

LA SOLEDAD DE LAS PERSONAS MAYORES

Conceptualización, valoración e intervención

Sacramento Pinazo Hernandis
Mônica Donio Bellegarde Nunes

5

Colección
Estudios de la Fundación

La soledad de las personas mayores

Conceptualización, valoración e intervención

Sacramento Pinazo Hernandis. Universidad de Valencia
Mônica Donio Bellegarde Nunes. Valencia International University

Estudios de la Fundación Pilares para la autonomía personal. N.º 5, 2018

LA SOLEDAD DE LAS PERSONAS MAYORES.

Conceptualización, valoración e intervención.

Diseño de la colección: Carlos Molinero Brizuela

Maquetación: Amelia Fernández Valledor

pilares@fundacionpilares.org | www.fundacionpilares.org

ISBN: 978-84-09-02639-5 | Depósito Legal: M-18809-2018

Índice

1. Introducción.....	7
2. El envejecimiento poblacional y una mirada de género.....	13
2.1. Envejecer y envejecer siendo mujer.....	13
2.2. Envejecer viviendo en casa. <i>Aging in place</i>	17
3. Concepciones acerca de la soledad y sus tipos	25
3.1. Concepto y tipos de soledad	28
3.2. La soledad emocional y la soledad social	34
3.3. La discrepancia cognitiva entre el contacto social deseado y el real	36
3.4. El aislamiento social y la soledad: Diferencias entre estar solo, vivir solo y sentirse solo.....	38
4. Relación entre factores sociodemográficos, psicosociales y soledad	47
4.1. Las características sociodemográficas. Perfil de riesgo.....	49
4.2. Red social y apoyo social	63
4.3. La satisfacción con la vida.....	83
4.4. Las variables cognitivas y de la personalidad	86
5. Instrumentos de medida para evaluar soledad.....	93
5.1. UCLA <i>loneliness scale</i>	97
5.2. Escala de soledad de Jong Gierveld	102
5.3. Escala SELSA (<i>Social and Emotional Loneliness Scale for Adults</i>)	108
5.4. Escala ESLI (<i>Emotional And Social Loneliness Inventory</i>)	109
5.5. Pregunta única de soledad.....	110
6. Intervenciones para reducir la soledad y el aislamiento social ..	117
7. A modo de resumen.....	137
8. Referencias bibliográficas	143



Colección
Estudios de la Fundación

Todas las personas, en algún momento de su vida, se sienten solas; y más: todas las personas están solas. Vivir es separarnos del que fuimos para internarnos en el que vamos a ser, futuro extraño siempre. La soledad es el fondo último de la condición humana.

Octavio Paz, *El laberinto de la soledad*.

La atención integral a las personas que envejecen es aquella que de manera global atiende a las necesidades de las personas a lo largo de sus vidas. Y se refiere tanto a las necesidades físicas y biológicas, como a las cognitivas, emocionales y sociales y también a las comunitarias. Como seres sociales que somos, las personas necesitamos siempre tener relaciones, vínculos e interacción con otros, sea cual sea el lugar en el que vivimos y las situaciones que determinan nuestro modo de vida. La falta de otras personas a nuestro alrededor causa tantos problemas de salud como los derivados de un estrés psicológico continuado. Por el contrario, la participación activa en la vida familiar y comunitaria se relaciona con la generatividad en la vejez y es fuente de satisfacción vital, permite la relación con otros de nuestra misma generación y con personas de otras generaciones. A más participación en contextos y con grupos más diversos, mayor integración comunitaria.

Al final de nuestras vidas, hacemos una evaluación de la misma. Si esta integración de las experiencias de nuestra biografía es positiva, nos sentimos satisfechos de lo logrado. Validar nuestra vida en su conjunto nos ayuda al bienestar.

Seguramente, en algún momento dado todos nos hemos sentido solos. Durante la vejez también pueden surgir estos sentimientos de soledad, indeseados y desagradables. La soledad es una experiencia individual y subjetiva que puede ocurrir en cualquier etapa del ciclo vital. Es individual porque la vivimos cada uno a nuestra manera; es subjetiva porque no presenta signos que se pueden apreciar desde fuera; la persona solitaria es la única que puede afirmar si se siente sola. De hecho, es común que se asocie la soledad a la vejez, ya que, de modo general, las personas mayores suelen estar más expuestas a situaciones que favorecen la disminución de sus redes de apoyo social y el aumento del aislamiento social. Con el paso de los años, son inevitables las pérdidas: de seres queridos, del trabajo, de la salud. La viudedad es una realidad frecuente en las etapas más avanzadas de la vida, afectando principalmente a las mujeres mayores. La jubilación, el deterioro de la salud y la institucionalización son otros eventos que contribuyen a un mayor aislamiento social y pueden favorecer la aparición o el aumento de los sentimientos de soledad.

El hecho de vivir solo en la vejez ha sido considerado por muchos investigadores como uno de los principales factores de riesgo de soledad (Koc, 2012) y en los últimos años ha habido un aumento importante del número de hogares unipersonales encabezados por personas mayores (Abellán & Pujol, 2016). Sin embargo, estar solo o aislado socialmente no es sinónimo de sentirse solo. Así lo manifiestan las propias personas mayores que viven solas cuando se les pregunta (Donio-Bellegarde & Pinazo-Hernandis, 2014). Cuando entrevistamos a un grupo de mujeres mayores viudas, aunque su condición de vida en solitario había sido motivada

por una circunstancia vital que les fue impuesta –mayoritariamente, la viudedad o la emancipación de los hijos–, habían elegido seguir viviendo solas porque se sentían a gusto y podían así disfrutar de su libertad e independencia. Por esta razón, nos parece importante distinguir entre soledad impuesta y soledad elegida. La primera, puede venir acompañada de sufrimiento psíquico y a menudo de un aumento de los problemas de salud y de riesgo de mortalidad (Gerst-Emerson & Jayawardhana, 2015; Hawkey & Cacioppo, 2007; Paúl & Ribeiro, 2009; Shiovitz-Ezra y Ayalon, 2010).

Esta monografía es un extracto del marco teórico de la Tesis Doctoral de Mónica Donio leída en abril de 2017.

La monografía sobre soledad que el lector tiene en sus manos pretende describir y reflexionar sobre los diversos aspectos que se relacionan con la experiencia de vida en solitario de las personas mayores; en particular, las que viven en sus domicilios, y sobre todo, las mujeres.

Para ello, y tras una breve introducción al panorama del envejecimiento poblacional hemos realizado una revisión de la literatura científica para conocer las distintas concepciones de la soledad y los tipos de soledad que existen y que han sido descritas por diferentes autores. Después, se muestra la relación entre diversos factores sociodemográficos y psicosociales y la soledad, factores todos ellos que han demostrado tener influencia en los sentimientos de soledad de las personas mayores. Más adelante, se presentan los instrumentos de medida más utilizados para evaluar la presencia, la intensidad y los tipos de soledad en personas mayores. En la última parte se describen diferentes tipos de intervenciones para reducir la soledad y el aislamiento social

que han mostrado su eficacia y que servirán como ejemplo de qué programas se pueden poner en marcha.

Por último, se cierra esta monografía con algunas recomendaciones para el avance en la investigación e intervención en soledad y aislamiento social.

Esperamos que este texto sea de utilidad para visibilizar la soledad.



Colección
Estudios de la Fundación

El envejecimiento poblacional y una mirada de género

¿Qué es feminidad ?

Es ser mujer; es sentirse bien como mujer; es ser fuerte unas veces y no tanto otras; es ser receptiva, estar abierta a los cambios y saber hablar desde dentro con todos los sentimientos y palabras para ser comprendida; es ser suave y a la vez un tigre [...] En nuestra larga marcha, encontramos varias definiciones de feminidad.

Betty Friedan

2.1. Envejecer y envejecer siendo mujer

Naciones Unidas y la OMS nos vienen alertando desde hace un tiempo de que el envejecimiento poblacional es un fenómeno mundial actual, presente en todos los lugares del mundo (Naciones Unidas, 2014; OMS, 2015). Por un lado, este envejecimiento de las poblaciones viene dado por el descenso en las tasas de fecundidad y de mortalidad experimentado en las últimas décadas en la mayoría de los países desarrollados, lo que ha provocado cambios significativos en la estructura de edad de la población mundial. Por otro lado, el aumento en la esperanza de vida al nacer, ha originado un aumento en el número de personas mayores y en el peso relativo del grupo de personas mayores de 65 años con respecto al resto de la población (IMSERSO, 2015; OMS, 2015). Además, las mejoras sanitarias, de estilos de vida, la mayor esperanza de vida a los 65 años...

Pero no envejecemos igual las mujeres que los hombres. Y no nos referimos solo a las patologías. Las diferencias de género

al envejecer son notables a nivel demográfico (hay más mujeres mayores y éstas son más longevas) y también en las condiciones socioeconómicas. Las mujeres suelen tener menos ingresos y cobrar pensiones más bajas que los hombres y, consecuentemente, sus condiciones de vida son peores. En muchos casos, la situación de pobreza de las mujeres les lleva a vivir en viviendas inadecuadas y tener una dieta menos nutritiva. En cambio, los varones suelen estar más protegidos porque en general cuentan con más años de estudios y niveles de ingresos más elevados que las mujeres. Y esto pasa en España y en todos los lugares del mundo, con sus diferencias culturales, sociales y de desarrollo, evidentemente (Neri, 2014).

Las mujeres mayores viven más en estado de pobreza y de dependencia física, y son aún más vulnerables a sufrir malos tratos, negligencia y abandono (Neri, 2014). Serrano et al. (2014) señalan algunas preocupaciones que surgen como consecuencia del proceso de envejecimiento de la población, y entre ellas destaca el aumento de la proporción de personas que envejecerán con dependencia y consecuentemente que necesitarán más cuidados, y el aumento de los que vivirán solos... y se sentirán solos y solas.

Las mujeres presentan niveles más elevados de soledad, sobre todo en el grupo de personas de 85 o más años de edad (Rico-Urbe et al., 2016; Dahlberg et al., 2015; Gerst-Emerson & Jayawardhana, 2015; Zebhauser, Hofmann-Xu et al., 2014; Ferreira-Alves, Magalhães, Viola & Simões, 2014; Steptoe, Shankar, Demakakos & Wardle, 2013; Losada et al., 2012; Aartsen & Jylha, 2011; Stephens, Alpass, Towers & Stevenson, 2011; Cohen-Mansfield, Shmotkin & Goldberg, 2009; Paúl & Ribeiro, 2009; Luanaiigh

& Lawlor, 2008; Savikko et al., 2005; Pinquart & Sörensen, 2001; Victor et al., 2000). En algunos casos, la prevalencia de soledad entre las mujeres llegaba a ser más del doble de la de los varones (Holwerda et al., 2012).

Esta diferencia podría ser explicada no simplemente como una cuestión exclusiva del género en sí sino por las circunstancias que suelen estar asociadas a la condición de ser “mujer mayor”. Las mujeres suelen ser más longevas que los hombres, estando más predispuestas a vivir solas cuando se hacen mayores, ya sea por viudedad o por la pérdida de otras personas de su generación (Aartsen & Jylha, 2011; Castro, 2015; Dahlberg et al., 2015; de Jong Gierveld, 2003; Ferreira-Alves et al., 2014; Luanaigh & Lawlor, 2008; Savikko et al., 2005).

Por otro lado, se han identificado claras diferencias de género en la forma cómo las personas se relacionan con los demás, lo que podría contribuir a aumentar la probabilidad de que los hombres se sintieran más solos. Mientras las mujeres suelen contar con redes sociales más diversas que incluyen relaciones cercanas con familiares, amigos y vecinos, los hombres tienden a centrarse más en las relaciones de intimidad con su pareja (Antonucci et al., 2002). Otra investigación sugiere que las mujeres mayores perciben más cercanía en sus relaciones sociales que los varones y que es más frecuente que tengan en su red social a un miembro cercano aparte de sus cónyuges (Green et al., 2001). Asimismo, la soledad de los hombres depende en gran medida de la percepción de sus relaciones de amistad, mientras que la de las mujeres se asocia más con la falta de relaciones cercanas (Buz & Prieto, 2013). Todo ello pondría a los hombres mayores en una posición más vulnerable al

sentimiento de soledad en los casos en que falten sus cónyuges y se vean obligados a vivir solos, por ejemplo. Otro aspecto que podría contribuir a explicar esa diferencia se relaciona con el sesgo de deseabilidad social que puede ocurrir dependiendo de la manera cómo se pregunte sobre los sentimientos de soledad. Algunos autores explican que parece ser culturalmente más aceptable que las mujeres hablen de sus sentimientos y que asuman su soledad (Savikko et al., 2005; Victor et al., 2000). En este sentido, el tipo de instrumento utilizado para medir la soledad podría contribuir a esas diferencias de género. Cuando se pregunta sobre la soledad con preguntas directas, los hombres parecen estar menos dispuestos a expresar sus sentimientos (Nicolaisen & Thorsen, 2014; Perlman, 2004); en cambio, cuando se utilizan escalas en donde no aparece escrita la palabra “soledad”, los efectos de género disminuyen o incluso desaparecen (Borys & Perlman, 1985, citados en Perlman, 2004). Asimismo, Steed et al. (2007) compararon los resultados de diversas investigaciones y hallaron que al utilizar la Escala de Soledad de Jong Gierveld, los varones puntuaban menos en soledad emocional y más en soledad social que las mujeres (Dykstra & de Jong Gierveld, 2004). Cuando se usaba una pregunta directa, las mujeres informaban sentirse más solas que los hombres (Jyhlä, 2004). Por otro lado, en un estudio que utilizó la Escala UCLA, en la que no aparecía la palabra “soledad” no se identificaron diferencias de género (Adams, Sanders & Auth, 2004).

De todas formas, cabe destacar que el género por sí solo suele tener poca capacidad explicativa en la varianza de la soledad en las personas mayores. En concreto, en el meta-análisis llevado a cabo por Pinquart & Sörensen (2001b), se halló que las diferen-

cias de soledad en función del género explicaban tan solo el 0,6% de la varianza. Otras investigaciones más recientes confirman que la variable género no tiene capacidad de predecir la soledad por sí sola (Castro, 2015; Dahlberg et al., 2015).

2.2. Envejecer viviendo en casa. *Aging in place*

Un aspecto de este proceso de envejecimiento poblacional que merece la atención es el fenómeno social denominado “*aging in place*” o “*aging at home*”, que se refiere a la preferencia de las personas mayores por seguir viviendo en sus propias casas, con cierto nivel de independencia en lugar de vivir en una residencia (Davey, Nana, de Joux & Arcus, 2004). Seguir viviendo en la propia casa puede preservar la salud si las condiciones del hogar y la funcionalidad de la persona son adecuadas. Cada vez hay más tecnologías para ayudar a las personas a que sigan viviendo en sus casas el mayor tiempo posible (Pinazo-Hernandis & Poveda, 2015). El programa *Ambient Assisted Living Joint Programme* (AAL), es un ejemplo de cómo se pueden desarrollar proyectos basados en las TIC que permitan al adulto permanecer en su hogar el mayor tiempo posible de forma autónoma e independiente. Desde 2008, los proyectos han ido dirigidos al fomento de la salud y la capacidad funcional, la participación social y la seguridad, principios todos ellos del Paradigma del Envejecimiento Activo.

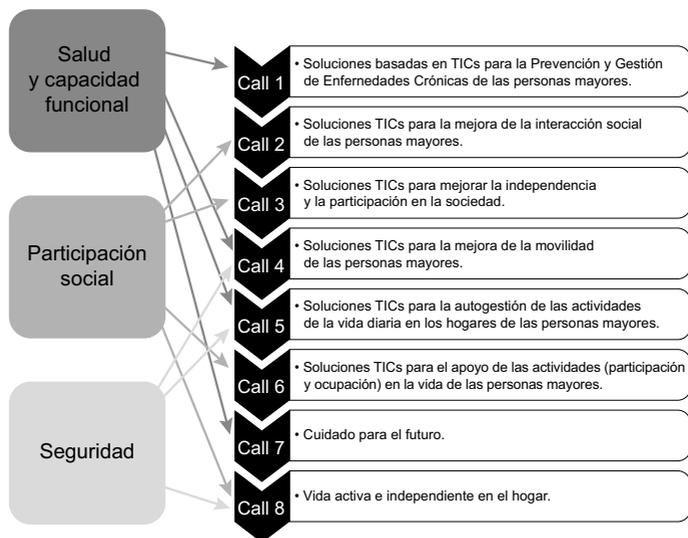


Figura 1. Convocatorias AAL y relación con los principios del envejecimiento activo.
Fuente: Pinazo-Hernandis y Poveda, 2015.

Algunas de estas tecnologías van dirigidas a hacer los lugares más seguros y cómodos (rampas, elevadores para personas que precisan de sillas de ruedas y viven en casas de varias alturas); otras, se relacionan con la telemedicina (servicios de vigilancia de salud que monitorizan la actividad y graban las rutinas diarias) (Graybill, McMeekin & Wildman, 2014). La tecnología ayuda a las personas mayores en la mejora y mantenimiento de la autonomía personal, proporciona seguridad dentro y fuera del hogar y ayuda a la movilidad facilitando la vida independiente y fomentando hábitos saludables, las relaciones sociales, los cuidados y atención en el hogar y, además, ayuda en la formación y desarrollo personal.

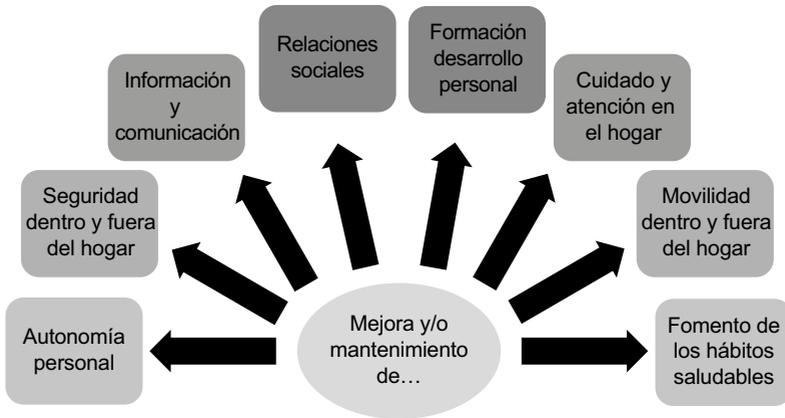


Figura 2. *Objetivos de la tecnología en el entorno de las personas mayores.* Fuente: Pinazo-Hernandis y Poveda, 2015.

A causa del fenómeno del “aging in place” (Wiles, Leibing, Guberman, Reeve & Allen, 2011; Rowles & Bernard, 2013; Peek et al., 2014; Sanchez-Gonzalez & Rodriguez-Rodriguez, 2016) y de los cambios sociodemográficos mencionados anteriormente, se viene notando en los últimos años una creciente tendencia mundial de los hogares en donde vive una sola persona mayor, lo que se observa también en España (Abellán & Pujol, 2016; López-Doblas & Díaz-Conde, 2013). La opción de seguir viviendo en el propio hogar tras el fallecimiento del cónyuge en la vejez, aunque eso suponga vivir solo, es una realidad en expansión frente a la opción de mudarse con los hijos o irse a vivir a una institución (López-Doblas, 2005).

Investigaciones recientes indican la preferencia de los españoles mayores por vivir en sus propias viviendas frente a mudarse a la casa de sus familiares (hijos, sobre todo) o ser institucionalizados (Fernández-Carro, 2016). El 78 % de los españoles entrevistados

en el estudio de Costa-Font, Elvira y Miró, 2009, manifestaron el deseo por seguir en sus propias casas. Aquellos que preferían irse a residencias para personas mayores presentaban peor salud y discapacidad importantes, y mejores condiciones económicas. La preferencia por vivir en instituciones era más frecuente entre los varones de 66 a 75 años que entre las mujeres de la misma edad. En cambio, la opción por vivir en la casa de algún familiar fue manifestada con mayor frecuencia por las mujeres de 66 a 75 años que por los varones de la misma edad. Asimismo, la preferencia por vivir en la casa de familiares era más común entre el grupo de personas más mayores y aquellos que tenían niveles más bajos de estudios y de ingresos.

En el estudio de Fernández-Carro (2016), el porcentaje de personas que prefieren envejecer en casa es del 90%. En el caso de que se presentaran limitaciones físicas o cognitivas, el 56% de los entrevistados afirmaron que preferirían ir a vivir en la casa de algún familiar, y a poder ser, en la casa de sus hijos adultos. La opción por convivir con algún familiar en el caso de fragilidad suele ser más común entre las personas que están viudas, aquellos con niveles más bajos de estudios y/o de ingresos o los que valoran su estado de salud como malo. Por otra parte, los que optarían por ser institucionalizados suelen ser más jóvenes (entre 65 y 69 años) y tener niveles más altos de estudio. Más del 80% de los españoles de 85 años o más siguen viviendo en hogares privados, mayoritariamente en sus propios hogares (Fernández-Carro, 2016).

Las motivaciones que llevan a las personas mayores españolas a elegir una u otra opción de vivienda son muy variadas e incluyen: el estilo de vida y las condiciones sociales de la persona

mayor, el deseo por disponer de tiendas, actividades de ocio y medios de transporte cerca de casa, y la posibilidad de vivir cerca de los familiares, pudiendo así contar con el apoyo intergeneracional. La elección de envejecer en casa puede suponer más beneficios psicosociales que desventajas, ya que al seguir viviendo en sus casas las personas mayores estarían en entornos conocidos y seguros, y esto es cierto especialmente para el grupo de personas más mayores (Costa-Font et al., 2009).

Además, envejecer en casa significa permanecer conectado con el barrio y por tanto, aumenta el sentido de pertenencia. La necesidad de pertenecer es una necesidad básica que ya fue descrita por Abraham Maslow en 1955 en su libro *Towards a Psychology of being*. No lograr esa “pertenencia” se relaciona con mayores sentimientos de soledad.

Pero para seguir viviendo en casa son necesarios, al menos, tres factores: que las características del entorno físico sean adecuadas (vivienda y entorno comunitario); que haya recursos materiales disponibles; y que exista una red social que proporcione apoyo.

a. Entorno

En primer lugar, el estado de conservación de la vivienda y del barrio donde uno vive puede afectar su calidad de vida, especialmente en lo que se refiere a su seguridad o vulnerabilidad. También es necesario tener presente cómo es el barrio y la ciudad que se habita. En esto se está centrando el programa de la OMS de *Ciudades Amigables con las personas mayores (Age-friendly cities)* al analizar las ciudades y qué deberían modificar para adaptarse mejor al envejecimiento de sus ciudadanos.

Para más información ver: http://www.ciudadesamigables.imsero.es/imsero_01/ciudades_amigables/index.htm

b. Recursos

El segundo punto se refiere a los ingresos con los que cuentan las personas. Si son muy reducidos no llegarán para que pueda mantenerse en su propia casa. Pero también los recursos sociales y sanitarios que existen. En la mayor parte de los países las diferencias entre zona rural y zona urbana son grandes en el despliegue de recursos. También existen diferencias entre las distintas Comunidades Autónomas.

Teniendo en cuenta que las personas que viven solas suelen disponer de una única fuente de ingresos, las mujeres mayores en esa situación tienen como media una probabilidad dos veces mayor de vivir en la pobreza que aquellas que viven en pareja. En 2012, un 58% de las mujeres mayores que vivían solas informaron tener dificultades económicas importantes para llegar a fin de mes. Su situación era peor que la informada por otras mujeres mayores (un 51% informaron dificultades), así como la situación de los hombres mayores que vivían solos (un 45% informaron dificultades) (Parlamento Europeo, 2015).

c. Red Social

Por último, disponer de una red de cuidados formales e informales, así como de una red de amigos y familiares con quienes poder contar y tener acceso a los servicios de salud primarios son otros factores clave (Rolls, Seymour, Froggatt, & Hanratty, 2010).

Por todas estas razones y otras muchas evidencias las mujeres mayores que viven solas son especialmente vulnerables al sentimiento de soledad (Carrascosa & Sancho, 2012; Losada et al., 2012; Parlamento Europeo, 2015).

En el siguiente capítulo se profundizará en este tema.

Síntesis del capítulo. ¿Qué hemos visto?

- Las posibilidades de seguir viviendo en la propia casa son mayores cuando las ciudades están adaptadas al envejecimiento de sus ciudadanos, cuando las casas son accesibles y cuando existen tecnologías de apoyo.
- Existen muchas soluciones tecnológicas para ayudar a las personas a que envejezcan activamente (Proyectos AAL).
- Las posibilidades de vivir solos son mayores si existe una buena red de apoyo, condiciones de la vivienda y comunitarias y condiciones económicas suficientes.
- Las personas mayores que viven solas son un objetivo importante al que prestan atención los proyectos de Ciudades y Comunidades amigables con las personas mayores.





Colección
Estudios de la Fundación

Concepciones acerca de la soledad y sus tipos

*La soledad puede ser positiva.
Gracias a ella, podemos tener un crecimiento personal.*

Christina Victor

En los años 70 y 80 comenzaron las investigaciones empíricas sobre soledad, motivadas por varios factores sociales, tales como las altas tasas de divorcio, la gran cantidad de personas que vivían solas y el aumento de la viudedad en la vejez (Shaver & Brennan, 1991). Los autores considerados como pioneros en este tema son Robert S. Weiss, Leticia Anne Peplau y Daniel Perlman. La clásica obra de Weiss (1983), inspirada en la Teoría del Apego de Bowlby (1972, 1983) y publicada por primera vez en el año 1973, sigue siendo una importante referencia para los investigadores actuales. A finales de los años 70, inspirada en las charlas de Weiss, Peplau y sus alumnos empezaron a investigar y a escribir sobre la soledad con la intención de desarrollar un instrumento para medirla. El instrumento en cuestión fue la *University of California – Los Angeles Loneliness Scale (UCLA)*, publicada por primera vez en 1978 y que sigue siendo actualmente la escala más utilizada por investigadores de todo el mundo. Además, Letitia Anne Peplau y Daniel Perlman (1982) fueron los responsables de reunir a principios de los años 80 a varios autores que debatieron sobre las teorías de la soledad y la investigación que se estaba llevando a cabo. Su obra seminal sigue siendo una referencia importante para los investigadores actuales: *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*.

Otra investigadora que merece ser destacada por llevar estudiando el tema de la soledad desde principios de los 80 y haber aportado mucho a esta área de estudio es la holandesa Jenny de Jong Gierveld. Además de haber desarrollado un modelo teórico para explicar la soledad, es la autora de una de las escalas más utilizadas en Europa, la de *Jong Gierveld Loneliness Scale (DJGLS)*.

Desde la primera década del año 2000, el estadounidense John Cacioppo y sus colaboradores también han dedicado muchas investigaciones al tema de la soledad. Sus estudios se han centrado principalmente en los efectos de la soledad sobre la salud física y mental de las personas que la sufren.

En España, en la Universidad de Granada, Juan López-Doblas (2005), llevó a cabo grupos de discusión que le permitieron profundizar en los aspectos causales y circunstanciales que llevaron a esas personas a vivir solas y en las motivaciones para que siguieran en una situación de vida en solitario.

Por otra parte, en la Universidad Rey Juan Carlos, Andrés Losada y su equipo (2012) se basaron en los resultados de un estudio con una muestra representativa de personas mayores españolas que viven en sus domicilios para concluir que la soledad contribuye significativamente para explicar la salud mental, no limitándose solamente a los síntomas depresivos.

Desde la Universidad de Salamanca, la aportación de José Buz y su equipo incluye estudios de adaptación y validación de la DJGLS para ser utilizada en población mayor española (Buz & Pérez-Arechaederra, 2014; Buz & Prieto, 2013; Buz, Uchaga & Polo, 2014). Además, también se han dedicado a estudiar las redes sociales, el intercambio de apoyo y la participación social en la ve-

jez (Buz, Sánchez, Levenson & Aldwin, 2014; Sánchez-Rodríguez, de Jong Gierveld, & Buz, 2012).

Recientemente en la Universidad de Valencia hemos trabajado (Sacramento Pinazo y su equipo de Intervención Psicosocial en Envejecimiento) en un par de proyectos en donde hemos evaluado la soledad y el apoyo social. En el primer estudio, que ha dado lugar a la Tesis Doctoral de Monica Donio Bellegarde (Donio-Bellegarde, 2017) pretendimos explorar las vivencias de un grupo de personas mayores en situación de vulnerabilidad social vinculada a la soledad. Para ello, describimos cómo las personas solas definen su situación y exploramos en profundidad la experiencia de vida en solitario, identificando sentimientos asociados y significados atribuidos a esa situación desde el punto de vista de mujeres viudas que viven solas, con el fin de comprender las motivaciones que las llevaron a vivir solas y cómo afrontan la vida en solitario (Donio-Bellegarde & Pinazo-Hernandis, 2014); identificamos acontecimientos biográficos que contribuyen a la soledad; quisimos conocer el papel de factores asociados a la soledad revisando estudios anteriores (edad, género, estado civil, nivel educativo, salud física y psicológica, situación económica y condiciones de la vivienda, apoyo social) (Donio-Bellegarde & Pinazo-Hernandis, 2016); evaluar la validez de la escala de soledad dJGLS (Tomás, Pinazo-Hernandis, Donio-Bellegarde, & Hontangas, 2017) y de la UCLA (Pinazo-Hernandis, Sancho, Donio-Bellegarde & Tomás, 2018) y analizamos distintas tipologías de mujeres mayores solas en función de distintas variables.

En el segundo estudio, proyecto de evaluación de la calidad de vida de personas mayores que acuden a programas formales

de aprendizaje y que dio lugar a la Tesis Doctoral de Francisco J Sanchez, evaluamos la satisfacción con la vida (Tomás, Galiana, Oliver, Sancho & Pinazo-Hernandis, 2016), y el bienestar, el apoyo social (con la escala de Lubben LSNS-R) y la soledad poniendo a prueba la escala de soledad UCLA versión 3 (Pinazo-Hernandis, Sancho, Donio-Bellegarde & Tomás, 2018) analizando las variables con contrastes multivariados y un modelo de ecuaciones estructurales que mostró un ajuste aceptable entre los datos.

Esos son solamente algunos de los diversos investigadores que están dedicándose a explorar el origen, la naturaleza, las causas y los factores asociados a un fenómeno presente en la vida cotidiana de miles de personas. Esperemos que en el futuro haya muchos más.

