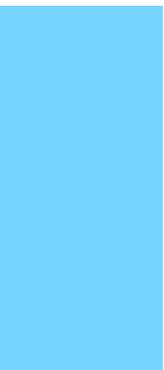


La Soledad en Residencias de Personas Mayores

Guía de buenas prácticas



“ En la soledad no se encuentra más que lo que a la soledad se lleva.”

- Juan Ramón Jiménez



Diciembre de 2020

Pamplona, Navarra.

Edición y maquetación

Nuria Carcavilla

Propiedad intelectual

El contenido y material publicado en este documento

pertenece de forma exclusiva a Nuria Carcavilla y Lares Navarra.

Nuria Carcavilla © 2020

Lares Navarra © 2020

Queda expresamente prohibida la reproducción total o parcial de este documento, ni de cualquiera de sus

Contenidos

5 Introducción

7 Definición y conceptos relacionados con la soledad

10 Factores de riesgo para la soledad

16 Impacto de la soledad en la salud de las personas mayores

17 Salud mental durante la pandemia por Covid-19

19 Detectar la soledad en las personas mayores que viven en residencias

24 Estrategias para abordar la soledad en las residencias

27 Intervenciones para abordar la soledad en residencias

29 Estudio piloto en la residencia San José y San Severino

48 Referencias



Introducción

La sociedad española está inmersa en una profunda transformación sociodemográfica la cual se refleja en el progresivo envejecimiento de su población y el consiguiente aumento de la esperanza de vida, situado en el año 2018 en los 83,2 años.

Según las proyecciones realizadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE), en el año 2050 las personas mayores de 65 años en España estarán por encima del 30% de la población (con casi 13 millones) y las personas de más de 80 años llegarán a ser más de 4 millones, lo que supondría más del 30% del total de la población mayor.

Esta transformación sociodemográfica lleva de la mano un incremento potencial de las situaciones de soledad y

aislamiento social para el grupo de personas mayores.

Un estudio realizado por Fundación La Caixa en 2018 concluye que el 39,8% de las personas mayores de 65 años en España presentan soledad emocional.

Cuando se analiza la soledad en los diferentes entornos de vida, los datos son más preocupantes cuando se pone el foco en entornos de cuidados a largo plazo, como son las residencias. La prevalencia de soledad severa entre las personas mayores que viven en residencias es al menos el doble que en las poblaciones que viven en la comunidad: del 22% al 42% para la población residente, en comparación con el 10% para la población comunitaria.¹

Diversos estudios estiman que un rango del 33% al 72% de las personas mayores reportan sentimientos de soledad y que una mayor proporción de estas personas vive en una residencia.²⁻⁵

Un estudio encontró que más de la mitad de las personas mayores sin deterioro cognitivo que viven en residencias informaron sentirse solas ⁶ y, cuando se utilizó la escala de soledad de UCLA, los resultados mostraron que todos los residentes se sentían solos: un 25% moderadamente y un 75% severamente.⁷

La necesidad insatisfecha de relaciones significativas y la pérdida de autodeterminación debido a la “institucionalización” juegan un papel crucial en los sentimientos de soledad.⁸

A pesar de que existe una evidencia cada vez mayor sobre el papel que desempeña la vivienda y las formas de convivencia de las personas mayores en la lucha contra la soledad y el aislamiento social, hay una falta de orientación práctica para su abordaje dirigida a los proveedores de servicios de salud y todos aquellos profesionales que trabajan con personas mayores en entornos residenciales.

Por estas razones, el presente proyecto tiene como objetivo revisar estudios previos e identificar, desde la evidencia, formas de aliviar la soledad entre las personas mayores que viven en residencias. Como resultado, esta guía de buenas prácticas ofrece orientaciones a quienes apoyan a las personas mayores que viven en residencias y sufren soledad o están en riesgo de sufrirla, facilita herramientas para identificar y evaluar las situaciones de soledad y ejemplos prácticos que demuestran el papel que desempeñan las residencias para prevenir y abordar la soledad.

En segundo lugar, este proyecto pretende evaluar la eficacia de un estudio piloto basado en el acompañamiento como intervención para aliviar la soledad en personas mayores que viven en residencias. En este estudio, las personas mayores se refieren a las personas que tienen 65 años o más y viven en centros de atención a largo plazo.

Este proyecto ha sido desarrollado de manera conjunta por Lares Navarra y Familiados y ha recibido financiación del Departamento de Derechos Sociales del Gobierno de Navarra.

Definición y conceptos relacionados con la soledad

Los términos "soledad" y "aislamiento social" a menudo se usan indistintamente, pero son diferentes, y es importante comprender sus diferencias para medirlos y poder desarrollar y aplicar las intervenciones más adecuadas.

Definición de soledad

La soledad es subjetiva, esto quiere decir que se basa en los sentimientos de cada persona y, por tanto, es una experiencia única. Se relaciona con la diferencia entre la cantidad y la calidad de las relaciones y los contactos que nos gustaría tener con otras personas, grupos y con la comunidad en general, y aquellos que realmente tenemos.

¿Cómo se mide la soledad?

La soledad se mide mediante preguntas que buscan percepciones de relaciones, actividad social y sentimientos sobre la actividad social. Como concepto social, la soledad destaca la importancia de las percepciones sociales y las evaluaciones

de las relaciones personales. En particular, la soledad se define por aquellas situaciones en las que el número de relaciones es menor de lo esperado o la calidad de las relaciones existentes es menor de la deseada.⁹ Dado que la soledad es una percepción que no se puede observar objetivamente, se ha presentado de varias formas. Puede verse como una discrepancia entre la interacción real y deseada con otros; una privación percibida del contacto social; la falta de personas percibidas como disponibles o dispuestas a compartir experiencias sociales y emocionales; o un estado en el que un individuo tiene el potencial de interactuar con otros pero no lo está haciendo.¹⁰

Principales escalas para medir la soledad en personas mayores:

- Escala de soledad de UCLA (UCLA Loneliness Scale).¹¹
- Escala de soledad de Jong Gierveld (Jong Gierveld Loneliness Scale).¹²
- Escala ESTE de Soledad.¹³

¿Cómo se mide el aislamiento social?

Definición de aislamiento social

El aislamiento social es más objetivo y se refiere a la cantidad de relaciones sociales que tenemos con familiares y amigos, otras personas, grupos y con la comunidad en general.

El aislamiento social se puede medir utilizando observaciones de las interacciones sociales y de la red de una persona. El aislamiento social es una medida objetiva de la interacción social (número de contactos personales) y a veces se le denomina soledad.¹⁴

Aquellas personas que a menudo están solas, sin embargo, no necesariamente se sienten solas, ya que la soledad puede ser una elección personal.

Principales escalas para medir el aislamiento social en personas mayores:

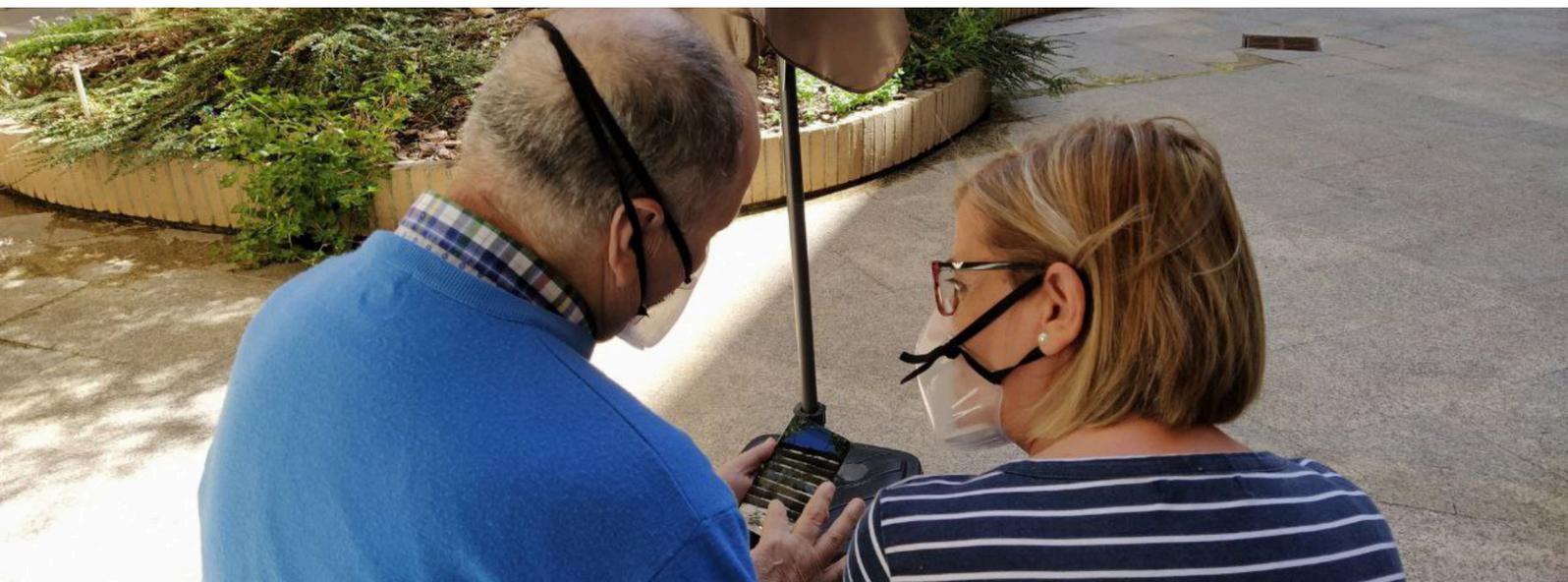
- Escala de red social de Lubben (Lubben Social Network Scale).¹⁵
- Escala APGAR-familiar. ¹⁶
- Escala de Recursos Sociales OARS (Duke University, 1978)



Como ya se ha mencionado, la soledad es subjetiva. Si una persona tiene pocas relaciones, pero no existe una gran diferencia entre esto y las relaciones que le gustaría tener, entonces esta persona no tiene por qué sentirse necesariamente sola. Puede darse la situación en la que una persona sufra aislamiento social debido al aislamiento físico, por ejemplo, por vivir muy lejos de sus familiares o amigos, por tener una discapacidad que le impida desplazarse de manera independiente o por no poder utilizar la tecnología para comunicarse con otras personas que viven lejos. Sin embargo, las personas que no están necesariamente aisladas socialmente de esta manera, también pueden sentirse solas. Podemos sentirnos solos en una habitación llena de gente o en una ciudad donde cientos de personas pasan a nuestro alrededor cada día, pero no estaremos aislados socialmente. Por supuesto, podemos

estar socialmente aislados y solos, y los factores desencadenantes de ambos serán a menudo similares.

