EL RETO DE LA SOLEDAD EN LAS PERSONAS MAYORES

Fundación "la Caixa"

EL RETO DE LA SOLEDAD EN LAS PERSONAS MAYORES

EDICIÓN:
Fundación Bancaria "la Caixa"

AUTORÍA:
Dr. Javier Yanguas (director)
Dra. Mercè Pérez-Salanova
Dra. María Dolores Puga
Dr. Francisco Tarazona
Dr. Andrés Losada Baltar
Dra. María Márquez González
María D. S. Pedroso Chaparro
Dra. Sacramento Pinazo

DISEÑO GRÁFICO:
Tramatica SL

CORRECCIÓN:
Caplletra SL

IMPRESIÓN:
Pressing Impressió Digital SA

-

© de los textos, sus autores
© de la edición, Fundación Bancaria "la Caixa", 2020
Pl. de Weyler, 3 - 07001
DL: B-12772-2020

Presentación

La soledad es uno de los retos sociales y sanitarios de importancia creciente a los que se enfrentan las sociedades occidentales en este siglo XXI. El aumento de la esperanza de vida, las nuevas formas de convivencia, una organización distinta del uso del tiempo y los cambios en los modelos de familia y de sociedad nos ofrecen una realidad cada vez más compleja, de la cual emergen nuevos retos, entre ellos la soledad.

El Programa de Personas Mayores de la Fundación "la Caixa", con más de cien años de historia, tiene como objetivo estratégico abordar los nuevos desafíos que se presentan en la vejez para contribuir a generar reflexión, conocimiento y programas de intervención que hagan frente a esos retos.

De esa voluntad nació, en el año 2013, el programa «Siempre acompañados», a fin de plantear un modelo innovador para intervenir en las situaciones de soledad en las personas mayores, entendiendo que esta realidad compleja y cambiante exige rigor en la intervención. Por ello, desde el primer momento se incorporaron el conocimiento y la evidencia científica como motores en el planteamiento de las actuaciones del programa.

La publicación que tiene en sus manos consta de dos volúmenes. El primero de ellos, *El reto de la soledad en las personas mayores*, pretende ser una aportación para avanzar en el conocimiento de la soledad en dicho colectivo, recogiendo distintas miradas sobre el tema en el ámbito académico (desde la salud, la demografía, la gerontología…). El segundo, *Manual del programa «Siempre acompañados»*, propone una metodología de intervención evaluada y sustentada por dicho conocimiento.

Queremos agradecer a todos los autores su predisposición y cooperación en la elaboración de este manual, que nos ayuda a comprender, aprender y mejorar la intervención que realizamos, así como la colaboración de Cruz Roja en Cataluña, por acompañarnos en todo el proceso de creación e implementación del programa «Siempre acompañados» a lo largo de este periodo.

Sirvan también estas palabras de reconocimiento y agradecimiento a la figura de Marco Marchioni, que nos acompañó con cariño en este proceso, aportando su conocimiento y contribuyendo así a asentar las bases metodológicas del programa «Siempre acompañados».

ÍNDICE

Filiaciones 8

Prólogo 10

Capítulo 1: La importancia de las relaciones sociales en el envejecimiento

1. Introducción al funcionamiento social en la vejez 23

2. Un primer acercamiento al apoyo social 26

3. Diferencia entre red social y apoyo social 29

4. Las conexiones sociales, el apoyo y su relación con la salud 31

5. Beneficios del apoyo social en la salud 35

6. Cuándo y por qué es beneficioso el apoyo social 37

7. Apoyo social y género 40

8. Conclusiones 42

Capítulo 2: Demografía de la soledad

1. Introducción 44

2. Las personas que viven solas 45

3. Las personas que están solas 50

4. Las personas que se sienten solas 52

5. Demografía de la soledad: una cuestión de tiempo(s) 56

6. ¿Cien años de soledad? 60

7. Consideraciones finales 63

Capítulo 3: Aproximación conceptual a la soledad

1. Introducción 66

2. De la soledad 66

2.1. La soledad como concepto 68

2.2. La soledad como experiencia 71

2.3. Soledad y variables relacionadas 73

3. La soledad en cifras 78

4. Soledad y género 82

5. Conclusiones 85

Capítulo 4: ¿Qué sienten los que padecen soledad? La experiencia de la soledad

1. La experiencia de la soledad 87

2. Soledad y fragilidad 90

2.1. Definición de fragilidad 90

2.2. ¿Qué expresan las personas frágiles respecto a su soledad? 93

2.3. ¿Qué dicen las personas mayores con fragilidad sobre la soledad? 94

2.3.1. La experiencia personal de la fragilidad: la vulnerabilidad 94

2.3.2. La importancia de las relaciones sociales y el rol de las pérdidas 95

2.3.3. La pérdida del sentido 96

2.4. Una última observación 97

3. Soledad y demencia 97

3.1. Introducción 97

3.2. La mirada de la persona con demencia sobre la soledad 100

3.2.1. Afrontar los cambios que suceden en la vida cotidiana 100

3.3. Soledad y cambios en las relaciones sociales 102

3.4. Mantener una vida con significado 105

4. Soledad existencial 106

4.1. La soledad existencial y una vida con significado 106

4.2. La soledad existencial en la dependencia y en el final de vida 109

5. Conclusiones 110

Capítulo 5: Soledad y salud

1. Influencia de la soledad en la salud 112

2. Mecanismos biológicos que relacionan soledad y estado de salud 117

3. Relación entre la soledad y los factores de riesgo tradicionales 123

4. Soledad, fragilidad física y fragilidad social 126

5. Soledad y salud. ¿Recuperamos el ámbito comunitario de la práctica de la medicina? 131

Capítulo 6: Soledad y cuidado informal

1. Introducción. El cuidado familiar de personas dependientes 137

2. Cuidar de familiares dependientes: una situación difícil de afrontar, estresante y crónica 138

3. ¿Se asocia el cuidado con soledad? 139

4. ¿Perjudica la soledad a los cuidadores y al cuidado? 143

5. ¿Qué factores provocan soledad en el cuidado? Modelo explicativo 144

5.1. Circunstancias previas al proceso del cuidado 147

5.2. La causa del problema de la dependencia 149

5.3. Actitud de la persona cuidadora y de la familia ante el proceso general de la enfermedad y del cuidado 149

5.4. Conducta y afrontamiento de la persona cuidadora, de la persona cuidada, de la familia y del entorno social, sanitario y comunitario 150

5.5. Valoración del cuidado 154

5.6. Consecuencias del cuidado 154

6. Recursos y soledad en el cuidado 155

7. Aportaciones para la intervención en el proceso de soledad en el cuidado 156

8. Conclusiones 158

Capítulo 7: Intervenciones en soledad

1. ¿Qué significa intervenir? 161

2. ¿Sobre qué factores intervenir?.....162

3. Tipos de intervenciones 164

3.1. Intervenciones individuales.....169

3.2. Intervenciones grupales 170

3.3. Intervenciones basadas en las nuevas tecnologías.....171

3.4. Intervenciones centradas en la mejora del capital social y la participación social 172

3.5. Intervenciones realizadas en centros residenciales para personas mayores 172

4. Las intervenciones más eficaces 174

4.1. Revisiones y metaanálisis de intervenciones dirigidas a reducir la soledad y el aislamiento social de personas mayores que viven en un contexto comunitario.....175

4.2. Revisiones y metaanálisis de intervenciones dirigidas a reducir la soledad y el aislamiento social de personas mayores que viven en un contexto institucional.....182

4.3. Revisiones de intervenciones dirigidas a reducir la soledad y el aislamiento social de las personas mayores a través de las TIC.....183

5. Conclusiones.....184

Glosario terminológico **190**

Bibliografía **202**

Filiaciones

Andrés Losada es doctor en Psicología por la Universidad Autónoma de Madrid, y catedrático de Psicología Clínica en la Universidad Rey Juan Carlos. Dirige el grupo de investigación Cuidemos, de carácter interdisciplinario e internacional. Su principal área de interés es la evaluación de variables asociadas al estrés, incluyendo la soledad, así como el desarrollo de intervenciones psicológicas para personas con alto sufrimiento psicológico. Docente en distintas universidades españolas y extranjeras, es experto internacional y ha publicado múltiples artículos en revistas internacionales.

María Márquez González es doctora en Psicología y profesora titular en la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid. Es miembro del equipo de investigación Cuidemos, centrado en el análisis de las variables psicológicas en el envejecimiento y en el desarrollo de intervenciones psicológicas en el contexto del cuidado familiar de personas mayores con demencia. Docente en distintas universidades españolas, europeas y norteamericanas, su extensa trayectoria la ha llevado a publicar distintos trabajos en prestigiosas revistas.

María del Sequeros Pedroso Chaparro es doctoranda en Psicología en la Universidad Rey Juan Carlos y miembro del equipo de investigación Cuidemos. Su principal área de interés es la evaluación de las variables que contribuyen al malestar psicológico en la vejez, como por ejemplo los sentimientos de culpa o soledad, así como el desarrollo de intervenciones enfocadas a su reducción.

Sacramento Pinazo es doctora en Psicología y licenciada en Pedagogía, profesora del Departamento de Psicología Social de la Universidad de Valencia, y presidenta de la Sociedad Valenciana de Geriatría y Gerontología desde 2016. Ha sido vicepresidenta de Gerontología de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (2016-2019). Ha sido directora del Máster en Atención Sociosanitaria a la Dependencia hasta 2017. Participa en diversos proyectos I+D+i y ha dirigido tesis doctorales en temas de participación, generatividad, bienestar psicosocial en el envejecimiento y soledad en personas mayores.

Dolores Puga es doctora en Geografía y demógrafa. Forma parte del Grupo de Investigación sobre Envejecimiento del CSIC, del cual es científica titular. Sus líneas de investigación se centran en el envejecimiento demográfico y en las condiciones de vida y de salud en la vejez. Ha dirigido y participado en numerosos proyectos de investigación sobre estas temáticas, tanto nacionales como internacionales. Su investigación ha sido galardonada con varios premios, y es docente habitual en distintas universidades nacionales e internacionales.

Francisco José Tarazona Santabalbina es doctor en Medicina, especialista en Geriatría, en el Hospital Universitario de La Ribera. Es profesor contratado doctor en la Universidad Católica de Valencia, y expresidente de la Sociedad Valenciana de Geriatría y Gerontología. En la actualidad, es vocal clínico de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, vicepresidente de la Sociedad Española de Fracturas Osteoporóticas y miembro del Executive Board de la European Union Geriatric Medicine Society. Asimismo, es autor de 41 publicaciones en revistas indexadas sobre ortogeriatría, oncogeriatría, fragilidad, condiciones sociales y modelos de atención clínica.

Javier Yanguas es doctor en Psicología por la Universidad Autónoma de Madrid. Ha sido director de I+D de la Fundación Matia y director del Instituto Gerontológico Matia (1998-2017), y presidente de la Sección de Ciencias Sociales y del Comportamiento de la International Association of Gerontology and Geriatrics for the European Region (IAGG-ER) (2015-2019). Docente en distintas universidades, ha participado en proyectos de investigación internacionales, por los que ha recibido varios galardones. Es autor de numerosos artículos y distintos libros relativos a atención e intervención con personas mayores. En la actualidad, es director científico del Programa de Mayores de la Fundación "la Caixa".

Prólogo

Dra. Mercè Pérez-Salanova

«Por favor, cierra los ojos.

»Vives en un apartamento. Estás sola. Por lo que se refiere a tus sentimientos, estás completamente sola. No tienes a nadie a quien llamar, a nadie con quien hablar. Nadie comparte tu vida, nadie en absoluto. Así es como están las cosas, y así es como van a seguir. Si salieras, seguirías estando sola.

»Por favor, toma nota mental de cómo te sientes.

»Ahora abre los ojos y anota cuáles son tus sentimientos.»

EJERCICIO DE **INDUCCIÓN A LA SOLEDAD**
DEL PROFESOR ROBERT WEISS

Acercarnos a la soledad de las personas mayores nos exige pensar en el envejecimiento en esta segunda década del siglo XXI, cuando la soledad aparece con cierta frecuencia en la escena pública.

Si existe algo intrínseco al ser humano y universal, es la soledad. Todos, independientemente de nuestra edad, género o posición social, podemos sentirnos solos, probablemente nos hemos sentido solos, y nos sentiremos solos.

Preguntarnos por la soledad de las personas mayores o interrogarnos sobre el aislamiento social que algunas de ellas padecen nos conduce rápidamente a pensar en las relaciones y la comunicación, en las emociones y los afectos. Se trata de aspectos todos ellos inherentes al ser humano, lo que podría hacernos creer que son características o componentes naturales, y por ello apenas alterables.

Ciertamente, la soledad forma parte de la historia de la humanidad, pero como fenómeno social su configuración varía según el contexto en el que se produce, que contribuye a moldear su sentido.

Las relaciones entre las personas, lo que sentimos, aquello que nos satisface, nos preocupa o nos duele en nuestra relación con los demás, no es ajeno al contexto donde vivimos. Se fundamenta y arraiga en ideas y valores que trazan las referencias para cada época. El individualismo o la independencia tienen esa función en los tiempos actuales, vertebrando aspiraciones y modos de hacer que cada sujeto desarrolla en unas condiciones sociales y económicas determinadas. Al igual que la felicidad como mandato o la inseguridad derivada de las incertidumbres y de la precarización en espacios variados de la cotidianidad, la soledad también impacta en la forma en que las personas se plantean sus vidas. Resultaría imposible comprender un abordaje de la soledad sin considerar su contexto y su época. A la vez, solo podemos entenderla y captar sus matices cuando consideramos lo singular de cada cual, su forma de ser, sus maneras de proceder y sus recursos, tanto en el presente como en su biografía, en su construcción como sujeto.

A menudo, la soledad en su aspecto público se nos presenta asociada al aislamiento social, como si se tratara del mismo fenómeno. Sin embargo, la investigación nos indica que no es así. La soledad que duele y el aislamiento que se sufre, si bien comparten características, no son ni experiencias ni fenómenos idénticos. Ambos merecen nuestra atención y reconocer su especificidad, así como nuestra implicación como ciudadanos.

En enero de 2018, según el Instituto Nacional de Estadística (*Encuesta continua de hogares*), vivían solas en España casi 5 millones de personas, una de cada diez. De ellas, una de cada dos tenía 65 o más años, y una de cada tres era mujer.

Es frecuente oír o ver citada esta cifra acompañada de una explicación que presenta esta mayor longevidad en términos de catástrofe demográfica. Hay que decir alto y claro que vivir solo no es sinónimo de sentirse solo, y que más años de vida suponen una expresión de progreso compartido.

La soledad no deseada, se trate de soledad emocional o de soledad social, no es una cuestión exclusiva de la vejez. También se experimenta a lo largo de la vida, aunque lo hace con intensidades distintas, como se pone de manifiesto en este volumen y en los resultados de la encuesta realizada en el marco del programa «Siempre acompañados». En la vejez, y especialmente en la vejez avanzada, acontecen cambios cuyo impacto en las personas puede resultar detonante de sentimientos de soledad: cambios en los roles sociales, en la movilidad o en otros aspectos de la capacidad funcional, en las relaciones o en las condiciones de vida. Cuando nos acercamos a las experiencias de soledad en su cotidianidad, podemos advertir la presencia de cambios más allá de las pérdidas. Algunas pérdidas presentan características tangibles que facilitan su descripción, aunque en ocasiones la persona no entre en detalle o ni tan solo las mencione. Otras pérdidas revisten fundamentalmente un carácter simbólico, y por ello resultan menos accesibles o intangibles, y más complejas de ser explicadas. Toda pérdida reclama una tarea adaptativa que constituye el trabajo de duelo. Si bien comúnmente la idea de duelo evoca la muerte de una persona, el trabajo de duelo no se restringe a dicha condición. Esta tarea adaptativa requiere la movilización de capacidades personales y aprendizajes, de recursos subjetivos y de recursos del entorno. Una movilización emocional, reflexiva y de acción que implica capacidades y recursos que también se requieren al afrontar el sentimiento de vacío o la falta de sentido de la vida propios de la soledad existencial.

La cultura de la soledad, especialmente la relativa a la vejez, nos presenta principalmente imágenes e ideas negativas de la soledad en las que la actitud más habitual de las personas mayores es la pasividad. Pocas veces la soledad se muestra como una oportunidad de conexión con la interioridad a través de la cual accedemos a nuestras experiencias vitales, podemos reencontrar vivencias y plantearnos antiguas o nuevas preguntas, y elaboramos caminos para seguir vinculados; es decir, una oportunidad de desarrollo y, por lo tanto, de aprendizajes. Probablemente, reconocer esta oportunidad ayudaría a reducir algunos estereotipos sobre la soledad, y quizá nos ayudaría a pensar cómo podemos afrontarla, cómo podemos preparar nuestros recursos subjetivos y cómo podemos coproducir recursos colectivos adecuados a sociedades longevas.

Este libro, primer manual de la soledad en España, presenta la base conceptual del programa «Siempre acompañados», creado por la Fundación "la Caixa". El texto proyecta la idea de comprender y actuar que se refleja en dicho programa, combinando distintos ángulos de exploración y estudio de las relaciones sociales y las personas mayores, ángulos que comparten como vértice la soledad y el aislamiento social.

Los autores del texto nos ofrecen sus aportaciones sobre la soledad y el aislamiento social y, basándose en un sistemático trabajo de revisión y análisis de la bibliografía, construyen un riguroso abordaje en el que son integrados la interpretación de los datos y los criterios de acción. Desde distintas disciplinas y prácticas profesionales, trazan un recorrido en el que presentan marcos teóricos y líneas explicativas no tan solo para analizar la incidencia, las variables y los perfiles de la soledad, sino también para pensar sobre lo que sucede en esta situación y, así, establecer diagnósticos que permitan sostener la concepción y el diseño de las intervenciones.

En este recorrido, los autores nos plantean una mirada abierta que preconiza una comprensión de la soledad libre de estereotipos y que evidencia algunas visiones erróneas, en ocasiones ampliamente difundidas, que nutren una visión homogeneizadora de la misma. La mirada que nos ofrecen fundamenta y estimula reconocer la heterogeneidad en el envejecer y, también, las múltiples soledades con las que convivimos.

En el **capítulo 1**, «La importancia de las relaciones sociales en el envejecimiento», Javier Yanguas aborda el funcionamiento social en la vejez, explorando las redes y el apoyo social, su papel en la configuración de la salud y en qué condiciones es más beneficioso. Pluralidad y multiplicidad se formulan como dos características definitorias del apoyo social, generadoras de la complejidad de su comprensión y evaluación.

Algunas cuestiones a destacar:

- ¿Tener redes es igual a disponer de apoyo social? La investigación pone de manifiesto que estos dos aspectos pueden ser independientes. Las personas pueden estar rodeadas de múltiples «proveedores» de apoyo social pero permanecer «socialmente desconectadas».
- ¿Por qué algunas relaciones son percibidas como apoyo y otras no? El tamaño y la densidad de las relaciones sociales, junto con la pertinencia del apoyo ofrecido para afrontar la situación que produce malestar, son dos características a favor de esa percepción que solemos tomar en consideración en la práctica. En cambio, que el apoyo se adecue a lo esperado en función del tipo de relación supone un tercer factor identificado que solemos dejar a un lado.
- ¿Existen diferencias de género al dar y recibir apoyo? Las mujeres proporcionan más apoyo social a los demás, recurren a redes de apoyo social de forma más consistente en tiempos de estrés y pueden beneficiarse más del apoyo social, aunque también son más vulnerables al estrés psicológico resultante de eventos preocupantes de esa misma red. A lo largo del ciclo vital, las mujeres tienen más probabilidades de movilizar apoyo social, especialmente de otras mujeres, en momentos de necesidad.

La complejidad anteriormente mencionada se refleja en el análisis de la efectividad del apoyo. Para algunas personas, el más efectivo, en algunas ocasiones, es aquel del que no son conscientes de que se produce, mientras que otras veces ocurre lo contrario. Como también puede suceder que existan personas con altos niveles de conexión y apoyo que se sientan solas. Las medidas que reflejan las experiencias constatables y las percepciones no siempre son unívocas.

En el **capítulo 2**, «Demografía de la soledad», Dolores Puga nos adentra en un panorama compuesto por las personas que viven solas —soledad residencial—, las personas que están solas —soledad social— y las personas que se sienten solas —soledad emocional—. Hay que destacar algunos aspectos. La soledad residencial tiene como protagonistas mayoritarias a las mujeres, y entre ellas, son mayoría las que viven solas por primera vez en sus vidas. Esta novedad es expresiva de trayectorias vitales de una generación. Las mujeres cuentan con más redes de proximidad que los hombres, y ellos centran su apoyo emocional principalmente en la pareja. ¿Qué ocurre con los recursos? Los recursos educativos se presentan estrechamente ligados a la soledad emocional. Por ejemplo, el hecho de tener estudios superiores reduce en casi el 40 % la probabilidad de sufrir una moderada soledad emocional.

Generación a generación, se va retrasando el momento de la pérdida de la autonomía residencial. Cada generación mantiene su independencia residencial algo más que la anterior. De este modo, se retrasa la incidencia que tiene la pérdida de la vivienda sobre la soledad emocional. Población más mayor, y potencialmente más frágil, viviendo sola conlleva retos a las políticas públicas y a los distintos actores implicados.

¿Conduce el cambio demográfico a una mayor soledad? La respuesta se traza en dos ángulos: más tiempo de vida con parientes y amigos de otras generaciones, en una red de mayor duración temporal, y el desafío de que más coexistencia se traduzca en tiempo realmente compartido. Como hemos visto en el primer capítulo, disponer de apoyo no es sinónimo de contar con relaciones satisfactorias, relaciones con sentido.

En el **capítulo 3**, «Aproximación conceptual a la soledad», Javier Yanguas nos aproxima a la soledad como concepto poliédrico. Desde el sentimiento de vacío o abandono hasta la discrepancia cognitiva o la falta de vinculación comunitaria, la concepción de soledad ofrece múltiples rasgos. El autor señala la evolución desde distintas teorías que diferenciaban qué es y cómo se puede comprender la soledad, hasta teorías de corte más empírico que definen dos de sus componentes básicos, el afectivo y el cognitivo, haciendo hincapié en su medición.

La clarificación de conceptos es fundamental en la comprensión de los fenómenos. En este sentido, es importante diferenciar el sentimiento de soledad del aislamiento social. Aquella puede ser una consecuencia del aislamiento, pero hay que considerar que, teniendo pocos contactos sociales, unas personas llegan a sentirse muy solas, y otras no tienen ese sentimiento. Lo que ocurre con sus deseos y expectativas con respecto a las relaciones sociales resulta clave. Como también resulta clave reconocer que existen personas en situación de soledad que poseen buenas habilidades sociales, tal y como muestra la evidencia empírica.

El autor presenta la perspectiva de la soledad como experiencia: visiones opuestas entre quienes la padecen y quienes no la experimentan. La investigación señala que estos últimos suelen atribuir la culpa de la soledad a las personas que se sienten solas, mientras que estas la achacan a factores externos. La potencia de los estereotipos nocivos, entre ellos la soledad vista como una debilidad que las personas deben ser capaces de eliminar, fundamenta profecías de autocumplimiento entre las personas mayores y comportamientos más fríos y distantes hacia personas supuestamente solitarias.

Las diferencias entre el género y la vivencia de la soledad no están aún bien establecidas. ¿Qué aspectos podemos destacar? Los hombres experimentan más soledad social que las mujeres. Parecería que les resulta más fácil admitir la falta de contactos sociales que las emociones negativas por no tener dichos contactos. Asimismo, son más reacios que las mujeres a reconocer lo que está socialmente estigmatizado. Los problemas de salud y las limitaciones de movilidad son más comunes entre las mujeres mayores que entre los hombres, lo que puede repercutir en su experiencia de la soledad, debido a la relación entre dependencia y soledad.

En el **capítulo 4**, «¿Qué sienten los que padecen soledad? La experiencia de la soledad», en una dirección complementaria con respecto al anterior, Javier Yanguas nos acerca a la experiencia de la soledad tal y como es relatada por las personas mayores a través de los resultados obtenidos en investigaciones de carácter cualitativo y en los trabajos del programa «Siempre acompañados». Así, muestra su multiplicidad tanto en los sentimientos que la acompañan —el miedo, el desamparo, la impotencia, la falta de intimidad— como en el modo, directo o encubierto, que utilizan las personas mayores al hablar de soledad.

Aspectos destacables:

- En su planteamiento de la relación entre fragilidad y soledad, una vez presentado y discutido el concepto de fragilidad, el autor ofrece tres cuestiones presentes en el discurso de las personas mayores: la construcción de la vulnerabilidad simultánea a la adaptación a la fragilidad, con la disminución de la posibilidad de desenvolverse sin ayuda o de decidir sobre el propio cuerpo, y el agotamiento del proyecto vital; las relaciones sociales y las pérdidas con sentimientos de desconexión y de vacío, o el trato como generador de soledad; y la pérdida de sentido, que aúna la falta de valoración personal de uno mismo con la transmitida por otras personas, así como la desaparición progresiva de proyectos que permiten mirar hacia el futuro.

- Las experiencias y el sentir de personas mayores con demencia ponen de relieve los cambios que surgen en su vida cotidiana y en las relaciones sociales, y la dificultad de mantener una vida con sentido. Algunos de los aspectos más destacables son la relevancia de cambios en la cotidianidad que conllevan nuevas exigencias a afrontar con menores capacidades cognitivas, junto con la vivencia de una constante adaptación; la distancia afectiva y la desconexión, en ocasiones producidas porque las personas cuidadoras no saben cómo tratar a los mayores y cómo comunicarse con ellos; y la importancia del «seguir siendo» en la relación con los demás en la vida cotidiana y de mantener un proyecto vital.

- En la parte final del capítulo, el autor presenta la soledad existencial a través de tres dimensiones: como condición humana, en tanto que individuos; como experiencia interna caracterizada por sentimientos de vacío —no asociados a relaciones interpersonales—, y como proceso de crecimiento interior en el que la experiencia negativa de la soledad intrínseca al ser humano se transforma en algo positivo. La tercera de las dimensiones, que suele visibilizarse poco, proporciona sugerentes líneas de reflexión y de acción.

En el **capítulo 5**, «Soledad y salud», Francisco Tarazona nos aproxima a las relaciones entre el funcionamiento social y la salud, abordando la influencia de la soledad en la salud, así como la soledad en el marco de los condicionantes intrínsecos y extrínsecos que se influyen mutuamente.

Aspectos destacables:

- Son múltiples las evidencias que muestran la relevancia de la soledad en términos de salud. Así, a mayor soledad, mayor es el efecto del aislamiento social sobre la posibilidad de fallecer, y, del mismo modo, a mayor aislamiento social, mayor es el efecto que genera la soledad sobre una menor supervivencia. La aparición de algunas enfermedades concretas, o el mayor riesgo de padecer un infarto agudo de miocardio o un accidente cerebrovascular, se han vinculado a ese incremento de mortalidad.

- Las personas con depresión que perciben un apoyo social más pobre presentaban peores resultados en términos de síntomas, recuperación y funcionamiento social, según los resultados de una reciente revisión sistemática que integraba varios estudios prospectivos.

- ¿Cómo influyen los vínculos sociales en el estado de salud? La influencia se produce a través de tres vías: las características conductuales, las psicosociales y las fisiológicas. Así, mecanismos psicosociales como el apoyo social o la capacidad de autocontrol influyen en los procesos fisiológicos modulando la inmunidad, el metabolismo y la capacidad inflamatoria, y, en consecuencia, interfieren en la función cardiovascular. En la misma dirección, disponer de un apoyo social limitado influye negativamente en la longitud del telómero en el grupo de edad de 65 a 84 años, lo que reforzaría la idea de que el entorno social afecta al envejecimiento celular.

En el **capítulo 6**, «Soledad y cuidado informal», se aborda la soledad en los cuidadores. Andrés Losada, María Márquez y María del Sequeros Pedroso Chaparro analizan el cuidado como una situación estresante y crónica centrándose, principalmente, en cuidadores de familiares que padecen demencia. Los autores revisan procesos implicados en el cuidado y factores asociados a la aparición de la soledad, relevantes en clave de intervención para prevenirla o reducirla. ¿Cómo surge la soledad? La investigación con cuidadores indica la presencia de disonancia cognitiva entre el apoyo deseado por parte de las hijas y el que reciben de su red personal cuando se inician las demandas de cuidado de padres enviudados. También señala la centralidad de la experiencia de la pérdida como causa del sentimiento de soledad en el caso de cuidadores de parejas que padecen demencia, ante la desaparición del apoyo emocional y del rol de confidente.

Aspectos destacables:

- Los familiares que cuidan experimentan una soledad compleja en la que se mezcla la soledad asociada al cuidado, dolorosa, y la necesidad de soledad, deseada, para recuperarse física y emocionalmente. Cuando consiguen esa soledad deseada, no es infrecuente que muchos cuidadores se sientan culpables y regresen a la actividad de cuidado, que, si bien genera soledad, podría resultar un protector de la culpa.

- En cuanto a la díada persona cuidadora - persona cuidada, la investigación pone de manifiesto una estrecha relación entre las experiencias emocionales de ambos. Los sentimientos de soledad expresados por octogenarios y centenarios contribuían significativamente a explicar el malestar (carga) de las personas que les proporcionaban cuidados. ¿Cómo puede explicarse esa dinámica? La percepción de que sus familiares experimentan emociones negativas podría generar que se sintiesen culpables por no ser capaces de proporcionarles una respuesta a tales emociones negativas, o de protegerlos. Además, la carga de la persona cuidadora parece predecir los sentimientos de soledad de la persona cuidada y, al contrario, la satisfacción con el cuidado parece asociarse a menores niveles de soledad de la persona cuidada.

En el **capítulo 7**, «Intervenciones en soledad», Sacramento Pinazo aborda las intervenciones para reducir la soledad y el aislamiento social. A partir de las evidencias disponibles, analiza los distintos tipos de intervenciones en la comunidad —individuales, grupales, basadas en las nuevas tecnologías— y en el ámbito residencial. Asimismo, señala características a tomar en consideración en la planificación de actividades: que las personas se sientan útiles y reconocidas por la familia y el entorno, que las actividades tengan sentido y que se utilicen estrategias que activen la sensación de control percibido.

La mayor parte de las intervenciones que se desarrollan para combatir la soledad se han centrado en el fortalecimiento de los vínculos sociales y de amistad, pero algunas se han dirigido a mejorar el capital social, principalmente a través de la incorporación en programas de voluntariado. También existen experiencias basadas en un enfoque intergeneracional, que, además de abordar la soledad de forma específica, ofrecen a las personas mayores la oportunidad de sentirse útiles al compartir sus conocimientos, contribuyendo a acabar con los estigmas del envejecimiento.

Aspectos destacables:

- En el terreno de las intervenciones para combatir la soledad, predominan aquellas centradas en la comunidad. En el ámbito residencial, algunas intervenciones han reducido la soledad, aunque inicialmente ese no era su objetivo. ¿Existen intervenciones más eficaces que otras? A partir de las evaluaciones, se puede establecer que son las intervenciones grupales, con actividades de apoyo y educativas, dirigidas a grupos específicos, sustentadas en los recursos comunitarios existentes, y que incluyen un entrenamiento y un apoyo a los facilitadores, las que resultan más eficaces. Todo ello apunta a considerar que estar en casa con la persona que se siente sola no sería suficiente, o que incluir a las personas en algún grupo tampoco lo sería. Es preciso especificar y ajustar las actividades de intervención a las necesidades de cada persona, conociendo bien sus circunstancias. La autora ofrece, asimismo, un conjunto de interesantes recomendaciones relativas a los participantes, los dinamizadores y las actividades grupales.

Son variados los desafíos explicitados en el conjunto de los capítulos, a los que cabe añadir aquellos otros que se desprenden del análisis, de los criterios de acción o de las propuestas planteadas por los autores. En relación con dichos retos, a mi modo de ver existen dos líneas básicas. La primera consiste en considerar la soledad como parte de nuestro trayecto vital, como un componente necesario para consolidarnos como sujetos y, desde esa posición, relacionarnos con los demás. La segunda línea básica es impulsar y fortalecer la posición activa de las personas mayores como actores sociales en la definición, la organización y la evaluación de las intervenciones, como sujetos adultos constructores permanentes de su proyecto vital. Para avanzar en esa dirección, necesitamos revisar visiones estereotipadas y admitir que, a menudo, tenemos una escasa o nula experiencia en modos de proceder que resulten empoderantes. A su vez, es necesario reconocer que el envejecer se expresa de forma diversa, y que la soledad también lo hace de igual modo.

La lectura de este libro puede seguir el orden de los capítulos o bien iniciarse por cualquiera de ellos, ya que se trata de textos independientes. Sin embargo, una lectura ordenada de los capítulos es la que proveerá una mejor comprensión de los textos, y por ello me permito recomendarla. A la vez, sugiero tener a mano un bloc de notas, en papel o en la pantalla. Anote sus ideas, aquello que le sugiere la lectura, lo que le inquieta, lo que está descubriendo y, por descontado, aquellas acciones que consideraría interesante llevar a cabo a partir de lo leído.

1

La importancia de las relaciones sociales en el envejecimiento

Dr. Javier Yanguas

«Pero ¡qué pocas son las personas
que trato que se interesan por mis
alegrías o mis sentimientos!»

M. FRISCH

1. INTRODUCCIÓN AL FUNCIONAMIENTO SOCIAL EN LA VEJEZ

Desde hace ya más de cinco décadas, la gerontología ha estudiado profusamente la trascendencia y el significado de las relaciones sociales en la vejez, así como su influencia en la salud y el bienestar (Cumming y Henry, 1961; Kahn y Antonucci, 1980). Aunque es necesario señalar que los cambios en el funcionamiento social y en las variables que lo concretan —red social, apoyo social y participación social— (Holt-Lunstad *et al*., 2010) se dan a lo largo de todo el ciclo vital, y no exclusivamente en la vejez.

Así, aunque se profundizará en estos conceptos más adelante, una definición previa de las variables esenciales a través de las cuales se analiza el funcionamiento social sería la siguiente:

- Las **redes sociales** se conceptualizan como el elemento estructural de las relaciones sociales, en el que se enfatiza el análisis de su tamaño y la frecuencia de los contactos en dichas redes. Asimismo, se evalúan (Lubben, 1988; Lubben *et al*., 2016), además de los aspectos antes reseñados, otros atributos fundamentales, como el emocional (la «cercanía afectiva»), la «tangibilidad» (la confianza en recibir apoyo en caso de necesitarlo) y el tamaño (el número de personas con las que puede contar cada individuo).
- El **apoyo social** se define como un proceso transaccional (dar y recibir apoyo), a través del cual nuestras relaciones nos proporcionan un «espacio» para el intercambio tanto de experiencias emocionales (apoyo emocional) o de apoyo en cuestiones instrumentales (apoyo instrumental), como de información relevante para la vida cotidiana (apoyo informacional).
- Por último, el ***engagement*** se relaciona con la frecuencia y la calidad de las actividades formales (por ejemplo, actividades religiosas, asistencia a reuniones, voluntariado…) e informales (por ejemplo, contactos telefónicos, quedar con amigos…) que una persona realiza con los miembros de su red social, y en cuya participación se siente «comprometida»

TEORÍAS ESENCIALES SOBRE LOS CAMBIOS EN EL FUNCIONAMIENTO SOCIAL:

1. La teoría de la desvinculación de Cumming y Henry (1961), según la cual los mayores se retiran activamente de su red y reducen el número de amigos como resultado de la disminución de su salud física, pérdida de roles, preparación de la propia muerte…

2. La teoría de la selectividad socioemocional (Carstensen, 1992), que postula que, en la medida en que envejecemos, nos volvemos más selectivos y fortalecemos los lazos emocionales de mayor calidad, disolviendo lo periférico y creando (a costa del tamaño) menor número de relaciones pero de más alta calidad, porque lo sustancial en la vejez son los aspectos emocionales de las relaciones.

3. La teoría del «convoy social» (Kahn y Antonucci, 1980), que describe patrones de cambio en las relaciones sociales a lo largo del envejecimiento, debido a las transiciones que se producen tanto a nivel personal (a causa de la edad, el género, el estado de salud…) como situacional (factores como los roles, los valores, la cultura…). Esta teoría enfatiza cómo dichas transformaciones afectan a la cantidad y la calidad de las relaciones, sugiriendo que nuestro «convoy» (de relaciones) evoluciona a medida que envejecemos. Así, pone de relieve la creciente importancia de la «calidad emocional» en las relaciones frente a la «cantidad» (número de personas) a lo largo del proceso de envejecimiento.

¿Cuáles son los cambios principales en el funcionamiento social a lo largo de todo el ciclo vital?:

- La **evidencia empírica** existente avala una reducción de los distintos parámetros relacionados con la red social asociados al hecho de envejecer, que no debe confundirse con la soledad. La edad está vinculada a redes sociales más pequeñas y a una menor frecuencia de contactos (Ajrouch *et al*., 2005), particularmente en el caso de los hombres mayores (Cornwell *et al*., 2008). Igualmente, son menos comunes las relaciones sociales no familiares, ya que los mayores dirigen su mundo relacional hacia los miembros de su familia (Pahl y Pevalin, 2005).
- La evidencia sobre si existe o no una **disminución de la calidad** de las relaciones sociales a lo largo del proceso de envejecimiento no es concluyente. Algunos autores afirman que las personas mayores tienen relaciones de mayor calidad dentro de esa red social más pequeña, alcanzando mayores niveles de *engagement* social en su comunidad que otras personas de menor edad (Carstensen, 1992) en ausencia de situaciones de dependencia. En cambio, de los resultados de otros trabajos, por ejemplo el que se expone en el «Anexo 4», p. 124, del *Manual del programa «Siempre acompañados»*, realizado en el marco del Programa de Personas Mayores de la Fundación "la Caixa", se deriva lo contrario.
- De igual forma, las personas mayores parecen tener **más contactos con los vecinos** que otros sujetos más jóvenes, y es más probable que realicen más acciones de voluntariado (salvaguardada la salud) que otras personas de menor edad (Cornwell *et al*., 2008).
- En cualquier caso, para las personas mayores, la **familia** —en particular el cónyuge y los hijos adultos— es la fuente central de apoyo (Waite y Gallagher, 2000), teniendo el matrimonio (y el hecho de vivir en pareja) un efecto protector tanto en la salud física (Waite y Gallagher, 2000) como en el bienestar psicológico (Schwarzbach *et al*., 2014).
- En el envejecimiento, los **amigos** siguen jugando un papel fundamental. A través de estudios longitudinales (Cable *et al*., 2013), se ha comprobado que el tamaño de la red de amigos (tener más amigos) se relaciona con una mejor salud psicológica. Se puede afirmar que, cuanto más variada es la red social, más felices y sanas son las personas en la vejez. En otras palabras, las amistades

son esenciales para los mayores, especialmente en ausencia de familia (cuestión que, vista la demografía, será cada vez más común).

Además de aportar evidencia empírica sobre los cambios en el funcionamiento social a lo largo de la vida, desde la gerontología se ha intentado explicar el porqué de dichos cambios, existiendo en la actualidad **tres teorías esenciales**:

1. La teoría de la desvinculación de Cumming y Henry (1961).
2. La teoría de la selectividad socioemocional (Carstensen, 1992)
3. La teoría del «convoy social» (Kahn y Antonucci, 1980)

Resumidamente, ¿qué parece suceder con las relaciones sociales a lo largo del proceso de envejecimiento? Básicamente, que existe una disminución de la «cantidad» en todos los parámetros relacionados con el funcionamiento social, en un proceso «natural» (propio del ciclo vital) a través del cual se busca mejorar la «calidad» de los contactos y, con ello, maximizar el bienestar (uno de los grandes objetivos de los cambios durante el ciclo vital). Junto con este proceso de cambio en el funcionamiento social, en la vejez existen un conjunto de «situaciones» (enfermedades, fragilidad, pérdidas, dependencia, necesidad de creación de un nuevo proyecto vital, jubilación, cambios en la familia…) más comunes (estadísticamente hablando), que hacen que sea más probable que desaparezcan esas redes de apoyo, aumentando los sentimientos de soledad y desvinculación. Así, como los cambios para maximizar el bienestar son «propios» del ciclo vital, la soledad es un fenómeno «no buscado», más probable en aquellas etapas del ciclo vital en las que el individuo es más vulnerable, pero no «característico» o «idiosincrático» de las etapas finales de la vida (Yanguas *et al.*, 2018b; Yanguas *et al.*, 2018a).

2. UN PRIMER ACERCAMIENTO AL APOYO SOCIAL

EL APOYO SOCIAL ES TANTO LA EXPERIENCIA (LA VIVENCIA) DE RECIBIR DICHO APOYO CUANDO SE NECESITA, COMO LA PERCEPCIÓN DE QUE ESTE RECURSO ESTÁ DISPONIBLE

El apoyo social se define como la percepción y/o la vivencia (la experiencia, si se prefiere) de que somos amados, queridos, valorados y/o cuidados por otros, como parte de una «red social» de apoyo y mutuas obligaciones (Taylor, 2011). Habitualmente, el apoyo social lo provee la pareja, la familia, parientes, amigos, compañeros de trabajo, personas que uno conoce (el del quiosco del periódico, los dependientes de la tienda donde se compra regularmente, la farmacéutica…), personas de la comunidad donde uno vive y participa, el médico de familia…; pero también aquella mascota fiel que tienen algunas personas y que forma parte nuclear de su mundo relacional. No es que todos los amigos, todos los compañeros de trabajo… tengan que proveer apoyo social, sino que algunos de ellos pueden ofrecer ese tipo especial de relación que nos proporciona soporte y ayuda, lo que denominamos *apoyo social*.

El apoyo social es —como se verá más adelante— tanto la experiencia (la vivencia) de recibir dicho apoyo cuando se necesita, como la percepción de que este recurso está disponible cuando la persona lo requiera; en otras palabras, el «saber» (la creencia) que, si necesito que me cuiden, habrá personas que me ayudarán. Dicho de otra forma, la percepción de tener apoyo social puede surgir tanto de acciones concretas (subir la compra a alguien a quien le resulta difícil de hacerlo, ir a casa de un vecino para hacerle compañía porque está triste…) en las que una persona recibe la ayuda de otra, como de la percepción de que dicha ayuda está, por decirlo así, potencialmente disponible (Taylor, 2011), aunque no sea, de hecho, «utilizada».

En una de las primeras definiciones del término, Caplan (1974) argumentaba que un sistema de apoyo implica, además, un «patrón duradero» (no es algo ni provisional, ni efímero) de vínculos sociales que favorecen de forma significativa «el mantenimiento de la integridad física y

psicológica» de la persona —con gran incidencia, por lo tanto, en el bienestar—, y con potentes efectos protectores al:

- Promover la **seguridad emocional**.
- Proporcionar **orientación y consejo** ante situaciones de estrés.
- Proveer **ayuda y recursos** materiales.
- Proporcionar ***feed-back*** acerca de la propia identidad y desempeño (Gracia *et al*., 1995).

En una definición posterior (Lin *et al*., 1986; Gracia *et al*., 1995), se concretaba el apoyo social como el conjunto de «provisiones» (lo que el apoyo social ofrece o provee) tanto expresivas (lo que se comunica) como instrumentales (algo concreto que se ofrece o se realiza), percibidas o recibidas, proporcionadas por la comunidad, por las redes sociales (no Twitter ni Instagram, sino personas que se relacionan) y por personas de confianza, tanto en situaciones cotidianas (en el día a día) como de crisis, es decir, cuando nos sucede algo fuera de lo común e inesperado (enfermedades, dependencia, pérdidas, eventos vitales estresantes…). Esta definición, algo farragosa, habla de cuatro cuestiones esenciales:

- La **función del apoyo**: el conjunto de provisiones (lo que una persona da a otra), que pueden ser expresivas (palabras, miradas, gestos…) o instrumentales (cuestiones concretas).
- La **forma de analizarlo o sentirlo**: «percibidas o recibidas».
- El **ámbito en el que se produce**: «proporcionadas por la comunidad, por las redes sociales y por personas de confianza».
- El **momento o situación en que se produce**: «tanto en situaciones cotidianas como de crisis».

Otra cuestión esencial: ¿existen o se pueden definir formas específicas de apoyo que proveen «ayuda» de distintos tipos? La investigación en apoyo social se ha centrado en definir las diferentes formas específicas de apoyo, que se han clasificado habitualmente en dos:

- **Apoyo informacional e instrumental:** Ocurre cuando un individuo ayuda a otro a comprender mejor un evento estresante (algo que le sucede a la persona y que le provoca estrés), a determinar qué recursos y estrategias de afrontamiento pueden ser necesarios para enfrentarlo de la mejor forma posible. Más concretamente, el apoyo informacional consiste, por lo tanto, en ofrecer consejos. Por otro lado, el apoyo instrumental estaría más relacionado, por ejemplo, con prestar asistencia tangible —servicios, asistencia financiera y otras ayudas o bienes específicos— y ayudar en tareas concretas (llevar a alguien en coche, subirle la compra, acompañarle a hacer recados…).
- **Apoyo emocional:** Implica proporcionar afecto, cariño y cuidado a otra persona, asegurándole que es una persona valiosa para quienes la cuidan. Tiene que ver con «acompañar» emocionalmente, «estar ahí», consolar, escuchar…

Otros autores, como Gracia y colaboradores (1995), han ahondado un poco más en el tema y señalan tres funciones clásicas del apoyo social:

- **Apoyo emocional:** Relacionado con la esfera afectiva, es la experiencia de sentirse valorado y aceptado por la otra persona.
- **Apoyo informacional y estratégico:** Se corresponde con el plano cognitivo y proporciona información acerca de la naturaleza de determinado problema, ofreciéndonos pistas sobre su interpretación, así como estrategias de afrontamiento.
- **Apoyo material tangible o instrumental:** Generalmente, atañe a conductas concretas y tiene que ver con la prestación de ayuda material directa o de servicios.

Un último apunte: en los últimos años, algunos autores (por ejemplo, Koller y Dutra-Thomé, 2018) consideran Internet y distintas aplicaciones (blogs, Facebook, Last.fm, WhatsApp, Instagram) como una nueva forma de conexión y apoyo social. Pese a reconocer que a través de dichas aplicaciones puede existir intercambio emocional, identificación con otras personas, fomento de relaciones sociales, sentimiento de pertenencia…, estas formas de apoyo distan en muchos casos de contener los aspectos esenciales que poseen las relaciones sociales y el apoyo social, y que se verán a lo largo de estas páginas. No es que no puedan ofrecer aspectos positivos y recomendables para las personas, que sin duda lo hacen, pero es primordial no confundir las aportaciones de cada tipo de relación.

3. DIFERENCIA ENTRE RED SOCIAL Y APOYO SOCIAL

Existen autores (Ashida y Heaney, 2008; House *et al.*, 1988b; Abi-Hashem y Barbuto, 2013) que —con acierto— han diferenciado entre el hecho de tener «conexiones sociales» —es decir, tener relaciones sociales y compromiso con estas, en otras palabras, tener red social— y tener «apoyo social», que sería algo así como una «cualidad» —quizá mejor definirlo como una «cualidad funcional»— que algunas relaciones (no todas) pueden entrañar, y que supone recibir ayuda de miembros de la red social que la proveen con la intención de ser útiles a los demás, ofrecer cuidados y atención… (Ashida y Heaney, 2008; House *et al.*, 1988a y 1988b).