3.1. Concepto y tipos de soledad

Autores clásicos como Robert Weiss (1983) afirman que la soledad es un fenómeno natural, un sentimiento que puede surgir en ciertos momentos de la vida y que puede afectar a cualquier persona, independientemente de su género, edad u otra característica sociodemográfica. Las personas de diferentes edades pueden experimentar la soledad de distintas maneras, y los factores que se asocian a este sentimiento pueden cambiar de acuerdo con el grupo de edad al que uno pertenece (Nicolaisen & Thorsen, 2014). Para Christine Victor la soledad es la parte subjetiva de la medida objetiva del aislamiento social, o como también podemos decir, lo inverso de una situación de apoyo social (Victor, et al., 2000).

Autores como Young (1982) han hablado de distintos tipos de soledad en función de su duración, diferenciando entre tres

tipos de soledad: la soledad crónica, la soledad situacional y la soledad pasajera. La *soledad crónica* dura dos o más años y es el sentimiento de insatisfacción con las relaciones sociales y la incapacidad de desarrollar relaciones sociales satisfactorias. La *soledad situacional* surge después de un evento vital estresante, como la muerte del cónyuge o la ruptura de un matrimonio. En estos casos, el sentimiento de soledad es temporal y el individuo lo supera en el momento en que acepta su pérdida. Finalmente, la *soledad pasajera* es la forma más habitual y se caracteriza por episodios cortos de sentimientos de soledad.

De un modo similar, Hawkley y Cacioppo (2009) diferencian la soledad experimentada de forma aguda de la soledad crónica. La *soledad aguda* es un estado temporal que se extingue cuando se reparan las circunstancias que la causaron. Y la *soledad crónica* es un rasgo del individuo que resulta de la interacción de sus circunstancias vitales y de una tendencia genética a experimentar sentimientos de aislamiento.

La duración del sentimiento de soledad influye en la forma cómo se la experimenta. Es mucho más dura la soledad permanente (sentimiento de larga duración), soledad que surge cuando uno se queda viudo y no se tienen hijos, que la soledad puntual, aquella vivida en situaciones puntuales cuando uno se queda solo en casa, pero sabe que pronto tendrá la compañía de su familia y el sentimiento será aliviado cuando se produzca el reencuentro. Otra forma de clasificar la soledad fue propuesta por Luanaigh y Lawlor (2008), quienes hablan de *soledad normal* y *soledad patológica*, que se diferencian de acuerdo con la duración, la frecuencia (puntual o persistente) y la gravedad de la experiencia.

Al analizar la soledad en la etapa más tardía de la vida, Victor, Scambler, Bowling y Bondt (2005) proponen tres tipos de soledad: la *soledad asentada* que sigue a un estado ya establecido hace tiempo, la *soledad de inicio tardío* y la *soledad en descenso*. El primer tipo estaría influido por factores de personalidad, por patrones de conducta y relaciones interpersonales que se repiten a lo largo de la vida. La soledad de inicio tardío podría ser una respuesta a las pérdidas normativas que se producen en la vejez (viudedad, pérdida funcional en uno mismo o en la pareja). El tercer tipo, la soledad en descenso, serían los casos en que el nivel de soledad disminuyó en la vejez comparado con los años previos.

No es lo mismo vivir bien la vida en solitario que sufrir desesperadamente la falta de otras personas. Y no es lo mismo una soledad temporal que una soledad permanente.

Utilizando la perspectiva de soledad como un constructo tridimensional, Jong Gierveld y Raadschelders (1982) llevaron a cabo una investigación con 556 holandeses e identificaron cuatro grupos de acuerdo con su tipología de soledad. Un 59% de la muestra pertenecía al grupo de las personas “no solas o ligeramente solas”. Los “solos desesperados y muy insatisfechos con sus relaciones sociales” representaban el 14% de la muestra. Un 15% pertenecía al grupo “solos periódica y temporalmente”. El 12% era “solos y desesperados”. Estos tres últimos grupos tenían en común la ausencia de una relación íntima o de pareja, aunque se diferenciaban según las relaciones que mantenían con sus amigos y compañeros de trabajo, así como en sus sentimientos de carencia afectiva.

Más recientemente, Castro (2015) propuso una nueva división según los tipos de soledad, diferenciando entre soledad

objetiva, soledad emocional y soledad social sintónica. Según esta autora, la *soledad objetiva*, como su propio nombre sugiere, se relaciona con los aspectos más objetivos del fenómeno, es decir con la presencia o la ausencia de relaciones sociales. En la *soledad emocional* se incluye la percepción sobre las prestaciones de ayuda y cuidado que uno recibe de su red social. La *soledad sintónica* deriva de la falta de sintonía con los otros. Hace alusión a una parte del concepto de soledad social descrito por Weiss (1983) en la medida en que no considera el sentimiento de pertenencia a un grupo, sino que se refiere a la falta de sintonía que uno siente en sus relaciones.

A menudo en la literatura científica hay confusión entre los términos: *loneliness*, *being alone*, *living alone*, no significan lo mismo, pero a menudo se usan como sinónimos (Routasalo & Pitkala, 2003); a veces incluso como sinónimos de *depresión*. Y se utiliza *solitude* para describir el estado positivo.

Tal y como se ha expuesto anteriormente, aunque la mayoría de las definiciones sobre el concepto de soledad la asocian a una experiencia negativa, algunos autores defienden que la soledad podría ser algo positivo. Según el Existencialismo, la soledad es positiva cuando resulta de una elección propia de pasar cierto tiempo solo y se caracteriza por una oportunidad para reflexionar, comunicarse con Dios y comprenderse a sí mismo. El filósofo Schopenhauer invita a los seres humanos a conquistar la propia soledad en una feroz lucha contra el instinto de la sociabilidad; es decir, que la soledad debe ser conquistada primero en el mundo interior de quien ha renunciado a lo mundano. Se trata de conquistar la soledad luchando contra la dispersión y contra el

deseo de posesión de bienes materiales que sólo provocan tedio e inquietud al espíritu.

Para de Jong Gierveld (1987), la soledad es un sentimiento individual caracterizado por una falta desagradable o inadmisibles de calidad en ciertas relaciones sociales. Puede ocurrir porque la cantidad de contactos sociales está por debajo de lo deseado o porque no se tiene la intimidad esperable en las relaciones. En otras palabras, la soledad puede ser definida como una respuesta psicológica negativa a una discrepancia entre las relaciones sociales deseadas –expectativas– y las relaciones reales (Peplau & Perlman, 1982).

Cacioppo y Patrick (2008) la definen como un dolor social comparable al dolor físico. Así como los dolores físicos surgen para protegernos de los peligros físicos, también la soledad se manifestaría como una forma de protegernos del peligro de permanecer aislados. Sería un modo de despertar nuestra atención hacia la importancia de las conexiones sociales, de estimularnos a tener contacto con las personas y a renovar nuestros vínculos sociales débiles o rotos.

Aunque haya una percepción general de que la soledad es un sentimiento interior doloroso y persistente, se han detectado diferencias cualitativas en la comprensión y en la forma de describir la soledad desde el punto de vista de los individuos que se sienten solos y los que no.

En un estudio llevado a cabo por Hauge y Kirkevold (2010), realizaron entrevistas a personas mayores de 65 años que vivían en sus domicilios y en residencias. Les preguntaron: ¿Qué es para ti la soledad? ¿Qué factores contribuyen a la soledad? ¿Cuáles son

los efectos de la soledad? ¿Cómo manejan las personas mayores la soledad? ¿Qué podría ayudar a las personas en el manejo de la soledad? Algunas definiciones de soledad que ellos dieron fueron: “*Es fea*”; “*Es como estar una habitación oscura*”; “*Es sentirse abandonado por los demás*”.

Los investigadores diferenciaron a las personas entre los solos y los que no se sienten solos. Las mayores diferencias entre ambos grupos fueron en cuáles son los factores que contribuyen a la soledad. El grupo de individuos “no solos” creía que la culpa de la soledad era de la propia persona solitaria, siendo causada por su personalidad crítica y por su actitud pasiva y negativa (atribución causal interna). En cambio, los “solos” la atribuían más a la falta de oportunidad de mantener el contacto social con personas relevantes que a algo provocado por ellos mismos (atribución causal externa).

	Atribución causal	¿Cuál es la causa?	¿Quién es el causante?
Individuos “no solos”	Interna	Personalidad crítica Actitud pasiva y negativa	Uno mismo
Individuos “solos”	Externa	Falta de oportunidad de mantener contacto social	Las circunstancias

Tabla 1. *Diferencia en la forma de comprender y describir la soledad entre personas solas y personas no solas.* Fuente: Elaboración propia a partir de Hauge y Kirkevold (2012).

La interpretación de la soledad también puede variar de acuerdo con la edad de las personas que la definen. Peplau y Perlman (1982) hallaron que las personas mayores que tenían menos de 80 años percibían la soledad como sinónimo de falta de

contacto social. En cambio, los mayores de 80 años creían que la soledad estaba más asociada al descenso de la actividad por la incapacidad física y por la falta de dinero o medios de transporte.

3.2. La soledad emocional y la soledad social

Weiss (1983) en su libro *Loneliness: the experience of emotional and social loneliness*, diferenció entre dos tipos de soledad: la soledad emocional y la soledad social y cada una de ellas se produce por diferentes motivos, está acompañada de distintas sensaciones y puede ser eliminada con diferentes estrategias. La *soledad emocional* es la respuesta subjetiva a la falta de una figura generalizada de apego. La *soledad social* puede resultar de la pérdida de roles sociales, tal y como sucede cuando uno se queda viudo o cuando se jubila o si se muda a un barrio donde no es bien acogido, por ejemplo. Cualquier evento que conlleve una pérdida de contacto con las personas con quienes uno compartía sus preocupaciones, puede generar este tipo de soledad.

La investigación de de Jong Gierveld y van Tilburg (2010) desveló que las mujeres mayores informaban de sentimientos más intensos de soledad emocional que los hombres, lo que los autores justificaron por el hecho de haber más mujeres sin pareja, con mala salud y con dificultades económicas. Sin embargo, los hombres puntuaban más alto en soledad social que las mujeres. Otras investigaciones han confirmado esta tendencia de que los hombres suelen ser más “socialmente solos” y menos “emocionalmente solos” que las mujeres (Dykstra & Fokkema, 2007; Dykstra & de Jong Gierveld, 2004; Green, Richardson, Lago & Schatten-Jones, 2001).

Para entender la vivencia de la soledad emocional, hay que explicar primero la *Teoría del Apego* de John Bowlby (1972, 1983), porque a menudo se percibe la soledad como una falta de vínculos de apego. Esta teoría postula que las experiencias que uno tuvo con sus padres durante la niñez y la adolescencia pueden afectar a sus relaciones sociales posteriores durante la etapa adulta (Bowlby, 1979). Así, la primera figura de apego suele ser la madre y este vínculo se desarrolla fundamentalmente a lo largo de los primeros nueve meses de vida del bebé. Si es una relación sana, el comportamiento de apego será fácilmente activable al principio y poco a poco se activará con menos rapidez hasta cerca del final del tercer año de vida. El comportamiento de apego se dirige a una o algunas personas específicas, sigue un orden de preferencia y suele persistir durante gran parte del ciclo vital. El mantenimiento de un vínculo genera sensación de seguridad, mientras que la amenaza de perderlo puede provocar ansiedad (Bowlby, 1979). Según Bowlby (1979), el niño que recibe los cuidados de sus progenitores cuando los necesita, que no sufre amenazas de abandono o que no es culpabilizado o rechazado por ellos se vuelve una persona capaz de ayudarse a sí misma y merecedora de ser ayudada en el caso de que lo necesite. En cambio, los adultos que no han tenido esta base segura pueden vivir en constante ansiedad, y se sentirán muy solos y desarraigados. El comportamiento de apego no se manifiesta solamente durante la infancia, sino que también se manifiesta en los momentos en que los adultos están enfermos o en situaciones de emergencia.

Para Weiss (1983) la integración social es tanto o más importante que el apego. La importancia de la integración social

umenta en la adolescencia ya que el grupo de amigos posibilita que el adolescente exprese sus opiniones y sentimientos y que estos sean aceptados o validados aunque no coincidan con lo que sus padres piensan.

Aunque ambos tipos de soledad están marcados por depresión e insatisfacción, la soledad del aislamiento emocional viene acompañada de ansiedad, mientras que la soledad del aislamiento social está dominada por el aburrimiento y la sensación de estar siendo excluido. La integración social posibilita que el individuo reciba los más diversos tipos de apoyo, lo que facilita su vida cotidiana. Cuando necesita un consejo u otro tipo de apoyo, el individuo socialmente integrado tiene a quién recurrir, pero el que está socialmente aislado, no. Estar socialmente integrado también produce placer y gratificación, ya que la red social es la base para que ocurran las actividades sociales (Weiss, 1983). Estar socialmente integrado significa “pertenecer a...”, “ser parte de...” (*sense of belonging*).

Sin embargo, es importante tener en cuenta que cada tipo de soledad demanda recursos distintos para ser aliviada, por ello las figuras de apego no sustituyen a los proveedores de integración social. Para que no se sientan solas, las personas necesitan tanto una red social que les facilite la integración social como figuras de apego que ofrezcan seguridad emocional.

3.3. La discrepancia cognitiva entre el contacto social deseado y el real

El modelo de discrepancia cognitiva tiene sus raíces en el abordaje cognitivo y fue adoptado por diversos autores para in-

tentar explicar la experiencia de soledad. Desde esa perspectiva, la soledad surgiría como una sensación desagradable resultante de una discrepancia entre los niveles de contacto social deseado y la realidad que la persona ha logrado conquistar (de Jong Gierveld, 1987; Peplau & Perlman, 1982).

Otros aspectos tenidos en cuenta por el modelo de discrepancia cognitiva son las atribuciones causales y las estrategias de afrontamiento utilizadas por las personas, lo que determina cómo viven su experiencia personal de soledad. En un apartado anterior hemos visto una investigación que hablaba sobre la atribución causal de la soledad.

En línea con el modelo de discrepancia cognitiva, de Jong Gierveld y colaboradores (1998) sugieren que la soledad es un fenómeno multidimensional, compuesto por tres dimensiones, a saber:

1. La *carencia o privación* es la base del concepto y se refiere a los sentimientos de vacío o abandono asociados a la ausencia de relaciones de intimidad;
2. La *perspectiva de tiempo* según la cual el individuo percibe su soledad, sea como algo inmutable o como algo que puede ser tratado y consecuentemente extinguido;
3. Un conjunto de *aspectos emocionales* que acompañan la soledad, tales como la tristeza, la melancolía, la culpa, la frustración, la vergüenza y la desesperación.

En este sentido, la aparición y/o el mantenimiento de los sentimientos de soledad dependen de diferentes factores que se relacionan con la evaluación subjetiva que hace el individuo que la sufre acerca de la calidad y la cantidad de sus relaciones sociales (de Jong Gierveld, 1987).

3.4. El aislamiento social y la soledad: Diferencias entre estar solo, vivir solo y sentirse solo

A diferencia de la experiencia de soledad, el aislamiento social es una medida objetiva de la mala integración social, que no depende de una valoración subjetiva de la persona (Luanaigh & Lawlor, 2008). El aislamiento se caracteriza por la falta de relaciones interpersonales duraderas mientras que los sentimientos de soledad son subjetivos y están compuestos por la manera como una persona percibe, experimenta y evalúa su propio aislamiento social y la falta de comunicación con los demás (de Jong-Gierveld & Raadschelders, 1982).

Victor et al. (2000) añaden que el tipo de red social del individuo indica su nivel de aislamiento social, que puede ser medido a partir del tamaño y por la densidad de la red social, o sea, por la cantidad de personas que la componen y por el grado de interrelación de sus miembros. Además, también se puede medir el aislamiento social a partir de la accesibilidad y de la reciprocidad de las relaciones. Así, lo opuesto al aislamiento social sería la participación social, y lo opuesto a la soledad sería el sentimiento de pertenencia o de estar integrado socialmente (de Jong Gierveld & Havens, 2004).

Existen diferencias evidentes entre “estar solo” o “vivir solo” y “sentirse solo”. Luanaigh y Lawlor (2008) afirman que mientras la experiencia de sentirse solo siempre está asociada a algo no deseado, estar solo puede ser una experiencia deseada para fomentar la creatividad, facilitar la auto-reflexión, la auto-regulación, la concentración y el aprendizaje. El sentimiento de soledad surge

en los casos en que el aislamiento social es impuesto desde el exterior, obligando a la persona a vivir/estar sola en contra de sus deseos; pero cuando el aislamiento social es algo voluntario no se manifiesta un sentimiento de soledad (Castro, 2010).

La relación entre soledad, aislamiento social y vulnerabilidad social/exclusión social es una relación dinámica, como podemos ver en la figura 3 que aparece a continuación.

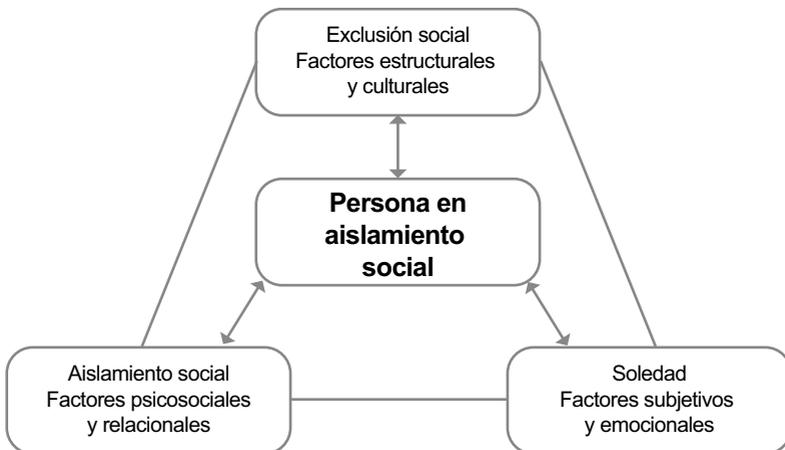


Figura 3. Relación entre soledad, aislamiento social y exclusión social. Fuente: Santos-Olmo, 2016.

Con respecto a los conceptos de vivir solo o estar solo, mientras que el primero es simplemente una unidad de medida de la forma de convivencia, el segundo se refiere a la cantidad de tiempo que la persona pasa sin compañía (Victor et al., 2000). Según investigaciones de Cacioppo & Patrick (2008), no hay diferencias significativas entre las personas que se sienten solas y las que no se sienten solas en cuanto a la cantidad de tiempo que están efectivamente solas, es decir, la cantidad de horas que uno esté

solo no influye directamente sobre la presencia o ausencia de sus sentimientos de soledad.

En esta línea, la condición objetiva de estar socialmente aislado no se relaciona con que el sujeto se sienta realmente solo; hay personas que se sienten solas aunque no estén socialmente aisladas. Hay quienes, aunque cuenten con una red social reducida se sienten suficientemente integrados, mientras que otras personas con redes sociales del mismo tamaño pueden sentirse solas (de Jong Gierveld & Havens, 2004). Por lo tanto, tener sentimiento de soledad ni es sinónimo de estar solo ni va siempre unido a estar solo, pero tampoco el hecho de estar acompañado garantiza una protección contra la soledad (Castro, 2010; Hawkey & Cacioppo, 2009). Quizás por esto, añade Castro (2010) resulta más difícil asumir y comprender el sentimiento de soledad en aquellas personas que están acompañadas justamente porque parece, tanto para quien se siente solo como para los demás a su alrededor, que no hay una causa real que justifique dicho sentimiento.

Cuanto más mayor se hace una persona, mayor es la probabilidad de que esté sola o viva sola debido a los eventos normativos y comunes a la fase más avanzada de la vida, por ejemplo, la pérdida del cónyuge por muerte o separación, la salida de los hijos de casa o la muerte de los amigos. Pero esas circunstancias no significan que todas las personas mayores que están o que viven solas se sientan solas (Peplau, Miceli & Morasch, 1982; Victor, et al., 2000).

Los datos sobre prevalencia de soledad en la población mayor son bastante variables dependiendo de las características específicas de la población investigada, el contexto geográfico y

cultural en que están insertos las personas entrevistadas, así como el método y los instrumentos de medida utilizados para valorarla. Además, es importante tener en cuenta que la prevalencia de soledad suele oscilar en una misma muestra cuando es medida en distintos momentos. En concreto, los resultados de un estudio longitudinal que midió la soledad de las personas mayores en un intervalo de cuatro años sugieren que su prevalencia aumenta con el paso del tiempo (Gerst-Emerson & Jayawardhana, 2015).

Las evidencias de los estudios transculturales sugieren que los factores culturales y las diferencias en las condiciones de vida de las personas residentes en distintos países juegan un papel importante a la hora de explicar las diferencias en la prevalencia de soledad. En concreto, 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, & Dykstra, 2012; Rico-Urbe et al., 2016; Sánchez-Rodríguez et al., 2012; Sundström, Fransson, Malmberg, & Davey, 2009; Yang & Victor, 2011). Asimismo, se encontraron 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 & Tesch-Römer, 2012; Hansen & Slagsvold, 2015).

En la investigación de Sundström et al., (2009) llevada a cabo en doce países europeos: Suiza, Dinamarca y Suecia presentaron las tasas más bajas de soledad, las más altas se encontraron en Francia, Israel, Italia y Grecia. La prevalencia de “sentirse solo casi todo el tiempo” varió de un 1% en Suiza a un 10% en Grecia, siendo un 7% en España. Los hallazgos del estudio de

Rico-Uribe et al. (2016), que incluyó personas de 50 o más años en Finlandia, Polonia y España confirman esta tendencia, ya que los finlandeses informaron puntuaciones ligeramente más bajas en soledad comparados con los polacos o los españoles. También en una investigación que comparó datos de soledad y de apoyo social entre muestras de personas mayores españolas y holandesas se hallaron valores medios de soledad más elevados en la muestra española que en la holandesa (Sánchez-Rodríguez et al., 2012). ¿Será quizás porque los españoles pertenecemos a una cultura familista, y para nosotros el apoyo de nuestros seres queridos es más esperado que en los países del Norte de Europa?

El contexto cultural no influye solamente en el apoyo social, sino que otras características sociales pueden facilitar la presencia de la soledad, como la forma de convivencia (vivir solo o acompañado), la participación en instituciones sociales o las relaciones de amistad (Sánchez-Rodríguez et al., 2012). En este sentido, las 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 & Slagsvold, 2015). Para algunos autores, los valores culturales en los diferentes países podrían influir 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 & Victor, 2011).

Medida a través de una pregunta directa sobre la frecuencia con que se sentían solos, 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. Aunque la prevalencia de soledad detectada no fuese muy elevada, los autores creen que es suficientemente relevante para que se la tenga en cuenta al elaborar y proponer políticas sociales y de salud dirigidas a mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

En otra investigación con muestra de personas mayores españolas, se midió la soledad (con la escala UCLA) en dos grupos –uno compuesto por personas que vivían solas y otro por personas que vivían acompañadas– (Velarde-Mayol, Fragua-Gil & García-de-Cecilia, 2015), encontrando que la mayoría de los que vivían solos –el 63,2%– presentaron niveles de soledad entre moderado y grave. Al comparar la muestra de personas que vivían solas con la de los que vivían acompañados, casi dos tercios de los primeros experimentaban una soledad mayor que la de aquellos que no vivían solos. En otro estudio español en el que también se utilizó un instrumento de medida de soledad validado (la escala dJGLS), se halló que el 58,7% presentaban algún grado de soledad. En concreto, el 42% de la muestra informaron niveles bajos de soledad mientras que el 16,8% sufría soledad moderada o grave (Sánchez-Rodríguez, 2009).

Síntesis del capítulo. ¿Qué hemos visto?

- Existen diferencias entre soledad emocional y soledad social.
- Las mujeres mayores informan de sentimientos más intensos de soledad emocional que los hombres; los hombres puntuaban más alto en soledad social que las mujeres.
- La soledad es una experiencia individual y subjetiva.
- A menudo la soledad viene forzada por las pérdidas que se van teniendo a lo largo de la vida y que se acentúan en la vejez.
- Estar solo o vivir solo no es lo mismo que sentirse solo.
- Existen diferencias entre soledad y aislamiento social.
- La soledad es una sensación desagradable resultante de una discrepancia entre los niveles de contacto social deseado y la realidad de contactos sociales que la persona ha logrado conquistar.
- A más edad, mayor es la probabilidad de que una persona esté sola o viva sola debido a los eventos normativos y comunes a la fase más avanzada de la vida, (pérdida del cónyuge por muerte o separación, la salida de los hijos de casa o la muerte de los amigos). Pero esas circunstancias no significan que todas las personas mayores que están o que viven solas se sientan solas.
- La condición objetiva de estar socialmente aislado no se relaciona con que el sujeto se sienta realmente solo; hay personas que se sienten solas aunque no estén socialmente aisladas.





Colección
Estudios de la Fundación

Relación entre factores sociodemográficos y psicosociales y soledad

*La vida no es fácil,
pero el ejercicio de la libertad siempre vale la pena.*

Carmen Alborch

Con el aumento de la edad es más probable que las personas experimenten circunstancias vitales que reducen las redes sociales y facilitan los sentimientos de soledad, tales como: el fallecimiento del cónyuge o de otras personas cercanas, la jubilación, la disminución o la pérdida de algunas relaciones de amistad, los traslados de vivienda, la institucionalización, los problemas de salud propios o de algún familiar, las situaciones de dependencia, las barreras arquitectónicas, o los problemas que pueden surgir en las relaciones familiares.

Por otro lado, los factores personales también contribuyen a generar sentimientos de soledad en la vejez. Castro (2010) los resume en cinco puntos:

1. *La forma como la persona entiende sus relaciones y las expectativas* que tiene sobre ellas, aspectos que pueden no coincidir con lo que los miembros de su red social efectivamente le ofrezcan;
2. *La forma que uno tiene de ser, de comportarse y sobre todo de comunicarse*, que podría dificultar la creación y el mantenimiento de relaciones sociales satisfactorias;

3. La *pérdida de ilusión, del sentido de la vida y de perspectivas de futuro*, que podría conllevar una actitud pasiva cara a los esfuerzos por establecer y mantener vínculos;
4. La *dificultad para pedir o aceptar la ayuda de otras personas* cuando uno se siente solo;
5. La *falsa creencia de que la soledad es un hecho normativo* que se da *per se* en las personas mayores, inevitable, y que hay que aceptar resignadamente.

Tener un camino, un porqué, un algo que dé sentido a la existencia, una vida con sentido y significado (*meaning of life*) se relaciona directamente con bienestar, afecto positivo y felicidad (Ryff & Singer, 1998).

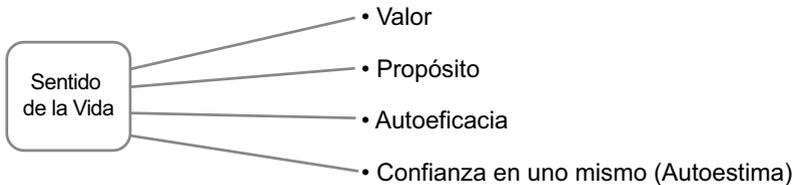


Figura 4. Componentes del sentido de la vida. Elaboración propia a partir de Baumeister, 2005.

Además, y a diferencia de los animales, los seres humanos no encontramos el sentido pleno a nuestra existencia si no es en compañía de los otros. Por esa razón, la pérdida de relaciones puede ocasionar un daño grande al sentido de la propia vida e incluso a cómo se percibe uno a sí mismo, su identidad. El sentido de la vida se relaciona con propósito, valor, autoestima y autoeficacia (Baumeister, 2005; Baumeister & Leary, 1995). A menudo la soledad se relaciona con fracaso y estigma.

Teniendo en cuenta la variedad de factores que pueden influir en la experiencia de soledad en la vejez, se presentan a continuación diferentes aspectos que se han asociado con el sentimiento de soledad de las personas mayores en numerosas investigaciones.

4.1 Las características sociodemográficas.

Perfil de riesgo

Aunque las variables sociodemográficas no suelen influir en la soledad tanto como otros factores, existen muchas evidencias sobre su contribución a la hora de identificar quiénes son las personas potencialmente más vulnerables al sentimiento de soledad. Tras revisar los hallazgos de diversas investigaciones que se han dedicado a estudiar los factores de riesgo y los factores protectores de la soledad, queda claro que las características sociodemográficas suelen actuar en conjunto, contribuyendo a incrementar o reducir el riesgo de que las personas mayores se sientan solas.

En general, los hallazgos de las investigaciones sugieren que los grupos con mayor riesgo de sentirse solos son:

- las mujeres (Dahlberg Andersson, McKee, & Lennartsson, 2015; Losada et al., 2012; Pinqart & Sörensen, 2001; Rico-Urbe et al., 2016)
- las personas más mayores (Dykstra, 2009; Dykstra, van Tilburg, & de Jong Gierveld, 2005; Victor, Scambler, et al., 2005)
- las personas no casadas o que no tienen una pareja confidente (de Jong Gierveld, 1998; Hawkey & Cacioppo, 2009; Victor, Scambler, et al., 2005)

- las personas que viven solas (Hughes, Waite, Hawkley, & Cacioppo, 2004; Koc, 2012; Steed, Boldy, Grenade & Iredell, 2007; Zebhauser, Baumert et al., 2014)
- las personas que tienen niveles más bajos de estudios (Luanaigh & Lawlor, 2008; Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg, & Pitkälä, 2005; Sundström et al., 2009)
- las personas que tienen menos ingresos económicos (Hawkley et al., 2008; Losada et al., 2012; Savikko et al., 2005)
- las personas que pertenecen a minorías étnicas (Hawkley et al., 2008).

Sobre las diferencias de género ya hemos hablado en un capítulo anterior. Al igual que ocurre con el género, las evidencias sobre la relación entre **soledad y edad** tampoco son uniformes. Mientras algunas investigaciones sugieren que la soledad disminuye a lo largo de la vida (Russell, 1996; Schnittker, 2007; Victor, Scambler, Bond, & Bowling, 2002), otras, no encontraron diferencias significativas en función de la edad tras controlar el efecto de las demás variables (de Jong Gierveld, 1987; Green et al., 2001; Jylhä, 2004; Long & Martin, 2000; Zebhauser, Baumert et al., 2014) y otras sugieren que a más edad, mayor es la prevalencia de soledad (Hansen & Slagsvold, 2015; Paúl & Ribeiro, 2009; Steptoe, et al., 2013). Algunas investigaciones sugieren que la soledad sigue una distribución en forma de U a lo largo de la vida, es decir, que es más frecuente en los adolescentes y jóvenes adultos y en las personas mayores y menos frecuente durante la edad adulta (Pinquart & Sörensen, 2001; Yang & Victor, 2011).