El aislamiento social también puede ser una situación permanente o semi-permanente. Podemos sentirnos solos en ciertos momentos de nuestras vidas, por ejemplo, después de un duelo, tras una mudanza a una nueva ciudad, en ciertos días como Navidad o año nuevo, los fines de semana o los días festivos... También podemos sentirnos de este modo en determinados momentos del día: a la hora de comer o al acostarnos por la noche. El aislamiento social también se vincula con la exclusión social cuando las personas están desconectadas de los grupos sociales y / o se les niegan recursos, derechos, bienes o servicios, por razones diversas (económicas, discapacidad, etnia, edad, etc.) con los que están conectadas otras personas.



Factores de riesgo para la soledad

La soledad y el aislamiento pueden afectar a personas de todas las edades, pero algunas tienen más riesgo de experimentarlas. La investigación destaca diferentes factores que aumentan el riesgo de que las personas experimenten ambas situaciones. Los factores de riesgo aquí presentados incluyen las circunstancias personales, salud física y discapacidad, características individuales, transiciones, entorno y el acceso y uso de tecnologías, entre otros.

La lista no es exhaustiva y los estudios a menudo no son comparables porque utilizan diferentes metodologías y herramientas de medición. Además, los factores de riesgo son solo eso, factores que pueden poner a una persona en riesgo de estar o sentirse socialmente aislada o sola, y ninguno de los factores de riesgo debe entenderse como vínculos causales con estos fenómenos.

Sin embargo, varios estudios ¹⁷ han establecido que los factores de riesgo son aditivos, lo que significa que la presencia de más de un factor de riesgo agrava el riesgo de soledad y aislamiento social. Cuando tratamos de determinar la

dirección de la asociación entre un factor de riesgo y el aislamiento social o la soledad no resulta fácil llegar a una conclusión. A menudo, nos encontramos con el dilema de una relación del tipo “huevo y gallina” sin tener la certeza de si una persona se siente sola tras haber envejecido a los 85 años o la soledad ya existía antes de sufrir esta pérdida.

Una de las razones por las que ambos fenómenos aumentan con la edad es porque varios de los factores de riesgo pueden comenzar a converger en este momento.

Vivir solo

La mayoría de las investigaciones han encontrado que tanto sentirse solo o estar aislado socialmente tiende a ser más habitual entre las personas mayores que han sobrevivido a familiares y amigos y viven solas.^{10,14,18} Al examinar el hecho de vivir solo como una variable demográfica que actúa como factor de riesgo de la soledad, es importante recordar que la mayoría de las personas que se sienten solas pueden vivir solas, pero no todas las personas que viven solas se sienten solas.



Pérdida de un cónyuge

La gran mayoría de la literatura apunta a la pérdida de un cónyuge o relación íntima como un fuerte determinante tanto de la soledad como del aislamiento social.^{14,19,20} Un estudio determinó que la relación entre el estado civil y la soledad era más fuerte que su relación con el aislamiento social. Eventos como la viudedad enfatizan que las personas en duelo son especialmente vulnerables al

aislamiento emocional más que al aislamiento social.²¹

Mala salud

La salud comprometida parece desempeñar un papel interactivo importante como factor de riesgo de aislamiento social y soledad. Sin embargo, persiste una controversia similar sobre si la mala salud causa ambos fenómenos o si estar aislado y solo conduce a mala salud. La mayoría de las investigaciones ilustran una relación entre los dos, pero la dirección causal sigue sin estar clara, ya que la soledad puede ser un síntoma de problemas de salud más que una causa.

Varios investigadores han observado una asociación entre una mala salud autoevaluada y una mayor soledad.^{17,22}

Se ha presentado alguna evidencia de que la discapacidad (o la vergüenza debido a limitaciones físicas) y la mala salud aumentan los niveles de soledad y aislamiento social. Por ejemplo, se ha observado que los predictores de la soledad son un mayor número de afecciones crónicas ¹⁷ como artritis y enfermedades pulmonares, un estado de salud mental deficiente o un funcionamiento cognitivo reducido, mala visión, mala audición, mayor discapacidad o limitaciones de actividad. ^{2,10,17,21}

FACTORES DE RIESGO DE LA SOLEDAD



CIRCUNSTANCIAS PERSONALES

- Vivir solo
- Vivir en una residencia
- Pérdida de un cónyuge
- Ingresos bajos o dificultades económicas
- Redes sociales reducidas o inexistentes

SALUD FÍSICA Y DISCAPACIDAD

- Mala salud/movilidad
- Pérdida de visión/audición
- Deterioro cognitivo/demencia
- Depresión
- Dependencia física

CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES

- Ser mujer
- Tener 80 años o más
- Ser LGTB
- Nivel de estudios bajo
- Pertenecer a una minoría étnica

TRANSICIONES

- Duelo o ruptura de una relación
- Mudanza de casa
- Jubilación / despido
- Pérdida de habilidad
- Convertirse en cuidador/a o dejar de serlo

ENTORNO

- Problemas de transporte
- Ubicación del lugar de residencia
- Disponibilidad y accesibilidad de servicios

ACCESO Y USO DE TECNOLOGÍAS

- Internet
- Redes sociales
- Teléfono móvil
- Email

#PROYECTO SOLEDAD

Género

Al examinar el género como un factor de riesgo, se hace evidente en la literatura que muchos estudios señalan que las mujeres tienen más riesgo de soledad y aislamiento que los hombres .²³⁻²⁴ Sin embargo, esto puede no ser del todo exacto debido a las interacciones de la soledad con otros factores de riesgo que afectan de manera desproporcionada a las mujeres. Por ejemplo, la muerte de un cónyuge y vivir solo son factores de riesgo aditivos importantes para sendos fenómenos.¹⁷ Tanto la viudedad como vivir solo en la edad adulta son más comunes

entre las mujeres. Además, algunos plantean la hipótesis de que parte de la razón por la que la soledad parece más predominante en las mujeres es el resultado de un sesgo de información. El estigma asociado con la soledad es más fuerte para los hombres y puede resultar en que sean menos propensos a informar que se sienten más solos que las mujeres.



Envejecimiento

Varios investigadores han encontrado que la soledad es un correlato del envejecimiento en sí ^{10,25} y que se produce un aumento gradual de la soledad hasta los 90 años, después de lo cual se da una estabilización. Este aumento de la soledad

con el envejecimiento en sí puede atribuirse a interacciones con otros factores como la pérdida de contemporáneos, la aparición de deterioro cognitivo, discapacidad y la pérdida de roles sociales.¹⁰

Se estima que alrededor del 50% de la soledad experimentada puede estar

relacionada con factores hereditarios y el 50% con factores socioeconómicos, lo que significa que se puede modificar un elemento sustancial del riesgo.

Comprender los posibles factores de riesgo de la soledad puede ayudar a orientar mejor las intervenciones y a ofrecer soluciones personalizadas a aquellas personas a quienes a menudo

resulta más difícil llegar.

Personas mayores LGTB

La comunidad LGTB es un grupo heterogéneo compuesto por personas lesbianas, gays, transgénero y bisexuales. Según las estimaciones, hay aproximadamente 800.000 personas mayores LGTB en España, aunque se entiende que esta cifra es una subestimación. La autoinformación es limitada porque muchas personas mayores LGTB son reacias a ser abiertas sobre su orientación sexual o identidad de género.

A pesar de los cambios sociales y legislativos en España que han llevado a un aumento considerable en el reconocimiento de los derechos de las personas LGTB, muchas personas mayores siguen afligidas por las consecuencias de sus experiencias traumáticas. En más de una ocasión, tuvieron que mantener en secreto su identidad u orientación sexual y todavía existen muchas formas de discriminación en la actualidad.

El aislamiento social parece tener un efecto más directo en las personas homosexuales y bisexuales que ocultan su identidad o no la aceptan del todo que

en quienes asumen su identidad de

más viven las personas mayores LGTB de forma anónima, más difícil es que los servicios lleguen a ellas.²⁶ Esta dificultad también la experimentan las personas mayores trans dependiendo de cuándo tuvo lugar su cambio de identidad pues aquellas que lo inician más tarde en la vida tienen muchas más dificultades con la adaptación psicológica y fisiológica, así como con la aceptación social.²⁷



Por lo tanto, la literatura sugiere que las personas mayores LGTB son particularmente vulnerables cuando se trata de la soledad y el aislamiento social, aunque a menudo faltan cifras precisas. Dados los desafíos de múltiples niveles que enfrentan relacionados con historias complejas y continuas de discriminación, las personas mayores LGTB enfrentan muchos desafíos que contribuyen al aislamiento y la soledad.

Problemas de transporte

La disponibilidad del transporte incide en la soledad y el aislamiento social de las personas mayores por su papel en la facilitación del acceso a la red social. Por ejemplo, dejar de conducir se ha asociado con una disminución en los niveles de actividad fuera del hogar ²⁸, lo que, a su vez, puede tener consecuencias negativas como el aislamiento y la mala salud. La creciente evidencia apoya la idea de que los niveles de actividad fuera del hogar afectan el estado de salud, el bienestar y la supervivencia en

vejez.



contactos sociales con familiares y amigos con la soledad ^{10,14} pero otros han encontrado que los apoyos sociales por sí mismos eran insuficientes para explicar la soledad. Otros investigadores destacan diferentes elementos de la red social, como el tamaño, la composición y la calidad de las relaciones.

“La desconexión de las actividades fuera del hogar/lugar de residencia se asocia con la disminución del funcionamiento cognitivo entre las personas mayores”

Redes sociales reducidas

Los hallazgos se mezclan al examinar las redes sociales reducidas como

determinante de la soledad. Mucha de la literatura asocia pocos o reducidos

Lugar de residencia

El lugar de residencia también está asociado con la soledad y el aislamiento social. La experiencia de vivir en una residencia puede aumentar el aislamiento social y la soledad entre las personas mayores. Se ha encontrado que la falta de relaciones íntimas, el aumento de la dependencia, la pérdida de movilidad, el habla, la audición y la cognición aumentan el nivel de soledad experimentado entre las personas mayores que viven en residencias. ¹⁴

Impacto de la soledad en la salud de las personas mayores

La soledad y el aislamiento social han demostrado ser perjudiciales para nuestra salud.

Algunos estudios han encontrado que la soledad es un factor de riesgo para la depresión, el insomnio, la hipertensión arterial, deterioro cognitivo y el progreso de la demencia, los accidentes cerebrovasculares recurrentes, la hipertensión, obesidad, estrés psicológico, problemas de salud mental y la mortalidad.²⁹ También dificulta que las personas regulen su comportamiento, por lo que es más probable que beban demasiado, coman de forma poco saludable o hagan menos ejercicio.

Las personas mayores solitarias pueden verse agobiadas por más síntomas antes de la muerte y pueden estar expuestas a cuidados más intensos al final de la vida en comparación con las personas no solitarias.³⁰

Las redes sociales y las amistades no solo tienen un impacto en la reducción del

riesgo de mortalidad o en el desarrollo de ciertas enfermedades, sino que también

ayudan a las personas a recuperarse cuando enferman.

