, no están midiendo el mismo constructo ni constitutivo ni operativo, por lo cual los resultados son difícilmente comparables.

e) Respecto al género de las muestras y aunque la mayor parte de las intervenciones se ha dirigido tanto a hombres como a mujeres, algunos programas se han focalizado sólo en mujeres como The Friendship Enrichment Program (Stevens et al, 2006) un programa de 12 clases semanales que se centraron en la autoestima, las competencias relacionales y en varias fases del desarrollo, el uso y el mantenimiento de la amistad, así como en la práctica de habilidades sociales relevantes como empoderar a las mujeres mayores en el proceso de cumplir objetivos personales de amistad, ayudar a que las participantes clarifiquen sus necesidades, deseos, y expectativas de amistad, analizar sus redes sociales actuales para identificar los amigos reales y potenciales, formular metas que abarquen la mejora de las amistades existentes o el desarrollo de nuevas amistades, y desarrollar estrategias para conquistar las metas. También el programa se dirigió a ofrecer actividades personalizadas de estimulación creativa y contacto social activo y participativo a las mujeres mayores socialmente aisladas (en grupos de 8-12 personas), buscando estimular su pasión e interés por la vida al involucrarse en actividades creativas, físicas y culturales, con énfasis en la interacción social.

f) En lo relativo al formato de la intervención y su eficacia, Findlay (2003), Cattan, White, Bond, y Learmouth (2005) Hagan, Manktelow, Taylor, y Mallett (2014), hicieron revisiones sistemáticas de las intervenciones en soledad y aislamiento social que habían aparecido en la literatura científica desde 1970. Cattan, White, Bond, y Learmouth (2005) identificaron y categorizaron 30 estudios siendo 17 de ellos intervenciones grupales, 10 "one-to one", 3 fueron provisión de servicios, y 1 de desarrollo comunitario. La mayor parte implementadas en USA o Canadá, con una gran variabilidad en sus diseños, métodos, y generalización de sus resultados. 9 de cada 10 intervenciones eficaces fueron intervenciones grupales con grupo de apoyo o educativo, mientras que 6 de las 8 intervenciones ineficaces proporcionaron apoyo individualizado (basado en consejo, información o asesoramiento en necesidades de salud). La revisión concluyó que las intervenciones grupales educativas y sociales dirigidas a grupos específicos pueden aliviar el aislamiento social y la soledad en las personas mayores y que la efectividad de las intervenciones centradas en las visitas a domicilio y "befriending" no ha sido demostrada. Por otro lado, Stojanovic, Collamati, La Milia, Borghini, Duplaga, Rodzinka, Ricciardi, Magnavita,

Moscato, y Poscia (2016) realizaron una revisión y puesta al día de intervenciones en soledad y apoyo social publicadas en castellano e italiano encontrando 15 muy diferentes entre sí y heterogéneas: 8 de ellas mostraron una reducción de la soledad y 6 un aumento importante en apoyo social y reducción del aislamiento social. De entre ellas, los programas comunitarios centrados en el arte mostraron un importante papel en el aumento de la inclusión social; mientras las intervenciones educativas centradas en la implicación social y el apoyo fueron eficaces para reducir la soledad. Las intervenciones que utilizaron las nuevas tecnologías y los programas de actividad física aparecen con una prometedora eficacia, aunque también estos autores dan la alarma sobre la necesidad de hacer buenas intervenciones, bien diseñadas y bien evaluadas para mostrar el impacto de estas intervenciones en la salud (Poscia et al, 2016).

g) Según el tipo de intervención, la mayor parte se centran en el fortalecimiento de los vínculos sociales y de amistad. El aumento del número de usuarios de las tecnologías de la comunicación e información (su facilidad y bajo coste) ha hecho que muchos programas de intervención se apoyen en internet y en sus posibilidades para aumentar las redes sociales y reducir la soledad. Autores como Hagan, Manktelow, Taylor, y Mallett (2014) recomiendan el uso de las nuevas tecnologías para reducir la soledad; en cambio, Chipps, Jarvis y Ramlall (2017) tras realizar una revisión sistemática de "e-intervenciones" en 12 bases de datos de revisiones publicadas entre 2000 y 2017 identificaron 12 revisiones de eficacia moderada y los estudios primarios mostraron falta de rigor. Los autores concluyeron que la evidencia de este tipo de intervenciones es inconsistente y débil.