Cuando se realizan investigaciones con muestras compuestas exclusivamente por personas mayores, en general se nota un aumento de soledad en las etapas más avanzadas de la vida (Cohen-Mansfield et al., 2009; de Jong Gierveld, 1998; de Jong Gierveld & van Tilburg, 2010; Hacıhasanoglu et al., 2012; Losada et al., 2012; Luanaigh & Lawlor, 2008; Savikko et al., 2005; Victor et al., 2000). Además, muchos estudios indican que las personas mayores de 80 años suelen sentirse solas con más frecuencia que los que tienen menos edad (Dykstra, 2009; Dykstra et al., 2005; Luanaigh & Lawlor, 2008; Pinquart & Sörensen, 2001). Datos del Informe IMSERSO (2016) (basados en Encuesta continua de hogares, 2015) muestran un porcentaje de personas mayores en hogares unipersonales que va desde el 19.3 % en personas de 65 a 69 años, hasta 20.71 % en personas mayores de 85 años; siendo las mujeres el 72.93 % de las personas mayores que viven solas y siendo viudas el 70.52 % y solteras el 16.14 %.

De un modo similar a lo que pasa con el género, el aumento de la soledad en las personas más mayores podría ser explicado por la consonancia de circunstancias vitales que suelen darse más con el avance de la edad. Así pues, ¿la soledad viene determinada por la edad o por las circunstancias (pérdidas de personas y de salud) que se dan durante la vejez? Por un lado, el hecho de que las personas más mayores tengan más probabilidad de haber sufrido pérdidas del cónyuge, de amigos y familiares contemporáneos afecta el tamaño y la composición de sus redes sociales (Luanaigh & Lawlor, 2008; Nicolaisen & Thorsen, 2014; Victor et al., 2000). Por otro lado, el deterioro de la salud y la mayor probabilidad de tener alguna discapacidad o situación de dependencia disminuye las

oportunidades de integración social de las personas más mayores y consecuentemente les ponen en mayor riesgo de sentirse más solas (Ferreira-Alves et al., 2014; Jylhä, 2004; Koc, 2012; Perlman, 2004).

En lo que se refiere al **estado civil**, las investigaciones suelen coincidir en que el hecho de tener pareja funciona como un importante factor protector contra la soledad, siendo que las personas casadas (o viviendo en pareja) se encuentran en menor riesgo de experimentar soledad que los viudos, solteros o separados (Barg et al., 2006; Cohen-Mansfield et al., 2009; de Jong Gierveld, 1998; Ferreira-Alves et al., 2014; Gerst-Emerson & Jayawardhana, 2015; Hawkey & Cacioppo, 2009; Hughes et al., 2004; Koc, 2012; Losada et al., 2012; Luanaigh & Lawlor, 2008; Luo, Hawkey, Waite, & Cacioppo, 2012; Steptoe, et al., 2013; Sundström et al., 2009; Weiss, 1983). Aunque también contribuya a aliviar la soledad social, el hecho de tener pareja es beneficioso especialmente contra la soledad de tipo emocional (de Jong Gierveld & van Tilburg, 2010).

Entre las personas que no tienen pareja, aquellas que están solteras suelen informar de niveles más bajos de soledad que las viudas o las divorciadas/separadas (Dykstra, 1995; Hacıhasanoglu et al., 2012; López-Doblas, 2005; Savikko et al., 2005). Esta diferencia podría ocurrir porque mientras las personas divorciadas y viudas se quedaron solas por una situación forzosa (por causa mayor), los solteros pueden estarlo o bien porque no han encontrado su pareja ideal o bien porque han preferido y elegido estar solos (Dykstra, 1995). Además, al no haberse casado nunca probablemente se hayan dedicado más a cultivar las relaciones de amistad y con otros familiares.

Por otro lado, la viudedad ha sido frecuentemente asociada con un mayor riesgo de aislamiento social y soledad (Aartsen & Jylhä, 2011; Castro, 2015; Losada et al., 2012; Paúl & Ribeiro, 2009; Victor et al., 2000; Weiss, 1983). El sentimiento de soledad suele ser más intenso en las personas que son viudas recientes, independientemente de la presencia de hijos y de la frecuencia de sus visitas (Victor et al., 2000).

En la investigación realizada por Donio-Bellegarde (Donio-Bellegarde, 2017) con mujeres mayores que vivían solas ($N=9,48$ años, $DT=9,80$ años en esa condición de vida en solitario; siendo el mínimo 2,5 meses y el máximo 60 años), entre los motivos que les llevaron a vivir solas, haberse quedado viudas fue el más frecuente (81,4 %). En segundo lugar, la pérdida por fallecimiento de otros familiares (8,4 %), seguido de la emancipación de los hijos (4,2 %). Otras motivaciones mencionadas fueron (6,1 %): haberse separado o divorciado de su pareja, no haberse casado nunca, y otros, sin especificar (1,1 %).

Los resultados de investigaciones con mujeres mayores viudas (Lopata, 1983; Lopata et al., 1982) sugieren que comparada con la situación de las personas solteras, la viudedad es especialmente complicada debido al cambio repentino desde una posición cómoda en un ambiente al que uno estaba habituado, a un nuevo estilo de vida. Además de la pérdida de un importante vínculo afectivo, también se ven afectadas las antiguas relaciones de amistad que en gran medida se sustentaban cuando las parejas se reunían para hacer actividades juntas. Añadido a esto, para algunas viudas se hace más difícil establecer nuevas relaciones de amistad cuando faltan sus maridos.

En mujeres cuidadoras, y en los casos de enfermedad del marido, es común que la esposa se aleje de su red social para cuidarlo, muchas veces sin darse cuenta de ello y este aislamiento contribuye a incrementar su sentimiento de soledad cuando fallece el marido. Al llegar la viudedad, también es común que las viudas se alejen de su red social por creer que su presencia, sin la de su marido, provocará una situación incómoda en los demás (Lopata, 1983).

En definitiva, la relación entre estado civil y soledad está afectada por otros factores, siendo que algunas investigaciones recientes no han detectado asociaciones estadísticamente significativas entre el estado civil y la soledad (Iecovich et al., 2011; Zebhauser, Baumert et al., 2014). Por un lado, está claro que el simple hecho de tener pareja no es suficiente para evitar que las personas se sientan solas (Expósito & Moya, 1999). Más que la simple presencia de la pareja, lo que más se asocia con bajos niveles de soledad es la buena calidad de relación de pareja, lo que incluye tener intimidad y buena comunicación con el cónyuge (Ayalon, Shiovitz-Ezra & Palgi, 2013; Hawkley et al., 2008). Intimidad, pasión y compromiso, los tres ingredientes básicos del amor de los que hablaba Sternberg en su *Teoría Triangular del Amor*.

La combinación de estado civil con género también influye en el nivel de soledad, siendo que los hombres que no están casados suelen sentirse más solos que las mujeres en la misma situación (Dykstra, 1995; Pinquart, 2003). Esta diferencia de género es especialmente relevante cuando se compara la soledad de los hombres que no tienen pareja ni hijos con aquellos que tienen hijos (Zhang & Hayward, 2001). Otros factores relacionados con el estado funcional y la frecuencia de contacto con los miembros de la

red social también contribuyen a explicar las diferencias de soledad en función del estado civil. En concreto, Pinquart (2003) explica que los niveles más altos de soledad se han encontrado en los hombres divorciados comparados con las mujeres en la misma situación; y en los hombres solteros frente a las mujeres en la misma situación, dado que éstas suelen tener un contacto más frecuente con sus hijos, hermanos y amigos.

Las tasas de viudedad aumentan con la edad, pero hay más mujeres viudas que hombres en la misma situación. La proporción de mujeres viudas de 65 a 69 años representa el 20,9% del total y, entre las mayores de 70 años llega al 52,3%. En cambio, la proporción de varones viudos de 65 a 69 años representa tan solo el 5,0% del total y, entre los mayores de 70 años llega al 18,0% (IM-SERSO, 2015). Esta mayor supervivencia de las mujeres supone una desventaja, ya que cuando los hombres llegan a una edad en la que son comunes las enfermedades y discapacidades, suelen contar con el apoyo y el cuidado de sus esposas. Sin embargo, la situación inversa es menos frecuente porque generalmente sus maridos ya no están cuando las mujeres llegan a esa etapa en la que probablemente serían más dependientes y necesitarían ser cuidadas (IMSERSO, 2017). La pérdida del cónyuge es un hito que marca dos etapas distintas de la vida de las mujeres y que suele venir acompañada de cambios en su estilo de vida y los planes de futuro. En algunos casos, la viudedad supone mayores dificultades económicas, ya que dejan de contar con los ingresos de su pareja. En otras ocasiones, especialmente aquellas viudas que tuvieron que cuidar a sus maridos por periodos largos, viven un cambio importante en sus rutinas; tienen que asumir nuevas tareas, de las

cuales antes se encargaban sus maridos o dejan de hacer algunas actividades por ya no contar con la compañía del cónyuge que les acompaña (Marhánková, 2016).

Tras la viudedad, la mayor parte de las mujeres mayores no vuelven a formar pareja (López-Doblas, Díaz-Conde, & Sánchez-Martínez, 2014). Investigaciones recientes llevadas a cabo con muestras de mujeres españolas mayores desvelan un porcentaje muy reducido –un 3-4%– de mujeres mayores que se han quedado viudas y que iniciaron una nueva relación de pareja (Sánchez Vera, Algado-Ferrer, Centelles-Bolos, López-Doblas & Jiménez-Roger, 2009; Ayuso-Sánchez, 2011).

La viudedad también puede ir asociada a bienestar. Para muchas mujeres la llegada de la viudedad supone una mayor libertad e independencia. Al quedarse viudas, esas mujeres pasan a vivir nuevas experiencias generadas por la falta del cónyuge: por un lado, tienen que afrontar nuevos desafíos y problemas, y por otro, pueden disfrutar de una sensación de control de sus propias vidas que nunca habían probado antes (López-Doblas et al., 2014). El hecho de vivir solo puede ser una elección propia en búsqueda de la privacidad y la independencia, pudiendo incluso aumentar la probabilidad de que la persona mayor mantenga buenas relaciones con sus familiares. Muchas personas mayores que pueden permitirse vivir solas lo ven como un logro más que como un fracaso (Peplau, Bikson, Rook & Goodchilds, 1982). Muchas veces las personas mayores eligen vivir solas en búsqueda de su autonomía económica, emocional y de salud, reservando la convivencia con los hijos a situaciones como una enfermedad o una discapacidad (Victor, Scambler, Bond, & Bowling, 2000).

Mientras la principal fuente de apoyo social de las mujeres mayores que siguen casadas son sus maridos, las viudas cuentan con fuentes variadas en el intercambio de apoyo emocional e instrumental. Las viudas entrevistadas en el estudio de Hahn et al. (2011) intercambiaban más apoyo emocional diario con sus amigos, vecinos y grupos religiosos que las mujeres casadas. También intercambiaban más apoyo instrumental con amigos, vecinos, hermanos y otros familiares que el grupo de las casadas. Además, las viudas recibían significativamente más apoyo informal de sus hijos que las casadas, lo que podría deberse a una mayor necesidad de ayuda para afrontar los cambios vitales sobrevenidos a causa de la viudedad.

Los resultados de la Encuesta Continuada de Hogares del 2015 indican que el 22,4% de los españoles de 65 o más años que viven en viviendas familiares viven solos. Entre las personas de 85 y más años este porcentaje pasa al 34,2% del total de españoles en ese rango de edad (INE, 2016). Además, esa situación de modalidad de convivencia es más común entre las mujeres que entre los varones, siendo que esa diferencia es especialmente marcada en el grupo de 85 años o más: el 40,9% de las mujeres de esta edad viven solas frente al 21,4% de varones de la misma edad (INE, 2016).

Las mujeres mayores de 65 años tienen 2,4 veces más probabilidad de vivir solas que los hombres de la misma edad (Carrascosa & Sancho, 2012). Al ser más longevas que los hombres, las mujeres tienen más probabilidad de vivir solas y de que esta condición dure más tiempo que en los casos de los varones que se quedan solos. Muchos hombres que se quedan solos acaban

por preferir otras alternativas más cómodas, como son la mudanza a vivir con los hijos o la institucionalización (López-Doblas, 2005) o incluso algunos optan por convivir con sus nuevas parejas (Federación de Pensionistas y Jubilados de CCOO, 2014).

Datos publicados recientemente por el Parlamento Europeo (2015) desvelan un incremento en la cantidad de mujeres que viven solas en los países de la Unión Europea. Han pasado de un 14,2% de la población femenina total en 2010 a un 18,4% en 2013. En el caso de los hombres, ese aumento fue de un 10,8% en 2010 a un 15,1% en 2013. De entre las mujeres que viven solas, son las mujeres mayores las que representan la mayor proporción —en 2013 eran un 54,6% del total de mujeres que vivían solas (19,8 millones de 36,3 millones)—.

La asociación entre **soledad y nivel de estudios e ingresos** todavía no está clara, ya que algunas investigaciones sugieren que las personas más pobres y con menos estudios son más vulnerables a sentirse solos, mientras que otros estudios no han encontrado ninguna relación significativa entre estos factores y la soledad.

En general, las investigaciones sugieren que cuanto más bajo es el nivel de estudios mayor es la probabilidad de que la persona se sienta sola (Barg et al., 2006; Cohen-Mansfield et al., 2009; Hacihasanoglu et al., 2012; Luanaigh & Lawlor, 2008; Paúl & Ribeiro, 2009; Savikko et al., 2005; Steptoe, et al., 2013; Sundström et al., 2009). Sin embargo, en la investigación de Losada et al. (2012) el nivel de estudios de los españoles mayores no presentó ninguna asociación significativa con la intensidad de sus sentimientos de soledad.

El bajo nivel socioeconómico o la baja cantidad de ingresos también surge en algunas investigaciones como otro factor asociado a los sentimientos de soledad (Cohen-Mansfield & Papura-Gill, 2007; Cohen-Mansfield et al., 2009; de Jong Gierveld & van Tilburg, 2010; Ferreira-Alves et al., 2014; Hacıhasanoglu et al., 2012; Hawkley et al., 2008; Koc, 2012; Losada et al., 2012; Savikko et al., 2005; Steptoe, et al., 2013). Sin embargo, los resultados de estudios con meta-análisis sugieren que el nivel de ingresos suele tener una relación más fuerte con la soledad que el nivel de estudios (Pinquart & Sörensen, 2001; 2003).

Una explicación posible para esas diferencias sería el hecho de que las personas con niveles socioeconómicos y de estudios más elevados suelen tener una red social más amplia que aquellos con menos estudios y recursos económicos reducidos, lo que les brindaría más oportunidades de interacción social (Hawkley et al., 2008; Savikko et al., 2005). Es más común que las personas que tienen menos ingresos experimenten más aislamiento social y que sus redes sociales se centren en la familia, mientras que en las clases sociales más altas las redes suelen ser más diversificadas, contando con más amigos (Victor et al., 2000). Además, la falta de recursos económicos puede restringir su acceso a algunas actividades sociales o culturales (Hacıhasanoglu et al., 2012; Neri & Vieira, 2013) y a los servicios de apoyo y de cuidado (Pinquart & Sörensen, 2001; 2003), intensificando sus sentimientos de estrés y de privación (de Jong Gierveld & van Tilburg, 2010).

En la investigación de Donio-Bellegarde (2017) con mujeres mayores que vivían solas, la mayoría (el 73,2%) se situó entre

500 y 999 euros mensuales, el 17,3% tenía ingresos mensuales inferiores a 500 euros, y solo el 9,5% cobraba entre 1.000 y más de 2.000 euros al mes.

En lo que se refiere a la **forma de convivencia**, aunque se sepa que estar solo no es sinónimo de sentirse solo existe un gran volumen de evidencias sobre la asociación entre la presencia de sentimientos de soledad y el hecho de vivir solo. (Ferreira-Alves et al., 2014; Hacıhasanoglu et al., 2012; Hughes et al., 2004; Koc, 2012; Routasalo, Savikko, Tilvis, Strandberg & Pitkälä, 2006; Steed et al., 2007; Sundström et al., 2009; Victor, Scambler et al., 2005; Zebhauser, Baumert et al., 2014). Las personas mayores que viven solas se sienten más solas que sus pares que viven acompañadas, aunque la frecuencia de las interacciones sociales y las redes sociales pueden ser parecidas (Hughes et al., 2004). De hecho, como se ha visto anteriormente, el modelo propuesto por de Jong Gierveld (1987) señaló que el factor protector contra la soledad que tenía más peso era el hecho de vivir en pareja.

Tras confirmar la existencia de una fuerte asociación entre vivir solo y sentirse solo, Steed et al. (2007) afirman que está claro que las personas que pasan mucho tiempo solas tienen mayor riesgo de sentirse solas. Los autores añaden que estar solo por elección propia es distinto de la soledad impuesta a una persona por el hecho de haberse quedado viuda o por otra situación similar. También en la investigación de López-Doblas (2005) se observó que vivir solo puede tener significados distintos si esta situación se dio por voluntad propia o si resultó de una condición que fue impuesta por las circunstancias de la vida. Por un lado, vivir solo significa para algunos disfrutar de libertad, independencia y auto-

nomía, pero para otras personas se asocia a condiciones negativas, como tristeza, abandono y aislamiento (Donio-Bellegarde & Pinazo-Hernandis, 2014).

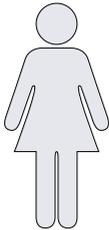
Algunas investigaciones cuantitativas con muestras españolas de personas mayores también han confirmado esa misma asociación entre soledad y vivir solo (Losada et al., 2012; Sánchez-Rodríguez, 2009). Sin embargo, en el estudio de Castro (2015), vivir solo se asociaba solamente con la dimensión objetiva de la soledad; es decir, las personas que vivían solas tenían conciencia de que contaban con poca compañía, pero esto no afectaba su percepción sobre la disponibilidad y la conexión con sus relaciones sociales. Hay que destacar que una vez más el género juega un papel importante en la relación entre soledad y vivir solo; las mujeres mayores se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad al sentimiento de soledad porque la probabilidad de que vivan solas es más alta comparada a la de los hombres mayores y es mayor la posibilidad de vivir solas a edades muy avanzadas (Carrascosa & Sancho, 2012; INE, 2016b; Losada et al., 2012; Velarde-Mayol et al., 2015).

Además del género, se ha comprobado que el sentimiento de soledad de las personas que viven solas depende de otros factores, tales como el hecho de haber vivido solo anteriormente (de Jong Gierveld, 2003) o si la persona cuenta con una buena red de apoyo social (Zebhauser, Baumert et al., 2014). Además, también la cultura puede influir en el sentimiento de soledad de las personas mayores que viven solas. Para los españoles en general, por ejemplo, el hecho de vivir solo cuando uno es mayor se asocia a una condición negativa, como de abandono o desamparo familiar

(Buz & Prieto, 2013). Quizás esto mismo no sucede en la sociedad noruega o danesa, para quienes vivir solo a edades avanzadas es sinónimo de libertad e independencia.

Datos recientes (Donio-Bellegarde, 2017) ofrecen un perfil de mujer mayor que vive sola, mostrando una mujer muy mayor, viuda, con bajo nivel de estudios y bajo nivel de ingresos mensuales y que se encuentra viviendo sola por viudedad.

Mujer: 82,7 años, viuda, pocos estudios, ingresos bajos



	Media (años)	DT	N
Edad	82,76	4,74	267
Tiempo viviendo sola	9,48	9,80	244
		%	N
Estado civil (N = 267)	Viudas	87,6	234
	Solteras	9,4	25
	Separadas o divorciadas	3,0	8
Nivel de estudios (N = 261)	Sin estudios	47,9	125
	Estudios primarios	33,3	87
	Estudios secundarios	14,2	37
	Estudios universitarios	4,6	12
Ingresos mensuales (N = 127)	Menos de 500€	17,3	22
	500-999€	73,2	93
	1.000-2.000€ o más	9,5	12
Motivos para vivir sola (N = 263)	Viudedad	81,4	214
	Fallecimiento de otros familiares	8,4	22
	Emancipación de los hijos	4,2	11
	Otros motivos	6,1	16

Tabla 2. Perfil de la mujer mayor que vive sola. Fuente: Elaboración propia a partir de Donio-Bellegarde, 2017

4.2. Red social y apoyo social

El proceso de envejecer viene acompañado de muchos cambios relacionados con eventos vitales normativos de esta etapa de la vida (Nicolaisen & Thorsen, 2014), desde las pérdidas de rol asociadas a la jubilación, a la emancipación de los hijos y al fallecimiento de la pareja hasta los cambios provocados por el deterioro de la salud y de la capacidad funcional, así como el impacto emocional de la pérdida de los amigos y familiares de su generación. Todo eso produce como consecuencia que las personas mayores generalmente tengan redes sociales más limitadas que las más jóvenes.

Sin embargo, algunos teóricos defienden que la reducción del tamaño de la red social de las personas mayores se debe en parte a esas pérdidas involuntarias experimentadas en las etapas más avanzadas de la vida. Pero también a una actitud proactiva de los propios sujetos, que se vuelven cada vez más selectivos a la hora de componer sus redes sociales. Se trata de un proceso adaptativo que empieza en la fase adulta y va ganando cada vez más fuerza con el avance de la edad.

4.2.1. La red social

En lo que se refiere al tamaño de la red social, tal y como se ha expuesto anteriormente, la red social de las personas mayores suele ser más reducida que la de los más jóvenes debido tanto a las pérdidas involuntarias de algunos miembros de la red como al proceso adaptativo de selección. A través de éste, se eliminan de la red social los miembros menos cercanos o desagradables y se mantienen solamente aquellos contactos considerados como emocionalmente significativos (Carstensen et al., 2003). Esto se ha confirmado en una

investigación que comparó una muestra de universitarios con otra de personas mayores: mientras la red social de los jóvenes tenía de media 8,32 miembros, la de las personas mayores estaba compuesta por una media de 6,51 miembros. Sin embargo, se constató que la cercanía entre los miembros era más alta en las redes sociales de las personas mayores (Green et al., 2001). Menos amigos, pero más próximos. Menos amigos, pero más fieles.

Para Victor et al., (2000), la red social de las personas mayores suele tener un promedio de 5 a 7 personas y suele estar compuesta principalmente por familiares, mientras que la red social de los más jóvenes suele estar compuesta por más de 20 personas y tener más amigos. Otros investigadores han detectado cambios importantes en la estructura de la red social de las personas mayores, siendo que con el avance de la edad se identificó una reducción en el tamaño de la red (Fiori, Smith, & Antonuci, 2007; Huxhold, Fiori, & Windsor, 2013).

Por un lado, esta reducción de la red social proporciona ganancias emocionales, ya que las personas mayores pueden centrarse en menos interacciones sociales, las emocionalmente significativas (Carstensen et al., 2003). Por otro lado, muchas investigaciones han demostrado la existencia de una asociación significativa entre el tamaño de la red social y los sentimientos de soledad (Hawkley, Browne, & Cacioppo, 2005). De hecho, tener una red social pequeña se ha asociado con un riesgo tres veces más elevado de sentirse solo en una muestra de personas mayores alemanas (Zebhauser, Hofmann-Xu et al., 2014). En cuanto a la composición de la red social, Hughes et al. (2004) detectaron que las personas mayores que se sentían solas tenían menos amigos comunes y amigos cercanos,

percibían sus amigos como menos parecidos entre sí y tenían menor probabilidad de tener una pareja frente a los individuos que no se sentían solos.

Otros cambios típicos de la edad avanzada que tienen influencia tanto sobre la red social como sobre los sentimientos de soledad son: la jubilación, la migración y el ingreso en instituciones de larga duración (Ferreira-Alves et al., 2014), siendo que este último genera un sentimiento de pérdida funcional y consecuentemente eleva la vulnerabilidad a los sentimientos de soledad (Victor et al., 2000; Savikko et al., 2005). También algunas situaciones específicas vividas con familiares, como el divorcio de un hijo o el diagnóstico de una enfermedad grave de la pareja, pueden elevar el riesgo de soledad (de Jong Gierveld, 1998).

La cantidad y la calidad de las interacciones sociales también pueden aumentar o disminuir el riesgo de sentirse solo. Diversas evidencias señalan que más que el tamaño de la red social, la calidad de las relaciones sociales tiene efectos importantes en los sentimientos de soledad y en el aislamiento social del individuo (Cacioppo, Hughes, Waite, Hawkley, & Thisted, 2006; Hawkley et al., 2008; Hughes et al., 2004; Pinqart y Sörensen 2001; Victor et al., 2000). En concreto, los resultados de un meta-análisis sugieren que la calidad de las relaciones sociales tiene un poder explicativo de la soledad más de tres veces superior al de la cantidad de contactos sociales (Pinqart & Sörensen, 2001). Hawkley y Cacioppo (2009) afirman que es mejor tener relaciones que ofrezcan seguridad, confort, confianza y placer, aunque el contacto sea poco frecuente, que tener más amigos poco íntimos con interacciones frecuentes.

También la frecuencia de contacto con los miembros de la red social puede influir en los sentimientos de soledad. Se ha encontrado asociación entre la soledad y la insatisfacción de las personas mayores con la frecuencia de contacto social que mantienen con sus familiares y amigos. Losada et al. (2012) al analizar la relación entre estas dos variables defienden la importancia de valorar la percepción subjetiva (más que los datos objetivos) sobre la frecuencia de contactos sociales para comprender la soledad en las personas mayores.

El contacto social con los miembros de la red tiene efectos distintos en la soledad en función del estado civil y del hecho de tener o no hijos, tal y como ha identificado Pinquart (2003). El contacto con los hijos, hermanos, amigos y vecinos tenía un mayor efecto en la reducción de la soledad de las personas que no estaban casadas frente a los casados. Asimismo, los que no estaban casados ni tenían hijos se beneficiaban más del contacto con los hermanos y los amigos que aquellos que, aunque no estuvieran casados, tenían hijos. En la misma dirección, en un meta-análisis anterior se había detectado que las relaciones de amistad cumplían una función más importante en la reducción de la soledad de las personas mayores que no estaban casadas frente a los que tenían pareja (Pinquart y Sörensen, 2001).

Con respecto a la estabilidad de la red social, Zebhauser, Baumert et al., (2014) defienden que es crucial ayudar a que las personas mayores que viven solas mantengan una red social estable para evitar que se sientan solas, siendo éste un factor protector más importante incluso que tener buena salud y suficientes medios económicos.

La participación en actividades sociales, tales como acudir a la iglesia o hacer un trabajo voluntario, actúa como factor protector contra la soledad (de Jong Gierveld, 1998). Por otro lado, la disminución del nivel de actividad social de las personas mayores coincide con un aumento de la probabilidad de que se sientan solas (Aartsen & Jylhä, 2011). Esto puede ser un factor de riesgo importante de soledad, ya que diversas investigaciones han detectado que el avance de la edad coincide con un descenso en el nivel de participación social (Huxhold et al., 2013; Neri & Vieira, 2013).

Entre los diversos motivos que contribuyen a este descenso de la participación social y el consecuente aumento del riesgo de soledad, algunos autores destacan obstáculos como la falta de transporte público, lo que limita la participación de las personas mayores en actividades fuera de su hogar (Ferreira-Alves et al., 2014); la ausencia o la oferta limitada de actividades culturales o de ocio, las limitaciones físicas y los problemas de salud de las personas mayores (Neri & Vieira, 2013). En cambio, cuanto mayor es el apoyo social percibido, mayor es la participación de las personas mayores en actividades sociales.

En la investigación realizada en Valencia por Donio-Bellegarde (2017) con 267 mujeres de 60 o más años de edad, que vivían solas se utilizó la *de Jong Gierveld Loneliness Scale* para medir soledad y la escala Lubben para evaluar apoyo social y se comprobó que las características sociodemográficas juegan un papel menos importante que las variables psicosociales a la hora de explicar la varianza de soledad. Se confirmaron fuertes asociaciones entre la soledad y la salud, el tamaño de la red social, la frecuencia de contacto con los familiares y la satisfacción con la vida, concluyéndose

que éstas son condiciones clave que contribuyen al aumento de sentimientos de soledad.

4.2.2 El apoyo social informal

El concepto de apoyo social abarca por una parte las características estructurales de la red social, es decir el contexto social en el que se dan las interacciones sociales y, por otra parte, los aspectos funcionales de las relaciones entre los miembros de la red, como el intercambio de recursos, información, bienes y servicios o el intercambio de afecto.

Kahn y Antonucci (1980, p. 267) definieron el apoyo social como: “las interacciones interpersonales que incluyen uno o más de los siguientes elementos-clave: afecto, afirmación y ayuda”. De esta manera, el apoyo social puede manifestarse cuando una persona expresa admiración, respeto o amor hacia la otra (afecto), cuando demuestra que está de acuerdo con ella, que sus actos u opiniones son correctas (afirmación), o también cuando se le ofrece algún tipo de ayuda, sea material, económica o información sobre algo (ayuda).

En este sentido, los intercambios de apoyo intergeneracional durante el proceso de envejecimiento tienen un papel de especial relevancia. El apoyo social que se ofrece de una generación a otra puede ser tangible, tal y como es el apoyo instrumental y el apoyo económico, o intangible, como es el apoyo emocional. El cuidado es un ejemplo de apoyo social que mezcla características de apoyo instrumental y emocional (Antonucci, Birditt, Sherman & Trinh, 2011) y es fundamental en la vejez. Cada generación recibe cuidados al menos dos veces a lo largo del ciclo vital: en un primer momento son los padres los que cuidan a sus hijos pequeños;

luego, serán estos hijos quienes de mayores ofrecerán el cuidado necesario a sus padres ancianos. Lo mismo pasa con la oferta de cuidado, ya que éste suele ser ofrecido primero de los padres a los hijos y luego de los hijos a sus padres mayores (Tobío, 2010).