Desde esta perspectiva, las relaciones y conexiones sociales pueden:

- Darnos un sentido de pertenencia e identidad.
- Ofrecer conocimiento sobre el apoyo disponible

A tener en cuenta

- Promover comportamientos positivos como vivir una vida más saludable. La investigación destaca que la falta de conexiones sociales puede ser tan perjudicial para nuestra salud como fumar 15 cigarrillos al día.

Salud mental durante la pandemia por Covid-19



Durante la pandemia causada por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19) el principal mensaje enviado por gobiernos y expertos médicos ha indicado el confinamiento domiciliario obligatorio. Un año después de la detección del primer caso positivo en España, las recomendaciones siguen invitando a limitar la vida social y quedarse en casa para prevenir el aumento de contagios mientras la población alcanza la inmunidad gracias

a la vacuna.

El aislamiento es especialmente difícil para las personas que viven en residencias y entornos de vida asistida.

La mayoría de estos entornos se han visto obligados a limitar o restringir las visitas del exterior, incluidas las visitas de

familiares, dado el alto riesgo de que el COVID-19 se propague rápidamente una vez que se detecta un caso positivo en un centro. Durante la primera y segunda ola, la vida y rutinas de los entornos de vida para muchas personas mayores se han visto fragmentadas ante la imposibilidad de realizar actividades grupales o, incluso, compartir los momentos del desayuno o la comida con los compañeros y amigos en las zonas comunes.

Pese al carácter preventivo de estas prohibiciones, al disminuir el riesgo de propagación de la infección por COVID-19 en las residencias, las mismas potencian significativamente el aislamiento y la soledad resultante de los residentes.³¹

En este contexto, el impacto de la pandemia en la salud mental de las personas mayores que viven en residencias se caracteriza por diversas dinámicas. La soledad puede haber sido un problema para algunos residentes antes de la pandemia por COVID-19; sin embargo, la restricción de visitas durante la pandemia ha exacerbado el problema latente y ha extendido su impacto a todas las personas que viven en estos entornos de cuidados.

La angustia emocional, agravada por la pandemia actual, es otro factor de riesgo de muerte prematura, ya que se sabe que la ansiedad predice la muerte por todas las causas y es especialmente perjudicial en personas de 75 años o más. Aparte de la carga psicológica del aislamiento, la reducción de las oportunidades de actividad física representa una carga adicional perjudicial para la salud a largo plazo. Eventualmente, el entorno empobrecido y la falta de estimulación social, cognitiva y sensoriomotora regular de personas aisladas pueden conducir a condiciones severas y muerte prematura: una debacle tanto humana como médico-ética.³²

Las personas mayores que viven en residencias han tratado de afrontar la

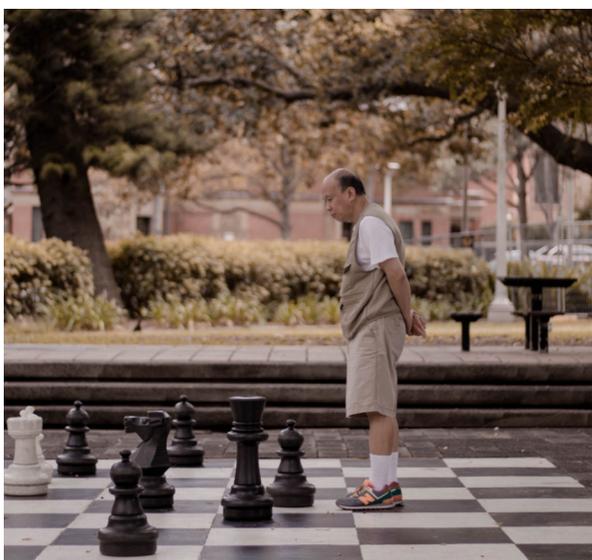
ausencia de familiares y sus visitas. Se han intentado sustituir los contactos directos por el uso de tecnología; sin embargo, dicha disposición tiene una eficacia limitada en los residentes con demencia que necesitan contacto social o una voz cercana. Los residentes mayores que están cognitivamente intactos también se han visto afectados por la atmósfera de ansiedad y angustia.³³



Varios estudios se han centrado en la soledad y su efecto en las personas mayores, ^{33 -37} especialmente en el caso del deterioro cognitivo. La depresión se ha identificado como un resultado común de la soledad; ³⁶ otras manifestaciones incluyen ira, ansiedad, estrés.³⁸ Varios autores han señalado el discurso social y mediático que ha caracterizado a las personas mayores como vulnerables o indefensas, como fuente de discriminación por edad y estigmatización que, a su vez, ha exacerbado los sentimientos de aislamiento y ansiedad.^{34,39}

Detectar la soledad en las personas mayores que viven en residencias

Las residencias han de disponer de protocolos y estrategias para identificar a las personas mayores que están/se sienten solas o corren el riesgo de estarlo. Las acciones deben articularse tanto a nivel estratégico, mediante el desarrollo e integración de métodos de identificación; como a nivel individual, garantizando que el personal de la residencia conozca los factores de riesgo, las herramientas de detección y esté capacitado para tomar las medidas adecuadas.



A nivel estratégico

Una residencia que aborda la soledad desde el punto de vista estratégico

deberá tener en cuenta diversos aspectos que le ofrecerán una valiosa información para detectar situaciones de soledad en sus residentes. A continuación se presentan algunas ideas que pueden resultar de utilidad.

El uso de encuestas, cuestionarios o grupos focales, serán de utilidad para recopilar las percepciones globales de soledad de entre todas las personas mayores que viven en la residencia.

Prestar atención a la frecuencia de peticiones o llamadas, por ejemplo, si una persona solicita de forma constante la presencia de personal del equipo de la residencia o, por el contrario, nunca la demanda.

Desde la residencia ha de ofrecerse información sobre la soledad tanto a los residentes, como a los familiares y amigos para crear oportunidades de consulta y participación, resolver inquietudes y detectar casos de riesgo.

Del mismo modo, todos los profesionales y servicios comunitarios con los que la residencia colabora deberán estar informados para identificar o remitir a las personas que están/se sienten solas o en riesgo de estarlo.

La organización debe apoyar la planificación y los procesos de evaluación de necesidades y riesgos para lo que resultará necesario establecer objetivos y acciones medibles que le permitan priorizar la identificación de casos de riesgo y desarrollar acciones eficaces.

Para coordinar las acciones de detección de la soledad a nivel estratégico será necesario desarrollar equipos de trabajo y formar a otros miembros del personal para identificar y notificar posibles casos de personas que están en riesgo de soledad.

A nivel individual

El personal de apoyo o cualquier miembro del equipo de la residencia que está en contacto con las personas mayores resulta clave para identificar a quienes se encuentran solas o corren el riesgo de estarlo. A continuación se presentan

Desde la residencia se ha de fomentar la comunicación con familiares, amigos, voluntarios, otras personas mayores, etc. y ofrecer los recursos y espacios necesarios para que pueda darse de manera informal.

Se recomienda integrar escalas y cuestionarios validados en los planes de atención individuales para disponer de medidas de control y seguimiento de la soledad de cada residente. Esto permitirá valorar las necesidades actuales con

vistas a ofrecer posibilidades de intervención acordes a las preferencias de cada persona. Una de las escalas para la detección de la soledad en las personas mayores es la escala de soledad UCLA.⁴⁰ La escala consta de 10 preguntas puntuables entre 1 y 4 puntos, lo que permite una puntuación mínima de 10 y máxima de 40. La media obtenida para el grupo de personas mayores es de 16 puntos. Se considera que las puntuaciones más habituales oscilan entre 15 y 20, mientras que una puntuación superior a 30 sería indicativa de un grado severo de soledad.

algunas ideas que pueden resultar de

Escala de soledad de UCLA				
Indique en qué grado le describen a usted cada una de las afirmaciones siguientes.				
Señale con un número del 1 al 4 cada una de ellas.				
1. Indica: “me siento así a menudo”.				
2. Indica: “me siento así con frecuencia”.	1	2	3	4
Con qué frecuencia se siente solo/a	1	2	3	4
Con qué frecuencia se siente que no tiene a nadie con quien hablar	1	2	3	4
Con qué frecuencia se siente que no puede tolerar sentirse solo	1	2	3	4
Con qué frecuencia se siente infeliz haciendo tantas cosas solo	1	2	3	4
Con qué frecuencia siente que nadie le entiende	1	2	3	4
Con qué frecuencia se encuentra a sí mismo esperando que alguien le llame o le escriba	1	2	3	4
Con qué frecuencia se siente completamente solo	1	2	3	4
Con qué frecuencia se siente incapaz de llegar a los que le rodean y comunicarse con ellos	1	2	3	4
Con qué frecuencia se siente hambriento de compañía	1	2	3	4
Con qué frecuencia siente que es difícil para usted hacer amigos	1	2	3	4
Con qué frecuencia se siente silenciado y excluido por los demás	1	2	3	4

Hacer preguntas concretas a la persona nos ayudará en la evaluación de necesidades y planificación de los apoyos. Estas preguntas deben plantearse para que sus respuestas nos ayuden a identificar si alguien se siente solo en la residencia (ver ejemplos en el siguiente apartado: “*Cómo preguntar acerca de la soledad*”).

Cambios repentinos o significativos en el comportamiento como beber o fumar más, incrementar o restringir la alimentación, cambios en el descanso,

volverse retraído, deprimido, ansioso o hablar más cuando viene una visita, serán aspectos a los que debemos prestar atención puesto que pueden ser indicativos de soledad.

A tener en cuenta

Problemas relacionados con la salud, como el aumento llamativo de visitas al médico, enfermedades imaginarias, el inicio de tratamiento antidepresivo o un aumento significativo de llamadas al personal podrían ser indicadores de soledad.

En la interacción con los residentes, es importante normalizar la soledad mediante conversaciones donde cualquier miembro del personal mencione abiertamente que en ocasiones se siente solo, no tiene a nadie con quien hablar de cosas importantes o que le gustaría ver a sus amigos o familiares con más frecuencia.

Cuando nos encontramos en una interacción uno a uno, hemos de tener prudencia para no hacer suposiciones inapropiadas al escuchar cualquier inquietud de una persona que

pueda estar en riesgo de soledad. Nuestra actitud ha de ser empática y mostraremos respeto y sensibilidad hacia la persona que nos está confiando su situación.

Como se mencionó anteriormente, la soledad se relaciona con la percepción de la propia persona de la diferencia entre las relaciones que tiene y las que le gustaría tener. Por lo que, el hecho de que una persona no "participe" en las actividades de la residencia, no significa necesariamente que se sienta sola o socialmente aislada.