h) En la mayoría de los textos analizados, el contexto de las intervenciones es fundamentalmente comunitario, aunque sí que es cierto que hay algunas intervenciones en contextos específicos, por ejemplo, en residencias de personas mayores. De éstas, algunas utilizan la terapia asistida por animales como el programa de Banks y Banks (2002) o el de Vrbanac et al (2013) con sesiones semanales con perros. Otras, utilizan ejercicio físico (Tse et al, 2013) o programas de jardinería "indoor" para facilitar el aumento de la socialización y la satisfacción con la vida, reducir la soledad y promover actividades de la vida diaria de las personas mayores que viven en residencias (Brown et al 2004)).

## 6. OTRAS CONSIDERACIONES RESPECTO A LA SOLEDAD EN MAYORES

Antes de finalizar el presente texto y para dar una visión más global de la soledad en mayores vamos a aportar alguna información más que facilite entender el fenómeno en su conjunto así como las posibilidades de intervención:

a) Respecto a si la soledad en el envejecimiento está unido a la soledad que se experimenta a lo largo del ciclo vital, investigaciones variadas han relacionado la soledad actual con las trayectorias vitales (Aarstsen y Jylhä, 2011). Así el “engagement” social en los mayores está determinado por el “engagement” que un individuo tiene por lo menos 20 años antes y hay una relación directa entre el “engagement social” y la soledad (Dahlberg et al, 2016). No obstante, parece ser que el actual “engagement” tiene más influencia en la soledad que el “engagement” pasado, aunque los patrones de funcionamiento social previos son esenciales para determinar el “engagement” futuro (Dahlberg et al, 2016).

b) Profundizando en la relación entre la soledad y la demencia conviene destacar que las conductas psicosociales y la salud cognitiva están ligadas a través de múltiples mecanismos neurobiológicos (Wilson y Benton, 2017) y claramente establecida la relación entre soledad y demencia (Wilson et al, 2007). Es más una baja participación social, una menor frecuencia de contactos sociales y una mayor soledad estaban relacionados estadísticamente con la incidencia de demencia (Kuiper et al, 2017). Algunos estudios constatan que el “sentimiento de estar solo” más que “estar solo” puede considerarse como un riesgo “mayor” de demencia independientemente de los factores vasculares, depresión, y otros clínicamente probados y algunos autores hipotetizan con el hecho de que los sentimientos de soledad puede indicar que una persona tiene una demencia en fases prodrómicas (Holwerda et al, 2012); habiéndose también

encontrado una asociación positiva entre alucinaciones y soledad en personas con EA y entre soledad y aislamiento (El Haj et al, 2016).

c) En lo que se refiere a la cuestión de la soledad en los contextos residenciales Jansson y colaboradores (2017) en uno de los escasos textos disponibles, con una muestra de 61 residencias en Finlandia y 4966 sujetos incluidos en dicha muestra concluían que: falta atención a la experiencia de la soledad en centros gerontológicos; que se da una muy alta prevalencia de la soledad (9% soledad muy alta y 26% soledad elevada); y que la soledad estaba asociada a tanto a baja salud percibida, como a mayor discapacidad, aumento de problemas de movilidad, peor función cognitiva, depresión, peor nivel de bienestar y mayor mortalidad. En esta misma línea otros autores (Drageset, Jorunn et al 2011) en 30 residencias noruegas concluyen que el 56% aproximadamente de los residentes experimentaban soledad y concluían que la cercanía emocional a otras personas provee un sentimiento de seguridad que incide de manera fundamental en los sentimientos de soledad, de manera mucho más intensa que la frecuencia de contacto con familiares y amigos (que no explicaba la experiencia de la soledad). En la misma línea que lo anterior, autores cercanos a los modelos de atención centrados en la persona enfatizan la relación entre “sentimiento de estar en casa” y la soledad/ relaciones, argumentando que algunas claves de dichos modelos -como el sentimiento de ser reconocido (Charras y Cérèse, 2017); la posibilidad de autodeterminación, autonomía y control (Charras y Cérèse, 2017); los cambios cualitativos en las conversaciones si existe un mayor conocimiento de la persona (Rijnaard et al, 2016) y la reciprocidad en las relaciones entre los profesionales y los residentes (Molony, 2010)- pueden mejorar las situaciones de soledad sin una intervención directa sobre la misma.