No solamente el hecho de recibir apoyo social y cuidados de otras generaciones sino también el hecho de proveer cuidados es beneficioso para las personas mayores. Hay evidencias, por ejemplo, de que las mujeres mayores que cuidan a sus nietos perciben un mayor apoyo social recibido frente a las abuelas que no desempeñan el papel de cuidadoras de sus nietos (Muñoz-Pérez & Zapater-Torras, 2006). Las personas mayores que ofrecen apoyo intergeneracional en mayor proporción que el apoyo que reciben informan de menor soledad que aquellas que tienen poco intercambio de apoyo y se encuentran pocas veces con sus hijos. Las personas mayores que se sienten más solas son aquellas que reciben más apoyo del que ofrecen (de Jong Gierveld, Dykstra & Schenk, 2012).

Datos del último Informe del IMSERSO (2016) hablan de la diferencia entre el apoyo que suministran las personas mayores a otras generaciones y el apoyo que reciben de ellas. Podemos verlo claramente en el gráfico 1.

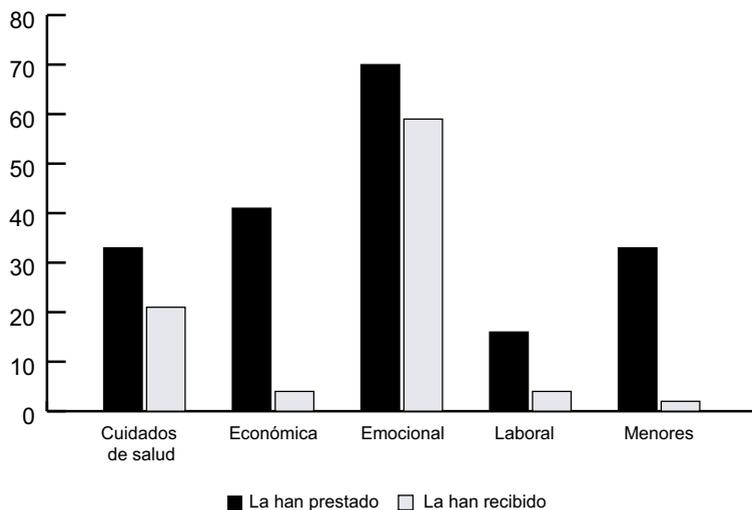


Gráfico 1. Grado de ayuda prestada y recibida por las personas mayores a/de su círculo familiar más próximo. A partir de los datos del Barómetro del CIS, septiembre 2015. Fuente: Informe 2016, Las personas mayores en España.

En España, la mayor parte del apoyo social que reciben las personas mayores proviene del apoyo informal, es decir, de la ayuda ofrecida por sus familiares, amigos o vecinos (Fernández-Ballesteros, 2002; Rogero-García, 2009; Rogero-García, Prieto-Flores & Rosenberg, 2008), siendo los miembros más cercanos de la familia nuclear de origen los principales proveedores de cuidados (Solé-Auró & Crimmins, 2014). A partir de una submuestra extraída de la Encuesta Nacional de Salud 2003, Rogero-García (2009) halló que el 89,4 % de los españoles que tenían 65 o más años y que recibían algún tipo de ayuda para realizar las actividades de la vida diaria contaban con apoyo de tipo informal, y para el 77,5 % de ellos ésta era su única fuente de apoyo. También es cierto que, con el avance de la edad, el porcentaje de personas mayores que

cuentan solamente con apoyo informal va disminuyendo, ya que éste es sustituido o complementado por el apoyo formal (Rogero-García et al., 2008).

En parte, esto ocurre debido a la cultura familista dominante en España (Montorio-Cerrato, Márquez-González, Losada-Baltar, & Fernández de Trocóniz, 2003; Rodríguez-Rodríguez, 2005), lo que se confirma por el hecho de haber más personas mayores casadas que separadas, menos personas mayores viviendo solas y más hijos adultos compartiendo la vivienda con sus padres mayores frente a lo que sucede en países como Estados Unidos e Inglaterra (Solé-Auró & Crimmins, 2014). Según Rodríguez-Rodríguez (2005), existe una convicción muy fuerte en España tanto entre las personas que reciben apoyo como entre las que lo ofrecen, de que el cuidado a las personas mayores es una obligación moral. Los españoles mayores esperan poder contar con los cuidados de sus familiares siempre que necesiten ayuda en las actividades diarias (Fernández-Ballesteros, 2002).

En este sentido, se ha detectado que la principal fuente de apoyo informal a las personas mayores españolas son sus hijos, seguidos del cónyuge (Meléndez, Tomás & Navarro, 2009; Miguel, Sancho, Abellán & Rodríguez, 1998; Rodríguez-Rodríguez, 2005; Solé-Auró & Crimmins, 2014). Es especialmente importante el papel de cuidadoras que asumen las mujeres de la familia y, en concreto, las hijas (López-Doblas, 2005; Rodríguez-Rodríguez, 2005). Según datos del IMSERSO (2005), las hijas representaban el 50 % de los cuidadores informales de los españoles mayores (frente al 7,2 % de hijos varones). Asimismo, el 12 % eran las esposas (frente al 4,8 % de maridos) de las personas mayores.

En este contexto, como se podría esperar, algunos estudios sugieren que las personas mayores sin hijos o con pocos hijos están en mayor riesgo de soledad que aquellas personas con más hijos (de Jong Gierveld & van Tilburg, 2010; Koc, 2012). El mayor miedo que hay es no tener a nadie que les defiendan o luche por sus intereses cuando se hagan mayores y ya no puedan valerse por ellas mismas, no tener a quien llamar en caso de urgencia (el 16,3%), estar solo y perder a su grupo de pares (el 19,5%) y no contar con ayuda en tareas prácticas (el 9%). Sin embargo, en algunas investigaciones llevadas a cabo en muestras de personas mayores españolas no se hallaron diferencias en el nivel de soledad entre los grupos de personas que tenían hijos y aquellos que no los tenían (Castro, 2015; Sánchez-Rodríguez, 2009). Puede que los motivos de no haber tenido hijos contribuyan a la satisfacción con la vida: más independencia, más tiempo para uno mismo.

Aunque el apoyo social y la soledad son constructos diferentes, se ha observado que ambos se relacionan entre sí (Expósito & Moya, 1999). Diversos estudios han detectado una importante asociación negativa de los sentimientos de soledad con la percepción de apoyo social recibido por las personas mayores (Cohen-Mansfield et al., 2009; Hombrados-Mendieta, García-Martín & Gómez-Jacinto, 2013). En concreto, una investigación con muestra de españoles de 18 a 95 años encontró asociaciones significativas entre el apoyo social ofrecido por distintas fuentes y las diferentes dimensiones de soledad. La frecuencia y la satisfacción con el apoyo de la pareja se relacionaban negativamente con la soledad romántica; la frecuencia y la satisfacción con el apoyo de la familia se relacionaban negativamente con la soledad familiar. Asimismo, la frecuencia y la

satisfacción con el apoyo de los amigos y la satisfacción con el apoyo de la comunidad se relacionaban negativamente con la soledad social (Hombrados-Mendieta et al., 2013). Otro hallazgo interesante del mismo estudio es que el apoyo emocional demostró ser el tipo de apoyo con mayor influencia en la reducción de la soledad frente al apoyo instrumental y al informacional.

Además de su impacto en los sentimientos de soledad de las personas mayores, el apoyo social percibido se ha relacionado con otros factores importantes para la calidad de vida de las personas mayores (Donio-Bellegarde & Pinazo-Hernandis, 2016). Por ejemplo, se halló que tanto la frecuencia como la satisfacción con el apoyo emocional recibido se asociaban positivamente con un mayor bienestar subjetivo (Hombrados-Mendieta et al., 2013). En cambio, Russell y Cutrona (1991) hallaron una relación inversa entre el apoyo social percibido y la presencia de sintomatología depresiva después de un año de la primera medición. Más específicamente, los individuos que en la primera entrevista contaban con menos apoyo en casos de emergencia y aquellos que no recibían suficiente apoyo para reforzar su autoestima presentaban mayores puntuaciones en la escala de depresión en la segunda entrevista.

También hay evidencias de que el apoyo social percibido se relaciona con el estado de salud física. Los resultados de una investigación longitudinal con muestra de personas mayores sugieren que los individuos que informan tener más apoyo social en un primer momento de medición presentan mejor estado de salud física en un segundo momento de medición. Esta asociación fue especialmente evidente en aquellos que cuentan con más apoyo para reforzar su autoestima y los que tienen más oportunidad de

recibir amor y cariño. Una posible explicación para esa asociación es que los individuos que reciben refuerzo de los demás sobre su autoestima podrían cuidarse más y consecuentemente evitar algunas enfermedades. Otra explicación es que la alta autoestima podría tener efectos positivos en el sistema inmune de los individuos (Cutrona, Russell & Rose, 1986). En la misma investigación, se identificó que las personas mayores que recibían más apoyo social, en especial aquellos que contaban con alianzas fiables y orientación ofrecida por su red social, eran capaces de utilizar mejor estos recursos cuando tenían que afrontar eventos estresantes.

Otros estudios demuestran el papel del apoyo social en el mantenimiento de una buena satisfacción con la vida. Por ejemplo, el hecho de tener un buen amigo con quien poder hablar favorece una mayor satisfacción con la vida de las personas mayores (Gow, Pattie, Whiteman, & Deary, 2007). Sin embargo, se ha visto que la disponibilidad de este tipo de amistad tiende a disminuir con el paso del tiempo (Holmén & Furukawa, 2002), seguramente por las circunstancias vitales que acompañan esta etapa de la vida y que ya han sido mencionadas con anterioridad (enfermedades, discapacidad, muerte de las personas de su generación, etc.).

Basado en la Teoría del Apego (Bowlby, 1972, 1983), sobre la que ya se ha hablado en apartados anteriores, y en la perspectiva del ciclo vital, Kahn y Antonucci (1980) desarrollaron el *Modelo del Convoy de Apoyo Social* para explicar los intercambios de apoyo social que se dan a lo largo de la vida. Según los autores, cada persona tendría su propio convoy que está compuesto por una serie de personas con las que se relaciona y establece intercambios de apoyo social.

La Teoría del Apego juega un papel importante en este modelo, ya que defiende que las relaciones de apego que se dan durante la niñez actúan como un modelo para las relaciones de intercambio de apoyo que ocurrirán en las etapas posteriores de la vida. Por otra parte, la perspectiva del ciclo vital es fundamental para entender el funcionamiento del apoyo social desde el Modelo del Convoy de Apoyo Social porque tiene en cuenta los diversos cambios vividos por los individuos a lo largo de su vida. De acuerdo con las nuevas circunstancias que se van presentando (por ejemplo, tener hijos, asumir un nuevo puesto de trabajo o mudarse a otra casa), también cambian los roles asumidos por las personas y el tipo y la cantidad de apoyo social que necesitan en aquel momento determinado. Los roles tienen un aspecto dinámico, así que, con el avance de la edad, algunos de ellos tienen que ser abandonados y otros nuevos son adquiridos.

La perspectiva del ciclo vital contribuye a comprender las diferencias individuales en las redes de apoyo social que resultan de las experiencias que el individuo ha tenido a lo largo de su vida. Según Pinazo-Hernandis (2007), los convoys son “capas de apoyo” o “capas protectoras” formadas por los miembros de la red social de una persona, y se caracterizan por ser dinámicas y cambiantes, pero a la vez, duraderas y estables a lo largo del ciclo vital. En la figura 5, se observa una representación gráfica del modelo, en la que se ven tres círculos concéntricos que rodean a una persona a lo largo de su vida, siendo que cada uno representa un nivel distinto de cercanía. El círculo central, de color más oscuro, representa la capa de apoyo más estable a lo largo del tiempo y conforme uno se va alejando del centro, observa que los colores se van difuminando,

coincidiendo con la característica cada vez más cambiante de las relaciones en los círculos menos cercanos.

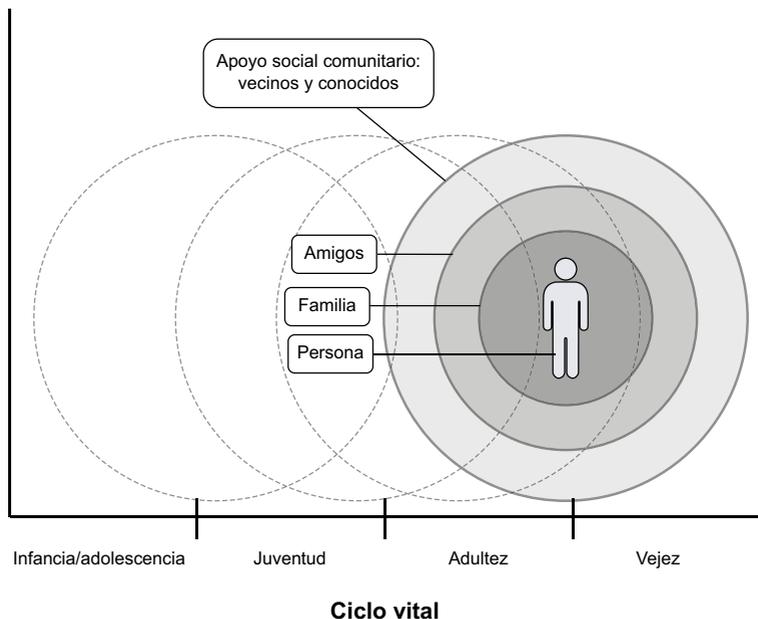


Figura 5 *Modelo del Convoy a lo largo del ciclo vital*. Fuente: Pinazo-Hernandis, 2007.

De acuerdo con el Modelo del Convoy de Apoyo Social, la estructura y las funciones del convoy están determinadas por las características de la persona (edad, género, estado civil, personalidad, etc.) y por las características situacionales (expectativas de rol, oportunidades, recursos, eventos vitales, etc.). Por ello, la estructura del convoy va sufriendo cambios a lo largo de la vida, ya sea en su tamaño, estabilidad, simetría, homogeneidad, conexión o complejidad. También cambian las características funcionales del convoy, es decir, la distribución de apoyo dado y recibido por los miembros que componen el convoy. Todos estos factores combi-

nados afectan la percepción de adecuación que la persona tiene sobre su propio convoy y consecuentemente, repercute en diversos ámbitos del individuo: sus conductas, el desempeño de sus roles, su salud y su bienestar (Antonucci, 1985; Kahn & Antonucci, 1980).

Tal y como se ha mencionado, los convoys contienen tres niveles y son representados gráficamente en forma de círculos concéntricos, como se puede apreciar en la figura 5. En el círculo más pequeño y más central se posiciona la persona focal (P), es decir, el “dueño” del convoy. En el círculo más cercano a la P están las personas que mantienen las relaciones más cercanas, considerados como íntimos y fuentes indispensables de apoyo social. Ese círculo de los íntimos suele incluir aquellas personas que han alcanzado el papel de confidentes o de mejores amigos. Es común que estén presentes el cónyuge y algunos familiares, aunque su inclusión en este círculo depende más de la calidad del apoyo que simplemente del rol o el tipo de relación establecida. La composición de este primer círculo suele ser bastante estable a lo largo de la vida, y no le afectan los cambios de residencia, ciudad o de trabajo, sino que la pérdida de los miembros se asocia más con fallecimientos o separaciones. El siguiente círculo está formado por las personas de confianza, es decir, los miembros que, aunque no sean tan cercanos como los íntimos, cumplen un importante papel en el intercambio de apoyo social. Son las personas de confianza, y suele estar compuesto por familiares, amigos y compañeros de trabajo y depende en cierta medida del rol que ejerce la persona en un momento dado. Por ello, su composición es menos estable que la del primer círculo durante la etapa adulta, siendo común que nuevos miembros asuman el puesto de los que allí estaban en eta-

pas anteriores. Finalmente, en el círculo más lejano se encuentran las personas que son menos cercanas pero que también ofrecen algún tipo de apoyo social. Son las personas conocidas, y ahí suelen estar los compañeros de trabajo y los vecinos, siendo que la inclusión de sus miembros depende más de las relaciones de rol que estos mantienen con P; por ello, la composición del tercer círculo es más vulnerable a sufrir cambios cuando ocurren cambios de rol o situaciones diversas, como la jubilación, por ejemplo.

Además de las diferencias individuales en la composición y el tamaño de los convoys, también se han observado diferencias en función de la edad de la persona focal. Las investigaciones que se basaron en el Modelo del Convoy de Apoyo Social comprobaron que la red social de las personas mayores suele ser más pequeña que la de las personas más jóvenes (Antonucci, Akiyama, & Takahashi, 2004). Además, las personas que han basado sus relaciones de apoyo exclusivamente en sus relaciones de rol a lo largo de sus vidas suelen estar en mayor riesgo de perder a los miembros de su convoy cuando sufren cambios de rol, y consecuentemente cuentan con un convoy reducido (Kahn & Antonucci, 1980).

4.2.3. El apoyo social formal

La mayor parte del apoyo social del que se benefician las personas mayores españolas proviene de sus familiares, actuando el cuidado formal como un complemento al apoyo informal (Rogero-García, 2009) y siendo más utilizado por las personas más mayores (Solé-Auró & Crimmins, 2014). En este contexto, las empleadas del hogar, las cuidadoras no formales o las profesionales asumen un papel importante como alternativa en los casos en que la familia tenga condiciones económicas para delegar parte del

cuidado que ella misma no puede asumir (Rodríguez-Rodríguez, 2005). El 14,5% de las personas mayores españolas que reciben apoyo en sus actividades diarias cuentan con esta forma de cuidado privado, ya sea como fuente exclusiva o como complemento al apoyo informal (Rogero-García, 2009). Y aquí encontramos otra vez la variable género: las cuidadoras son mayoritariamente mujeres. Algunas de ellas, mujeres inmigrantes que han dejado sus familias y convoy de apoyos en sus lugares de origen y que también sufren soledad.

Según los datos analizados por Rogero-García (2009), las personas mayores que vivían solas tenían mayor probabilidad de recibir apoyo de Servicios Sociales en lugar de cuidado informal. La edad y el nivel de ingresos de la persona mayor también se asociaban al hecho de beneficiarse de los Servicios Sociales, siendo que, a más edad, mayor era la probabilidad de utilizar los Servicios Sociales. En cambio, las personas que contaban con ingresos familiares mensuales inferiores a 600 euros tenían mayores probabilidades de recibir apoyo de los Servicios Sociales públicos. Además, tener más edad y vivir solo se asociaban de forma positiva al hecho de contar con un apoyo informal combinado con el apoyo desde los Servicios Sociales. El apoyo recibido de cuidadores no profesionales merece una atención especial que no es objeto de esta monografía. También, el apoyo social formal recibido por las personas mayores que viven solas, tanto público como privado. Teleasistencia, Servicio de Ayuda a Domicilio son los servicios recibidos mayoritariamente por este grupo, sobre todo a partir de la LAPAD (Ley para la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia) que, como todos sabemos ha tenido un desarrollo

muy desigual según la Comunidad Autónoma. Datos del SAAD de 2015 informan de 769.336 personas mayores receptoras del servicio de Teleasistencia (8.89% del total de personas mayores), siendo el 76% de ellos, mujeres y mayores de 80 años, el 67%. El Servicio de Ayuda a Domicilio cuenta con 326.043 receptores, lo que supone casi un 25% de las personas mayores de 65 años, siendo el 73% mujeres y mayores de 80 años el 60%, aunque en la mayoría de los casos el número de horas de servicio ofertada a la semana es muy pequeño (IMSERSO, 2016). Además, habría que añadir el número de personas que reciben estos servicios de manera privada o financiados por su municipio. Pero no hemos tenido acceso a estos datos para poder ofrecer un mapa nacional de receptores de ayuda para seguir viviendo en casa. También podríamos añadir los centros municipales de personas mayores y los centros de día o centros de estancia diurna y las viviendas para mayores, desde viviendas tuteladas hasta el cohousing. Todas estas opciones retrasan o evitan la institucionalización y posibilitan seguir viviendo “en casa”.

Se han encontrado diferencias en el tipo de apoyo recibido en función del género del receptor de cuidados en una muestra de españoles de 65 años o más que informaron necesitar ayuda en sus actividades de la vida diaria (Rogero-García et al., 2008). En concreto, un porcentaje mayor de mujeres (el 14%) que de varones (el 9%) se beneficiaban de cuidados formales, así como más mujeres que hombres recibían una combinación de apoyo formal e informal (el 14% y el 8%, respectivamente). Según estos autores, algunas explicaciones posibles para esas diferencias serían el hecho de que los hombres mayores suelen contar con más apoyo

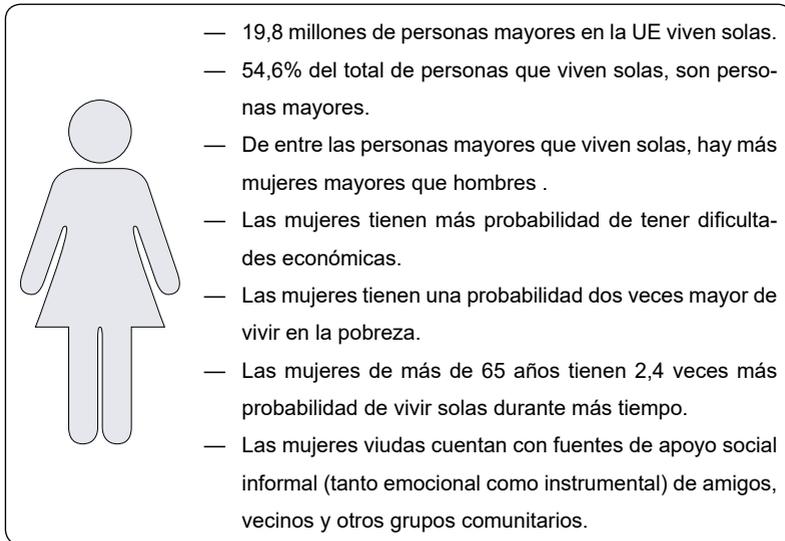
informal que las mujeres de la misma edad y además, éstas son más longevas pero tienen niveles más altos de discapacidad.

En una revisión de la literatura sobre el acceso de las personas mayores a los Servicios Sociales, se presentaron distintas barreras que podrían dificultar dicho acceso (Montorio-Cerrato et al., 2003):

1. *Persona*. En primer lugar, están las barreras relativas a la propia persona mayor, que pueden abarcar desde dificultades económicas, limitaciones funcionales, de movilidad y déficits sensoriales hasta la percepción personal sobre la necesidad o no de usar estos servicios, el conocimiento y la percepción de calidad sobre ellos. También interfieren en la decisión de uso de los servicios algunos factores psicológicos, como sentimientos de vergüenza, frustración o miedo a perder la autonomía, falsas creencias, rasgos de personalidad y normas culturales sobre la función de la familia. En este sentido, la expectativa del apoyo filial refuerza la preferencia por el apoyo informal en detrimento del formal.
2. *Familia*. El segundo grupo de barreras son las relativas al entorno familiar y se refiere a la influencia que tienen los cuidadores familiares sobre la decisión de uso de los servicios psicosociales, lo que tiene especial relevancia en el caso de las personas mayores dependientes. En este sentido, los familiares comparten algunas de las mismas barreras de las personas mayores, es decir, el acceso a los servicios también depende del conocimiento y de la percepción que los familiares tienen sobre la necesidad y

la calidad de los servicios. Asimismo, la norma de apoyo filial puede actuar como barrera una vez esté también arraigada en los cuidadores de la persona mayor. Las falsas creencias de que el cuidador es autosuficiente o de que las personas cuidan mejor a los mayores que las instituciones y la preocupación de los cuidadores sobre la opinión de los demás o el miedo a tener a personas desconocidas en casa son otros ejemplos de barreras provenientes de los familiares. A menudo, los cuidadores principales de personas en situación de dependencia (mujeres en su mayoría) se sienten solas ante el cuidado y sufren también soledad. Sobre esto ha investigado mucho Andrés Losada y su equipo.

3. *Entorno*. En tercer lugar, se encuentran las barreras relativas al entorno sociocultural, que incluyen, además de las normas culturales previamente citadas, los estereotipos y las creencias negativas hacia las personas mayores. Finalmente, las barreras relativas al entorno formal e institucional incluyen desde los estereotipos hacia la vejez también presentes entre los profesionales que trabajan en los servicios de atención psicosocial hasta la formación deficiente de los mismos. Además, algunas características personales de los profesionales, tales como el género, el estatus social o el estilo de práctica profesional adoptado por ellos, pueden actuar como barreras a la atención psicosocial a las personas mayores.



Cuadro 1. Algunos factores generadores de soledad en las personas mayores. Fuente: Elaboración propia.

4.3 La satisfacción con la vida

Hay muchas evidencias que sugieren que la satisfacción con la vida va disminuyendo con el avance de la edad. Se detectaron asociaciones negativas entre la edad y la satisfacción que las personas tenían con sus vidas en culturas tan diversas como Angola (Tomás, Sancho, Gutiérrez, & Galiana, 2014) y España (Fernández-Ballesteros, Zamarrón, & Ruíz, 2001). En este último estudio, se identificaron diferencias estadísticamente significativas en la satisfacción con la vida del grupo de personas mayores más jóvenes (65 a 69 años) comparado con los grupos de más edad (70 a 74, 75 a 79, y 80 años o más). En otras palabras, las personas de 65 a 69 años informaron de niveles más elevados de satisfacción con la vida, pero ésta se mantuvo relativamente estable en las personas más mayores.

Otros estudios sugieren que hay diferencias en el nivel de satisfacción con la vida en función de la cultura de pertenencia. Un informe elaborado por Dehley (2004, citado en Dykstra, 2009) desveló que de los quince países miembros de la Unión Europea en aquel entonces, Dinamarca, Holanda, Luxemburgo y Suecia presentaban los niveles más elevados de satisfacción con la vida. En el otro extremo, los portugueses y los griegos eran los que informaban de una menor satisfacción con la vida.

Así como ocurre con la prevalencia de soledad, también se han detectado diferencias de satisfacción con la vida en función de las variables sociodemográficas. Por ejemplo, en un estudio con muestra de personas mayores españolas (Fernández-Ballesteros et al., 2001), los grupos que informaron estar menos satisfechos con sus vidas eran las mujeres, las personas mayores de 69 años, aquellos que estaban viudos o separados, y los que tenían niveles más bajos de estudios y de ingresos. En esta investigación, los niveles de estudio y los ingresos tenían un impacto más fuerte sobre la satisfacción con la vida que la edad y el género en esa muestra.

Sin embargo, otras investigaciones no encontraron diferencias significativas en el nivel de satisfacción en función de la edad (Pinto & Neri, 2013). Esta falta de asociación entre edad y satisfacción con la vida podría ser explicada por un aumento en la capacidad de regulación emocional que se da en muchos casos con el avance de la edad y que contribuye a un mejor ajuste de las metas y expectativas sobre los recursos disponibles durante la vejez (Scheibe & Carstensen, 2010). Por ello, algunas personas mayores son más resilientes para afrontar las frustraciones y consecuentemente se muestran más satisfechas con sus vidas.

Asimismo, en el estudio de Pinto y Neri (2013) no se hallaron diferencias significativas de satisfacción con la vida en función del género de las personas mayores entrevistadas. Sin embargo, hay evidencias de que la satisfacción con la vida de los varones está mediada por el estado civil, ya que los viudos suelen puntuar más bajo en satisfacción con la vida que las viudas. En cambio, la satisfacción con la vida de las mujeres se asocia con tener un buen estado de salud y contar con apoyo efectivo de su red social (Pinquart & Sörensen, 2001). Las variables que sí se asociaban con bajos niveles de satisfacción con la vida en el estudio de Pinto y Neri (2013) eran: tener tres o más enfermedades crónicas, tener problemas de memoria, incontinencia urinaria y deterioro funcional. Además, el hecho de tener una escasa participación en actividades sociales, tales como hacer o recibir visitas, ir a la iglesia y participar en grupos sociales de la comunidad también se asociaba significativamente con niveles más bajos de satisfacción con la vida.

Algunas investigaciones han identificado que los niveles de soledad se asociaban negativamente con la satisfacción vital de las personas mayores (Gow et al., 2007), y esta asociación era más fuerte en los varones que en las mujeres (Zebhauser, Hofmann-Xu et al., 2014). En definitiva, los factores sociales parecen jugar un importante papel en la satisfacción con la vida de las personas mayores. Los análisis de regresión llevados a cabo en un estudio con muestra de octogenarios sugieren que los factores relacionados con la red y el apoyo social explicaban el 23 % de la varianza en la satisfacción con la vida, siendo que el hecho de tener un amigo con quien hablar contribuía en el 6 % y no sentirse solo, el 12 % (Gow et al., 2007). Además, la misma investigación halló que las personas

que tenían pareja o un hijo cercano puntuaban significativamente más alto en satisfacción con la vida, mientras que vivir solo se asociaba con menos satisfacción con la vida.

Diferentes investigaciones han hallado también diferencias en la evaluación de la salud en función del país de residencia de las personas mayores. Así, en Japón y en países de Europa occidental las personas mayores percibían su salud mejor que aquellos que vivían en Europa oriental, lo que podría estar afectado por una mejor situación económica de Europa occidental frente a Europa oriental (de Jong Gierveld & van Tilburg, 2010).

4.4. Las variables cognitivas y de la personalidad

Aunque hayan sido menos estudiadas las asociaciones entre soledad y variables cognitivas y de personalidad de las personas mayores, algunos autores defienden que estas variables podrían contribuir a explicar las diferencias individuales de soledad y también el por qué algunas personas se sienten solas aunque estén acompañadas (Sánchez-Rodríguez, 2009). Su importancia se ha visto, por ejemplo, en el estudio de Fry y Debats (2002), en el que las creencias de autoeficacia tenían un poder predictivo en la soledad más potente que las características sociodemográficas, el apoyo social y la salud de las personas mayores. En concreto, mientras las variables sociodemográficas contribuían a explicar tan solo el 7% de la varianza de soledad de la muestra total de hombres y mujeres de 65 a 86 años, la red de apoyo social y el estado de salud eran responsables de explicar el 5% de la varianza de soledad y la percepción de autoeficacia, el 36%. Tras analizar

las distintas dimensiones de la autoeficacia en dicha muestra, se identificaron algunas diferencias de género en la relación soledad-autoeficacia. Por un lado, las creencias de las mujeres mayores sobre su autoeficacia interpersonal, social, emocional y espiritual eran más potentes para explicar los bajos niveles de soledad. Por otro lado, para los hombres eran las dimensiones de autoeficacia instrumental, económica y de salud física las más relevantes para explicar los bajos niveles de soledad (Fry & Debats, 2002).