Cómo preguntar acerca de la soledad

Preguntar a alguien directamente si se siente solo no es la mejor estrategia para tener éxito a la hora de identificar un caso sobre el que se ha de intervenir. A menudo, a ninguna persona, independientemente de su edad, le gusta admitir que se siente sola o aislada o reconocer que lo está. Para tratar de identificar si alguien se siente solo y / o aislado socialmente, las siguientes preguntas pueden ser de utilidad, tanto de manera formal (para utilizarlas en procesos de planificación de apoyo y evaluación de riesgos) como de manera informal:

- ¿Quiénes son las personas clave en tu vida / quiénes son importantes para ti?
- ¿Dónde viven / con qué frecuencia las ves?
- ¿Qué es importante para ti? ¿Qué es lo que te gusta hacer? ¿Cómo te relajas?
- ¿Qué te gustaría hacer que no estés haciendo ahora? ¿Qué te ayudaría a hacer...?
- ¿Con qué frecuencia te gusta socializar? ¿Te gustaría socializar más? ¿Qué te ayudaría a hacerlo?
- ¿Qué habilidades y experiencia tienes?

Ejemplo de buenas prácticas

1. Identificar a las personas que visitan o se comunican con la persona con regularidad.
2. Identificar las actividades en las que participan actualmente en las que hay contacto con otras personas.
3. Identificar cualquier cita regular, p. Ej. Médico de cabecera, hospital, ópticos, dentistas, etc.
4. Trazar estas visitas, contactos y actividades de forma visual.

5. Identificar las lagunas : organizar las visitas / actividades



Estrategias para abordar la soledad en residencias

- **Estrategias de participación o compromiso del residente** que se dirigen específicamente a las personas mayores que están en riesgo de soledad y que fomentan la participación de las personas mayores en las estructuras de funcionamiento de la residencia.

- Animar a las personas mayores a que se ofrezcan como **representantes, vocales, tutores, amigos**, etc.



- Ofrecer **oportunidades de interacción social** tanto individuales como grupales. A pesar de que estas interacciones sean programadas o dirigidas, han de ser lo suficientemente variadas para adaptarse a las diferentes necesidades, habilidades y preferencias de cada

proactiva a las personas mayores en su planificación y ejecución. Este tipo de interacciones deben involucrar a todas las personas mayores en una comunidad para maximizar las oportunidades de desarrollar nuevas

amistades y llegar a aquellas que actualmente no están comprometidas en las actividades que se proponen. La planificación de actividades sociales en momentos en que las personas se sientan particularmente solas serán un

estímulo positivo en el afrontamiento de la soledad, p. Ej. festivales culturales, año nuevo, cumpleaños y otras festividades.

- **Mapa de relaciones y amistad.**
Facilitar la creación e identificación de vínculos de amistad a través de los que un nuevo residente se asocia con un residente veterano para presentarle el mapa de relaciones, a otros residentes, etc.
- Adoptar **enfoques "positivos para el envejecimiento"** dentro de la residencia, externamente y con colaboradores que se asocien con imágenes positivas de las personas mayores, eviten los estereotipos, la discriminación por edad o edadismo y se centren en las habilidades actuales en lugar de en las discapacidades, etc.
- **Formación** para el personal que apoya directamente a las personas mayores y el personal que interactúa de manera indirecta con ellas, para conocer la realidad de la soledad, saber identificar a las personas mayores que están/se sienten solas o están en riesgo de estarlo, así como disponer de las habilidades y recursos para realizar entrevistas o intervenciones centradas en la persona.
- Disponer de **herramientas de evaluación y registros** para conocer si las acciones realizadas funcionan y trabajar sobre la evidencia de lo que genera un efecto positivo en las personas que viven en la residencia.
- **Involucrar a las familias y los cuidadores** para asegurarse de que tengan suficiente información y puedan identificar a las personas que están/se sienten solas o están en riesgo de estarlo, y puedan participar en las intervenciones.
- Poner a disposición de las personas de la residencia un **número de teléfono accesible** que ofrezca ayuda exclusiva para las personas mayores y sus inquietudes.
- Ofrecer directorios de **servicios de apoyo** (psicológico, de acompañamiento, espirituales, etc) para aquellas personas que están/se sienten solas o están en riesgo de estarlo.
- Ampliar la **promoción de servicios** para personas mayores en la comunidad en general. Facilitar en acceso a información accesible donde se refleje una variedad de servicios y recursos de interés próximos, como prensa / revistas locales, boletines informativos de la comunidad / ayuntamientos, asociaciones locales, centros religiosos, bibliotecas, supermercados, etc.

Ejemplo de buenas prácticas

Somos conscientes del gran impacto que la soledad y el aislamiento social pueden tener en la salud y la felicidad de una persona.

Para abordar la soledad, apoyamos a los residentes a:

- Seguir en contacto con amigos y familiares o hacer nuevos contactos.
- Participar en actividades sociales.
- Convertirse en voluntarios en su comunidad.
- Comenzar a aprender algo nuevo o buscar una ocupación satisfactoria.
- Mantenerse bien y lo suficientemente activos como para participar en las cosas que les importan.
- Aprender a utilizar las nuevas tecnologías para estar incluidos digitalmente.

Hacemos esto para:

- Conocer a nuestros residentes y averiguar qué intereses y necesidades tienen.
- Averiguar qué actividades y recursos están disponibles en la comunidad local.
- Hacer conexiones y colaboraciones locales.
- Apoyar a los residentes para que desarrollen actividades sociales y las pongan a disposición de la comunidad en general.
- Facilitar información y consejos sobre salud y bienestar.

Intervenciones para abordar la soledad en residencias

Características de las intervenciones

En términos de características, las intervenciones que se basan en una base teórica coherente sobre cómo abordar la soledad tienen mayores posibilidades de éxito, al igual que aquellas que involucran a las personas mayores en todos los pasos de la programación, desde la planificación hasta la implementación y la evaluación. Los enfoques participativos que involucran a las personas mayores en la toma de decisiones y las actividades grupales también son importantes. Las intervenciones que se dirigen a grupos de personas que comparten características comunes, pueden ser fructíferos, así como aquellos que se centran directamente en la soledad y el aislamiento social (en lugar de centrarse en ellos indirectamente mientras se aborda otro tema). Los programas que ofrecen más de un método de intervención, como actividades grupales o apoyo individual, tienen un mayor potencial. También es importante ofrecer a los coordinadores y proveedores de atención directa una buena formación y

apoyo, al igual que la movilización de activos comunitarios para promover enfoques innovadores que combinen recursos y sean capaces de involucrar a diferentes profesionales de la salud.

Tipos de intervenciones

La soledad es una experiencia profundamente personal y contingente, lo que hace que abordar el problema a nivel general sea complejo. Sin embargo, la investigación sugiere que las intervenciones que mejoran un sentimiento de conexión social pueden modificar la percepción de uno mismo y de los demás, mejorar la calidad de las interacciones sociales y reducir los sentimientos de soledad.

Ejemplos de tales intervenciones incluyen actividades grupales (por ejemplo, clubes de lectura), participación de la comunidad (por ejemplo, voluntariado) o intervención uno a uno (por ejemplo, programa de amistad).

La soledad no se puede eliminar totalmente a través de intervenciones, pero se puede aliviar.

A pesar de que la mayoría de las actividades propuestas pueden realizarse tanto de manera individual como grupal, cuando se habla de medidas para aliviar la soledad, generalmente se clasifican en dos categorías diferenciadas, que incluyen la intervención individual y grupal.



Los **programas de intervención de carácter individual** se refieren a aquellos programas en los que no se producen situaciones de intercambio entre los participantes u otros residentes. Por el contrario, en los **programas de intervención grupal** los que los asistentes tienen una interacción entre ellos en algún momento durante el desarrollo del taller o programa.

En general, las intervenciones que abordan la soledad ponen el foco en las relaciones existentes, en la creación de nuevas conexiones y en el cambio de pensamiento.

El estudio de revisión realizado por Bermeja & Ausín,⁴¹ confirma que las personas mayores que participan en programas de intervención, tanto de forma individual como grupal, refieren mejorías significativas en sus niveles de soledad al finalizar el programa, y estas mejorías se mantienen a lo largo del tiempo. Y no solo mejoran los sentimientos de soledad percibida, sino también otros factores relacionados, como son la calidad de vida, el bienestar psicológico, la socialización o los síntomas depresivos.

Tipos de intervenciones

- Actividades grupales
- Actividades con animales
- Intervenciones uno a uno
- Taller de jardinería y horticultura
- Actividades culturales y artísticas
- Actividades por videoconferencia
- Actividades de ocio
- Programa de ejercicio físico
- Apoyo y soporte
- Terapia de humor
- Actividades intergeneracionales
- Programa de voluntariado
- Actividades educativas
- Club de lectura

- Programas de amistad
- Participación en la comunidad

Estudio piloto en la residencia San Manuel y San Severino

- Apoyo telefónico
- Entrenamiento en habilidades de afrontamiento
- Programas de nuevas tecnologías
- Otros enfoques psicológicos

Introducción

- Actividades espirituales y religiosas

Como ya se ha puesto de manifiesto en la primera parte de esta guía, el traslado a una residencia puede tener implicaciones en el bienestar de una persona mayor debido al estrés y la soledad causados por la separación del entorno familiar y

social lo que, a su vez, puede repercutir de manera negativa en la salud.⁴²

La depresión y la apatía son síntomas comunes en las personas mayores que viven en residencias y muestran una estrecha vinculación con la soledad.⁴³

Este contexto nos lleva a enfrentarnos al desafío de diseñar intervenciones efectivas que puedan reducir la soledad en las personas mayores que viven en residencias, estimulando su participación social y las conexiones significativas con su entorno.

El reconocimiento de la importancia de paliar la soledad de las personas mayores ha llevado a la proliferación de programas de acompañamiento, a través del voluntariado, para mejorar su calidad de

vida. Sin embargo, la mayoría de estos programas se llevan a cabo con personas mayores que viven en la comunidad y, a pesar de la evidencia de sus efectos positivos, se necesita más investigación

para conocer los posibles efectos beneficiosos de los programas de acompañamiento en las personas mayores que viven en residencias.

En nuestro estudio evaluamos los efectos en la salud física y emocional del acompañamiento en una población geriátrica dentro de un contexto social. En particular, el objetivo de este estudio fue evaluar la efectividad de un programa de acompañamiento multicomponente para reducir los niveles de soledad y mejorar la calidad de vida de una población de personas mayores que viven en la

residencia San Manuel y San Severino de Tafalla.



Material y métodos

Diseño del estudio y muestra

Se utilizó un diseño cuasi-experimental con grupo de control equivalente pre-post. La Residencia San Manuel y San Severino de Tafalla (Navarra) obtuvo el permiso para llevar a cabo este estudio. Se trata de una residencia de 95 plazas de las cuales 75 son concertadas con Gobierno de Navarra.

Los perfiles de dirección, trabajo social, psicología, fisioterapia colaboraron de manera estrecha en la coordinación y desarrollo del estudio. En la selección de la muestra, se asignaron de manera aleatoria participantes para el grupo de intervención y de control hasta alcanzar

el objetivo de 9 participantes en cada grupo, limitado por los recursos del proyecto. La muestra del estudio incluyó a 18 personas mayores que cumplieron con los criterios de elegibilidad y aceptaron participar en el estudio.