Aunque están indudablemente relacionados, las «conexiones sociales» —lo que me proporciona mis redes sociales (Suanet y Antonucci, 2017)— y el «apoyo social» no es lo mismo. Todas las relaciones sociales no implican necesariamente el intercambio de apoyo (quedar por placer u ocio, por ejemplo), y, por el contrario, el tener apoyo social (recibir ayuda para la limpieza de la casa) no incluye necesariamente altos niveles de conexión con los demás (Rook, 1990). En otras palabras, es posible que los mayores permanezcan socialmente «conectados», pero no tengan fuentes disponibles de apoyo social (Sorkin *et al.*, 2002); o que se encuentren rodeados de múltiples «proveedores» de apoyo social (Suanet y Antonucci, 2017), pero permanezcan «socialmente desconectados», debido a la ausencia de relaciones personales o a una menor participación en actividades sociales (Ashida y Heaney, 2008). Ambas cuestiones, tener red y disponer de apoyo, son necesarias, y no cabe la valoración —cuasi «moral», en ocasiones— de si es mejor el apoyo que las relaciones. Como veremos más adelante, los dos aspectos pueden ser relativamente independientes, y están íntimamente relacionados con la salud y el bienestar.

Parte de la confusión generada entre los conceptos de «red» y «apoyo» se debe a que los estudios frecuentemente han «operacionalizado» las distintas formas de apoyo social como una medida de la conexión social, de tener red (Prince *et al.*, 1997); y, en ocasiones, las conexiones sociales han sido comprendidas como indicadores de apoyo social (Ashida y Heaney, 2008; Stephens *et al.*, 2011). Distinguir entre ambos conceptos —conexión social (es decir, tener red) y apoyo social (recibir ayuda, afecto, autoafirmación…)— es importante, ya que tienen en cuenta distintos aspectos de la vida relacional de las personas, así como de los vínculos que han establecido con los miembros de su comunidad (Ashida y Heaney, 2008; Rook, 1990). Para concluir este punto, una última aclaración. En la literatura científica, las «conexiones sociales» (la red social) se suelen entender, a veces de forma restrictiva, como una dimensión cuantitativa de las propias relaciones sociales, ya que se tienen en cuenta factores como el número de vínculos sociales y la frecuencia de la participación social; mientras que el «apoyo social» suele interpretarse como una característica cualitativa de estas relaciones, una característica funcional que normalmente solo se ofrece y se recibe en tipos específicos de relaciones, aquellas que tienen que ver con la atención, los cuidados y el apoyo. Aunque el apoyo social ofrece ayuda de forma específica, las conexiones sociales también pueden obsequiar a las personas con intercambios de «contenido emocional» si son relaciones donde existe confianza y cercanía emocional.

EL APOYO SOCIAL, RESUMIDAMENTE:

- Es la experiencia o la percepción de que una persona es amada, valorada y/o cuidada por otros, como parte de una «red social» de apoyo y mutuas obligaciones.
- Implica un «patrón duradero» en el tiempo de vínculos sociales, una apuesta, un compromiso.
- Favorece significativamente el bienestar, la seguridad emocional y la identidad personal.
- Brinda sostén a la persona en distintos planos: afectivo, cognitivo y «conductual».

4. LAS CONEXIONES SOCIALES, EL APOYO Y SU RELACIÓN CON LA SALUD

Se han identificado varios mecanismos (Kim y Thomas, 2019) a través de los cuales las redes sociales pueden influir en nuestra salud:

- Algunos autores (Kim y Thomas, 2019) han propuesto que las redes sociales están estructuradas alrededor de normas y valores que reflejan las expectativas sobre los comportamientos de sus miembros, incluyendo aquellos que tienen consecuencias para la salud (Berkman y Glass, 2000). Por lo tanto, debido a que las relaciones dentro de una red social determinada ejercen cierto grado de «influencia social», los mayores que participan en esas redes caracterizadas, por ejemplo, por comportamientos saludables —como puede ser el ejercicio, comer y beber con moderación…—, pueden ser más «partidarios» de implicarse en tales comportamientos (Kinney *et al*., 2005). Además, la influencia que se extiende desde las redes (sociales) hacia las personas puede facilitar tanto el cumplimiento de comportamientos saludables, como su abordaje (Kinney *et al*., 2005; Thoits, 2011), lo que puede conducir a mejores resultados de salud entre los mayores (Kinney *et al*., 2005; Thoits, 2011). En cualquier caso, existe también un «reverso tenebroso»: por el mismo mecanismo, mayores que participan en redes sociales con comportamientos poco saludables tendrán más dificultades para llevar una vida sana.
- La participación social y las actividades a menudo requieren del empleo de distintas capacidades físicas, cognitivas e «interaccionales», lo que puede ayudar a las personas mayores que participan en aquellas a mantener niveles más altos de funcionamiento físico, cognitivo y social, al ser superiores los requerimientos cotidianos de las personas que participan con respecto a los de aquellos que no lo hacen (Seeman *et al.*, 2001; Luo, *et al*., 2012b). Lo mismo ocurre, en términos de aumento de la estimulación, con las personas que proveen apoyo social. Y es que la provisión de apoyo en situaciones de crisis puede ir acompañada de exposición al estrés, estrés que —al menos teóricamente— no está asociado irremediablemente con la participación en actividades agradables.
- Desde otros puntos de vista, se ha planteado la «mediación» de los estados psicológicos de las personas sobre los mecanismos a través de los cuales el apoyo social configura, en cierta forma, la salud física (Ashida y Heaney, 2008; Cacioppo y Hawkley, 2003; Kawachi y Berkman, 2001), proponiéndose dos vías alternativas.

Volviendo al punto anterior, referente a las relaciones entre el estar conectado socialmente (tener red) y el apoyo social, algunos estudios (que asocian el funcionamiento social y la salud) han corroborado la necesidad de distinguir —como antes se anticipaba— entre ambos conceptos, sugiriendo que en las personas mayores la «conexión social» y el «apoyo social» no

están directamente relacionados (Cornwell y Waite, 2009a y 2009b; Ryan y Willits, 2007; Sorkin *et al*., 2002). Así, algunos trabajos han demostrado que los indicadores de conexión social —como el compañerismo, la soledad y el tamaño de la red social— solo están moderadamente correlacionados con los indicadores de apoyo social (Ashida y Heaney, 2008; Russell *et al.*, 2012; Rook, 1990; Sorkin *et al.*, 2002). Además, aunque tanto la red social como el apoyo social han sido ampliamente examinados como factores que tienen consecuencias para la salud física y mental (Ellwardt *et al*., 2017), la investigación sugiere que estas dos formas de «integración social» pueden estar asociadas de distinto modo con la salud y el bienestar (Ashida y Heaney, 2008). A diferencia de la conexión social, que generalmente se ha relacionado con resultados beneficiosos para la salud en edades avanzadas (Cornwell y Waite, 2009a y 2009b), las conclusiones sobre el apoyo social son más dispares (Thomas, 2010; Uchino, 2006; Uchino, 2009). Mientras que algunos estudios señalan que el apoyo social tiene un efecto protector sobre la salud de los mayores, otros sugieren que el aumento de los niveles de apoyo social tiene consecuencias negativas para la salud física y mental, o no hallan ninguna asociación (Everard *et al.*, 2000; Lee *et al*., 1995; Silverstein *et al*., 1996). Estos hallazgos subrayan el hecho de que puede existir una ventaja en considerar la conexión social y el apoyo social como constructos separados de lo que podemos denominar *integración social*, aunque ambos estén de distinta forma relacionados con la salud.

También es necesario discernir entre los aspectos experimentados y subjetivos (percibidos) tanto de las conexiones sociales como del apoyo social, debido a que desvelan características fundamentales sobre cómo los mayores «gestionan» su «vida social» (Cornwell y Waite, 2009a), y sobre el modo en que sus lazos sociales moldean su salud y bienestar. Los aspectos objetivos pretenden medir los niveles «reales» de conexión y apoyo (Cornwell y Waite, 2009a; Coyle y Dugan, 2012) a través de variables estructurales y situacionales (Cornwell y Waite, 2009b; Uchino, 2006; Uchino, 2009), como por ejemplo el tamaño de la red social y de la interacción y el apoyo social (Cornwell y Waite, 2009b; Coyle y Dugan, 2012; Steptoe *et al.*, 2013). Los factores subjetivos suelen estar relacionados con la percepción de conexión y apoyo, reflejando tanto las evaluaciones que cada persona realiza como sus experiencias subjetivas (Ashida y Heaney, 2008; Cornwell y Waite, 2009a y 2009b; Coyle y Dugan, 2012; Steptoe *et al.*, 2013), siempre en relación —como sucede con la soledad— con la discrepancia entre lo deseado y lo esperado (Ashida y Heaney, 2008; Cornwell y Waite, 2009a y 2009b; Uchino, 2006; Uchino, 2009; Utz *et al.*, 2014).

EXISTEN AUTORES QUE HAN DIFERENCIADO ENTRE EL HECHO DE TENER «CONEXIONES SOCIALES» Y TENER «APOYO SOCIAL»

Lo que sucede es que las medidas que reflejan las experiencias reales y las percepciones individuales no siempre están relacionadas; es decir, no siempre existe una relación entre lo «objetivo» (tamaño, estructura…) y la percepción (Cornwell y Waite, 2009a y 2009b; Uchino, 2009). Así, personas mayores con múltiples relaciones sociales de las que obtienen apoyo pueden tener sentimientos de soledad, mientras que otras que quizá cuenten con menos relaciones sociales que otras personas de su edad (en términos objetivos, como el número de personas con las que se relacionan), pero que subjetivamente tienen el sentimiento de estar integradas y perciben suficiente apoyo de la familia y los amigos, pueden sentirse «conectadas». En otras palabras, personas mayores bajo diferentes circunstancias requerirán distintos niveles de apoyo (Ashida y Heaney, 2008) e interacción social para sentirse conectadas (Cornwell y Waite, 2009b) y apoyadas por los demás; y también puede suceder que existan personas con altos niveles de conexión y apoyo que se sientan solas.

En cualquier caso, es importante tener siempre en cuenta tanto las experiencias como las percepciones, y comprender que es probable que estos aspectos moldeen la salud y el bienestar de forma personal y diferenciada. La idea anterior, es decir, la falta de relación entre los aspectos objetivos y subjetivos, también aparece en la investigación. Por ejemplo, algunos estudios muestran que la soledad —que podría considerarse una variable subjetiva asociada a la disminución de las relaciones sociales (Rook, 1990)— solo está débilmente relacionada con los componentes objetivos de la «vida social» de los individuos, tales como el estado civil (Luo *et al*., 2012a), el tamaño de la red (Cornwell y Waite, 2009a; Hughes *et al*., 2004) o la frecuencia de la interacción con los miembros de la red (Cornwell y Waite, 2009a; Coyle y Dugan, 2012; Utz *et al.*, 2014). Lo mismo ocurre con los niveles de apoyo social que una persona recibe, ligeramente relacionados con las percepciones

del apoyo social (Lakey y Scoboria, 2005; Haber *et al*., 2007). Estos hallazgos subrayan que, aunque los aspectos objetivos y subjetivos de las relaciones sociales están asociados, son dimensiones distintas a través de las cuales se experimenta, conjunta o indistintamente, la conexión social y el apoyo. Por lo tanto, son constructos que pueden o deben ser conceptualmente analizados por separado (Coyle y Dugan, 2012; Uchino, 2009). Es por ello, por ejemplo, por lo que llama poderosamente la atención que, al hablar de soledad, se relacionen con la misma variables objetivas, en ocasiones con poco refrendo empírico.

5. BENEFICIOS DEL APOYO SOCIAL EN LA SALUD

Existe un amplio corpus de investigación científica (Nurullah, 2012; Angner *et al.*, 2013; Bartolini *et al.*, 2013; Nieminen *et al.*, 2013; Ellwardt *et al.*, 2017) que demuestra la íntima relación entre el apoyo social y la salud, del mismo modo, como veremos más adelante, que entre la soledad y la mala salud. Por ejemplo, el apoyo social:

- Reduce el sufrimiento psicológico (depresión, ansiedad…) en momentos de estrés (Fleming *et al.*, 1982; Lin *et al.*, 1999; Sarason *et al.*, 1997; Bøen *et al.*, 2012; Wang *et al.*, 2018).
- Promueve la adaptación psicológica a situaciones de estrés crónico, como enfermedades coronarias (Holahan *et al.*, 1997), diabetes, VIH-sida (Turner-Cobb *et al.*, 2002), cáncer (Stone *et al*., 1999), artritis reumatoide (Goodenow *et al.*, 1990), enfermedad renal (Taylor, 2011), hemorragias cerebrales (Taylor, 2011)…
- Protege de enfermedades neurodegenerativas durante la vejez (Seeman *et al.*, 2001).
- Mejora la salud física y la esperanza de vida (Rutledge *et al*., 2004).
- Tiene un poderoso impacto positivo en la salud, bien estudiado y establecido desde hace muchos años. Algunos autores lo consideran un predictor con mayor potencia positiva que el efecto producido al controlar factores clásicos de riesgo como el tabaquismo, la presión arterial, los lípidos y la obesidad, así como la actividad física (House *et al*., 1988a).
- En general, presenta una evidencia de su impacto en la salud más débil en el caso de que disminuya la probabilidad de enfermar, y, en cambio, mayor en la recuperación de una enfermedad, de una intervención quirúrgica… (Seeman, 1996). Existen investigaciones que avalan que, a mayor apoyo social, se dan menos complicaciones durante el embarazo y el parto (Collins *et al.*, 1993), menor susceptibilidad a infecciones por virus del tipo herpes (VanderPlate *et al.*, 1988), tasas más bajas de infarto de miocardio en personas con diagnóstico de enfermedad cardiaca y una menor probabilidad de mortalidad por infarto de miocardio (Kulik y Mahler, 1993; Wiklund *et al.*, 1988), una recuperación más rápida en cirugía cardiaca relacionada con enfermedades arteriales (King *et al.*, 1993; Kulik y Mahler, 1993), un mejor cumplimiento del tratamiento y una mejor calidad de vida y supervivencia en diabetes (Marteau *et al.*, 1987), menor dolor entre los pacientes con artritis (Brown *et al.*, 2003) y menor incidencia de deterioro cognitivo (Kuiper *et al*., 2015; Pillemer y Holtzer, 2016; Kuiper *et al*., 2016).
- Se relaciona con menor mortalidad y menor probabilidad de muerte prematura (Herbst-Damm y Kulik, 2005).

6. CUÁNDO Y POR QUÉ ES BENEFICIOSO EL APOYO SOCIAL

Numerosas de las primeras investigaciones sobre el apoyo social dieron por sentado que su impacto en la salud mental y física provenía de los beneficios directos derivados del apoyo. Es decir, cuando una persona ayuda (cuida) a otra, esta se beneficia de forma tangible (recibe algo, como por ejemplo que le suban la compra) o emocional (expresiones de cariño que hacen que se sienta bien, por describir una posibilidad) de su apoyo, y estas «transacciones» conllevan beneficios «naturales» —si se nos permite la expresión— e inmediatos. Distintas investigaciones, sin embargo, han llevado a clínicos e investigadores a repensar si los principales beneficios del apoyo social provienen de su utilización real o del hecho de creer —como antes se ha descrito— que se cuenta con ese apoyo. Porque, como ha demostrado la investigación empírica, las creencias acerca de la disponibilidad de apoyo ejercen efectos más poderosos sobre la salud mental, en ocasiones, que la recepción real del apoyo (Dunkel-Schetter y Bennet, 1990).

Pero, además, y derivado de lo anterior, cabe hacerse otra pregunta: ¿puede tener un «costo» (emocional) para la persona destinataria del apoyo el hecho de solicitarlo y/o recibirlo? Es decir, ¿la persona que recibe apoyo paga también un «precio» emocional por ello? Bolger *et al.* (2000) documentaron que hacer un uso «consciente» de la red de apoyo social puede asociarse a un aumento, en lugar de una reducción, del estrés. En sus trabajos con parejas, ambos miembros escribieron sendos diarios en los que relataban las situaciones estresantes que experimentaban, cuál era el malestar que percibían asociado a dicho estrés, y si habían proporcionado o recibido apoyo de su pareja. Cuando el apoyo era descrito por la persona destinataria (la que recibía la ayuda), el estrés de la receptora no mejoraba, lo que significaba que, cuando se reconocen los esfuerzos explícitos de apoyo, aquellos que son positivos, eso puede tener un «coste» emocional para la persona destinataria (necesita dicha ayuda pero, por múltiples motivos, no quiere pedirla por las consecuencias en la otra persona, se siente mal por el hecho de necesitarla, se siente mal pidiéndola…). Sin embargo, cuando el apoyo fue descrito por la persona proveedora de dicho apoyo, pero no fue percibido como apoyo por la receptora, los efectos fueron protectores, disminuyendo el estrés (Bolger y Amarel, 2007). Estos resultados sugieren, por un lado, que el apoyo más efectivo puede ser aquel que resulta «invisible» para la persona receptora, es decir, que ocurre sin que la destinataria sea consciente del mismo; y por otro lado, que la disponibilidad de apoyo puede actuar (sin que la persona se dé cuenta) como una especie de red invisible que reduce el malestar simplemente por el hecho de percibir su existencia (Smith *et al.*, 2004).

Lo que sí sucede es que muchas personas experimentan ambas situaciones, y también la contraria: recibir apoyo y ser consciente del mismo puede conducir al bienestar. Sirvan en todo caso estos ejemplos para desentrañar, en la medida de lo posible, la complejidad de las situaciones en que se da y se recibe apoyo, caracterizadas por su pluralidad y multiplicidad.

La investigación también ha abordado la cuestión de los factores que influyen en que las relaciones sociales se perciban como apoyo, y que son, entre otras variables, las siguientes: el tamaño y la densidad de las relaciones sociales, la pertinencia del apoyo provisto para afrontar el evento que produce malestar, el apoyo esperado en función del tipo de relación…

VÍAS ALTERNATIVAS:

Una directa: Recibir apoyo social en la vejez afecta positivamente a la salud, al aumentar el bienestar psicológico a través de sentimientos de seguridad y afecto positivo, lo que, a su vez, puede proteger contra emociones negativas (Kawachi y Berkman, 2001). Así, se fortalece la motivación para adaptarse a comportamientos saludables (Ashida y Heaney, 2008) y se mantienen niveles más bajos de hormonas asociadas al aumento del estrés y a la soledad (Cacioppo y Hawkley, 2003).

Otra indirecta: El apoyo social puede estar relacionado secundariamente con una mejor salud física al amortiguar los efectos del estrés (Ashida y Heaney, 2008; Kawachi y Berkman, 2001), debido a que tanto el apoyo social recibido como el percibido facilitan una mejor y mayor adaptación que hace que las personas mayores no experimenten de forma tan intensa las consecuencias de los posibles eventos negativos en su vida (Kawachi y Berkman, 2001).

RESPECTO A LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS REDES DE APOYO, SE HAN SEÑALADO LAS SIGUIENTES CONSIDERACIONES:

- Las personas implicadas en organizaciones y asociaciones de voluntariado (centros de mayores, iglesia, asociaciones de barrio…) cuya participación provee apoyo a terceros y, a su vez, ayuda a sus miembros, suelen disfrutar de una mejor salud física y mental debido, entre otras cuestiones, a que a menudo son más hábiles socialmente y buscan más contactos con otras personas, además —como antes se destacaba— de los beneficios directos de la participación social.
- Las redes sociales que cada individuo posee facilitan, además, el acceso a tipos específicos de apoyo en momentos de estrés, como por ejemplo servicios sociales y sanitarios, personas significativas… (Lin y Westcott, 1991).
- El tener un confidente (alguien emocionalmente cercano en el que se confía, como un amigo, hermano, la pareja…) puede resultar un apoyo social más efectivo (Collins y Feeney, 2000), especialmente para los hombres (Broadwell y Light, 1999), que otros apoyos más «grupales».
- Es importante señalar que parece ser que los apoyos derivados de distintos «proveedores» no se suman; es decir, los efectos beneficiosos del apoyo social no son acumulativos de forma lineal (Taylor, 2011).

Los proveedores de apoyo (y esto funciona relativamente igual en cuestiones relacionadas con la soledad) deben «acertar» al proveer el apoyo, ya sea emocional o instrumental. Además, este ha de ser adecuadamente percibido por su receptor, porque, en caso contrario, la efectividad del mismo desaparece (Bolger *et al.*, 1996). Lo anteriormente reseñado ocurre en distintas situaciones. Si el apoyo, aunque sea bienintencionado, es percibido como algo no deseado —por ejemplo, el que la pareja «fuerce» a una persona mayor con una enfermedad crónica a hacer ejercicio y dieta (Franks *et al.*, 2006)—, independientemente de los efectos positivos que pueda tener para la salud, puede también aumentar los conflictos interpersonales y el malestar emocional (Fisher *et al.*, 1997; Lewis y Rook, 1999).

Es necesario poner atención en otras cuestiones para que el apoyo social funcione correctamente:

- Que el apoyo no refuerce los síntomas o las situaciones que producen el malestar (Itkowitz *et al.*, 2003).
- Que exista un equilibrio adecuado entre las necesidades de la persona receptora y lo que esta obtiene de su red social y de los servicios formales de apoyo (Cohen y Wills, 1985).
- Que las acciones de quien provee el apoyo ayuden en cuestiones concretas de la persona receptora. Por ejemplo, si alguien necesita apoyo emocional, pero en su lugar recibe consejo, el mal funcionamiento del apoyo puede, en realidad, aumentar el malestar (Horowitz *et al.*, 2001).
- Que el apoyo sea correctamente elegido por la persona proveedora y valorado por la receptora. Por ejemplo, el apoyo emocional puede ser de gran ayuda si lo proveen personas íntimas, y negativo si lo proporcionan otras personas. En cambio, la información y el asesoramiento pueden ser especialmente valiosos si son facilitados por parte de expertos, pero «inapropiados» si provienen de personas «íntimas» (Benson *et al.*, 1991; Dakof y Taylor, 1990).

ES NECESARIO DISCERNIR ENTRE LOS ASPECTOS EXPERIMENTADOS Y SUBJETIVOS (PERCIBIDOS) TANTO DE LAS CONEXIONES SOCIALES COMO DEL APOYO SOCIAL

- Existen, además, otras amenazas que los profesionales de la atención y la intervención conocen bien. Las personas con gran malestar que expresan sus necesidades de forma continua pueden alejar a sus proveedores de apoyo (Matt y Dean, 1993; McLeod *et al.*, 1992). Podría ser el caso, por ejemplo, de personas deprimidas, con discapacidad o enfermas que expresen constantemente emociones negativas (Alferi *et al*., 2001; Fyrand *et al.*, 2002; Gurung *et al.*, 2003). En ocasiones, las personas más necesitadas de apoyo social tienen, desdichadamente, menos probabilidades de recibirlo.

Una última idea relacionada con cuándo y por qué el apoyo social puede resultar beneficioso o perjudicial. George Burns, famoso cómico y actor estadounidense, contaba en uno de sus famosos *sketches* que «la felicidad es tener una familia grande, cariñosa, afectuosa y muy unida, en otra ciudad». El apoyo social, para que sea efectivo, no puede «abrumar» o «incomodar» a la persona que lo recibe. Aunque no aparezca en los manuales, el hecho de mantener una respetuosa distancia es también una exitosa forma de proveer un buen apoyo. En cualquier caso, las relaciones sociales requieren mutualidad y compromiso, y en ellas están incluidas tanto grandes potencialidades positivas como situaciones de discordia y desencuentro. Son, por decirlo así, un arma de doble filo que hay que saber gestionar.

7. APOYO SOCIAL Y GÉNERO

¿Existen diferencias de género al dar y recibir apoyo? La evidencia empírica sugiere que las mujeres proporcionan más apoyo social a los demás, recurren a redes de apoyo social de forma más consistente en tiempos de estrés y pueden beneficiarse más del apoyo social (Taylor *et al.*, 2000).

Aunque los hombres suelen informar sobre redes sociales más amplias que las mujeres, en parte debido a la participación históricamente mayor de los hombres en el empleo y en las organi-

zaciones comunitarias, los estudios revelan que las mujeres están más comprometidas en sus relaciones, y que estas alcanzan un mayor grado de intimidad. Estos hallazgos «clásicos» de la literatura van en la misma dirección que los de la encuesta telefónica del programa «Siempre acompañados», que se describen más adelante.

Además, las mujeres participan más que los hombres en la prestación y la recepción de apoyo social. A lo largo del ciclo vital, las mujeres tienen más probabilidades de movilizar apoyo social, especialmente de otras mujeres, en momentos de necesidad. De hecho, las mujeres adultas mantienen más relaciones cercanas con personas del mismo sexo que los hombres, movilizan más apoyo social que los varones, recurren a las amigas más a menudo que los hombres a sus amigos varones, obtienen más beneficios de los contactos con sus amigas y parientes (aunque también son más vulnerables al estrés psicológico resultante de eventos estresantes de la red), y brindan un apoyo social más frecuente y efectivo a los demás que los hombres (McDonald y Korabik, 1991; Ogus *et al.*, 1990).

PERSONAS MAYORES BAJO DIFERENTES CIRCUNSTANCIAS REQUERIRÁN DISTINTOS NIVELES DE APOYO E INTERACCIÓN SOCIAL PARA SENTIRSE CONECTADAS Y APOYADAS POR LOS DEMÁS

Las mujeres también invierten más en sus relaciones sociales, y se implican e involucran más (Wethington *et al.*, 1987) en el cuidado de otros que los hombres. Las mujeres no solo son, con respecto a los hombres, las mayores proveedoras de apoyo social, sino que también son más propensas a buscar apoyo como respuesta a situaciones de estrés. Dos metaanálisis (Taylor, 2011; Tamres *et al.*, 2002) examinaron las diferencias de género al afrontar el estrés, y concluyeron que las mujeres eran significativamente más propensas a buscar y usar apoyo social para enfrentarse a una amplia gama de factores estresantes.

Distintas investigaciones han profundizado acerca de las diferencias en las capacidades de hombres y mujeres para proporcionar apoyo en tiempos de crisis, y sobre los efectos «protectores» de dichos esfuerzos. Una serie de evidencias sugieren que las mujeres pueden ser mejores proveedoras de apoyo social para los hombres que los hombres para las mujeres. Por ejemplo, cuando se pregunta a los hombres de dónde proviene su apoyo emocional, la mayoría mencionan a su esposa como su principal fuente de apoyo social, y muchos dicen que es la única persona a la que confían sus problemas o dificultades personales (Glaser y Kiecolt-Glaser, 1994). Las mujeres, sin embargo, es más probable que recurran a una amiga o pariente femenina, así como también a su cónyuge.

Las diferencias citadas parecen traducirse directamente en beneficios para la salud. Aunque el matrimonio beneficia tanto a hombres como a mujeres, beneficia más a los hombres. Así, por ejemplo, la salud de los hombres casados es mejor que la de los solteros, pero la salud de las mujeres está menos influenciada por el estado civil. Las tasas de mortalidad entre los hombres viudos son más altas que entre las mujeres viudas, y los hombres viudos que se vuelven a casar fallecen más tarde que los que no se vuelven a casar. Entre las mujeres viudas, en cambio, volverse a casar no tiene ningún efecto sobre la edad de la defunción (Taylor, 2011). En estudios experimentales con parejas, los hombres tienden a amortiguar mejor el estrés por la presencia de una pareja femenina que al revés (Kiecolt-Glaser y Newton, 2001), pesando más los conflictos interpersonales a las mujeres que a los hombres.

RESUMIENDO:

Las mujeres no solo se implican más, sino que tienen fuentes de apoyo más diversas y plurales que los hombres, aportan más beneficios al conjunto y sufren más intensamente las consecuencias negativas de las malas relaciones.

EN GENERAL, LA EVIDENCIA DE LOS ESTUDIOS QUE COMPARAN LAS MEDIDAS MÁS OBJETIVAS Y SUBJETIVAS DE LA INTEGRACIÓN SOCIAL CONDUCE A LAS SIGUIENTES CONSIDERACIONES:

- Las percepciones de la gente mayor tanto de estar socialmente conectada como de tener apoyo social pueden estar más fuertemente asociadas a los resultados en salud en personas mayores que lo que realmente se vive o se experimenta (Cacioppo y Hawkley, 2003).
- Estudios con distintas variables que miden la conexión social señalan que medidas subjetivas, como la soledad (Luo *et al*., 2012a) y la percepción de tener una buena calidad en las relaciones sociales (Antonucci *et al*., 1997; Antonucci, 2001; Ryan y Willits, 2007), son más importantes para la salud y el bienestar de los mayores que variables más objetivas o «estructurales», como el tamaño de la red y su composición (Antonucci *et al*., 1997; Antonucci, 2001; Ryan y Willits, 2007), el estado civil (Patterson y Veenstra, 2010)…
- Otros estudios concluyen que los sentimientos subjetivos de conexión (o desconexión), como la soledad, son muy importantes para la salud psicológica, mientras que las medidas objetivas de la conexión social o el aislamiento están más estrechamente relacionadas con la salud física (Coyle y Dugan, 2012; Cornwell y Waite, 2009b; Steptoe *et al*., 2013).
- En el caso del apoyo social, la percepción de dicho apoyo se ha relacionado más habitualmente con resultados beneficiosos para la salud, que su recepción (real) (Uchino, 2006; Uchino, 2009), lo que demuestra la importancia, al menos en gerontología, de tener en cuenta tanto lo experimentado como lo percibido. A esta cuestión se le ha hecho relativamente poco caso social, olvidando los aspectos menos objetivables en el análisis de las relaciones sociales (Cornwell y Waite, 2009a y 2009b; Uchino, 2009).

8. CONCLUSIONES

En el presente capítulo se han analizado someramente las relaciones sociales y el apoyo social, intentando definir cada uno de los conceptos y determinar sus diferencias y complementariedades. Asimismo, se ha profundizado en los mecanismos y los efectos beneficiosos para la salud física y mental de unas buenas relaciones sociales y un apoyo comprensivo, buscando una mirada compleja que ayude a interpretar las consecuencias que tiene la falta de apoyo y de relaciones (la soledad) en las personas.

LA INVESTIGACIÓN EMPÍRICA HA DEMOSTRADO QUE LAS CREENCIAS ACERCA DE LA DISPONIBILIDAD DE APOYO EJERCEN EFECTOS MÁS PODEROSOS SOBRE LA SALUD MENTAL, EN OCASIONES, QUE LA RECEPCIÓN REAL DEL APOYO

LA EVIDENCIA EMPÍRICA SUGIERE QUE LAS MUJERES PROPORCIONAN MÁS APOYO SOCIAL A LOS DEMÁS, RECURREN A REDES DE APOYO SOCIAL DE FORMA MÁS CONSISTENTE EN TIEMPOS DE ESTRÉS Y PUEDEN BENEFICIARSE MÁS DEL APOYO SOCIAL

2

Demografía de la soledad

Dra. María Dolores Puga

«Luciérnaga en vuelo.
“¡Mira!”, iba a decir,
pero estoy solo.»

TAN TAIGI

1. INTRODUCCIÓN

Cuando pensamos en la demografía, nos imaginamos un recuento de personas. Por lo tanto, para no defraudar, en este capítulo empezaremos contando. Pero, ¿qué contamos? Podríamos contar a las personas que viven solas —soledad residencial—, las personas que están solas (que tienen escasos vínculos sociales o ninguno) —soledad social— o las personas que se sienten solas —soledad emocional—.

Como se expone más adelante en otros capítulos de esta misma obra, la soledad es un fenómeno eminentemente negativo que tiene más que ver con lo cualitativo que con lo cuantitativo. Por lo tanto, en esta evolución desde el vivir solo hasta el sentirse solo, cuanto más nos acerquemos a esto último, más cerca estaremos de la realidad de la soledad. Pero en ese trayecto, a medida que aumenta la precisión del enfoque, aumenta también la dificultad de la aproximación, debido a la escasez de datos. Así pues, en la medida en que nos lo permitan las fuentes de datos, en este capítulo intentaremos responder a las preguntas sobre cuántos y quiénes viven solos, cuántos y quiénes están solos, y cuántos y quiénes se sienten solos.

Pero, en realidad, el objeto de estudio de la demografía es el tiempo —el tiempo de vida— o, mejor dicho, los tiempos (cronológico, biográfico, histórico, generacional…). Casi todos estamos solos en algún momento de nuestra trayectoria vital, todos nos sentimos solos en distintos momentos de nuestras vidas. La soledad se relaciona con la edad y con la generación, pero también con el tiempo transcurrido desde determinados eventos, con el periodo del año o con el momento del día. Por lo tanto, en un segundo paso nos preguntaremos por la relación entre tiempo(s) y soledad, y por el tiempo de soledad a través de nuestro curso de vida.

Por último, nos preguntaremos cuál es la relación entre el cambio demográfico y la soledad, y si el aumento de la longevidad, la disminución de la fecundidad y la reducción del tamaño de las generaciones, o los cambios en las trayectorias conyugales, entre otras dinámicas, afectarán a la presencia de la soledad a lo largo de la vida en las sucesivas generaciones. ¿Conduce el cambio demográfico a una mayor soledad?

2. LAS PERSONAS QUE VIVEN SOLAS

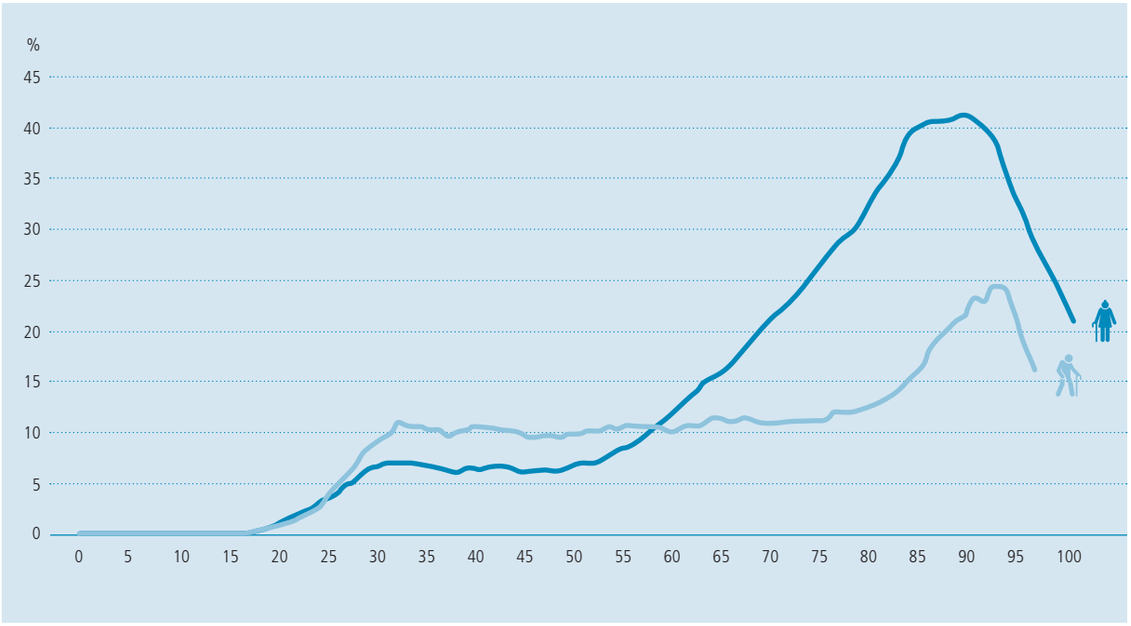
Empecemos, por lo tanto, por aquello que es más sencillo medir. ¿Cuántas personas viven solas? ¿Quiénes son? Según los últimos datos disponibles para la población española,[1] a 1 de enero de 2018, casi 5 millones de personas vivían solas (4.705.400 individuos), una de cada diez. De ellas, una de cada dos eran personas de 65 o más años (2.001.200 individuos) y una de cada tres era mujer (1.440.300 mujeres). Entre la población más mayor, de 80 y más años, vivían solas casi una de cada dos mujeres (652.000, el 40,4 %) y uno de cada cinco varones (187.000, el 19 %).

A lo largo de la vida de hombres y mujeres, la presencia de la soledad residencial —o su capacidad para mantener la autonomía residencial— es muy distinta. Prácticamente durante todo el curso de vida adulto, algo más del 10 % de los hombres viven solos (figura 1). La autonomía residencial masculina tan solo se ve alterada, duplicándose, en la vejez avanzada (85-95 años). Por el contrario, la soledad residencial es un fenómeno escasamente presente a lo largo del curso de vida femenino (poco más del 5 % de las mujeres viven solas durante su vida adulta). A partir de los 60 años, un número creciente de mujeres se enfrenta —en la mayor parte de los casos por primera vez en su vida— a una situación novedosa, un hogar en solitario. En las actuales generaciones de mayores, una mortalidad masculina más temprana y la emancipación de los hijos explican el notable aumento de la soledad residencial a medida que avanza la vejez femenina. Entre los 85 y los 90 años, casi una de cada dos mujeres se encuentra con una autonomía residencial desconocida hasta el momento en el curso de su vida.

La trayectoria descrita no es idéntica en todas las biografías, y los recursos socioeducativos o el lugar de residencia tienen efectos sobre la probabilidad de residir solo. Entre los varones, la autonomía residencial apenas difiere entre aquellos con mayor o menor nivel educativo (figura 2), siendo otras las varia-

1 *Encuesta continua de hogares* 2018, Instituto Nacional de Estadística.

Figura 1.
TASA DE SOLEDAD RESIDENCIAL POR EDAD Y GÉNERO (%)

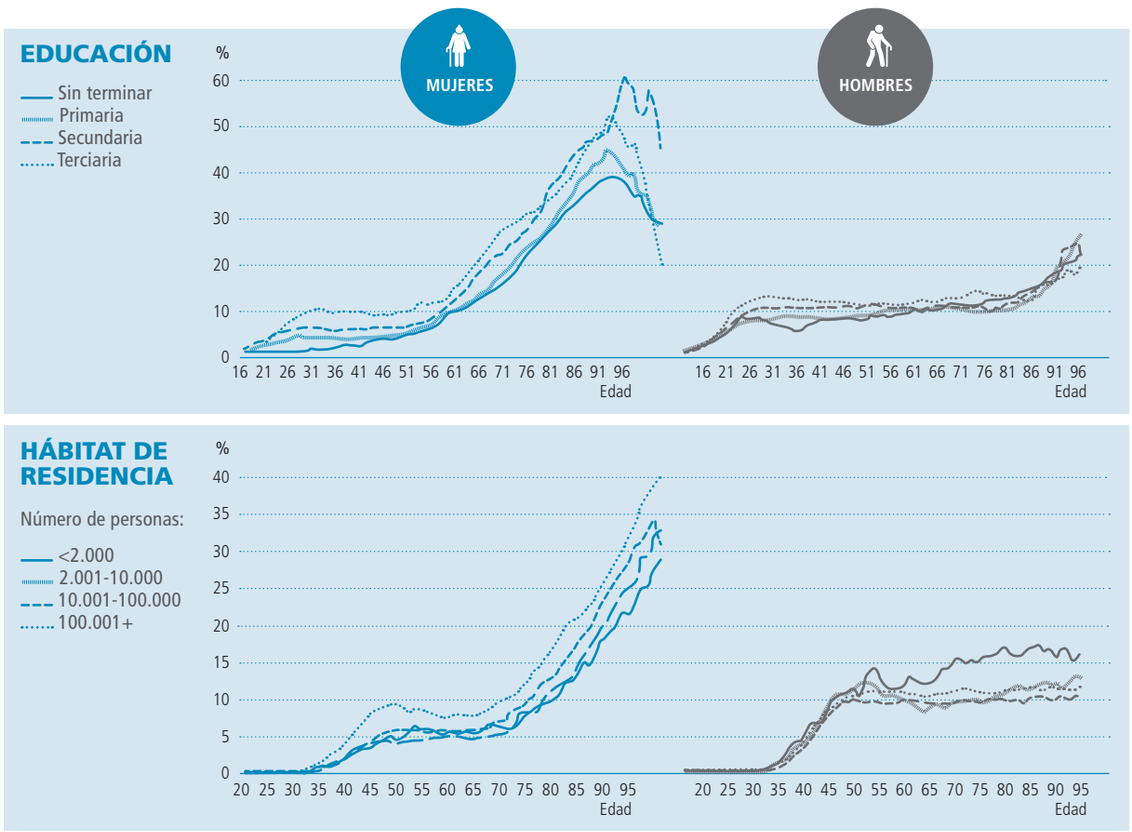


Fuente: *Encuesta continua de hogares* 2018 (microdatos), Instituto Nacional de Estadística.

bles determinantes que provocan, o permiten, un hogar en solitario. Por el contrario, en las trayectorias de vida femeninas, los recursos educativos —fuertemente asociados a los recursos socioeconómicos— resultan determinantes en cuanto a su situación residencial. La autonomía residencial es una situación mucho más frecuente entre las mujeres con educación secundaria o superior, tanto en la vida adulta como en la vejez. Por lo tanto, entre las mujeres se asocia, con mucha más intensidad, la independencia residencial a la existencia de recursos suficientes para mantenerla.

A PARTIR DE LOS 60 AÑOS, UN NÚMERO CRECIENTE DE MUJERES SE ENFRENTA –EN LA MAYOR PARTE DE LOS CASOS POR PRIMERA VEZ EN SU VIDA– A UNA SITUACIÓN NOVEDOSA, UN HOGAR EN SOLITARIO

Figura 2.
TASAS DE SOLEDAD RESIDENCIAL POR EDAD, GÉNERO, NIVEL EDUCATIVO Y HÁBITAT DE RESIDENCIA



Fuente: *Encuesta continua de hogares* 2018 (microdatos), Instituto Nacional de Estadística.

Tabla 1.
RIESGOS RELATIVOS DE RESIDIR SOLO O SOLA

		TOTAL POBLACIÓN							
		MODELO 1		MODELO 2		MUJERES		HOMBRES	
		N	EXP (ß)	N	EXP (ß)	N	EXP (ß)	N	EXP (ß)
SEXO	Hombre	102.143	1,000	102.143	1,000				
	Mujer	111.664	1,188 **	111.664	0,781 *				
ESTADO CIVIL	Viudo/a			16.702	1,000	13.826	1,000	2.876	1,000
	Separado/a o divorciado/a			13.786	2,446 **	8.138	2,505 **	5.648	2,999 **
	Nunca casado/a			68.172	3,126 **	32.113	2,624 **	36.059	4,305 **
	Casado/a			115.147	0,065 **	57.587	0,069 **	57.560	0,081 **
NIVEL EDUCATIVO	Sin estudios terminados	40.145	1,000	40.145	1,000	22.882	1,000	17.263	1,000
	Primaria	69.726	1,744 **	69.726	1,762 **	34.592	1,697 **	35.134	1,883 **
	Secundaria	59.714	3,163 **	59.714	2,675 **	29.261	2,624 **	30.453	2,840 **
	Terciaria	44.222	3,614 **	44.222	2,970 **	24.929	3,339 **	19.293	2,834 **
HÁBITAT	100.001+	84.717	1,000	84.717	1,000	45.365	1,000	39.352	1,000
	10.001-100.000	85.927	1,028	85.927	1,138 **	44.615	1,138 **	41.312	1,129 **
	2.001-10.000	31.122	1,018	31.122	1,107 **	15.744	1,061 *	15.378	1,146 **
	<2.000	12.041	1,006	12.041	0,982	5.940	0,927 *	6.101	1,014

* P < 0,05
** P < 0,01

Fuente: *Encuesta continua de hogares* 2018 (microdatos), Instituto Nacional de Estadística.

El entorno de residencia también facilita o dificulta la existencia de hogares solitarios, y también lo hace de forma notablemente diferente entre hombres y mujeres. La homogeneidad generacional de los lugares menos poblados —consecuencia de la historia migratoria durante la segunda mitad del siglo xx— provoca que la soledad residencial masculina sea mucho más frecuente en hábitats rurales. Por el contrario, son los entornos metropolitanos y las ciudades grandes —con una mayor accesibilidad a servicios de apoyo, y redes sociales más intergeneracionales y, por lo tanto, menos frágiles— los que propician una mayor independencia residencial femenina a todas las edades. Nuevamente, es la independencia residencial femenina la más vulnerable a la densidad de recursos, no solo propios, sino también existentes en el entorno inmediato.

La autonomía residencial varía en función de la edad, el género, el nivel educativo y el lugar de residencia, pero, en la mayor parte de los casos, es desencadenada por una secuencia de acontecimientos biográficos: la emancipación de los hijos y la ruptura de la pareja, bien sea por divorcio o por viudez. La probabilidad de vivir solos de los viudos casi duplica la de los casados, y la de los divorciados o nunca casados (o unidos) es todavía mayor (tabla 1). Las rupturas de parejas tempranas tienen consecuencias a largo plazo sobre la fortaleza de los vínculos intergeneracionales (De Jong Gierveld y Dykstra, 2008), y, en el caso de los nunca unidos, la inexistencia de descendientes (en la mayor parte de los casos) explica que su probabilidad de vivir solos triplique la de los casados.

La mayor probabilidad femenina de vivir sola desaparece a igual estado civil (tabla 1, modelo 2). Es decir, los viudos tienen mayor probabilidad de vivir solos que las viudas, los divorciados tienen mayor probabilidad de vivir solos que las divorciadas, y los solteros tienen mayor probabilidad de vivir solos que las solteras. Es la mayor presencia de la viudez entre las mujeres lo que explica su mayor soledad residencial. A idéntica situación biográfica, ellas lo tienen más difícil para mantener su autonomía residencial. Es por ello, también, por lo que, entre la población femenina, la probabilidad de mantener la autonomía residencial se muestra más vulnerable a los recursos del entorno (las mujeres que residen en ciudades medias tienen una probabilidad el 22 % superior de vivir solas que aquellas que residen en entornos rurales), así como a los recursos personales (las mujeres con educación universitaria multiplican por tres sus probabilidades de vivir solas frente a las que no han terminado sus estudios). Por el contrario, la autonomía residencial de los varones se muestra más susceptible a su trayectoria marital (los divorciados triplican la probabilidad de vivir solos de los casados, y los solteros la cuadriplican).

Tabla 2.
CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE SOLEDAD RESIDENCIAL, SOLEDAD SOCIAL Y SOLEDAD EMOCIONAL

		SOLEDAD SOCIAL			
		SOLEDAD RESIDENCIAL	CONTACTOS DIARIOS	CONFIDENTE	SOLEDAD EMOCIONAL
	SOLEDAD RESIDENCIAL		0,006	-0,021	-0,006
SOLEDAD SOCIAL	Contactos diarios	0,006		0,182 **	-0,165 **
	Confidente	-0,021	0,182 **		-0,127 **
	SOLEDAD EMOCIONAL	0,006	-0,165 **	-0,127 **	

* P < 0,05
** P < 0,01

Fuente: *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe: Wave 6* (microdatos), 2015 (http://doi.org.10.6103/SHARE.w6.700).

Por último, hay que tener en cuenta que la soledad residencial no va necesariamente ligada al aislamiento social (a la escasez de vínculos sociales), ni al sentimiento de soledad. De hecho, la soledad residencial no está correlacionada, de forma significativa, ni con la soledad social ni con la emocional (tabla 2). En muchas ocasiones, es precisamente la pérdida de la autonomía residencial lo que detona la soledad emocional. Dejar de vivir solo es, en la mayor parte de las ocasiones, también dejar de vivir en mi casa, en mi barrio, cerca de mis vecinos, y es eso, precisamente, lo que hace que me sienta solo.