## 7. CONCLUSIONES

- La soledad es un problema serio y prevalente que afecta a las personas mayores en general y cuya relevancia aumenta con la edad y las situaciones de vulnerabilidad y dependencia.
- La soledad depende tanto de factores intrapersonales (personalidad, engagement, motivación,...) como externos a la persona: eventos vitales, economía, pobreza, vivienda, nivel cultural, etc.
- La soledad necesita un abordaje complejo e interdisciplinar, debido a su influencia en muy distintas áreas de la vida de las personas: salud, bienestar, función, fragilidad, etc., pudiendo ser considerado un riesgo de salud clásico como la obesidad, la hipercolesterolemia, etc.
- Queda mucho camino por recorrer en la innovación y puesta en marcha de intervenciones eficaces que hagan frente a un problema, que padecen un parte muy importante y significativa de nuestras personas mayores; y que es además de una tremenda crueldad e injusticia.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

- Aartsen, M., & Jylh€a, M. (2011). Onset of loneliness in older adults: Results of a 28 year prospective study. *European Journal of Ageing*, 8(1), 31-38. doi:10.1007/s10433-011-0175-7.
- Adam EK, Hawkley LC, Kudielka BM, Cacioppo JT. Day-to-day dynamics of experience-cortisol associations in a population-based sample of older adults. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2006; 103:17058-63.10.1073/pnas.0605053103.
- Banks MR, Banks WA The effects of animal-assisted therapy on loneliness in an elderly population in long-term care facilities. *J Gerontol Biol Sci Med Sci*. 2002;57(7): 428-432.
- Barros C, Avendaño C, Forttes A (2004). Componentes de la calidad de vida del adulto mayor y factores asociados. Informe de Investigación Proyecto FONDECYT 1020643. Santiago de Chile
- Bartlett H, Warburton J, Lui CW, Peach L, Carroll M Preventing social isolation in later life: Findings and insights from a pilot Queensland intervention study. *Ageing & Society*. 2013; 33:1167-1189.
- Beadle JN et al (2012): Trait Empathy as a Predictor of Individual Differences in Perceived Loneliness. *Psychol Rep*. 2012 February; 110(1): 3-15.
- Boss L, Kang DH, Branson S (2015) Loneliness and cognitive function in the older adult: a systematic review. *Int Psychogeriatr* 27(4):541-553.
- Brown, VM, Allen, AC, Dwozan, M, Mercer, I, Warren, K Indoor gardening and older adults: Effects on socialization, activities of daily living and loneliness. *J Gerontol Nursing*. 2004; 30:34-42.