Para su inclusión, los participantes debían tener 65 años o más; vivir en la residencia; tener una puntuación en el Mini-Mental State Examination (MMSE) ≥ 16 para los residentes sin educación formal o $MMSE > 20$ para los residentes con al menos una educación primaria.⁴⁴

Los criterios de exclusión fueron los siguientes: tener graves déficits auditivos o perceptivos que deterioren la comunicación, enfermedad de Alzheimer u otras demencias, depresión establecida y no dar el consentimiento para participar en el estudio.

Tanto el grupo experimental como el grupo control, estaban compuestos por 9 personas mayores de la residencia respectivamente. De los 18 participantes incluidos en el estudio, 1 fue excluido del grupo experimental puesto que abandonó el estudio antes de su finalización por problemas de salud. Finalmente, el estudio fue completado por un total de 17 participantes.

Procedimiento

Se diseñó una intervención multicomponente a través del acompañamiento individualizado para llevarse a cabo dos veces por semana durante tres meses, de septiembre a noviembre de 2020. Se fijó la duración de cada sesión de acompañamiento en un máximo de 60 minutos.

Debido a la situación acontecida por la pandemia del Covid-19 y las medidas de protección llevadas a cabo en las residencias de personas mayores de Navarra, la duración de la intervención fue de 2 meses, en los que cada participante del grupo de intervención completó un total de 16 sesiones de acompañamiento.

Familiados seleccionó a tres profesionales de su plataforma para realizar las sesiones de acompañamiento. Todas ellas eran mujeres, residentes en Tafalla y recibieron una formación básica previa al comienzo del programa para conocer las actividades y homogeneizar su desarrollo. A cada una de las profesionales se le asignó 3 residentes del grupo de intervención de manera aleatoria, de tal forma que cada residente recibió siempre el acompañamiento de la misma profesional.

Programa de acompañamiento multicomponente

Durante la primera sesión se definieron los objetivos sociales para el período completo del proyecto y se persiguió crear una relación de confianza para futuras visitas; tuvo una duración de 60 minutos. A lo largo de sus visitas, las profesionales realizaron planes individuales de acompañamiento basados en las necesidades y preferencias específicas de los participantes sobre la base de la estructura del programa de intervención. Para garantizar que el programa de acompañamiento estuviese formado por intervenciones terapéuticas basadas en la vida cotidiana y fuesen coherentes con la historia de vida, biografía y necesidades de las personas, se personalizaron la mitad de las sesiones de acompañamiento. De este modo, las actividades personalizadas se realizaron según las preferencias de cada participante, mientras que en la otra mitad de las sesiones se realizaron actividades comunes a todos los participantes del programa. Todas las decisiones se basaron en las necesidades específicas de cada persona y se utilizaron los recursos comunitarios existentes.

Una de las actividades comunes a todos los participantes fue la realización de la historia de vida y biografía. Se utilizó como fuente de conocimiento de los participantes del programa para ofrecer actividades acordes a cada uno de ellos y garantizar una Atención Centrada en la Persona. Recogió los aspectos que se reflejan en la siguiente página.

En cada una de las visitas se utilizó una variedad de técnicas agrupadas en tres componentes principales (comunicación, emociones y participación social) que incluyen: (a) autobiografía, (b) discusiones de noticias y charlas; (c) reminiscencia; (d) uso de nuevas tecnologías para la comunicación con personas significativas; (e) activación física; (f) habilidades de control y afrontamiento y (g) planificación de actividades sociales y de ocio significativas.

Programa de actividades del proyecto

Comunicación	Emociones	Participación social
<ul style="list-style-type: none"> • Noticias/actualidad/prensa, conversaciones sobre temas de interés* • Aprender algo nuevo o enseñar al otro a hacer algo nuevo* • Comunicación con amigos y familiares, nuevas tecnologías (videollamadas para comunicarse con familiares o personas significativas, whatsapp, google maps) • Elegir un libro para leer a lo largo del proyecto 	<ul style="list-style-type: none"> • Historia de vida* • Reminiscencias (acontecimientos de su pueblo, festividades, recetas típicas)* • Escuchar música • Respiración y relajación* • Cine (su película favorita, un documental sobre su pueblo/lugar favorito) • Espiritualidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Juegos de mesa (en pareja)* • Manualidades • Jardinería, cuidar plantas... • Aprender fotografía • Dibujo o pintura • Pasear por el pueblo* • Comprar el pan u otras cosas que necesite alguien en la residencia (en tiendas cercanas) • Cocinar

*Las actividades señaladas con un asterisco fueron comunes para todos los participantes del programa, mientras que el resto eran elegibles y personalizables en función de las preferencias de cada persona.

Historia de vida y biografía

1. **¿Quién soy yo?** Datos básicos.
2. **Mi infancia.** Desde datos como la fecha de nacimiento, lugar, y el nombre de los padres, hasta juegos y juguetes, amistades, escuela, hermanos, etc.
3. **Mi adolescencia y juventud.** Primer trabajo, amistades, ocio, amores, noviazgo.
4. **Mi madurez.** Boda, hijos, trabajo/s, coche/s, vivienda, aficiones, vacaciones.
5. **Así soy ahora.** Últimos años de trabajo, jubilación, estado actual de la familia, entorno actual.
6. **El día a día.** Qué hago en un día o semana normal, cómo es mi casa o residencia, mi habitación,
7. **Mis cosas.** Aficiones actuales, películas de interés, manualidades, qué tipo de juegos, libros, gastronomía.
8. **Mis personas más queridas.** Familiares, amigos, compañeros con los que la persona guarda especial relación.
9. **Mis lugares preferidos:** Su domicilio, la casa del pueblo, el centro, la habitación, otras ciudades en las que ha vivido...
10. **Las anécdotas que me gusta recordar:** Eventos culturales, viajes, convivencias.
11. **Mis intereses actuales.** personas más importantes ahora, deseos

Tras finalizar cada sesión de acompañamiento, cada profesional rellenaba, en la App de Familiados, una ficha de control y seguimiento, donde se recogían los datos que se muestran a continuación.

Ficha de control de las sesiones

- La persona me estaba esperando / recordaba la cita SÍ / NO
- La persona ha mostrado interés durante la sesión SÍ / NO
- Ha habido alguna incidencia SÍ / NO (En caso afirmativo, escribir)

Medidas

Para valorar los efectos de la intervención de acompañamiento multicomponente el estudio cuenta con una variable independiente intergrupos, es decir, el tipo de grupo (intervención o control) y una variable intra grupos, es decir, momento

de la intervención (pre y post). Se establecen como variables dependientes las siguientes medidas: calidad de vida, estado cognitivo, soledad, depresión o capacidad física.

Los datos se recopilaron datos sociodemográficos referentes al género, edad, estado civil y nivel de estudios de los participantes. Las variables de resultado se midieron utilizando el cuestionario EuroQol-5D,⁴⁵ MMSE,⁴⁴ la escala de soledad de UCLA,⁴⁰ la Escala de depresión geriátrica GDS de Yesavage⁴⁶ y el Índice de Barthel.⁴⁷

EuroQol-5D

El EQ-5D está compuesto por tres partes. La primera permite al encuestado definir el estado de salud según el sistema de clasificación multiatributo EQ-5D, compuesto por 5 dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión), y en cada una de ellas existen 3 niveles de gravedad (1, 2 o 3). Por ejemplo, el cuestionario de un individuo sin problemas de movilidad, cuidado personal ni para la realización de actividades cotidianas, pero con moderados dolor y ansiedad, vendría resumido como 11122.

La segunda parte es una escala visual analógica graduada de 0 (peor estado de salud imaginable) a 100 (mejor estado de salud imaginable), que permite al individuo valorar el estado de salud y obtener un índice de utilidad de su CVRS dividiendo el valor señalado en la escala entre 100. La tercera parte recoge otros datos anónimos que permiten hacer una caracterización demográfica del grupo estudiado.

Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein.

El MMSE está formado por 11 items agrupados en 5 apartados que la orientación, memoria inmediata, atención y cálculo, recuerdo diferido, y lenguaje y construcción. La puntuación máxima que puede obtenerse es 30 puntos, en la que las puntuaciones inferiores indican problemas cognitivos más graves. El punto de corte establecido para el MMSE define la función cognitiva "normal" y generalmente se fija en 24.

Escala de Soledad de UCLA (Versión 3).

La escala UCLA consta de 10 preguntas puntuables entre 1 y 4 puntos, lo que permite una puntuación mínima de 10 y máxima de 40. Los autores del cuestionario no han establecido puntos de

corte, es decir, puntuaciones que permitan clasificar el nivel de soledad según la puntuación obtenida. De lo que disponemos es del resultado obtenido al enfrentar el cuestionario a diversos grupos de población normal. La media obtenida para el grupo de personas ancianas es de 16 puntos. Se considera que las puntuaciones más habituales oscilan entre 15 y 20, mientras que una puntuación superior a 30 sería indicativa de un grado severo de soledad.

Escala de depresión geriátrica GDS de Yesavage (abreviada).

La escala GDS de Yesavage está constituida por 15 items con respuestas dicotómicas. La puntuación puede oscilar entre 0 y 15 puntos, considerándose de 0-5 Normal, de 6-9 Depresión leve y >10 Depresión establecida.



Índice de Barthel.

Las actividades de la vida diaria (AVD) incluidas en el índice original son diez: comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse/ ducharse, desplazarse (andar en superficie lisa o en silla de ruedas), subir/ bajar escaleras, vestirse/desvestirse, control de heces y control de orina. Las actividades se valoran de forma diferente, pudiéndose asignar 0, 5, 10 ó 15 puntos. El rango global puede variar entre 0 (completamente dependiente) y 100 puntos (completamente independiente).

Consideraciones éticas

Este estudio se llevó a cabo respetando los principios de la Declaración de Helsinki. El estudio fue aprobado por la dirección técnica de Lares Navarra y por la dirección de la residencia San Manuel y San Severino de Tafalla. Todos los participantes recibieron información sobre el estudio y dieron su consentimiento para participar de manera voluntaria verbalmente. Posteriormente se entregó un consentimiento informado que fue firmado por los participantes donde, además, se les informó que podían retirarse del estudio en cualquier

momento sin indicar el motivo.

Los datos del estudio se manejaron con confidencialidad y se almacenaron de forma segura, según lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales (LOPD) y garantía de los derechos digitales.

Análisis de datos

Los datos de los 17 participantes se analizaron mediante IBM SPSS (versión 23.0, IBM Corporation, Armonk, NY, EE. UU.). Dado el reducido tamaño de la muestra del presente estudio piloto se utilizaron pruebas no paramétricas para las comparaciones. Se utilizó el el Test U de Mann-Whitney para los contrastes intergrupo y el test el Test W de Wilcoxon para los contrastes intragrupo. Para completar el análisis, se calculó el tamaño del efecto en escala R^2 estimado desde la “d” de Cohen. Los valores de $p \leq ,05$ se consideraron significativos y se consideró que un tamaño del efecto al menos moderado-medio era indicativo de que los mismos datos en una muestra mayor habrían sido significativos.