El propio modelo teórico propuesto por de Jong Gierveld (1987), que fue detallado en apartados anteriores, consideraba que algunas características de la personalidad como la introversión-extroversión, el concepto de Yo y la ansiedad social jugarían un papel importante en la soledad. Sin embargo, en esa investigación, se halló que solamente el concepto de Yo tuvo una participación medianamente importante en la explicación de la soledad.

En términos de rasgos de personalidad, otros investigadores encontraron que cuanto más alto es el nivel de neuroticismo (Luanaigh & Lawlor, 2008; Peerenboom et al., 2015), o cuanto más bajo era el nivel de control percibido (Peerenboom et al., 2015) de una persona mayor era la probabilidad de que se sintiera sola. Asimismo, niveles más bajos de extroversión se asocian con más soledad (Jones & Hebb, 2003; Long & Martin, 2000; Luanaigh & Lawlor, 2008; Peerenboom et al., 2015). De acuerdo con Long y Martin (2000), la relación inversa entre soledad y extroversión podría explicarse porque las personas extrovertidas suelen tener más actividades sociales y contar con más relaciones de amistad que los introvertidos, lo que reduciría la necesidad de depender exclusivamente del apoyo familiar. Algunos autores añaden la

personalidad ansiosa como uno de los factores predictores de la soledad en personas mayores; a mayor ansiedad, más altos eran los niveles de soledad (Hawkley & Cacioppo, 2009; Long & Martin, 2000).

Algunas limitaciones personales como las habilidades para establecer y/o mantener relaciones sociales satisfactorias parecen actuar como mediadoras en esa asociación entre la personalidad y la soledad (Jones & Hebb, 2003). Según Hawkley y Cacioppo (2009), los factores sociales subjetivos actúan manteniendo a la persona sola o conectada socialmente. Por un lado, los individuos solos piensan y se portan con los demás de modo tal que se refuerza su existencia aislada; por otro lado, las personas conectadas tienen una visión más favorable de los demás, lo que refuerza su propia imagen de manera positiva.

Muchas investigaciones señalan la existencia de una relación inversa entre la autoestima y la soledad (Dahlberg & McKee, 2014; Expósito & Moya, 1999; Peplau & Perlman, 1982). En concreto, la baja autoestima, la sensación de impotencia o de rechazo, las altas expectativas sobre la eficacia personal y la dificultad de abrirse a los demás (apertura a la experiencia) (de Jong Gierveld, 1998), así como las pocas habilidades de relación con la pareja, el hecho de centrarse en uno mismo y la baja participación en actividades grupales (Hawkley & Cacioppo, 2009) podrían elevar el riesgo de que uno se sienta solo.

En la investigación de Cohen-Mansfield y Papura-Gill (2007), se halló que el predictor más importante de la soledad en una muestra de estadounidenses mayores era la baja autoeficacia en las situaciones sociales. Además, aunque no hayan resultado sig-

nificativas en los análisis de regresión, los análisis de correlación bivariados indicaron asociaciones significativas de soledad con la falta de habilidades sociales, las expectativas sobre sus relaciones sociales y el hecho de nunca haber tenido buenos amigos.

En este sentido, también se ha detectado que el control percibido sobre las relaciones sociales tiene un papel predictor importante en los sentimientos de soledad en la vejez. En una investigación longitudinal llevada a cabo por Newall, Chipperfield, y Bailis (2014), las personas que se sentían solas de manera persistente tendían a ser aquellas que creían tener menos control sobre sus relaciones sociales. Asimismo, cuando la percepción sobre ese control aumentaba a lo largo del tiempo, su sentimiento de soledad se veía reducido. Estos hallazgos podrían ayudar a comprender por qué algunas personas se sienten solas y otras no, aunque estén bajo las mismas circunstancias objetivas (de aislamiento o de integración social).

Síntesis del capítulo. ¿Qué hemos visto?

- Existen relaciones entre soledad y edad, soledad y estado civil, soledad y nivel de ingresos, soledad y género.
- El proceso de envejecer viene acompañado de muchos cambios relacionados con los eventos vitales normativos de esta etapa de la vida.
- Muchos de estos cambios producen reducción en el tamaño de la red social.
- La calidad de las relaciones sociales tiene un poder explicativo de la soledad más de tres veces superior al de la cantidad de contactos sociales.
- Es mejor tener relaciones que ofrezcan seguridad, confort, confianza y placer, aunque el contacto sea poco frecuente que tener más amigos poco íntimos con interacciones frecuentes.
- Si bien existen recursos de apoyo social formal, su distribución es desigual en cada Comunidad Autónoma y los índices de cobertura son pequeños.
- La participación en actividades sociales actúa como un factor protector contra la soledad. La disminución del nivel de actividad social de las personas mayores coincide con un aumento de la probabilidad de sentirse solas.
- Los intercambios de apoyo intergeneracional durante el proceso de envejecimiento tienen un papel de especial relevancia.





Colección
Estudios de la Fundación

Instrumentos de medida más utilizados para evaluar la presencia, la intensidad y los tipos de soledad.

La soledad es peligrosa. Es adictiva. Una vez que te das cuenta de cuánta paz hay en ella, no quieres lidiar con la gente.

Carl Gustav Jung

Existe un fuerte estigma social asociado a la soledad, lo que puede interferir en su evaluación, llevando a algunas personas con déficits en sus relaciones sociales a no asumir su sentimiento de soledad, por no estar bien visto (de Jong Gierveld, 1998). La soledad es a menudo definida como una debilidad o una auto-complacencia y se supone que el individuo debería ser capaz de eliminarla, ya que no se trata de una dolencia física (Weiss, 1983). A menudo hasta el cine la representa así, como una carga, como un fracaso (Donio-Bellegarde, Pinazo-Hernandis & Nuñez, 2014).

Tal y como se ha dicho ya en apartados anteriores, a diferencia de conceptos más objetivos como el aislamiento social y el hecho de vivir solo, el sentimiento de soledad es algo subjetivo que solamente puede ser descrito por el propio individuo que lo experimenta (Andersson, 1998). No existen signos o síntomas observables que indiquen si una persona se siente o no se siente sola. Por ello, los investigadores tienen que basarse en la información ofrecida por la propia persona sobre sus experiencias internas y a partir de ahí intentar “diagnosticar” la soledad (Victor, Grenade et al., 2005).

El aislamiento social puede ser evaluado a través de medidas cuantitativas, tales como la cantidad de personas que componen la red social del sujeto o la frecuencia de contacto que mantiene con ellos (Cornwell & Waite, 2009). El hecho de vivir solo se mide fácilmente con una pregunta sobre la forma de convivencia, es decir, si vive solo o acompañado (Victor et al., 2002). Sin embargo, los sentimientos de soledad suelen ser medidos con autoinformes subjetivos, a través de escalas validadas o con una pregunta única y directa sobre su presencia y/o frecuencia.

Características objetivas de la soledad	AISLAMIENTO SOCIAL VIVIR SOLO	<ul style="list-style-type: none"> • Número de personas en la red social. • Frecuencia de contacto con la red social. • Forma de convivencia.
Características subjetivas	SENTIMIENTO SOLEDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Pregunta única • DJGLS • UCLA

Tabla 3. *Características objetivas y subjetivas de la soledad.* Fuente: elaboración propia.

Según Expósito y Moya (1999), la soledad se mide a través de una evaluación subjetiva que la propia persona tiene que hacer sobre la calidad de sus relaciones e interacciones sociales. Estos autores hacen hincapié en la diferencia entre soledad y apoyo social, el apoyo social se centra en las características objetivas y cuantitativas de las relaciones, que ofrecen diferentes tipos de ayuda específicos en un momento dado. En cambio, la soledad se relaciona con los aspectos emocionales, más subjetivos y profundos de las relaciones sociales, yendo más allá de la simple falta de

relaciones y de apoyo. Por ello, la soledad es un fenómeno difícil de ser identificado por un observador externo.

Los datos de prevalencia de soledad en población mayor, varían mucho entre investigaciones, oscilando mucho de una investigación a la otra y esta variabilidad podría deberse a diversos factores, entre otros, por el estigma asociado a la soledad y la creencia de que el hecho de sentirse solo sea un fracaso social (Tiikkainen & Heikkinen, 2005). A muchas personas que se sienten solas quizás les da vergüenza declararse solas. Además, la forma de preguntar sobre la soledad, las palabras utilizadas en las preguntas y el contexto en que se hacen las preguntas podrían influir en las respuestas, lo que explicaría parcialmente la gran variabilidad en la prevalencia de soledad entre los distintos estudios (Andersson, 1998). En España no tenemos datos nacionales de prevalencia de la soledad.

Shaver y Brennan (1991) también llaman la atención hacia algunas dificultades que se puede encontrar cuando uno desea medir la soledad. En primer lugar, estaría la decisión de utilizar o no el término “soledad” de forma explícita. Para algunos autores, el término debería ser omitido del instrumento de medida por el estigma asociado a la soledad que podría influir en la veracidad de la respuesta dada por los entrevistados. Pero, por otro lado, al omitir la palabra “soledad” del instrumento de medida, podría haber dudas sobre qué se está midiendo exactamente con una determinada escala.

Otra cuestión a tener en cuenta al elegir un instrumento de medida son los indicadores de soledad que serán enfatizados, porque la soledad es un concepto complejo compuesto por diver-

Los factores, como ya hemos visto en capítulos anteriores de esta monografía: las necesidades y preocupaciones, las situaciones valoradas por el sujeto, sus experiencias afectivas, los cambios psicofisiológicos y sus conductas. Cada investigador puede elegir abordar uno u otro de estos indicadores de soledad, dependiendo del instrumento adoptado.

La estructura de la soledad es otra cuestión a tener en cuenta (Shaver & Brennan, 1991), ya que ésta puede ser unidimensional o multidimensional, dependiendo de la teoría en la que se basa el investigador. De acuerdo con Weiss (1983), por ejemplo, la soledad está compuesta por las dos dimensiones que fueron detalladas en apartados anteriores, a saber: la soledad emocional y la soledad social. Otros investigadores han creado escalas que miden la soledad desde diferentes dimensiones, como los distintos tipos de relación que una persona puede tener (de pareja, familiar, organizacional, etc.). Hay también investigadores que definen la soledad como una emoción mixta y por ello han buscado estudiar sus componentes afectivos, como el abatimiento, el aislamiento o la agitación.

Otra cuestión puesta de manifiesto por Shaver y Brennan (1991) son las características temporales de la soledad. Hay quienes defienden que la soledad es un estado de ánimo, en cuyo caso se la podría medir a través de instrumentos estáticos que preguntasen sobre el estado actual de ánimo del sujeto (*soledad estado*). Pero también hay quienes dicen que es un rasgo de personalidad, en cuyo caso se necesitarían preguntas distintas que abarcasen un periodo más largo en el tiempo en que la soledad se manifestase (*soledad rasgo*).

Como vemos, no hay consenso sobre cuál es la forma más adecuada de medir la soledad. Por un lado, hay autores que defienden que las medidas directas de soledad son más apropiadas en investigaciones con personas mayores que las escalas (Holmén & Furukawa, 2002), pero hay quienes creen necesario preguntar por sus diferentes dimensiones (Shiovitz-Ezra & Ayalon, 2012; Victor, Grenade et al., 2005; Donio-Bellegarde & Pinazo-Hernandis, 2015).

A continuación, presentamos los principales instrumentos que se han utilizado para medir la soledad, características y propiedades psicométricas.

5.1. UCLA Loneliness Scale

El instrumento más utilizado para medir la soledad es la Escala de Soledad de la Universidad de California, Los Ángeles (UCLA), que fue originalmente desarrollada por Russell, Peplau, y Ferguson (1978). Su elaboración fue motivada por la falta de un instrumento sencillo y fiable que midiera la soledad general. La escala de respuestas tiene cuatro puntos, desde “*Nunca me siento así*” hasta “*Me siento así a menudo*”. Además, se solicitó a los sujetos que indicaran el grado de soledad actual a través de una escala de cinco puntos, desde “*Mucho menos solo que los demás*” hasta “*Mucho más solo que los demás*”. También se les pidió que describieran su estado de ánimo y sus sentimientos, utilizando un listado de 25 adjetivos que habían sido extraídos de la literatura sobre soledad y que posiblemente estaban asociados al sentimiento de soledad. Posteriormente, se desarrolló una nueva versión de la misma escala, conocida como *Revised UCLA Loneliness Scale*, o UCLA-R (Russell, Peplau & Cutrona, 1980).

Se trata de un instrumento validado que mide la soledad general y los sentimientos de aislamiento social. Para cada ítem, el sujeto debe indicar con qué frecuencia lo experimenta: “*Nunca*”, “*Raramente*”, “*A veces*” o “*A menudo*”. Tiene alta consistencia interna, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.94. Se identificaron correlaciones entre soledad y depresión y entre soledad y ansiedad, que fueron medidas con otros instrumentos específicos. También se encontraron correlaciones significativas entre soledad y sentirse abandonado, deprimido, vacío, desesperanzado, aislado y encerrado en sí mismo (Russell et al., 1980).

Según Borges, Prieto, Ricchetti, Hernández-Jorge, y Rodríguez-Naveiras (2008), aunque los autores de la escala UCLA-R hayan sugerido que el instrumento es unidimensional –lo que se ha confirmado en algunas investigaciones posteriores–, existen estudios que la reconocen como multidimensional (Dussault, Fernet, Austin, & Leroux, 2009; Hawkey et al., 2005). Por ello, estos investigadores realizaron una validación cruzada de la factorización de la UCLA-R en dos muestras de jóvenes estudiantes: una en España y otra en Italia. Como resultado más interesante, se halló que tanto la versión italiana como la versión española de la escala eran multidimensionales; en el caso de la versión española, se identificaron cuatro factores: soledad emocional, evaluación subjetiva de la red social, dificultad en intimar y sentimientos de pertenencia.

A partir de la UCLA-R algunos autores elaboraron versiones reducidas del instrumento. La versión de Hughes et al., (2004), por ejemplo, contiene tres ítems y fue pensada para entrevistas telefónicas. Los autores eligieron tres ítems de la UCLA-R y los

transformaron en preguntas de frecuencia formuladas en segunda persona (“¿Con qué frecuencia... le falta compañía/se siente usted solo/se siente usted aislado de los demás?”). La UCLA-R reducida utiliza una escala de respuestas tipo Likert con tres puntos (“Casi nunca”, “Parte del tiempo”, “A menudo”), en lugar de los originales cuatro puntos de la UCLA-R. Esa versión reducida del instrumento fue probada en muestras de personas de mediana edad y en personas mayores. Demostró ser un instrumento sencillo, con buena fiabilidad (0,72) y alta correlación con la UCLA-R (0,82), pudiendo sus resultados ser comparados a los del instrumento completo. También se correlaciona con depresión y estrés percibido cuando estos son medidos con instrumentos específicos.

Así que se volvió a revisar el instrumento y a día de hoy su versión más actual es conocida como *UCLA Loneliness Scale (Version 3)* o UCLA-3 con 20 ítems, que presenta un formato más sencillo de respuestas y del contenido de los ítems, comparado con las versiones anteriores. Contiene 11 ítems formulados en el sentido de la presencia de soledad y nueve, de la ausencia de soledad. Antes de cada uno de los ítems, se añadió la pregunta “¿Con qué frecuencia siente usted...?” para facilitar el pase del instrumento en entrevistas personales o por teléfono. Además, la escala de respuestas pasó a ser “Nunca”, “Raramente”, “A veces” y “Siempre”.

La escala ha demostrado tener buena validez discriminante, asociándose negativamente a medidas de apoyo social. Presenta buena validez de constructo, ya que los resultados de soledad se asocian fuertemente a depresión, satisfacción con la vida y *burnout*, además de presentar una asociación significativa con la

salud percibida en muestras de personas mayores. En resumen, se ha podido comprobar que la UCLA-3 es un instrumento adecuado para medir la soledad en diversos tipos de muestras y a través de variados métodos de recogida de datos, como cuestionarios autocumplimentados, entrevistas personales o por correo postal.

Referente a la estructura factorial de la UCLA-3, sus autores defienden que se trata de un instrumento unidimensional, lo que fue comprobado a través de análisis confirmatorios factoriales llevados a cabo por Russell (1996) en los datos provenientes de diferentes muestras. Sin embargo, hay controversias sobre la estructura de esta escala: algunos autores, como Lasgaard (2007) apoyan su unidimensionalidad, mientras que otros han identificado desde dos hasta cinco dimensiones distintas (Boffo, Mannarini & Munari, 2012; Durak & Senol-Durak, 2010; Shevlin, Murphy & Murphy, 2015). Resultados semejantes, que confirman la multidimensionalidad de la escala también fueron encontrados en un estudio con muestra de personas mayores españolas (Pinazo-Hernandis, Sancho, Donio-Bellegarde & Tomás, 2018). Para estos autores, el modelo estructural que mejor se adapta a la UCLA-3 es el de tres factores.

Con respecto a la puntuación de la escala, tanto en la versión original como en las versiones subsecuentes (UCLA-R y UCLA-3), el entrevistado puede obtener desde 20 puntos -que corresponde al más bajo nivel de soledad-, hasta 80 puntos -que es la máxima puntuación en soledad-. En el caso de la UCLA-R y la UCLA-3, los ítems formulados de forma positiva deben ser invertidos antes de calcular la puntuación total.

Las ventajas de la *UCLA Loneliness Scale*, según Routasalo y Pitkala (2003) son: que está validada en población mayor; que es

capaz de distinguir entre los individuos muy solos y los moderadamente solos; y que tiene propiedades psicométricas satisfactorias, incluidas la validez de constructo, la validez convergente y su consistencia interna. Sin embargo, los mismos autores sugieren que hay poca evidencia sobre su sensibilidad.

En España se ha validado la UCLA-R en muestras de estudiantes universitarios (Borges et al., 2008; Expósito & Moya, 1993). Velarde-Mayol et al., (2015) han validado una versión de la escala UCLA con 10 ítems en una muestra representativa de la población española mayor de 65 años.

Por otra parte, recientemente la UCLA-3 ha sido validada en una muestra española de personas mayores que asistían a los programas de una Universidad para Personas Mayores (Pinazo-Hernandis et al., 2018). Dicho estudio desveló que la versión española de la UCLA-3 es un instrumento con tres dimensiones capaz de describir las dimensiones de aislamiento social, soledad y conexión social. También se concluyó que se trata de un instrumento con buenas propiedades psicométricas, adecuado para medir la soledad de las personas mayores en España.

Rodee con un círculo la opción que mejor le represente

	No	Más o menos	Sí
1. Siempre hay alguien con quien puedo hablar de mis problemas diarios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Echo de menos tener un buen amigo/a de verdad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Siento una sensación de vacío a mi alrededor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hay suficientes personas a las que puedo recurrir en caso de necesidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Echo de menos la compañía de otras personas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Pienso que mi círculo de amistades es demasiado limitado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tengo mucha gente en la que confiar completamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hay suficientes personas con las que tengo una amistad muy estrecha...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Echo de menos tener gente a mi alrededor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Me siento abandonada a menudo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Puedo contar con mis amigos/as siempre que los necesito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cuadro 2. *Escala de soledad*, UCLA-3.

5.2. Escala de soledad de Jong Gierveld

Otro instrumento de medida validado es la Escala de Soledad de Jong Gierveld (DJGLS) (de Jong Gierveld y Kamphuis, 1985), inicialmente llamada Escala de Soledad Tipo Rasch. Se basa en una conceptualización tridimensional de la soledad: *Tipo de carencia*: la naturaleza y la intensidad de las relaciones que fa ltan al sujeto; *Perspectiva de tiempo*: soledad experimentada de forma temporal frente a la soledad inmutable; y *Características*

emocionales: la falta de sentimientos positivos frente a la presencia de sentimientos negativos.

Los autores del instrumento pretendían crear una escala con aproximadamente cinco ítems formulados de forma positiva y cinco de forma negativa, que fuera fácil de manejar y adecuada tanto a los sujetos solos como a los no solos. De un listado original de 40 ítems, se seleccionaron 28, de los cuales nueve estaban formulados de forma positiva y los demás, de forma negativa. Los ítems fueron repartidos en cinco subescalas que se diferenciaban por el grado de la experiencia de soledad: 1. Carencia severa; 2. Sentimientos de carencia asociados a situaciones problemáticas específicas, como el abandono; 3. Falta de compañía; 4. Sentimiento de sociabilidad; y 5. Sensación de tener relaciones significativas.

Sin embargo, el conjunto completo de 28 ítems no cumplía con los criterios Rasch, como, por ejemplo, la unidimensionalidad. Para elegir los ítems que compondrían la versión final de la escala, los autores establecieron que debería haber un equilibrio entre la cantidad de ítems formulados de forma positiva y aquellos formulados de forma negativa. Además, la escala final debería tener ítems pertenecientes a todas las cinco subescalas mencionadas en el párrafo anterior.

La versión final de la escala contiene 11 ítems y está compuesta por dos subescalas: la subescala de soledad social, compuesta por cinco ítems formulados de forma positiva y que preguntan sobre la sensación de pertenencia, y la subescala de soledad emocional, que tiene seis ítems formulados de forma negativa y explora los sentimientos de desolación y falta de relaciones de apego. Ninguno de los ítems utiliza la palabra soledad. Las categorías de respuesta

son: “¡Sí!”, “Sí”, “Más o menos”, “No”, “¡No!”. Pero en encuestas telefónicas o cara-a-cara se puede utilizar solamente tres opciones de respuesta: “Sí”, “Más o menos”, “No”.

Los análisis factoriales llevados a cabo por los autores de la escala sugieren que los 11 ítems miden una única dimensión de la soledad, pero que el instrumento está afectado por un factor metodológico, en el que los ítems formulados de forma positiva cargan en una dirección y los formulados en negativo cargan en la dirección opuesta. Es posible utilizar las subescalas de soledad emocional y soledad social por separado dependiendo de la necesidad del investigador y de los objetivos del estudio (de Jong Gierveld & van Tilburg, 2010).

La DJGLS presenta buenas propiedades psicométricas, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,84 para la escala completa y 0,88 (subescala de soledad emocional) y 0,88 (subescala de soledad social). Existen evidencias de que se trata de un instrumento fiable y válido (Pinquart & Sörensen, 2001b), especialmente en investigaciones con muestras de personas mayores (Penning, Liu & Chou, 2014). También es un instrumento adecuado para ser utilizado en diferentes países, ya que ni el contenido de los ítems ni los resultados de los análisis estadísticos sugieren que haya una variación cultural de los ítems (van Tilburg et al., 2004).

Existe una versión reducida de la DJGLS que fue creada para poder ser utilizada en grandes investigaciones que demandan instrumentos más cortos. Está compuesta por seis ítems, tres de ellos fueron sacados de la subescala de soledad emocional, y tres, de la subescala de soledad social. Dicha versión fue desarrollada y testada en muestras que incluyeron a personas mayores holan-

desas y resultó ser un instrumento válido y fiable para medir tanto la soledad general como la soledad emocional y social. El índice alfa de Cronbach varió de 0,70 a 0,76 en tres investigaciones con muestras de adultos; entre 0,67 y 0,74 en la subescala de soledad emocional y de 0,69 a 0,73, en soledad social. Además, la versión reducida de la escala presentó alta correlación con la escala completa, oscilando entre 0,93 y 0,95 (de Jong Gierveld & van Tilburg, 2010).

La DJGLS está validada en muestras internacionales de personas mayores (Victor, Grenade et al., 2005) y ha sido traducida al castellano y validada en muestras de personas mayores españolas en sus versiones completa (Buz, Urchaga, et al., 2014; Buz & Pérez-Arechaederra, 2014; Tomás, Pinazo-Hernandis, Hontangas, & Donio-Bellegarde, 2018) y reducida (Ayala et al., 2012). Tras someter la versión adaptada completa a diversos testes estadísticos, Buz y Pérez-Arechaederra (2014) concluyen que se trata de un instrumento válido y fiable para medir la soledad en la población mayor española. Presenta buena validez de contenido y validez discriminante, pudiendo ser utilizada para identificar los siguientes subgrupos de la población en riesgo de soledad: mujeres, personas mayores que no están casadas, aquellos que viven solos, que tienen mala salud física (objetiva y subjetiva), con tamaño reducido de la red social de la familia nuclear, poca satisfacción con las relaciones con la familia nuclear y con poca actividad social.

Sin embargo, los resultados de los análisis estadísticos sugieren que hay un funcionamiento diferencial de algunos ítems de acuerdo con el estado civil y la forma de convivencia, lo que supone que la escala sea esencialmente unidimensional (Buz

& Pérez-Arechaederra, 2014). También en Buz, Uchaga, et al., (2014) se halló que la DJGLS es un instrumento unidimensional, que mide la soledad en general, no siendo capaz de diferenciar entre la soledad emocional y la soledad social de los españoles mayores. En la misma dirección, los resultados de Tomás et al., (2018) confirman la unidimensionalidad de la escala, además de apoyar el argumento de los autores de la versión original del instrumento respecto a la existencia de un segundo factor de método asociado a los ítems negativos del instrumento.

Otros autores también han criticado el uso de cuantificadores de los contactos sociales de la persona entrevistada (“muchos”, “suficientes”, etc.), pues creen que eso genera un sentimiento negativo de fracaso social y que lleva a la persona a creer que debería tener una red social más amplia, pudiendo generar respuestas socialmente aceptables (Nicolaisen & Thorsen, 2014b). Según Shaver y Brennan (1991) y Kirova (2003), falta precisión en algunos ítems de la escala, que más bien medirían otros aspectos de salud mental, como la depresión o el bienestar psicológico.

A la hora de elegir entre la versión completa y la versión reducida del instrumento, de Jong Gierveld y van Tilburg (2010), estos sugieren que la versión completa es más adecuada para investigaciones que busquen información detallada sobre la prevalencia de soledad, estudios en profundidad de la soledad o aquellos que traten de comprender la naturaleza cambiante y el impacto de la soledad tras eventos vitales específicos. Para los demás tipos de investigaciones, aseguran que la versión de seis ítems es suficiente.

En una investigación llevada a cabo por Penning et al. (2014), se utilizaron la DJGLS completa y la UCLA-R para comparar los

resultados de soledad medidos por diferentes instrumentos. Los hallazgos de esa investigación sugieren que la DJGLS es más adecuada para medir la soledad en muestras de personas de mediana edad y personas mayores porque presenta menos problemas que la UCLA-R.

Para cada una de las siguientes afirmaciones, por favor, marque la respuesta que indica hasta qué punto describen su situación actual, la forma como usted se siente.

	No	Más o menos	Sí
1. Siempre hay alguien con quien puedo hablar de mis problemas diarios.	1	2	3
2. Echo de menos tener un buen amigo/a de verdad.	1	2	3
3. Siento una sensación de vacío a mi alrededor.	1	2	3
4. Hay suficientes personas a las que puedo recurrir en caso de necesidad.	1	2	3
5. Echo de menos la compañía de otras personas.	1	2	3
6. Pienso que mi círculo de amistades es demasiado limitado.	1	2	3
7. Tengo mucha gente en la que confiar completamente.	1	2	3
8. Hay suficientes personas con las que tengo una amistad muy estrecha.	1	2	3
9. Echo de menos tener gente a mi alrededor.	1	2	3
10. Me siento abandonada a menudo.	1	2	3
11. Puedo contar con mis amigos/as siempre que los necesito.	1	2	3

Cuadro 3. Escala de Soledad de John Gierveld

5.3. Escala SELSA (*Social and Emotional Loneliness Scale for Adults*)

Otro ejemplo de instrumento es la *Social and Emotional Loneliness Scale for Adults* (SELSA). Esta escala fue desarrollada en 1993 por DiTommaso y Spinner para medir la experiencia subjetiva de la soledad en adultos de una forma multidimensional. Los autores se basaron en el modelo de soledad propuesto por Weiss (1983) para elaborarla. Los tres aspectos que evalúa la escala son: la soledad social, la soledad familiar y la soledad romántica a través de 37 ítems con escala de respuestas de tipo Likert, desde “*Totalmente en desacuerdo*” (1) hasta “*Totalmente de acuerdo*” (7).

Debido a su larga extensión, algunos investigadores propusieron versiones abreviadas con 15 ítems, que pudieran ahorrar tiempo y recursos de los investigadores (Cramer, Ofosu & Barry, 2000) o que pudieran ser utilizadas en contextos clínicos (DiTommaso, Brannen & Best, 2004). Esta última la nombraron SELSA-S. Ambas versiones reducidas presentan buenas propiedades psicométricas comparables a la versión completa del instrumento. Además, los autores de la SELSA-S hallaron correlaciones estadísticamente significativas entre esta escala y la UCLA-3.

Hay una versión de la SELSA-S adaptada al español por Yárnoz (2008), con propiedades psicométricas satisfactorias, coeficientes alfa de Cronbach 0,71 para la subescala de soledad social, 0,83 tanto para soledad familiar como para soledad romántica (o de pareja), y 0,84 para la escala completa, indicando ser un instrumento efectivo para medir la soledad con un abordaje multidimensional (Hombrados-Mendieta et al., 2013), aunque no fue administrada en muestras específicas de personas mayores españolas.

Según Yáñez (2008), la SELSA-S es un instrumento corto y fácil de contestar, además de considerar los aspectos social y emocional de la soledad, en vez de simplemente medir la intensidad del sentimiento (más o menos solo). La autora considera que se trata de un instrumento de medida adecuado para ser utilizado tanto de forma preventiva como de intervención en el ámbito de la salud.

5.4. Escala ESLI (*Emotional And Social Loneliness Inventory*)

El instrumento *Emotional and Social Loneliness Inventory* (ESLI) es una escala multidimensional que fue diseñada por Vincenzi y Grabosky (1987) con el objetivo de diferenciar entre cuatro constructos de la tipología de soledad sugerida por Weiss (1983): las condiciones de aislamiento social y emocional y los sentimientos de soledad social y emocional. Está compuesta por 30 ítems, 15 de los cuales miden los sentimientos subjetivos de soledad (ocho se refieren a la soledad emocional y siete, a la soledad social). Los demás ítems miden el aislamiento social objetivo. Los ítems se presentan en parejas, la primera pregunta se centra en la percepción de la persona entrevistada sobre una situación o conducta y la segunda busca información sobre cómo se siente la persona entrevistada respecto de dicha situación o conducta. Las opciones de respuestas van desde “Normalmente cierto” (3) a “Raramente cierto” (0) y la intención de la escala es contrastar la percepción del sujeto sobre su red social con sus sentimientos.