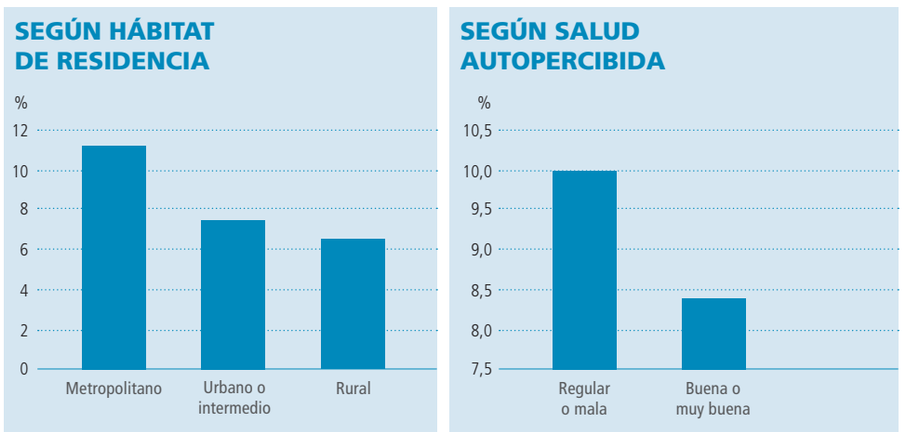
3. LAS PERSONAS QUE ESTÁN SOLAS

Puedo vivir solo y tener una amplia red de amigos, y viceversa. Medir los apoyos sociales es mucho más complejo que contar hogares unipersonales. Una encuesta realizada en varios países europeos a personas de 50 y más años[2] preguntó a los entrevistados —en su oleada de 2015— por sus vínculos sociales, entendiendo estos como las personas con las que hablaban de las cosas importantes que les ocurrían, independientemente del vínculo de parentesco.[3] Según los datos de esta encuesta, en España, el 11 % de la población de 50 y más años (1.154.703 individuos) no habla diariamente con nadie con quien pueda compartir cosas importantes, ya sea dicho contacto personal, telefónico o por cualquier otro medio.[4] El 7 % de la citada población (725.776 individuos) no tiene ninguna persona de mucha confianza, nadie de quien se sienta emocionalmente muy cercano, un confidente.

2 SHARE: *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe: Wave* 6, 2015 (http://doi.org.10.6103/SHARE.w6.700).

3 La formulación de la pregunta era: «Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre las relaciones que tiene usted con otras personas. La mayoría de la gente habla con otras personas de las cosas buenas o malas que le han ocurrido, o de los problemas o las preocupaciones importantes que puedan tener. Pensando en los últimos doce meses, ¿quiénes son las personas con las que ha hablado más a menudo sobre estas cosas importantes? Estas personas pueden incluir a sus familiares, amigos, vecinos u otros conocidos».

Figura 3.
TASAS DE SOLEDAD SOCIAL (POBLACIÓN SIN CONTACTOS DIARIOS)



4 «En los doce últimos meses, ¿con qué frecuencia tuvo usted contacto con X bien en persona, o bien por teléfono, correo postal, correo electrónico o cualquier otro medio electrónico?».

Fuente: *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe: Wave 6* (microdatos), 2015 (http://doi.org.10.6103/SHARE.w6.700).

Al contrario que la soledad residencial, la soledad social no se concentra en un perfil determinado de población, por lo que resulta mucho más difícilmente predecible. Entre la población observada (50 y más años), afecta a un porcentaje similar de personas de todas las edades, de ambos géneros, de distinto estado civil y composición de hogar, entre otros factores. Las dimensiones que en mayor medida discriminan el efecto de la soledad social son el lugar de residencia del individuo y su estado de salud. La falta de contacto diario con personas con las que se tiene una relación de confianza es más frecuente en las zonas más densamente pobladas (figura 3). Asimismo, entre el estado de salud y la soledad social existe una relación bidireccional. Un mal estado de salud dificulta el contacto social, y el aislamiento social tiene también consecuencias negativas sobre el estado global de salud y nuestra autopercepción del mismo (Cornwell y Waite, 2009b).

La probabilidad de no contar con nadie de confianza aumenta (60 %) en el caso de la población sin hijos (tabla 3). Este aumento es aún más intenso en el caso de los varones, que parecen depender en mayor medida de las relaciones filiales. Entre la población femenina, es la existencia de una descendencia reducida (uno o dos hijos) lo que minimiza la probabilidad de soledad social, pareciendo establecerse un contrapeso entre la cercanía emocional y el número de hijos. La conectividad social y la clase social muestran una relación inversa. La solidaridad social parece querer compensar las dificultades asociadas a menores recursos económicos, siendo más intensos los vínculos sociales entre las clases menos favorecidas. Pero, a igualdad de ingresos, los recursos socioculturales asociados al nivel educativo ejercen un papel inverso. La probabilidad de aislamiento social de la población con mayores recursos educa-

Tabla 3.
RIESGOS RELATIVOS DE NO TENER A NADIE EMOCIONALMENTE MUY CERCANO

		TOTAL POBLACIÓN		HOMBRES		MUJERES	
		N	EXP (ß)	N	EXP (ß)	N	EXP (ß)
NIVEL EDUCATIVO	Terciaria	1.830	0,682 *	867	0,654	963	0,700
	Primaria o secundaria	5.567		2.655		2.912	
N.º DE HIJOS	0	997	1,627 **	474	1,838 *	523	1,479
	1-2	4.045	0,717 *	1.911	0,771	2.134	0,673 *
	3+	2.355		1.137		1.218	
INGRESOS	<20.000	1.004	0,500 **	487	0,438 *	517	0,554 *
	20.000-40.000	2.539	0,594 **	1.216	0,515 **	1.323	0,660 *
	40.000-60.000	1.426	0,605 **	663	0,585	763	0,617
	60.000+	2.428		1.156		1.272	
HÁBITAT	Metropolitano	2.903	1,433 **	1.355	1,126	1.548	1,731 **
	No metropolitano	4.494		2.167		2.327	
SALUD PERCIBIDA	Regular o mala	2.761	1,514 **	1.280	1,098	1.481	1,933 **
	Buena o muy buena	4.636		2.242		2.394	

* P < 0,05
** P < 0,01

Modelo controlado por: edad, sexo, estado civil, tamaño del hogar, n.º de nietos, n.º de enfermedades crónicas, limitaciones en la vida diaria debidas a problemas de salud (Global Activity Limitations Indicator, GALI)

Fuente: *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe: Wave 6* (microdatos), 2015 (http://doi.org.10.6103/SHARE.w6.700).

tivos se reduce en más del 30 % respecto al resto de la población. Las grandes ciudades aumentan la probabilidad de soledad social, especialmente para las mujeres, que en entornos menores —especialmente en entornos rurales— se encuentran insertas en redes sociales más densas, si bien, también, más intrageneracionales. Por último, la salud y la soledad social muestran también una asociación más intensa entre las mujeres, entre las que la probabilidad de aislamiento social se duplica en caso de deterioro de la salud. En estos casos, en los que la salud limita el espacio de vida y este se va reduciendo al hogar, es más probable que se produzca una interacción entre soledad residencial y soledad social.

4. LAS PERSONAS QUE SE SIENTEN SOLAS

LA PROBABILIDAD DE NO CONTAR CON NADIE DE CONFIANZA AUMENTA EN EL CASO DE LA POBLACIÓN SIN HIJOS. ESTE AUMENTO ES AÚN MÁS INTENSO EN EL CASO DE LOS VARONES, QUE PARECEN DEPENDER EN MAYOR MEDIDA DE LAS RELACIONES FILIALES

Pero, como se comentará en capítulos posteriores, la soledad tiene más que ver con cómo te sientes que con cuántos amigos tienes. Esto es difícilmente cuantificable, al ser un fenómeno eminentemente cualitativo, y cualquier intento de cuantificación debe ser consciente de dichas limitaciones (Engel, 2017; Tomás *et al*., 2017). El instrumento del que disponemos para determinar el alcance de la soledad emocional en la población española de 50 y más años es una escala inserta en un amplio cuestionario —como es el de la encuesta anteriormente mencionada SHARE—,[5] a través de cuyo uso emerge tan solo una parte de la soledad emocional potencialmente detectable en la citada población. Mediante dicho instrumento, hallamos que casi 3 millones de personas mayores de esa edad en España sufren una moderada soledad emocional (2.943.636 individuos, el 23 % de la población), y casi 500.000 se sienten muy solas (457.376 individuos, el 3,6 % de la población).

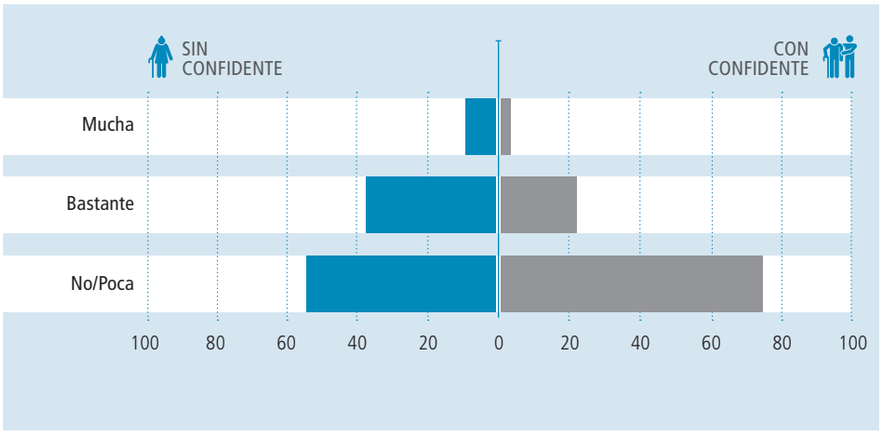
El sentimiento de soledad está mucho más relacionado con la soledad social que con la residencial, con tener escasas personas de confianza (o ninguna) que con vivir solo. Al igual que la emocional, la soledad social es más difícilmente predecible que la soledad residencial, al no presentar un patrón claro. Es un fenómeno transversal a distintas edades, géneros, clases sociales… El factor que en mayor medida discrimina la intensidad de los sentimientos de soledad es, de hecho, la soledad social, la escasez de personas de confianza (figura 4). Las mujeres tienen más probabilidades de sentirse solas. Ello es debido a que, en mayor medida, se encuentran en circunstancias que conllevan un mayor riesgo de soledad emocional (ausencia de pareja, mala salud…). Expuestos a las mismas circunstancias, la probabilidad de hombres y mujeres de sentirse solos no es significativamente diferente (tabla 4).

Las circunstancias que en mayor medida aumentan la probabilidad de sentirse solo, e incluso de sentirse muy solo, son la baja conectividad social —la ausencia de vínculos sociales de confianza— y la mala salud, tanto en el caso de los hombres como en el de las mujeres (tabla 4). El hecho de vivir solo, o el de no tener pareja, como detonante del sentimiento de soledad, es más relevante para ellos que para ellas. Por el contrario, la presencia —y el tamaño— de la descendencia tiene mayores consecuencias sobre la soledad emocional femenina. El apoyo emocional masculino parece bascular en mayor medida sobre la pareja, mientras que el femenino es menos dependiente de la composición del hogar, pero más susceptible al historial reproductivo.

Para los varones, las áreas poco densas parecen ejercer un efecto positivo, reduciendo los sentimientos de soledad. En las áreas rurales, las redes sociales son más amplias, si bien están en mayor medida compuestas por miembros de las mismas generaciones, mediante vínculos horizontales. Estas redes muestran un efecto más positivo sobre los varones, cuya soledad emocional parece menos relacionada con los vínculos intergeneracionales que la de ellas. Quizás la mayor supervivencia femenina, haciendo que sean ellas las que sufran la rápida «fragilización» de redes muy homogéneas generacionalmente, tenga algo que ver con este aspecto.

Por el contrario, los recursos educativos muestran un mayor efecto sobre la soledad emocional de las mujeres, a igualdad de ingresos del hogar, entre otros factores. Por ejemplo, el hecho de

Figura 4.
ESCALA DE SOLEDAD EMOCIONAL, SEGÚN SOLEDAD SOCIAL



Fuente: *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe: Wave 6* (microdatos), 2015 (http://doi.org.10.6103/SHARE.w6.700).

tener estudios superiores reduce en casi el 40 % la probabilidad de sufrir una moderada soledad emocional. Más allá de su relación con la clase social, los recursos educativos dejan huella sobre la trayectoria de vida, sobre las redes establecidas, sobre los recursos sociales, culturales y emocionales, y sobre nuestra mirada sobre el mundo. Un mayor énfasis en procesos educativos que nos acompañen a lo largo de nuestra vida podría tener efectos relevantes sobre las trayectorias vitales, femeninas especialmente, y sobre la soledad a través de los mismos.

5. DEMOGRAFÍA DE LA SOLEDAD: UNA CUESTIÓN DE TIEMPO(S)

Sabemos que la soledad se relaciona con la edad, el género y los recursos sociales, económicos o culturales propios o existentes en el entorno. Pero la soledad no es un estado permanente. Todos nos hemos sentido solos en algún momento de nuestra vida, casi todos hemos vivido o viviremos solos en algún momento de la misma. ¿Cuáles son los tiempos de la soledad? ¿Cómo se relaciona la soledad con otros tiempos, además de la edad? ¿Varía entre generaciones, en función del tiempo transcurrido desde determinados hechos, según la época del año o el momento del día?

Distintos estudios han mostrado que el porcentaje de población que se siente casi siempre o siempre sola es ligeramente inferior al 10 % (tabla 5). Al cabo de diez años, la población que no se ha sentido nunca sola disminuye en un porcentaje similar, ingresando, mayoritariamente, en las filas de la soledad ocasional. Las personas que se han sentido solas en alguna ocasión durante la última década son alrededor de una de cada tres (Victor y Bowling, 2012; Heikkinen y Kauppinen, 2011; Jylhä, 2004; Wenger y Burholt, 2004). Pero con el tiempo también varía la intensidad de la soledad. Una de cada cinco personas se siente más sola que diez años atrás, y una de cada diez se siente menos sola que en el pasado (tabla 6). No obstante, hay que tener en cuenta que, en los estudios de seguimiento —que son los que nos permiten observar los cambios a lo largo del tiempo—, es más probable perder la observación sobre la población con peor estado de salud y/o mayor nivel de soledad, lo que podría sesgar las muestras y hacer más probable una subestimación de las trayectorias con un mayor empeoramiento.

5 El cuestionario de la encuesta SHARE utiliza la Three-Item Loneliness Scale (Hughes *et al*., 2004), una versión reducida de la R-UCLA Loneliness Scale (Russell *et al*., 1980). Se trata de una versión corta que mide indirectamente la soledad emocional preguntando al entrevistado con qué frecuencia (a menudo, a veces, nunca o casi nunca) siente que le falta compañía, o se siente excluido o aislado. El valor mínimo de la escala es 3 (nunca solo), y el máximo 9 (muy solo).

Tabla 4.
RIESGOS RELATIVOS DE SOLEDAD EMOCIONAL

			BIVARIADO		MULTIVARIADO					
			MODERADA	ALTA	MODERADA			ALTA		
					Total pob.	Hombres	Mujeres	Total pob.	Hombres	Mujeres
		N	EXP (ß)	EXP (ß)	EXP (ß)	EXP (ß)	EXP (ß)	EXP (ß)	EXP (ß)	EXP (ß)
GÉNERO	Mujer	4.350	1,120 *	1,093	1,097			1,131		
	Hombre	3.912			1,000			1,000		
VIVE SOLO	No	6.932	1,011	0,664 *	1,029	0,863	1,138	0,545 *	0,380 *	0,637
	Sí	1.152	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
CONFIDENTE O VÍNCULOS DE MUCHA CONFIANZA	Sí	7.335	0,383 **	0,275 **	0,407 **	0,363 **	0,446 **	0,299 **	0,293 **	0,312 **
	No	2.466	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
PAREJA	Sí	5.796	0,942	0,806	0,953	1,064	0,867	0,678 *	0,634 *	0,706
	No	2.466	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
N.º DE HIJOS	0	1.128	1,019	1,431	1,039	0,757	1,354 *	1,708 *	1,418	2,106 *
	1-2	4.492	1,037	0,994	1,023	0,840	1,205 *	0,999	1,021	0,997
	3+	2.642	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
NIVEL EDUCATIVO	Primaria o sin terminar	1.209	1,125	0,822	1,089	0,862	1,320 *	0,826	0,745	0,925
	Secundaria	5.052	1,244 **	1,061	1,272 **	1,135	1,394 **	1,112	1,368	0,943
	Terciaria	2.001	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
HÁBITAT	Metropolitano	3.077	0,871 *	0,765	0,831 *	0,865	0,788 *	0,889	0,711 *	0,746
	Urbano o intermedio	3.171	0,818 *	0,812	0,828 *	0,749 *	1,097	0,792	0,520	0,962
	Rural	1.681	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
SALUD	Buena o muy buena	5.204	0,458 **	0,177 **	0,628 **	0,605 **	0,643 **	0,348 **	0,532 *	0,224 **
	Regular o mala	3.050	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
N.º DE ENFERMEDADES CRÓNICAS	0-1	4.411	0,539 **	0,254 **	0,794 **	0,779 **	0,811 *	0,513 **	0,420 **	0,617 *
	2+	3.849	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
GALI2	No	5.087	0,450 **	0,192 **	0,592 **	0,590 **	0,596 **	0,398 **	0,319 **	0,488 **
	Sí	3.174	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000

*** P < 0,05**
**** P < 0,01**

Modelo controlado por: edad, n.º de nietos e ingresos del hogar.

Fuente: *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe: Wave 6* (microdatos), 2015 (http://doi.org.10.6103/SHARE.w6.700).

El inicio del sentimiento de soledad es más probable cuanto menos tiempo ha transcurrido desde determinados eventos que suponen pérdidas, como la viudez, la pérdida de amigos o el empeoramiento de la salud. Los sucesos que suponen pérdidas pueden ocurrir (y ocurren) en cualquier momento de nuestra trayectoria vital. Pero, a lo largo de la vida, hay momentos en los que dichos eventos ocurren con mayor frecuencia. La vejez es densa en pérdidas, y por ello la soledad es más frecuente en edades avanzadas. También la mayor longevidad femenina conlleva más pérdidas, de ahí la feminidad de la soledad. La mayor incidencia por edad y género se produce debido a una mayor incidencia de eventos detonantes de soledad.

Lo que aumenta la probabilidad de soledad no es la ausencia (de vínculos, de salud…), sino la pérdida reciente. Por ejemplo, no es mayor la probabilidad entre las personas que no tienen pareja porque no la han tenido nunca o no la tienen desde hace tiempo, sino entre aquellas que la han perdido recientemente. No es mayor entre las personas con una reducida red social, sino entre aquellas que han visto reducirse recientemente su red social. Y no es mayor entre las personas que han envejecido con un cierto nivel de discapacidad, sino entre aquellas que han visto disminuir su autonomía recientemente (Aartsen y Jylhä, 2011; Schnittger *et al.*, 2012; Dahlberg *et al.*, 2018). De igual forma, en ocasiones es precisamente el fin de la soledad residencial, la pérdida de la autonomía residencial o del hogar de toda una vida, lo que detona la soledad emocional.

LAS CIRCUNSTANCIAS QUE EN MAYOR MEDIDA AUMENTAN LA PROBABILIDAD DE SENTIRSE SOLO, E INCLUSO DE SENTIRSE MUY SOLO, SON LA BAJA CONECTIVIDAD SOCIAL Y LA MALA SALUD, TANTO EN EL CASO DE LOS HOMBRES COMO EN EL DE LAS MUJERES

En algunos casos, las pérdidas no se producen por cambios en la trayectoria de vida del individuo, sino por cambios en su entorno. Por ejemplo, un proceso de gentrificación en el barrio produce la pérdida del espacio de vida, de los vecinos, de los tenderos, de muchos de los amigos. Los cambios en el entorno inmediato detonan también el inicio de procesos de soledad (Keating *et al.*, 2013). De hecho, en la vejez, el entorno inmediato gana relevancia frente a otros entornos de relación (Nyqvist *et al.*, 2016). Mientras en otras edades, en su relación con la soledad, son más relevantes los amigos, o incluso las actividades organizadas, en la vejez cobran más importancia las relaciones de proximidad, siendo muy relevantes los vecinos (tabla 7).

Pero en la vejez no se producen únicamente eventos que suponen pérdidas (de la pareja, de los amigos, de la salud, del hogar), también se dan otros que conllevan ganancias: nuevos miembros de la familia (nietos, bisnietos…), recuperaciones y mejoras en las trayectorias de salud… Estos sucesos se asocian a mejoras en los niveles de soledad.

La soledad cambia a lo largo de la vida —empieza, empeora, mejora, se acaba…—, pero también varía a lo largo de otros tiempos. La soledad cambia a lo largo del tiempo estacional, empeorando en primavera y en verano. También varía a lo largo del tiempo semanal, empeorando durante los fines de semana. Y lo hace también a lo largo del tiempo diario, siendo más intensa por la noche (Victor *et al.*, 2015).

En ocasiones, es otro tiempo más largo el que permite observar transformaciones, con cambios entre diferentes generaciones. A este respecto, por ejemplo, se constatan cambios en la soledad residencial. Si se observan las tasas de soledad residencial en los dos últimos censos de población (2001 y 2011), se puede comprobar un aumento de la soledad en edades adultas, pero nada parece estar sucediendo en la vejez (figura 5.1). No obstante, si se observan las trayectorias generacionales entre esas dos observaciones (figura 5.2), se constata algo muy distinto. Durante la vejez, en concreto en la vejez avanzada, se está produciendo un cambio muy relevante.

Entre los 30 y los 60 años, se produce un aumento de la soledad residencial generación a generación. Entre los 60 y los 80 años, la situación residencial es muy similar para todas las generaciones que actualmente transitan por esas edades. Pero a partir de los 80 años se está produciendo un cambio, sutil pero relevante. Si se observa la generación nacida en 1918, su autonomía residencial era mayor con 85 años que con 90. Si nos centramos en las personas nacidas en 1919, solo un año después, su autonomía residencial a los 85 y a los 90 años es idéntica. Si ahora hablamos de las personas nacidas en el siguiente año, 1920, su autonomía residencial es ya mayor a los 90 años que a los 85. Generación a generación, se va retrasando el momento de la pérdida de la autonomía residencial. Cada generación es capaz de mantener su independencia residencial un poco más que la anterior, retrasando así la incidencia que sobre la soledad emocional tiene la pérdida de la vivienda. Pero el resultado también es que cada vez tenemos a población más mayor, y potencialmente más frágil, viviendo sola, con consecuencias sobre las políticas de prevención, la monitorización y la adaptación.

6. ¿CIEN AÑOS DE SOLEDAD?

Nuestra vida es muy distinta de la de nuestros abuelos. En consecuencia, nuestras poblaciones también son distintas de las del pasado. Ahora vivimos más y, por lo tanto, necesitamos tener menos hijos para reproducir nuestras poblaciones. El resultado es que vivimos en poblaciones con menos niños y más personas de más edad y de más edades. Esto, de forma sintética, es lo que conocemos como cambio demográfico. ¿Conduce el cambio demográfico a más soledad? La *Encuesta mundial de valores* incluye la siguiente pregunta: «¿Las cohortes más jóvenes experimentarán una mayor soledad debido a cambios en los patrones familiares (menor tamaño familiar, aumento de la divorcialidad…)?».[6] Y la respuesta mayoritaria es positiva. En un escueto repaso al efecto de los cambios demográficos sobre nuestras familias y al tiempo durante el cual coexistimos o coexistiremos con distintos familiares, intentaremos contestar a esta cuestión.

SABEMOS QUE LA SOLEDAD SE RELACIONA CON LA EDAD, EL GÉNERO Y LOS RECURSOS SOCIALES, ECONÓMICOS O CULTURALES PROPIOS O EXISTENTES EN EL ENTORNO. PERO LA SOLEDAD NO ES UN ESTADO PERMANENTE

El principal motor transformador de nuestras poblaciones, el que puso en marcha el cambio demográfico, fue la gran transformación en la longevidad. Desde la era de los neandertales hasta mediados del siglo XIX, la esperanza de vida de los humanos era de 35-40 años. Desde mediados del siglo XIX y hasta la actualidad (sin que hayamos vislumbrado hasta ahora ningún cambio en dicha tendencia), la esperanza de vida máxima de la especie humana se ha incrementado en seis horas al día, tres meses al año o tres años cada década (Oeppen y Vaupel, 2002). Los niños nacidos en la actualidad tienen muy altas probabilidades de llegar a centenarios (Vaupel, 2010). ¿Cómo está cambiando esta transformación nuestra vida y los tiempos de soledad a lo largo de la misma? Lo primero que

Tabla 5.
PREVALENCIA DE SOLEDAD AL INICIO DE LA OBSERVACIÓN Y TRAS DIEZ AÑOS DE SEGUIMIENTO EN DISTINTOS ESTUDIOS LONGITUDINALES
(%)

ESTUDIO	SENTIMIENTO DE SOLEDAD					
	Siempre		Ocasional		Nunca	
	Inicio	Tras 10 años	Inicio	Tras 10 años	Inicio	Tras 10 años
Victor y Bowling, 2012 (Reino Unido)	9	8	32	42	61	50
Jylhä, 2004 (Finlandia)	8	8	27	23	65	64
Wenger y Burholt, 2004 (Gales)	9	6	23	28	64	57
Heikkinen y Kauppinen, 2011 (Finlandia)	10	11	15	20	75	69

Tabla 6.
CAMBIOS EN EL NIVEL DE SOLEDAD TRAS DIEZ AÑOS DE SEGUIMIENTO DURANTE LA VEJEZ, SEGÚN DISTINTOS ESTUDIOS LONGITUDINALES
(%)

ESTUDIO	SENTIMIENTO DE SOLEDAD			
	Nunca	Permanente	Ha empeorado	Ha mejorado
Victor *et al.*, 2005a y 2005b (Reino Unido)	55	15	20	10
Victor y Bowling, 2012 (Reino Unido)	44	22	25	12
Jylhä, 2004 (Finlandia)	51	17	19	13
Holmén y Furukawa, 2002 (Suecia)	31	13		
Wenger y Burholt, 2004 (Gales)	26	17	18	

Fuente: Elaboración propia.

produce es un cambio en los calendarios de pérdidas (principal detonante de la soledad, como ya se ha comentado). Las pérdidas de la pareja, amigos, hermanos, familiares —cuando se producen por mortalidad— se retrasan, ocurriendo más tarde en nuestras biografías. En consecuencia, ganamos tiempo de vida compartido con esos vínculos, vivimos con ellos durante más tiempo (tabla 8).

No pasaremos más tiempo sin pareja por viudez, pero sí lo haremos siendo más mayores. Tampoco pasaremos más tiempo de nuestra vida sin padres, pese a nuestra mayor longevidad, sino mucho más tiempo con ambos (tabla 8), y con uno de ellos coexistiremos tres cuartas partes de nuestra vida. Si bien su etapa frágil, en la que se genera una mayor demanda de cuidado, se producirá en una etapa más avanzada de nuestra propia vida. Tampoco pasaremos más tiempo sin hijos, pese a que los tengamos más tarde; ni siquiera sin hijos adultos, a pesar del aumento de la duración de la crianza y la escolaridad. Respecto a generaciones anteriores, pasaremos más tiempo sin hijos antes de tenerlos, el mismo tiempo de crianza (a pesar del menor número de hijos), pero mucho más tiempo con hijos adultos. Las generaciones más jóvenes compartirán más de la mitad de su vida con hijos adultos.

Como consecuencia de la transformación en la longevidad, las poblaciones humanas reducen su fecundidad. Ahora tenemos menos hijos que en el pasado. Pero, de cara a los flujos de apoyo durante la vejez, tanto instrumentales como emocionales, lo relevante es la existencia de hijos, no su número. Gracias al aumento de la supervivencia infantil, la probabilidad de tener hijos en la vejez no solo no ha disminuido, sino que ha aumentado. La población sin hijos se ha mantenido históricamente muy estable generación a generación, entre el 15 y el 20 %. Es para esta población sin hijos para la que la reducción de la fecundidad entraña un riesgo de cara a sus vínculos y apoyos familiares. Su red de apoyo estaba formada sobre los vínculos horizontales y sus descendientes:

hermanos, sobrinos, primos. Esta red de coetáneos y descendientes de los mismos sí se verá reducida como consecuencia del cambio demográfico. La población sin descendientes directos puede sufrir mayores riesgos de soledad debido al cambio en las dinámicas demográficas.

A pesar de que la probabilidad de tener algún hijo en la vejez no disminuye, la distancia entre generaciones puede cambiar el escenario. Una menor descendencia, en interacción con los patrones migratorios, puede influir sobre la disponibilidad de parientes y la soledad. Las generaciones nacidas recientemente en nuestro país son menos móviles de lo que lo fueron las de sus abuelos. Pero incluso una menor movilidad, en interacción con un menor número de hijos, puede aumentar la distancia entre generaciones, afectando a la disponibilidad de apoyo tanto instrumental como emocional.

Un cambio no relacionado con la primera transición demográfica (la descrita hasta ahora), sino con la segunda (van de Kaa, 1987), es el aumento de la inestabilidad conyugal. Una de las pérdidas más estrechamente ligadas al inicio de la soledad emocional, la pérdida de la pareja, será la que sufra una transformación más compleja. Aquellas parejas que perduren hasta la defunción de uno de los cónyuges tendrán una duración no conocida por generaciones anteriores, y la viudez se producirá con una edad muy avanzada del cónyuge superviviente. Pero, en buena parte de las trayectorias conyugales de las generaciones que en el futuro transiten la vejez, la pérdida de la pareja se habrá producido por una ruptura voluntaria a edades tempranas. De mantenerse las dinámicas actuales, esto podría tener efectos amortiguadores sobre la soledad en la vejez, pues es conocida la relevancia que tiene la duración desde la pérdida en este sentido. Por otra parte, la probabilidad de establecer nuevas relaciones tras una separación es mucho mayor que tras una viudez.

Por lo tanto, el cambio demográfico relacionado con la primera transición demográfica (transformación en la longevidad y la fecundidad) nos deja poblaciones más verticales. A lo largo de su trayectoria vital, las generaciones más jóvenes contarán con más parientes de otras generaciones y menos de su misma generación. La segunda transición demográfica nos deja trayectorias menos estandarizadas, con más rupturas, nuevos inicios y diversidad de recorridos.

7. CONSIDERACIONES FINALES

La soledad se relaciona con las pérdidas y con el tiempo transcurrido tras ellas. La vejez es densa en pérdidas, y es más larga en femenino. Por ello la soledad es, con mayor frecuencia, femenina y anciana. Y, a medida que las pérdidas se vayan retrasando en nuestras trayectorias vitales, será más anciana.

Y lo es especialmente la soledad residencial, que, además, para la mayoría de sus protagonistas es una situación novedosa. Es la primera vez en su vida que viven solos. Y, generación a generación, lo hacen hasta edades más avanzadas. Además, para estas personas, su capacidad para mantener su autonomía residencial depende sobre todo de la densidad de recursos (propios y del entorno). Por ello, la intersección entre edad, género y recursos debería merecer especial atención en el diseño de cualquier intervención.

Más allá de su relación con los recursos económicos, los recursos educativos están estrechamente ligados a la soledad emocional. La trayectoria formativa deja huella sobre las redes establecidas, sobre los recursos culturales y sociales, y en nuestra mirada sobre el mundo. Entender la formación como un proceso que nos acompaña durante toda nuestra vida podría tener efectos sobre la soledad en la vejez, especialmente sobre la soledad femenina.

El factor que en mayor medida predice la soledad emocional es la soledad social, la falta o escasez de personas de confianza. El apoyo emocional masculino bascula en mayor medida sobre la pareja (con la que mayoritariamente cuentan); el femenino, sobre la descendencia. No obstante, es el aislamiento social masculino el más vinculado a la existencia de hijos. Ellas cuentan con más redes de proximidad. Las mujeres de generaciones que transitan actualmente por edades avanzadas, tras una trayectoria vital dedicada a cuidar de la familia y del hogar, cuentan con redes sociales densas en vínculos próximos, en el vecindario. Las de los varones, una vez falta la pareja, dependen en mayor medida de su trayectoria reproductiva. Las consecuencias de

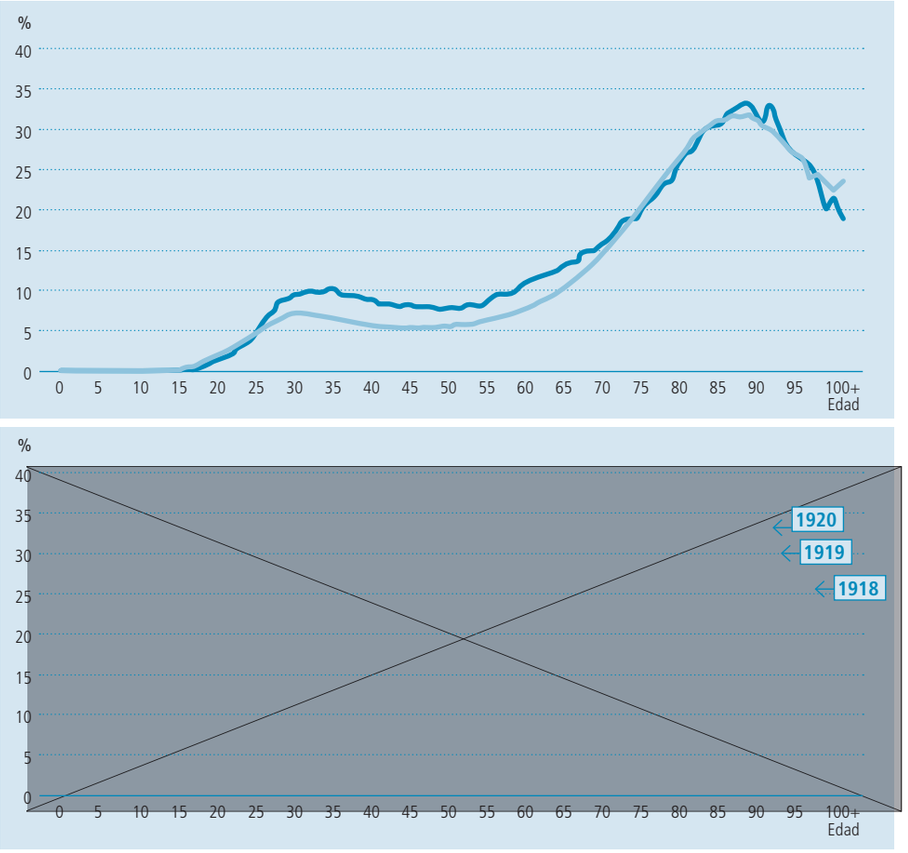
Tabla 7.
RIESGOS RELATIVOS DE SOLEDAD EMOCIONAL, FINLANDIA OCCIDENTAL (2011)

CONTACTOS SOCIALES		15-29 (N=771)		30-49 (N=1193)		50-64 (N=1496)		65-80 (N=1045)	
		OR		OR		OR		OR	
AMIGOS	Frecuente	1,00		1,00		1,00		1,00	
	Infrecuente	3,82	**	2,28	***	1,99	***	1,31	
VECINOS	Frecuente	1,00		1,00		1,00		1,00	
	Infrecuente	1,45	*	1,10		1,18		1,65	***
ACTIVIDADES ORGANIZADAS	Activo	1,00		1,00		1,00		1,00	
	No activo	1,10		1,42	*	1,31		1,06	

Fuente: Nyqvist *et al.*, 2016.

*** P < 0,05 ** P < 0,01 *** P < 0,001**

Figuras 5.1 y 5.2
TASAS DE SOLEDAD RESIDENCIAL POR EDAD, TIEMPO HISTÓRICO Y GENERACIÓN



Fuente: INE. Censos de población 2001 y 2011.

los cambios demográficos en la composición de las familias, con menos vínculos horizontales y descendientes de los mismos, podría agravar el aislamiento social de la población sin descendencia. Y ello podría dejar una huella más profunda en la soledad emocional masculina, a falta de otros cambios en las trayectorias vitales.

El cambio demográfico nos traerá más tiempo de vida con parientes y amigos de otras generaciones; esos que hacen la red social menos frágil, pues sus pérdidas no son coetáneas a las nuestras. En la medida en que convirtamos esa mayor coexistencia en tiempo realmente compartido, puede estar la respuesta al tiempo de soledad durante nuestra trayectoria de vida.

Tabla 8.
TIEMPO DE VIDA COMPARTIDO CON DISTINTOS VÍNCULOS FAMILIARES (DURACIÓN MEDIANA). GENERACIONES FEMENINAS ESPAÑOLAS 1935-1939 Y 1965-1969

VÍNCULO FAMILIAR	GENERACIONES	
	1935-1939	1965-1969
AMBOS PADRES	43	53
MADRE VIUDA	15	14
PAREJA	52	52
HIJOS EN CRIANZA	22	21
HIJOS ADULTOS	36	41

6 Base de datos: World Values Survey, 2016. Recuperado de: http://www.worldvaluessurvey.org/WVSNewsShowMore.jsp?evYEAR=2016&evMONTH=-1.

NO PASAREMOS MÁS TIEMPO SIN PAREJA POR VIUDEZ, PERO SÍ LO HAREMOS SIENDO MÁS MAYORES. TAMPOCO PASAREMOS MÁS TIEMPO DE NUESTRA VIDA SIN PADRES, PESE A NUESTRA MAYOR LONGEVIDAD

3

Aproximación conceptual a la soledad

Dr. Javier Yanguas

«Podría estar más sola
sin mi soledad.»

EMILY DICKINSON

1. INTRODUCCIÓN

Estar solo, sentirse solo, percibir que no somos amados, advertir que para nadie somos importantes, que nadie nos valora, reparar en que nadie nos cuidaría en caso de necesidad, descubrir que nuestra vida no tiene sentido, que está vacía… son cuestiones esenciales en lo que denominamos *soledad*.

La soledad es esa experiencia de aislamiento, de ausencia, de separación, de repudio, de no pertenencia, de desconexión… que podemos sentir de mayores o que nos puede «acompañar» desde la infancia, a lo largo de toda nuestra vida, y con la que es difícil convivir.

La soledad se tolera mal, le quita a la vida parte de su atractivo cuando no se desea. Pero es también una experiencia humana fundamental, compartida por todas las personas (universal), aunque cada uno —debido a su carácter esencialmente subjetivo— la viva de distinta forma, y siempre influenciada por variables personales, situacionales y contextuales.

El presente capítulo tiene como principal objetivo aproximarnos a la soledad e intentar comprenderla desde una mirada abierta y compleja.

2. DE LA SOLEDAD

La soledad parece cumplir todos los requisitos de lo que se conoce como un *concepto poliédrico*. Coexisten tantas definiciones como «miradas» diversas, y a pesar de todo, existe la íntima sensación de que no somos capaces de atrapar lo que palpita en su interior, debido a que todas las definiciones se antojan banales comparadas con la complejidad de lo que se intenta aprehender. Parece que la soledad se escabulle, se evapora, como si no deseara ser ni precisada ni delimitada. Vista la situación, un modo socorrido de empezar este capítulo, cuyo principal objetivo es desentrañar lo que palpita dentro de lo que conceptualizamos como soledad, es recurrir al manual publicado en 1982 y titulado *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*, donde se distinguen ocho aproximaciones teóricas distintas a la soledad (p. 130), resumibles en cuatro perspectivas clásicas (Yanguas *et al.*, 2018a y 2018b).

Entre el manual citado y el de Hojat y Crandall (2009), titulado *Loneliness: Theory, Research and Applications*, se puede determinar —con objeto de definir la soledad— que el interés de académicos e investigadores ha basculado desde las distintas teorías que diferenciaban qué es y cómo se puede comprender la soledad (una mirada más rica sobre la misma), hasta teorías de corte más empírico que enfatizan la importancia de medirla, y en las que se asume básicamente que incluye:

- Un **componente afectivo**, ligado a las emociones negativas (y sustentado por una aproximación teórica de corte psicodinámico que enfatiza la importancia de la necesidad social de relación).
- Un **componente cognitivo** (que es el que en realidad adquiere importancia en la visión de la soledad), relacionado con la discrepancia entre expectativas y realidad propia de las visiones cognitivistas.

En realidad, la existencia de dos factores ha marcado en cierta forma el devenir del concepto, porque ya Weiss (1973) —quizá en el primer manual existente sobre soledad— distinguía en su análisis también dos dimensiones básicas del sentimiento de soledad que, como ya aclaraba hace más de cuarenta años, pueden darse en paralelo:

- La **soledad emocional**, derivada de la ausencia de una figura íntima o confidente en la vida de las personas, como la pareja o una estrecha amistad.
- La **soledad social**, causada por la falta de una red amplia y efectiva de familiares, amigos o vecinos, lo que conduce a una integración social deficiente (Dahlberg y McKee, 2014; Dykstra y De Jong Gierveld, 2005; van Baarsen, 2002).

Ante la complejidad de su definición y de las variables que la inducen, la predicen o se relacionan

APROXIMACIONES TEÓRICAS A LA SOLEDAD, SEGÚN EL MANUAL *LONELINESS: A SOURCEBOOK OF CURRENT THEORY, RESEARCH AND THERAPY*:

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

con ella, y en aras de no realizar un planteamiento reduccionista, se ha optado por definir la soledad desde muy distintos puntos de vista complementarios. Asimismo, se ha llevado a cabo una revisión de las principales variables que la sitúan en un contexto más amplio, de tal modo que el lector pueda forjarse una idea propia basada en la evidencia empírica existente en la actualidad.

2.1. La soledad como concepto

La soledad se puede entender y caracterizar a través de los siguientes rasgos:

- La soledad se caracteriza por un **sentimiento de aislamiento**, que puede ser objetivo o subjetivo, metafísico o comunicativo, existencial, social…, que está siempre presente y que es parte nuclear de la experiencia personal e intransferible de lo que denominamos *soledad* (Stein y Tuval-Mashiach, 2015).
- La soledad se puede definir como la carencia o privación referida a **sentimientos de vacío o abandono** asociados a la ausencia de relaciones de intimidad (De Jong Gierveld, 1987). En otras palabras, la soledad tiene en su génesis un fuerte componente relacional.
- Otros autores entienden la soledad como la **discrepancia cognitiva** entre las relaciones que una persona tiene y las que esperaba tener. La aparición y/o el mantenimiento de esta discrepancia dependen de la evaluación subjetiva de la propia persona sobre la calidad y la cantidad de sus relaciones sociales (Peplau y Perlman, 1982; Yanguas *et al.*, 2018b).
- La experiencia de la soledad (al menos la no deseada) incluye habitualmente un conjunto de **emociones negativas** que la acompañan, tales como tristeza, melancolía, frustración, vergüenza o desesperación (De Jong Gierveld, 1987; De Jong Gierveld *et al.*, 2015b; Yanguas *et al*., 2018a y 2018b; Pinazo-Hernandis y Donio-Bellegarde, 2018).
- La soledad, además de poder estar provocada por la falta de relación con otras personas, también puede tener un componente de **falta de vinculación comunitaria**. La comunidad donde vive un individuo le provee de sentimientos de pertenencia, identificación con los demás, seguridad emocional, influencia recíproca, percepción de compartir valores y recursos, y conexión emocional, además de satisfacción de necesidades… (Dalton *et al.*, 2001). La ausencia de todos estos factores puede provocar sentimientos de soledad. En este sentido, autores relevantes como Cacioppo y Patrick (2008) definen la soledad como un «dolor social» comparable al dolor físico, dotándola de una función específica: si el dolor físico surge para protegernos de los peligros físicos, la soledad, como «dolor social», se manifestaría como una forma de protegernos del peligro de permanecer aislados

(relacionado, obviamente, con la importancia de las conexiones sociales).

- Para De Jong Gierveld, Keating y Fast (2015), el sentimiento de soledad es una **experiencia subjetiva y negativa**, resultado de una evaluación cognitiva en la que existen discrepancias entre las relaciones sociales que desean las personas y las que poseen realmente. Como bien afirman López Doblas y Díaz (2018), esta definición es heredera de una teoría formulada hace bastante tiempo por Perlman y Peplau (1981:31) en el ámbito de la psicología social, pero que sigue siendo muy aceptada por la comunidad científica internacional: la soledad es «una experiencia desagradable que ocurre cuando la red de relaciones sociales de una persona es deficiente en algún sentido importante, ya sea cuantitativa o cualitativamente». Dicha definición, por otro lado, incorpora elementos de la que propone De Jong Gierveld (1987) y enunciada anteriormente, al concebir la soledad como un sentimiento que llegan a sufrir las personas al percibir una falta de relaciones sociales insatisfactoria o inadmisible, bien porque su número es inferior al que desean o bien porque no aportan la intimidad esperada.
- Otras definiciones complementarias de las ideas anteriores, que sitúan la soledad en un contexto más amplio, son las siguientes:

2.2. La soledad como experiencia

Si algo define la soledad es la complejidad de su vivencia y los inumerables factores que intervienen sobre ella (Cohen-Mansfield *et al*., 2016). Algunos de los más relevantes son:

- La soledad se puede definir como la carencia o privación referida a **sentimientos de vacío o abandono** asociados a la ausencia de relaciones de intimidad (De Jong Gierveld, 1987). En otras palabras, la soledad tiene en su génesis un fuerte componente relacional.
- La soledad es una **vivencia experimentada en forma de múltiples realidades** (Victor *et al*., 2009; Victor y Sullivan, 2015) que son únicas, distintas y cambiantes, y que el individuo construye y reconstruye en el contexto de su vida y de su historia de vida. Así pues, la soledad es dinámica y sus matices cambian a lo largo del tiempo.
- Existen, además, **tantas soledades como «porqués» generadores** de los distintos sentimientos de aislamiento, vacío, exclusión… que experimenta una persona en situación de soledad (Yanguas, 2018).
- La soledad depende de la **interacción mutua de distintas variables** (Victor *et al*., 2009; Victor y Sullivan, 2015), algunas de ellas propias de la persona y otras externas al individuo (algunas bajo su influencia y otras que no dependen en absoluto de su voluntad), en mutua interacción:

  Factores intrapersonales: personalidad y «estilos» cognitivos (expectativas, evaluación de la situación por parte de la persona…).

  Factores extrapersonales: «*engagement* interpersonal» (el funcionamiento social de la persona a lo largo de todo su ciclo vital); eventos vitales que suceden a las personas tanto relativos a su salud (enfermedades…) como sociales (jubilación, viudez, pérdidas, marcha de los hijos a otros países…); factores socioeconómicos (renta, existencia o no de servicios de atención; ambiente social en el que vive la persona (vivienda, barreras arquitectónicas, equipamientos, tipo de comunidad individualista o colectiva, ámbito rural versus urbano…); estilos de vida (uso del tiempo libre, aficiones…); factores culturales y estereotipos sociales (edadismo)…

- La soledad es **vista de forma habitualmente opuesta por aquellos que la padecen y por aquellos que no la experimentan** (Hauge y Kirkevold, 2010; Donio Bellegarde, 2017): los «no solos» suelen opinar que la culpa de la soledad es de la propia persona solitaria, siendo causada, por ejemplo, por su personalidad crítica, por su actitud pasiva y negativa…, en una atribución causal interna; los «solos» consideran generalmente que responde más a factores externos —por ejemplo, a la falta de oportunidades para mantener el contacto social con personas relevantes— que a algo provocado por ellos mismos; es decir, realizan una atribución causal externa.

- Weiss (1973), uno de los pioneros en el estudio de la soledad, avisaba hace más de treinta años de la **importancia de los estereotipos nocivos** sobre la soledad: la soledad es vista a menudo, decía Weiss, como debilidad, como flaqueza o como autocomplacencia, ya que se supone que todo individuo debería ser capaz de eliminarla, al no tratarse de una dolencia de tipo físico. Como sucede con la tristeza o la depresión, proseguía Weiss, podría pensarse que el sentimiento de soledad debería poder ser eliminado exclusivamente a través de la voluntad, y que el individuo, en último término, aparece culpable de la misma, bien por acción o por omisión. Estos estereotipos, desgraciadamente, siguen hoy muy presentes, como constata la evidencia empírica existente tanto en la población general (Sagan y Miller, 2017) como en las personas mayores (Pikhartova *et al.*, 2016). Así, se subraya, por un lado, un comportamiento distinto hacia las personas supuestamente solitarias (más frío y distante), y por otro, profecías autocumplidoras respecto a la soledad en los mayores.
- Rubenstein y Shaver (1980 y 1982) contemplaban la complejidad de la soledad (y anunciaban cómo debería ser su respuesta) a través de taxonomías de la misma en las que diferenciaban.