Resultados

Participantes

Las características sociodemográficas de los participantes se presentan en la Tabla 1. Se dispone de un total de 17 participantes: 8 del grupo donde se ha realizado la intervención y 9 que formaron parte del grupo de control dentro de un diseño pre-post. Algo más de la mitad de la muestra son mujeres (58.8%), habiendo más en el grupo de control (77.8% vs 37.5%). Las edades de estos sujetos están comprendidas en el rango 67-99 años.

Presentan una mediana y media casi en el mismo valor: sobre los 79 años.

Estos valores son similares en ambos grupos. El estado civil más frecuente es la viudedad (41.2%; más en el grupo de intervención: 50% vs 33.3%) y el menos frecuente es estar casados (23.5%; similar en ambos grupos: 25% vs 22.2%). El nivel de estudios, en general, es bajo: 58.8% primarios, similar en ambos grupos (62.5% vs 55.6%).

Tabla 1: Características sociodemográficas de la población de estudio, comparadas entre grupos.

VARIABLES		MUESTRA TOTAL (n=17)	GRUPO	
			Intervención (n=8)	Control (n=9)
GÉNERO	<i>Mujer</i>	10 (58.8%)	3 (37.5%)	7 (77.8%)
	<i>Varón</i>	7 (41.2%)	5 (62.5%)	2 (22.2%)
EDAD	<i>Rango (Mediana)</i>	67 – 99 (79)	67 – 89 (81.5)	70 – 99 (78)
	<i>Media (D.E.)</i>	79.5 (8.4)	79.2 (8.6)	79.7 (8.6)
ESTADO CIVIL	<i>Soltero</i>	6 (35.3%)	2 (25.0%)	4 (44.4%)
	<i>Casado</i>	4 (23.5%)	2 (25.0%)	2 (22.2%)
	<i>Viudo</i>	7 (41.2%)	4 (50.0%)	3 (33.3%)
ESTUDIOS	<i>Básicos</i>	7 (41.2%)	3 (37.5%)	4 (44.4%)
	<i>Primarios</i>	10 (58.8%)	5 (62.5%)	5 (55.6%)

Medidas

Las puntuaciones de las variables estudiadas en la línea base para ambos grupos se presentan en la **Tabla 2**. En este momento, es decir, antes de comenzar la intervención, no se observaron diferencias significativas ($p > .05$) en las puntuaciones medias del índice general del EuroQol-5D, el MMSE, la escala de soledad de UCLA, la Escala de depresión geriátrica GDS de Yesavage, el índice de Barthel entre el grupo intervención (GI) y el grupo control (GC). Sin embargo, se observó una diferencia estadísticamente significativa ($p < .05$) con efecto grande (19%) entre las puntuaciones medias del termómetro EVA de salud del cuestionario del EuroQol-5D del grupo de intervención ($M = 69,36$;

$DT = 17,84$) y el grupo control ($M = 86,67$; $DT = 19,36$), donde el GC se autovaloró con mejor salud general que el GI. A pesar de no encontrar diferencias significativas en las puntuaciones medias de la Escala de depresión geriátrica GDS de Yesavage se observó un tamaño del efecto grande (22%) que indicó posibles diferencias de partida entre ambos grupos donde, según los valores medios, el GI ($M = 4,38$; $DR = 2,88$) mostró mayor depresión que el GC ($M = 2,11$; $DT = 1,54$). Lo mismo ocurre para las puntuaciones del índice de Barthel donde, a pesar de no haber significación se dio un efecto moderado (6,7%) indicando posibles diferencias entre los grupos, siendo más elevado el valor medio del GI (mejor estado funcional).

Tabla 2. Análisis inferencial. Comparación intergrupo de las variables generadas por los instrumentos al INICIO de la investigación, en función del Grupo de tratamiento. (N=17).

VARIABLES	Media (D.E.) / Mediana		Test de contraste		Tamaño del efecto: R ²
	GR. INTERVENCIÓN (n=8)	GR. DE CONTROL (n=9)	/Valor ZU/	P	
EQ-5D Índice general	0.6060 (0.32) / 0.7544	0.5139 (0.31) / 0.5481	0.96 ^{NS}	.335	.024
EVA de Salud	69.63 (17.84) / 75.00	86.67 (19.36) / 100.00	2.07 *	.038	.190
MMSE P. Total	28.00 (2.20) / 28.50	27.22 (2.11) / 27.00	0.83 ^{NS}	.405	.036
UCLA Soledad	22.37 (6.93) / 21.00	21.56 (6.46) / 22.00	0.19 ^{NS}	.847	.004
GDS-15 Depres. geriátrica	4.38 (2.88) / 4.00	2.11 (1.54) / 2.00	1.82 ^{NS}	.068	.220
BARTHEL Capac. funcional	78.13 (25.90) / 87.50	63.89 (30.08) / 80.00	1.31 ^{NS}	.190	.067

N.S. = NO significativo ** = Altamente significativo

En la **Tabla 3** se presenta una comparación intragrupo de las variables estudiadas para el grupo de intervención en los momentos pre-post. No se encontraron diferencias significativas ($p > ,05$) entre ambos momentos en las puntuaciones medias del grupo de intervención para el índice general del EuroQol-5D y para el Índice de Barthel.

A pesar de no encontrar diferencias significativas en las puntuaciones medias del MMSE, se encontró un tamaño del efecto moderado (7%) indicando un posible efecto de cambio, donde las puntuaciones al final son más bajas que

al inicio. Sin embargo, se encontraron diferencias significativas ($p < ,05$) con efecto grande (15,8%) para las puntuaciones medias del termómetro

EVA de salud del cuestionario del EuroQol-5D, indicando mayores puntuaciones al final de la intervención.

De la misma forma, se encontraron diferencias significativas ($p < ,05$) con efecto muy grande (42%) para las puntuaciones medias de la escala de soledad de UCLA, indicando con una evidencia estadística muy sólida que al final del estudio el valor medio del grupo de intervención fue inferior. Para la Escala de depresión geriátrica GDS de Yesavage

($p < ,05$) con efecto muy grande (41%) arrojando evidencias estadísticas muy sólidas que afirman que, tras la intervención, el grupo experimental reflejó una reducción del valor medio de sus puntuaciones.

En la **Tabla 4** se presenta una comparación intragrupo de las variables estudiadas para el grupo control en los momentos pre-post. No se encontraron diferencias significativas ($p > ,05$) entre ambos momentos en las puntuaciones medias del grupo control para el índice general del EuroQol-5D. Sin embargo,

se encontraron diferencias significativas ($p < ,05$) con un tamaño del efecto moderado (4,7%) en las puntuaciones medias del termómetro EVA de salud del cuestionario del EuroQol-5D donde, según los valores medios, hubo un ligero empeoramiento de la salud autopercebida. El MMSE arrojó diferencias significativas ($p < ,05$) con un tamaño del efecto moderado (8,6%) que indicó puntuaciones más bajas que al inicio. La escala de soledad de UCLA reflejó diferencias significativas ($p < ,05$) con un tamaño del efecto moderado (6,7%) que evidenció

en el grupo control un valor medio

De la misma forma, la Escala de depresión geriátrica GDS de Yesavage reflejó diferencias significativas ($p < .05$) con

un tamaño del efecto moderado (5,5%) indicando una media más elevada al final del estudio para el GC.

Finalmente, a pesar de que se encontró significación ($p < .05$) para la diferencia de medias en las puntuaciones del índice de Barthel, estas mostraron un tamaño del efecto muy bajo (0,1%) lo que indica que este cambio en las puntuaciones fue prácticamente inexistente.

Tabla 3. Análisis inferencial. Comparación intragrupo (pre-post) de las variables generadas por los instrumentos, en el grupo de INTERVENCIÓN. (N=8).

VARIABLES	Media (D.E.) / Mediana		Test de contraste		Tamaño del efecto: R ²
	MEDIDA INICIAL	MEDIDA FINAL	/Valor ZW/	P	
EQ-5D <i>Índice general</i>	0.6060 (0.32) / .7544	0.6517 (0.33) / 0.7601	1.07 ^{NS}	.285	.005
<i>EVA de Salud</i>	69.63 (17.84) / 75.00	80.00 (11.95) / 80.00	2.23 *	.026	.158
MMSE <i>P. Total</i>	28.00 (2.20) / 28.50	26.50 (2.73) / 25.50	1.84 ^{NS}	.066	.070
UCLA <i>Soledad</i>	22.37 (6.93) / 21.00	15.50 (4.04) / 15.50	2.53 *	.012	.420
GDS-15 <i>Depres. geriátrica</i>	4.38 (2.88) / 4.00	1.88 (1.46) / 1.50	2.03 *	.042	.410
BARTHEL <i>Capac. funcional</i>	78.13 (25.90) / 87.50	78.75 (22.80) / 85.00	0.27 ^{NS}	.785	.000

N.S. = NO significativo * = Significativo ** = Altamente significativo

Tabla 4. Análisis inferencial. Comparación intragrupo (pre-post) de las variables generadas por los instrumentos, en el grupo de CONTROL. (N=8).

VARIABLES	Media (D.E.) / Mediana		Test de contraste		Tamaño del efecto: R ²
	MEDIDA INICIAL	MEDIDA FINAL	/Valor ZW/	P	
EQ-5D <i>Índice general</i>	0.5139 (0.31) / .5481	0.4928 (0.32) / 0.5355	0.73 ^{NS}	.465	.001
<i>EVA de Salud</i>	86.67 (19.36) / 00.00	73.33 (29.90) / 90.00	2.03 *	.042	.047
MMSE <i>P. Total</i>	27.22 (2.11) / 27.00	25.22 (3.27) / 26.00	2.22 *	.027	.086
UCLA <i>Soledad</i>	21.56 (6.46) / 22.00	24.56 (5.62) / 22.00	2.39 *	.017	.067
GDS-15 <i>Depres. geriátrica</i>	2.11 (1.54) / 2.00	2.89 (1.62) / 3.00	2.07 *	.038	.055
BARTHEL <i>Capac. funcional</i>	63.89 (30.08) / 80.00	61.67 (29.48) / 75.00	2.00 *	.046	.001

N.S. = NO significativo * = Significativo ** = Altamente significativo

Tabla 5. Análisis inferencial. Comparación intergrupo de las variables generadas por los instrumentos al FINAL de la investigación, en función del Grupo de tratamiento. (N=17).