- Buchman AS, Boyle PA, Wilson RS, James BD, Leurgans S E, Arnold S E and Bennett D A (2010) Loneliness and the rate of motor decline in old age: the Rush Memory and Aging Project, a community-based cohort study, *BMC Geriatrics* 10 :77
- Cacioppo JT, Hawkley LC, Berntson GG, Ernst JM, Gibbs AC, Stickgold R, et al. Do lonely days invade the nights? Potential social modulation of sleep efficiency. *Psychological Science* 2002;13(4):384–387. [PubMed: 12137144].
- Cacioppo S, Capitanio JP, Cacioppo JT. Toward a neurology of loneliness. *Psychological Bulletin*. 2014;10.1037/a0037618
- Cacioppo, J. T. y Patrick, W. (2008). Lonely in a social world. En: Cacioppo, J. T.; y Patrick, W. (Eds.) *Loneliness: human nature and the need for social connection*. Cap. 1, 3-19.
- Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., y Thisted, R. A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging*, 21, 1, 140-151.
- Cardona JL, Villamil MM, Henao E, Quintero Á (2013): El sentimiento de soledad en adultos. *Medicina UPB*, vol. 32, núm. 1, enero-junio, 2013, pp. 9-19
- Cattan, M, White, M, Bond, J, Learmouth, A Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing & Society*. 2005; 25(1):41-67.
- Charras K, Cérèse F (2017): Être "chez-soi" en EHPAD: domestiquer l' ' institution. *Gérontologie et Societé*, 152, vol39..
- Chipps J, Jarvis MA, Ramlall S The effectiveness of e-Interventions on reducing social isolation in older persons: A systematic review of systematic reviews. *J Telemed Telecare*. 2017;23(10):817-827. doi: 10.1177/1357633X17733773. Epub 2017 Sep 29.
- Cohen-Mansfield J, Perach R (2015): Interventions for alleviating loneliness among older persons: a critical review. *Am J Health Promot*; 29:109–125.
- Cole SW, Hawkley LC, Arevalo JM, Sung CY, Rose RM, Cacioppo JT. Social regulation of gene expression in human leukocytes. *Genome Biology* 2007;8(9):R189.181–R189.113. PMID:PMC2375027. [PubMed:17854483].
- Coll-Planas L, Del Valle G, Bonilla P, Masat T, Puig T, Monteserin R Promoting social capital to alleviate loneliness and improve health among older people in Spain. *Health and Social Care in the Community*. 2017;25(1):145-157.
- 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*. <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2016.1247425>.
- de Jong Gierveld, J. (1987). Developing and testing a model of loneliness. *J of Pers and Social Psych*, 53, 119-128.
- de Jong Gierveld, J., van der Pas, S., y Keating, N. (2015). Loneliness of older immigrant groups in Canada: Effects of ethnic-cultural background. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 30, 251-268. doi: 10.1007/s10823-015-9265-x
- de Jong Gierveld, J., y Tesch-Römer, C. (2012). Loneliness in old age in Eastern and Western European societies: Theoretical perspectives. *European Journal of Ageing*, 9, 285-295. doi: 10.1007/s10433-012-0248-2
- del Barrio et al (2010). La soledad de las personas mayores en España y Suecia: Contexto y cultura. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 45, 4, 189-195.
- Dickens AP, Richards SH, Greaves CJ, Campbell JL Interventions targeting social isolation in older people: A systematic review. *BMC Public Health*. 2011; 11:1-22.

- Donio Bellegarde M (2017): La soledad de las mujeres mayores que viven solas. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Valencia
- Drageset, Jorunn et al (2011): Loneliness and social support among nursing home residents without cognitive impairment: A questionnaire survey *International Journal of Nursing Studies*, Volume 48, Issue 5, 611 - 619.
- Dykstra, P. A. (2009). Older adult loneliness: Myths and realities. *European Journal of Ageing*, 6, 91-100. doi: 10.1007/s10433-009-0110-3.
- ElHajM, JardriR, LarøiF, AntoineP(2016): Hallucinations, loneliness, and social isolation in Alzheimer's disease, *Cognitive Neuropsychiatry*, DOI: 10.1080/13546805.2015.1121139
- Findlay RA (2003): Interventions to reduce social isolation amongst older people: where is the evidence? *Ageing Soc*; 23: 647-658.
- Findlay, RA Interventions to reduce social isolation amongst older people: where is the evidence? *Ageing & Society*. 2003;23:647-658.
- Fokkema T, Knipscheer K 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*. 2007; 11(5):496-504.
- Fokkema, T., de Jong Gierveld, J., y Dykstra, P. A. (2012). Cross-national differences in older adult loneliness. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 146, 1-2, 201-28.
- Fullerton C et al (2017): Prevalencia y niveles de soledad en adultos mayores asistentes a actividades de la municipalidad de Vitacura. *Rev GPU* 2017; 13; 3: 312-318
- Gajardo J (2015): Vejez y soledad: implicancias a partir de la construcción de la noción de riesgo. *Acta Bioethica*, vol. 21, núm. 2, 2015, pp. 199-205
- Gao et al (2017): Genome-Wide Association Study of Loneliness Demonstrates a Role for Common Variation. *Neuropsychopharmacology* 42, 811-821.
- Goossens, L., van Roekel, E., Verghaen, M., Cacioppo, J. T., Cacioppo, S., Maes, M., & Boomsma, D. I. (2015). The genetics of loneliness: Linking evolutionary theory to genome-wide genetics, epigenetics, and social science. *Perspectives on Psychological Science*, 10, 213-226.
- Hagan R, Manktelow R, Taylor BJ, Mallett J Reducing loneliness amongst older people: a systematic search and narrative review. *Aging & Mental Health* 2014;18(6):683-93. doi: 10.1080/13607863.2013.875122. Epub 2014 Jan 17.
- Hansen, T., y Slagsvold, B. (2015). Late-life loneliness in 11 European counties: Results from the Generations and Gender Survey. *Social Indicators Research*, 1-20.
- Hauge, S., y Kirkevold, M. (2010). Older Norwegians' understanding of loneliness. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 5, 4654.
- Hawkey LC, Thisted RA, Masi CM, Cacioppo JT. Loneliness predicts increased blood pressure: 5-year cross-lagged analyses in middle-aged and older adults. *Psychol Aging*. 2010 Mar;25(1):132-41.
- Hemingway A, Jack E Reducing social isolation and promoting well-being in older people. *Quality in Ageing and Older Adults*. 2013;14(1):25-35. <https://doi.org/10.1108/14717791311311085>
- Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB (2010) Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLoS Med* 7(7): e1000316. doi:10.1371/journal.pmed.1000316.