2.3. Soledad y variables relacionadas

La literatura científica sobre soledad ha relacionado la misma con otras variables, entre las que conviene destacar las siguientes:

- El sentimiento de soledad, aunque en ocasiones se confunda con el **aislamiento social**, debe diferenciarse del mismo. Ambos conceptos están interrelacionados, pero no aluden a lo mismo (López Doblas y Díaz, 2018). El sentimiento de soledad obedece, como hemos visto, a un sentimiento o una insatisfacción motivada por la falta de ciertas relaciones, o por la pérdida de calidad en los contactos con otras personas… Es decir, tiene que ver con la forma en que los individuos perciben, experimentan, sienten y evalúan la falta de, digámoslo así, comunicación interpersonal (aunque, como veremos más adelante, no todas las soledades tienen que ver con las relaciones o la comunicación). El aislamiento social concierne a las características objetivas de una situación marcada por la escasez de relaciones sociales (Havens *et al.*, 2004). Una de las consecuencias del aislamiento social puede ser el sentimiento de soledad, aunque, teniendo pocos contactos sociales, unas personas llegan a sentirse muy solas, y otras, nada en absoluto (Cloutier-Fisher *et al.*, 2011), ya que depende de sus deseos y de sus expectativas con respecto a las relaciones sociales (De Jong Gierveld *et al.*, 2016). Igual pasa con el hecho de vivir en solitario: ello no conduce necesariamente al sentimiento de soledad, aunque en muchos casos pueda suponer un factor desencadenante (Victor *et al.*, 2000).

> PARA DE JONG GIERVELD, KEATING Y FAST EL SENTIMIENTO DE SOLEDAD ES UNA EXPERIENCIA SUBJETIVA Y NEGATIVA, RESULTADO DE UNA EVALUACIÓN COGNITIVA EN LA QUE EXISTEN DISCREPANCIAS ENTRE LAS RELACIONES SOCIALES QUE DESEAN LAS PERSONAS Y LAS QUE POSEEN REALMENTE

- La soledad puede derivarse de **causas objetivas** (ausencia de relaciones, por ejemplo) o ser independiente de las mismas (una persona puede no estar sola pero sentirse sola), no estando obligatoriamente relacionada con las habilidades sociales del sujeto que la padece (Vitkus y Horowitz, 1987). Ante la creencia de que los solitarios tienen malas relaciones sociales, la evidencia empírica advierte que muchas personas en situación de soledad poseen buenas habilidades sociales.
- La soledad necesita **un tiempo para fraguarse** (una persona no siente soledad, aunque pueda sentirse sola, de un día para otro). Requiere, por lo tanto, de una perspectiva temporal a través de la cual el individuo construye y percibe su soledad (De Jong Gierveld, 1998).
- La soledad **no es exclusivamente propia de las personas mayores**, sino que se trata de

un sentimiento capaz de afectar a los individuos en cualquier momento de su ciclo vital. Así, la literatura científica enfatiza que son los momentos de mayor vulnerabilidad aquellos en los que la soledad hace mella de forma especial. Por ello, tienen mayor riesgo de sufrirla las personas expuestas a eventos críticos que generan cambios sustanciales en sus relaciones sociales (Nicolaisen y Thorsen, 2014; Victor y Yang, 2012), o que las exponen a situaciones de extrema vulnerabilidad personal (enfermedad, falta de un proyecto vital, cercanía de la muerte…), aunque la incidencia resulta dispar.

- Diversas investigaciones **han relacionado la soledad actual de un individuo con su trayectoria vital** (Aartsen y Jylhä, 2011). El *engagement* social en las personas mayores está

Tabla 9.
OTRAS DEFINICIONES DE SOLEDAD

AUTOR	DEFINICIÓN
SULLIVAN (1953:290)	La soledad es la experiencia sumamente **desagradable** relacionada con la **necesidad de intimidad** en las relaciones interpersonales.
WEISS (1973:17)	La soledad **no viene causada por estar solo**, sino por estar sin una relación o conjunto de relaciones necesarias… La soledad siempre aparece como **respuesta a la ausencia** de algún tipo particular de relación, o más exactamente, como respuesta a la ausencia de alguna relación particular.
LEIDERMAN (1980:380)	La soledad se refiere a un **estado afectivo** en el que el individuo es consciente del sentimiento de estar **separado** de los demás, junto con la **experiencia de la necesidad** de otras personas.
PERLMAN Y PEPLAU (1981:31)	La soledad es la desagradable experiencia que sucede cuando la red de relaciones sociales de una persona es **deficiente** tanto cuantitativa como cualitativamente.
ROOK (1984:1391)	La soledad es una condición duradera de **sufrimiento emocional** que surge cuando una persona se siente **separada, incomprendida o rechazada por los demás** y/o **carece de personas** apropiadas para realizar las actividades que desea, en particular aquellas que proporcionan un sentido de integración social y ofrecen oportunidades para la **confianza (intimidad) emocional**.

AUTOR	DEFINICIÓN
ROKACH (1990:41)	La soledad es algo **natural** y una parte integrante del ser humano, como la felicidad, el hambre y la autorrealización. Los seres humanos nacemos solos y experimentamos el terror de la soledad en la muerte, y a menudo mucha soledad en el transcurso de nuestra vida.
YOUNGER (1995:59)	La soledad es el sentimiento de estar solo a pesar de **desear estar con los demás**. Los solitarios experimentan una sensación de total soledad, así como de falta de **sentido** y aburrimiento.
ANDERSSON (1998:282)	La soledad es la falta generalizada de **relaciones satisfactorias** tanto personales y sociales como comunitarias.
DE JONG GIERVELD (1998:120)	La soledad es una experiencia individual desagradable o inadmisible de **falta de calidad en ciertas relaciones**. Esto incluye situaciones en las que el número de relaciones existentes es menor de lo que se considera deseable o admisible, así como situaciones en las que la **intimidad** que uno desea no es alcanzada. Así, la soledad es entendida como la forma en que la persona **percibe, experimenta y evalúa su aislamiento y falta de comunicación** con otras personas.
KILLEEN (1998:764)	La soledad es la condición que describe los sentimientos de **distrés, depresión, deshumanización y desapego** que una persona sufre cuando se experimenta una **sensación de vacío debido a una vida social y/o emocional insatisfecha**.

determinado por el *engagement* que esas mismas personas han tenido al menos veinte años antes, y existe una relación directa entre el *engagement* social y la soledad (Dahlberg *et al.*, 2016). En otras palabras, la soledad no es un producto exclusivamente del momento actual, sino de la propia historia relacional.

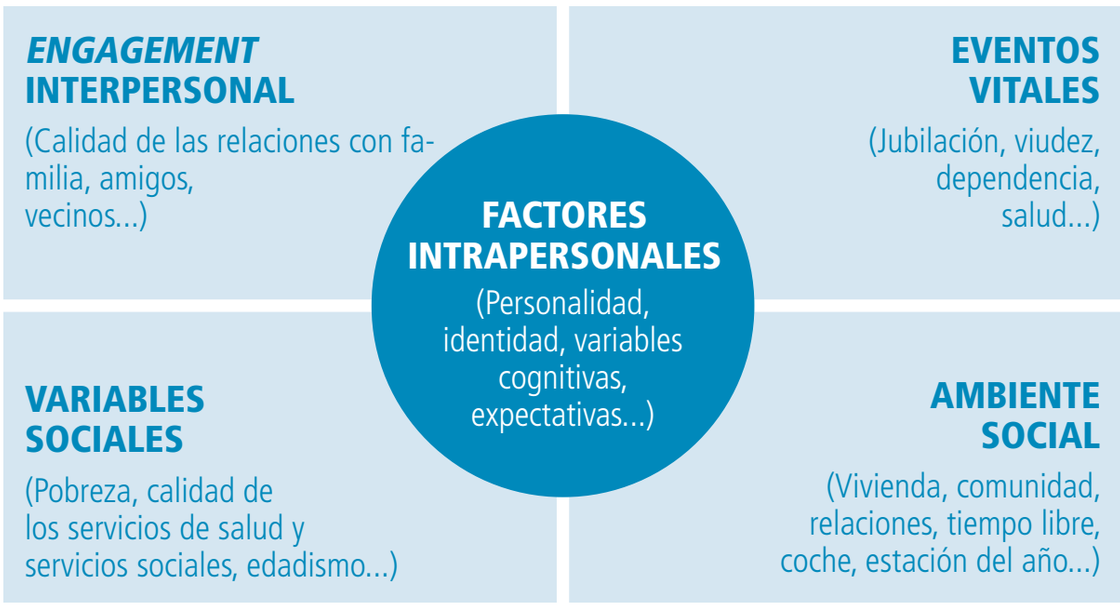
- **Aunque frecuentemente se señala que la soledad es cosa de mujeres mayores, la evidencia empírica no respalda del todo dicha afirmación.** Existen estudios que concluyen que la soledad es mayor en hombres que en mujeres, y otros que avalan que no existen diferencias estadísticamente significativas en función del género. Así, López Doblas y Díaz (2018), y Pinquart y Sörensen (2001), tras un metaanálisis sobre las diferencias de género en la soledad, argumentan que las mujeres la padecen en una magnitud superior debido a que los varones pueden tener más dificultades en reconocer en las encuestas que padecen dicha circunstancia (De Jong Gierveld *et al.*, 2016). A ello hay que añadir que existe una desigual exposición de hombres y mujeres a algunos factores de riesgo que inducen la soledad, como por ejemplo la viudez (Aartsen y Jylhä, 2011). Lo cierto es que otros muchos trabajos defienden que afecta más a las mujeres (Nicolaisen y Thorsen, 2014; Iecovich *et al*., 2011; Savikko *et al.*, 2005), incluso analizando a personas de cualquier edad (Victor y Yang, 2012). Otros estudios, como se mencionaba anteriormente, postulan que los hombres sufren más la soledad que las mujeres (De Jong Gierveld *et al.*, 2015a; Scharf y De Jong Gierveld, 2008). Y aún otros no aprecian que el género sirva para establecer diferencias significativas a nivel estadístico (Liu y Rook, 2013). En las muestras españolas sucede lo mismo. Algunos trabajos señalan que existe más soledad en mujeres que en hombres (Losada *et al*., 2012; Del Barrio *et al*., 2010), mientras que otros defienden la postura contraria (Sánchez-Rodríguez *et al.*, 2009). En un estudio propio del Programa de Personas Mayores de la Fundación "la Caixa", se determinaba que tanto el aislamiento como la soledad eran mayores en hombres que en mujeres.

- **La evidencia científica no es concluyente en cuanto a la existencia de una relación positiva entre la edad y la prevalencia de los sentimientos de soledad.** Algunos estudios (Dykstra *et al*., 2005) muestran que la experimentan, sobre todo, las mujeres mayores; otros, que a partir de los 80 años aumenta poco a poco (Pinquart y Sörensen, 2001), y otros (Dahlberg *et al.*, 2015; Nicolaisen y Thorsen, 2014, y Losada *et al*., 2012) concluyen que existe una asociación significativa entre la edad de las personas mayores y el grado en que se sienten solas. En cambio, también existen algunos trabajos con muestras poblacionales (Victor y Yang, 2012) que constatan que la relación entre edad y soledad no muestra un incremento lineal, sino una distribución en forma de U, con niveles de soledad relativamente altos en las personas menores de 25 años y en las mayores de 55, frente a ratios más bajas en las edades intermedias. Los «puntos de ruptura» a partir de los cuales la soledad crece considerablemente se encuentran en los 55 años para las mujeres y en los 75 años para los varones. Otros estudios rechazan dicha asociación, como Sundström *et al*. (2009) en una muestra europea, De Jong Gierveld *et al*. (2015a) en una canadiense, y Iecovich *et al*. (2011) para Israel.

- **La creencia de que la soledad entre los mayores ha aumentado en los últimos tiempos no está totalmente refrendada por la investigación científica** (Dahlberg *et al.*, 2018). Una revisión de la evidencia (Dykstra, 2009) halló una ligera disminución de la soledad en este sentido, aunque estudios más recientes no han apreciado cambios en el tiempo (De Vlaming *et al*., 2010) ni disminución de los niveles de soledad (Eloranta *et al.*, 2015). Desgraciadamente, no contamos con estudios en nuestro ámbito geográfico, pero en un trabajo británico con una perspectiva temporal muy larga, donde se comparaban los niveles de soledad de distintas personas en el año 1999, con respecto a estudios realizados entre 1945 y 1960, no se detectó un aumento de la soledad severa (Victor *et al.*, 2002) y sí, en cambio, intensidades más moderadas de soledad.

- El **bajo nivel socioeconómico** es otra variable sociodemográfica asociada a la soledad. La educación y el nivel de ingresos se han utilizado habitualmente como indicadores del nivel socioeconómico, y ambos han sido asociados contundentemente a la soledad, especialmente porque existen menos posibilidades de participación social y redes sociales más pequeñas entre personas con bajos niveles de ingresos y de educación (Jylhä y Saarenheimo, 2010; Savikko *et al.*, 2005; Dahlberg *et al.*, 2018).

- Otras variables ampliamente relacionadas con la soledad son los denominados **factores sociales**, como por ejemplo el apoyo social y la red social (ya mencionados en el capítulo anterior). Numerosas investigaciones han demostrado una fuerte relación entre el estado civil y la soledad, más concretamente entre la pérdida de la pareja y la soledad, siendo la viudez un predictor clave



Adaptado de Victor *et al.*, 2009; Victor y Sullivan, 2015.

de la soledad en personas mayores (Aartsen y Jylhä, 2011; Dahlberg y McKee, 2014; Dahlberg *et al.*, 2015; Dykstra *et al.*, 2005; Jylhä y Saarenheimo, 2010). A medida que las personas envejecen, es más probable que se enfrenten a problemas de salud y que sus redes sociales focalicen su función en tareas de apoyo. Cuanto mayor es el apoyo (personas con redes de apoyo más amplias), las personas que lo reciben informan sobre una menor soledad (Dahlberg *et al.*, 2016; Dykstra y Fokkema, 2007). Además, y como es bien sabido, los bajos niveles en los contactos sociales aumentan también el riesgo de soledad (Ayalon *et al.*, 2013; Victor *et al.*, 2009).

- Aunque se tratará de forma exhaustiva en posteriores capítulos, los **problemas de salud** —tanto físicos (dificultades de movilidad…) como psicológicos (depresión, ansiedad…)— se asocian habitualmente a la soledad (Aartsen y Jylhä, 2011; Cohen-Mansfield *et al.*, 2009; Heikkinen y Kauppinen, 2011; Luanaigh y Lawlor, 2008; Eloranta *et al.*, 2015; Dahlberg *et al.*, 2018). Así, las personas con un peor funcionamiento físico son más propensas a experimentar soledad (Aartsen y Jylhä, 2011; De Vlaming *et al.*, 2010; Jylhä, 2004; Routasalo y Pitkala, 2003), ya que las dificultades de movilidad pueden suponer un obstáculo para el compromiso social (Cohen-Mansfield y Parpura-Gill, 2007). En este sentido, se ha demostrado que la soledad se ha vuelto más común con el paso del tiempo entre personas con un bajo funcionamiento físico (De Vlaming *et al.*, 2010).

Así pues, el fenómeno de la soledad, lejos de ser algo sencillo, comprende desde emociones hasta procesos cognitivos, incluye a la persona y a la comunidad, engloba variables «intrapersonales» y culturales, se ve influenciado por los comportamientos y mediatizado por factores externos (como la vivienda), se relaciona con la fragilidad y la vulnerabilidad, no está tan claro que correlacione su prevalencia con la edad… Y un largo etcétera de cuestiones en las que residen tanto su complejidad como el desafío que representa para nuestras sociedades.

3. LA SOLEDAD EN CIFRAS

Como ya se ha manifestado en el capítulo 2, «Demografía de la soledad», del presente manual, habitualmente suelen ofrecerse datos de la prevalencia de soledad en los que se confunde este sentimiento (de naturaleza subjetiva) con el hecho de vivir solo (cuestión objetiva). La tesis[7] que sustenta este planteamiento es sencilla:

LA COMPLEJIDAD DE LA SOLEDAD: MOTIVOS DIVERSOS, SENTIMIENTOS DISTINTOS, VARIADAS RESPUESTAS (DE RUBENSTEIN Y SHAVER):

a. **Los distintos sentimientos de soledad**
Dentro de los distintos sentimientos, argumentaban que existe un tipo de soledad ligado a sentimientos de desesperación (que incluyen miedo, desesperanza, vulnerabilidad…); otra categoría de soledad provocada por sentimientos de tristeza, vacío, aislamiento…; otra relacionada con el hastío, el aburrimiento…; otra, con la baja autoestima…

b. **Los motivos que hipotéticamente los podían ocasionar**
Los sentimientos que caracterizan las distintas soledades son producidos por causas diversas: hay quien se puede sentir solo porque se siente aislado, o porque le falta la pareja, o porque, teniendo pareja, no cuenta con el cariño que necesita, o porque está hospitalizado, o por miles de posibles causas distintas. Las cuestiones que cabe plantearse son: Ante motivos diferentes, ¿dar compañía es suficiente? O, si queremos paliar, aliviar o mejorar la soledad, ¿solo podemos hacerlo mediante un conjunto de intervenciones múltiples y variadas?

c. **Las respuestas de las personas ante dichos sentimientos de soledad**
Ante sentimientos diversos y causas diferentes que provocan las distintas soledades, los individuos reaccionan de formas muy variadas. Así, en la soledad nos encontramos con una enorme diversidad de respuestas personales a esa situación (hay quien elabora una respuesta activa, otros pasiva, hay quien busca apoyo social…). Por otro lado, está en juego también la importancia de las capacidades de las personas para dar respuesta a la soledad.

- Si en España, en 2015, el 25 % de la población vive sola (alrededor de 4.585.200 personas, según datos del INE),
- y, de ese conjunto total de hogares donde viven personas solas, el 40 % están habitados por personas mayores de 65 años,
- de las cuales siete de cada diez son mujeres,
- y, aproximadamente, unas 400.000 son mayores de 85 años (también son mujeres en la mayor parte de los casos) (INE, 2015),
- resultado: la soledad en España la sufren las mujeres, mayores, que viven solas y visten de negro (viudas).

Además, los datos de 2017 (INE, 2017) confirman esta tendencia. Es decir, vivir solo es cosa de mayores, y este modo de convivencia se generaliza: de los 4.687.400 personas que vivían solas en 2017, el 41,8 % (casi 2 millones) tenían 65 o más años, y de ellas, 1.410.000 eran mujeres.

Lo que ocurre es que esta analogía no es totalmente cierta, aunque las mujeres que viven solas puedan padecer mucha soledad. El aislamiento social se refiere a la falta de contacto social, que puede ser cuantificado objetivamente (por ejemplo, al vivir solo). La soledad, sin embargo, se define subjetivamente como una experiencia dolorosa experimentada en ausencia de relaciones sociales o de sentimientos de pertenencia, o debida a una sensación de aislamiento (Mushtaq *et al.*, 2014; Hawkley y Capitanio, 2015). La soledad, como se ha mencionado en el punto anterior, es también el fruto de una discrepancia percibida entre las necesidades sociales y su disponibilidad. Es, como destacaba Weiss (1987), un estado emocional que puede reflejar (en muchos casos) la experiencia subjetiva de quien sufre aislamiento social. Por ello, aunque exista una intensa relación entre «vivir solo» y «sentirse solo», no solo es factible realizar el análisis de la soledad desde los «modos de convivencia», sino que es fundamental, centrándonos en dos cuestiones: la red social y los sentimientos de soledad.

Los estudios que abordan la soledad desde el punto de vista de su relación con el aislamiento social ofrecen una imagen de la misma velada, poco nítida en algunos casos, con datos muy dispares e, incluso, contradictorios, con muestras habitualmente de otras culturas (la soledad

está muy ligada a factores culturales) y, en ocasiones, difícilmente comparables por cuestiones metodológicas (diseño de la muestra, pruebas de evaluación, distintas formas de preguntar por la soledad…).

Asumiendo lo anteriormente reseñado, una foto del reto que la soledad supone para las sociedades occidentales sería la siguiente:

- Según datos de Eurostat (2017), el 6 % de la población de la Unión Europea no tiene a nadie a quien pedir ayuda si la necesita (muestra de adultos de 16 años o más), con datos que varían entre el 2 % de países como la República Checa, Finlandia, Eslovaquia y Suecia, y el 13 % de Italia y Luxemburgo. Un porcentaje idéntico de la misma población, el 6 %, no tiene a nadie con quien tratar o discutir sus asuntos personales. En este sentido, las cifras más altas se registraron en Francia e Italia (12 %), y las más bajas en Chipre, España, Eslovaquia, la República Checa y Hungría (2 %). Además, estos datos de Eurostat destacan otra cuestión: las desigualdades socioeconómicas parecen ser fundamentales en el análisis del aislamiento social, ya que, entre los europeos con ingresos más altos y aquellos con ingresos más bajos, la diferencia de la tasa de aislamiento social era más del doble.
- En el trabajo *Quality of life in Europe* (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2014), el porcentaje de personas que contestan que «nunca» se han sentido solas varía entre el 35-45 % de países como Italia, Polonia o Grecia; el 48-56 % de países como España, Bélgica, Portugal o Francia; y el 59-75 % de países como Alemania, Finlandia, Austria, Holanda o Dinamarca. En general, parece existir un patrón que más adelante se comprueba en otras investigaciones: la soledad es mayor en el sur de Europa que en el norte, y mayor en el este que en el oeste de Europa; y existen sociedades más «familistas» (mayor soledad) versus sociedades más «individualistas» (menor soledad).
- Distintos estudios apuntan prevalencias entre el 20 y el 40 % de la población mayor, atendiendo a la metodología de estudio utilizada y a la definición considerada (Beutel *et al.*, 2017; Ong *et al.*, 2016; Beaumont, 2013).
- La soledad parece ser mayor al final de la adolescencia y en la vejez que en otros momentos del ciclo vital (Luhmann y Hawkley, 2016), y ha sido relacionada con indicadores de integración social como las relaciones de pareja, el apoyo social percibido y la aceptación. En general, la investigación asume que las personas solteras se sienten más solas que las casadas (Luhmann y Hawkley, 2016), y no tener hijos parece no tener un efecto directo sobre la soledad en los mayores, aunque vivir solo se relaciona con una menor red social, que es un indicador de soledad tanto en hombres como en mujeres. En cuanto al género, la evidencia empírica es contradictoria: algunas investigaciones no señalan diferencias en este sentido (Zebhauser *et al.*, 2015), mientras que otras (Tesch-Römer *et al*., 2013) hallaron mayores índices de soledad en hombres que en mujeres, y aún en otras investigaciones (Zebhauser *et al*., 2015) se determinó que el nivel medio de soledad solo difería en los mayores de 85 años, entre los cuales la soledad era mayor en mujeres que en hombres.
- Desde una perspectiva longitudinal, Victor *et al.* (2005a) evaluaron las trayectorias de la soledad de las personas mayores en su estudio mediante una pregunta que pedía a las personas encuestadas que comparasen, retrospectivamente, el nivel de soledad actual con el que tenían diez años antes. Teniendo en cuenta estos datos, los autores definieron cuatro tipos de trayectorias de la soledad: las personas mayores que nunca se sentían solas (54 %), las que habían desarrollado sentimientos de soledad con el paso del tiempo (21 %), las que habían disminuido su soledad durante ese periodo (10 %), y las que siempre habían estado solas (15 %). Trayectorias similares identificó posteriormente Newall (2010), quien comparó los niveles de soledad referidos por las personas mayores encuestadas en el estudio longitudinal del envejecimiento de Manitoba (Canadá) a lo largo de cinco años, estableciendo también cuatro trayectorias de la soledad en la vejez: los solitarios persistentes (14,7 %), los no solitarios persistentes (56,6 %), los que superan la soledad (16,2 %) y los que empiezan a sentir la soledad (12,5 %). Dichas trayectorias identifican dos perfiles de soledad, uno continuo y otro discontinuo, lo que puede estar reflejando la influencia de factores disposicionales en las trayectorias continuas y la influencia de acontecimientos vitales en las trayectorias fluctuantes. Se confirmaría así la necesidad de tener en cuenta la variabilidad que puede existir en la experiencia de la soledad en la vejez (Victor *et al*., 2005a).
- Como se ha insinuado anteriormente, las tasas de soledad suelen ser más elevadas en los

países del este y sur de Europa que en el norte (Del Barrio *et al.*, 2010; Dykstra, 2009; Fokkema *et al.*, 2012; Rico-Uribe *et al.*, 2016; Sánchez Rodríguez *et al.*, 2012; Yang y Victor, 2011; De Jong Gierveld y Tesch-Römer, 2012; Hansen y Slagsvold, 2015). Por ejemplo, Sundström *et al.* (2009), en una investigación transcultural en doce países europeos, observaron lo siguiente: *a*) Suiza, Dinamarca y Suecia presentaron las tasas más bajas de soledad; *b*) las más altas correspondían a Francia, Israel, Italia y Grecia, y *c*) la prevalencia de soledad casi todo el tiempo varió del 1 % en Suiza al 10 % en Grecia, siendo el 7 % en España. En otras palabras: sociedades más «familistas» tienen mayores tasas de soledad que sociedades más individualistas.

- Asimismo, 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, así como de contar con relaciones sociales satisfactorias (Hansen y Slagsvold, 2015). Igualmente, se ha constatado la influencia de los valores culturales de los diferentes países en la personalidad de sus habitantes, lo que afectaría las expectativas que tienen sobre sus relaciones sociales y, consiguientemente, contribuiría a una mayor o menor prevalencia de soledad (Yang y Victor, 2011).

Se puede afirmar que la soledad, sin olvidar que todavía resulta un concepto poco explorado y menos comprendido de forma profunda, es un problema prevalente y serio, que irá, muy probablemente, en aumento en las próximas décadas, con un coste personal, social y sanitario de primer orden.

4. SOLEDAD Y GÉNERO

La relación entre soledad y género no está clara, y distintos autores (Rokach, 2018; Dahlberg *et al.*, 2015) reclaman con intensidad la necesidad de ahondar en esta cuestión. Especialmente, debería profundizarse no tan solo en la intensidad de dicho sentimiento, sino en si existen o no diferencias cualitativas en la experiencia de la soledad entre ambos géneros. Resumiendo de forma quizá excesiva, en la literatura científica se aprecian, en la actualidad, cuatro posiciones distintas:

- Autores que encuentran más soledad en mujeres que en hombres (Victor y Yang, 2012; Nolen-Hoeksema y Rusting, 2000), argumentando, además, que las últimas están más abiertas a reconocer y admitir sus sentimientos de soledad que los hombres.
- Alguna autora (Rokach, 2018) que demuestra que, cuando otros factores como el estado civil, la salud, la edad y los modos de convivencia están controlados, no existen diferencias de género en la experiencia de la soledad. Y otros (Singh y Misra, 2009; Wilson y Moulton, 2010) que, directamente, no observan diferencias en este sentido.
- Otras investigadoras (Aartsen y Jylhä, 2011; Rokach, 2018) evidencian que, al explorar indirectamente la soledad —ya argumentaban Borys y Perlman hace más de tres décadas (1985), hablando de la soledad, que los hombres son más reacios que las mujeres a reconocer lo que está socialmente estigmatizado—, los hombres padecen más soledad que las mujeres. Marja Aartsen y Marja Jylhä esgrimen un razonamiento similar al de Borys y Perlman (1985): los hombres experimentan más soledad social que las mujeres porque es más fácil (para ellos) admitir la falta de contactos sociales que las emociones de no tener dichos contactos (Aartsen y Jylhä, 2011:251; Rokach, 2018).
- Investigadores como Dong y Chen (2017) afirmaban que la mayor parte de las investigaciones sugieren que las mujeres mayores tienen más posibilidades que los hombres de experimentar soledad.
- Otros investigadores han sugerido que las diferencias en la soledad en función del género pueden ser debidas a cuestiones estrictamente metodológicas, concretamente al tipo de evaluación realizada (Helm *et al.*, 2018). Así, en medidas de un solo ítem sobre la soledad, las mujeres obtienen puntuaciones más altas que los hombres, mientras que en medidas más complejas ocurre lo

contrario: los hombres parecen obtener mayores puntuaciones en soledad que las mujeres.

Junto con la mirada cuantitativa con respecto a la relación entre género y soledad, existe otra visión más cualitativa que es de interés: la que aborda las notables diferencias en las trayectorias biográficas actuales entre mujeres y hombres. Estas diferencias, bien compendiadas en la literatura científica (Dahlberg *et al.*, 2015), tienen una indudable influencia en las relaciones sociales y, por lo tanto, en la experiencia de la soledad, y no deben ser olvidadas en la consideración de las diferencias de género. Resumidamente, la gerontología ha establecido con precisión que:

- Las mujeres viven más tiempo que los hombres y tienden a casarse con hombres que son mayores que ellas, lo que implica que las mujeres son más susceptibles de quedar viudas y hacerlo a una edad más temprana que los hombres (Lennartsson y Lundberg, 2007). Es decir, hipotéticamente hablando, son más «sensibles» las mujeres (como colectivo) a las pérdidas que los hombres (como grupo).
- La viudez puede no tener las mismas implicaciones en la vida de mujeres y hombres. Por ejemplo, se ha demostrado que las mujeres tienen niveles más altos de contactos sociales con la familia, los amigos y los vecinos (Dykstra y Fokkema, 2007; Victor *et al*., 2006) que pueden aliviar algunos de los efectos negativos de la pérdida del cónyuge, lo que no ocurre en el caso de los hombres, cuya viudez tiene más efectos negativos.
- Se ha demostrado, asimismo, que la viudez es más negativa para la salud de los hombres que para la de las mujeres (Lennartsson y Lundberg, 2007; Moon *et al*., 2011), lo cual tiene una incidencia directa en la soledad (ver el capítulo 5, «Soledad y salud», en este manual).
- Por último, los problemas de salud y las limitaciones de movilidad son más comunes entre las mujeres mayores que entre los hombres (Lennartsson y Lundberg, 2007; Schön y Parker, 2009), lo cual puede repercutir en la propia experiencia de la soledad, debido a la bien establecida relación entre dependencia y soledad.

En cualquier caso, y como destacábamos al inicio de este apartado, las diferencias entre géneros y la vivencia de la soledad no están aún bien establecidas. Un último apunte: dos encuestas realizadas en el Programa de Personas Mayores de la Fundación "la Caixa" han arrojado, asimismo, resultados dispares:

- En una encuesta telefónica cuyos resultados se exponen más adelante, la soledad —tanto social como emocional— en hombres es el 5 % mayor de media que en mujeres.
- En una encuesta con una muestra de 14.886 personas mayores con entrevistas presenciales, la soledad emocional de las mujeres es algo más elevada que la de los hombres. No obstante, a su vez los hombres sufren más soledad social que las mujeres, lo que concuerda con la idea de Borys y Perlman (1985), así como con la evidencia que ofrecen Aartsen y Jylhä (2011): los hombres experimentan más soledad social que las mujeres porque es más fácil (para ellos) admitir la falta de contactos sociales que las emociones de no tener dichos contactos, lo cual no indica que padezcan menos soledad emocional, sino que no la reconocen.

5. CONCLUSIONES

La soledad es un fenómeno intrínsecamente humano, complejo y paradójico, y no exclusivamente relacional, que cada uno vive y siente a su manera; que nos hace sufrir pero también nos abre posibilidades; que tiene que ver con los demás (las soledades relacionales), pero también, y como se verá en el capítulo siguiente, con uno mismo y con la creencia que tenemos de una vida plena con sentido y significado; que está relacionado con el sentimiento de pertenencia, y que nos «avisa», como decía John Cacioppo, de los peligros de la vida «fuera» de la comunidad.

Volviendo a los capítulos anteriores, un último comentario: el reverso de la soledad no es la «no soledad», sino tener un buen funcionamiento social, que es muy distinto.

LA SOLEDAD SE DEFINE SUBJETIVAMENTE COMO UNA EXPERIENCIA DOLOROSA EXPERIMENTADA EN AUSENCIA DE RELACIONES SOCIALES O DE SENTIMIENTOS DE PERTENENCIA, O DEBIDA A UNA SENSACIÓN DE AISLAMIENTO

LA SOLEDAD PARECE SER MAYOR AL FINAL DE LA ADOLESCENCIA Y EN LA VEJEZ QUE EN OTROS MOMENTOS DEL CICLO VITAL Y HA SIDO RELACIONADA CON INDICADORES DE INTEGRACIÓN SOCIAL COMO LAS RELACIONES DE PAREJA, EL APOYO SOCIAL PERCIBIDO Y LA ACEPTACIÓN

LA RELACIÓN ENTRE SOLEDAD Y GÉNERO NO ESTÁ CLARA, Y DISTINTOS AUTORES RECLAMAN CON INTENSIDAD LA NECESIDAD DE AHONDAR EN ESTA CUESTIÓN: DEBERÍA PROFUNDIZARSE NO TAN SOLO EN LA INTENSIDAD DE DICHO SENTIMIENTO, SINO EN SI EXISTEN O NO DIFERENCIAS CUALITATIVAS EN LA EXPERIENCIA DE LA SOLEDAD ENTRE AMBOS GÉNEROS

EN ESPAÑA LOS ESTUDIOS ESCASEAN, PERO:

- Andrés Losada y colaboradores de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid (Losada *et al.*, 2012) constataron que el 23,1 % de las personas mayores españolas de su muestra se sentían solas: el 17,1 % se sentían solas a veces, y el 6,0 %, a menudo.
- Velarde-Mayol *et al.* (2015) observaron que la mayoría de los que vivían solos —el 63,2 %— presentaban niveles de soledad entre moderados y graves. Al comparar la muestra de personas que vivían solas con la de aquellas que vivían acompañadas, casi dos tercios de las primeras experimentaban un mayor grado de soledad que aquellas que no vivían solas.
- Sánchez-Rodríguez (2009) halló tasas de soledad del 58,7 % (presentaban algún grado de soledad): el 42 % de la muestra informaron de niveles bajos de soledad, mientras que el 16,8 % sufrían soledad moderada o grave.
- El resultado de otro estudio, publicado por el Programa de Personas Mayores de la Fundación "la Caixa" (2019) a partir de una muestra de 1.688 mayores de 20 años en ocho ciudades españolas, fue porcentajes de «riesgo» de aislamiento social cercanos al 39 % de la población, así como tasas de soledad cercanas al 24 %, que diferían según distintas variables sociodemográficas.
- En un estudio de Díez y Morenos (2015) para la Fundación AXA y la Fundación ONCE, se estableció que: *a*) más de la mitad de la población española asegura haber sentido en algún momento sensación de soledad durante el ultimo año; *b*) uno de cada diez españoles admite sentirse solo «con mucha frecuencia», y *c*) más de un tercio de los encuestados reconocen haberse sentido solos «a veces», y entre la población con discapacidad, el porcentaje de personas que dicen sentirse solas con mucha frecuencia alcanza el 23 %.

7 Los datos aportados corresponden a 2015, aunque se ofrecen datos de 2018 sobre esta misma cuestión en el capítulo anterior. El lector, si así lo desea, puede establecer comparaciones entre ambos tipos de datos.

4

¿Qué sienten los que padecen soledad? La experiencia de la soledad

Dr. Javier Yanguas

«Ahora que todo vuelve: el silencio y la espera,
las palabras que hemos guardado en lugar seguro
todo este julio de viento y nostalgia.»

MIQUEL MARTÍ I POL

1. LA EXPERIENCIA DE LA SOLEDAD

Mientras que en el capítulo anterior se ha conceptualizado la soledad desde distintos puntos de vista en busca de una mirada amplia sobre la misma, en los siguientes apartados se va a proceder a describir la soledad desde la experiencia de las propias personas que la experimentan, respetando el mismo criterio que en el capítulo precedente: intentar proporcionar una mirada compleja y matizada de este sentimiento.

Las personas que sienten soledad la expresan de muy variadas formas:

- Hay quien focaliza su atención en el sentimiento de aislamiento, que puede presentar múltiples expresiones:

  Algunos se conciben como viviendo en una burbuja donde solo están ellos, separados por una especie de «membrana impermeable» que no les deja ni comunicarse, ni acercarse a los demás.

  Para otros, ese aislamiento es mucho más objetivo: no se relacionan con nadie, no ven a nadie, no hablan con nadie.

  Para otras personas, el aislamiento tiene que ver más con sentirse amenazadas.

- Hay personas que hablan de sentimientos de abandono, de no ser reconocidas por parte de los demás, de falta de valoración, enfatizando los aspectos más relacionados con el desamparo, la desatención y el rechazo.
- En ocasiones, son los sentimientos de vacío, de falta de sentido, de carencia de una vida con significado, de ausencia de un proyecto vital o de «aburrimiento existencial» los que traban la soledad. Algunos momentos de la vida son especialmente significativos para la soledad que proviene de la ausencia de objetivos vitales: la jubilación, la enfermedad, el divorcio…
- La vulnerabilidad, esa posibilidad de ser herido, es la que a veces desata los sentimientos de soledad, a los que se unen el miedo, la fragilidad, la inseguridad, la desconfianza en las propias capacidades, la sospecha de un futuro peor que el presente que la persona vive, la sensación de amenaza constante…
- En algunos casos, la soledad no es la ausencia de relaciones, sino la pérdida de alguna relación especialmente significativa. Sucede, a modo de ejemplo, con personas muy mayores que pierden a la pareja con la que han vivido largas décadas: nada puede paliar la pérdida de esa persona. No son las relaciones, sino el «valor» de esas relaciones para la persona, lo que causa la soledad, y así lo expresan.
- Es habitual que algunas personas hablen de vagos sentimientos de tristeza, frustración, vergüenza o desesperanza, sin enunciar la palabra *soledad*. Es como si, ante una palabra que avergüenza y atemoriza, se optase por definir los sentimientos que se le asocian, sin nombrarla.
- Por ello, también es relativamente común que el solitario refiera una vida relacionalmente plena, o al menos satisfactoria. En caso contrario, si reconozco que me siento sola, admito —al menos implícitamente— o que soy rara, o culpable de algo, o que mis hijos no me quieren. Si acepto que mi madre se siente sola, pareceré irremediablemente un mal hijo.
- Para muchos varones, y algunas mujeres, la soledad es sinónimo de debilidad, flaqueza o cobardía. Asumir mi soledad es admitir mi impotencia.
- En algunas ocasiones, es la falta de intimidad la que domina en los discursos de algunas personas sobre la soledad. No la falta de relaciones en general, sino la falta de relaciones íntimas.

- Otros expresan que la falta de proyectos compartidos, o los cambios acaecidos en los lugares donde viven (procesos de gentrificación, cambios poblacionales en barrios, despoblación en lo rural…), son las cuestiones que parecen nutrir los sentimientos de soledad.
- El estado de salud también marca, como veremos más adelante, la propia experiencia de la soledad. Es la vivencia de la pérdida de energía vital, la lectura de los mensajes internos en el sentido de que la fragilidad física o, a veces, la dependencia mandan sobre la persona. El repliegue hacia dentro viene desde la experiencia física, y así lo describen.
- La incertidumbre ante el futuro tiene, además de un componente relacionado con la salud, otro que genera soledad: la percepción de un futuro sin apoyo. Cuando la persona no sabe quién la cuidará, en quién se apoyará, cómo vivirá su vejez…, la soledad se acrecienta.
- Para algunas personas, la soledad funciona como el «elemento motivador» que les organiza la vida: planifican sus días con el objetivo de huir de la soledad, llenando el día de actividades con o sin sentido.
- Algunas personas refieren una incapacidad para «sintonizar» con los demás, como si hablaran en idiomas distintos, en «diferentes longitudes de onda», incapaces de comunicarse entre sí. En términos psicoanalíticos, como si les faltara compartir la misma «intersubjetividad» (entendida esta como los significados compartidos construidos por las personas en sus relaciones sociales que ayudan a interpretar los significados de lo que sucede en la vida cotidiana).
- La soledad pesa tanto para algunas personas, y estas tienen tan mal concepto de lo que significa sentirse solas, que ese sentimiento de soledad las lleva al aislamiento y, por lo tanto, a sentirse más solas. Quedan envueltas, así, en una paradoja: la soledad que aísla también fomenta su propia exclusión.
- La «vida interior», dicen algunas personas, se vuelve cada vez más «ruidosa»: se abren paso «conversaciones interiores» simultáneas, las personas imaginan conversaciones voluntarias, o involuntarias…

ES HABITUAL QUE ALGUNAS PERSONAS HABLEN DE VAGOS SENTIMIENTOS DE TRISTEZA, FRUSTRACIÓN, VERGÜENZA O DESESPERANZA, SIN ENUNCIAR LA PALABRA SOLEDAD

- A veces, las personas que sienten soledad «mienten» y crean una versión paralela de su propia existencia. Se inventan una vida plena de actividades, relaciones, éxitos…, y esa vida «ficticia» les va condicionando, porque no es la que desean, sino la que la soledad (su minimización) les permite. Además, aumenta la distancia entre el «yo ficticio» y el «yo real»: soy jovial, ocurrente e ingenioso con el objetivo de disminuir mi soledad, pero cada vez me siento más solo.
- La falta de relaciones lleva a la persona a la inseguridad y a hacerse «hiperconsciente» (hipervigilante) de posibles peligros. En otras palabras, es difícil sentirse solo sin sentir zozobra. Cuando uno está solo, el mundo empieza a ser un lugar más amenazante.
- En los modelos de estrés asociado a los cuidados (ver más adelante el capítulo 6, «Soledad y cuidado informal»), las relaciones sociales funcionan como «amortiguadores del estrés». Es decir, otras personas «intervienen» entre «tú» (persona cuidadora) y las dificultades a las que te enfrentas, ofreciéndote apoyo (emocional, informacional, instrumental) y ayudándote a reducir los efectos del estrés. En el caso de la soledad, esto no se da. Hay personas que, aunque tengan apoyo instrumental, no sienten el apoyo psicológico, porque se sienten solas. No existe nadie que las refuerce positivamente. Y esta falta de apoyo parece fundamental en la aparición de los problemas de salud. Muchos cuidadores de personas dependientes experimentan esta situación de forma cotidiana. Además, cuando más se necesita a las personas, más se abre un abismo entre la necesidad de los demás y las posibilidades que la persona con soledad cree tener de poder estar con otros.
- Una última cuestión: la hipervigilancia. En ocasiones, las personas echan tanto de menos las relaciones y el compartir, que ante cualquier estímulo «social» sobrerreaccionan y sobreinterpretan lo que les sucede, disminuyendo sus posibilidades de «éxito» relacional, lo que las conduce inevitablemente a mayor soledad y/o aislamiento.

El listado anterior de formas en que las personas experimentan la soledad no pretende ser ni

mucho menos exhaustivo de todas las maneras posibles de vivir dicho sentimiento, pero sí quiere introducir al lector en una perspectiva más cualitativa, más subjetiva y, por lo tanto, más cercana a la persona.

2. SOLEDAD Y FRAGILIDAD

En el presente punto se analizará la relación entre fragilidad y soledad exclusivamente desde el punto de vista de la persona.[8] Para ello, en primer lugar se introducirá brevemente el concepto de fragilidad, para posteriormente analizar desde la óptica de la persona la relación entre fragilidad y soledad.

2.1. Definición de fragilidad

La fragilidad ha tenido, desde el año 2001 (Fried *et al*., 2001), un enorme desarrollo, en cuyo marco, entre otras cuestiones, se ha buscado con ahínco una definición que abarque tan vasto concepto. El *Libro blanco sobre fragilidad*,[9] elaborado por la Asociación Internacional de Gerontología y Geriatría (IAGG, del inglés International Association of Gerontology and Geriatrics) y la Sociedad Española de Medicina Geriátrica (SEMEG), la define como «un estado clínico que aumenta la vulnerabilidad de un individuo para desarrollar dependencia y/o aumentar la mortalidad cuando es expuesto a un factor de estrés». Se entiende, así, que el aumento de la vulnerabilidad resta posibilidades a las personas de seguir disfrutando de un buen estado de salud. Por lo tanto, al menos desde el punto de vista científico, es un término exclusivamente «clínico», aunque pueda tener resonancias «psicosociales» y ser usado e interpretado bajo un prisma más amplio que el meramente clínico.

Desde esta perspectiva clínica, la fragilidad se ha descrito como un estado definible a través de múltiples signos y síntomas (Xue, 2011); en otras palabras, un síndrome que puede permitir una expresión heterogénea. La definición más citada es, sin duda, la de Linda Fried (Fried *et al.*, 2001), que viene a decir, en lenguaje no técnico, que la fragilidad se caracteriza por que las personas presentan pérdida de peso, baja energía, lentitud en la movilidad, debilidad muscular y bajo nivel de actividad física.

Desde el punto de vista funcional, la fragilidad se presenta como pérdidas en el funcionamiento humano, con la consiguiente reducción de actividades. La importancia de la función (de la capacidad funcional; es decir, subir y bajar escaleras, ir al baño…) radica en que la situación funcional previa al desarrollo de la discapacidad o la dependencia es uno de los mejores indicadores del estado de salud, y resulta mejor predictor de la discapacidad que la morbilidad. Y otra cuestión: es modificable; es decir, podemos intervenir para revertir la fragilidad (de ahí su importancia).

Por decirlo con otras palabras, la situación de fragilidad es sinónimo de «una capacidad disminuida para llevar a cabo funciones vitales, tanto de carácter personal como social» (Cooper *et al.*, 2012). Aunque es cierto que, al hablar de fragilidad, se entiende sobre todo capacidad funcional y menos funcionamiento cognitivo, algunos autores —vista la realidad— la abordan desde una perspectiva más multidimensional, definiéndola como un estado «heterogéneo» que incluye dominios físicos, cognitivos y psicosociales (Ruan *et al.*, 2017). La idea de fondo es el reconocimiento implícito de que la fragilidad no puede limitarse exclusivamente a sus aspectos físicos, ya que los componentes psicológico, cognitivo, emocional, social y espiritual contribuyen a la fragilidad y deben ser tenidos en cuenta en su definición (Fougère *et al.*, 2015). No obstante, es necesario diferenciar entre «aspectos que contribuyen» (de índole psicosocial y espiritual) y «aspectos básicos o fundamentales» (biológicos, *grosso modo*).

En cualquier caso, la fragilidad es una noción compleja y sumamente heterogénea: *a*) que se puede definir a través de la descripción de sus rasgos básicos (debilidad, pérdida de peso, lentitud, problemas al andar, baja energía, disminución del nivel de actividad física…); *b*) que puede afectar a la cognición, al estado de ánimo y al comportamiento; *c*) que interactúa con comorbilidades y facilita la aparición de síndromes geriátricos; *d*) que se presenta en términos de pérdidas en el funcionamiento humano, con alteraciones en varios ámbitos de la función y reducción de actividades; *e*) en cuya génesis juegan un papel relevante varios

sistemas interrelacionados (especialmente, los sistemas nervioso, endocrino, inmunológico y músculo-esquelético), y *f*) que es estimulada por factores intrínsecos (como la disposición genética y el propio proceso de envejecimiento) y extrínsecos (medio ambiente, estilos de vida, nutrición). El buen funcionamiento fisiológico se va alterando, y van disminuyendo los recursos funcionales, lo que deviene en una pérdida de reserva y de capacidad de adaptación, con dificultades para mantener la homeostasis (equilibrio). Ante las crecientes exigencias del sistema, el precario equilibrio se desploma. Se supera un umbral, y los sistemas fisiológicos interrelacionados empiezan a fallar. La fragilidad resulta de alcanzar un umbral de declive en múltiples sistemas orgánicos (Gielen *et al.*, 2012).