VARIABLES	Media (D.E.) / Mediana		Test de contraste		Tamaño del efecto: R ²
	GR. INTERVENCIÓN (n=8)	GR. DE CONTROL (n=9)	/Valor ZU/	P	
EQ-5D <i>Índice general</i>	0.6517 (0.33) / .7601	0.4928 (0.32) / 0.5355	1.45 ^{NS}	.148	.063
<i>EVA de Salud</i>	80.00 (11.95) / 80.00	73.33 (29.90) / 90.00	0.15 ^{NS}	.884	.023
MMSE <i>P. Total</i>	26.50 (2.73) / 25.50	25.22 (3.27) / 26.00	0.20 ^{NS}	.845	.048
UCLA <i>Soledad</i>	15.50 (4.04) / 15.50	24.56 (5.62) / 22.00	3.04**	.002	.487
GDS-15 <i>Depres. geriátrica</i>	1.88 (1.46) / 1.50	2.89 (1.62) / 3.00	1.28 ^{NS}	.201	.109
BARTHEL <i>Capac. funcional</i>	78.75 (22.80) / 85.00	61.67 (29.48) / 75.00	1.41 ^{NS}	.160	.105

N.S. = NO significativo * = Significativo ** = Altamente significativo

Las puntuaciones de las variables estudiadas después de la intervención para ambos grupos se presentan en la **Tabla 5**. Tras finalizar la intervención,

se encontraron diferencias altamente significativas ($p < .01$) con tamaño del efecto muy grande (48.7%) que nos permite afirmar que el valor medio del grupo de intervención es inferior al del grupo control para las puntuaciones de

la escala de Soledad UCLA. No se encontraron diferencias significativas ($p > .05$) en las puntuaciones medias del termómetro EVA de salud del cuestionario del EuroQol-5D. A pesar de no encontrar diferencias significativas para el resto de escalas, se encontró un tamaño del efecto moderado (6,3%; 4,8% y 10,5%) en las puntuaciones medias del índice general del EuroQol-5D, del MMSE, y el Índice de Barthel respectivamente, indicando una posible diferencia entre grupos donde los

valores medios indicaron mayores puntuaciones para el GI. Del mismo modo, el tamaño del efecto moderado (10,9%) en las puntuaciones medias de la Escala de depresión geriátrica GDS de Yesavage indicó una puntuación media más baja para el GI con respecto al GC.

Con respecto a la recogida de información tras finalizar cada una de las sesiones de acompañamiento, los datos reflejaron que todos los participantes del grupo de intervención completaron el 100% de las sesiones. Los participantes recordaron la cita en un 88% de las veces, frente a un 12% que no las recordó y un 99% de las veces mostraron interés durante las sesiones. No se produjeron incidencias más allá de necesitar sustituir las sesiones de acompañamiento en dos ocasiones por coincidir con otras ocupaciones de los participantes.

Discusión

Este estudio demostró que un programa de acompañamiento multicomponente redujo los sentimientos de soledad en personas mayores que vivían en una residencia. Hasta donde conocemos,

no se han realizado estudios sobre el efecto de una intervención de acompañamiento multicomponente en

los niveles de soledad y calidad de vida de las personas mayores que viven en residencias en España. Los estudios sobre intervenciones multicomponente con personas mayores son limitados, la mayoría se han desarrollado con muestras de personas mayores que viven en la comunidad⁴⁸ y, cuando se han llevado a cabo en residencias de personas mayores se han centrado en programas de ejercicio y tareas duales⁴⁹ o no han incluido en sus medidas la soledad.⁵⁰

Por lo tanto, la discusión de los hallazgos de nuestra investigación es limitada y se comparan con intervenciones que abordan la soledad de forma específica.

Hubo algunas diferencias significativas en las puntuaciones iniciales entre el grupo de intervención y el de control, que deben tenerse en cuenta.

El GC se autovaloró con mejor salud general que el GI. Sin embargo, al comparar las puntuaciones medias de cada grupo consigo mismo antes y después de la intervención, el GI se valoró con mejor salud al final de la intervención, mientras que el GC se valoró con peor salud. Algo similar ocurrió para las puntuaciones en depresión y, aunque las diferencias no fueron significativas, el GI mostró peores puntuaciones que el GC

al inicio mientras que al final de la intervención fue el GI el que mostró menos depresión que el GC, cuando se partía de la situación contraria.

Por tanto, creemos que los cambios en las puntuaciones de salud percibida y depresión se debieron a la intervención de acompañamiento.

Nuestros hallazgos mostraron que, tras

la intervención de acompañamiento multicomponente, los residentes del GI mejoraron sus síntomas depresivos.

Este resultado es congruente con estudios anteriores que demostraron que la participación de personas mayores que viven en residencias en programas de

Nuestro estudio encontró que el acompañamiento multicomponente tuvo efectos positivos sobre la calidad de vida relacionada con la salud, especialmente para la dimensión ansiedad/depresión. Estos hallazgos coinciden con los resultados de otros estudios que a través de programas multicomponente realizados en residencias, resultaron eficaces para reducir la ansiedad⁴⁹ y mejorar la calidad de vida⁴⁹⁻⁵⁰ de los participantes. Además, nuestros resultados mostraron que el GC obtuvo una peor salud relacionada con la dimensión dolor/malestar tras finalizar

el programa, mientras que en el GI no hubo cambios. El dolor entre las

personas mayores que viven en residencias es común. Los residentes pueden beneficiarse de un mayor apoyo a través del acompañamiento porque se sabe que la interacción social mejora el



En cuanto a la salud cognitiva, nuestro estudio encontró diferencias significativas que mostraron mayor deterioro para el GC con respecto a sus puntuaciones iniciales.

Al analizar las puntuaciones del GI se encontró que, aunque no hubo diferencias significativas, también hubo una tendencia al empeoramiento cognitivo. En el momento final, al comparar ambos grupos y a pesar de no encontrarse diferencias significativas, el GI mostró menos deterioro que el GC tras partir de una situación similar. La institucionalización se ha reflejado en diferentes estudios como un factor que agrava el deterioro cognitivo vinculado a entornos con posibilidades limitadas para la actividad física y social.⁵⁴

De hecho, se ha establecido una asociación negativa entre el aislamiento social y el funcionamiento cognitivo.⁵⁵

Varios estudios encontraron que tanto un programa de ejercicio multicomponente como las tareas duales⁴⁹ mantuvieron o mejoraron el rendimiento cognitivo de sus participantes, aunque no de forma estadísticamente significativa. La mayor parte de los estudios de intervención que estudian su impacto sobre la soledad, no informan de los resultados en el área cognitiva puesto que solo toman esta medida en la línea base.

Nuestros resultados podrían explicarse dado que nuestro programa de acompañamiento multicomponente no

se basa en la intervención cognitiva,

sino que sus actividades se centran en

la comunicación, las emociones y la participación social.

El hallazgo más relevante de nuestro estudio fue el impacto positivo del acompañamiento multicomponente sobre la soledad percibida de los participantes. Los residentes que no participaron en la intervención experimentaron un aumento de la soledad percibida, mientras que los residentes que recibieron acompañamiento vieron reducida su soledad percibida. Estas diferencias

entre ambos grupos fueron altamente significativas en el momento final a favor del GI. Estos resultados son similares a otros estudios que muestran que aumentar las interacciones personales

de las personas mayores que viven en residencias mediante la participación

en programas de reminiscencias,⁵¹ videoconferencias,⁵² terapia asistida con animales,⁵⁶ y jardinería⁵⁷ puede reducir significativamente los sentimientos de

Sin embargo, programas de intervención cognitiva,⁵⁸ de ejercicio multicomponente o tareas duales⁴⁹ no mostraron eficacia para mejorar la percepción de soledad

de sus participantes.

Este estudio tiene varias limitaciones.

En primer lugar, el pequeño tamaño de

la muestra y el diseño de la investigación cuasi-experimental limitaron la generalización de los hallazgos. En segundo lugar, no participaron residentes con deterioro cognitivo en nuestro estudio por lo que no se ha explorado si el acompañamiento multicomponente tiene efectos positivos en la calidad de vida de las personas mayores con deterioro cognitivo. En tercer lugar, este estudio piloto se realizó con personas mayores

de una sola residencia, por lo que los resultados pueden no ser generalizables

a la población de personas mayores que viven en residencias. Finalmente, no distinguimos entre soledad social y emocional, puesto que la escala de soledad UCLA mide los sentimientos subjetivos de soledad recogidos en una puntuación global. No obstante, este estudio es el primero en probar la

Conclusiones

Aunque los resultados de este estudio

han de interpretarse con precaución debido sus limitaciones, los hallazgos son prometedores. Las intervenciones que involucran el acompañamiento incluyendo actividades multicomponente tienen el potencial de reducir los niveles de soledad y mejorar las condiciones de vida en las residencias de personas mayores.

Deben fomentarse las actividades significativas que creen una interacción más individualizada entre las personas mayores y los acompañantes profesionales.

El programa de acompañamiento multicomponente ayudó a reducir de manera significativa la soledad general entre las personas mayores. Si bien no tuvo el mismo efecto sobre la depresión

o el deterioro cognitivo, hubo indicios de diferencias finales entre grupos, siendo mejores las puntuaciones para el grupo que recibió la intervención. Del mismo modo, los resultados finales en calidad

de vida y capacidad funcional resultaron más positivos para el grupo de la muestra

Los resultados sugieren que el programa de acompañamiento multicomponente se puede utilizar para reducir los niveles de soledad entre las personas mayores que viven en residencias. Teniendo en cuenta que este es un estudio piloto, se necesitan estudios controlados aleatorios con un tamaño de muestra más grande y de diferentes residencias para evaluar la efectividad del acompañamiento multicomponente en la soledad de las personas mayores que viven en estos entornos. Los estudios futuros deberán incluir a personas con deterioro cognitivo y distinguir entre la soledad social y emocional, además de comprobar si los cambios de comportamiento reflejados

en este estudio piloto son duraderos o si están estrictamente relacionados con la exposición continua al acompañamiento.

Aunque la soledad y el aislamiento social son un problema clínico difícil de evaluar

y diagnosticar en las personas mayores, se requiere el uso de herramientas de evaluación validadas y estrategias de mejora basadas en la evidencia para mejorar la calidad de vida de las personas mayores que viven en residencias.

El proyecto abre las puertas a la necesidad de que los profesionales de la salud que trabajan en estos entornos integren de forma continuada estrategias y proyectos de mejora que permitan alcanzar mejores resultados en la calidad de la atención y la salud integral de las personas mayores.

Agradecimientos

Los datos presentados en esta publicación han sido recopilados como parte del “Proyecto Soledad” impulsado por Lares Navarra en colaboración con Familiados y financiado por el Departamento de Derechos Sociales

Agradecemos la inestimable ayuda de todo el personal de la Residencia San Manuel y San Severino de Tafalla, por permitir que se llevara a cabo el proyecto y mostrarnos cómo afrontar la adversidad en tiempos de Covid-19.

Además, queremos agradecer de manera especial y sincera a Margari, Ana y M^a Cruz, por su profesionalidad demostrada durante todo el proyecto acompañando a los residentes y por llenar de ilusión y esperanza sus días en una época tan compleja.