- Holwerda TJ et al (2012): Feelings of loneliness, but not social isolation, predict dementia onset: results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL) *J Neurol Neurosurg Psychiatry*;0:1-8. doi:10.1136/jnnp-2012-302755.
- Holwerda, T. J., Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., Stek, M. L., van Tilburg, T. G., Visser, P. J., Schmand, B., Jonker, C., y Schoevers, R. A. (2012). Increased risk of mortality associated with social isolation in older men: only when feeling lonely? Results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *Psychological Medicine*, 42, 843-853.
- Jansson AH, Muurinen S, Savikko N, Soini H, Suominen MM, Kautiainen H, Pitkälä KH (2017): Loneliness in nursing homes and assisted living facilities: prevalence, associated and prognosis. *Jour Nursing Home Res* 2017;3:43-49.
- Kahn RL Antonucci T C (1980). Convoys over the life course: Attachment, roles, and social support. In PB Baltes & O Brim (Eds.), *Life-span development and behavior* (Vol. 3, pp. 254-283). New York: Academic Press.
- Kime N., Cattan M., Bagnall AM, The delivery and management of telephone befriending services – whose needs are being met? *Quality in Ageing and Older Adults*. 2012;13 (3):231-240. <https://doi.org/10.1108/14717791211264278>
- Kuiper J et al (2015): Social relationships and risk of dementia: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Ageing Research Reviews* 22 (2015) 39-57.
- Lauder W, Mummery K, Jones M, Caperchione C. A comparison of health behaviours in lonely and non-lonely populations. *Psychol Health Med*. 2006; 11:233-245. doi:10.1080/13548500500266607 [PubMed: 17129911]
- Longman J, Passey M, Singer J and Morgan G (2013) The role of social isolation in frequent and/or avoidable hospitalisation: rural community-based service providers' perspectives, *Australian Health Review* 37 (2) :223-231
- Losada, A. et al . (2012). Loneliness and mental health in a representative sample of community-dwelling Spanish older adults. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 146, 3, 277-292.
- Lubben J Assessing social networks among elderly populations. *Family & Community Health: The Journal of Health Promotion & Maintenance*. 1988; 11:42-52.
- Luo Y, Hawkey LC, Waite LJ, Cacioppo JT. Loneliness, health, and mortality in old age: A national longitudinal study. *Social Science & Medicine*. 2012; 74:907-914. doi:10.1016/j.socscimed.2011.11.028 [PubMed: 22326307].
- M. D. Rijnaard, J. van Hoof, B. M. Janssen, et al., "The Factors Influencing the Sense of Home in Nursing Homes: A Systematic Review from the Perspective of Residents," *Journal of Aging Research*, vol. 2016, Article ID 6143645, 16 pages, 2016. doi:10.1155/2016/6143645
- Masi CM, Chen, HY, Hawkey, LC, Cacioppo, JTA meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Pers Soc Psychol Rev*. 2011; 15(3):219-266. doi:10.1177/1088868310377394.
- Molony S.(2010). The Meaning of Home: A Qualitative Metasynthesis. *Research in Gerontological Nursing*. 3(4) 291-307. doi:10.3928/19404921-20100302-02
- O'Luanaigh C and Lawlor B A (2008) Loneliness and the health of older people, *International Journal of Geriatric Psychiatry* 23 (12) : 1213-1221
- Ong AD, Uchino BN, Wethington E (2016): Loneliness and Health in Older Adults: A Mini-Review and Synthesis. *Gerontology* ;62:443-449.
- Peplau, L. A. y Perlman, D. (1982). *Loneliness: a sourcebook of current theory, research and therapy*. Nueva York: John Wiley and Sons.