El instrumento tiene buena fiabilidad interna, con coeficiente alfa de Cronbach de 0,85 para soledad social y emocional y 0,76 para aislamiento social y emocional. Los coeficientes alfa de

Cronbach de las subescalas son los siguientes: 0,83 (aislamiento emocional), 0,80 (aislamiento social), 0,86 (soledad emocional) y 0,82 (soledad social). El coeficiente de fiabilidad test-retest obtenido por los autores de la escala tras haberla pasado a 20 sujetos del grupo clínico en un intervalo de dos semanas fue de 0,80. El hecho de que el grupo clínico hubiese puntuado más en la escala que las muestras de estudiantes y universitarios confirmó que el instrumento tiene buena validez concurrente.

Según Vincenzi y Grabosky (1987), la ESLI es una herramienta útil para los médicos porque puede ayudarles y a los propios pacientes porque pueden entender mejor sus problemas. Con los resultados de esta escala se obtiene una imagen más amplia sobre los déficits actuales de las redes sociales de sus pacientes, así como sus grados de angustia. Además, les permite identificar problemas específicos cuando hay discrepancias entre la percepción de cada situación y la forma como los pacientes se sienten acerca de ellas.

5.5. Pregunta única de soledad

Por otra parte, hay que mencionar que algunos autores prefieren utilizar una pregunta única en detrimento de las escalas validadas. Su formulación y las escalas de respuestas pueden variar, siendo una de las formas más habituales la pregunta directa “*¿Se siente usted solo?*” con escalas de tres o cuatro puntos, desde “*Nunca*” o “*Casi nunca*” hasta “*A menudo*” (Aaartsen & Jylhä, 2011; Losada et al., 2012; Tiikkainen & Heikkinen, 2005).

Una variación de la pregunta sería “*¿Ha experimentado usted soledad?*”, con una escala de respuesta de 5 puntos: “*Nunca*”, “*Raramente*”, “*A veces*”, “*A menudo*”, “*Siempre*” (Holmén

& Furukawa, 2002). O algo más específico, como “¿Con qué frecuencia experimentó usted el sentimiento de soledad en la última semana?”, con escala de respuesta de cuatro puntos: desde “Casi nunca” hasta “Casi todo el tiempo” (Sundström et al., 2009).

La pregunta única es una medida directa, una opción fácil para ser usada en los entornos clínico y de investigación por su brevedad y suele tener buena aceptación de los entrevistados (Luanaigh & Lawlor, 2008). Sin embargo, al cuestionar una persona directamente sobre su sentimiento de soledad, se corre el riesgo de que lo niegue aunque sí se sienta sola y, consecuentemente, se obtendrían datos infravalorados del fenómeno y es así porque la soledad suele ser percibida como un estigma, asociado a un fracaso social que las personas no quieren asumir (Tiikkainen & Heikkinen, 2005). Además, al optar por la pregunta única, se supone que todos los participantes de la investigación tienen el mismo entendimiento sobre el significado de la soledad, cuando es probable que existan distintas interpretaciones para el mismo término (Luanaigh & Lawlor, 2008; Victor, et al., 2005).

Algunos investigadores se empeñaron en comparar medidas directas de soledad con escalas validadas, con el objetivo de verificar si había diferencias en los resultados de soledad de acuerdo con el método de medición empleado (Nicolaisen & Thorsen, 2014; Shiovitz-Ezra & Ayalon, 2012; Steed et al., 2007; Tomás, et al., 2018; Victor et al., 2005). En la investigación de Victor et al., (2005), se compararon los resultados de dos investigaciones llevadas a cabo en muestras distintas y utilizando métodos e instrumentos de medida distintos. La primera utilizó una pregunta directa en entrevistas cara a cara con muestra de personas mayores residentes

en Reino Unido. La segunda fue empleada en una muestra mayor australiana y se utilizó la misma pregunta directa y además la escala DJGLS. En este caso, se optó por el formato autocumplimentado a través de cuestionarios enviados por correo postal.

Con la misma muestra australiana de la investigación de Victor et al., (2005), Steed et al. (2007) analizaron la prevalencia de soledad medida a través de tres instrumentos distintos: una pregunta directa y las escalas DJGLS y UCLA. Sus principales hallazgos se refieren a las asociaciones entre soledad y género y entre soledad y edad. Al utilizar la pregunta directa, se detectó que las mujeres informaban sentirse más solas que los varones. En cambio, cuando fue medida a través de las dos escalas validadas, no hubo diferencias significativas de género. Además, independientemente del método de medida empleado, no se hallaron evidencias sobre la asociación entre soledad y edad.

En la investigación llevada a cabo por Shiovitz-Ezra y Ayalon (2012), se utilizó una pregunta directa sacada de la Escala de Depresión del Center for Epidemiologic Studies (CES-D) y la versión reducida de 3 ítems de la UCLA-R en una muestra de estadounidenses de 55 años de edad o más. A diferencia de lo que constataron otros autores que compararon instrumentos, en este estudio se halló que un 57% de las personas que informaron sentirse solas en respuesta a la pregunta directa se clasificaron como “no solas” en la escala validada. Una posible explicación para esa diferencia es el hecho de que la pregunta única establecía un periodo de tiempo determinado –la semana anterior–, lo que no sucedía en la escala validada.

En resumen, existe una gran variedad de instrumentos disponibles para medir los sentimientos de soledad, desde escalas

que fueron cuidadosamente elaboradas y validadas, presentando buenas características psicométricas, hasta preguntas más sencillas que tratan el tema de la soledad de forma directa. Pese a las ventajas y las desventajas de cada tipo de instrumento de medida, cabe al investigador elegir aquel que mejor se adecúe a su estudio y a las características de la muestra que será entrevistada.

A modo de resumen, se presentan en la Tabla 4 las características de los instrumentos de medida de soledad de los que hemos hablado en este capítulo:

Escala	Versiones	Autores (año)	N.º ítems	Alfa Cronbach	Población diana
UCLA	UCLA	Russell, Peplau, y Ferguson (1978)	20	0,96	Estudiantes universitarios
	UCLA-R	Russell, Peplau, y Cutrona (1980)	20	0,94	Estudiantes universitarios
	UCLA-3	Russell (1996)	20	Entre 0,89 y 0,94	Población general
DJGLS	DJGLS	de Jong Gierveld y Kamphuis (1985)	11	0,84	Población general
	DJGLS reducida	de Jong Gierveld y van Tilburg (2010)	6	Entre 0,70 y 0,76	Población general
SELSA	SELSA	DiTommaso y Spinner (1993)	37	Entre 0,89 y 0,93	Adultos
ESLI	ESLI	Vincenzi y Grabosky (1987)	30	Entre 0,76 y 0,85	Adolescentes y adultos

Tabla 4. Instrumentos más utilizados para evaluar la soledad. Fuente: Elaboración propia.

Síntesis del capítulo. ¿Qué hemos visto?

- Existen diferentes instrumentos para evaluar la soledad que miden características objetivas y subjetivas de la soledad.
- Las escalas más utilizadas son UCLA y DJGLS.
- Las ventajas de la UCLA son: que está validada en población mayor; que es capaz de distinguir entre los individuos muy solos y los moderadamente solos; y que tiene propiedades psicométricas satisfactorias, incluidas la validez de constructo, la validez convergente y su consistencia interna. Sin embargo, los mismos autores sugieren que hay poca evidencia sobre su sensibilidad.
- La DJGLS presenta buenas propiedades psicométricas, se trata de un instrumento fiable y válido, especialmente en investigaciones con muestras de personas mayores.
- Algunas investigaciones han utilizado una pregunta única para evaluar la soledad.
- La dificultad de comparar entre diferentes investigaciones radica entre otras cosas en que han utilizado escalas distintas.
- La decisión de usar una escala u otra dependerá de qué queremos medir: ¿nos interesa conocer el grado de aislamiento social de un grupo concreto de personas?, ¿cuántas personas viven solas en un determinado barrio o ciudad?, ¿cuáles son los sentimientos de soledad?





Colección
Estudios de la Fundación

Intervenciones para reducir la soledad y el aislamiento social

*Llegar a ser primavera, significa aceptar el riesgo del invierno.
Llegar a ser presencia, significa aceptar el riesgo de la ausencia.*

Antoine de Sant Exupéry, *El Principito*

Para la OMS la soledad no deseada es uno de los mayores riesgos para el deterioro de la salud, y un factor determinante que favorece la entrada de estas personas en situaciones de dependencia. La población española se muestra significativamente preocupada y claramente partidaria de que el Estado proteja a las personas mayores que viven solas. En el Barómetro de mayo de 2009, realizado por el Centro de Investigaciones Sociológicas, más de la mitad de los ciudadanos encuestados indicaron que las personas mayores que viven solas son el colectivo que debería estar mejor protegido. El 41,3% de los encuestados también expresaron que, de las situaciones que afectan a las personas mayores, el apoyo a los que viven solos, es la que necesita de una atención más urgente (CIS, Estudio 2.801).

La construcción e interrelación con las redes de apoyo es esencial para romper con las barreras de aislamiento que surgen alrededor, sobre todo, de muchas mujeres mayores. Muchas de ellas se encierran en sus casas como si de fortalezas se tratase (Donio-Bellegarde & Pinazo-Hernandis, 2014). Los programas de voluntariado y los recursos de atención comunitaria deben ampliar sus ámbitos de actuación y multiplicar sus esfuerzos por llegar a un creciente número de población expuesta a esta situación.

Pero es necesaria la implicación de las Administraciones Públicas, que deben implementar programas amplios de seguimiento y control de las personas, en especial, de las mujeres, que quedan en situación de soledad a edades avanzadas, en colaboración con las Fundaciones, organizaciones no gubernamentales y del tejido empresarial de atención social.

El Marco de Actuación para las Personas Mayores en España (MSSSI, 2015) estableció recomendaciones políticas para el abordaje de la soledad en la vejez, con un énfasis en la necesidad de combatir tanto la soledad social como la emocional de las personas mayores, y en formar a los profesionales y las personas que están en contacto con personas mayores para que sepan prevenir y contener la soledad.

Reunidos en Lisboa en septiembre de 2017 los representantes de países miembros de UNECE (United Nations Economic Commission for Europe) para reafirmar los acuerdos de MIPPA (Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento) confirmados en Viena en 2012, firmaron la Declaración Ministerial de Lisboa abogando por el desarrollo sostenible para todas las edades y haciendo hincapié en la diversidad en la vejez, y en el reconocimiento de la necesidad de desarrollar los cuidados de larga duración que permitan a las personas vivir sus vidas como desean. Términos como cohesión social, solidaridad intergeneracional, envejecimiento activo y saludable, prevención de la discriminación y promoción de oportunidades de participación aparecen en el documento.

En países como Dinamarca, Reino Unido, Canadá o USA se han puesto en marcha campañas para concienciar sobre la soledad. Por ejemplo en Dinamarca *The Mary Foundation* (<http://>

www.maryfonden.dk/en/loneliness); en Reino Unido, *End Loneliness* (<http://www.campaigntoendloneliness.org/about-the-campaign/>); en Canadá, Canadian Seniors Council (<http://www.seniorscouncil.gc.ca/eng/home.shtml>); en USA desde AARP (<http://www.aarp.org/aarp-foundation/our-work/isolation/>).

Por ejemplo, el programa LISTEN (*Loneliness Intervention using Story Theory to Enhance Nursing-sensitive outcomes*) (Theeke & Mallow, 2015), se centra en los procesos cognitivos de la soledad que incluyen estigma, pensamientos negativos sobre uno mismo en la relación con los otros. Las intervenciones son dirigidas a través del diálogo intencional, la escucha y la reestructuración cognitiva (asesoramiento en las cogniciones, emociones y conductas desadaptativas, identificar retos en los cambios, reconceptualización del self, adquisición de nuevas habilidades a partir de la interacción grupal, identificación de patrones de significado en la soledad).

Algunas intervenciones en lugar de centrarse en reducir la soledad se han dirigido a mejorar el **capital social** (Coll-Planas, Del Valle, Bonilla, Masat, Puig & Monteserin, 2017), creando “círculos de amistad” o mostrando a las personas mayores la posibilidad de participar en programas de voluntariado o programas intergeneracionales. Son programas *win-win*, donde todo es ganancia, puesto que no solo hay unos receptores de la ayuda o intervención, sino que los propios voluntarios también se ven beneficiados con dicha acción. Los programas de participación social permiten el desarrollo de la generatividad eriksoniana. La generatividad es, por un lado, un desarrollo personal y por otro, un desarrollo social. Es el interés por el bienestar de las futuras generaciones y también ayuda a encontrar un mayor sentido a la vida.

Otras intervenciones van dirigidas a **motivar la participación en actividades**, como el *Upstream Healthy Living Center* (Greaves & Farbus, 2006), un programa comunitario en el que voluntarios inicialmente hacen visitas semanales a los participantes y los llaman frecuentemente por teléfono, para después implicarlos en actividades comunitarias ofrecidas en los centros sociales como: pintura, escritura creativa, reminiscencia/historias de vida, Tai Chi, ejercicios físicos moderados, informática, cerámica, explorar música y sonido, manualidades, artesanía, educación sobre caídas, cocina, canto, grupos de caminata y conversación, clubes de lectura. El objetivo del programa es ofrecer actividades personalizadas de estimulación creativa y contacto social activo y participativo a las personas mayores socialmente aisladas. Buscan estimular su pasión e interés por la vida al involucrarse en actividades creativas, físicas y culturales, con énfasis en la interacción social.

Si bien en los capítulos precedentes hemos visto que la vivencia de la soledad tiene también una **parte cognitiva** y otra que tiene que ver con las **capacidades personales**, pocos programas de intervención se han centrado en esto. Dos ejemplos de programas de la Fundación bancaria “la Caixa”, que han mostrado eficacia son: *Vivir bien*, *sentirse mejor* y *Siempre Acompañados*.

- a. Programa *Vivir bien*, *sentirse mejor*. Las habituales estrategias de intervención en soledad hacen énfasis en acompañar a las personas solas. En este programa se han centrado en la puesta en marcha de una estrategia de capacitación y empoderamiento de las personas mayores para que sean capaces de autogestionarse en la medida de lo posible su soledad con alentadores resultados.

- b. Programa *Siempre Acompañados* va dirigido a personas mayores con posible situación de soledad no deseada y aislamiento social, con el objetivo de detectar y evitar las situaciones de soledad y aislamiento a partir de acciones de participación ciudadana de carácter preventivo y transformador. Se realiza en colaboración con Cruz Roja y los Ayuntamientos. Se detectan los casos desde el Ayuntamiento, y se derivan para poder prevenir, reforzar vínculos y mantener la seguridad y el bienestar a partir de las actividades que se ofrecen en las entidades vinculadas (comunidad, barrios, vecinos, Servicios Sociales, Área de Salud, ONGs, Asociaciones, Residencias,...).

El programa *Siempre Acompañados*, se estructura en cuatro ejes: primero, se interviene con la persona, tanto para facilitar la superación de la situación de soledad a base de intervenciones psicoeducativas como para empoderarla y que así sea capaz de gestionar su soledad; en segundo lugar, hay una intervención comunitaria dirigida a restablecer las redes sociales que han desaparecido o crear unas nuevas; en tercer lugar, hay una labor importante de sensibilización porque la soledad es un problema invisible.

Por iniciativa del IMSERSO, diferentes entidades como la Cruz Roja o Cáritas han realizado programas dirigidos a paliar la soledad, como el programa *Cerca de Ti*, con el objetivo de ofrecer acompañamiento presencial y telefónico con voluntarios a personas mayores de 80 años que viven solas, usuarias del servicio de teleasistencia y que, desde este servicio, se ha observado que se encuentran en situación de aislamiento social y soledad. Este

programa se puso en funcionamiento y se promovió en 2009 por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (IMSERSO) y se enmarcó dentro de las políticas sociales de atención y protección a las personas mayores. Para el desarrollo del programa se contó con la colaboración y el compromiso, como se ha dicho, de Cruz Roja y Cáritas, pero también colaboraron Fundación Vodafone, Asociación de Empresas y Servicios de Teleasistencia y la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP). Fruto de la experiencia, Cruz Roja puso en marcha en algunos lugares el *Portal Solidario*. Cruz Roja funciona a través de su red de voluntarios, y con el programa Portal Solidario, ofrecen ayuda de diversas tipologías desde salud (ir a la farmacia a por medicinas, atención personal, cuidado de la imagen, hacer compañía...), hasta acompañamiento en labores administrativas, actividades diversas de ocio y tiempo libre (excursiones, paseos, tomar un café, pasear por la ciudad y ver tiendas...), tareas diversas de reparación y mantenimiento del hogar, apoyo de respiro a la persona cuidadora, formación en prevención y primeros auxilios.

Cruz Roja cuenta también con el proyecto *Enrédate*, cuyo objetivo es incidir en la esfera social de la persona mayor de 65 años, fomentando la participación en su entorno y mejorando las relaciones sociales e intergeneracionales, evitando el sentimiento de soledad y mejorando su calidad de vida durante el proceso de envejecimiento. Además, realiza acompañamientos y formación, para promover el envejecimiento saludable en las personas mayores, fomentando los hábitos de vida saludables, reduciendo el impacto negativo del deterioro físico asociado a la edad y facilitando su permanencia en el domicilio el mayor tiempo posible.

Algunas asociaciones de personas mayores como la Asociación Nagusilán, en País Vasco, también ofrecen un programa de lucha contra la soledad, el Programa *Hilo de Plata* (acompañamiento telefónico) o el Programa de visitas a personas mayores en residencias por parte de voluntarios séniors. Además de las visitas los voluntarios realizan actividades estimulativas como paseos, conversaciones, música, salidas a museos, playas y acontecimientos, actividades de animación en Residencias y Centros de Día, actuaciones del coro, grupos de teatro, actuaciones musicales, bailes, bingos, meriendas, fiestas de Navidad, Reyes, Carnavales, actos especiales en las fiestas patronales, excursiones, cine, etc.

La Unión Democrática de Jubilados y Pensionistas (UDP) ha puesto en marcha un proyecto dirigido a paliar la soledad. El objetivo es que los voluntarios adquieran las habilidades necesarias para poder acompañar a grupos de mujeres vulnerables seleccionados por los servicios sociales de base de las diferentes localidades. El Programa *Respira* es un programa de descanso, formación e integración, para mujeres mayores en situación de vulnerabilidad, que pretende romper con la soledad y el aislamiento a través de la creación de grupos de relación interconectados.

La Fundación Pílares desarrolla actualmente el Programa *Cuidamos Contigo* en Almoradí y Rojales (Alicante) y Madrid, trabajando con personas mayores en situación de fragilidad (sobre todo personas que viven solas) o en situación de dependencia, y ofreciendo, además de una atención integral y personalizada, acompañamiento con metodología de gestión de casos, orientación y apoyo para ayudarles a volver a crear lazos con agentes comunitarios (centros sociales o culturales, de personas mayores,

de mujeres, etc.). Esta tarea de ayuda para la integración social se facilita porque desde el proyecto también se desarrolla un trabajo comunitario que genera alianzas entre agentes y actores del territorio, con los que se establecen alianzas y colaboran en el acogimiento a las personas mayores que están solas o aisladas (Rodríguez, Ramos, García, Dabbagh, Mirete & Castejón, 2017).

La Asociación *Les Petits Frères des Pauvres*, fundada en París en 1946 dio lugar en 1979 a la *Fédération Internationale des Petits Frères des Pauvres*, que actualmente está presente en Alemania, Canadá, Estados Unidos, Francia, Irlanda, México, Polonia, Rumanía y Suiza. En España, existe una Federación de Amigos de las Personas Mayores que se fundó en 2010 y agrupa a fundaciones amigas de las personas mayores de Cataluña (*Amics de la Gent Gran*, desde 1987) y Valencia (*Amics de la Gent Major*, desde 2000). Además, existe una Asociación *Amigos de los Mayores* en Madrid. Estas asociaciones realizan tareas de acompañamiento domiciliario y periódico, y también puntual (acompañamiento a médicos, por ejemplo), un variado programa de actividades (encuentros en el barrio, tertulias, fiestas), y campañas de sensibilización social (anuncios y carteles en prensa o vallas publicitarias, redes sociales, etc). Recientemente, *Amics de la Gent Gran* ha creado un *Observatorio de la Soledad* con la pretensión de ser un núcleo de reflexión, dar a conocer realidades y experiencias, informar de iniciativas y proyectos, y recoger la documentación sobre investigaciones. Tienen presencia en redes (twitter @observasolidad).

En el caso de Amigos de los Mayores, un programa que ha cosechado muchos éxitos es *Grandes Vecinos* (ver: www.grandesvecinos.org). Se trata de poner en contacto a una persona

mayor con síntomas de soledad con personas que viven cerca de ella y que están interesados en compartir tiempo y actividades en el barrio. El programa está inspirado en el realizado en París de *Vosin-Age* (Ver: www.peuplade.fr). A diferencia de otros programas de acompañamiento centrados en las visitas de unas horas a la semana, en este programa a una persona mayor con soledad se le asignan varios vecinos voluntarios para que, de manera flexible, unos u otros estén pendientes de ella. El programa genera una red de vecindad que rodea a la persona mayor, algo parecido a las vivencias que la Premio Nobel Doris Lessing narraba en su libro *Diario de una buena vecina*.

Estas fundaciones se encargan de luchar contra la soledad y la marginación de las personas mayores con recursos económicos limitados a través de distintas acciones, como el acompañamiento emocional con voluntarios, la dinamización social a través de actividades y la sensibilización de la población mediante campañas publicitarias sobre el problema de la soledad en la vejez.

Un programa modélico en la intervención en casos de aislamiento social es el del Ayuntamiento de Madrid (*Programa de Detección de Ancianos Frágiles con Alto Riesgo de Aislamiento Social y el Servicio de Apoyo Psicológico al Mayor en Aislamiento Social*) en colaboración con el Colegio Oficial de Psicólogos (Vocalía de Intervención Social) que lleva más de una década trabajando en esto: hacer una búsqueda proactiva de personas en situación de riesgo: fragilidad, situaciones socio-familiares, riesgo social, problemas de salud, alteraciones del comportamiento... El programa no solo recoge información sobre soledad sino que contempla diversas actuaciones y actividades en los ámbitos de intervención,

monitorización, sensibilización, formación e investigación, realizando siempre la intervención más adecuada a la necesidad identificada en cada caso. Además, existe un subprograma de detección de personas frágiles en riesgo de aislamiento o exclusión social, personas mayores que rechazan sistemáticamente cualquier tipo de ayuda que se les ofrece; desconfían patológicamente de cualquier profesional que pretende un acercamiento, no acceden a ningún recurso de la red normalizada de atención, haciendo prácticamente imposible el contacto y la intervención. Frente al perfil de riesgo femenino de soledad del que hablábamos en un capítulo anterior, en este caso el perfil predominante es el masculino, edad avanzada, problemas de adicción al alcohol, trastornos del comportamiento y malas condiciones de vivienda o *homeless*, circunstancias todas ellas favorecedoras del aislamiento social y que hacen imprescindible un abordaje del problema por profesionales especializados y mediante técnicas diseñadas al efecto. Desde 2006, el Ayuntamiento de Madrid cuenta con un *Servicio de Apoyo Psicológico Domiciliario* (SAPD), para lograr un acercamiento a las personas mayores frágiles con riesgo de aislamiento o exclusión social que permita conducir esas situaciones a la normalización, asignando los recursos sociales oportunos en cada caso o facilitando el internamiento involuntario y la incapacitación legal si es el caso.

La evaluación del programa formó parte de la tesis doctoral de Ana Belen Santos-Olmo. El perfil de persona mayor en aislamiento social encontrado en este estudio incluye los siguientes factores de riesgo: haber sufrido pérdidas de salud y funcionamiento, de relaciones significativas y de las redes sociales; tener problemas de salud física; presentar trastorno mental y/o deterioro cognitivo; estar solteros o sin

pareja; no tener hijos o no tener relación con ellos; y estigmatización de la persona mayor en aislamiento social, situaciones todas ellas que dificultan su participación en la comunidad. Los resultados de la investigación apoyan la utilidad de las estrategias de búsqueda activa, seguimiento individualizado y personalizado de cada caso y continuidad de cuidados que permitan abordar con ciertas garantías los problemas de este grupo de población. Además, se mostró la efectividad del abordaje psicológico y multidisciplinar y la necesidad de contar con profesionales formados en estrategias psicológicas de búsqueda activa, enganche y tratamiento (Santos-Olmo, 2016).

Como hemos visto en esta tesis, el proceso de envejecer va acompañado de muchos cambios derivados de los eventos vitales característicos de esta etapa de vida (Nicolaisen & Thorsen, 2014a). Desde las pérdidas de los roles sociales asociados a la jubilación, la emancipación de los hijos, la muerte de la pareja, las pérdidas de salud o de la capacidad funcional, o el impacto emocional de la pérdida de los amigos, familiares y coetáneos, todo ello contribuye a que las personas mayores tengan redes sociales más limitadas que las personas más jóvenes. Teniendo en cuenta todas estas circunstancias, algunos investigadores defienden que la reducción del tamaño de la red social se debe parcialmente a esas pérdidas involuntarias vividas por las personas mayores en las etapas más avanzadas de la vida.

Para el manejo de la soledad se han puesto en marcha diferentes programas de intervención. Dada su diversidad, sus distintos objetivos y sus diferentes maneras de ser evaluados es difícil comparar los resultados. Incluso hay programas que se han implementado pero no se ha evaluado su eficacia.

Teniendo en cuenta solo los programas de intervención dirigidos a reducir la soledad y/o el aislamiento social en personas mayores, y que muestren datos de evaluación y medición del efecto del programa en los participantes, encontramos que la literatura científica ofrece pocas publicaciones y la mayor parte de ellas con muestras muy pequeñas y sin grupo control.

Diferentes revisiones sistemáticas sobre las intervenciones en soledad en personas mayores han encontrado que las más eficaces son las intervenciones grupales, con actividades de apoyo y educativas, que se dirigen a grupos específicos, las que se apoyan en los recursos comunitarios existentes, las que incluyen un entrenamiento y un apoyo a los facilitadores (Findlay, 2003; Cattan et al., 2005).

La revisión de intervenciones para reducir el aislamiento social de Dickens, Richards, Greaves & Campbell (2011) informa de la efectividad de las intervenciones, concluyendo que las intervenciones grupales de apoyo han mostrado ser efectivas para mejorar los niveles de salud, reducir la soledad, aumentar la actividad social de los participantes, y en general, encuentran que las personas mayores tras participar en el grupo adquieren una mayor sensación de control sobre las actividades que realizan. Las intervenciones que han demostrado alguna efectividad son aquellas que engloban algún componente educativo y actividades sociales o de grupo; y si van dirigidas a un grupo poblacional concreto (por ejemplo, viudos, mujeres, etc). Esto parece querer indicar que no es suficiente con acudir al domicilio de la persona o implicarle en algún grupo, sino que es preciso especificar y ajustar las actividades de intervención a las necesidades de la persona en cada caso. Además, es necesario analizar las necesidades de cada persona y conocer bien

sus circunstancias. Por ello, es conveniente realizar una selección, entrenamiento y apoyo específico para los facilitadores y coordinadores de las intervenciones. Y, además, para que se aumente el éxito de la intervención, son más eficaces aquellas intervenciones que cuentan con recursos comunitarios.

Por otra parte, el metaanálisis sobre intervenciones en soledad realizado por Masi et al., (2011) divide las estrategias de intervención en cuatro tipos en función del objetivo: 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. En general, los programas centrados en reducir la soledad mejoran la soledad percibida, el bienestar psicológico o los síntomas depresivos.

Teniendo en cuenta que diferentes intervenciones han utilizado distintos instrumentos de medida, en función del instrumento de medida algunas de las investigaciones utilizaron escalas de medida siendo la *UCLA Loneliness Scale* la más utilizada en sus diferentes versiones (UCLA, UCLA-R, UCLA-3) (Banks & Banks, 2002; Shapira, Baraka & Gal, 2007; Winningham & Pike, 2007; Routasalo, Tilvis, Kautiainen & Pitkala, 2009; Tse, 2010) y la Escala de Soledad de Jong Gierveld ha sido menos utilizada y sobre todo en contexto europeo (Fokkema & Knipscheer, 2007; Fokkema & Knipscheer, 2007; Coll-Planas, Del Valle, Bonilla, Masat, Puig & Monteserin, 2017). Autores como Pitkala, Routasalo, Kautiainen y Tilvis, (2009) no utilizaron ninguna prueba validada, sino que plantearon como screening la pregunta: *¿Sufre usted de soledad?* (con una escala de respuesta que va desde 1 = *Raramente o nunca* hasta 3 = *A menudo o siempre*).

Para poder evaluar la eficacia de una intervención es necesario realizar un diseño experimental pre-post con grupo control. Algunas intervenciones utilizaron un diseño cuasiexperimental sin grupo control evaluando pre y post intervención. Por ejemplo, Bartlett, Warburton, Lui, Peach y Carroll (2013) quisieron medir la eficacia diferencial de tres tipos de programas de intervención. El primero de ellos buscaba desarrollar habilidades individuales y comunitarias facilitando transporte para que las personas acudiesen a actividades además de ofrecer conferencias para hablar de envejecimiento saludable. En el segundo programa se buscaba conectar un voluntario con una persona mayor socialmente aislada y así crear un clima de confianza y fomentar su participación en actividades sociales, con un apoyo gradual que fuese promoviendo poco a poco la autonomía y la independencia. El tercer programa desarrolló un servicio voluntario dirigido a personas mayores con aislamiento social. Un profesional ayudaba a reclutar y formar a los voluntarios y compartir información y recursos, ofrecía actividades sociales y de ocio y servicios de biblioteca para personas mayores inmigrantes a través de dos organizaciones comunitarias. Los autores encontraron diferencias significativas en la soledad en el tercer programa y vieron que disminuyó la soledad tras la intervención al aumentar el apoyo social.