Una última pregunta: ¿a cuántas personas mayores afecta la fragilidad? La variabilidad es muy grande en función de los estudios aplicados, pero básicamente se encuentran prevalencias que pueden variar entre el 4,0 y el 59,1 % (Collard *et al.*, 2012); y el 4 y el 16,3 % en estudios poblacionales de distintos ámbitos y países (Ávila-Funes *et al.*, 2008; Fried *et al.*, 2001; Santos-Eggimann *et al.*, 2009). En España, se han realizado seis estudios de cohortes longitudinales sobre envejecimiento, y todos ellos comparten la misma definición de fragilidad, situándose las prevalencias en torno al 10 % en mayores de 65 años (Abizanda Soler *et al.*, 2011; Ferrer *et al.*, 2014). En todos los estudios consultados se aprecia un aumento de la prevalencia asociado al avance de la edad y al sexo femenino (Abizanda Soler *et al.*, 2011; Ávila-Funes *et al.*, 2008; Ferrer *et al.*, 2014; Fried *et al.*, 2001; Santos-Eggimann *et al.*, 2009).

2.2. ¿Qué expresan las personas frágiles respecto a su soledad?

A partir de la revisión de distintos artículos de investigación (Cohen-Mansfield y Perach, 2015; Sundström *et al.*, 2018; Queen *et al.*, 2014; Ollonqvist *et al.*, 2008a y 2008b; Dahlberg *et al.*, 2018) fundamentalmente cualitativa, así como de los casos analizados del programa «Siempre acompañados», la experiencia de la soledad relacionada con situaciones de fragilidad abarca los distintos pensamientos, percepciones, creencias, emociones…

8 Una definición más exhaustiva y completa de la fragilidad, así como de la relación entre fragilidad y soledad desde la revisión de la evidencia empírica, puede consultarse en el capítulo 5, «Soledad y salud», del presente manual.

9 http://www.semeg.es/uploads/archivos/LIBRO-BLANCO-SOBRE-FRAGILIDAD.pdf.

2.3. ¿Qué dicen las personas mayores con fragilidad sobre la soledad?

En los discursos de las personas mayores sobre la soledad (Svanström *et al*., 2013; Sundström *et al*., 2018; Queen *et al*., 2014; Ollonqvist *et al.*, 2008a y 2008b; Dahlberg *et al.*, 2018), tres cuestiones complementarias aparecen reiteradamente reflejadas:

- La experiencia personal de la fragilidad, que vuelve a la persona vulnerable.
- La importancia de las relaciones sociales y el rol que juegan las pérdidas.
- La pérdida del sentido y el significado de la vida.

2.3.1. La experiencia personal de la fragilidad: la vulnerabilidad

Las personas en situación de fragilidad viven en un proceso constante de adaptación a la fragilidad y, en ocasiones, a la dependencia. Se sienten muchas veces, o al menos eso constatan, «atrapadas» en su propio cuerpo. La disminución de su capacidad funcional conlleva una disminución de la posibilidad de «hacer» (actividades, proyectos, lo que tiene valor para cada una de ellas) dentro y fuera de la casa. Reconocen que la sensación de «imposibilidad» se acrecienta: ir de un lugar a otro, al baño, a comer, a visitar a alguien, al cine… se torna imposible sin ayuda.

La percepción del paso del tiempo se vuelve cada vez más lenta, y el tiempo no se comparte, se vive «solo», cada uno dentro de su propio yo.

La fragilidad (y eventualmente la dependencia) disminuye las posibilidades de decidir sobre el propio cuerpo (estás en manos de otros), lo que conlleva una pérdida de libertad individual. Así, el cuerpo se transforma en una barrera para la participación, para las relaciones y para las actividades, lo que conduce a que la persona se repliegue hacia sí misma, se aísle, pierda el contacto con los demás.

Todas estas pérdidas generan, por un lado, retraimiento, separación, repliegue hacia uno mismo; y por otro, el «agotamiento» del proyecto vital, porque la fragilidad también es sinónimo, como sucede en lo funcional, de merma no tan solo en el estado de salud, sino también en las relaciones, en los proyectos personales, en los propósitos que cada persona tiene en su vida, en el propio sentido de la vida… En definitiva, son grandes generadoras de soledad.

2.3.2. La importancia de las relaciones sociales y el rol de las pérdidas

La vida relacional de las personas que sufren fragilidad suele también estar presidida por las pérdidas (muerte de seres queridos, renuncias, abandono…). Estas pérdidas, que juegan un papel esencial, provocan:

- Dolor, sufrimiento, tristeza… (emociones negativas).
- Vacío (falta de sentido), alienación (pérdida de identidad)…

A lo cual hay que sumar la cada vez mayor dificultad para seguir manteniendo las relaciones sociales existentes.

Para las personas en situación de fragilidad, cada vez es más complicado compartir aspectos esenciales de la vida, y las pérdidas no son exclusivamente pérdidas «externas» (dejar de poder estar con alguien…), sino que suponen «perder una parte de sí mismas», porque esas personas son simple y llanamente irremplazables.

Las pérdidas, además, van más allá de las personas, porque tienen que ver asimismo con objetos de «valor» sentimental, con la pérdida de la comunidad y/o su rol en ella, con la pérdida de aquello que se ha idealizado (juventud, adultez…), con mascotas y, en general, con todo aquello que puede provocar «sufrimiento existencial».

Dos tipos de sentimientos se asocian a las pérdidas y son parte nuclear de la experiencia de la soledad en general y de la soledad en la fragilidad en particular: sentimientos de desconexión y de vacío.

Otro generador de soledad en situaciones en que la persona pasa por una experiencia de vulnerabilidad es el trato. En este sentido, tanto la indiferencia como el ignorar, o el trato de silencio, o el

trato inadecuado, provocan sentimientos de abandono e inutilidad, claves también en la experiencia de la soledad.

En la constante adaptación a la fragilidad y/o a las situaciones de dependencia, ganan espacio pensamientos, creencias y sentimientos sobre la muerte, así como sobre el hecho de morir como realidad cercana y plausible. Compartir estos sentimientos (con la familia, amigos y profesionales) suele ser, con frecuencia, muy complicado; y pensar en la posibilidad de la muerte, se desee o no, causa sufrimiento existencial y aquella soledad ligada al fin de la existencia que es, como se abordará más adelante, una experiencia muy concreta de la soledad en situaciones de fragilidad y dependencia.

2.3.3. La pérdida del sentido

Para muchas personas mayores en situación de fragilidad, la pérdida de un propósito vital, la falta de objetivos (personales o colectivos) o la falta de valoración personal propia o transmitida por terceros están cada vez más presentes a lo largo del proceso, y se relacionan con un tipo de soledad muy concreta: la soledad existencial.

Las personas suelen describir esta pérdida de propósito y de sentido como un «vacío», como «estar perdidas», aburridas, solas… Cuando la vida no tiene valor, cuando no existe un porqué para la vida, cuando nada motiva…, el deseo de «finalizar la vida» aumenta. Además, mientras el proceso de fragilidad o dependencia sigue adelante, es cada vez mayor la pérdida de capacidades y habilidades, por lo que la persona entra en un proceso que se retroalimenta, como si de un bucle pernicioso se tratara: la pérdida de salud exacerba la soledad, que hace que la salud se deteriore más, induciendo, a su vez, mayor soledad, lo que provoca un mayor quebranto de la salud…

Cuando aumenta la necesidad de ayuda, es fácil —aunque hipotéticamente no debería ocurrir de forma irremediable— que la vida se torne aburrida, que falten actividades o momentos atractivos. Una vida monótona es una vida «cansada», una mera sucesión de días y días sin sentido, sin participación…, donde resulta difícil proyectarse hacia el futuro, porque falta lo que realmente produce interés y despierta la motivación de seguir adelante.

Además, las personas que se pasan la vida esperando a que venga alguien, a que pase algo…, pueden sentir la muerte como un alivio, y ese sentimiento, el de pensar que viven una vida decepcionante, gris, plúmbea…, les causa sufrimiento (existencial) y soledad.

2.4. Una última observación

¿Tienen que haber vivido todas las personas frágiles que experimentan soledad lo que en este punto se describe y analiza? Por supuesto que no. En ningún caso se ha pretendido definir de forma exhaustiva los «síntomas» de la soledad en la fragilidad. Por el contrario, y tal y como ya se adelantó, el objetivo ha sido acercarnos con prudencia y cuidado a lo que algunas de ellas dicen sentir cuando hablan de su soledad, para poder simplemente comprender los matices que colorean dicha vivencia.

3. SOLEDAD Y DEMENCIA

3.1. Introducción

Las relaciones entre soledad y demencia empiezan a revelarse en los últimos años. Como es de sobra conocido, un gran corpus de investigación científica ha establecido la relación entre distintos factores de riesgo «modificables» (por ejemplo, diabetes, inactividad física y depresión) y el deterioro cognitivo ligero (DCL) y/o la demencia (Baumgart *et al.*, 2015; Xu *et al.*, 2015); y distintos estudios longitudinales han determinado la relación entre una mayor participación en la comunidad, un mayor apoyo social percibido y redes sociales más amplias, con un menor riesgo

de padecer demencia (Khondoker *et al.*, 2017; Zhou *et al.*, 2018).

Lo que todavía no está claramente definido son los procesos o fundamentos de la asociación entre la soledad y el riesgo de DCL y/o demencia.

Se han propuesto (Lara *et al.*, 2019) varias vías a través de las cuales la soledad puede afectar al desarrollo de DCL y/o demencia, destacando las que se exponen a continuación.

- **En primer lugar**, el hecho de que la soledad puede desencadenar procesos fisiopatológicos en el interior del cerebro que pueden influir directamente en el desarrollo de enfermedades neurodegenerativas (Boss *et al.*, 2015). El aislamiento social percibido induce una mayor reactividad al estrés, que se asocia a una activación prolongada del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal (HHA), entre otros. Dicha alteración conduce a problemas de sueño, alteraciones en el sistema inmunológico, aumento de los niveles de estrés oxidativo y sobreexpresión de genes proinflamatorios (Cacioppo *et al.*, 2015; Darweesh *et al.*, 2018; Nersesian *et al.*, 2018). Además, publicaciones recientes han aportado evidencias sobre los mecanismos genéticos que vinculan la soledad y

SITUACIONES DE FRAGILIDAD:

- Las personas se pueden sentir atrapadas por las **limitaciones físicas** que la fragilidad impone, lo que hace que se «plieguen» hacia dentro de sí mismas, aumentando su percepción de soledad.
- Las personas frágiles echan, a menudo, en falta una **vida cotidiana con sentido** y significado, una vida que crean que tiene valor.
- Se pueden sentir excluidas de la comunidad debido a las limitaciones físicas, a la **falta de energía**… que conlleva la fragilidad, lo cual obstaculiza su participación.
- Les pueden faltar personas con quienes **compartir pensamientos** e intereses, porque la fragilidad conduce al aislamiento.
- Se sienten, a veces, «traicionadas» (expectativas relacionales no cumplidas) por personas que para ellas son «importantes», al ir perdiendo paulatinamente la relación o ser la **relación menos constante** en el tiempo.
- Es probable que aumente el **sentimiento de abandono**, en estas personas, y este las conduzca también a la soledad.
- Pueden sentir que **han perdido su singularidad**, que nadie las ve como personas únicas, sino como «frágiles», «vulnerables», «una más» que necesita ayuda.
- Algunas (aquellas que viven en instituciones) **no se sienten como en su casa**, y el sentirse en un entorno que no es el propio abre la grieta por la que puede filtrarse la soledad.
- En ocasiones, la necesidad de ayuda hace que se sientan «expuestas» a los demás, **sin ningún tipo de intimidad**.
- Hay quien anhela **contacto espiritual** porque necesita «explicar o explicarse» su propia situación, prepararse para el final de su existencia, evaluar una vida que percibe que se completa. Otras personas, las no religiosas, manifiestan sentimientos de vacío y de pérdida, y algunas dan por finalizado su proyecto de vida.
- En algunos casos se sienten «**cansadas de esperar**» que alguien las vaya a ver.
- Los miedos y **temores respecto al futuro**, y los que este les deparará, se abren paso gradualmente.
- Suele ser habitual que aumenten los **sentimientos de inutilidad** y desamparo.
- **Disminuye el interés** por lo que para estas personas era significativo, cuando gozaban de una vida independiente.
- Los **sentimientos de vergüenza y culpabilidad**, por ser la persona en la que se han convertido y por condicionar la vida de aquellas personas con quienes conviven, se abren paso en un proceso constante.

la demencia (Donovan *et al*., 2016; Hsiao *et al.*, 2018; Salinas *et al*., 2017). Por ejemplo, Donovan *et al*. (2016) demostraron la asociación entre la soledad y la «carga amiloide» en mayores sanos, y esta relación era más fuerte en los portadores de APOEe4 (Ge *et al.*, 2018). En la misma línea, cada vez existe una mayor evidencia de que tanto la soledad como la demencia están asociadas a una mayor aceleración en el acortamiento de los telómeros durante la vida (Wilson *et al.*, 2018).

- **Una segunda vía** está relacionada con los comportamientos menos saludables que adoptan las personas en situación de soledad (Hawkley y Cacioppo, 2010), como pueden ser la ausencia de actividad física, una defectuosa nutrición, el abuso de medicamentos no controlados por profesionales… Todos ellos pueden afectar a la cognición, ya sea directamente, a través de mecanismos biofisiológicos, o indirectamente, a través del aumento del riesgo de enfermedades cardiacas y/o metabólicas (Steptoe *et al*., 2004).

- **En tercer lugar**, se sabe que la soledad está estrechamente relacionada con la depresión (Cacioppo *et al.*, 2010), y la relación entre depresión, deterioro cognitivo y demencia está bien establecida desde hace tiempo (Duan *et al*., 2017). La soledad se vincula a discrepancias entre las relaciones sociales esperadas y las «reales», a ausencia de refuerzo social positivo…, lo que favorece la sintomatología depresiva (Cacioppo y Hawkley, 2009). En cualquier caso, la soledad constituye un factor de riesgo «independiente», incluso una vez controlado «estadísticamente» el efecto de la depresión con respecto a la posibilidad de desarrollar deterioro cognitivo y/o demencia (O'Luanaigh *et al.*, 2012; Shankar *et al.*, 2013). Aunque también sucede que los sentimientos de soledad pueden agravar la sintomatología de personas socialmente inadaptadas con problemas de comportamiento —problemas que, ya de por sí, producen soledad—, en un bucle del que difícilmente se sale indemne.

- Asimismo, la participación (o no participación) social puede estar relacionada con el aumento del riesgo de demencia y/o declive cognitivo (Berkman, 2000), por la dimensión relacional de dicha participación. Las personas con soledad tienen menos probabilidades de participación social y, por lo tanto, menores posibilidades de la estimulación cognitiva requerida para dicha participación, lo que puede conducir a una menor reserva cognitiva y, en consecuencia, a una función cognitiva más deficiente (Scarmeas y Stern, 2003).

En cualquier caso, y como marco general, la relación entre soledad y funcionamiento cognitivo en mayores parece estar claramente definida: una mayor soledad se asocia a una cognición global más deficiente y declives en dominios cognitivos específicos, incluyendo velocidad de procesamiento, memoria inmediata y recuerdo diferido

¿QUÉ SUCEDE EN LAS PERSONAS QUE EXPERIMENTAN FRAGILIDAD?

Si el funcionamiento físico declina, disminuye:
- El control de lo que le sucede.
- La autoimagen personal.
- El autoconcepto.
- La expresión de emociones y sentimientos.

Si el «cuerpo declina», aumenta:
- La frustración.
- Los sentimientos de inutilidad.
- El desamparo.
- La vulnerabilidad.

Si la fragilidad aumenta, disminuye:
- La energía.
- Las ganas de hablar y comunicar.
- Los deseos de escuchar.
- La voluntad por establecer nuevas relaciones.

(Boss *et al.*, 2015). En un metaanálisis recientemente publicado (Lara *et al.*, 2019), se muestra un efecto perjudicial de la soledad sobre el ulterior deterioro cognitivo y/o la demencia (Boss *et al.*, 2015; Cacioppo y Hawkley, 2009; Gow y Mortensen, 2016; Kuiper *et al.*, 2016; Zhong *et al.*, 2017). Además, la influencia de la soledad en el riesgo de demencia es comparable (como se aborda en el capítulo 5, «Soledad y salud») en tamaño con otros factores de riesgo bien establecidos para el deterioro cognitivo y la demencia, incluida la diabetes (RR=1,5; IC del 95 %: 1,33-1,79),[10] la inactividad física (RR=1,4; IC del 95 %: 1,16-1,67) y la pérdida de audición en la mediana edad (RR=1,9; IC del 95 %: 1,38-2,73) (Livingston *et al.*, 2017). Sin embargo, nuestro entendimiento sobre las implicaciones de la soledad en la demencia sigue siendo superficial en comparación con las pruebas actuales sobre otros riesgos reconocidos.

3.2. La mirada de la persona con demencia sobre la soledad

Aunque todavía son escasos —comparados con los estudios cuantitativos—, cada vez existe un mayor corpus teórico sobre la experiencia de vivir con una demencia. Estos estudios, realizados mediante distintas metodologías, todas ellas cualitativas, son capaces de iluminar, entre otras cuestiones, la experiencia de la soledad en las personas que sufren esta devastadora enfermedad, así como la influencia y la importancia de las relaciones y de la soledad en su vida cotidiana.

Resumidamente, tres cuestiones de la experiencia de vivir con una demencia —algunas de ellas, como veremos, ciertamente similares a la vivencia de la soledad en situaciones de fragilidad— son abordadas por la mayor parte de los sujetos entrevistados en los distintos artículos y proyectos de investigación:

3.2.1. Afrontar los cambios que suceden en la vida cotidiana

Como sucedía con la fragilidad, si hay algo que caracteriza la experiencia de vivir con una demencia, es la necesidad de estar constantemente adaptándose. El empobrecimiento cognitivo lleva a las personas a no poder realizar actividades que antes efectuaban sin complicaciones, y cada nueva adaptación se produce en un contexto donde el deterioro cognitivo aumenta, por lo que se amplía la dificultad intrínseca para poder llevar a cabo cada nueva adaptación. Esta es la paradoja: tener que adaptarse constantemente a retos cada vez mayores con menos recursos y capacidades, ajustándose, por lo tanto, a límites progresivamente más estrechos.

Dos grandes desafíos aparecen en el horizonte de las personas que sufren demencia (PSD), además del impacto de la enfermedad en el terreno personal o familiar y afectivo: la necesidad de asumir nuevos roles y un estatus social diferente, y la de proteger los roles que se desempeñan en la actualidad (conservar lo que se tiene) intentando «estabilizar» la vida (en medio de un proceso de deterioro). Así:

- Cuando el deterioro cognitivo afecta a la «posición» que la persona ocupa en el ámbito familiar y a las relaciones que le son significativas (por lo tanto, con incidencia en los sentimientos de soledad), la PSD necesita afrontar un triple reto: *a*) reconstruir o readaptar dichos roles (invariablemente, en un contexto de pérdida de recursos y capacidades); *b*) asumir los cambios que se producen, y c) gestionar la experiencia del deterioro (incluido el del ambiente social) y unas relaciones, habitualmente, más protectoras.

- El segundo desafío tiene que ver con proteger los roles que cada sujeto desempeña y con «estabilizar» una vida que, debido al paulatino deterioro, se caracteriza por la transición: *a*) La persona intenta de forma constante, y mayormente con poco éxito, compensar la pérdida de habilidades (instrumentales, de comunicación…) y capacidades cognitivas, y *b*) Junto con la inversión en compensar la pérdida de capacidades y habilidades, las personas tratan de «normalizar» su vida, «esconder» la demencia (que esta no les defina ni les afecte más allá de lo obvio), proteger a sus seres queridos (quienes saben que, además de ellos, van a sufrir)…

Afrontar los cambios en la vida cotidiana tiene, para las PSD, un gran componente relacional vinculado a la necesidad de ayuda, que se produce en una dinámica compleja de adaptación y deterioro, teñida de emociones negativas (fracaso, múltiples pérdidas…). Así, se crea un gran poder generador de sentimientos de frustración y abandono, y, por lo tanto, de engendrar soledad, especialmente, aunque no únicamente, soledad emocional.

3.3. Soledad y cambios en las relaciones sociales

Otra de las áreas afectadas en las que se producen transformaciones en la vida de las PSD son las relaciones sociales, con la consiguiente posibilidad de promover soledad. Cuatro cuestiones aparecen como especialmente relevantes:

- La **experiencia de vivir desconectado**: *a*) Tiene que ver con la «distancia afectiva» a la que la enfermedad lleva a la PSD, situándola lejos de sus relaciones sociales y de las actividades conocidas. En otras palabras, es, por un lado, la experiencia del aislamiento, del abandono y del rechazo; y por otro, la vivencia de la discontinuidad de la vida, de la pérdida de libertad, de la nostalgia de lo que uno fue (si hay recuerdo, aunque sea vago); *b*) Esta «distancia afectiva» puede también entenderse desde una mirada opuesta, aunque compatible con la anterior: el deseo de la PSD de desconectarse de los demás, o el deseo de que otros la desconecten, y *c*) En otras ocasiones, la desconexión tiene otra causa que genera soledad en todos aquellos implicados en la relación: las personas cuidadoras no saben cómo conectar, cómo tratar a la PSD, y esta incapacidad genera soledad.
- La **influencia de la dependencia en las relaciones personales**: La dependencia transforma las relaciones, antes entre iguales, ahora entre quien provee cuidados y quien los recibe. Ser dependiente conlleva la pérdida del estatus de adulto. La persona pasa a ser «sujeto paciente» de su vida, como cuando una oración activa se transforma en pasiva: deja de ocupar el centro para pasar a la periferia. Las relaciones podrán quedar más o menos afectadas, pero es iluso pensar que no cambian. Y estos cambios conducen a la «exclusión» y al «destierro» (simbólicamente); en otras palabras, a la soledad.
- El **ser una carga para los demás**: *a*) Las relaciones de cuidado también producen la experiencia de «ser una carga», no en el sentido de experimentar *burnout*, que es como comúnmente se analiza, sino la experiencia personal de ser una «carga» para las personas que uno quiere, para la familia y los amigos, que «luchan» conjuntamente con la PSD, y *b*) Las PSD, si cognitivamente les es posible, experimentan ser una carga para los demás, y son sensibles a las consecuencias que el hecho de cuidar produce en los cuidadores; es decir, perciben los cambios negativos (tareas a realizar, limitaciones vitales, pérdida de oportunidades…) que la propia enfermedad genera en las personas allegadas.
- El **trato**: Al igual que sucedía con la experiencia de la soledad en personas frágiles, los cambios en el trato aparecen como otra gran área relacional afectada en la demencia. Aquí se incluyen los cambios relacionales y la soledad inducida por un trato inadecuado (no tener capacidad para influir en el cuidado, falta de autonomía, exclusión, infantilización…).

3.4. Mantener una vida con significado

Uno de los desafíos que la demencia provoca en las personas que la sufren es el mantenimiento de una vida con significado. Las PSD ciñen a las relaciones gran parte de la consecución de ese significado cuando el funcionamiento cognitivo disminuye, y especialmente focalizan la atención en:

- Mantener relaciones sociales que las apoyen, propiciando: *a*) facilitar la aceptación y el ajuste a

las nuevas situaciones; *b*) ofrecer apoyo emocional e instrumental en una «sana» relación de cuidado que respete derechos y deberes de la persona cuidadora y de la persona cuidada, y *c*) poder vivir en una comunidad cuidadora, una comunidad que ha tejido una arquitectura comunitaria capaz de ofrecer apoyo a sus ciudadanos.

- Fomentar relaciones que permitan a la persona «seguir siendo» en la relación con los demás favoreciendo, en la medida de las posibilidades, el mantenimiento del proyecto vital rodeado de las personas que uno elija. «Ser con otros» reduce la experiencia de aislamiento, propicia la sensación de ser aceptado y facilita el apoyo, la identidad personal y el sentimiento de estar «acompañado».

En la vida de las personas con demencia, donde la necesidad de ayuda y cuidados va ganando espacio paulatina pero inexorablemente, las relaciones y las emociones ligadas a esas relaciones adquieren cada vez mayor relevancia. Al mismo tiempo, se maximizan las posibilidades de que los sentimientos de soledad conquisten nuevos ámbitos.

4. SOLEDAD EXISTENCIAL

4.1. La soledad existencial y una vida con significado

Si la soledad asociada a las relaciones interpersonales se caracteriza, como hemos visto anteriormente, por un déficit relacional, precaria conexión, aislamiento, escasa o nula comunicación, rechazo, percepción de exigua valoración por parte de terceras personas, falta de personas…, pero siempre todo ello limitado al área «interpersonal» de la vida, la soledad existencial se caracteriza, entre otras cuestiones, por percibir que nuestro ser está incompleto, advertir sentimientos de alienación y vacío, observar que no existe para esos sentimientos una causa externa (no me relaciono con nadie, estoy aislado…), sino interna (surge de mi propia «insatisfacción»…), notar que a la persona le falta «plenitud personal»… La soledad existencial está relacionada con la insatisfacción por cómo es la vida, con la falta de un proyecto vital, con la falta de adecuación entre la vida que llevo y mis valores…

Desde el punto de vista de las ciencias sociales y el comportamiento (Mayers y Svartberg, 2001), la soledad existencial se entiende como un «sentido básico de soledad» que puede ocurrir cuando nosotros, como seres humanos, nos enfrentamos al hecho de que estamos solos en el mundo a pesar de tener otras personas alrededor.

En general, se entiende que la soledad existencial consta de **tres dimensiones fundamentales** (Larsson *et al.*, 2017):

- Soledad existencial como condición humana. Los seres humanos somos seres individuales, estamos separados de los demás y, desde esa individualidad, surge la soledad.
- Soledad existencial caracterizada por sentimientos de alienación y vacío como experiencia interna de la soledad, sin relación alguna con cuestiones «interpersonales».
- Soledad existencial como proceso de crecimiento interior en el que la experiencia negativa de la soledad intrínseca al ser humano se transforma en algo positivo.

La literatura es prolija en el análisis de la soledad existencial y sus muy variados matices. Resumiendo quizá en exceso, algunos autores (Ettema *et al.*, 2010; Yalom, 1980) señalan la soledad existencial como una condición de la vida relacionada con «las últimas preocupaciones», como la inevitabilidad de la muerte, nuestra necesidad de libertad y pertenencia, y nuestra búsqueda de sentido. En cambio, filósofos como Tillich (2000) ponen el acento en el papel de la «individualidad» como fuente de la soledad existencial, enfatizando que el ser humano, al existir en un cuerpo que está solo y aislado, separado del de los demás, debe «acarrear» con dicha «individualidad», y la soledad existencial deriva de dicha condición (ser personas aisladas, «solas», aunque tengamos múltiples relaciones). Y Frankl (1986) señala que la dimensión existencial de la soledad es algo que nos acompaña a lo largo de toda nuestra vida y que no podemos ignorar, ya que forma parte del ser humano.

¿Por qué plantear un punto en el presente trabajo relacionado con la soledad existencial y una

vida con significado en la vejez? En la medida en que aumentan la esperanza de vida y el tiempo de posjubilación laboral, también se acentúa la necesidad de un proyecto de vida que provea de sentido y significado. Cuando entre la jubilación y la muerte de las personas mediaban pocos años, quizá esta cuestión fuese menos relevante. Pero, ahora que la vejez se alarga, tener un proyecto de vida nuevo pasa a ser una necesidad fundamental, y su ausencia puede generar vacío, aislamiento, alienación…

¿Qué es una vida con significado? Steger (2012), desde la psicología, define el significado de la vida (SV) como una red de conexiones e interpretaciones que nos ayudan a comprender nuestra experiencia y a dirigir nuestras energías hacia la consecución de un futuro deseado. Argumenta que el SV da coherencia a nuestras vidas haciendo que sean importantes, que tengan sentido y que sean algo más que el transcurrir de los segundos, los días y los años. Desde otro punto de vista complementario, el SV es una percepción, una forma de comprehender, una creencia (individual, personal) acerca de la propia vida, de las actividades que uno realiza (vida cotidiana) y del valor y la importancia que cada uno les atribuye. Habitualmente, se relaciona con el orden, la justicia, la coherencia personal, los valores, la fe y el sentimiento de pertenencia, e incluye el compromiso con los objetivos o con un marco de vida, y el subsiguiente sentido de realización o satisfacción, o su falta.

La falta de una vida con sentido y significado es una de las causas, no la única, que provoca soledad existencial y sufrimiento asociado a la misma.

Aunque este tipo de soledad puede ocurrir a cualquier edad, es en las primeras etapas del envejecimiento cuando, en los últimos años, ha ido adquiriendo un mayor protagonismo. La cuestión es: ¿cuáles son los componentes básicos de una vida con sentido y significado que funcione como un «antídoto» de la soledad existencial? Resumidamente, los siguientes:

- **Bienestar relacionado con ofrecernos a los demás**. La tradición «eudaimónica» (Keyes *et al.*, 2002) en psicología entiende que el bienestar está relacionado con la vinculación a los demás, con el desarrollo de las capacidades humanas y el crecimiento personal (en contraposición a la visión hedónica, más ligada a los afectos y a la satisfacción). Por lo tanto, provee de autorrealización (Waterman, 1993), desarrolla las propias potencialidades (Ryff y Singer, 2013) y es más y mejor que la felicidad (Kashdan *et al.*, 2008). Desde el punto de vista «eudaimónico», la vida significativa parece ser un verdadero logro humano, algo por lo que merece la pena luchar (Seligman, 2002, 2011).
- **Las relaciones sociales**. Son una fuente fundamental de significado en la vida (Hicks *et al.*, 2012). De hecho, los individuos que sufren soledad obtienen peores puntuaciones en distintas variables psicológicas, entre ellas el SV (Williams, 2007). Además, la exclusión social conduce a una menor existencia significativa; y, al contrario, cuando se está conectado socialmente la vida se siente más significativa.
- **Estado de ánimo positivo**. El sentido de la vida se correlaciona estadísticamente de forma positiva con el afecto positivo (Hicks *et al.*, 2012). La investigación ha demostrado que el estado de ánimo positivo inducido conduce a un mayor significado en la vida (Hicks *et al.*, 2012). Es más, incluso las experiencias «leves» que mejoran la calidad de vida de las personas a través de sentir más afecto positivo (por ejemplo, escuchar música alegre o leer chistes) pueden promover un mayor sentido de la vida. Entre el sentido de la vida y el afecto positivo se da una relación bidireccional: el estado de ánimo no es simplemente el resultado del sentido de la vida, sino que, cuando estamos de buen humor, la vida se siente más significativa.

En otras palabras, un excelente modo de superar esa soledad ligada a la falta de sentido de la vida es ponernos al servicio de los demás, contribuyendo así al bien común.

4.2. La soledad existencial en la dependencia y en el final de vida

Cuando las personas necesitan ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria y la muerte se acerca, la soledad que pueden sentir también adquiere unas características especiales: falta de conexión con otras personas, carencia de relación con el «mundo exterior» (con el resto de las personas que las rodean), y sentimientos de alienación, aislamiento, vacío, tristeza y abandono.

10 RR: riesgo relativo; IC: intérvalo de confianza

La persona se autopercibe como desconectada de los demás y del resto del «universo», experimentando, además de sentimientos de aislamiento y abandono, una pérdida de identidad y una carencia del sentido en su vida.

En ocasiones, el aislamiento (del mundo o existencial) se combina con sentimientos de ser un extraño para uno mismo, de percibir una ruptura con el mundo exterior, de sentirse despersonalizado, de no tener un «yo». Las personas que sufren soledad existencial al final de la vida suelen tener problemas para comunicarse; a veces experimentan emociones y sentimientos diversos, como pánico, o no sienten nada ante su situación, o se obsesionan con cuestiones concretas a menudo intrascendentes; y suelen tener miedo a desaparecer de la tierra o de la vida, a ser olvidadas, a ser abandonadas, al proceso de la muerte, al dolor y al sufrimiento.

La experiencia de la soledad existencial en la vejez depende, además, de algunas circunstancias especialmente relevantes en la vejez que la delimitan de forma notoria, como por ejemplo la cercanía de la muerte, el estar en el proceso del final de la vida, el declive fisiológico y funcional, el miedo a «pasar por lo mismo» si existe recuperación tras una enfermedad muy grave, la incapacidad de comunicarse, el temor a no ser escuchado o comprendido…

Y se suele cumplir lo que nos decía Octavio Paz (1970): «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».

5. CONCLUSIONES

En el presente capítulo hemos pretendido definir y matizar la experiencia de la soledad desde la vivencia de las personas que sienten soledad, con el objetivo de que el lector pueda llevar a cabo una lectura personal y forjarse una idea propia de lo que subyace al hablar del fenómeno de la soledad. Sin olvidar que este asunto de la soledad para nada es ajeno a nuestra propia experiencia personal, porque al final todos sabemos, en mayor o menor medida, qué es la soledad y cuáles sus matices.

CUESTIONES DE LA EXPERIENCIA DE VIVIR CON UNA DEMENCIA

1 Los cambios que suceden en la vida cotidiana.

2 Los cambios en las relaciones sociales.

3 La dificultad de mantener una vida con sentido.

LAS PSD SE REFIEREN EXPRESAMENTE A:

- Cambios en las relaciones sociales y familiares, y transformaciones en las funciones y los roles en la pareja.
- Disminución de la capacidad para desempeñar funciones.
- Merma del valor de las contribuciones a la familia y los amigos, que es lo que te hace «valioso».
- Transformaciones en las relaciones sociales.
- Disminución de la confianza de la familia en la persona.
- Necesidad de reconstruir nuevos roles y una nueva identidad personal.
- Disminución de la red social.
- Sentimiento de estigmatización y de vergüenza por tener demencia.
- Pérdida de roles, autoridad y papel en la familia.
- Indefensión.
- Discursos en tiempo pasado y presente, pero no en futuro.

LAS PSD FOCALIZAN SU ATENCIÓN EN:

- La importancia de una comunicación efectiva.
- La necesidad de afrontar (activa o pasivamente) la demencia.
- La importancia de mantener las habilidades básicas de comunicación.
- La posibilidad de decidir no hablar con otras personas con demencia sobre la demencia.
- La necesidad de usar la tecnología para ser consideradas personas normales («como todo el mundo»).
- La importancia de evitar sufrimientos a personas queridas no comunicando el diagnóstico.
- Los esfuerzos por resistirse a los cambios en la vida, ya que significan la aceptación de la progresión de la enfermedad.
- La importancia del sentimiento de pertenencia a una comunidad que contrarresta la distancia afectiva.
- Una mayor valoración que antaño del hecho de tener a la familia y a los amigos alrededor.
- El aferrarse a las rutinas diarias, luchando así contra la enfermedad.
- El valor de lidiar contra el estigma, de luchar para encontrar un camino de regreso a las actividades y a la vida social.
- La aceptación de la situación antes de abrirse a los demás.
- El ofrecimiento de explicaciones a las personas que hayan podido observar cambios en su comportamiento o forma de ser.
- La ayuda a los demás, a pesar de la enfermedad.

LAS PSD, EN RELACIÓN CON LA DESCONEXIÓN, ENFATIZAN LO SIGUIENTE:

- Tienen dificultades para realizar todo tipo de actividades sociales fuera de su casa, y sentimientos de aislamiento.
- Si viven en centros residenciales, esto las aísla de la familia.
- Se quiebran las relaciones y la vida con los demás.
- Se sienten excluidas tanto de otras personas como de la sociedad debido a sus dificultades.
- Tienen la libertad restringida, experimentan nostalgia, no se sienten valoradas ni reconocidas como persona (todas ellas, cuestiones nucleares en la soledad emocional), «viven como extraños en su propio hogar».
- Echan en falta tener capacidad para conversar porque no encuentran las palabras (afasia), lo que les causa frustración y genera malentendidos que les producen estrés. Además, tener conciencia de que son un «desastre como conversadoras» cuando se comparan con otras personas les genera malestar.
- La familia restringe y les restringe sus actividades y su participación social.
- La afasia conduce al aislamiento social, y esa pérdida de relaciones sociales está asociada a la pérdida de identidad y de autoestima.
- Algunas sienten vergüenza por sus déficits cognitivos, lo que les produce retraimiento, por ejemplo, al no recordar los nombres de personas a las que quieren.
- El sentimiento de soledad domina y caracteriza su vida cotidiana.

LAS PSD CONCRETAN LA INFLUENCIA DE LA DEPENDENCIA EN LOS SIGUIENTES ASPECTOS CLAVE:

- Las necesidades personales se tornan conflictivas.
- Dejan de ser «personas adultas» por pérdidas en competencias.
- Pierden la independencia debido a la reducción de la movilidad y de la capacidad cognitiva.
- La disminución de habilidades y destrezas valiosas aumenta su dependencia de los demás (familia y amigos).
- Tienen una necesidad creciente de apoyo de los demás.
- Hay cambios en los procesos de toma de decisiones a medida que aumenta la demencia (menos participación).
- Aumentan los sentimientos de frustración al necesitar ayuda para tareas simples como vestirse, peinarse…

LAS PSD CONCENTRAN SU DISCURSO DE SER UNA CARGA EN LOS SIGUIENTES ASPECTOS:

- Tienen una mayor preocupación por la pareja y por «cargar» su vida, así como la de su familia.
- Tienen miedo a ser una carga para aquellas personas que les proveen cuidados.
- Estan más preocupadas por su familia que por ellas mismas.
- Sienten malestar al observar los cambios que el cuidado ocasiona en la familia.
- Experimentan frustración por «agobiar» a los familiares, y se preocupan por comportamientos que irritan o perturban a los demás.
- Se sienten mal por ser una carga para la sociedad.
- La falta de paciencia, escucha y comprensión hacia las PSD fomenta su soledad.

DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA PSD, LOS CAMBIOS EN EL TRATO PUEDEN RESUMIRSE EN:

- Infantilización: ser tratadas como niños.
- Necesidad de ser tratadas con respeto por parte de los profesionales de la salud.
- Exclusión y traición: la demencia ha cambiado la forma de tratar a las PSD.
- Mal trato porque los «no dementes» se sienten inseguros o tienen miedo.
- Sentimiento de tener una «niñera».
- Sentimiento de comodidad en la familia e incomodidad en «lo social» porque falta aceptación de las PSD.
- Sufrimiento al ser forzadas a elegir cuando no se sienten capaces de hacerlo.
- Mayor tensión en la familia al ser regañadas por errores, como los niños.
- Sensación de ser ignoradas.
- Impresión de dejar de participar para pasar a ser un objeto.

LAS PSD MANTIENEN DISCURSOS CENTRADOS EN:

- La importancia del contacto con la familia como elemento fundamental para la aceptación de la situación.
- El cambio en la propia identidad y la disminución de la autoestima, ligados ambos casos a la respuesta generada por otras personas hacia ellos.
- La familia como eje central y anclaje que les ayuda a mantenerse unidos.
- La trascendencia de mantener un compromiso espiritual o compromisos en la comunidad con un rol significativo, y que esta les provea de apoyo emocional e instrumental.
- La importancia de las relaciones de apoyo, que son vitales para hacer frente a una vida con enfermedad.
- La importancia de construir un rol social.
- El valor trascendental de la comunicación y de ser capaces de expresar y compartir sentimientos.
- El rol nuclear del *engagement*.
- El reconocimiento de que a la vida se le da sentido a través de la interacción social con los demás.

UNO DE LOS DESAFÍOS QUE LA DEMENCIA PROVOCA EN LAS PERSONAS QUE LA SUFREN ES EL MANTENIMIENTO DE UNA VIDA CON SIGNIFICADO

LAS PSD DETALLAN EL «SEGUIR SIENDO» EN LOS SIGUIENTES ASPECTOS:

- Poder participar en nuevas actividades y relaciones sociales en el día a día, ser «parte de la vida de los demás».
- Intentar reducir el aislamiento.
- Ser aceptadas como son cuando están con otros.
- Sentirse escuchadas y comprendidas cuando están entre compañeros.
- Sentirse conectadas al entablar nuevas relaciones.

LA SOLEDAD EXISTENCIAL SE CARACTERIZA POR LOS SIGUIENTES ASPECTOS, COMPLEMENTARIOS DE LO YA ABORDADO CON ANTERIORIDAD:

- Falta de un sentimiento de totalidad.
- Vacío, alienación.
- Estado incompleto del yo procedente de una fuente interna.
- Falta permanente de integridad, incluso en el amor.
- Ensombrecimiento de todos los aspectos de la vida imposible de aislar.
- No se puede resolver a través del amor o de las relaciones, porque la insatisfacción y la sensación de «incompletitud» continúan.
- Tiene que ver con la búsqueda de sentido, la paz interior, la comprensión de uno mismo, la felicidad, el ocio no banal…
- Está relacionada con la propia vulnerabilidad humana y con el hecho de ser seres subjetivos, vulnerables, responsables y «autointerpretados».

5

Soledad y salud

Dr. Francisco Tarazona

«El hombre es una multitud solitaria de gentes, que busca la presencia física de los demás para imaginarse que todos estamos juntos.»

CARMEN MARTÍN GAITE

La definición tradicional de salud engloba un completo bienestar físico, mental y también social.[11] Sin embargo, el estudio de la interrelación de los condicionantes sociales sobre el estado de salud, a través de mecanismos biológicos y moleculares, en las personas de más edad no ha adquirido gran protagonismo hasta los últimos tiempos. Parte de ese interés se debe al incremento de los costes sanitarios y sociales asociados al envejecimiento demográfico, que constituye un auténtico reto epidemiológico para las sociedades más avanzadas.

En este capítulo del libro abordaremos cómo influyen la soledad y el aislamiento social en el incremento de la morbilidad y de la mortalidad. También se describirá cómo los buenos condicionantes sociales mejoran nuestro estado de salud, al modificar los nocivos mecanismos moleculares, hormonales y biológicos que relacionan la soledad, los malos hábitos de vida y las peores condiciones de salud. Proseguiremos con un concepto emergente, el de fragilidad social, y la relación de esta con la fragilidad física y la cognitiva. Por último, concluirá el capítulo con el análisis de las posibles líneas de trabajo futuras, desde una medicina acostumbrada a trabajar en niveles asistenciales hacia una medicina vinculada al ámbito comunitario, que favorezca la relación de los distintos niveles clínicos asistenciales con los programas y las estructuras diseñadas desde la comunidad, y que ofrezca una atención centrada en la persona e integrada en su entorno habitual.

1. INFLUENCIA DE LA SOLEDAD EN LA SALUD

Los condicionantes que determinan el estado de salud de los individuos pueden dividirse en dos grupos:

- **Intrínsecos:** condicionantes clínicos y genéticos, y fragilidad
- **Extrínsecos:** entorno físico y entorno social

Estos condicionantes no se comportan de forma aislada, sino que se influyen mutuamente, creando sinergias bidireccionales. Así, las situaciones sociales desfavorables pueden favorecer la aparición de enfermedades.

Dentro de los condicionantes extrínsecos que afectan a la salud, destaca la importancia creciente que, en los últimos años, han despertado los determinantes sociales, como por ejemplo el nivel socioeconómico —que incluye el educativo, la ocupación previa a la jubilación, el nivel de ingresos o la vulnerabilidad social—, las relaciones sociales y el apoyo de familiares y amigos (Rockwood y Theou, 2015).

Estos factores sociales repercuten en el estado de salud y, en situaciones desfavorables, pueden incrementar el riesgo de enfermar y fallecer. Dos metaanálisis publicados por la misma autora (Holt-Lunstad *et al.*, 2010; Holt-Lunstad *et al.*, 2015) señalan que la soledad y el aislamiento social incrementan el riesgo de mortalidad, y que la influencia de las relaciones sociales sobre la mortalidad es comparable a la de otros factores de riesgo más conocidos. Igualmente, un estudio longitudinal realizado en más de 4.800 participantes, a lo largo de veinte años, halló una sinergia entre los efectos de la soledad y el aislamiento social sobre la mortalidad. Así, a mayor soledad, mayor era el efecto del aislamiento social sobre la posibilidad de fallecer, y, del mismo modo, a mayor aislamiento social, mayor era el efecto que generaba la soledad sobre la menor supervivencia (Beller y Wagner, 2018).

Este incremento de la mortalidad descrito ha sido vinculado a la aparición de algunas enfermedades concretas. Así, un estudio realizado con la información obtenida del UK Biobank sobre más de 479.000 individuos describió cómo el aislamiento social se asociaba a un mayor riesgo de infarto agudo de miocardio (IAM) y de accidente cerebrovascular (ACV). Del mismo modo, la soledad se asoció a un mayor riesgo de IAM y de ACV. Sin embargo, únicamente el aislamiento social se asoció a una mayor mortalidad entre los participantes del estudio con antecedentes de IAM o ACV. Los autores concluyeron que las personas aisladas y solitarias presentaban un mayor riesgo de IAM y de ACV. Además, entre aquellos que tenían antecedentes de IAM o de ACV, el aislamiento social incrementó la posibilidad de fallecer (Hakulinen *et al.*, 2018). Sin embargo, aunque los autores señalaban acertadamente que la mayor parte de los riesgos fueron atribuibles a los factores de riesgo habituales de estas enfermedades, no era desdeñable, estadísticamente, el efecto de factores sociales como la soledad y el aislamiento social.

11 Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 estados (*Official Records of the World Health Organization*, n.º 2,
p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

La soledad también influye en la relación entre cronicidad y mortalidad. Un estudio realizado en nuestro país, con 2.113 participantes de edad igual o superior a 60 años, analizó el efecto de la soledad y el apoyo social sobre la relación entre la multimorbilidad y el tiempo transcurrido hasta el fallecimiento. Se observó que los participantes con un apoyo social bajo y con dos enfermedades crónicas diagnosticadas presentaron menor probabilidad de supervivencia. Por el contrario, el efecto de la multimorbilidad no afectaba a la mortalidad si los participantes tenían un alto apoyo social. Los autores concluyeron que tener un apoyo social favorable aumentaba la supervivencia de las personas con una o dos enfermedades físicas. Sin embargo, para aquellos diagnosticados de más de dos enfermedades, la supervivencia no experimentó cambios considerables, independientemente del nivel de apoyo social o de otros factores de protección (Olaya *et al.*, 2017). Otros estudios también han observado una relación nociva entre la soledad y la mortalidad. Un estudio de cohortes estableció que la soledad se asociaba a un aumento significativo del riesgo de mortalidad, especialmente en mujeres (Henriksen *et al.*, 2017), y el estudio PAQUID (Tabue Teguo *et al.*, 2016) determinó que el vivir solo y el sentimiento frecuente de soledad incrementaban el riesgo de mortalidad. Asimismo, la soledad también se ha vinculado tanto a la mortalidad prematura (Luo *et al.*, 2012a) como al aumento del riesgo de mortalidad en varones mediado por el diagnóstico de depresión severa (Holwerda *et al*., 2016).

Sin embargo, no todos los estudios establecen un vínculo entre la soledad y el incremento de la mortalidad. Un trabajo de cohortes israelí no halló ninguna relación estadística entre la soledad y el deterioro funcional o afectivo, y el incremento de la comorbilidad o de la mortalidad (Stessman *et al.*, 2014).