- Pikhartovaa J, Bowling A, Victor C (2016): Is loneliness in later life a self-fulfilling prophecy?. *Aging & Mental Health*, Vol. 20, No. 5, 543549, <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2015.1023767>
- Pitkala KH, Routasalo P, Kautiainen H, Tilvis RSEffects of psychosocial group reahilitation on health, use of health care services, and mortality o folder personas suffering from loneliness: a randomized, controlled trial. *J Gerontol Biol Sci Med Sci*.2009;64:792-800.
- Poscia A, Stojanovic J, La Milia DI, Duplaga M, Griszta M, Moscato U, Onder G, Collamati A, Ricciardi W, Magnavita NInterventions targeting loneliness and social isolation among the older people: An update systematic review. *Experimental Gerontology*.2016;102:133-144.
- Pressman SD, Cohen S, Miller GE, Barkin A, Rabin BS, Treanor JJ. Loneliness, social network size, and immune response to influenza vaccination in college freshmen. *Health Psychology* 2005;24(3):297-306. [PubMed: 15898866].
- Ramic E, Pranjic N, Batic-Mujanovic O, Karic E, Alibasic E and Alic A (2011) The effect of loneliness on Malnutrition in elderly population, *Medical Archives* 65 (2) : 92-95
- Rico-Uribe, L.A et al (2016). Loneliness, social networks, and health: A cross-sectional study in three countries. *PLoS ONE*, 11, 1, e0145264.
- Rubenstein, C. M., & Shaver, P. (1980). Loneliness in two northeastern cities. In J. Hartog, J. R. Audy, & Y. A. Cohen (Eds.), *The anatomy of loneliness* (pp. 319-337). New York: International Universities Press .
- Rubenstein, C., & Shaver, P. (1982). The experience of loneliness. In L. A. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 206-223). New York: Wiley.
- Russell, D. W., Cutrona, C. E., De La Mora, A., y Wallace, R. B. (1997). Loneliness and nursing home admission among rural older adults. *Psychology and Aging*, 12, 4, 574-589.
- Sánchez-Rodríguez, M.M. (2009). Determinantes sociales de la soledad en las personas mayores españolas: Dar y recibir apoyo en el proceso de envejecer. Tesis Doctoral: Universidad de Salamanca.
- Sánchez-Rodríguez, MM et al (2012). Loneliness and the exchange of social support among older adults in Spain and the Netherlands. *Ageing and Society*, 1-25.
- Shiovitz-Ezra S, Ayalon L. Situational versus chronic loneliness as risk factors for all-cause mortality. *Int Psychogeriatr*. 2010;22(3):455-462
- Slettebø Å (2008): Safe, but lonely: Living in a nursing home. *VÅRD I NORDEN* 1. PUBL. NO. 87 VOL. 28 NO. 1 PP 22-25
- Steptoe A, Owen N, Kunz-Ebrecht SR, Brydon L. Loneliness and neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory stress responses in middle-aged men and women. *Psychoneuroendocrinology*. 2004; 29:593-611.10.1016/S0306-4530(03)00086-6 [PubMed: 15041083]
- Steptoe A, Shankar A, Demakakos P and Wardle J (2013) Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women, *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 110 (15) : 5797-5801
- StevensNL, MartinaCMS, WesterhofGJ Meeting the need to belong: Predicting effects of a friendship enrichment program for older women. *The Gerontologist*. 2006; 46:495-502. DOI:10.1093/geront/46.4.495
- Stojanovic J, Collamati A, La Milia DI, Borghini A, Duplaga M, Rodzinka M, Ricciardi W, Magnavita N, Moscato U, Poscia A Targeting loneliness and social isolation among the elderly: An update Systematic Review. *European Journal of Public Health*. 2016; 26 (suppl.1),10.