Referencias

1. Victor CR. Loneliness in care homes: A neglected area of research? *Aging Health*. 2012; 8: 637-646.
2. Holmen K, Ericsson K, Winblad B. Social and emotional loneliness among non-demented and demented elderly people. *Arch Gerontol Geriatr*. 2000; 31: 177-192
3. Tilvis R, Pitkala K, Jolkkonen J, et al. Feelings of loneliness and 10-year cognitive decline in the aged population. *Lancet*. 2000; 356: 77-78
4. Savikko N, Routasalo P, Tilvis RS, et al. Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Arch Gerontol Geriatr*. 2005; 41: 223-233
5. Prieto-Flores ME, Forjaz MJ, Fernandez-Mayoralas G, et al. Factors associated with loneliness of noninstitutionalized and institutionalized older adults. *J Aging Health* 2011; 23: 177-194
6. Drageset J, Kirkevold M, Espehaug B. Loneliness and social support among nursing home residents without cognitive impairment: A questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2011; 48: 611-619.
7. Aung KT, Nurumal MS, Syakihar WN, Bukhari W. Loneliness among elderly in nursing homes. *International Journal for Studies on Children, Women, Elderly and Disabled*. 2020; 2:72-78.
8. Paque K, Bastiaens H, Van Bogaert P, Dilles T. Living in a nursing home: A phenomenological study exploring residents' loneliness and other feelings. *Scand J Caring Sci*. 2018; 32: 1477-1484.
9. de Jong-Gierveld J, van Tilburg. Manual of the loneliness Scale. Amsterdam, Netherlands: Vrije Universiteit Amsterdam. In Havens & Hall. *Social Isolation and Social Loneliness*. Health Canada. 1999
10. Victor C, Scrambler S, Bond J, Bowling A. Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone. *Rev Clin Gerontol*. 2000; 10: 407-417.
11. Russell DW. UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *J Pers Assess*. 1996; 66: 20-40
12. JDe Jong Gierveld J, Kamphuis F. The development of a Rasch-type loneliness scale. *Appl Psychol Meas*. 1985; 9: 289-299
13. Rubio R, Aleixandre M. Un estudio sobre la soledad en las personas mayores: entre el estar solo y el sentirse solo. *Rev Mult Gerontol*. 2001; 11(1): 23-28.
14. Hall M, Havens B. [Internet]. *Social Isolation and Social Loneliness*. Division of Aging and Seniors: Health Canada. Disponible en: http://www.hc-sc.gc.ca/seniorsaines/naca/writings_gerontology/writ18/writ18_3_e.htm
15. Lubben JE, Gironde ME. Centrality of social ties to the health and well being of older adults. *Social Work and Health Care in an Aging World*. In: Berkman, L. and Harooytan, L., Eds., *Social Work and Health Care in an Aging World*, Springer Press, New York. 2003; 319-350
16. Smilkstein G, Ashworth C, Montano M. Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. *J Fam Pract*. 1982; 15: 303-11

17. Havens B, Hall M. Social isolation, loneliness, and the health of older adults in Manitoba, Canada. *Indian Journal of Gerontology*. 2001; 15: 126–144.
18. Zebhauser A, Baumert J, Emeny RT, Ronel J, Peters A, Ladwig KH. What prevents old people living alone from feeling lonely? Findings from the KORA-Age-study. *Aging Ment Health*. 2014
19. McInnis GJ, White JH. A phenomenological exploration of loneliness in the older adult. *Arch Psychiatr Nurs*. 2001; 15: 128–139.
20. Chipperfield J, Havens B. Gender Differences in the Relationship Between Marital Status Transitions and Life Satisfaction in Later Life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2001; 56: 176-186.
21. Van Baarsen. Theories of Coping with Loss: The Impact of Social Support and Self Esteem on Adjustment to Emotional and Social Loneliness Following a Partner's Death in Later Life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2002; 57(1): 33-42.
22. Tjihuis, De Jong-Gierveld, Feskens, Kromhout. Changes in and factors related to loneliness in older men: The Zutphen Elderly Study. *Age Ageing*. 1999; 20: 481-495.
23. Dahlberg L, Andersson L, McKee KJ, Lennartsson C. Predictors of loneliness among older women and men in Sweden: A national longitudinal study. *Aging Ment Health*. 2015; 19(5): 409-417
24. Pinguart M, Sörensen S. Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis. *Basic Appl Soc Psych*. 2001; 23(4): 245-266.
25. Victor CD, Scambler SJ, Bowling A, Bond J. The prevalence of and risk factors for loneliness in later life: a population-based study. *Age Ageing*. 2000; 29(4): 453-460.
26. Camenzind M. Les personnes âgées homosexuelles : J'ai besoin d'un toit pour mon âme. *Rech Soins Infirm*. 2012; 105(4): 42-45.
27. Hébert B, Chamberland L, Chacha M. Les aîné-es trans: une population émergente ayant des besoins spécifiques en soins de santé, en services sociaux et en soins liés au vieillissement. *Frontières*. 2012; 25(1): 57-81
28. Mooney J. Driving Status and out-of-home social activity levels: The case of older male veterans. *GRC News*. 2003; 22 (3): 3.
29. Yanguas J, Pinazo-Henandis S, Tarazona-Santabalbina FJ. The complexity of loneliness. *Acta Bio Med [Internet]*. 2018Jun.7 [cited 2021Jan.19];89(2):302-14
30. Abedini NC, Choi H, Wei MY, Langa KM, Chopra V. The relationship of loneliness to end-of-life experience in older Americans: A cohort study. *J Am Geriatr Soc* 2020; 68: 1064-1071.
31. Span P. [Internet]. Just What older people didn't need: More isolation. Disponible en: <https://www.nytimes.com/2020/04/13/health/coronavirus-elderly-isolation-loneliness.html>.
32. Plagg B, Engl A, Piccoliori G, Eisendle K. Prolonged social isolation of the elderly during COVID-19: Between benefit and damage. *Arch Gerontol Geriatr*. 2020; 89: 104086.
33. Trabucchi M, De Leo D. Nursing homes or besieged castles: COVID-19 in northern Italy. *Lancet Psychiatry*. 2020; 7(5): 387-388.
34. Brooke J, Jackson D. Older people and COVID-19: Isolation, risk and ageism. *J Clin Nurs*. 2020; 10: 1111-15274.
35. Eghtesadi M. Breaking Social Isolation Among Older Adults During COVID-19. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2020; 28(10): 1000-1001.

36. Gardiner C, Laud P, Heaton T, Gott, M. What is the prevalence of loneliness amongst older people living in residential and nursing care homes? A systematic review and meta-analysis. *Age ageing*. 2020; 49(5): 748-757.
37. Serafini G, Bondi E, Locatelli C, Amore M. Aged Patients With Mental Disorders in the COVID-19 Era: The Experience of Northern Italy. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2020; S1064-7481(20)30306-7.
38. World Health Organisation. [Internet]. Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. 2020. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf>.
39. Fraser S, Lagacé M, Bongué B, Ndeye N, Guyot J, Bechard L, et al. Ageism and COVID-19: what does our society's response say about us? *Age Ageing* [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7239227/>
40. Russell, D. UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *J Pers Assess*. 1996; 66: 20-40.
41. Bermeja AI, Ausín B. Programas para combatir la soledad en las personas mayores en el ámbito institucionalizado: una revisión de la literatura científica. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2018; 53(3): 155-64.
42. Prieto-Flores ME, Forjaz MJ, Fernandez-Mayoralas G, Rojo-Perez F, Martinez-Martin P. Factors Associated With Loneliness of Noninstitutionalized and Institutionalized Older Adults. *J Aging Health*. 2010; 23: 177-194.
43. Zuidema SU, Derksen E, Verhey FR, Koopmans RT. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in a large sample of Dutch nursing home patients with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007; 22: 622-626.
44. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975; 12(3): 189-98.
45. Badia X, Roset M, Montserrat S, Herdman M, Segura A. The Spanish version of EuroQol: A description and its applications. *European Quality of Life scale*. *Medicina Clinica*, 1999; 112(1): 79-85.
46. Yesavage JA. Geriatric Depression scales. *Psychopharmacol Bull*. 1988; 24: 709.
47. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md Med J*. 1965; 14: 61-65.
48. Honigh-de Vlaming R, Haveman-Nies A, Heinrich J, van't Veer P and de Groot L C. Effect evaluation of a two-year complex intervention to reduce loneliness in non-institutionalised elderly Dutch people. *BMC Public Health*. 2013;13 : 984
49. Chloe Rezola-Pardo, Haritz Arrieta, Susana María Gil, Idoia Zarrazquin, José Javier Yanguas, Maria Antonia López, Jon Irazusta, Ana Rodriguez-Larrad, Comparison between multicomponent and simultaneous dual-task exercise interventions in long-term nursing home residents: the Ageing-ONDUAL-TASK randomized controlled study. *Age Ageing*. 2019; 48(6): 817-823
50. Husebø BS, Ballard C, Aarsland D, Selbaek G, Slettebo DD, Gulla C, et al. The Effect of a Multicomponent Intervention on Quality of Life in Residents of Nursing Homes: A Randomized Controlled Trial (COSMOS). *Journal of the American Medical Directors Association*. 2019;20(3):330-9.

51. Chiang K-J, Chu H, Chang H-J, Chung M-H, Chen C-H, Chiou H-Y, Chou K-R. The effects of reminiscence therapy on psychological well-being, depression, and loneliness among the institutionalized aged. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2010; 25(4): 380-388
52. Tsai HH, Tsai YF, Wang HH, Chang YC, Chu HH. Videoconference program enhances social support, loneliness, and depressive symptoms of elderly nursing home residents. *Aging Ment Health*. 2010; 14: 947-54.
53. van Almenkerk S, Depla MF, Smalbrugge M, Eefsting JA, Hertogh CM. Pain among institutionalized stroke patients and its relation to emotional distress and social engagement. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2015; 30(10): 1023-31.
54. González-Colaço Harmand M, Meillon C, Rullier L, Avila-Funes J-A, Bergua V, Dartigues J-F, et al. Cognitive decline after entering a nursing home: a 22-year follow-up study of institutionalized and noninstitutionalized elderly people. *J Am Med Dir Assoc*. 2014; 15(7): 504-8.
55. O’Luanaigh C, O’Connell H, Chin A-V, Hamilton F, Coen R, Walsh C, et al. Loneliness and cognition in older people: The Dublin Healthy Ageing study. *Aging Ment Health*. 2012; 16(3): 347-52.
56. Banks MR, Banks WA. The effects of animal-assisted therapy on loneliness in an elderly population in long-term care facilities. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2002; 57: 428-32.
57. Tse MMY. Therapeutic effects of an indoor gardening programme for older people living in nursing homes. *J Clin Nursing*. 2010; 19: 949-58.
58. Wittingham RG, Pike NL. A cognitive intervention to enhance institutionalized older adults' social support networks and decrease loneliness. *Aging Ment Health*. 2007;11(6): 716-721

Servicios profesionales de consultoría
y formación en envejecimiento

CONTACTO:

Nuria Carcavilla González



www.comunicacionydemencias.com



nuria@comunicacionydemencias.com



[@CyDemencias](https://twitter.com/CyDemencias)



+34 627 557 140