UN ESTUDIO REALIZADO CON LA INFORMACIÓN OBTENIDA DEL UK BIOBANK DESCRIBIÓ CÓMO EL AISLAMIENTO SOCIAL SE ASOCIABA A UN MAYOR RIESGO DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO (IAM) Y DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (ACV)

Tanto la soledad como el aislamiento social han sido vinculados negativamente a las actividades sociales en la comunidad, la capacidad de autogestión, la capacidad de control sobre las circunstancias de nuestra vida y nuestra relación con el vecindario, la comunidad y la sociedad. Todos estos factores marcan nuestro devenir en cuanto a resultados de salud, y también estos determinantes sociales juegan un importante papel en los resultados adversos de salud relacionados con el síndrome de fragilidad (Gutiérrez-Robledo y Ávila-Funes, 2012).

Sin embargo, el estudio de estos factores sociales negativos y su relación con el estado de salud, especialmente en la población adulta mayor, presenta un importante problema: la falta de claros instrumentos que aborden adecuadamente estos conceptos. Tradicionalmente, para el análisis de las situaciones desfavorables relacionadas con el entorno social, se ha recurrido al concepto de vulnerabilidad social, el cual se calcula de forma similar al índice de fragilidad, es decir, como una suma de déficits que puede ser medida y cuantificada (Andrew *et al.*, 2008). Dicha vulnerabilidad social se ha asociado a una mayor prevalencia de fragilidad y a una mayor mortalidad hospitalaria (Andrew *et al.*, 2008; Kee y Rippingale, 2009; Lang *et al.*, 2009; Wallace *et al*., 2015).

Esta relación se explica por la influencia de las malas condiciones sociales sobre los estilos de vida, los cuales, a su vez, incrementan la incidencia de ciertas enfermedades. En los resultados del *English Longitudinal Study of Ageing*, en el que se realizó el seguimiento de más de 330 participantes durante diez años, se observó que el aislamiento social favorecía una menor realización de actividad física moderada o intensa, así como un menor consumo de fruta y verdura. Asimismo, los participantes que percibieron sensación de soledad presentaban una menor tasa de éxito al intentar dejar de fumar (Kobayashi y Steptoe, 2018). El aislamiento social objetivo y subjetivo también se ha relacionado con los problemas de salud física y mental. En un estudio realizado en más de 2.500 participantes de 60 o más años se observó que el aislamiento social subjetivo se asociaba fuertemente a los trastornos del sueño, la depresión y la fatiga, mientras que el aislamiento social objetivo se asociaba débilmente a los trastornos del sueño y la depresión. Los autores del estudio concluyeron que los adultos mayores con aislamiento social objetivo podían experimentar trastornos del sueño, depresión y fatiga porque se sentían aislados socialmente, sin que este efecto fuera únicamente debido a la privación del contacto con las redes sociales.

El mayor o menor bienestar socioeconómico también influye en los condicionantes de salud. Así, los adultos mayores con rentas más bajas y mayor vulnerabilidad socioeconómica presentan peores resultados en los indicadores de salud. Un reciente estudio de cohortes realizado en nuestro país correlacionó el bajo nivel educativo y laboral previo con un mayor riesgo de desnutrición. Sin embargo, esta asociación perdió la significación estadística cuando el análisis se ajustó mediante las variables de género y edad (Hoogendijk *et al.*, 2018). Otro estudio realizado en Brasil sí halló una relación entre la vulnerabilidad socioeconómica y la situación de pobreza con la presencia de enfermedades y de síndromes geriátricos. Los autores investigaron a una población vulnerable que vivía en un contexto de pobreza con el objetivo de identificar los factores asociados al síndrome de fragilidad en los adultos mayores, y observaron una mayor prevalencia de fragilidad que en poblaciones socioeconómicas no vulnerables (60,5 % prefrágiles y 27,3 % frágiles), así como mayor riesgo de baja actividad física, mayor prevalencia del síndrome de caídas y de alteraciones de la movilidad, y mayor presencia de síntomas depresivos (Zazzetta *et al.*, 2017).

LA SOLEDAD TAMBIÉN INFLUYE EN LA RELACIÓN ENTRE CRONICIDAD Y MORTALIDAD

Tanto el aislamiento social como la soledad se relacionan con una mayor prevalencia del diagnóstico de depresión, que es un importante síndrome geriátrico. También se ha relacionado negativamente el aislamiento social y la soledad con la calidad del sueño (Yu *et al.*, 2017), con las alteraciones de las funciones cognitivas (Shankar *et al.*, 2013), con la demencia (Holwerda *et al.*, 2014) y, como ya se ha comentado anteriormente, con la mortalidad por todas las causas (Steptoe *et al.*, 2013). Un estudio realizado en nuestro país en 419 personas mayores de 65 años relacionó la soledad con el vivir solo, el estado civil, los problemas económicos, la calidad de vida, la satisfacción con la vida y con las relaciones sociales mantenidas, y con la presencia de ansiedad y de trastornos mentales (Ausín *et al.*, 2017). En el mismo sentido, una reciente revisión sistemática que englobaba varios estudios prospectivos señaló que las personas con depresión que percibían un apoyo social más pobre presentaban peores resultados en términos de síntomas, recuperación y funcionamiento social. Igualmente, aunque menos estudiado, la soledad podía predecir peores resultados de salud en pacientes con depresión. Por último, esta misma revisión señalaba algunos resultados preliminares sobre la asociación entre el apoyo social percibido y los resultados de salud en pacientes con esquizofrenia, trastorno bipolar y trastornos de ansiedad (Wang *et al.*, 2018).

Por otra parte, la importancia de las redes sociales y su precariedad también afectan a conductas sociales anómalas, como la ludopatía, repercutiendo negativamente en los condicionantes de salud. En un estudio realizado en 595 adultos mayores con una edad media de 74,4 años, los problemas con el juego se asociaron a la fragilidad física, el dolor, la soledad, la depresión y la ansiedad. Los autores concluyeron que los problemas con el juego de azar en los adultos mayores pueden desarrollarse debido a que las personas socialmente vulnerables juegan para escapar de la ansiedad y la depresión, como consecuencia del deterioro del bienestar físico y del apoyo social (Parke *et al.*, 2018).

A lo largo de este apartado, hemos comprobado la importancia de la percepción de la soledad y el aislamiento social en una mayor presencia de enfermedades físicas, psicológicas y cognitivas, dificultando el abandono de malos hábitos de vida y condicionando un mayor riesgo de mortalidad. En el siguiente apartado se describirán las vías biológicas y moleculares que justifican estas situaciones.

2. MECANISMOS BIOLÓGICOS QUE RELACIONAN SOLEDAD Y ESTADO DE SALUD

En el apartado anterior se ha descrito cómo la soledad genera peores resultados de salud e incrementa el riesgo de mortalidad. En esta sección se intentarán explicar los mecanismos biológicos que establecen esa relación nociva. Los déficits vinculados a la vulnerabilidad social no deben ser considerados como elementos aislados, sino como un cúmulo de efectos que acaba provocando cambios a nivel celular y tisular (Rockwood y Theou, 2015).

La soledad puede contribuir a generar alteraciones de las funciones celulares, y estas, a su vez, aumentan la resistencia vascular (Cacioppo *et al.*, 2002a y 2002b) que facilitará la aparición de enfermedades concretas (S. Cacioppo *et al.*, 2015) como la depresión (VanderWeele *et al.*, 2011), el deterioro cognitivo, la progresión del alzhéimer (Wilson *et al.*, 2007), la obesidad (Lauder *et al.*, 2006), los accidentes cerebrovasculares (Cacioppo *et al.*, 2014) o la hipertensión arterial, muy frecuente en adultos mayores (Cacioppo *et al.*, 2002b).

En el caso concreto del alzhéimer, se ha observado que el aislamiento social y la soledad incrementan la incidencia de sintomatología conductual. Los autores del estudio formulan que las alucinaciones podrían constituir un mecanismo compensatorio con el que satisfacer las necesidades de comunicación en adultos mayores, tratando de escapar así del ciclo nocivo que engloba el aburrimiento, la sensación de vacío y la privación afectiva (El Haj *et al*., 2016).

Los condicionantes sociales como la soledad también han sido relacionados con el incremento de la actividad simpático-adrenérgica, estimulada por un aumento de la actividad del eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal (HHS) (Adam *et al*., 2006), que se vincula a la presencia de alteraciones emocionales y estrés. Esta actividad del eje HHS genera cambios inmunitarios e incrementa la actividad inflamatoria mediada por los glucocorticoides y por algunos factores proinflamatorios que incrementan la actividad leucocitaria y linfocitaria (S. Cacioppo *et al*., 2015). Esta mayor actividad inflamatoria mantenida en nuestro organismo se ha asociado tanto a una mayor incidencia de la fragilidad y la discapacidad como a enfermedades metabólicas y oncológicas (Aunan *et al*., 2017).

Ya se ha descrito en este capítulo que la mayor actividad inflamatoria, junto con la alteración del sistema inmune y los cambios en el sistema neuromuscular, aumenta el estado de vulnerabilidad del individuo, elemento crucial en la fragilidad física. Del mismo modo, este incremento de la actividad inflamatoria aparece en algunas situaciones que generan fragilidad social, tales como peores niveles socioeconómicos y educativos, afectación de la autonomía asociada a pensiones más bajas, ausencia de redes sociales o de pareja, el hecho de habitar en un vecindario hostil, u otras situaciones negativas como el abuso físico o económico.

EL MAYOR O MENOR BIENESTAR SOCIOECONÓMICO TAMBIÉN INFLUYE EN LOS CONDICIONANTES DE SALUD

Aunque menos estudiados que los factores biológicos o clínicos, estos condicionantes sociales, especialmente la fragilidad social, influyen en el estado de salud hasta modificar conceptos puramente físicos. Por este motivo, la definición del síndrome de fragilidad ha ido ampliando su concepto inicial desde los criterios puramente físicos hasta una consideración más integral del individuo, que incluye criterios psicosociales. En la actualidad, se postula un origen multidimensional (De Vries *et al*., 2011) de la fragilidad, generado por la suma de déficits físicos, psicológicos y sociales, siendo la fragilidad social el concepto más inexplorado (Bunt *et al*., 2017).

Se podría afirmar que el vínculo entre fragilidad social y fragilidad física tiene un origen común en una mayor actividad inflamatoria, que puede ser cuantificada a través de los niveles plasmáticos de interleucina 6 (IL-6), proteína C-reactiva (PCR) y factor de necrosis tumoral alfa (FNT-α) presentes en los adultos mayores con fragilidad física, así como en los individuos solitarios (Jaremka *et al*., 2013). El peor entorno social tiene un efecto significativo sobre la inmunidad (Kiecolt-Glaser *et al*., 1988). Del mismo modo, una peor integración social altera de forma negativa la actividad neuroendocrina (Seeman, 1996). Por el contrario, las emociones positivas (sensación de felicidad) atenúan los efectos negativos de la soledad percibida sobre la actividad física y la mortalidad (Newall *et al*., 2013). Una revisión bibliográfica reciente en pacientes con tumores de cabeza y cuello concluyó que síndromes geriátricos como el deterioro funcional, los trastornos cognitivos y los trastornos afectivos, así como el deterioro del entorno social, se asociaban a resultados adversos de salud (van Deudekom *et al*., 2017).

En los últimos años se ha propuesto un nuevo concepto, la fragilidad cognitiva (Facal *et al*., 2019), que viene determinado por el hecho de que no existe subordinación entre las áreas físicas, cognitivas y sociales, sino que estas dependen de distintas trayectorias de desarrollo más o menos interrelacionadas. El siguiente paso debería ser poder llegar a conocer las posibles interrelaciones

entre el funcionamiento físico, cognitivo, social y afectivo, y la posibilidad de que la vulnerabilidad en una de estas esferas influya en las otras entidades, y viceversa. Podemos asumir que todas ellas son potencialmente reversibles; es decir, la recuperación de cualquier tipo de fragilidad reduciría el riesgo de aparición de las demás. En esta línea, debería explorarse la posibilidad de que los programas de rehabilitación dual, física y cognitiva, asociasen elementos de socialización para obtener resultados más exitosos.

El aislamiento social, considerado como un reflejo objetivo y cuantificable de la reducción del tamaño de la red social y de la escasez de contacto social, se asocia a un mayor riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular (Barth *et al*., 2010), enfermedad infecciosa (Edmunds *et al*., 1997), deterioro cognitivo (Bassuk *et al*., 1999) y mortalidad (Heffner *et al*., 2011). De nuevo, el vínculo entre el aislamiento social y estas enfermedades descritas se debe al incremento de la actividad inflamatoria (Grant *et al*., 2009), cuantificada mediante la PCR y el fibrinógeno (Loucks *et al*., 2006; Shankar *et al*., 2011) marcadores plasmáticos ambos relacionados con la génesis de la fragilidad. Existen tres vías generales por las que los vínculos sociales influyen en el estado de salud: las características conductuales, las psicosociales y las fisiológicas (Umberson, 2010). Mecanismos psicosociales como el apoyo social o la capacidad de autocontrol influyen en los procesos fisiológicos modulando la inmunidad, el metabolismo y la capacidad inflamatoria, y, como consecuencia, interfieren en la función cardiovascular. El eje HHS es sensible a la interpretación por parte del cerebro de las amenazas y los factores estresantes, e influye en una amplia gama de resultados fisiológicos, conductuales y de salud (Hostinar *et al*., 2014). El aislamiento social percibido se relaciona con un incremento de la actividad del eje HHS (Hawkley *et al*., 2008; Hawkley *et al*., 2012), con el aumento de los niveles circulantes de catecolaminas (Edwards *et al*., 2010; Lutgendorf *et al.*, 2011), y con el aumento del cortisol —hormonas producidas por las glándulas suprarrenales asociadas al estrés y a la obesidad— y de la resistencia vascular mediados por la disminución a la sensibilidad del receptor de los glucocorticoides (Hawkley *et al*., 2012).

Como se ha comentado anteriormente, el aislamiento social ha sido reconocido como un importante factor de riesgo de morbilidad y de mortalidad. La relación entre este problema social y la morbilidad puede estar mediada por mecanismos de estrés neuroendocrino que sugieren que el aislamiento social crónico aumenta la activación del eje HHS, generando un incremento de la actividad inflamatoria. La interrupción de un importante vínculo social (J. T. Cacioppo *et al.*, 2015) genera la percepción de aislamiento social, que activa la respuesta fisiológica ante una mayor sensación de amenaza, incrementando los síntomas de ansiedad y hostilidad ante el entorno. Estos síntomas generan cambios en el comportamiento y en distintos ritmos circadianos, fragmentando el sueño e incrementado la sensación de fatiga. Del mismo modo, este proceso genera una disminución del control de los impulsos y aumenta la negatividad, los síntomas depresivos y, también, el declinar cognitivo y el riesgo de demencia. Estos cambios, de nuevo, son el resultado de la actividad inflamatoria sobre el incremento de la resistencia vascular, favorecido por ciertas alteraciones genéticas (J. T. Cacioppo *et al.*, 2015).

La interpretación del rol de muchos de estos factores sociales está interferida por la heterogeneidad en las trayectorias individuales a consecuencia de factores genéticos, sociales, ambientales, biológicos y, también, condiciones clínicas. Recientemente, se ha podido relacionar la presencia de factores sociales estresantes con la longitud del telómero, que es un robusto indicador de envejecimiento celular. Un estudio en una cohorte de 83 exprisioneros de guerra israelíes de la Guerra de Yom Kippur halló que la soledad y la falta de apoyo social percibido se asociaron significativamente a una longitud del telómero más corta (Wang *et al.*, 2018). Otro artículo también sugiere que las personas que experimentan la sensación de soledad presentarían condicionantes de salud negativos como la comorbilidad y la mortalidad temprana, los cuales pueden ser explicados a través del envejecimiento celular mediado por el incremento de la actividad simpática. También en las personas que experimentaron sensación de soledad se observó una menor actividad parasimpática, una mayor reactivación de la actividad del citomegalovirus y del virus de Epstein-Barr, y unos telómeros más cortos en comparación con los de aquellas que no experimentaron sensación de soledad (Wilson *et al.*, 2018). Del mismo modo, otro estudio comprobó que el apoyo social limitado influía de forma negativa en la longitud del telómero en el grupo de edad de 65 a 84 años, lo que reforzaría la idea de que el entorno social influye en el envejecimiento celular (Carroll *et al.*,

2013), enfatizando así la posibilidad de que la soledad acelere los procesos de envejecimiento físico y cognitivo. Estos trabajos ratifican los hallazgos de la premio nobel Elizabeth Blackburn, quien comprobó que el estrés psicológico crónico se asociaba de forma estadísticamente significativa a un mayor estrés oxidativo, una menor actividad de la telomerasa y una menor longitud de los telómeros, factores determinantes conocidos de la longevidad o senescencia celular. Como señala un trabajo de la misma autora, este mismo acortamiento del telómero se ha observado en hombres afroamericanos estadounidenses, grupo social que suele presentar peores resultados de salud que sus homólogos anglosajones. Así, en este grupo étnico se observó que el mayor estrés económico y los peores niveles educativos y laborales se vinculaban a una mayor probabilidad de acortamiento del telómero, y este envejecimiento celular acelerado podría contribuir a peores resultados de salud (Schrock *et al.*, 2018). De hecho, uno de los peores resultados de salud sería la pérdida de rendimiento cognitivo, como demuestra otro trabajo reciente que correlaciona el mayor acortamiento del telómero con una mayor pérdida de volumen del hipocampo y del cerebelo. Esta asociación favorecería un mayor envejecimiento cerebral mediado por mecanismos como la senescencia celular y la inflamación (Staffaroni *et al.*, 2018), y podría explicar el mayor riesgo de demencia observado en adultos mayores que experimentan estos problemas sociales.

El incremento del envejecimiento celular provocado por la soledad puede estar generado por la inflamación y la desregulación metabólica, como señala un reciente trabajo (Shiovitz-Ezra y Parag, 2019) en el que se observó que la soledad se asociaba a unos mayores niveles plasmáticos de hemoglobina glicosilada —un parámetro analítico para conocer el control de los niveles de azúcar en sangre en los meses anteriores—, un mayor índice de masa corporal y una mayor carga metabólica, en un índice de riesgo formado por la hemoglobina glicosilada descrita, el índice de masa corporal y la circunferencia pélvica. Esta fuerte influencia de la soledad sobre los factores intermedios que determinan la aparición de enfermedades obliga a una correcta prevención, afrontamiento y reducción de la soledad.

Como resumen de este apartado, podemos decir que se observan marcadores de inflamación elevados en personas que experimentan sensación de soledad, siendo estos la PCR, el fibrinógeno, el FNT-α y, también, la interleucina 6 (Nersesian *et al.*, 2018). Estos marcadores también han sido vinculados a la presencia de la fragilidad física y a la aparición de enfermedades crónicas altamente prevalentes en los adultos mayores. El vínculo entre inflamación y factores estresantes ambientales de tipo psicosocial, como la soledad y el aislamiento social, puede traducirse en un incremento de la fragilidad física y de la presencia de enfermedades a través de la activación del eje HHS y del sistema simpático, los cuales generan la activación del proceso inflamatorio y el incremento de la actividad oxidativa (Münzel y Daiber, 2018), acelerando los procesos de envejecimiento. Así, el estrés social repetido y crónico conduciría a una mayor resistencia a la acción de los glucocorticoides y a una mayor presencia plasmática de los mismos, y aumentaría la mielopoyesis —el proceso de generación y maduración de los glóbulos rojos, los monocitos y los neutrófilos, entre otras células— y la expresión de genes proinflamatorios, que, junto con el estrés oxidativo, justificarían tanto la mayor presencia de enfermedad cardiovascular como de mortalidad asociada a la misma (Xia y Li, 2017) Por último, en esta misma línea, una revisión señala que la inflamación puede llevar a aumentos en la sensibilidad a experiencias sociales negativas y amenazadoras, o positivas y socialmente gratificantes, en función del contexto social, y favorecer o dificultar las respuestas adaptativas y la recuperación ante la presencia de una enfermedad (Moieni y Eisenberger, 2018). Esto podría implicar a la soledad y a la inflamación en la aparición de procesos depresivos.

3. RELACIÓN ENTRE LA SOLEDAD Y LOS FACTORES DE RIESGO TRADICIONALES

La relación entre la soledad y la edad se comporta como una distribución superficial en forma de U. En los adultos mayores, el hecho de vivir solos, percibir una pensión de invalidez, pertenecer a una minoría étnica, estar en paro o padecer una enfermedad mental de forma prolongada incrementan esta percepción (Lasgaard *et al.*, 2016). De hecho, tanto el aislamiento social como la soledad se han asociado a un mayor riesgo de sedentarismo, de tabaquismo y de otras conductas nocivas para la salud. Entre los adultos mayores que experimentaron la situación de aislamiento social, este también se asoció positivamente a mayores cifras de presión arterial y a unos niveles

plasmáticos más elevados de PCR y fibrinógeno (Shankar *et al.*, 2011), proteínas que, como ya se ha comentado, están relacionadas con el incremento de la inflamación crónica y con el mayor riesgo de aparición de enfermedades cardiovasculares y fragilidad.

Como se ha ido describiendo a lo largo del capítulo, la mayor vulnerabilidad social puede predecir el riesgo de mortalidad y de discapacidad, aunque esta relación podría estar modulada por factores etnográficos y culturales. Un estudio publicado hace tres años sí objetivó esta asociación significativa en países europeos continentales y mediterráneos, pero no en los nórdicos (Wallace *et al.*, 2015). El aislamiento social también puede predecir la mortalidad, independientemente del género. Este mismo estudio halló que, en hombres, el participar con poca frecuencia en actividades religiosas o la no filiación a clubes u organizaciones sociales, y en mujeres, el contacto social poco frecuente y la baja participación en actividades religiosas, influían de forma negativa sobre la supervivencia (Pantell *et al.*, 2013). El menor soporte social también ha sido relacionado con menores tasas de supervivencia en individuos diagnosticados de cáncer colorrectal (Ikeda *et al.*, 2013).

LOS CONDICIONANTES SOCIALES COMO LA SOLEDAD TAMBIÉHAN SIDO RELACIONADOS CON EL INCREMENTO DE LA ACTIVIDAD SIMPÁTICO-ADRENÉRGICA, ESTIMULADA POR UN AUMENTO DE LA ACTIVIDAD DEL EJE HIPOTÁLAMO-HIPOFISARIO-SUPRARRENAL

Igualmente, el hecho de vivir solo se asocia a una mayor mortalidad de causa desconocida y provocada por muertes violentas como asesinatos (Nomura *et al.*, 2016). Un estudio japonés realizado en individuos que vivían en islas de difícil acceso determinó que el hecho de vivir solo se asociaba significativamente a una mayor prevalencia de fragilidad en hombres, pero no en mujeres (Yamanashi *et al.*, 2015). Del mismo modo, los pacientes de entornos sociales poco favorables presentan una mortalidad hospitalaria más alta después de una emergencia médica, además de un mayor consumo de recursos sociales y de readmisiones, sin observarse diferencias en la duración de la estancia hospitalaria (Cournane *et al.*, 2015). Se han comentado anteriormente los resultados de un metaanálisis que observó un mayor riesgo de muerte temprana en situaciones de aislamiento social real y percibido, con efectos promedios ponderados del 29 % para el aislamiento social, del 26 % para la sensación de soledad, y del 32 % para el hecho de vivir solo (Holt-Lunstad *et al.*, 2010). Sin embargo, otros estudios establecen vínculos más robustos y señalan que el hecho de vivir solo incrementa el riesgo de mortalidad en el 66 %, observándose una mayor mortalidad en hombres que en mujeres, y en solteros, divorciados o viudos que en casados (Ng *et al.*, 2015).

Se ha detectado un vínculo entre la mortalidad y las personas aisladas y solitarias (Elovainio *et al.*, 2017), y también que el aislamiento social incrementa el riesgo de mortalidad en presencia de enfermedades crónicas, a través de mecanismos proinflamatorios ya comentados anteriormente, como niveles altos de fibrinógeno y una mayor actividad inflamatoria. Además, esta asociación es más importante en los hombres (Yang *et al.*, 2013). Lo mismo sucede con el vínculo entre aislamiento social y alta pobreza en el vecindario, asociación que incrementó el riesgo de mortalidad por cáncer (Fleisch *et al.*, 2017).

Otro tema de estudio es el vínculo entre aislamiento social y soledad. Ambos son conocidos factores predictores de mortalidad (Steptoe *et al.*, 2013), aunque, tras ajustar mediante variables confundidoras, únicamente el aislamiento social mantuvo un incremento significativo del riesgo de mortalidad. En la misma línea, un estudio finés (Tanskanen y Anttila, 2016) observó que el aislamiento social predijo la mortalidad de forma lineal, sin hallar un efecto sinérgico entre el aislamiento social y la soledad. Un trabajo que publicó datos de la *Encuesta alemana sobre el envejecimiento* observó que, en varones, la soledad aumentaba con el inicio de la obesidad (definida como un índice de masa corporal $\geq$ 30 kg/m^2), pero esta asociación no se observó en mujeres (Hajek y König, 2018b). Al igual que con la obesidad, también se ha relacionado la soledad con el sedentarismo. Un estudio de más de 1.600 adultos mayores israelíes señaló que el nivel de actividad física era inversamente proporcional a la percepción de soledad

únicamente en mujeres (Netz *et al.*, 2013). El no estar casado, el menor nivel educativo, el mayor deterioro funcional, el mayor número de enfermedades crónicas, los menores ingresos y la menor posibilidad de vivir en el hogar que había sido habitual se asociaron a la soledad en un estudio realizado en más de 13.800 adultos mayores de los Estados Unidos, en el que se observó que la prevalencia de la percepción de soledad era del 16,9 % Además, entre aquellos que experimentaron una percepción crónica de soledad se objetivó una menor práctica de actividad física, un mayor consumo de tabaco, un mayor número de enfermedades crónicas, una mayor prevalencia de depresión y una mayor institucionalización en residencias geriátricas (Theeke, 2010).

Uno de los aspectos clínicos a los que menor importancia se prestaba, pero que se vinculan de forma notable a la presencia de síndromes geriátricos, es la salud de la cavidad oral. Un estudio realizado con datos del *English Longitudinal Study of Ageing* relacionaba esta salud oral con la percepción de soledad, y señalaba que la calidad de vida relacionada con la salud oral era un factor de riesgo independiente para la soledad entre los adultos mayores. De hecho, los autores concluían que mantener una buena salud bucal en la edad avanzada puede ser un factor protector contra la soledad (Rouxel *et al.*, 2017).

En este apartado hemos visto la relación de la soledad con el aislamiento social, la obesidad, el sedentarismo, el tabaquismo y la higiene y la salud de la cavidad oral. Asimismo, podemos estimar una prevalencia de la percepción de soledad alrededor del 17 %, y un peligroso vínculo de la misma con la menor supervivencia por todas las causas de enfermedad, incluidos los procesos oncológicos.

4. SOLEDAD, FRAGILIDAD FÍSICA Y FRAGILIDAD SOCIAL

La soledad se suele considerar la encarnación psicológica del aislamiento social, y refleja la insatisfacción del individuo experimentada con la frecuencia y la cercanía de sus contactos sociales, o con la discrepancia entre las relaciones que tiene y las que le gustaría tener (Peplau y Perlman, 1982). Desde una perspectiva clínica, la soledad (J. T. Cacioppo *et al.*, 2015), al vincularse a un mayor acceso a la información social negativa, favorece que las personas solitarias sean más sensibles a la presencia de dolor en los rostros (Yamada y Decety, 2009), o a imágenes sociales negativas, como describió un estudio realizado con resonancia magnética funcional, en el que se observó una mayor activación de la corteza visual ante este estímulo en personas que sentían soledad (Cacioppo y Hawkley, 2009).

Como se ha ido comentando a lo largo del capítulo, las alteraciones psicológicas y el estrés ligado a experimentar la sensación de la soledad generan cambios fisiopatológicos mediados por niveles plasmáticos más altos de cortisol (Doane y Adam, 2010; Edwards *et al.*, 2010; Hackett, *et al.*, 2012) y la alteración de la actividad inmunitaria (Cole *et al.*, 2011; Powell *et al.*, 2013), elementos ambos importantes en la génesis de la fragilidad. Se produce así un incremento de la resistencia vascular (Mendes *et al.*, 2002), se fragmenta el sueño (Kurina *et al.*, 2011) y aparece, por una parte, un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular y mortalidad (Patterson y Veenstra, 2010), y, por otra, un mayor riesgo también de fragilidad (Tse *et al*., 2016).

Tanto la sensación de soledad como la fragilidad física incrementan la duración de las estancias hospitalarias y las tasas de reingreso hospitalario en pacientes que viven solos (Hawker y Romero-Ortuno, 2016). Asimismo, los cambios genéticos vinculados a la percepción de soledad podrían disminuir la supervivencia en pacientes con cáncer (You *et al.*, 2014). También en adultos mayores institucionalizados en residencias se observó que, independientemente del diagnóstico de cáncer, la soledad emocional, la edad, la educación y la comorbilidad influyeron en la mortalidad en ancianos residentes sin deterioro cognitivo (Drageset *et al.*, 2013). Y, en referencia a la situación cognitiva, un subanálisis del estudio *Amsterdam Study of the Elderly* (AMSTEL) señaló que la sensación de soledad, pero no la de aislamiento social, se relacionaba con un mayor riesgo de desarrollar demencia (Holwerda *et al.*, 2014), si bien es cierto que los autores observan que existe la posibilidad de que la percepción de soledad pueda indicar una etapa prodrómica de la demencia.

Sin embargo, no son la soledad, el aislamiento social o el vivir solo los únicos factores que se relacionan con problemas de salud. El nivel socioeconómico se ha asociado a una mayor mortalidad en pacientes con enfermedad renal crónica (Solbu *et al.*, 2015), y una mayor tasa de bacteriemia por *Staphylococcus aureus* y de infecciones nosocomiales se ha relacionado con el hecho de vivir solo, ser soltero, más comorbilidad preexistente, abuso de sustancias, mayores ingresos hospitalarios y una mayor mortalidad (Koch *et al.*, 2013).

Dada la complejidad del análisis aislado de los factores sociales y su vínculo con los condicionantes de salud, en los últimos años ha aparecido, como se comentó al inicio del capítulo, el concepto de fragilidad social. Del mismo modo que hablamos de un concepto de fragilidad clínica o física, la fragilidad social puede definirse como la ausencia de los recursos, las actividades sociales y las habilidades de autogestión que son importantes para satisfacer necesidades sociales básicas (Bunt *et al.*, 2017; Ding *et al*., 2017b).

Según un artículo reciente (Bunt *et al.*, 2017), la definición de fragilidad social debería basarse en la Teoría de la Función de Producción Social (TFPS) (Ormel *et al*., 1999), que especifica tres necesidades sociales distintivas que permiten un mejor análisis de los recursos sociales y las actividades importantes necesarias para satisfacerlas. Estas tres necesidades, según la TFPS, son las necesidades de afecto, la confirmación del comportamiento y el estatus. De este modo, cuanto menores sean los niveles de cumplimiento de las tres necesidades, la persona será más vulnerable socialmente o más frágil (Bunt *et al.*, 2017).

Los adultos mayores prefrágiles y frágiles presentan una red social más pequeña y niveles más altos de soledad (Hoogendijk *et al.*, 2016). Esta situación favorece la presencia de la fragilidad social, la cual, asimismo, se correlaciona con la fragilidad física y se caracteriza por un funcionamiento social más deficiente, en forma de red social más pequeña y niveles más altos de soledad (Hoogendijk *et al.*, 2016), lo que genera una menor satisfacción vital (Yang *et al.*, 2016). Este vínculo entre fragilidad y satisfacción vital es significativo entre los adultos mayores más jóvenes, debilitándose con la edad (Yang *et al.*, 2016). Únicamente en edades inferiores a 80 años se ha establecido una relación entre los factores sociales y del comportamiento y la fragilidad física (Chamberlain *et al.*, 2016).

También se ha asociado la pobreza al incremento de la prevalencia de la fragilidad física, lo que podría ser explicado por efectos directos e indirectos de factores psicosociales como el control percibido y el aislamiento social (Stolz *et al.*, 2017). Del mismo modo, la interacción de la fragilidad física con los factores psicosociales determina una menor independencia en actividades de la vida diaria (Mulasso *et al.*, 2016). El bajo nivel educativo también incrementa el riesgo de ser psicológica y socialmente frágil y de tener una menor duración del sueño, lo que en un estudio se asoció a un mayor riesgo de estar física, psicológica y socialmente frágil (van Oostrom *et al.*, 2017).

La comorbilidad —presencia concomitante de varias enfermedades—, la carga alostática —el coste en términos de salud producido por la adaptación forzada de los parámetros fisiológicos ante factores estresantes—, la baja actividad física, los síntomas depresivos, el deterioro cognitivo y el deficiente apoyo social también pueden predecir la aparición de la fragilidad física, pudiendo moderar la integración social el efecto negativo del apoyo social deficiente (Ding *et al.*, 2017a). Las distintas trayectorias de fragilidad también se relacionan con los grupos sociales y con los factores de comportamiento en los grupos de edad comprendidos entre 60-69 y 70-79 años. Así, los factores sociales y de comportamiento son asociados a la fragilidad física (Chamberlain *et al.*, 2016), y la mayor edad, el género femenino y estar soltero se han vinculado a la prevalencia de fragilidad física (Op Het Veld *et al.*, 2015).

A su vez, el mayor grado de fragilidad social se asocia a una mayor prevalencia de discapacidad (un incremento del 66 % entre los frágiles sociales respecto a los no frágiles) (Makizako *et al.*, 2015), y esta vulnerabilidad social se asoció también a una mayor mortalidad (Armstrong *et al*., 2015), aunque este efecto negativo de la asociación se debilitaba con la edad (Gu *et al*., 2016).

En un contexto de pobreza y vulnerabilidad social, la fragilidad física también se relacionó con una mayor incidencia de síndromes geriátricos (menor actividad física y mayor inmovilidad, incontinen-

cia urinaria, síndrome de caídas y trastornos depresivos y cognitivos) (Zazzetta *et al.*, 2017). Asimismo, la soledad se ha asociado a resultados adversos de salud como la depresión, el deterioro funcional y la fragilidad física, que son, a su vez, síndromes geriátricos, y también a la mortalidad (Herrera-Badilla *et al.*, 2015). En esta misma línea, otro trabajo reciente ha publicado que el aislamiento social, el entorno inadecuado, las condiciones de vida inadecuadas y los recursos exiguos son factores de riesgo para la pérdida de independencia. Los autores concluyeron que esta situación obligaría a incluir criterios sociales en los programas de cribado de fragilidad física (Escourrou *et al.*, 2017).

LA RELACIÓN ENTRE LA SOLEDAD Y LA MORBILIDAD PUEDE ESTAR MEDIADA POR MECANISMOS DE ESTRÉS NEUROENDOCRINO QUE SUGIEREN QUE EL AISLAMIENTO SOCIAL CRÓNICO AUMENTA LA ACTIVACIÓN DEL EJE HHS, GENERANDO UN INCREMENTO DE LA ACTIVIDAD INFLAMATORIA

Sin embargo, sigue siendo motivo de controversia la forma de medir la fragilidad social y la posibilidad de determinar su relación con la fragilidad física. Sabemos, sí, que la fragilidad social aumenta la necesidad de asistencia por parte de los equipos de enfermería y otros profesionales de la salud (Gobbens *et al.*, 2012). Asimismo, también se ha demostrado que la combinación de los diagnósticos de fragilidad física y fragilidad social supone una mayor capacidad predictiva para la presencia de discapacidad que la de las dos definiciones por separado. No obstante, conviene matizar que la fragilidad social, de forma aislada, sí se ha relacionado con un mayor deterioro en la realización de actividades de la vida diaria y con un mayor riesgo de discapacidad futura (Teo *et al.*, 2017). Sin embargo, esta fragilidad social no afecta únicamente a la situación funcional y a la discapacidad. En una cohorte sueca (Kungsholmen Project) que incluyó a más de 1.800 participantes de edad igual o superior a 75 años durante dieciocho años, se observó que los participantes con el perfil de riesgo social más bajo presentaron una media de supervivencia de 5,4 años superior a la de aquellos participantes con un perfil de riesgo social más alto (Rizzuto *et al.*, 2012). Aunque atenuada, esta asociación se mantuvo para los participantes de edad igual o superior a 85 años y para aquellos con enfermedades crónicas. A diferencia de los sujetos con un perfil de riesgo social más alto, los que presentaban un riesgo social más bajo se caracterizaban por un índice de masa corporal comprendido entre 20 y 25 kg/m^2, no habían fumado nunca, contaban con una red social más amplia y participaban en actividades lúdicas y recreativas mensualmente. Los resultados de este estudio establecieron un vínculo entre los factores sociales y la supervivencia. En esta línea, una reciente minirrevisión (Rizzuto y Fratiglioni, 2014) señala la influencia de las relaciones sociales sobre la mortalidad, enfatizando esta afirmación con los datos de dos trabajos que observaron que las personas con redes o relaciones sociales adecuadas presentaban un incremento del 50 % en la probabilidad de sobrevivir respecto a los adultos mayores con problemas sociales o relaciones sociales pobres o insuficientes (Holt-Lunstad *et al.*, 2010). Asimismo, también se evidenció el posible efecto positivo del cónyuge o de la pareja sobre la supervivencia, al observar que los participantes con cónyuge o pareja redujeron el riesgo de mortalidad entre el 9 y el 15 % (Manzoli *et al.*, 2007).

A lo largo de este apartado se ha descrito cómo la presencia de la soledad genera alteraciones fisiopatológicas, como por ejemplo algunos cambios hormonales —especialmente relacionados con el incremento de la actividad del eje HHS—, que pueden provocar, a su vez, alteraciones genéticas como el acortamiento del telómero, que, a través del incremento de la actividad inflamatoria, incrementan la incidencia de la fragilidad física. Esta fragilidad física, al mismo tiempo, se relaciona con una mayor prevalencia de síndromes geriátricos, una mayor discapacidad y un mayor riesgo de mortalidad. Por el contrario, las relaciones sociales estrechas y frecuentes mejoran la supervivencia, posiblemente por el mecanismo contrario al anteriormente descrito.

5. SOLEDAD Y SALUD. ¿RECUPERAMOS EL ÁMBITO COMUNITARIO DE LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA?

En los apartados anteriores del capítulo se ha ido analizando la relación entre problemas sociales como la percepción de soledad y los problemas sociales que integran la definición de fragilidad social a partir de la actividad del sistema simpático, la activación del eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal, la respuesta inflamatoria, inmune y genética, la aparición de fragilidad física, discapacidad y enfermedades crónicas, y también el incremento del riesgo de mortalidad.

EL INCREMENTO DEL ENVEJECIMIENTO CELULAR PROVOCADO POR LA SOLEDAD PUEDE ESTAR GENERADO POR LA INFLAMACIÓN Y LA DESREGULACIÓN METABÓLICA

Por este motivo, los autores de muchos de los artículos mencionados coinciden en la necesidad de valorar los aspectos sociales en la práctica clínica habitual en los distintos niveles asistenciales. Sin embargo, más allá de la actividad clínica que realice el cribado y el diagnóstico de problemas sociales como la soledad y el aislamiento social, es necesario poder ofrecer una solución que, normalmente, no se encuentra en la atención sanitaria que frecuentan los adultos mayores. Esto obliga a recuperar una dimensión de la práctica médica a la que no se ha dado la suficiente importancia: la medicina comunitaria. Pero, ¿qué es la medicina comunitaria? La medicina comunitaria puede ser definida como el conjunto de acciones intra- y extrahospitalarias de medicina integrada que realiza un equipo de salud con la participación activa de la comunidad. Este enfoque obliga a actuar de forma coordinada.

En la actualidad, en algunos centros hospitalarios se están creando unidades específicas que gestionan la dolencia del paciente e, incluso, le asocian un tratamiento rehabilitador que permita su recuperación funcional. Sin embargo, uno de los criterios de exclusión que impiden la admisión de pacientes en estos cuidados es la ausencia de un cuidador principal. En este contexto, los adultos mayores que viven solos o en una situación social desfavorable se encuentran en una posición de desventaja con respecto a aquellas personas que cuentan con un entorno social más favorable.

En el actual contexto de envejecimiento poblacional, es clave la coordinación integrada entre los distintos niveles asistenciales, administraciones e instituciones, especialmente académicas, que proponen programas que favorecen la socialización. Se pueden catalogar de éxito los programas no integrados como los cursos y grados ofrecidos por las universidades para las personas mayores, o los programas educativos de las escuelas de adultos ofertados por los municipios. Sin embargo, sería necesaria una oferta más integrada que facilitara la elección de los adultos mayores. Se seguirían así las recomendaciones de la atención centrada en la persona, en el sentido de que fueran los participantes los que pudieran elegir aquellas intervenciones que contribuyeran a mejorar la red y el soporte social. Si tomamos como ejemplo las características sociales comunes de las Blue Zone, las cinco regiones del mundo con mayor tasa de longevos y centenarios (Loma Linda, California, Estados Unidos; Nicoya, Costa Rica; Cerdeña, Italia; Icaria, Grecia; y Okinawa, Japón), podemos observar que, además de la genética, la dieta o el ejercicio, la interacción social, tanto en las relaciones familiares como en la participación en las actividades comunitarias, influye notablemente en la longevidad (Buettner y Skemp, 2016). De hecho, la percepción de apoyo social también se vincula a la supervivencia, como señala un estudio sobre el beneficio de los intercambios mutuos, y la reciprocidad en las relaciones, signo indicativo de su calidad, se asocia a la mejora del bienestar psicológico y a la reducción del riesgo de mortalidad (De Brito *et al.*, 2017). Otro trabajo similar, realizado en más de 12.000 participantes durante un periodo de seguimiento de trece años y medio, observó que recibir apoyo social de familiares reducía el riesgo de mortalidad en el 19 %; recibir apoyo del cónyuge o pareja también reducía el riesgo de mortalidad en el 19 %, y el contacto social con seis o siete amigos semanalmente reducía el riesgo de mortalidad en el 24 % con respecto a aquellos sin contacto o con

SE HA DETECTADO UN VÍNCULO ENTRE LA MORTALIDAD Y LAS PERSONAS AISLADAS Y SOLITARIAS, Y TAMBIÉN QUE EL AISLAMIENTO SOCIAL INCREMENTA EL RIESGO DE MORTALIDAD EN PRESENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS

el contacto de un único amigo semanalmente (Becofsky *et al.*, 2015). También un metaanálisis ha estimado que los sujetos con redes sociales más sólidas presentan una probabilidad de supervivencia el 50 % superior a la de sujetos sin dichas redes, lo que sitúa la importancia de la influencia de las relaciones sociales sobre la supervivencia en un rango similar a la de los factores de riesgo bien establecidos de mortalidad (Holt-Lunstad *et al.*, 2010).

LOS ADULTOS MAYORES PREFRÁGILES Y FRÁGILES PRESENTAN UNA RED SOCIAL MÁS PEQUEÑA Y NIVELES MÁS ALTOS DE SOLEDAD

Conocido el efecto positivo de las redes sociales y los contactos con familiares y amigos, el siguiente objetivo es la integración y la participación de forma no forzada de los adultos mayores con problemas de soledad o de aislamiento social en esas redes y contactos dentro de la comunidad donde viven. La pregunta sería: ¿cómo? Un proyecto diseñado en Canadá intentó describir los programas en los que desearían participar los adultos mayores de la región de la Columbia Británica, y su interés se centró en compartir sabiduría y experiencia, participar en programas sociales y en actividades relacionadas con la salud, seleccionando activamente los programas o actividades de su interés, ayudando en la organización, planificación y evaluación de los programas, y compartiendo conocimientos, habilidades e historias entre ellos y con las generaciones más jóvenes (Tonkin *et al*., 2018). Los resultados de este estudio enfatizan un punto importante, como es la exclusión de actitudes tutelares o ilustradas que ofrezcan actividades a los adultos mayores sin contar con los propios usuarios de las mismas.

Sin embargo, no todos los adultos mayores pueden desplazarse al lugar de realización de las actividades programadas. Los problemas de movilidad son altamente prevalentes en adultos mayores, y, en estos casos, el empleo de sistemas informáticos de comunicación puede resultar útil para favorecer la comunicación. Un estudio demostró que, entre los adultos mayores, la satisfacción con el uso de estos sistemas dependía de la capacitación digital. Esta fue su principal preocupación en el uso de estos sistemas, junto con el nivel de simplicidad, la facilidad de uso y la calidad de la señal de audio y de vídeo (Blusi *et al.*, 2018).

La oferta debe ser variada y permanentemente revisada, dado que, además, debería incluir actividades tanto para aquellos que experimentan una soledad social (habitualmente hombres, viudos, con baja autoestima y percepción de bienestar, menores ingresos, escasas relaciones con familiares y amigos, poca actividad física y percepción de pobre integración en la comunidad) como para aquellos que evidencian una soledad emotiva (habitualmente viudos, con bajo nivel de bienestar, baja autoestima, alta restricción de actividad, bajo nivel de ingresos y ausencia de cuidado informal), lo que obliga al desarrollo de estrategias divergentes que favorezcan la integración en ambos casos (Dahlberg y Mckee, 2014).

CONOCIDO EL EFECTO POSITIVO DE LAS REDES SOCIALES EL SIGUIENTE OBJETIVO ES LA INTEGRACIÓN DE FORMA NO FORZADA DE LOS ADULTOS MAYORES CON PROBLEMAS DE SOLEDAD EN ESAS REDES Y CONTACTOS DENTRO DE LA COMUNIDAD DONDE VIVEN

En los años noventa del siglo pasado, el grupo encabezado por la Dra. Fiatarone publicó dos artículos en revistas médicas de gran prestigio ensalzando las bondades del ejercicio físico de alta intensidad sobre la debilidad muscular y la fragilidad (Nelson *et al.*, 1994), con excelentes resultados incluso en nonagenarios (Fiatarone *et al.*, 1990). Hace dos años, un grupo de investigadores del Departamento de Fisiología de la Facultad de Medicina de Valencia, de la Universidad Católica de Valencia y del Servicio de Geriatría del Hospital Universitario de La Ribera (Alzira) publicamos los resultados de un ensayo clínico aleatorizado sobre los posibles beneficios de un programa de ejercicio físico multicomponente realizado en un entorno rural (las poblaciones valencianas de Carcaixent y Sollana), que incluía ejercicios de equilibrio y propiocepción junto con el entrenamiento de la resistencia y la potencia muscular. Observamos que, además de las esperables mejoras en la función física, los participantes en el programa, con respecto a los incluidos en el grupo de control, mejoraron el estado de ánimo y la puntuación en la escala de Duke de apoyo social (Tarazona-Santabalbina

et al., 2016). De estos resultados se puede deducir que el participar en un programa de ejercicio grupal en la comunidad puede favorecer la creación de nuevos contactos sociales o el fortalecimiento de los ya existentes. En esta línea, el Servicio de Geriatría del Parque Sanitario Pere Virgili de Barcelona ha creado un programa integrado entre dicho servicio, centros de atención primaria y centros cívicos de su entorno, con el objeto de extender el tratamiento de la fragilidad física al ámbito comunitario (Inzitari, *et al.*, 2018).

Creo, opinión personal fundamentada en la bibliografía aportada y que sirve de conclusión a este apartado, que ha llegado el momento de mejorar la coordinación entre los distintos niveles asistenciales y los recursos comunitarios al alcance, para ofrecer al adulto mayor un catálogo de ofertas que le ayuden a mejorar tanto su socialización como su funcionalidad, previniendo o tratando la fragilidad física, cognitiva y social. Este catálogo debe ser atractivo, sostenible y eficiente, y los propios implicados, los adultos mayores, deben participar de forma activa en el diseño, la elaboración, la evaluación y la mejora continua de sus programas.