- Swindells, R., Lawthom, R., Rowley, K., Siddiquee, A., Kilroy A, & Kagan CEudaimonic well-being and community arts participation. *Perspect Public Health*. 2013;133(1):60-65. doi: 10.1177/1757913912466948.
- S nderby, L. «Loneliness: an integrative approach». *Journal of Integrated Social Sciences*; vol. 3, n.º 1 (2013), p. 1-29.
- Tse MMY, Tang SX, Wan VT, Wong SK The efectiveness of physical exercice training in pain, mobility, and psychological well-being of older persons living in nursing homes. *Pain Manag Nurs*. 2014;15:778-788.
- Tylova V, Ptáček R and Kuželová H (2013) Emotional and social loneliness in etiology and therapy of mental illness, *European Psychiatry* 28 (Supp 1): 1
- van Tilburg, T., Havens, B., y de Jong Gierveld, J. (2004). Loneliness among older adults in the Netherlands, Italy and Canada: a multifaceted comparison. *Canadian Journal of Aging*, 23, 2, 169-180.
- Velarde-Mayol, C., Fraga-Gil, S., y García-de-Cecilia, J. M. (2015). Validación de la escala de soledad de UCLA y perfil social en la población anciana que vive sola. *Semergen*. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2015.05.017>
- Victor, C. and Sullivan, M.P. (2015), "Loneliness and isolation." In J. Twigg and W. Martin (Eds.) *Handbook of Cultural Gerontology*. Abingdon, Oxon: Routledge, pp. 252-260.
- Victor, C., Scambler, S., Bond, J., y Bowling, A. (2000). Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone. *Reviews in Clinical Gerontology*, 10, 407-417.
- Victor, C.R., Scambler, S. and Bond, J. (2009), *The Social World of Older People, Understanding Loneliness and Social Isolation in Later Life*. Maidenhead, Berkshire: Open University Press.
- Vrbanac Z, Zecevic I, Ljubic M, Belic M, Stanin D, Bottegaro NB et al Animal assisted therapy and perception of loneliness in geriatric nursing home residents. *Coll Antropol*. 2013; 37:973-976.
- Watson D, Clark LA, Tellegen A Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *J Pers Soc Psychol*. 1988; 54(6):1063-1070.
- Weiss, R. S. (1983). *Loneliness: the experience of emotional and social isolation*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Weiss, R. S.; Bowlby, J.; Parkes, C. M. «Affectional bonds: Their nature and origin». En: R. S. Weiss (ed). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge, MA: MIT Press, 1973b, p. 38-52.
- Weiss, R. S.; Bowlby, J.; Parkes, C. M. «The study of loneliness». En: R. S. Weiss (ed). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge, MA: MIT Press, 1973a, p. 7-30.
- Wenger, G.C., & Burholt, V. (2004). Changes in levels of social isolation and loneliness among older people in a rural area: A twenty-year longitudinal study. *Canadian Journal on Aging- Revue Canadienne Du Vieillissement*, 23(2), 115-127. doi:10.1353/cja.2004.0028
- Wilson RS , Bennet DA (2017): How Does Psychosocial Behavior Contribute to Cognitive Health in Old Age?. *Brain Sci.*, 7, 56; doi:10.3390/brainsci7060056
- Wilson, R. S., Krueger, K. R., Arnold, S. E., Schneider, J. A., Kelly, J. F., Barnes, L. L., Tang, Y., y Bennett, D. A. (2007). Loneliness and risk of Alzheimer's disease. *Archives of General Psychiatry*, 64, 234-240.
- Yang, K., y Victor, C. (2011). Age and loneliness in 25 European nations. *Ageing and Society*, 31, 1368-1388
- Yanguas J eta al (2018). Vivir es descubrirme. Programa de Mayores. Obra Social "la Caixa". (In press).
- Yanguas J, Pinazo S, Tarazona J(2018): The complexity of loneliness. *Acta Biomedica*. (In press).

**viu** | **Universidad**  
Internacional  
de Valencia

Síguenos en:



[www.viu.es](http://www.viu.es)