Los modos de vivir y envejecer entre los hombres y las mujeres son diferentes. Hemos visto en capítulos anteriores que también es distinto el modo en que las mujeres y los hombres enfrentan la soledad. Por eso, aunque la mayor parte de las intervenciones se ha dirigido a ambos grupos, algunos programas han hecho esta diferenciación por género, como *The Friendship Enrich-*

ment Program (Stevens, Martina & Westerhof, 2006). Se trata de un programa de 12 clases semanales centradas en la autoestima, las competencias relacionales y en 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 desarrollado por Stevens (2001) se dirigió a ofrecer a las mujeres mayores socialmente aisladas, actividades personalizadas de estimulación creativa y contacto social activo y participativo buscando aumentar su pasión e interés por la vida al involucrarse en actividades creativas, físicas y culturales, con énfasis en la interacción social, trabajando con ellas en grupos pequeños (8 a 12 personas).

Findlay (2003), Hagan, Manktelow, Taylor y Mallett (2014), Stojanovic, Collamati, La Milia, Borghini, Duplaga, Rodzinka, Ricciardi, Magnavita, Moscato y Poscia (2016) y Poscia, Stojanovic, La Milia, Duplaga, Grizstar, Moscato, Onder, Collamati, Ricciardi y Magnavita, (2018) hicieron revisiones sistemáticas de las intervenciones en soledad y aislamiento social que habían aparecido en la literatura científica desde 1970. Cattán, White, Bond y Learmouth (2005) identificaron y categorizaron 30 estudios siendo 17 de ellos intervenciones grupales, 10, uno a uno, 3 fueron provisión de servicios, y 1 desarrollo comunitario. La mayor parte desarrolladas en USA o Canada, 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 uno a uno, 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 amistad (*befriending*) no ha sido demostrada.

Stojanovic et al., (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 del 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. 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 alarman sobre la necesidad de hacer buenas intervenciones, bien diseñadas y bien evaluadas para mostrar el impacto de estas intervenciones en la salud.

Teniendo en cuenta el tipo de intervención, la mayor parte de las que se desarrollan para combatir la soledad se centran en el **fortalecimiento de los vínculos sociales y de amistad** (como podemos ver en Kime, Cattan y Bagnall, 2012; o en Amics de la Gent Gran).

Algunas intervenciones utilizan las **Nuevas Tecnologías** a través del fortalecimiento de redes on line como el programa holandés *Esc@pe* dirigido a personas mayores que viven en aislamiento social, con enfermedades crónicas o con discapacidad y que se sienten solas (Fokkema & Knipscheer, 2007). El aumento del número de usuarios de las tecnologías de la comunicación e información 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 revisiones publicadas entre 2000 y 2017, identificaron 12 revisiones de calidad moderada y los estudios primarios mostraron falta de rigor. Los autores concluyeron que la evidencia de este tipo de intervenciones es inconsistente y débil.

Algunas de las intervenciones se dirigen a la **promoción de la salud**, en concreto, la mejora de la salud percibida o el bienestar psicológico (Pitkala, Routasalo, Kautiainen & Tilvis, 2009).

La mayor parte de las intervenciones que se han realizado para reducir la soledad se han hecho en contexto comunitario y apenas hay **intervenciones realizadas en residencias de personas mayores**. Los diferentes tipos de programas que se han realizado en el entorno institucional son variados: por un lado, más centrados en la percepción subjetiva de la soledad como las cognitivas (Winningham & Pike, 2007), o en la historia de vida, como los programas de terapia de reminiscencia (Chiang et al., 2010). Algunos otros iban dirigidos a mejorar la felicidad y reducir la sin-

tomatología depresiva que tantas veces va asociada a la soledad, como la terapia de humor (Tse et al., 2010). En otros programas, partiendo de un programa de ejercicio físico se trabajaron las relaciones de las personas en el grupo (Tse et al., 2014), o el cuidado, con los talleres de jardinería/horticultura (Brown et al., 2004; Tse, 2010). Incluso hay otros basados en la terapia asistida con animales (Banks & Banks, 2002; Vrbanac et al., 2013). Un último tipo de programas pretende mantener la relación sobre todo con las familias, o iniciar nuevas relaciones con otros y son los programas que usan la videoconferencia (Tsai et al., 2010).

En la revisión de intervenciones en el contexto institucional realizada por Bermeja y Ausin (2017) las autoras pudieron constatar que existen evidencias (moderadas) de la eficacia en todos los tipos de intervenciones, tanto en aquellas que utilizan animales (terapia asistida con animales) o el cuidado de plantas y jardín (hortoterapia), las centradas en el mantenimiento físico, como aquellas que pretenden mejorar el estado de ánimo (y utilizan el humor o la terapia de reminiscencia), el mantenimiento de las relaciones sociales (videoconferencia).

Objetivos o recursos utilizados	Tipo de programas
Animales	Terapia asistida con animales
Plantas y jardín	Programas de Hortoterapia
Mantenimiento físico	Programas de Ejercicio Físico
Mejora del estado de ánimo	Terapia de Humor
Mejora del estado de ánimo	Terapia de Reminiscencia
Relaciones sociales	Programas de Videoconferencia

Tabla 5. *Programas de intervención que han demostrado eficacia (moderada)*. Fuente: Elaboración propia a partir de Bermeja y Ausin (2018).

Síntesis del capítulo. ¿Qué hemos visto?

- Las intervenciones sobre la soledad y el aislamiento social pueden reducir la soledad subjetiva o emocional contribuyendo al aumento de la red social, la integración comunitaria o la participación social.
- Las diferentes estrategias de intervención se pueden dividir en cuatro tipos en función de su objetivo: 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.
- Algunas de las intervenciones se dirigen a la promoción de la salud, en concreto, la mejora de la salud percibida o el bienestar psicológico.
- Como la vivencia de la soledad tiene una parte cognitiva y otra que tiene que ver con las capacidades personales, algunos programas de intervención se han centrado en esto.
- Otros programas utilizan las e-tecnologías, aunque aún no han mostrado su eficacia.
- Diferentes revisiones sistemáticas sobre las intervenciones en soledad en personas mayores han encontrado que las más eficaces son las intervenciones grupales, con actividades de apoyo y educativas, que se dirigen a grupos específicos, las que se apoyan en los recursos comunitarios existentes, las que incluyen un entrenamiento y un apoyo a los facilitadores.
- En contextos institucionales se han realizado pocas intervenciones para paliar la soledad. Destacan los programas de terapia asistida con animales, los de hortoterapia, los de ejercicio físico, las videoconferencias, la terapia de humor y la de reminiscencia.





Colección
Estudios de la Fundación

*La soledad se admira y desea cuando no se sufre,
pero la necesidad humana de compartir cosas es evidente.*

Carmen Martin Gaité

Existen en España diversas asociaciones y entidades que realizan programas y proyectos para disminuir la soledad y el asilamiento social. Al apoyarse sobre todo en el voluntariado lamentablemente sus acciones son casi testimoniales en algunos casos porque no cuentan con suficientes recursos para poner fin a la soledad no deseada.

Una de las noticias que ha saltado a los Medios de Comunicación recientemente es la de la decisión del Gobierno de Reino Unido de crear un Ministerio de Soledad, problema que afecta actualmente a nueve millones de británicos. Dado que la soledad se relaciona con problemas de salud (Yanguas, Pinazo-Hernandis & Tarazona, 2018), con consecuencias tan graves como las del estrés o el tabaquismo, y que el número de personas que no ha hablado con nadie en más de un mes es muy grande, el Gobierno ha decidido tomar medidas para resolver el problema que requiere de una acción concertada en donde se unan organizaciones, familias e individuos.

También en Francia se está desarrollando el Plan Nacional de lucha contra la soledad (*Mobilisation Nationale contre l'isolement des agées*) que coordina la asociación *Monalisa* a través de la creación de redes de apoyo. Desde 2014 ha reunido ya a 280

organizaciones que trabajan para reducir la soledad en Francia (<https://www.monalisa-asso.fr>).

Pero en España no existe ningún estudio realizado a nivel estatal que muestre la prevalencia no de personas que viven solas sino de soledad no deseada y aislamiento social. Un mapa que muestre la soledad de las personas mayores en España.

La Estrategia Nacional sobre Personas Mayores recientemente aprobada no recoge ningún capítulo específico sobre soledad. Los Ayuntamientos españoles desde sus áreas de bienestar social, personas mayores o participación ciudadana debían poner en marcha programas preventivos, de detección de posibles situaciones de riesgo y desamparo que requieren de intervención y apoyo, tomando como ejemplo, el programa del Ayuntamiento de Madrid del que antes hemos hablado.

Algunas líneas futuras de intervención para avanzar en la eficacia de las intervenciones serían que los programas estuviesen adaptados culturalmente y a las personas que en ellos participan, teniendo en cuenta su individualidad; que los programas serían más adecuados si promocionasen una vida activa y saludable; y, por último, que los programas serían más adecuados si se realizasen en grupo dado que permitirían compartir experiencias con otros asistentes, mejorarían las habilidades de comunicación y que se estableciesen nuevas relaciones.

Los profesionales adecuados podrían explorar los sentimientos de soledad y la calidad de la red social y los vínculos afectivos de las personas que presentan los factores de riesgo que hemos descrito en este texto. Una vez identificada la población de riesgo mediante las escalas más oportunas, debería

realizarse una intervención individual o comunitaria, según los casos.

Como hemos visto, las intervenciones encaminadas a reducir la soledad y el aislamiento social se basan en: mejorar las habilidades sociales; promover el apoyo social; aumentar las oportunidades para la interacción social, y actuar sobre los pensamientos sociales maladaptativos. Además, mejorar la funcionalidad y el nivel de autonomía de las personas tiene una influencia directa sobre su sociabilidad.

Las intervenciones grupales de apoyo han mostrado ser efectivas para reducir la soledad y aumentar la participación social. Las intervenciones que han demostrado mayor efectividad son aquellas que engloban algún componente educativo y actividades sociales o de grupo, y aquellas que van dirigidas a grupos concretos. Esto parece querer indicar que no es suficiente con acudir al domicilio de la persona e involucrarle en un grupo, sino que es importante ajustar las actividades de intervención a las necesidades de cada persona en concreto. Además, es recomendable analizar las necesidades de cada persona y conocer bien su historia de vida y sus circunstancias actuales. *¿Siempre fue una persona solitaria? ¿Le gustó siempre hacer actividades solo? ¿Su casa siempre estuvo rodeada de gente, y es ahora, a la vejez, cuando unos y otros miembros de la red van desapareciendo y la casa se queda grande y con eco?* Sobre esto, nos da muy buenas indicaciones el Modelo de Atención Integral y Centrado en la Persona y proyectos como el *Cuidamos Contigo*, de la Fundación Pilares que lo aplica en domicilios y en la comunidad.

Los coordinadores de las intervenciones deben ser profesionales o personas preparadas y formadas específicamente. Todo no vale. Algunas personas viven con amargura su situación de soledad y esta situación les ha llevado a una depresión, por lo que hace falta una intervención psicológica específica. A otras personas deberemos ayudarles en sus habilidades de comunicación y relación. En otras, quizás, hay que realizar una intervención en sus estilos atribucionales. Además, para que se aumente el éxito de la intervención, son más eficaces aquellas intervenciones que cuentan con los recursos comunitarios del propio barrio donde vive la persona.

Hemos visto ejemplos de diversos tipos de intervención y el lector tiene buenas referencias donde indagar si quiere saber más. Esperamos haber contribuido con esta monografía a la calidad de vida y bienestar de las personas que envejecen.



Colección
Estudios de la Fundación

Referencias Bibliográficas

Nacemos solos y morimos solos, y en el paréntesis es tan grande la soledad, que necesitamos compartir la vida para olvidarla.

Erich Frömm

- AARTSEN, M. & JYLHA, M. (2011). Onset of loneliness in older adults: results of a 28-year prospective study. *European Journal of Ageing*, 8, 31-38.
- ABELLÁN, A. & PUJOL, R. (2016). Un perfil de las personas mayores en España, 2016. Indicadores estadísticos básicos (Informe Envejecimiento en red no. 14). Madrid. Acceso el 03 de Mayo de 2016. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos16.pdf>
- ADAMS, K. B., SANDERS, S., & AUTH, E. (2004). Loneliness and depression in independent living retirement communities: Risk and resilience factors. *Aging & Mental health*, 8, 6, 475-485.
- ANDERSSON, L. (1998). Loneliness research and interventions: a review of the literature. *Aging and Mental Health*, 2, 264-274.
- ANTONUCCI, T. C. (1985). Personal characteristics, social support, and social behavior. En R. H. Binstock y E. Shanas (Eds.), *Handbook of Aging and the Social Sciences* (2ª ed., pp. 94-128). Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- ANTONUCCI, T. C., AKIYAMA, H., & TAKAHASHI, K. (2004). Attachment and close relationships across the life span. *Attach-*

ment and Human Development, 6, 4, 353-370. doi: 10.1080/1461673042000303136

ANTONUCCI, T. C., BIRDITT, K. S., SHERMAN, C. W., & TRINH, S. (2011). Stability and change in the intergenerational family: a convoy approach. *Ageing & Society*, 31, 1084-1106. doi: 10.1017/S0144686X1000098X

ANTONUCCI, T. C., LANSFORD, J. E., AKIYAMA, H., SMITH, J., BALTES, M. M., TAKAHASHI, K., FUHRER, R., & DARTIGUES, J. (2002). Differences between men and women in social relations, resource deficits, and depressive symptomatology during later life in four nations. *Journal of Social Issues*, 58, 4, 767-783.

AYALA, A., RODRÍGUEZ-BLÁZQUEZ, C., FRADES-PAYO, B., FORJAZ, M. J., MARTÍNEZ-MARTÍN, P., FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G. & ROJO-PÉREZ, F. (2012). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Apoyo Social Funcional y de la Escala de Soledad en adultos mayores no institucionalizados en España. *Gaceta Sanitaria*, 26, 4, 317-324.

AYALON, L., SHIOVITZ-EZRA, S. & PALGI, Y. (2013). Associations of loneliness in older married men and women. *Aging & Mental Health*, 17, 1, 33-39. doi: 10.1080/13607863.2012.702725

AYUSO-SÁNCHEZ, L. (2011). Las redes de apoyo social en los procesos de emparejamiento en la viudedad en España. En Félix Requena (ed.) *Las redes de apoyo social*. Navarra: Thomson Reuters.

BAILIS, D. S., SEGALL, A., & CHIPPERFIELD, J. G. (2003). Two views of self-rated general health status. *Social Science & Medicine*, 56, 203-217.

- BAKER, P. S., BODNER, E. V., BROWN, C. J., KENNEDY, R. E. & ALLMAN, R. M. (2015). Life-Space Assessment composite score rationale. *Clinical Rehabilitation*, 1-3. doi: 10.1177/02692155155614295
- BAKER, P. S., BODNER, E. V. & ALLMAN, R. M. (2003). Measuring life-space mobility in community-dwelling older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51, 11, 1610–1614.
- BANKS, M. R. & BANKS, W. A. (2002). The effects of animal-assisted therapy on loneliness in an elderly population in long-term care facilities. *J Gerontol Biol SC Med Sci*, 57(7): M428-32.
- BARG, F. K., HUSS-ASHMORE, R., WITTINK, M. N., MURRAY, G. F., BOGNER, H. R. & GALLO, J. J. (2006). A mixed-methods approach to understanding loneliness and depression in older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61, 6, S329-S339.
- BARTLETT, H., WARBURTON, J., LUI, C. W., PEACH, L. & CARROLL, M. (2013). Preventing social isolation in later life: Findings and insights from a pilot Queensland intervention study. *Ageing and Society*, 33: 1167–1189
- BAUMAN, Z. (2003). *Comunidad, en busca de seguridad en un mundo hostil*. Madrid: Siglo XXI.
- BAUMEISTER, R. F. & LEARY, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117: 497–529.
- BAUMEISTER, R. F. (2005). *The cultural animal: Human nature, meaning, and social life*. New York: Oxford University Press.

- BENTLEY, J. P., BROWN, C. J., MCGWIN JR., G., SAWYER, P., ALLMAN, R. M. & ROTH, D. L. (2013). Functional status, life-space mobility, and quality of life: a longitudinal mediation analysis. *Quality of Life Research*, 22, 1621–1632. doi: 10.1007/s11136-012-0315-3
- BERMEJA, A. I. & AUSIN, B. (2018). Programas para combatir la soledad en las personas mayores en el ámbito institucionalizado: una revisión de la literatura científica. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2017.05.006>
- BOFFO, M., MANNARINI, S., & MUNARI, C. (2012). Exploratory structure equation modeling of the UCLA Loneliness scale: A contribution to the Italian adaptation. *Testing, Psychometrics, and Methodology in Applied Psychology*, 19, 345-363. doi:10.4473/TPM19.4.7
- BORGES, A., PRIETO, P., RICCHETTI, G., HERNÁNDEZ-JORGE, C. & RODRÍGUEZ-NAVEIRAS, E. (2008). Validación cruzada de la factorización del Test UCLA de Soledad. *Psicothema*, 20, 4, 924-927.
- BOWLBY, J. (1972). *Attachment and Loss, Volume I: Attachment*. Victoria, Australia: Penguin Books. 1ª. edición.
- BOWLBY, J. (1979). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Ediciones Morata. 2ª. edición.
- BOWLBY, J. (1983). Affectional bonds: their nature and origin. En R. S. Weiss (Ed.), *Loneliness: the experience of emotional and social isolation*, (pp. 38-52). Cambridge, MA: MIT Press.

- BROWN, V. M., ALLEN, A. C., DWOZAN, M., MERCER, I., & WARREN, K. (2004). Indoor gardening and older adults: Effects on socialization, activities of daily living and loneliness. *J Gerontol Nursing*, 30, 34-42.
- BUZ, J. & PÉREZ-ARECHAEDERRA, D. (2014). Psychometric properties and measurement invariance of the Spanish version of the 11-item de Jong Gierveld loneliness scale. *International Psychogeriatrics*, 26, 9, 1553-1564. doi: 10.1017/S1041610214000507
- BUZ, J. & PRIETO, G. (2013). Análisis de la Escala de Soledad de De Jong Gierveld mediante el modelo de Rasch. *Universitas Psychologica*, 12, 3, 971-981. doi: 10.11144/Javeriana.UPSY12-3.aesd
- BUZ, J., SÁNCHEZ, M., LEVENSON, M. R. & ALDWIN, C. M. (2014). Aging and social networks in Spain: the importance of pubs and churches. *International Journal of Aging and Human Development*, 78, 1, 23-46. doi: 10.2190/AG.78.1.c
- BUZ, J., UCHAGA, D. & POLO, M. E. (2014). Factor structure of the De Jong Gierveld loneliness scale in Spanish elderly adults. *Anales de Psicología*, 30, 2, 588-596. doi: 10.6018/analesps.30.2.148371
- CACIOPPO, J. T. & HAWKLEY, L. C. (2009). Perceived social isolation and cognition. *Trends in cognitive Sciences*, 13, 10, 447-454. doi: 10.1016/j.tics.2009.06.005
- CACIOPPO, J. T. & 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*.

- CACIOPPO, J. T., HAWKLEY, L. C., BERNSTON, G. G., ERNST, J. M., GIBBS, A. C., STICKGOLD, R. & HOBSON, J. A. (2002). Do lonely days invade the nights? Potential social modulation of sleep efficiency. *Psychological Science*, 13, 384-387.
- CACIOPPO, J. T., HAWKLEY, L. C. & THISTED, R. A. (2010). Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychology and Aging*, 25, 2, 453-63. doi: 10.1037/a0017216.
- CACIOPPO, J. T., HUGHES, M. E., WAITE, L. J., HAWKLEY, L. C. & 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. doi: 10.1037/0882-7974.21.1.140
- CARRASCOSA, L. L. & SANCHO, M. T. (2012). Formas de convivencia, relaciones personales y la experiencia de envejecer. En: IMSERSO (ed.). *Informe 2010: las personas mayores en España*, 223-264. Madrid: IMSERSO.
- CARSTENSEN, L. L. (1993). Motivation for social contact across the life span: a theory of socioemotional selectivity. En J.E. Jacobs (Ed.), *Developmental Perspectives on Motivation* (pp. 209-254). Lincoln: University of Nebraska.
- CARSTENSEN, L. L., FUNG, H. H. & CHARLES, S. T. (2003). Socioemotional Selectivity Theory and the regulation of emotion in the second half of life. *Motivation and Emotion*, 27, 2, 103-123.
- CARSTENSEN, L. L., ISAACOWITZ, D. M. & CHARLES, S. T. (1999). Taking time seriously. A theory of socioemotional selectivity.

American Psychologist, 54, 3, 165-181. doi: 10.1037/0003-066X.54.3.165

- CASTRO, M.P. (2010). Soledad y envejecimiento: Cómo evitar que este binomio se cumpla. En Hartu-Emanak, *La autonomía personal y la dependencia en el proceso de envejecimiento* (X Jornadas), pp. 33-45. Bilbao (ISBN: 978-84-613-8155-5)
- CASTRO, M.P. (2015). *El sentimiento de soledad en las personas mayores y su relación con la atribución causal y el afrontamiento*. (Tesis Doctoral no publicada). Universidad de Deusto.
- CATTAN, M., WHITE, M., BOND, J. & LEARMOUTH, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing & Society*, 25 (1), 41-67.
- CHIANG, K. J., CHU, H., CHANG, H. J., CHUNG, M. H., CHEN, C. H., CHIOU, H. Y. ET AL., (2010). The effects of reminiscence therapy on psychological wellbeing, depression and loneliness among the institutionalized aged. *Int J Geriatr Psychiatry*, 25:380-388.
- CHIPPS, J., JARVIS, M. A. & RAMLALL, S. (2017). The effectiveness of e-Interventions on reducing social isolation in older persons: A systematic review of systematic reviews. *J Telemed Telecare*, 23(10): 817-827. doi: 10.1177/1357633X17733773. Epub 2017 Sep 29.
- COHEN-MANSFIELD, J. & PARPURA-GILL, A. (2007). Loneliness in older persons: a theoretical model and empirical findings. *International Psychogeriatrics*, 19, 279-294.

- COHEN-MANSFIELD, J., SHMOTKIN, D. & GOLDBERG, S. (2009). Loneliness in old age: longitudinal changes and their determinants in an Israeli sample. *International Psychogeriatrics*, 21, 6, 1160-1170.
- COLL-PLANAS, L., DEL VALLE, G., BONILLA, P., MASAT, T., PUIG, T. & MONTESERIN, R. (2017). Promoting social capital to alleviate loneliness and improve health among older people in Spain. *Health and Social Care in the Community*, 25(1), 145-157.
- CORNWELL, E. Y. & WAITE, L. J. (2009). Measuring social isolation among older adults using multiple indicators from the NSHAP study. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 64B, S1, 38-46.
- COSTA-FONT, J., ELVIRA, D. & MIRÓ, O. M. (2009). Ageing in place? Exploring elderly people's housing preferences in Spain. *Urban Studies*, 46, 2, 295-316. doi: 10.1177/0042098008099356
- CRAMER, K. N., OFOSU, H. B. & BARRY, J. E. (2000). An abbreviated form of the social and emotional loneliness scale for adults (SELSA). *Personality and Individual Differences*, 28, 1125-1131.
- CUTRONA, C., RUSSELL, D., & ROSE, J. (1986). Social support and adaptation to stress by the elderly. *Journal of Psychology and Aging*, 1, 1, 47-54.
- DAHLBERG, L., ANDERSSON, L., MCKEE, K. J. & LENNARTSSON, C. (2015). Predictors of loneliness among older women and men in Sweden: A national longitudinal study. *Aging & Mental Health*, 19, 5, 409-417, doi: 10.1080/13607863.2014.944091

- DAHLBERG, L. & MCKEE, K. J. (2014). Correlates of social and emotional loneliness in older people: Evidence from a English community study. *Aging & Mental Health*, 18, 4, 504-514. doi: 10.1080/13607863.2013.856863
- DAVEY, J., NANA, G., DE Joux, V. & ARCUS, M. (2004). *Accommodation options for older people in Aotearoa/New Zealand*. Wellington, New Zealand: NZ Institute for Research on Ageing/ Business & Economic Research Ltd, for Centre for Housing Research Aotearoa/New Zealand
- 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. (1998). A review of loneliness: concepts and definitions, determinants and consequences. *Reviews in Clinical Gerontology*, 8, 73-80.
- DE JONG GIERVELD, J. (2003). Social networks and social well-being of older men and women living alone. En S. Arber, K. Davidson, & J. Ginn (Eds.) *Changing roles and relationships*, p. 95-110. Maidenhead: Open University Press.
- DE JONG GIERVELD, J. & KAMPHUIS, F. H. (1985). The development of a Rasch-type loneliness scale. *Appl Psychol Meas*, 9, 289-299.
- DE JONG GIERVELD, J., DYKSTRA, P. A., & SCHENK, N. (2012). Living arrangements, intergenerational support types and older adult loneliness in Eastern and Western Europe. *Demographic Research*, 27.
- DE JONG GIERVELD, J., & HAVENS, B. (2004). Cross-national comparisons of social isolation and loneliness: Introduction and overview. *Canadian Journal on Aging*, 23, 2, 109-13.

- DE JONG GIERVELD, J. & RAADSCHELDERS, J. (1982). Types of loneliness. En L. A. Peplau y D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*, (pp. 105-120). Nueva York: John Wiley and Sons.
- DE JONG GIERVELD, J. & 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
- DE JONG GIERVELD, J. & VAN TILBURG, T.G. (2010). The De Jong Gierveld short scales for emotional and social loneliness: tested on data from 7 countries in the UN generations and gender surveys. *European Journal of Ageing*, 7, 121-130. Doi: 10.1007/s10433-010-0144-6
- DELBARRIO, E., CASTEJÓN, P., SANCHO, M. T., TORTOSA, M.A., SUNDBSTRÖM, G. & MALMBERG, B. (2010). La soledad de las personas mayores en España y Suecia: Contexto y cultura. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 45, 4, 189-195.
- DICKENS, A. P., RICHARDS, S. H., GREAVES, C. J. & CAMPBELL, J. L. (2011). Interventions targeting social isolation in older people: A systematic review. *BMC Public Health*, 11, 1-22.
- DITOMMASO, E., BRANNEN, C. & BEST, L.A. (2004). Measurement and validity characteristics of the short version of the social and emotional loneliness scale for adults. *Educational and Psychological Measurement*, 64, 99–119.
- DONIO BELLEGARDE, M. (2017). *Soledad en mujeres mayores que viven solas*. Tesis doctoral: Universidad de Valencia

- DONIO-BELLEGARDE, M. & PINAZO-HERNANDIS (2014). *Mi casa, mi castillo: la libre elección de las mujeres mayores por vivir solas*. III Congreso de la Sociedad Valenciana de Geriatria y Gerontología.
- DONIO-BELLEGARDE, M. & PINAZO-HERNANDIS, S. (2015). *Revisión sistemática de instrumentos de medida de la soledad en personas mayores*. 57 Congreso de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Donosti, España.
- DONIO-BELLEGARDE, M., PINAZO-HERNANDIS, S. & NUÑEZ, T. (2014). La representación cinematográfica de la soledad en la vejez: Selección de films. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 185-192.
- DONIO-BELLEGARDE, M. & PINAZO-HERNANDIS, S. (2016). Apoyo y soledad en mujeres mayores. *Revista International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2 (1), 179-188.
- DURAK, M. & SENOL-DURAK, E. (2010). Psychometric qualities of the UCLA Loneliness Scale-version 3 as applied in a Turkish culture. *Educational Gerontology*, 36, 988–1007. doi: 10.1080/03601271003756628
- DUSSAULT, M., FERNET, C., AUSTIN, S., & LEROUX, M. (2009). Revisiting the factorial validity of the revised UCLA Loneliness Scale: a test of competing models in a sample of teachers. *Psychological Reports*, 105, 849-856.
- DYKSTRA, P.A. (1995). Loneliness among the never and formerly married: The importance of supportive friendships and a desire for independence. *Journal of Gerontology, Social Sciences*, 50B, S321–329.

- DYKSTRA, P.A. (2009). Older adult loneliness: Myths and realities. *European Journal of Ageing*, 6, 91-100. doi: 10.1007/s10433-009-0110-3
- DYKSTRA, P.A., VAN TILBURG, T. G. & DE JONG GIERVELD, J. (2005). Changes in older adult loneliness results from a seven-year longitudinal study. *Research on Aging*, 27, 6, 725-747. doi: 10.1177/0164027505279712
- DYKSTRA, P.A. & DE JONG GIERVELD, J. (2004). Gender and marital-history differences in emotional and social loneliness among Dutch older adults. *Canadian Journal of Aging*, 23, 2, 141-155. doi: 10.1353/cja.2004.0018
- DYKSTRA, P.A. & FOKKEMA, T. (2007). Social and emotional loneliness among divorced and married men and women: Comparing the deficit and cognitive perspectives. *Basic and Applied Social Psychology*, 29, 1, 1-12.
- EXPÓSITO, F. & MOYA, M. (1993). Validación de la UCLA Loneliness Scale en una muestra española. En: F. Loscertales y M. Marín (Eds.), *Dimensiones psicosociales de la educación y de la comunicación* (pp. 355-364). Sevilla: Eudema.
- EXPÓSITO, F. & MOYA, M. (1999). Soledad y apoyo social. *Revista de Psicología Social*, 14, 2-3, 297-316. doi: 10.1174/021347499760260000
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (2002). Social support and quality of life among older people in Spain. *Journal of Social Issues*, 58, 4, 645-659.

- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R., ZAMARRÓN, M. D. & RUÍZ, M. A. (2001). The contribution of socio-demographic and psychosocial factors to life satisfaction. *Ageing and Society*, 21, 25-43 doi: 10.1017/S0144686X01008078
- FERNÁNDEZ-CARRO, C. (2016). Ageing at home, co-residence or institutionalisation? Preferred care and residential arrangements of older adults in Spain. *Ageing & Society*, 36, 586-612. doi: 10.1017/S014400138X
- FERREIRA-ALVES, J., MAGALHÃES, P., VIOLA, L. & SIMÕES, R. (2014). Loneliness in middle and old age: Demographics, perceived health, and social satisfaction as predictors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 59, 613-623. doi: 10.1016/j.archger.2014.06.010
- FINDLAY, R.A. (2003), Interventions to reduce social isolation amongst older people: where is the evidence? *Ageing Society*, 23, 647-658.
- FIORI, K. L., SMITH, J. & ANTONUCCI, T. C. (2007). Social network types among older adults: A multidimensional approach. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 62B, 6, 322, 330.
- FOKKEMA, T. & KNIPSCHER, K. (2007). Escape loneliness by going digital: A quantitative and qualitative evaluation of a dutch experiment in using ECT to overcome loneliness among older adults. *Aging and Mental Health*, 11 (5): 496-504.
- FOKKEMA, T., DE JONG GIERVELD, J., & DYKSTRA, P. A. (2012). Cross-national differences in older adult loneliness. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 146, 1-2, 201-28. doi: 10.1080/00223980.2011.631612

- Fry, P. & DEBATS, D. L. (2002). Self-efficacy beliefs as predictors of loneliness and psychological distress in older adults. *The International Journal of Aging & Human Development*, 55, 3, 233-269. doi: 10.2190/KBVP-L2TE-2ERY-BH26
- GERST-EMERSON, K., & JAYAWARDHANA, J. (2015). Loneliness as a public health issue: The impact of loneliness on health care utilization among older adults. *American Journal of Public Health*, 105, 5, 1013-1019.
- GOW, A. J., PATTIE, A., WHITEMAN, M. C., WHALLEY, L. J., & DEARY, I. J. (2007). Social support and Successful Aging. *Journal of Individual Differences*, 28, 3, 103-115. doi: 10.1027/1614-0001.28.3.103
- GRAYBILL, E. M., McMEEKIN, P. & WILDMAN, J. (2014). Can aging in place be cost-effective? *A systematic review. PloS One*, 24(9), 7: e102705.
- GREAVES, C. J. & FARBUS, L. (2006). Effects of creative and social activity on the health and well-being of socially isolated older people: outcomes from a multi-method observational study. *J R Soc Promot Health*, 126 (3), 134-142.
- GREEN, L. R., RICHARDSON, D. S., LAGO, T. & SCHATTEN-JONES, E. C. (2001). Network correlates of social and emotional loneliness in young and older adults. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27, 281-288. doi: 10.1177/0146167201273002
- HACIHASANOGLU, R., YILDIRIM, A. & KARAKURT, P. (2012). Loneliness in elderly individuals, level of dependence in activities of daily living (ADL) and influential factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54, 61-66. doi: 10.1016/j.archger.2011.03.011

- HAGAN, R., MANKTELOW, R., TAYLOR, B. J. & MALLETT, J. (2014). Reducing loneliness amongst older people: a systematic search and narrative review. *Aging and Mental Health*, 18(6): 683-93. doi: 10.1080/13607863.2013.875122. Epub 2014 Jan 17.
- HAHN, E.A., CICHY, K.E., ALMEIDA, D.M. & HALEY, W.E. (2011). Time use and well-being in older widows: adaptation and resilience. *Journal of Women & Aging*, 23, 149-159. doi: 10.1080/08952841.2011.561139
- HANSEN, T. & SLAGSVOLD, B. (2015). Late-life loneliness in 11 European countries: Results from the Generations and Gender Survey. *Social Indicators Research*, 1-20. doi: 10.1007/s11205-015-1111-6
- HAUGE, S. & KIRKEVOLD, M. (2010). Older Norwegians' understanding of loneliness. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 5, 4654. doi: 10.3402/qhw.v5i1.4654
- HAWKLEY, L. C., HUGHES, M. E., WAITE, L. J., MASI, C. M., THISTED, R. A. & CACIOPPO, J. T. (2008). From social structural factors to perceptions of relationships quality and loneliness: the Chicago Health, Aging and Social Relations Study. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 63B, 6, S375-S384.
- HAWKLEY, L. C. & CACIOPPO, J. T. (2007). Aging and Loneliness. Downhill quickly? *Association for Psychological Science*, 16, 4, 187-191.
- HAWKLEY, L. C. & CACIOPPO, J. T. (2009). Loneliness. <http://psychology.uchicago.edu/people/faculty/cacioppo/jtcreprints/hc09.pdf>

- HAWKLEY, L. C., BROWNE, M. W. & CACIOPPO, J. T. (2005). How can I connect with thee? Let me count the ways. *Psychological Science*, 16, 798-804.
- HOLMÉN, K. & FURUKAWA, H. (2002). Loneliness, health and social network among elderly people – a follow-up study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 35, 216-274.
- HOLT-LUNSTAD, J., SMITH, T. B., BAKER, M., HARRIS, T. & STEPHENSON, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10, 2, 227-237. doi: 10.1177/1745691614568352
- 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. & 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. doi: 10.1017/S0033291711001772
- HOMBRADOS-MENDIETA, I., GARCÍA-MARTÍN, M. A. & GÓMEZ-JACINTO, L. (2013). The relationship between social support, loneliness, and subjective well-being in a Spanish sample from a multidimensional perspective. *Social Indicators Research*, 114, 1013-1034. doi: 10.1007/s11205-012-0187-5
- HUGHES, M. E., WAITE, L. J., HAWKLEY, L. C. & CACIOPPO, J. T. (2004). A short scale for measuring loneliness in large surveys: results from two population-based studies. *Research on Aging*, 26, 6, 655-672. doi: 10.1177/0164027504268574
- HUXHOLD, O., FIORI, K. & WINDSOR, T. D. (2013). The dynamic interplay of social network characteristics, subjective well-being, and

- health: The costs and benefits of socio-emotional selectivity. *Psychology and Aging*, 28, 1, 3-16. doi: 10.1037/a0030170
- IECOVICH, E., JACOBS, J. M. & STESSMAN, J. (2011). Loneliness, social networks, and mortality: 18 years of follow-up. *International Journal of Aging and Human Development*, 72, 3, 243-263
- IMSERSO (2005). *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar*. Madrid: IMSERSO.
- IMSERSO (2015). Informe 2014. *Las personas mayores en España*. Madrid: IMSERSO.
- IMSERSO (2016). *Las personas mayores en España*. Madrid: IMSERSO.
- INE. Instituto Nacional de Estadística (2016). Notas de Prensa: Encuesta Continua de Hogares. Año 2015 (en línea). <http://www.ine.es/prensa/np965.pdf>, acceso 17 de Abril de 2016.
- JONES, W. H., & HEBB, L. (2003). The experience of loneliness: Objective and subjective factors. *The International Scope Review*, 5, 9.
- JYLHÄ, M. (2004). Old age and loneliness: cross-sectional and longitudinal analyses in the Tampere longitudinal study on aging. *Canadian Journal on Aging*, 23, 2, 157-68.
- KAHN, R. L. & ANTONUCCI, T. C. (1980). Convoys over the life course: Attachment, roles, and social support. En P. B. Baltes y O. Brim (Eds.), *Lifespan development and behavior* (vol.3, pp. 253-286). Nueva York: Academic Press.
- KIME, N., CATTAN, M. & BAGNALL, A. M. (2012). The delivery and management of telephone befriending services. *Wneeds*

- are being met? *Quality in Ageing and Older Adults*, 13 (3), 231-240. <https://doi.org/10.1108/14717791211264278>
- KIROVA, A. (2003). Assessing children's experiences of loneliness through conversations. *Field Methods*, 15, 1, 3-24. doi: 10.1177/1525822X02239572
- KOC, Z. (2012). Determination of older people's level of loneliness. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 21, 3037-3046. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04277.x
- LASGAARD, M. (2007). Reliability and validity of the Danish version of the UCLA Loneliness Scale. *Personality and Individual Differences*, 42, 1359-1366.
- LONG, M. V. & MARTIN, P. (2000). Personality, relationship closeness, and loneliness of oldest old adults and their children. *Journal of Gerontology; Psychological Sciences*, 55B, 5, 311-319.
- LOPATA, H. Z. (1983). Loneliness: Forms and components. En R. S. Weiss (Ed.), *Loneliness: the experience of emotional and social isolation*, (pp. 102-115). Cambridge, MA: MIT Press.
- LOPATA, H. Z., HEINEMANN, G. D. & BAUM, J. (1982). Loneliness: Antecedents and coping strategies in the lives of widows. En L. A. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*, (pp. 310-326). Nueva York: John Wiley and Sons.
- LÓPEZ-DOBLAS, J. (2005). *Personas mayores viviendo solas: la autonomía como valor en alza*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Madrid: IMSERSO.

- LÓPEZ-DOBLAS, J. & DÍAZ-CONDE, M.P. (2013). La modernización social de la vejez en España. *Revista Internacional de Sociología* (RIS), 71, 1, 65-89. doi: 10.3989/ris.2011.04.26
- LÓPEZ-DOBLAS, J., DÍAZ-CONDE, M.P. & SÁNCHEZ-MARTÍNEZ, M. (2014). El rechazo de las mujeres mayores viudas a volverse a emparejar: cuestión de género y cambio social. *Política y Sociedad*, 51, 2, 507-532. doi: 10.5209/rev_POSO.2014.v51.n2.44936
- LOSADA, A., MÁRQUEZ-GONZÁLEZ, M., GARCÍA-ORTIZ, L., GÓMEZ-MARCOS, M.A., FERNÁNDEZ-FERNÁNDEZ, V. & RODRÍGUEZ-SÁNCHEZ, E. (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. doi: 10.1080/00223980.2011.582523
- LUANAIGH, C. O. & LAWLOR, B. A. (2008). Loneliness and the health of older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 1213-1221. doi: 10.1002/gps.2054
- LUO, Y., HAWKLEY, L. C., WAITE, L. J. & CACIOPPO, J. T. (2012). Loneliness, health, and mortality in old age: A national longitudinal study. *Social Science & Medicine*, 74, 6, 907-914. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.11.028
- MARHÁNKOVÁ, J. H. (2016). Women's attitudes toward forming new partnerships in widowhood: The search for "your own someone" and for freedom. *Journal of Women & Aging*, 28, 1, 34-45. doi: 10.1080/08952841.2014.950898

- MASI, C. M., CHEN, H. Y., HAWKLEY, L. C. & CACIOPPO, J. T. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Pers Soc Psychol Rev.*, 15(3): 219-66. doi: 10.1177/1088868310377394.
- MASLOW, A. (1955). *Towards a Psychology of being*. NJ: Wiley & Sons.
- MELÉNDEZ, J. C., TOMÁS, J. M. & NAVARRO, E. (2009). Análisis de la estructura y funciones de las redes sociales en la vejez mediante entrevista Manheim de apoyo social. *Revista Multidisciplinar Gerontología*, 19, 6-11.
- MIGUEL, J. A., SANCHO, M., ABELLÁN, A. & RODRÍGUEZ, V. (1998). *La atención formal e informal en España*. Madrid: IMSERSO.
- MONTORIO-CERRATO, I., MÁRQUEZ-GONZÁLEZ, M., LOSADA-BALTAR, A. & FERNÁNDEZ DE TROCÓNIZ, M. I. (2003). Barreras para el acceso a los servicios de intervención psicosocial por parte de las personas mayores. *Intervención Psicosocial*, 12, 3, 301-324.
- MUÑOZ-PÉREZ, M. A. & ZAPATER-TORRAS, F. (2006). Impacto del cuidado de los nietos en la salud percibida y el apoyo social de las abuelas. *Atención Primaria*, 37, 7, 374-380.
- NERI, A. L. (2014). *Palavras-chave em Gerontologia (4ª ed.)*. Campinas, Brasil: Alínea Editora.
- NERI, A. L. & VIEIRA, L. A. M. (2013). Envolvimento social e suporte social percebido na velhice. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16, 3, 419-432.
- NEWALL, N. E., CHIPPERFIELD, J. G. & BAILIS, D. S. (2014). Predicting stability and change in loneliness in later life. *Journal of Social and Personal Relationships*, 31, 3, 335-351. doi: 10.1177/0265407513494951

- NICOLAISEN, M. & THORSEN, K. (2014a). Who are lonely? Loneliness in different age groups (18-81 years old), using two measures of loneliness. *International Journal of Aging and Human Development*, 78, 3, 229-257. doi: 10.2190/AG.78.3.b
- NICOLAISEN, M. & THORSEN, K. (2014b). Loneliness among men and women: A five-year follow-up study. *Aging & Mental Health*, 18, 2, 194-206. doi: 10.1080/13607863.2013.821457
- OMS. Organización Mundial de la Salud (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf
- PARLAMENTO EUROPEO (2015). *Elderly women living alone: an update of their living conditions*. Bruselas.
- PAÚL, C., & RIBEIRO, O. (2009). Predicting loneliness in old people living in the community. *Reviews in Clinical Gerontology*, 19, 53-60. doi: 10.1017/S0959259809990074
- PEEK, SEBASTIAAN T. M., WOUTERS, E. J. M., VANHOOF, J. LUIJKX, K. G., BOEIJE, H. R. & VRIJHOEF, H. J. M. (2014). Factors influencing acceptance of technology for aging in place: A systematic review. *International Journal of Medical Informatics*, 83(4): 235-248
- PEERENBOOM, L., COLLARD, R. M., NAARDING, P. & COMIJS, H. C. (2015). The association between depression and emotional and social loneliness in older persons and the influence of social support, cognitive functioning and personality: A cross-sectional study. *Journal of Affective Disorders*, 182, 26-31. doi: 10.1016/j.jad.2015.04.033

- PENNING, M. J., LIU, G. & CHOU, P. H. B. (2014). Measuring loneliness among middle-aged and older adults: the UCLA and de Jong Gierveld Loneliness scales. *Social Indicators Research*, 118, 1147-1166. doi: 10.1007/s11205-013-0461-1
- PEPLAU, L.A. & PERLMAN, D. (1982). *Loneliness: a sourcebook of current theory, research and therapy*. Nueva York: John Wiley and Sons.
- PEPLAU, L.A., BIKSON, T.K., ROOK, K. S. & GOODCHILDS, J. D. (1982). Being old and living alone. En L.A. Peplau y D. Perlman (Eds.), *Loneliness: a sourcebook of current theory, research and therapy*, (pp. 327-348). Nueva York: John Wiley and Sons.
- PEPLAU, L.A., MICELI, M. & MORASCH, B. (1982). Loneliness and self-evaluation. En L.A. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*, (pp. 135-151). Nueva York: John Wiley and Sons.
- PERLMAN, D. (2004). European and Canadian studies of loneliness among seniors. *Canadian Journal on Aging*, 23, 2, 181-188.
- PINAZO-HERNANDIS, S. (2007). Relaciones sociales. En C. Triadó & F. Villar (Eds.), *Psicología de la vejez*, (pp. 253-285). Madrid: Alianza Editorial.
- PINAZO-HERNANDIS, S. (2014). Tecnologías emergentes no cuidado do idoso. *Conferencia en XIX Congresso Brasileiro de Geriatria y Gerontologia*. Belem, Brasil.
- PINAZO-HERNANDIS, S. (2015). Avances en Gerontología. Desafíos ante una sociedad que envejece. *Conferencia en V Congreso Internacional de Gerontología*. San Jose, Costa Rica.

- PINAZO-HERNANDIS, S. & POVEDA, R. (2015). Innovación para el envejecimiento activo en la Unión Europea. Análisis del programa Ambient Assisted Living Joint Programme (AAL) en el periodo 2008-2015. *Búsqueda*, 2 (15), 38-50.
- PINAZO-HERNANDIS, S., SANCHO, P., DONIO-BELLEGARDE, M. & TOMÁS, J. M. (2018, en prensa). Validation of the UCLA Loneliness Scale (versión 3) in Spanish older population: An application of Exploratory Structural Equation Modeling (ESM). *Psychological Reports*.
- PINQUART, M. (2003). Loneliness in married, widowed, divorced, and never-married older adults. *Journal of Social and Personal Relationships*, 20, 1, 31-53. doi: 10.1177/02654075030201002
- PINQUART, M. & SÖRENSEN, S. (2001). Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis. *Basic and Applied Social Psychology*, 23, 4, 245-266.
- PINQUART, M. & SÖRENSEN, S. (2003). Risk factors for loneliness in adulthood and old age: A meta-analysis. *Advances in Psychology Research*, 19, 111-143.
- PINTO, J. M. & NERI, A. L. (2013). Factors associated with low life satisfaction in community-dwelling elderly: FIBRA Study. *Cadernos de Saúde Pública*, 29, 12, 2447-2458. doi: 10.1590/0102-311X00173212
- PITKALA, K. H., ROUTASALO, P., KAUTIAINEN, H. & TILVIS, R. S. (2009). Effects of psychosocial group rehabilitation on health, use of health care services, and morality of older persons suffering from loneliness: a randomized, controlled trial. *J. Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci.*, 64, 792-800.

- POSCIA, A., STOJANOVIC, J., LAMILIA, D. I., DUPLAGA, M., GRISZTAR, M., MOSCATO, U., ONDER, G., COLLAMATI, A., RICCIARDI, W. & MAGNAVITA, N. (2018). Interventions targeting loneliness and social isolation among the older people: An update systematic review. *Experimental Gerontology*, 102, 133-144.
- RICO-URIBE, L. A., CABALLERO, F. F., OLAYA, B., TOBIASZ-ADAMCZYK, B., KOSHINEN, S., LEONARDI, M. ET AL., (2016). Loneliness, social networks, and health: A cross-sectional study in three countries. *PLoS ONE*, 11, 1, e0145264. doi: 10.1371/journal.pone.0145264
- RODRÍGUEZ, P. (2005). El apoyo informal a las personas mayores en España y la protección social a la dependencia. Del familismo a los derechos de ciudadanía. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 40, 2, 5-15. doi: 10.1016/S0211-139X(05)75068-X
- RODRÍGUEZ P., RAMOS C, GARCÍA A, DABGAGH V, MIRETE C & CASTEJÓN P (2017): *La atención en domicilios y comunidad a personas con discapacidad y personas mayores. Guía de innovación según el modelo AICP*. Guía nº 2. Madrid: Fundación Pilares para la Autonomía Personal.
- ROGERO-GARCÍA, J. (2009). La distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Revista Española de Salud Pública*, 83, 3, 393-405.
- ROGERO-GARCÍA, J., PRIETO-FLORES, M. E. & ROSENBERG, M. W. (2008). Health services use by older people with disabilities in Spain:

- Do formal and informal care matter?. *Ageing & Society*, 28, 959-978. doi: 10.1017/S0144686X08007381
- ROLLS, L., SEYMOUR, J. E., FROGGATT, K. A. & HANRATTY, B. (2010). Older people living alone at the end of life in the UK: Research and policy challenges. *Palliative Medicine*, 25, 6, 650-657. doi: 10.1177/0269216310373165
- ROUTASALO, P. E., SAVIKKO, N., TILVIS, R. S., STRANDBERG, T. E. & PITKÄLÄ, K. H. (2006). Social contacts and their relationship to loneliness among aged people. *A population-based study. Gerontology*, 52, 3, 181–187.
- ROUTASALO, P. & PITKALA, K. H. (2003). Loneliness among older people. *Reviews in Clinical Gerontology*, 13, 303-311.
- ROWLES, G. D. & BERNARD, M. (2013). *Environmental Gerontology: Making Meaningful Places in Old Age*. New York: Springer Publishing Company.
- RUSSELL, D., PEPLAU, L. A. & CUTRONA, C. E. (1980). The Revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 3, 472-780.
- RUSSELL, D., PEPLAU, L. A. & FERGUSON, M. L. (1978). Developing a measure of loneliness. *Journal of Personality Assessment*, 42, 3, 290-294.
- RUSSELL, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66, 1, 20-40.

- RUSSELL, D. W. & CUTRONA, C. E. (1991). Social support, stress, and depressive symptoms among the elderly: test of a process model. *Psychology and Aging*, 6, 2, 190-201.
- SÁNCHEZ-VERA, P., ALGADO-FERRER, M. T., CENTELLES-BOLOS, F., LÓPEZ-DOBLAS, J. & JIMÉNEZ-ROGER, B. (2009). *Viudedadyvejez. Estrategias de adaptación a la viudedad de las personas mayores en España*. Valencia: Nau Llibres.
- SÁNCHEZ-GONZÁLEZ, D. & RODRÍGUEZ-RODRÍGUEZ, V. (2016). *Environmental Gerontology in Europe and Latin America. Policies and perspectives on environment and aging*. New York: Springer Publishing Company.
- 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, M. M., DE JONG GIERVELD, J. & BUZ, J. (2012). Loneliness and the exchange of social support among older adults in Spain and the Netherlands. *Ageing and Society*, 1-25. doi: 10.1017/S0144686X12000839
- SAVIKKO, N., ROUTASALO, P., TILVIS, R. S., STRANDBERG, T. E. & PITKÄLÄ, K. H. (2005). Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41, 223-233. doi: 10.1016/j.archger.2005.03.002
- SCHEIBE, S. & CARSTENSEN, L. L. (2010). Emotional aging: Recent findings and future trends. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 65B, 135-144.

- SCHNITTKER, J. (2007). Look (closely) at all the lonely people age and the Social Psychology of social support. *Journal of Aging and Health*, 19, 4, 659-682.
- SANTOS-OLMO, A. (2016). *Personas mayores en riesgo de aislamiento social: diseño y efectividad de un servicio de apoyo psicológico*. Tesis doctoral: Universidad Complutense de Madrid.
- SERRANO, J. P., LATORRE, J. M. & GATZ, M. (2014). Spain: Promoting the welfare of older adults in the context of population aging. *The Gerontologist*, 54, 5, 733-740. doi: 10.1093/geront/gnu010
- SHAPIRA, N., BARAK, A. & GAL, I. (2007). Promoting older adults' well-being through Internet training and use. *Aging & Mental Health*, 11 (5), 477-484.
- SHAVER, P. R. & BRENNAN, K. A. (1991). Measures of Depression and Loneliness. En: Robinson; J.P.; Shaver, P.R. & Wrightsman, L.S. (eds.). *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes Series*. Academic Press: San Diego, California: 195-289.
- SHEVLIN, M., MURPHY, S. & MURPHY, J. (2015). The latent structure of loneliness testing competing factor models of the UCLA Loneliness Scale in a large adolescent sample. *Assessment*, 22, 208–215. doi:10.1177/1073191114542596
- SHIOVITZ-EZRA, S. & AYALON, L. (2010). Situational versus chronic loneliness as risk factors for all-cause mortality. *International Psychogeriatrics*, 22, 3, 455-462. doi: 10.1017/S1041610209991426

- SHIOVITZ-EZRA, S. & AYALON, L. (2012). Use of direct versus indirect approaches to measure loneliness in later life. *Research on Aging*, 34, 5, 572-591. doi: 10.1177/0164027511423258
- SOLÉ-AURÓ, A. & CRIMMINS, E. M. (2014). Who cares? A comparison of informal and formal care provision in Spain, England and the USA. *Ageing & Society*, 34, 3, 495-517. doi: 10.1017/S0144686X12001134
- STEED, L., BOLDY, D., GRENADE, L. & IREDELL, H. (2007). The demographics of loneliness among older people in Perth, Western Australia. *Australasian Journal on Ageing*, 26, 2, 81-86.
- STEPHENS, C., ALPASS, F., TOWERS, A. & STEVENSON, B. (2011). The effects of types of social networks, perceived social support, and loneliness on the health of older people: *Accounting for the social context*. *Journal of Aging and Health*, 23, 6, 887–911. doi: 10.1177/0898264311400189
- STEPTOE, A., SHANKAR, A., DEMAKAKOS, P. & WARDLE, J. (2013). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *PNAS*, 110, 15, 5797-5801. doi: 10.1073/pnas.1219686110
- STEVENS, N. L. (2001). Combatting loneliness: A friendship enrichment programme for older women. *Ageing & Society*, 21 (2), 183-202.
- STEVENS, N. L., MARTINA, C. M. S. & WESTERHOF, G. J. (2006). Meeting the need to belong: Predicting effects of a friendship enrichment program for older women. *The Gerontologist*, 46, 495-502. doi: 10.1093/geront/46.4.495

- STOJANOVIC, J., COLLAMATI, A., LAMILIA, D. I., BORGHINI, A., DUPLAGA, M., RODZINKA, M., RICCIARDI, W., MAGNAVITA, N., MOSCATO, U. & POSCIA, A. (2016). Targeting loneliness and social isolation among the elderly: An update Systematic Review. *European Journal of Public Health*, 26 (suppl.1), 10.
- SUNDSTRÖM, G., FRANSSON, E., MALMBERG, B. & DAVEY, A. (2009). Loneliness among older Europeans. *European Journal of Aging*, 6, 267-275. doi: 10.1007/s10433-009-0134-8.
- TIKKAINEN, P. & HEIKKINEN, R. (2005). Associations between loneliness, depressive symptoms and perceived togetherness in older people. *Aging and Mental Health*, 9, 6, 526-534. doi: 10.1080/13607860500193138
- TOBÍO, C. (2010). Demographic Change, Intergenerational Solidarity, and Social Policy. *Journal of Intergenerational Relationships*, 8, 4, 431-433, doi: 10.1080/15350770.2010.521098
- TOMÁS, J. M., MONTORO, J., PINAZO-HERNANDIS, S., OLIVER, A. & DONIO-BELLEGARDE, M. (2018, en prensa). Loneliness and social support: differential predictive power on depression and satisfaction in the old age. *Aging and Mental Health*.
- TOMÁS, J. M., PINAZO-HERNANDIS, S., DONIO-BELLEGARDE, M. & HONTANGAS, P. (2017). Validity of the de Jong Gierveld Loneliness Scale in Spanish older population: Competitive structural models and item response theory. *European Journal of Ageing, march*, 1-9. doi:10.1007/s10433-017-0417-4
- TOMÁS, J. M., SANCHO, P., GUTIÉRREZ, M. & GALIANA, L. (2014). Predicting life satisfaction in the oldest-old: A moderator

- effects study. *Social Indicators Research*, 117, 601–613. doi: 10.1007/s11205-013-0357-0
- TOMAS, J. M., GALIANA, L., OLIVER, A., SANCHO, P. & PINAZO-HERNANDIS, S. (2016). Validación de la Escala de satisfacción temporal con la vida en mayores españoles: una aplicación del modelo bifactorial. *Psicología conductual*, 24 (3), 555-567.
- TSAI, H. H., TSAI, Y. F., WANG, H. H., CHANG, Y. C. & CHU, H. H. (2010). Videoconference program enhances social support, loneliness and depressive status of elderly nursing home residents. *Aging & Mental Health*, 14:947-954.
- TSE, M. M. Y., LO, A. P., CHENG, T. L., CHAN, E. K. & CHUNG, H. S. (2010). Humor therapy: Relieving chronic pain and enhancing happiness for older adults. *J Aging Research*. doi: 10.4061/2010/343574
- TSE, M. M. Y., TANG, S. X., WAN, V. T & WONG, S. K. (2014). The effectiveness of physical exercise training in pain, mobility, and psychological well-being of older persons living in nursing homes. *Pain Manag Nurs*, 15, 778-788.
- VAN TILBURG, T., HAVENS, B. & 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. & 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.semerng.2015.05.017>

- VICTOR, C. D., SCAMBLER, S. J., BOWLING, A. & BOND, J. (2005). The prevalence of and risk factors for loneliness in later life: a survey of older people in Great Britain. *Ageing & Society*, 25, 357-375.
- VICTOR, C., GRENADE, L. & BOLDY, D. (2005). Measuring loneliness in later life: a comparison of differing measures. *Reviews in Clinical Gerontology*, 15, 1, 63-70. doi: 10.1017/S0959259805001723
- VICTOR, C., SCAMBLER, S., BOND, J. & BOWLING, A. (2000). Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone. *Reviews in Clinical Gerontology*, 10, 407-417.
- VICTOR, C., SCAMBLER, S., BOND, J. & BOWLING, A. (2002). Loneliness in later life: preliminary findings from the Growing Older project. *Quality in Aging*, 3, 34-41.
- VINCENZI, H. & GRABOSKY, F. (1987). Measuring the Emotional/Social Aspects of Loneliness and Isolation. *Journal of Social Behavior and Personality*, 2, 2, 257-270.
- VRBANAC, Z., ZECEVIC, I., LJUBIC, M., BELIC, M., STANIN, D., BOTTEGARO, N. B. ET AL., (2013). Animal assisted therapy and perception of loneliness in geriatric nursing home residents. *Coll Antropol*, 37, 973-976.
- WATSON, D., CLARK, L. A. & TELLEGEN, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *J Pers Soc Psychol*, 54 (6), 1063-1070.
- WEISS, R. S. (1983). *Loneliness: the experience of emotional and social isolation*. Cambridge, MA: MIT Press.

- WILES, J. L., LEIBING, A., GUBERMAN, N., REEVE, J. & ALLEN, R. (2011). The Meaning of "Aging in Place" to Older People. *The Gerontologist*, 52 (3), 357-366.
- WINNINGHAM, R. G. & PIKE, N. L. (2007). A cognitive intervention to enhance institutionalized older adults' social support networks and decrease loneliness. *Aging Mental Health*, 11, 716-721.
- YANG, K. & VICTOR, C. (2011). Age and loneliness in 25 European nations. *Ageing and Society*, 31, 1368-1388. doi: 10.1017/S0144686X1000139X
- YANGUAS, J., PINAZO-HERNANDIS, S. & TARAZONA, F. (2018, en prensa). The complexity of loneliness. *Acta Biomedica*.
- YÁRNOZ, S. (2008). Adaptación al castellano de la escala para la evaluación de la soledad social y emocional en adultos SES-LA-S. *International Journal of Psychology and Psychology Therapy*, 8, 103-116.
- YOUNG, J. E. (1982). Loneliness, depression and cognitive therapy: Theory and application. En L. A. Peplau y D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*, (pp. 379-406). Nueva York: John Wiley and Sons.
- ZEBHAUSER, A., BAUMERT, J., EMENY, R. T., RONEL, J., PETERS, A. & LADWIG, K. H. (2014). What prevents old people living alone from feeling lonely? Findings from the KORA-Age-study. *Aging & Mental Health*. doi: 10.1080/13607863.2014.977769
- ZEBHAUSER, A., HOFMANN-XU, L., BAUMERT, J., HÄFNER, S., LACRUZ, M. E., EMENY, R. T., DÖRING, A., GRILL, E., HUBER, D., PETERS, A. & LADWIG, K. H. (2014). How much does it hurt to be lo-

nely? Mental and physical differences between older men and women in the KORA-Age Study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29, 245-252. doi: 10.1002/gps.3998

ZHANG, Z. & HAYWARD, M. D. (2001). Childlessness and the psychological well-being of older parents. *Journal of Gerontology, Social Sciences*, 56B, S311–320.



Estudios de la Fundación Pilares para la autonomía personal. N.º 5, 2018
LA SOLEDAD DE LAS PERSONAS MAYORES.
Conceptualización, valoración e intervención.

pilares@fundacionpilares.org | www.fundacionpilares.org
ISBN: 978-84-09-02639-5 | Depósito Legal: M-18809-2018