6

Soledad y cuidado informal

Dr. Andrés Losada Baltar
Dra. María Márquez González
María D. S. Pedroso Chaparro

«El momento más solitario en la vida de alguien es cuando está viendo como su mundo se desmorona y lo único que puede hacer es mirar fijamente.»

F. SCOTT FITZGERALD

1. INTRODUCCIÓN. EL CUIDADO FAMILIAR DE PERSONAS DEPENDIENTES

El fenómeno del envejecimiento poblacional es conocido. Sin duda, está asociado a numerosos aspectos positivos, puesto que, además de reflejar que existe un mayor porcentaje de población de personas mayores, estas viven más años y, la mayoría, en buenas condiciones de salud, al menos en términos de autonomía.

Sin embargo, el envejecimiento poblacional también está asociado a otros fenómenos no tan positivos, que plantean importantes desafíos a la sociedad en su conjunto, incluidas las familias, las instituciones públicas y la ciencia. Una mayor edad se asocia a fragilidad y a mayor probabilidad de procesos que pueden favorecer la dependencia, incluida la aparición de alteraciones neurodegenerativas como las demencias. A su vez, y especialmente en países desarrollados, del mismo modo que se ha incrementado el porcentaje de la población mayor, ha disminuido el tamaño de otros grupos de edad, lo que conlleva la reducción de la disponibilidad de cuidadores principales y secundarios (Wolff y Kasper, 2006). Dado que tradicionalmente, y así sigue siendo, el cuidado de las personas mayores en situación de dependencia ha corrido a cargo en su gran mayoría de las familias, la reducción del tamaño de las redes potenciales de apoyo familiar plantea uno de los mayores desafíos antes mencionados. En efecto, sin el trabajo de las familias, los estados no podrían asumir los costes (ocultos en la mayor parte de los casos) asociados al cuidado, hasta ahora sostenidos fundamentalmente por los familiares. Y, dentro de las familias, el cuidado ha sido y es realizado básicamente por mujeres, siendo una hija o la esposa la que desempeña el rol de cuidadora principal (y, muchas veces, única) en la mayoría de los casos.

Tras una breve descripción de la situación a la que se enfrentan los cuidadores, en este documento se revisará la literatura científica para analizar si el cuidado de personas mayores dependientes se asocia a la experiencia de soledad en los cuidadores, y si esta soledad es perjudicial para dicho colectivo. A su vez, se revisarán distintos conceptos, aspectos y procesos implicados en la situación del cuidado que contribuyen a entender factores que pueden provocar la aparición del aislamiento y la soledad en personas que cuidan. Se abordarán, entre otros, factores culturales, cognitivos y conductuales que pueden ser objetivo de intervenciones o tratamientos dirigidos a prevenir o reducir la soledad en los cuidadores, así como a mejorar su salud psicológica y física, y su bienestar. Se propondrá un modelo teórico que permita entender el proceso de la soledad y, por último, se ofrecerán algunas pautas de intervención que pueden contribuir a ayudar al grupo de población afectado. Si bien en este trabajo se ha incluido una revisión general de la literatura científica disponible que relaciona cuidados con soledad, la mayor parte de los estudios analizados se centran en cuidadores de familiares que padecen demencia, por ser estos los que se ven sometidos a mayores niveles de estrés, e informan de mayores consecuencias negativas para su salud física y psicológica (Pinquart y Sörensen, 2003).

2. CUIDAR DE FAMILIARES DEPENDIENTES: UNA SITUACIÓN DIFÍCIL DE AFRONTAR, ESTRESANTE Y CRÓNICA

Los cuidadores dedican una importante cantidad de tiempo, una media de nueve horas diarias (Alzheimer's Association, 2018), a actividades relacionadas con el cuidado, y la situación del cuidado se alarga durante muchos años, ya que la enfermedad puede prolongarse más de veinte años (Alzheimer's Association, 2018). A lo largo de este tiempo, los cuidadores realizan multitud de tareas que van desde la ayuda para actividades básicas o instrumentales de la vida

cotidiana (tareas domésticas, comidas, citas con el médico…), hasta el manejo de síntomas conductuales asociados al proceso del cuidado en las demencias (agitación, repetición de preguntas, agresividad o vagabundeo), pasando por la resolución de cuestiones familiares asociadas al cuidado (comunicación con otros familiares sobre los planes del cuidado o la toma de decisiones…) (Alzheimer's Association, 2018). Es decir, los cuidadores se enfrentan a numerosas demandas a lo largo de un proceso cambiante, tanto porque las características o manifestaciones de la enfermedad varían con el paso del tiempo (meses, semanas e, incluso, días u horas), como porque la situación de los mismos cuidadores también puede cambiar en función de los cambios en su vida y su experiencia personal. La gran variabilidad e inestabilidad de la situación del cuidado dificulta enormemente la capacidad de control y adaptación por parte de los cuidadores, con las consecuencias que pueden derivarse para su percepción de autoeficacia o su adaptación a otros roles o actividades deseadas por la persona.

Es importante señalar que, si bien la mayoría de los cuidadores se enfrentan a un sinfín de situaciones difíciles y estresantes, no todos ellos informan de consecuencias negativas para su salud mental o física. Es más, algunos, incluso, informan de beneficios o aspectos positivos asociados al cuidado, como la satisfacción por cuidar (Roth *et al.*, 2015).

A pesar del último apunte, existe un gran consenso en la literatura científica en establecer una relación entre el cuidado familiar de personas dependientes, especialmente si estas padecen demencia, y consecuencias negativas importantes para la salud psicológica y física de los cuidadores. Trabajos publicados recientemente informan de unas tasas de prevalencia de problemas mentales como la depresión o la ansiedad del 34 y el 44 %, respectivamente, en los cuidadores (Sallim *et al*., 2015). A su vez, también existen estudios que indican que ser cuidador supone un riesgo para la salud física, con efectos importantes, por ejemplo, sobre el sistema inmune o cardiovascular (Mausbach *et al.*, 2007).

3. ¿SE ASOCIA EL CUIDADO CON SOLEDAD?

Resulta evidente, a partir de lo mencionado anteriormente, que la adopción del rol de cuidador puede considerarse como una transición vital que introduce numerosos cambios significativos en la vida de quien se enfrenta a tal situación. Por lo tanto, en el contexto de la distinción entre soledad crónica y situacional (Shiovitz-Ezra y Ayalon, 2010), el cuidado puede considerarse una clara amenaza para el desencadenamiento de un proceso de soledad situacional, si bien la prolongada duración de numerosos problemas de dependencia podría sugerir que el proceso de soledad en el cuidado se sitúa próximo a la cronicidad. Según Vasileiou *et al.* (2017), la soledad es uno de los importantes desafíos a los que se enfrentan los cuidadores. Sin embargo, aunque existen algunos estudios que relacionan soledad y cuidados, no se dispone de mucha información sobre este fenómeno y sobre cómo impacta en el cuidado.

Bergman-Evans (1994:11) señalaba que «la pérdida de la compañía de la persona significativa, el aislamiento social forzado, el incremento de la responsabilidad, y el incremento de la carga por el cuidado pueden predisponer al individuo o a la pareja a sensaciones de soledad». Si bien el número de trabajos dirigidos a estudiar el proceso de la soledad en el cuidado no es muy abundante, los estudios disponibles parecen sugerir que la experiencia de la soledad y la del cuidado van unidas. Según un estudio realizado en el Reino Unido, ocho de cada diez cuidadores se han sentido solos o socialmente aislados como resultado de sus responsabilidades como cuidadores (Carers, 2015). Este dato es coherente con estudios que muestran elevados porcentajes de cuidadores con altos niveles de soledad. Por ejemplo, Şahin y Tan (2012) hallaron

que el 63 % de los cuidadores de familiares con cáncer informaban de altos niveles de soledad. Estos sentimientos de soledad son mayores en cuidadores que en no cuidadores (grupos control) (Beeson, 2003), tanto en cuidadores en general (Wagner y Brandt, 2015 y 2018) como en cuidadores de personas con alzhéimer (Beeson, 2003), párkinson (McRae *et al.*, 2009) u otras problemáticas (Rokach *et al.*, 2007). A su vez, los sentimientos de soledad parecen ser mayores en cuidadores mujeres que en cuidadores hombres (Ekwall *et al.*, 2005). Así, las esposas e hijas parecen informar de más soledad que los esposos (Beeson, 2003). Con respecto a las diferencias en sentimientos de soledad en función del parentesco con la persona cuidada (ser esposos o hijos), existen estudios que indican datos contradictorios. Por ejemplo, se han hallado más sentimientos de soledad en cuidadores esposos que en cuidadores hijos (Beeson, 2003; Meuser y Marwit, 2001), si bien en el estudio de Stefani *et al*. (2003) se hallaron más sentimientos de soledad, o al menos más graves, en hijas que en madres. De forma relacionada, Musich *et al.* (2017) indican que informan de mayores sentimientos de soledad quienes cuidan de personas con menores problemas de salud, comparados con aquellos que cuidan de personas más enfermas. Estos resultados pueden tener que ver, al menos en parte, con que los cuidadores de personas con menores problemas de salud eran más jóvenes que aquellos que cuidaban de personas con mayores problemas de salud. Boek y Grundy (2018), en un estudio longitudinal, sugieren que, para el surgimiento de soledad en hijos de personas mayores, puede no ser imprescindible que se proporcionen cuidados. Así, los citados autores señalan que las hijas de padres enviudados que empiezan a manifestar necesidades de cuidado muestran sentimientos de soledad, independientemente de si proporcionan o no cuidados. Los autores hipotetizan que las personas pueden ver aumentada su sensación de soledad al experimentar una discrepancia entre el apoyo deseado ante los problemas de salud de sus padres y el que reciben por parte de su red personal o sus relaciones.

También parecen existir diferencias en los sentimientos de soledad referidos por cuidadores de distintos países o regiones. Así, por ejemplo, el estudio de Wagner y Brandt (2015) muestra que los cuidadores de países del norte de Europa informan de menor soledad que los cuidadores de países del sur de Europa, si bien estas diferencias tienden a desaparecer cuando se tienen en cuenta variables relacionadas con la disponibilidad de recursos formales. Estos resultados pueden estar relacionados con la influencia de los valores colectivistas y los fuertes patrones de solidaridad familiar en los países del sur de Europa (Dykstra, 2009), que podrían suscitar en los cuidadores expectativas de un mayor apoyo o cercanía emocional del que finalmente reciben.

Si bien la mayor parte de los estudios revisados informan de mayores tasas de soledad en personas cuidadoras que en otros grupos, el estudio de Ekwall *et al.* (2005), realizado con personas mayores de 75 años, indica que, a pesar de que el porcentaje de cuidadores que se sienten solos no es despreciable (37,6 %), existen más personas no cuidadoras que se sienten solas (45,7 %). Estos datos pueden estar influidos por cuestiones relativas al diseño del estudio. Así, por ejemplo, el trabajo no cuenta con una definición precisa de qué significa ser cuidador. A su vez, los resultados también podrían verse afectados porque una mayor edad se asocia a una menor red social y una mayor proporción de personas viviendo solas en la población no cuidadora, y, por otro lado, el porcentaje de hombres cuidadores observado en la muestra es mayor que el de mujeres cuidadoras, algo poco habitual en este tipo de estudios.

Quizá uno de los trabajos más interesantes para responder a la pregunta de si la soledad está presente en el cuidado sea el estudio longitudinal de seguimiento de tres años llevado a cabo por Robinson-Whelen *et al*. (2001). En

este estudio, se compara a personas que son cuidadoras con personas que, debido al fallecimiento del familiar, ya no son cuidadoras (excuidadoras), y con un grupo de control de personas no cuidadoras. Los resultados muestran que los grupos de cuidadores y excuidadores informan de niveles significativamente mayores de soledad y depresión que los no cuidadores durante los tres años de seguimiento, sugiriendo que los niveles de malestar (soledad y depresión) se mantienen en personas que fueron cuidadoras incluso al cabo de tres años de haber finalizado esa labor. Los resultados insinúan, por lo tanto, que la vulnerabilidad de los cuidadores a las consecuencias emocionales negativas asociadas al cuidado se mantiene incluso años tras el cuidado, probablemente porque la situación del cuidado acaba provocando un agotamiento de los recursos de los cuidadores que les obstaculiza el reajuste y la recuperación tras la experiencia (Robinson-Whelen *et al.*, 2001). La interesante discusión de los resultados en el trabajo de Robinson-Whelen *et al*. (2001) llama la atención sobre la importancia de tratar los mecanismos de acción implicados en el mantenimiento de niveles elevados de soledad y depresión de los cuidadores, incluso años después de finalizar el periodo de estrés, como por ejemplo los pensamientos rumiativos asociados al cuidado o a la muerte del ser querido. En el interesante estudio cualitativo de Vikström *et al.* (2008), se determinó que muchos cuidadores de personas con demencia explican sus sentimientos de soledad aludiendo a la pérdida de la relación íntima que mantenían con su pareja, ya que esta era un gran apoyo emocional y un confidente antes de la enfermedad.

Resulta interesante el fenómeno descrito por estos autores sobre la compleja mezcla que experimentan estos cuidadores de soledad asociada al cuidado y de necesidad de soledad «deseada» para recuperarse (restaurar la mente). La tristeza y el dolor asociados al cuidado les generan la necesidad de recuperarse emocionalmente, dedicando tiempo a estar solos y procesar las emociones negativas. Este proceso puede ser también relevante para comprender una de las emociones más incapacitantes sufrida por los cuidadores, la culpa (Losada *et al.*, 2010b). Aunque les resulta muy difícil dar con ese espacio para la soledad deseada, para la «restauración emocional» o para otras necesidades personales (ocio, descanso…), cuando lo hallan no es infrecuente que muchos cuidadores se vean enfrentados a pensamientos o interpretaciones que les hacen sentirse culpables por dar ese paso, de modo que no tardan en volver al espacio del cuidado, que les genera una importante soledad, pero que quizá les proteja de la culpa.

PARECEN EXISTIR DIFERENCIAS EN LOS SENTIMIENTOS DE SOLEDAD REFERIDOS POR CUIDADORES DE DISTINTOS PAÍSES O REGIONES

Por lo tanto, a partir de todo lo revisado hasta el momento, parece evidente que la soledad es una experiencia habitual en cuidadores.

4. ¿PERJUDICA LA SOLEDAD A LOS CUIDADORES Y AL CUIDADO?

De forma similar a como ocurre en otras poblaciones, es frecuente detectar, en estudios tanto de tipo transversal como longitudinal, el resultado de observar una relación significativa entre soledad y sintomatología depresiva o peor calidad de vida en cuidadores (Ekwall *et al*., 2005; Şahin y Tan, 2012). Beeson (2003) realizó un estudio en el que señaló que, de todas las variables evaluadas, la soledad era la única que contribuía a dar cuenta de la sintomatología depresiva, explicando el 49 % de su varianza (Beeson, 2003). Además, algunos estudios apuntan que los sentimientos de soledad son más frecuentes en cuidadores que informan de pensamientos suicidas que en otros cuidadores (Joling *et al*., 2018), hallazgo que subraya la gran relevancia clínica de dichos sentimientos en esta población, así como la conveniencia de incluir su consideración en los protocolos habituales de evaluación de los cuidadores.

Aquellos cuidadores con mayores sentimientos de soledad informan de un peor estado socioeconómico subjetivo, menores niveles de bienestar y menor percepción de control sobre la salud, la vida diaria y las finanzas (Ayalon, 2016). En cuanto a posibles diferencias de género en el papel o el significado psicológico de la soledad, resulta muy interesante el estudio de Chukwuorji *et al*. (2017), quienes determinaron que la relación entre la soledad de los cuidadores y su malestar psicológico se produce únicamente en mujeres. Estos autores explicaron el citado hallazgo aludiendo a una mayor presencia de estresores y una menor proporción de recursos sociales en el caso de las mujeres. Resultados como este sugieren la necesidad de considerar el género en el análisis de la soledad en la población cuidadora.

La soledad percibida también se asocia, tanto transversal como longitudinalmente, a mayores niveles de sentimientos de carga en la persona cuidadora (Lee *et al*., 2017; Manskow *et al*., 2015 y 2017; Prevo *et al*., 2018). Pero, además, puede no ser la soledad del cuidador la única soledad que contribuya de forma significativa a explicar las consecuencias negativas asociadas al cuidado en el cuidador. Así, por ejemplo, Lee *et al*. (2017) indicaron que los sentimientos de soledad expresados por octogenarios y centenarios contribuían significativamente a explicar el malestar (carga) de las personas que les proporcionaban cuidados. Los autores de este trabajo realizan un interesante análisis de estos resultados, en el sentido de cómo los sentimientos de culpa pueden estar jugando un destacado papel en la explicación de la relación entre la soledad percibida por la persona cuidada y sus sentimientos de carga. Así, indican que la percepción de que su familiar mayor está experimentando emociones negativas les puede hacer sentir culpables por no ser capaces de proporcionar una respuesta a tales emociones negativas o de proteger a sus familiares (Lee *et al*., 2017). Por otra parte, la carga de la persona cuidadora parece predecir los sentimientos de soledad de la persona cuidada, y, al contrario, la satisfacción con el cuidado parece asociarse a menores niveles de soledad de la persona cuidada (Iecovich, 2016). Estos resultados permiten concluir que existe una estrechísima relación entre las experiencias emocionales (como la soledad) de los dos miembros de la díada persona cuidadora - persona cuidada. Por ello, parece necesario que aumente el número de investigaciones dirigidas a analizar estas experiencias emocionales asociadas al cuidado en el contexto de la interacción entre los dos miembros del sistema diádico (Wadham *et al.*, 2016).

Por último, se ha hallado también que la soledad del cuidador predice longitudinalmente mayores niveles de dolor, depresión y fatiga, si bien este efecto podría explicarse parcialmente por su relación con una peor calidad del sueño, menor realización de ejercicio físico o una combinación de ambos (Jaremka *et al*., 2014).

Si en el apartado anterior se concluyó que la soledad es una manifestación habitual en cuidadores, en este apartado se complementa tal afirmación con la conclusión de que la soledad en el cuidado debe ser considerada y atendida, puesto que se asocia a importantes consecuencias negativas para la salud de los cuidadores y de las personas cuidadas.

5. ¿QUÉ FACTORES PROVOCAN SOLEDAD EN EL CUIDADO? MODELO EXPLICATIVO

Si bien hasta el momento se ha relacionado la soledad con la situación del cuidado de un modo que podría facilitar la asunción de que son los factores asociados a la enfermedad de la persona cuidada los que generan la soledad de la persona cuidadora, distintos estudios han determinado que son sobre

todo las variables de la persona cuidadora, y no tanto las de la persona cuidada o su enfermedad, las que contribuyen significativamente a explicar los sentimientos de soledad de los cuidadores (McRae *et al.*, 2009; Soylu *et al*., 2016). El proceso de cuidar de una persona dependiente es complejo, y en él intervienen múltiples factores tanto personales como familiares, sociales, culturales, económicos, psicológicos y biológicos, entre otros. Por lo tanto, en la investigación científica ha sido necesario elaborar modelos teóricos que permitan ayudar a comprender los factores que contribuyen en mayor medida a explicar por qué el cuidado se asocia a malestar psicológico y físico en la mayor parte de los casos. El modelo teórico que ha recibido mayor respaldo empírico en el área del cuidado es el de estrés y afrontamiento (Losada, 2017). Este modelo incluye distintas dimensiones que intervienen en el proceso del cuidado.

Una vez descrito el modelo global de estrés y afrontamiento en el cuidado, parece interesante centrarse en modelos más específicos sobre la soledad en el cuidado. En este sentido, y en base a los postulados de las teorías del estrés y el afrontamiento, Kovaleva *et al.* (2018) han propuesto un modelo explicativo de la soledad en el cuidado. Así, poniendo en relación la literatura científica sobre el cuidado, el aislamiento social, y el estrés y la soledad percibida, proponen un modelo en el que sugieren que las importantes responsabilidades y estresores a los que se enfrentan los cuidadores facilitan la aparición del aislamiento social y la soledad percibida —por ejemplo, por la pérdida de la relación con la persona cuidada—. Ambas circunstancias (el incremento de estresores y la soledad), crónicas en la mayor parte de los casos debido a la larga duración del proceso del cuidado, tienen efectos sobre la respuesta fisiológica de los cuidadores, a la vez que debilitan su capacidad de respuesta al estrés agudo (Kovaleva *et al.*, 2018).

Si bien, como se ha señalado, los modelos de estrés y afrontamiento son los que han recibido mayor respaldo empírico, resulta evidente que se centran especialmente en la figura del cuidador, y no consideran de forma suficiente a otros «actores» y procesos fundamentales que participan en el moldeamiento de la experiencia del cuidado, como son la propia persona cuidada, otros familiares, las relaciones familiares y otros procesos relacionados con el funcionamiento de la familia (cohesión, comunicación, roles…) o con el contexto (social, económico…) en el que se produce el cuidado. Recientemente, Losada *et al.* (2017) han elaborado un modelo integrador de distintas perspectivas teóricas en el que se destaca la influencia recíproca de todos los actores mencionados, lo que permite comprender los diferentes procesos que moldean la experiencia del cuidado en general y, por extensión, la posible experiencia de la soledad, en sus distintos protagonistas. En términos generales, el mencionado modelo integrador destaca la influencia de los factores que se enumeran a continuación en las consecuencias del cuidado sobre el propio cuidado y la persona cuidada.

5.1. Circunstancias previas al proceso del cuidado

Existen distintos factores que se dan de forma previa al cuidado que pueden influir en que los cuidadores o las personas cuidadas tengan una mayor vulnerabilidad a padecer consecuencias negativas, tales como la soledad o problemáticas relacionadas. Resultan fundamentales la historia del cuidador, sus experiencias previas (padecer problemas de salud física o psicológica, haber cuidado anteriormente a otros familiares…), o su personalidad o repertorio de estrategias de afrontamiento (habilidades sociales, de comunicación, empatía…). Una relación previa más estrecha con la persona cuidada, así como el haber desempeñado durante tiempo prolongado el rol de cuidador o «fuente de apoyo» en la familia, serían factores que incrementan la probabilidad de tomar la decisión de asumir el rol de cuidador principal. A su vez, el contexto cultural en el que se cuida, más colectivista o más individualista, con valores más o menos «familistas», o con más o menos recursos formales de apoyo al cuidador y con determinados roles de género, afecta de forma crucial al cuidado. En la propia toma de la decisión de asumir el rol de cuidador principal intervienen factores socioculturales que, en gran medida, pasan desapercibidos y merecerían una mayor atención por parte de la investigación. Por ejemplo, aunque existe un porcentaje de hombres nada despreciable que cuida, los procesos de socialización y educación han contribuido a moldear la asunción de que son las mujeres las que deben llevar a cabo las tareas del cuidado. Además, la cultura y la estructura socioeconómica de muchas sociedades contribuyen directamente a facilitar las condiciones para que, en la práctica, sea mucho más probable que sean las mujeres las cuidadoras principales (más

mujeres amas de casas o sin trabajo fuera del hogar). Entran en juego aquí características que son nucleares en algunas culturas, como la hispana o la latina, tales como el «familismo» o el machismo, sistemas de creencias construidos desde la religión, la política u otras instancias (Losada *et al*., 2003; Márquez-González *et al.*, 2010). Sin ser conscientes del proceso, muchas sociedades enseñan, en mayor o menor medida, que «la familia es lo primero», y cuando este «familismo» se asume de modo rígido, facilita la aparición de razonamientos como «Debo dejar de lado mis necesidades para satisfacer las de otros familiares en necesidad», «No debo pedir ayuda porque solo yo, como cuidadora principal, sé cuidar verdaderamente bien»… Este sistema de creencias parece ser desadaptativo, contribuyendo a generar procesos cognitivos y conductuales patológicos que incrementan la probabilidad de que aparezcan problemas emocionales en cuidadores asociados a la soledad (Losada *et al.*, 2010a).

Otros factores sociodemográficos o contextuales que también han sido asociados a la soledad del cuidador son, por ejemplo, el parentesco (ser la esposa; Beeson, 2003) o el nivel educativo (McRae *et al.*, 2009). Igualmente, tal y como señalan Wagner y Brandt (2015), muchos cuidadores se enfrentan a múltiples roles (cuidar a personas mayores y a hijos, trabajar fuera y dentro de casa…) que son agotadores y que limitan el tiempo para otras actividades personales, sociales o laborales. Así, no resulta sorprendente que una mayor frecuencia informada ante preguntas como «¿Con qué frecuencia cree usted que las responsabilidades familiares no le permiten hacer lo que quiere hacer?» se asocie a mayores sentimientos de soledad.

5.2. La causa del problema de la dependencia

La razón o conjunto de factores explicativos que dan cuenta de cada caso de dependencia en la persona cuidada también puede introducir una importante variabilidad. Por ejemplo, las demencias tienen un curso más variable e impredecible que otras problemáticas, y su efecto sobre las capacidades cognitivas de la persona cuidada y de la persona cuidadora puede disminuir su umbral al estrés, contribuyendo a incrementar su malestar. De la misma forma, en función de las causas implicadas en el proceso de la fragilidad o enfermedad, las personas dependientes pueden tener más o menos dificultades de comunicación y más o menos necesidades no cubiertas, siendo la soledad una de las necesidades no cubiertas que generan malestar.

5.3. Actitud de la persona cuidadora y de la familia ante el proceso general de la enfermedad y del cuidado

Las actitudes y los conocimientos que los cuidadores y la familia tengan hacia la vejez, las causas de la dependencia o los cuidados en general son también factores que contribuyen a moldear el proceso del cuidado. Estos conocimientos y actitudes pueden propiciar que los cuidadores tengan una mayor sensación de autoeficacia que, a su vez, ha sido relacionada con una menor percepción de soledad en cuidadores (McRae *et al.*, 2009).

Una actitud que adoptan muchos cuidadores, y que contribuye a generar en ellos sentimientos de soledad, es asumir que, a pesar de ser una situación difícil y no deseada, el cuidado es algo que les toca solo a ellos, y no deben molestar a otros familiares (hijos) para las tareas del cuidado porque ya tienen su propia vida y no quieren que padezcan la situación (Dicé y Zoena, 2017). Estas creencias obstaculizan claramente la petición de ayuda o su reparto, pudiendo contribuir a incrementar la carga del cuidado y, muy probablemente, el malestar y la soledad. De modo parecido, mantener razonamientos del tipo «Debo hacer todo lo que esté en mi mano por mi familiar», o «Él/ella es lo primero, y mis intereses o necesidades personales pueden esperar», pueden favorecer

el aislamiento social de la persona cuidadora, la no realización de actividades gratificantes y, por lo tanto, la reducción de vías de desahogo del estrés.

De forma similar, estereotipos asociados a la vejez o a las demencias pueden llevar a los cuidadores a pensar que la persona con demencia es como un bebé, que necesita cuidados y vigilancia constantes, lo cual se ha relacionado con conductas de afrontamiento de la enfermedad que promueven la dependencia (sobreprotección, modo de habla infantil invalidante de las personas mayores y fomento de un exceso de la dependencia en ellas). Este estilo de cuidado podría también favorecer la experiencia de la soledad en los cuidadores, ya que supondría probablemente la concentración de todos sus recursos de tiempo y esfuerzo en la tarea de cuidar de forma casi exclusiva, lo cual derivaría en una falta de descanso o de activación conductual de la persona cuidadora.

El conjunto de valores de los cuidadores o las familias también puede influir de forma decisiva. Por ejemplo, no es lo mismo que uno cuide por motivos intrínsecos («Porque quiero») que por motivos extrínsecos («Porque no me queda más remedio»). Si bien el análisis de los motivos por los que se cuida resulta un tema complejo, el tipo de motivación que predomine puede influir en la vivencia del cuidado y en la forma de afrontarlo.

DIMENSIONES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DEL CUIDADO:

Dimensión contextual y cultural. Se sabe que existen variables culturales, como el «familismo», que pueden beneficiar o perjudicar a los cuidadores en función del contexto cultural en el que estos se encuentren; o que las consecuencias del cuidado no son las mismas para mujeres y para hombres (las mujeres informan de mayores consecuencias negativas psicológicas, por ejemplo), lo cual tiene que ver con los roles de género moldeados desde la cultura.

Dimensión de estresores. Incluye todas aquellas variables que hacen referencia a las demandas o situaciones difíciles a las que se enfrentan los cuidadores. Una de las problemáticas que mayor estrés generan en los cuidadores son los síntomas conductuales y psicológicos asociados a las demencias, como la repetición de preguntas, la agitación, la agresividad o la depresión de la persona cuidada.

Dimensión de las variables moduladoras o recursos. Estas variables permiten explicar por qué el cuidado genera mayores consecuencias negativas o positivas en unos cuidadores que en otros. Las variables moduladoras más estudiadas han sido el apoyo social y las estrategias de afrontamiento. Una cuidadora de un familiar con demencia que disponga de mucho apoyo social probablemente informe de menos sintomatología depresiva o ansiedad que otra que no lo tenga.

Dimensión de la evaluación. Todas las dimensiones anteriores influirán en la valoración que la persona cuidadora realice de su situación. La dimensión de la evaluación es clave, puesto que pueden existir grandes diferencias de una persona cuidadora a otra en el grado de valoración de su situación como negativa o positiva. En función de los factores presentes en cada una de las dimensiones anteriores, el cuidado será evaluado de un modo más o menos negativo (por ejemplo, carga subjetiva). Podríamos hipotetizar que la experiencia de la soledad se situaría probablemente en esta dimensión, puesto que se trata de una valoración subjetiva realizada por la persona cuidadora sobre la ausencia de apoyo, de cercanía de otras personas o de calidad en sus contactos con otras personas (De Jong Gierveld y Havens, 2004), que se asocia a una sensación de vacío, tristeza y falta de control, y que es percibida como amenazante (Cacioppo *et al.*, 2010). Probablemente, por lo tanto,

todas las variables y procesos incluidos en las dimensiones anteriores contribuyan a moldear la experiencia de la soledad.

Dimensión de las consecuencias sobre la salud física y psicológica del cuidado, como la depresión, la ansiedad o la culpa. Aquí también podríamos incluir las consecuencias positivas del cuidado (satisfacción, sentido) que se producen en muchos casos.

5.4. Conducta y afrontamiento de la persona cuidadora, de la persona cuidada, de la familia y del entorno social, sanitario y comunitario

Distintas características de la persona cuidadora y del funcionamiento familiar resultan importantes para entender el surgimiento y el mantenimiento de la experiencia de soledad.

Como ya se ha comentado, las actitudes y los pensamientos disfuncionales revisados en la sección anterior se asocian a pautas de comportamiento desadaptativo (no realizar actividades gratificantes, no pedir ayuda…) que podrían conducir a la experiencia de la soledad. Otra característica de los cuidadores que podría contribuir a facilitar esta experiencia es la evitación experiencial, que parece estar relacionada con una menor competencia para regular las emociones y con la propia experiencia de soledad en la población general (Shi *et al.*, 2016). La evitación experiencial ha sido identificada como una tendencia presente en muchos cuidadores (Losada *et al.*, 2014) que asumen determinadas reglas rígidas sobre cómo deben o no sentirse y pensar («No se debe sentir rechazo u otras emociones desagradables hacia la persona a quien se cuida» o «En situaciones difíciles del cuidado, en las que necesitaría algún tipo de apoyo, prefiero no hablarlo con otros familiares si esto puede suponer un conflicto»). Esta variable podría estar en la base de distintos tipos de conductas evitativas (no comunicar el malestar ni mostrar la propia vulnerabilidad,

evitar el conflicto con otras personas de la familia o dejar de realizar actividades placenteras para evitar sentir culpa) que podrían facilitar el aislamiento emocional, el social y, por ende, la experiencia de soledad.

Por otro lado, en la población general se han hallado rasgos, como por ejemplo la sensibilidad interpersonal, la suspicacia, un procesamiento de la información sesgado hacia la propia inadecuación social y el rechazo por parte de los demás, probablemente relacionados con experiencias interpersonales negativas a lo largo de la vida, que se asocian a la experiencia de la soledad, al tiempo que son exacerbados por esta (Cacioppo y Hawkley, 2009; Jackson y Cochran, 1991).

En cuanto a variables relacionadas con la familia, el grado en el que esta (y otras personas significativas, como las amistades) respalda o apoya emocionalmente a la persona cuidadora, validando sus decisiones y su situación emocional, ayudando en el cuidado, favoreciendo una adecuada cohesión y comunicación familiar, y resolviendo conflictos y tomando decisiones en conjunto, resulta fundamental. La recepción de apoyo emocional por parte de otros puede reducir la soledad de los cuidadores, mejorando su salud mental (Secinti *et al*., 2019). Un estudio cualitativo realizado por Moyle *et al*. (2011) destacó cuatro grandes temas identificados en las narrativas de cuidadores de personas con demencia como fundamentales para entender la experiencia de la soledad. El primero hacía referencia a la importancia de tener la oportunidad de estar conectado (recibir visitas, mantener contacto humano, tener con quien hablar) para evitar la soledad. Otra de las temáticas identificadas fue la de perder la habilidad para implicarse socialmente. Los cuidadores señalaron que su soledad se asocia a una menor habilidad de las personas cuidadas para contribuir a las conversaciones, por dificultades para expresar eficazmente sentimientos y reconocer caras o nombres, posiblemente asociadas a los efectos de la demencia sobre su cognición (memoria). También se destaca la temática de sentir soledad por percibir rechazo y falta de comprensión por parte de los demás, así como por el lento alejamiento (desaparición, en términos de los autores) de la vida de la persona con demencia. En este sentido, muchos cuidadores señalan que la familia y los amigos no aceptan el diagnóstico o no asumen los cambios que les ocurren a las personas con demencia. Por último, Moyle *et al*. (2011) señalan que en las narrativas de los cuidadores aparecen estrategias que estos utilizan para intentar superar la soledad, siendo una de las principales el estar atareados, realizando actividades para mantener el cerebro ocupado o no hacer siempre la misma cosa.

Vasileiou *et al*. (2017) realizaron un estudio cualitativo cuyo objetivo era analizar las construcciones de las experiencias de soledad de los cuidadores a partir de su discurso. Identificaron las siguientes áreas temáticas que resumían sus resultados: *a*) la soledad está situada en el contexto de un espacio personal reducido, fruto de las restricciones impuestas por el cuidado; *b*) la soledad se produce también ante el trasfondo de pérdidas relacionales y privaciones en el ámbito de las relaciones; *c*) la soledad se asocia a sentimientos de impotencia, indefensión y responsabilidad, y *d*) la soledad se acentúa ante encuentros o contactos sociales que los cuidadores perciben como distantes o fríos. Para cada una de esas áreas temáticas, incluyen interesantes discursos de los cuidadores que las justifican y que muestran el impacto del cuidado en dimensiones clave de la vida, como por ejemplo la libertad para manejar la propia vida (ocio, relaciones sociales, relación con los nietos…) o para vivir sin preocupaciones o, al menos, con preocupaciones distintas de la constante preocupación y prioritaria respuesta a las necesidades y el bienestar de la persona cuidada. De gran interés son los comentarios de algunos cuidadores en relación con —además de la reducción de sus interacciones sociales— la falta

de comprensión, empatía, ignorancia o reconocimiento de su papel como cuidadores por parte de otras personas y de la sociedad. La referencia a la pérdida también está reflejada en el estudio cualitativo de Dicé y Zoena (2017), en el que los cuidadores mencionan la importante restricción de la libertad personal, a la que añaden vivir con la preocupación constante por la posibilidad de que algo vaya mal.

En este punto cobra especial importancia el desgarrador relato publicado por Levine (1999) sobre su soledad como cuidadora durante años, en el que describe las situaciones que ocurrieron con posterioridad a un accidente de tráfico de su marido. Describe el proceso del cuidado al que se enfrentó en el hospital y en su domicilio, durante años, y cómo el sistema (de cuidados, incluido el sanitario) no funcionó, provocando lo que ella describe de la siguiente forma: «Dejé de ser una mujer y me convertí en una cuidadora» (p. 1587). Levine relata cómo, en momentos críticos al inicio del problema de su marido (atención en el hospital), era atendida y considerada con amabilidad y preocupación por el personal, pero, con el paso del tiempo, se convirtió en invisible, para volver a ser visible no como mujer, sino como la organizadora y proveedora de los cuidados de su marido. Denuncia cómo se sintió «abandonada por un sistema de cuidados de salud que destina recursos y recompensas a socorrer al herido y al enfermo, pero luego consigna a tales pacientes y a sus familias al agujero negro del cuidado crónico supervisado» (p. 1588). En su relato, Levine describe la dureza del cuidado en términos del aislamiento al que se ven destinados los cuidadores, al que hay que añadir una importante cantidad de necesidades no cubiertas, incluidas las financieras.

OTROS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS O CONTEXTUALES QUE HAN SIDO ASOCIADOS A LA SOLEDAD DEL CUIDADOR SON, POR EJEMPLO, EL PARENTESCO O EL NIVEL EDUCATIVO

El efecto de la familia, las amistades o el apoyo social en general en el proceso del cuidado es complejo. Hajek y König (2018a) indican que el inicio del cuidado no parece estar asociado a la percepción de mayor soledad por parte de los cuidadores. Es posible que, en fases iniciales del proceso del cuidado, pueda obtenerse una cantidad de apoyo social (emocional, instrumental…) que limite la percepción de soledad por parte de los cuidadores. Tal y como señalan Rokach *et al*. (2013), que estudiaron a cuidadores de personas que padecen cáncer, el apoyo social fortalecido que reciben los cuidadores ante la experiencia del cáncer puede protegerles de la soledad frecuente e intensa. Esto sugiere la interesante hipótesis de que el inicio del cuidado podría añadir vulnerabilidad a una potencial soledad futura asociada al cuidado, al reducir los recursos internos de la persona cuidadora para establecer una red estable de apoyo a partir del uso de recursos «adicionales» a los de su red personal. Rokach *et al.* (2013) plantean una hipótesis alternativa, que tiene que ver con que los cuidadores dedican la mayor parte de su atención a enfrentarse a la enfermedad y a atender a la persona cuidada, por lo que quedarían pocos recursos para afrontar la soledad.

5.5. Valoración del cuidado

Los factores anteriores determinarán, en gran medida, la valoración que la persona cuidadora realice de su situación. Por ejemplo, si considera que se ha producido una deprivación en la relación con la persona cuidada o una pérdida del yo, esta circunstancia se ha asociado con soledad (Beeson, 2003). Estos factores pueden contribuir a que su situación personal pueda ser interpretada como asumible o, por el contrario, como sobrecarga. Como ya se ha mencionado, los sentimientos de soledad no son solo un «punto de llegada», esto es, un resultado o una consecuencia de todas las variables y procesos conside-

rados en los apartados anteriores, sino que también son un «punto de partida» de nuevos procesos disfuncionales, ya que pueden contribuir a intensificar o perpetuar el malestar de la persona cuidadora, facilitando el mantenimiento o desarrollo de patrones conductuales desadaptativos, como el aislamiento, la rumiación o la evitación de experiencias sociales gratificantes (Cacioppo y Hawkley, 2009).

La influencia de los factores mencionados en los apartados anteriores puede moldear también la reacción o la percepción de los cuidadores ante las demandas o los problemas asociados al cuidado, tales como los síntomas conductuales y psicológicos de las demencias, que podrían ser percibidos como altamente estresantes. Además, existe una compleja interacción entre las reacciones de los cuidadores y las de las personas cuidadas en relación con la valoración de su situación. Así, por ejemplo, el estudio de Ayalon (2016) señala que los cuidadores que informan de baja soledad cuidan a su vez de personas con niveles bajos de soledad, lo que podría sugerir un efecto contagio de la soledad, o bien que los miembros de la unidad del cuidado están expuestos a circunstancias similares.

5.6. Consecuencias del cuidado

Por último, todos los factores y las variables revisados hasta el momento pueden hacer que las consecuencias del cuidado sobre los cuidadores o las personas cuidadas sean más o menos negativas en términos de salud psicológica (depresión, ansiedad, culpa, ira, crecimiento personal, satisfacción…) o física (riesgo cardiovascular, problemas inmunes…), influyendo en la evolución de la situación de cuidado (que se acelere el momento de ingreso en la residencia) o en la aparición de estresores secundarios (que se incrementen los conflictos familiares o laborales). Ya se han mencionado con anterioridad las asociaciones entre la soledad y el malestar psicológico y físico de los cuidadores, existiendo relaciones entre la soledad y otras consecuencias, como por ejemplo las de tipo económico. Así, los cuidadores que informan de mayor soledad expresan, a su vez, una mayor percepción de no llegar a fin de mes (Ayalon, 2016).

Es importante señalar que también pueden existir influencias recíprocas (retroalimentación) entre las distintas dimensiones del modelo descrito hasta este punto. Así, por ejemplo, una mayor valoración o percepción de soledad puede producir más depresión, del mismo modo que una mayor depresión podría afectar a otras dimensiones del modelo (reduciendo la realización de actividades de ocio), incrementando la soledad.

6. RECURSOS Y SOLEDAD EN EL CUIDADO

Vasileiou *et al.* (2017) mencionan como una importante fuente de soledad los sentimientos de impotencia e indefensión de los cuidadores en momentos puntuales del cuidado en los que se enfrentan a situaciones difíciles y no tienen un acceso fácil a la ayuda de otros. Es posible que estas «crisis» puntuales puedan minar de forma especial la percepción de control y autoeficacia de los cuidadores. Muchos de ellos expresan las dificultades que tienen para conseguir la ayuda que necesitan (Levine, 1999; Musich *et al.*, 2017). La escasa diversidad, accesibilidad y flexiblidad de los recursos existentes para los cuidadores no facilita responder a estas cuestiones, que pueden hacer que se sientan especialmente solos e indefensos.

El estudio de McRae *et al*. (2009) señala que aquellos cuidadores que asisten a grupos de apoyo informan de menor soledad y más apoyo percibido que los que no lo hacen. Estos resultados sugieren que asistir a grupos de apoyo pue-

de reducir los sentimientos de soledad, aunque no es posible descartar que las personas que acuden a los grupos posean unas características que las protejan de la soledad, como puede ser que afronten de forma más adaptativa la situación, acercándose a otras personas o ayudando a otros que se encuentran en una situación similar (McRae *et al.*, 2009).

Wagner y Brandt (2015) proporcionan datos que muestran que existen diferencias entre países en los recursos dedicados a servicios de ayuda formal. Los países con menos recursos destinados a esta cuestión son Italia, España y Eslovenia. Estos datos resultan relevantes por cuanto una mayor disponibilidad de recursos formales se asocia a una menor soledad en los cuidadores. Así, vivir en contextos urbanos con más servicios formales se vinculaba a menor soledad. En esta misma línea, las diferencias en soledad entre cuidadores y no cuidadores son menores cuando existen más recursos formales disponibles (Wagner y Brandt, 2015). Según Wagner y Brandt (2018:24), «proporcionar apoyos formales es esencial no solo para los receptores de cuidados, sino también para los cuidadores: la percepción de alternativas a los planes de cuidados se acompaña de un mayor bienestar de los cuidadores informales», incluyéndose la falta de soledad como uno de los principales indicadores de bienestar.

7. APORTACIONES PARA LA INTERVENCIÓN EN EL PROCESO DE SOLEDAD EN EL CUIDADO

Apenas existen estudios dirigidos a analizar la influencia de las intervenciones sobre la soledad de los cuidadores, y los que existen tienen un diseño que dificulta la obtención y la generalización de conclusiones. Cabe mencionar un estudio piloto que evaluaba la influencia de la musicoterapia en el incremento de las relaciones sociales en cuidadores de personas con demencia, y que no obtuvo resultados significativos en la reducción de los sentimientos de soledad en los cuidadores (Clair *et al.*, 1993).

De lo expuesto hasta el momento se pueden extraer distintas ideas acerca de cuáles podrían ser los objetivos de una intervención dirigida a reducir los sentimientos de soledad de los cuidadores, y sus consecuencias asociadas. Con el fin de ser coherentes con lo mencionado anteriormente, se organizan estas ideas siguiendo el planteamiento del modelo teórico descrito en el apartado anterior:

- **Circunstancias previas al cuidado y al contexto.** Sería deseable que las instituciones públicas incrementaran los recursos disponibles para la atención a los cuidadores, dotándolos de mecanismos que les permitiesen añadir flexibilidad y adaptación a las necesidades individuales y cambiantes de cada familia afectada. Entre otros, deberían existir recursos o servicios que permitiesen identificar a cuidadores vulnerables que pudiesen verse especialmente afectados por el cuidado. Los cuidadores deberían ser considerados no solo como un recurso que resuelve el problema, sino también como una parte afectada y con derecho a recibir atención y recursos, para evitar procesos como los descritos anteriormente, que los conducen al aislamiento y a la soledad.
- **Causa del problema que genera dependencia.** Los cuidadores deben conocer y poder anticiparse al proceso de la enfermedad a la que se enfrentan, y a su variabilidad. Además, deberían existir recursos que permitiesen dar respuesta a necesidades urgentes derivadas de situaciones imprevistas.
- **Actitud de la persona cuidadora y la familia.** Como se ha señalado con anterioridad, culturalmente estamos en gran medida «orientados» a afrontar el cuidado de forma desadaptativa, relegando los intereses personales a un segundo plano o evitando emociones o pensamientos negativos asociados al cuidado por el miedo o la preocupación por el qué dirán. En este sentido, pueden

contribuir de manera exitosa a mejorar la vivencia emocional de los cuidadores las intervenciones dirigidas a la aceptación de emociones y pensamientos incómodos o dolorosos, cuya evitación interfiere en un afrontamiento adaptativo del cuidado y en el compromiso con valores personales que aportan significado, así como aquellas dirigidas al cambio en creencias desadaptativas que limitan la activación conductual, la expresión asertiva de necesidades, el contacto con los demás… (Márquez-González *et al.*, 2007). Sin duda alguna, acciones dirigidas a implicar a la familia en el proceso del afrontamiento del cuidado y a mejorar la comunicación y la cohesión familiar pueden, además de amortiguar los efectos del cuidado sobre la persona cuidadora, contribuir a favorecer la recepción de apoyo emocional por parte de la persona cuidadora, algo que, como ya se ha visto, está muy asociado a la soledad.

- **Conducta y afrontamiento de la persona cuidadora, de la persona cuidada y de la familia.** En este punto, nuevamente, pueden ser de gran interés intervenciones dirigidas a lograr la activación conductual de la persona cuidadora enmarcada en valores personales diferentes del del cuidado (ocio, desarrollo personal, autocuidado…) (Losada *et al.*, 2015; Márquez-González *et al.*, 2010) y su descanso; a incrementar sus fuentes de apoyo social, y a entrenar a la familia en estrategias de comunicación no invalidantes (evitando el habla infantil) o en estrategias para el manejo de síntomas conductuales y psicológicos asociados a la dependencia. Implicar a las familias —y a los profesionales en planes de cuidados— en las intervenciones puede, a su vez, favorecer que se logren incrementar las posibilidades de que el rol del cuidador sea validado y respaldado, al mismo tiempo que se fortalece la cohesión familiar. En este sentido, autores como Vasileiou *et al.* (2017) señalan que incrementar la sensibilidad y la apreciación social sobre las contribuciones valiosas de los cuidadores podría ayudar a reducir sus sentimientos de soledad. De esta forma, además, los cuidadores se considerarán «conectados» y protegidos frente al deterioro progresivo de su situación vital, asociado al proceso de la enfermedad y a la «desaparición» de la persona enferma. Proporcionar recursos a los cuidadores para afrontar de forma adaptativa las numerosas pérdidas a las que se ven expuestos puede, sin duda, limitar el riesgo de acabar generando sentimientos de soledad. Por supuesto, las medidas socioeconómicas y comunitarias dirigidas a incrementar la disponibilidad de apoyos y recursos de ayuda formal a los cuidadores, así como su flexibilidad, son también ingredientes clave para prevenir y combatir la soledad en cuidadores.

LAS ACTITUDES Y LOS PENSAMIENTOS DISFUNCIONALES SE ASOCIAN A PAUTAS DE COMPORTAMIENTO DESADAPTATIVO QUE PODRÍAN CONDUCIR A LA EXPERIENCIA DE LA SOLEDAD

- **Valoración y consecuencias del cuidado.** Las estrategias o intervenciones antes descritas pueden reducir la probabilidad de que el cuidado sea percibido como una amenaza o una carga excesiva a la que se enfrentan los cuidadores en posición de soledad, que finalmente les genere problemas de salud física y psicológica, o que acelere la toma de la decisión de ingresar al familiar en una residencia.

8. CONCLUSIONES

El proceso del cuidado favorece la aparición de la soledad, y esta se asocia longitudinalmente a mayores niveles de malestar psicológico y físico de los cuidadores, con síntomas como la depresión, el dolor o la fatiga (Jaremka *et al.*, 2014), además de potenciar patrones cognitivos y conductuales desadaptativos. Por

lo tanto, la soledad introduce un importante grado de vulnerabilidad y riesgo de problemas de salud en un proceso de por sí ya complejo y estresante, como es el cuidado familiar de personas dependientes.

La soledad del cuidador resulta un proceso complejo en el que intervienen factores culturales (obligaciones familiares), sociales (rechazo de la enfermedad o de lo desconocido), institucionales (abuso del cuidador familiar), personales y familiares. Este proceso se asocia a importantes fuentes de pérdida para los cuidadores, incluida la pérdida de la relación con la persona cuidada y el cambio en la autopercepción: de ser una «persona» pasa a ser un «recurso» («el cuidador»).

Si bien todos los cuidadores pueden estar en riesgo por lo exigente de su tarea, existen personas especialmente vulnerables. Las mujeres, y especialmente las hijas cuidadoras, pueden encontrarse en una situación especial de riesgo, dado que culturalmente «han sido dirigidas» a asumir esa responsabilidad. Por lo tanto, pueden verse en mayor medida afectadas por procesos que conducen al aislamiento y que incrementan la probabilidad de experimentar sentimientos muy incapacitantes, como la ambivalencia o la culpa (Losada *et al*., 2018; Romero-Moreno *et al.*, 2014).

Aunque no existen intervenciones empíricamente validadas dirigidas a reducir los sentimientos de soledad en cuidadores, consideramos que es posible disminuir la vulnerabilidad de los cuidadores a la soledad a través de distintas estrategias.

En resumen, a través del presente trabajo hemos pretendido describir el estado actual de la cuestión de la soledad y el cuidado familiar de personas dependientes. Si bien la mayor parte de los estudios disponibles son de carácter transversal, con tamaños muestrales limitados, parece evidente que la soledad es un problema habitual en el proceso del cuidado que se asocia a importantes consecuencias negativas. Aun así, resulta sorprendente que no existan estudios específicamente diseñados para intervenir sobre el proceso de la soledad en los cuidadores, por cuanto podría esperarse que, a través de los mismos, se verían reducidas en gran medida las consecuencias negativas del cuidado en la salud de este colectivo.

ESTRATEGIAS PARA DISMINUIR LA VULNERABILIDAD DE LOS CUIDADORES A LA SOLEDAD:

- Incrementar el número de recursos disponibles para cuidadores, favoreciendo su accesibilidad y flexibilidad, así como su capacidad para atender a necesidades específicas de los cuidadores y no a generalidades.
- Romper barreras (fundamentalmente cognitivas) que favorezcan «independizarse» del cuidado y activar conductualmente a los cuidadores, incrementando las posibilidades de recibir apoyo social del entorno.
- Proporcionar recursos que amortigüen los efectos del estrés o favorezcan procesos de autoeficacia en los cuidadores.
- Ayudar a los cuidadores a ser coherentes con el valor del cuidado, validándolo, sin descuidar otras áreas de valor fundamentales en sus vidas que les permitan estar conectados con su entorno y no aislarse, afrontando en soledad una tarea altamente estresante.

7

Intervenciones en soledad

Dra. Sacramento Pinazo

«Para dominar el miedo, tienes que aislarlo. Y para ello tienes que definir su objeto con precisión.»

KENZABURŌ ŌE

1. ¿QUÉ SIGNIFICA INTERVENIR?

A menudo, las situaciones de vida de las personas que envejecen les impiden relacionarse con los demás todo lo que desearían. En ocasiones, existen relaciones de interacción, pero no cumplen con las expectativas que las personas tienen sobre dichas relaciones. Sea cual sea la circunstancia, lo cierto es que muchas personas viven situaciones que les generan sentimientos de soledad, y estos, a su vez, repercuten en estados emocionales negativos. Para reducir estas situaciones indeseadas, y para ayudar a las personas a envejecer con mayor calidad de vida, se han puesto en marcha distintos tipos de programas de intervención social.

La intervención social es una acción que se realiza de manera formal u organizada, y que intenta responder a necesidades sociales e incidir significativamente en la interacción de las personas, aspirando a una legitimación pública o social (Fantova, 2007). Esto significa que es necesario un cierto grado de análisis previo para proponer un adecuado plan de acción conforme a los objetivos planteados y los recursos disponibles. Además, incidir en aspectos relacionales (nivel microsocial) implica un ajuste entre la autonomía personal y la integración comunitaria, buscando generar el ambiente que permita a las personas evitar el aislamiento y vincularse con el entorno.

La intervención social tiene como objetivo superar las relaciones problemáticas entre las personas y los entornos donde viven (barrio, comunidad, ciudad), a través del apoyo (material, instrumental, emocional), la educación (nuevas herramientas para la interacción social) y el aumento y la mejora de las redes y las relaciones sociales (familia, amigos, vecinos, organizaciones, instituciones, recursos).

Cuando hablamos de proyectos de intervención social, estamos haciendo alusión a acciones que se realizan como respuesta a un problema manifestado por las personas a las que afecta, acciones que se realizan como respuesta a un problema detectado por los profesionales o técnicos, y acciones que se realizan para prevenir problemas mayores futuros, y suele distinguirse entre prevención primaria, secundaria y terciaria.

Asimismo, la intervención social o psicosocial tiene diversas funciones, entre las que se encuentran la prestación de servicios, la prevención de problemas, el cambio social, la evaluación de necesidades y el diseño de programas, y el desarrollo de recursos humanos de ayuda o de ayuda a otros (como el voluntariado), así como de capacitación o empoderamiento (*empowerment*) de las personas.

2. ¿SOBRE QUÉ FACTORES INTERVENIR?

La intervención psicosocial trata de comprender, predecir y cambiar la conducta social de las personas modificando los aspectos nocivos de su entorno, y tiene como fin último mejorar su calidad de vida. Su objetivo central es aumentar el bienestar individual y colectivo, a través del desarrollo psicológico de las personas y de sus vinculaciones con el entorno social.

La intervención social es una acción intencionada para cambiar una situación que, según ciertos criterios, se considera intolerable o alejada de unas pautas ideales de funcionamiento. En el caso que nos ocupa, intervenir en soledad es intentar modificar las situaciones que provocan el sentimiento negativo de soledad o el aislamiento social de un grupo de personas en concreto, o de un grupo que se considera vulnerable, pues así lo justifica la evidencia científica.

Distintos autores han hallado factores que son predictores y consecuencia de la soledad, como una salud mental deteriorada, baja autoeficacia, deterioro cognitivo, ciertos aspectos sociales (calidad y cantidad de las relaciones socia-

les), estado de salud y estado funcional, y pocas oportunidades para el contacto social (Cohen-Mansfield y Parpura-Gill, 2007; Leigh-Hunt *et al*., 2017).

La integración social satisfactoria depende de unas buenas habilidades sociales y un entorno adecuado (De Jong Gierveld *et al*., 2018). Por ello, intervenir en la integración social de aquellas personas que tienen dificultades para satisfacer sus necesidades sociales es bueno para prevenir los resultados adversos de la soledad (Heinrich y Gullone, 2006).

Soledad, aislamiento social, vivir solo, sentirse solo o *estar solo* son expresiones empleadas a menudo de forma intercambiable (Karnick, 2005; Victor *et al.*, 2000). Según Victor Hugo, todo el infierno cabe en una palabra: *soledad*. La soledad es vista por algunos como algo vergonzoso, y muchas personas temen ser o convertirse en una carga para los demás, y por esta razón pueden ser reacias a admitir su soledad (McInnis y White, 2001). Esto supone una dificultad en el momento de investigar: ¿realmente podemos detectar a todas las personas que sufren soledad?

Con intervenciones adecuadas, enfocadas a este grupo de personas con mayor aislamiento social, muchas personas podrían seguir viviendo en sus casas durante más tiempo (Findlay, 2003; Cattan *et al*., 2005). Pero si soledad no es lo mismo que aislamiento social, deberemos tener en cuenta esta distinción en la programación de las intervenciones. Intervenir en soledad supone intervenir en la salud. Son muchos los estudios que han confirmado esta relación y que han situado la soledad como un problema de salud de primera magnitud. Autores como Holwerda *et al.* (2014), a partir de los resultados de la investigación longitudinal *Amsterdam Study of the Elderly* (AMSTEL), observaron que es sentirse solo, y no estar solo, la variable que más se relaciona con el riesgo de demencia, o que sitúa el sentimiento de soledad como una variable prodrómica de la demencia, independientemente de la enfermedad cardiovascular, la depresión y otros factores que precisan de una mayor atención clínica.

Por su parte, McHugh *et al*. (2019), a partir de los datos del estudio longitudinal *English Longitudinal Study of Ageing* (ELSA), relacionaron soledad con integración social en modelos de ecuaciones estructurales, observando que una mayor soledad se vinculaba a peor integración social (mediada por problemas de memoria y sintomatología depresiva).

Algunas variables asociadas a la soledad que se han hallado en la literatura científica son las siguientes: necesitar ayuda en las actividades de la vida diaria; poca frecuencia de contacto con hijos y familia (Bondevik y Skogstad, 1996, 1998), amigos (Bondevik y Skogstad, 1998) o vecinos (Bondevik y Skogstad, 1996, 1998); la calidad de las relaciones sociales más que el tamaño de la red social (Victor *et al*., 2000; Cohen-Mansfield y Parpura-Gill, 2007); sentimientos de desesperanza (Walton *et al.*, 1991; Barg *et al.*, 2006); viudedad (Dahlberg *et al.*, 2018); depresión (Alpass y Neville, 2003; Adams *et al*., 2004; Victor *et al*., 2005a; Barg *et al.*, 2006; Cohen-Mansfield y Parpura-Gill, 2007; Domènech-Abella *et al*., 2017), e insatisfacción con la propia vida (Schumaker *et al.*, 1993). Todo esto debería ser tenido en cuenta en el diseño de buenas intervenciones.

La soledad es un fenómeno multidimensional que puede variar entre personas y situaciones, según los distintos factores implicados, subjetivos y objetivos. La eficacia de la implementación de una intervención en soledad depende de la habilidad para identificar a las personas que están solas o aisladas, o en riesgo de estarlo, por ejemplo por ser personas viudas o cuidadoras no formales, por vivir solas o por estar institucionalizadas.

3. TIPOS DE INTERVENCIONES

Hay que señalar que realizar propuestas de intervención nunca es fácil, y menos en una problemática tan compleja como es la soledad no deseada. De hecho, las revisiones acerca de intervenciones efectivas sobre este tipo de soledad topan con dificultades para separar las intervenciones sobre la soledad objetiva (más relacionada con la red de relaciones de apoyo social que tiene la persona) de aquellas otras sobre la soledad subjetiva (el sentimiento de soledad), lo que dificulta la comparación posterior de los estudios y, sobre todo, la eficacia real de las distintas propuestas de intervención existentes.

Algunos autores, como Cattan y White (1998), se quejan de que existe cierta desconexión entre la investigación y la práctica, dado que el análisis de la soledad ha sido abordado científicamente, pero no todas las intervenciones cuentan con metodología científica que apoye empíricamente su eficacia.

La necesidad de evaluar los programas de intervención se desarrolla especialmente en los años noventa, momento en el que se busca la mejor evidencia científica disponible que avale los programas de prevención, los tratamientos de los pacientes, las pruebas de diagnóstico aplicadas, las intervenciones educativas y las acciones en general empleadas en cualquier contexto. Es lo que se denomina *práctica basada en la evidencia*. Su objetivo es buscar, localizar, seleccionar y adaptar las mejores evidencias científicas para cada problema.

NECESITAR AYUDA EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, POCA FRECUENCIA DE CONTACTO CON HIJOS Y FAMILIA, AMIGOS O VECINOS; LA CALIDAD DE LAS RELACIONES SOCIALES MÁS QUE EL TAMAÑO DE LA RED SOCIAL; SENTIMIENTOS DE DESESPERANZA; VIUDEDAD; DEPRESIÓN E INSATISFACCIÓN CON LA PROPIA VIDA. TODO ESTO DEBERÍA SER TENIDO EN CUENTA EN EL DISEÑO DE BUENAS INTERVENCIONES

La metodología para evaluar la eficacia de los programas de intervención en soledad ha sido habitualmente la cualitativa, lo que conlleva una dificultad en la comparación de resultados. Sin embargo, algunas intervenciones en soledad han empleado metodología cuantitativa y muestran resultados con mayor o menor impacto. Para poder extraer conclusiones de los resultados de los programas de intervención, es necesario que exista un grupo experimental (que participa en el programa de intervención) y un grupo de control (que no participa en el programa de intervención). Así se puede conocer si las diferencias se deben a la intervención realizada, al obtenerse mejores puntuaciones en el grupo que asistió al programa. Además, sería necesario realizar distintos programas de intervención en submuestras del grupo que fuesen homogéneas, para poder sacar conclusiones sobre qué intervenciones son más eficaces; por ejemplo, ¿individuales o grupales? Igualmente, sería interesante no solo buscar diferencias entre el pretest y el postest, sino también en mediciones que se realizasen a tres, seis y nueve meses, para comprobar si realmente se ha producido un cambio que perdura en el tiempo. Para poder evaluar la eficacia de una intervención, es necesario realizar un diseño experimental pre-post con grupo de control. Algunas intervenciones emplearon un diseño cuasiexperimental sin grupo de control, evaluando antes y después de la intervención.

Cuando un investigador se interesa por un determinado problema de investigación, lo habitual es que empiece por revisar los trabajos ya publicados, para así hacerse una idea general de lo que se conoce y desconoce al respecto. Diferentes revisiones de la literatura científica han permitido saber cuáles son los resultados de distintas intervenciones. Las revisiones sistemáticas intentan identificar, seleccionar y valorar de forma crítica las investigaciones relevantes, permitiendo examinar su eficacia. El problema está en que la mayor parte de las revi-

siones sistemáticas realizadas hasta el momento han incluido tanto intervenciones en soledad como intervenciones en aislamiento social, confundiendo a menudo unas con otras.

Otra forma de analizar intervenciones es el metaanálisis. El metaanálisis es un método muy utilizado para la revisión sistemática y cuantitativa de investigaciones realizadas, ampliamente consolidado y aplicado en las ciencias de la salud. Consiste en llevar a cabo una revisión de los artículos empíricos publicados en una temática concreta, y cuantificar sus resultados mediante técnicas estadísticas.

El metaanálisis permite comprobar la magnitud del efecto (índice que refleja el grado promedio en que difieren los resultados de los participantes del grupo experimental frente a los resultados del grupo de control) y, a la vez, determinar las variables que pueden explicar la variabilidad de resultados de distintas intervenciones y valorar su eficacia (Marín *et al*., 2009). Asimismo, ofrece las técnicas necesarias para acumular rigurosa y eficientemente los resultados cuantitativos de los estudios empíricos sobre un mismo problema, permitiendo a los profesionales la adopción de decisiones bien informadas en sus respectivas áreas de trabajo. Los estudios que forman parte de los metaanálisis evalúan un mismo fenómeno, pero los resultados obtenidos en las intervenciones en soledad no han sido los mismos, dadas las distintas características de los estudios identificados. Por ejemplo, no todas las investigaciones han empleado los mismos instrumentos. Algunos de los estudios han utilizado la UCLA Loneliness Scale, que es la escala más usada en sus distintas versiones (UCLA, UCLA-R, UCLA-3) (Banks y Banks, 2002; Shapira *et al.*, 2007; Winningham y Pike, 2007; Routasalo *et al*., 2009; Tse, 2010). Otro instrumento utilizado es la Escala de Soledad de De Jong Gierveld (DJGLS, del inglés De Jong Gierveld Loneliness Scale), aunque ha sido menos empleada en general pero más usada en el contexto europeo (Fokkema y Knipscheer, 2007; Coll-Planas *et al.*, 2017).

Quizás una pregunta sola y directa como «¿Se siente solo?» sea demasiado intimidatoria para algunas personas, que tienden a contestar «No» a pesar de sentirse solas, pero es más corta y rápida que pasar una escala completa. Algunos autores, como Pitkala *et al*. (2009), no utilizaron ninguna escala, sino que plantearon una pregunta abierta: «¿Sufre usted soledad?».

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 ellas (Cornwell y Waite, 2009a). Una escala muy empleada en la investigación científica es la Escala de Red Social de Lubben (LSNS, del inglés Lubben Social Network Scale), que mide la frecuencia de contacto, la cercanía emocional y la confianza con los miembros de la red, divididos en familia y amigos, mediante adecuadas propiedades psicométricas (Gray *et al.*, 2016). En su versión extensa consta de 18 preguntas, y en la abreviada, de 6 preguntas (aunque existen versiones de 12 y 10 ítems), y puede ser muy útil para el ámbito clínico. Mide los tres aspectos esenciales de la red social: el emocional, la tangibilidad y el tamaño. En la web de los autores se ofrecen datos de validez de la escala, y cuenta con una versión validada en castellano (https://www.bc.edu/bc-web/schools/ssw/sites/lubben/description/permission-to-use-scales.html).

El vivir solo se mide fácilmente con una pregunta sobre la forma de convivencia, es decir, si la persona vive sola o acompañada (Victor *et al.*, 2002). Sin embargo, los sentimientos de soledad suelen ser medidos a través de autoinformes subjetivos, de las escalas validadas antes citadas o de una pregunta única y directa sobre su presencia y/o frecuencia (Pinazo-Hernandis y Donio-Bellegarde, 2018).

Echar de menos el contacto con la gente, no tener a nadie con quien hablar de los problemas diarios, tener una sensación de vacío alrededor, sentirse abandonado… son algunos de los ítems que contiene la escala DJGLS. Resultar difícil hacer amigos y sentirse excluido por los demás son ítems de la escala UCLA.

Ambas escalas son adecuadas para evaluar soledad, pero no parecen ser igualmente adecuadas. Penning *et al*. (2014) utilizaron la escala DJGLS y la escala UCLA-R para comparar los resultados de soledad obtenidos con los dos instrumentos, y llegaron a la conclusión de que la escala DJGLS es más apropiada para medir la soledad en personas de mediana edad y personas mayores, porque plantea menos problemas que la UCLA-R. Para los autores, la UCLA-R contiene algunos ítems (como el 4) que ajustan menos que el resto, y adolece de problemas con el método por el sentido en el que están escritos los ítems y por ser inadecuada al modelo unidimensional. Por el contrario, estos problemas desaparecían en la escala DJGLS.

Tomás *et al*. (2019) han observado que las dos escalas citadas tienen un poder predictivo diferencial. A pesar de que ambas se relacionan con la satisfacción con la vida, el efecto es ligeramente mayor en la escala UCLA-3. El efecto negativo de la escala DJGLS era mayor en depresión del que presentaba la UCLA-R. Por esta razón, los autores concluyeron que ambas escalas no son intercambiables.

A menudo, se emplean también otras escalas para medir la depresión o la satisfacción con la vida. Los trabajos de Tomás *et al*. (2019), Buz y Pérez-Arrechaederra (2014), y Buz *et al*. (2014) confirman la asociación negativa entre soledad y satisfacción con la vida en personas mayores españolas, medida en este último caso con la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener (SWLS, del inglés Satisfaction With Life Scale).

Otro factor a tener en cuenta es dónde se recluta a los participantes en un programa de intervención. Algunas intervenciones localizaron a los participantes a partir de los servicios sociales, o en los centros de atención primaria, donde existen profesionales que pueden conocer la realidad de los modos de vida de muchas personas y las personas más aisladas. Otros estudios lo hicieron poniendo anuncios en la prensa.

Dadas las consecuencias negativas de la soledad que ya se han visto en anteriores capítulos de este mismo libro, es relevante conocer cuáles son las intervenciones que ya se han realizado destinadas a reducir la soledad en las personas mayores, así como su procedimiento y sus resultados, especialmente aquellas más costo-efectivas. Para evaluar la eficacia diferencial de las intervenciones en soledad, es preciso emplear una medida estandarizada y utilizar los mismos o similares instrumentos, que contemplen los mismos factores o dimensiones. Algunas intervenciones van dirigidas no a paliar la soledad, sino el malestar o la depresión, o a aumentar la red social. Conocer bien cuál es el objetivo de la intervención es determinante para decidir cómo y qué evaluar.

Así pues, y resumiendo lo expuesto hasta el momento, ¿qué tipo de intervención queremos hacer? ¿Sobre la red social, la ampliación del número de amigos o la consolidación de las redes de amistad? ¿Sobre las condiciones de vida? ¿Sobre la conceptualización de la vida en solitario?

La literatura científica diferencia entre varios tipos de intervenciones para reducir la soledad y el aislamiento de las personas que viven en un contexto comunitario: intervenciones individuales —entre las que se encuentran las centradas en desarrollar relaciones de amistad o *befriending*—, intervenciones grupales e intervenciones basadas en las nuevas tecnologías. Otras intervenciones,

como las centradas en la mejora del capital social y la participación social, también han mostrado una reducción de la soledad de sus participantes. Un número menor de intervenciones han ido dirigidas a personas que viven en centros residenciales para personas mayores.

3.1. Intervenciones individuales

Las intervenciones individuales incluyen visitas a domicilio o *counselling* y llamadas telefónicas. La mayor parte de las intervenciones individuales no han demostrado efectos significativos en la soledad o el aislamiento social, quizás por el tipo de intervención, o quizás debido al diseño o la elección de escalas de medida. Por otra parte, no se ha comparado directamente en la misma persona o grupo el efecto de una intervención individual y el efecto de una intervención grupal, por lo que es difícil demostrar cuál de los dos tipos de intervención obtiene mejores resultados.

Las intervenciones uno a uno (*one-to-one*), en las que una persona (normalmente un voluntario) proporciona apoyo social a otra (habitualmente en su domicilio), han mostrado un efecto moderado en depresión en distintos grupos poblacionales, pero el beneficio en las personas mayores aún no ha sido demostrado.

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 ELLAS

En el marco de las intervenciones individuales, destacan las centradas en fortalecer relaciones de amistad. *Befriending* es la provisión de compañía o apoyo de amistad a una persona que tenga dicha necesidad. Se trata de una relación unidireccional encaminada a aliviar la soledad y proporcionar apoyo a través de la provisión de compañía regular individual realizada por voluntarios. Estas intervenciones pueden proporcionar a las personas una nueva orientación en sus vidas, al implicarse en nuevas actividades, mejorar su autoestima y mejorar su salud.

En la revisión sistemática y el metaanálisis que llevaron a cabo Siette *et al*. (2017) sobre las intervenciones que proporcionan compañía, en que incluyeron 6 intervenciones y un total de 765 participantes, los autores no hallaron evidencia significativa de los beneficios en depresión, calidad de vida, soledad, autoestima, apoyo social o bienestar. Algunos trabajos no observaron ningún efecto, como los realizados por Heller *et al*. (1991), Mountain *et al*. (2014) o Walshe *et al*. (2016) en el Reino Unido. Solo la intervención efectuada por MacIntyr *et al.* (1999) en Canadá, que informó de cambios en apoyo social y bienestar en sus 22 participantes, y la de McNeil, LeBlanc y Joyner (1991), también en Canadá, que detectó cambios en depresión en los 30 sujetos que componían la muestra de participantes, parecen exitosas.

Algunas de las intervenciones centradas en la compañía (*befriending*) son realizadas por profesionales, pero en su mayor parte son voluntarios los que proporcionan el apoyo. Casi todas las intervenciones *befriending* se realizan en el domicilio de la persona mayor, aunque en algunas de ellas se trata de acompañar a las personas para que salgan de sus casas y realicen actividades fuera. Otras se limitan a contactos telefónicos (semanales normalmente), y en ocasiones combinan las visitas a domicilio con las llamadas telefónicas.

Algunos de los beneficios del *befriending* son nuevas relaciones de amistad, tener a alguien que escucha tus problemas, y sentirse valorado y único (Thompson *et al*., 2016), pero no está clara la relación entre *befriending* y la reducción de la soledad o el aumento de la participación social o el apoyo social. Las distintas revisiones realizadas sobre las evidencias que ofrecen los programas de *befriending*, como hemos visto, no son muy optimistas.

La diversidad existente entre las personas mayores requiere de intervenciones multidimensionales. Por ejemplo, para aquellas personas con problemas de movilidad y peor salud, las intervenciones telefónicas pueden ser atractivas por su accesibilidad desde casa y su flexibilidad (McLeod *et al*., 2018).

3.2. Intervenciones grupales

Los grupos de apoyo y las sesiones de debate son adecuados para algunos tipos de personas, como aquellas con enfermedades de larga duración o movilidad reducida, las que viven una situación de duelo, personas mayores que viven en centros residenciales, y cuidadores. No obstante, solo son eficaces para aquellas personas que cuentan con habilidades sociales que les permiten participar, y si se mantienen en el tiempo (al menos cinco meses). Asimismo, pueden ser beneficiosos si ayudan a la mejora de la autoestima y al control personal.

Muchas de las actividades grupales van dirigidas a la inclusión de las personas en actividades sociales en busca del aumento de la participación social. La participación social y cívica está muy relacionada con el bienestar, como indican muchos estudios previos (Serrat *et al*., 2019).

Algunos programas grupales intergeneracionales han mostrado ser eficaces, como el estudio que realizó Gaggioli *et al*. (2014) a partir de una intervención en reminiscencia con grupos de séniores que, guiados por un psicólogo, eran animados a compartir sus memorias con niños, promoviendo la interacción entre ambas generaciones.

3.3. Intervenciones basadas en las nuevas tecnologías

Muchos programas de intervención se apoyan en las posibilidades que ofrece Internet para aumentar las redes sociales y reducir la soledad. Algunas intervenciones utilizan las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) para fortalecer las redes en línea de las personas mayores que viven en aislamiento social, con enfermedades crónicas o con discapacidad, y que se sienten solas (Fokkema y Knipscheer, 2007; Hagan *et al.*, 2014). Pero Chipps *et al*. (2017), tras realizar una revisión sistemática de intervenciones electrónicas en 12 bases de datos que contenían estudios publicados entre 2000 y 2017, identificaron 12 revisiones de calidad moderada, y los estudios mostraron falta de rigor. Los autores concluyeron que la evidencia de este tipo de intervenciones es inconsistente y débil.

Como ejemplo de intervención usando las TIC (n = 1), Blažun *et al*. (2012) expusieron los resultados de un programa de formación en informática llevado a cabo con usuarios noveles de estas tecnologías en Finlandia y Eslovenia.

Khosravi *et al.* (2016), tras analizar 34 estudios sobre el impacto de las TIC en el aislamiento social, también observaron falta de resultados concluyentes, pero auguraron un prometedor desarrollo futuro en robótica, páginas de Internet para contacto social, telecuidado, ambientes 3D, videojuegos (Wii)…

3.4. Intervenciones centradas en la mejora del capital social y la participación social

La mayor parte de las intervenciones desarrolladas para combatir la soledad se han centrado en el fortalecimiento de los vínculos sociales y de amistad (Kime *et al.*, 2012), pero algunas de ellas, en lugar de dirigirse a reducir la soledad, han intentado mejorar el capital social de los mayores (Coll-Planas *et al*., 2017), especialmente a partir de su inclusión en programas de voluntariado. Los programas de participación social permiten el desarrollo de la generatividad eriksoniana, que posibilita una doble ganancia: gana la persona ayudada

y gana la persona que ayuda.

Otras intervenciones se han centrado en motivar la participación en actividades a través de encuentros semanales en centros sociales o centros de personas mayores, donde se realizan actividades en torno al arte (pintura, artesanía popular, teatro, coro), la informática, el ejercicio físico… El objetivo es presentar una oferta amplia de actividades que ofrezcan la posibilidad de un contacto social activo y participativo a las personas mayores socialmente aisladas.

3.5. Intervenciones realizadas en centros residenciales para personas mayores

No solo el fallecimiento de seres queridos puede constituir un factor de riesgo importante para la aparición de la soledad en personas mayores (Abellán *et al.*, 2007). La institucionalización también puede conducir a la soledad en los mayores (Jürschik *et al.*, 2013), aunque ciertos estudios han señalado que algunas personas mayores deciden ingresar en una residencia para reducir el sentimiento de soledad (Rojas *et al*., 2006).

En el programa de intervención por videoconferencia de Tsai y Tsai (2011), los autores observaron mejoría en el grupo experimental a largo plazo (tres, seis y doce meses), pero no hallaron diferencias significativas con el grupo de control. Según Bermeja y Ausín (2018), el programa desarrollado por Tsai y Tsai (2011) tiene una calidad moderada-alta al utilizar un tamaño de la muestra adecuado y una muestra proporcionada en cuanto al sexo, realizar una selección aleatoria de los sujetos en los grupos, emplear una muestra procedente de un total de 16 centros residenciales, tomar medidas pre-post y de seguimiento, y, además, proporcionar información pormenorizada de los resultados. Sin embargo, los autores no describieron detalladamente el procedimiento, lo que dificultaría su réplica posterior.

Otros programas de intervención con calidad de la evidencia baja son el de Chen y Ji (2015), quienes realizaron un taller de horticultura, y el de Vrbanac *et al.* (2013), con terapia asistida con animales. Su calidad es baja porque tenían una muestra reducida, con participantes de una única residencia, no contaron con grupo de control y no tomaron medidas de seguimiento a corto y largo plazo.

La mayor parte de las intervenciones realizadas para reducir la soledad se han llevado a cabo en un contexto comunitario, y apenas existen actuaciones de este tipo efectuadas en residencias de personas mayores. Muchas de estas intervenciones en un contexto residencial no tenían como objetivo principal reducir la soledad, pero la intervención realizada mejoró los sentimientos de soledad y aislamiento social.

Algunos ejemplos de programas llevados a cabo en un contexto residencial son los centrados en la percepción subjetiva de la soledad, como por ejemplo las intervenciones cognitivo-comportamentales (Winningham y Pike, 2007); los que se basan en la revisión de vida o la terapia de reminiscencia (Chiang *et al.*, 2010); los que usan la videoconferencia y pretenden mantener la relación con las familias, o iniciar nuevas relaciones con otras personas (Tsai *et al*., 2010); los que recurren a la terapia del humor, dirigida a mejorar la felicidad y reducir la sintomatología depresiva (Tse *et al.*, 2010); los que emplean programas de ejercicio físico (Tse *et al.*, 2014); los basados en talleres de jardinería y horticultura (Brown *et al.*, 2004; Tse, 2010), y los centrados en la terapia asistida con animales (Banks y Banks, 2002; Vrbanac *et al*., 2013).

En general, se ha constatado que estos programas no solo mejoran los sentimientos de soledad percibida, sino también otros factores relacionados, como son la calidad de vida, el bienestar psicológico, la socialización o los síntomas

depresivos. Los programas que incluyen terapias grupales evalúan factores como la socialización, entre otros, ya que estas terapias permiten a los participantes compartir sus experiencias con otros miembros del grupo. Distintos autores prefieren la terapia grupal a la terapia individual en las residencias de personas mayores, ya que favorece los contactos sociales entre ellos, mejora las habilidades de comunicación y permite establecer nuevas relaciones. Por este motivo, parece interesante promover intervenciones grupales aprovechando el ámbito institucionalizado, en el que las personas tienen mayor facilidad para interactuar entre sí. En cuanto a los programas de intervención con animales, se observa que presentan una serie de limitaciones, como puede ser la existencia de problemas de salud (alergias) o psicológicos (fobias) en los participantes.

Las intervenciones grupales parecen ser más eficaces para activar la socialización, y el número óptimo de personas por grupo es de siete a ocho (Cattan *et al.*, 2005).

4. LAS INTERVENCIONES MÁS EFICACES

Muchos autores han realizado revisiones sistemáticas de las intervenciones en soledad y aislamiento social aparecidas en la literatura científica desde 1970 (Findlay, 2003; Cattan *et al.*, 2005; Masi *et al.*, 2011; Dickens *et al.*, 2011; Choi *et al*., 2012; Hagan *et al*., 2014; Morris *et al*., 2014; Cohen-Mansfield y Perach, 2015; Stojanovic *et al*., 2016; Poscia *et al.*, 2018; Bermeja y Ausín, 2018).

Distintos autores han querido conocer qué tipo de intervenciones en soledad y aislamiento social se han realizado, cómo han sido diseñadas y los resultados obtenidos. A continuación se expondrán los resultados más interesantes hallados en las revisiones y metaanálisis de intervenciones dirigidas a reducir la soledad y el aislamiento social de personas mayores que viven en un contexto comunitario; en las revisiones y metaanálisis de intervenciones dirigidas a reducir la soledad y el aislamiento social de personas mayores que viven en un contexto institucional; y en las revisiones de intervenciones dirigidas a reducir la soledad y el aislamiento social de las personas mayores a través de las TIC.

4.1. Revisiones y metaanálisis de intervenciones dirigidas a reducir la soledad y el aislamiento social de personas mayores que viven en un contexto comunitario

La primera revisión de este tipo de intervenciones fue realizada por Cattan y White (1998), quienes analizaron actuaciones efectuadas entre 1970 y 1997. Así, incluyeron 21 estudios —10 de ellos ensayos aleatorizados— teniendo en cuenta la calidad del artículo y de la metodología, y la eficacia de la intervención. Los autores identificaron cuatro tipos de intervenciones de promoción de la salud dirigidas a reducir la soledad o el aislamiento social: intervenciones con actividades en grupo (10 estudios con grupo de apoyo, con programas de empoderamiento y de enriquecimiento del número de amistades), intervenciones uno a uno (6 estudios), provisión de servicios (4 estudios) e intervenciones con enfoque comunitario (1 estudio con intervención desde servicios sociales y comunitarios).

Findlay (2003) repitió la revisión en el periodo 1998-2002, en busca de intervenciones dirigidas a personas aisladas socialmente, y encontró 17 estudios, entre los cuales solo halló 6 ensayos completamente aleatorizados, y concluyó que tenía pocas pruebas de la eficacia de las intervenciones. La discusión de su artículo empieza diciendo que existe la creencia de que las intervenciones ayu-

dan a reducir el aislamiento social y sus efectos adversos, pero no hay evidencia científica que lo demuestre. El autor identificó cuatro tipos de intervenciones: intervenciones con actividades en grupo (6 estudios), intervenciones uno a uno (5 estudios), provisión de servicios (2 estudios, con intervención desde los servicios sociales y comunitarios, y como voluntariado que identifica a las personas en riesgo de vulnerabilidad social por no acudir a ningún tipo de servicio de apoyo) e intervenciones con tecnologías de la información y la comunicación (Internet) (4 estudios que incluyen el correo electrónico para mantener la comunicación con el entorno social o el uso de páginas web desarrolladas específicamente para personas mayores, y la teleconferencia, centrada en las conversaciones telefónicas o para ofrecer servicios de apoyo telefónico con una persona entrenada en conductas de riesgo, como por ejemplo el suicidio).

Cattan *et al.* (2005) realizaron una nueva revisión sistemática en la que seleccionaron 30 estudios cuantitativos publicados entre 1970 y 2002, con una gran variabilidad en sus diseños y métodos, y emplearon guías estandarizadas para la elaboración de revisiones sistemáticas. Así, identificaron y categorizaron 31 estudios: 17 intervenciones grupales, 10 intervenciones uno a uno, 3 provisiones de servicios y 1 desarrollo comunitario. De las intervenciones eficaces, nueve de cada diez fueron intervenciones grupales con grupo de apoyo o educativo. De las intervenciones ineficaces, seis de ocho proporcionaron apoyo uno a uno, consejo, información o asesoramiento en necesidades de salud. Los autores extrajeron del estudio dos ideas: las bondades de las intervenciones grupales, esto es, 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 la amistad (*befriending*) no ha sido demostrada.

De los estudios analizados, 16 fueron ensayos completamente aleatorizados. Siguiendo la clasificación anterior, los autores identificaron cuatro tipos de intervenciones: actividades en grupo (17 estudios), uno a uno (10 estudios), provisión de servicios (3 estudios) y con enfoque comunitario (1 estudio). Detectaron que, en algunas intervenciones, eran los profesionales los que proporcionaban el apoyo necesario, y en otras muchas, eran voluntarios, educadores o iguales. También pudieron observar que existían grandes diferencias entre las intervenciones en función de la intensidad de las sesiones y la duración de las actuaciones. De todas las analizadas, solo una cuarta parte de ellas (6 estudios) mostró efectividad para reducir la soledad o el aislamiento social.

Los autores dividieron las intervenciones grupales halladas (grupos de discusión, de autoayuda, de actividad física o de entrenamiento en habilidades) en actividades con una contribución educativa e intervenciones grupales para dar apoyo social. Por otro lado, dividieron las intervenciones individuales (visitas domiciliarias, contacto telefónico) en visitas a domicilio para informar o prestar servicios, visitas o llamadas telefónicas para dar apoyo directo o resolver problemas concretos, y apoyo social con intervenciones individuales.

Dickens *et al.* (2011) realizaron una revisión sistemática utilizando las recomendaciones (declaración PRISMA, del inglés Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) y las guías estandarizadas para la elaboración de revisiones sistemáticas (Cochrane Risk of Bias Tool para estudios aleatorizados, y Newcastle-Ottawa Scale para estudios no aleatorizados), e incluyeron en ella 32 estudios. La mitad de los trabajos fueron ensayos completamente aleatorizados, y la otra mitad fueron estudios cuasiexperimentales con grupo de control. Los autores identificaron cuatro tipos de intervenciones: actividades en grupo (19 estudios), uno a uno (11 estudios), combinación grupal-individual (1 estudio) y provisión de servicios (1 estudio). Además, observaron sesgo en todos los estudios: un sesgo alto en 11 estudios, y un sesgo

moderado en 21 estudios.

Los autores dividieron las intervenciones en aquellas que ofrecen actividades sociales y físicas, intervenciones que ofrecen apoyo a través de distintas estrategias o métodos, las basadas en el entrenamiento en el uso de Internet, las de visitas a domicilio y las de provisiones de servicios. Sin embargo, algunos de los estudios que estos autores incluyeron no fueron intervenciones dirigidas a personas mayores (5 de ellos incluían a personas de menos de 55 años). Así, de los 32 estudios que cumplían los criterios de inclusión, solo 27 iban dirigidos a la población mayor.

La revisión de intervenciones para reducir el aislamiento social de Dickens *et al.* (2011) concluyó que las intervenciones grupales de apoyo han mostrado ser efectivas para mejorar los niveles de salud, reducir la soledad y aumentar la actividad social de los participantes. Los autores observaron que, tras participar en el grupo, las personas mayores adquirían una mayor sensación de control sobre las actividades que realizaban. También, que las intervenciones que han demostrado alguna efectividad son aquellas que incluyen algún componente educativo y actividades sociales o de grupo, especialmente si van dirigidas a un grupo poblacional concreto. Esto parece querer indicar que no es suficiente con acudir al domicilio de las personas o incluirlas en algún grupo, sino que es preciso especificar y ajustar las actividades de intervención a las necesidades de cada una de ellas, conociendo bien sus circunstancias.

Para ello, es necesario contar con los recursos comunitarios para que, al finalizar la intervención, la persona conozca los servicios disponibles en su barrio y, por sí misma, sea capaz de acudir a aquellos que le interesen en cada momento. Asimismo, también es preciso contar con voluntarios y profesionales formados; es decir, realizar una selección, un entrenamiento y un apoyo específicos para los facilitadores y coordinadores de las intervenciones (Pinazo-Hernandis y Donio-Bellegarde, 2018).

Una de las revisiones más sugerentes es la que realizan Masi *et al.* (2011) al proponer cuatro formas de acciones sobre la soledad de las personas mayores (Pinazo-Hernandis y Donio-Bellegarde, 2018).

Masi *et al.* (2011) desarrollaron el primer metaanálisis para cuantificar la eficacia de las intervenciones pensadas para reducir la soledad. Seleccionaron 28 intervenciones realizadas entre 1970 y 2009, dirigidas a personas mayores de 60 años. Todos los estudios o bien tenían un análisis pre-post intervención sin grupo de control, o bien eran estudios no aleatorizados con grupo de control o estudios aleatorizados con grupo de control.

Cohen-Mansfield y Perach (2015) realizaron también una revisión de intervenciones efectuadas entre 1996 y 2001, incluyendo en esta ocasión, y por primera vez, intervenciones llevadas a cabo en centros residenciales. Seleccionaron 34 estudios —solo uno de los cuales fue un estudio cualitativo— que cumplían los criterios de inclusión. Los autores clasificaron las intervenciones en cinco tipos: educativas (24 estudios), con actividades compartidas (6 estudios), con actividades individuales (1 estudio), con terapias o técnicas específicas de intervención (2 estudios) y con ayudas sensoriales tecnológicas (1 estudio).

Recientemente, Cohen-Mansfield *et al.* (2018) realizaron una intervención denominada I-SOCIAL (Increasing SOcial Competence and social Integration of older Adults experiencing Loneliness) basada, por una parte, en el modelo teórico cognitivo-comportamental, que conceptualiza los comportamientos como el resultado de la interacción entre factores personales y del entorno, y por otra parte, en el modelo de depresión y soledad (MOdel of DEpression and Loneliness, MODEL), que identifica barreras específicas para la integración social en personas solas y que integra sesiones individuales y grupales, permitiendo a

los participantes que elijan unas u otras según prefieran en cada momento del programa (Cohen-Mansfield y Parpura-Gill, 2007). Los resultados fueron buenos, ya que se logró reducir la soledad, pero quizás habrían sido mejores si la intervención hubiese durado más tiempo, y no solo 5-7 sesiones individuales y 4-6 grupales, como fue el caso.

En la siguiente tabla (tabla 1) se ofrece un resumen de lo expuesto hasta ahora:

Las distintas revisiones sistemáticas pretenden conocer cuáles son las intervenciones más eficaces, buscando los factores que mejor predicen una reducción de la soledad o el aislamiento social. Para Cattan y White (1998), las intervenciones eficaces para reducir la soledad y el aislamiento en personas mayores son aquellas que organizan actividades en grupo, realizan actividades a largo plazo, emplean distintos métodos de intervención, permiten a los participantes ejercer cierto grado de control, y cuentan con un buen diseño de evaluación. En una revisión realizada años después por Cattan *et al.* (2005), se observó que las intervenciones más eficaces para reducir la soledad y el aislamiento en personas mayores son aquellas que realizan actividades en grupo, tienen un componente educativo y de apoyo social, están orientadas a grupos vulnerables específicos seleccionados por profesionales en centros sociosanitarios, atención primaria y servicios sociales (médicos, trabajadores sociales), y permiten a los participantes ejercer cierto grado de control.

Por su parte, Dickens *et al.* (2011) concluyeron que las mejores intervenciones son las grupales, aquellas que cuentan con actividades de apoyo y sociales, y con una metodología participativa, y las que tienen apoyo teórico.

Los resultados obtenidos por Masi *et al.* (2011), centrados en la búsqueda del mayor tamaño del efecto, les permitieron afirmar que las intervenciones cognitivas fueron las más adecuadas para reducir la soledad. Con respecto a la diferenciación entre intervenciones individuales y grupales, los resultados de estos autores concluyen que no existen pruebas para mantener la idea de que el formato grupal sea mejor que el individual con objeto de reducir la soledad. Pero quizás, según afirman los autores, esta falta de hallazgos se deba a que no siempre se conceptualiza la soledad del mismo modo.

Shvedko *et al.* (2018) revisaron intervenciones en soledad y aislamiento o con bajo apoyo social en donde se hubiesen utilizado programas de actividad física, y hallaron un total de 23, con resultados no muy consistentes. No hay duda de que el ejercicio mejora el afecto positivo, pero las intervenciones realizadas no lograron demostrar su eficacia.

La revisión más reciente hasta el momento es la efectuada por O'Rourke *et al*. (2018) sobre 44 intervenciones mayoritariamente realizadas en los Estados Unidos y el norte de Europa, en un contexto comunitario y residencial, especialmente con mujeres (muy pocas solo con hombres) y con personas cognitivamente intactas (aunque algunas incluían a personas con deterioro moderado). El trabajo concluyó que existe aún poca evidencia de la eficacia de los distintos tipos de intervenciones realizadas.

A modo de resumen, las revisiones sistemáticas y los metaanálisis comentados permiten concluir algunos aspectos que caracterizan las intervenciones más eficaces (tabla 2).

4.2. Revisiones y metaanálisis de intervenciones dirigidas a reducir la soledad y el aislamiento social de personas mayores que viven en un contexto institucional

En un trabajo realizado por Bermeja y Ausín (2018), se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura científica sobre programas de intervención para combatir la soledad realizados entre 2000 y 2016 con personas mayores institucionalizadas, mediante estudios experimentales y cuasiexperimentales

que incluyen grupo experimental y grupo de control, y estudios solo con grupo experimental. Se seleccionaron 11 artículos, con distintos tipos de intervención: taller de jardinería y horticultura (Brown *et al.*, 2004; Tse, 2010), terapia asistida con animales (Banks y Banks, 2002; Vrbanac *et al*., 2013), videoconferencia para comunicarse con familiares, intervención cognitiva (Winningham y Pike, 2007), terapia del humor (Tse *et al*., 2010), terapia de la reminiscencia (Chiang *et al.*, 2010) y programa de ejercicio físico (Tse *et al*., 2014).

Las autoras del trabajo hallaron 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 el jardín (hortoterapia), como en las centradas en el mantenimiento físico y en las que pretenden mejorar el estado de ánimo (mediante el humor o la terapia de la reminiscencia) y mantener las relaciones sociales (videoconferencia).

Visitas y compañía de animales (perros), cuidado de plantas (hortoterapia), mantenimiento físico, mejora del estado de ánimo (reminiscencia)… Una vez analizadas cada una de las intervenciones, las autoras concluyeron que la mayor parte de los estudios analizados (11 en total) alcanzaron un nivel de evidencia moderado, por ejemplo el de Banks y Banks (2002), con terapia asistida con animales; los de Brown *et al*. (2004) y Tse (2010), con un programa de hortoterapia; el de Chiang *et al*. (2010), con terapia de la reminiscencia; los de Tse *et al*. (2010) y Tse *et al.* (2014), centrados en el humor y el ejercicio físico, y los de Tsai y Tsai (2011) y Tsai *et al.* (2010), que utilizaron la videoconferencia.

EN GENERAL, SE HA CONSTATADO QUE ESTOS PROGRAMAS NO SOLO MEJORAN LOS SENTIMIENTOS DE SOLEDAD PERCIBIDA, SINO TAMBIÉN OTROS FACTORES RELACIONADOS, COMO SON LA CALIDAD DE VIDA, EL BIENESTAR PSICOLÓGICO, LA SOCIALIZACIÓN O LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS

Bermeja y Ausín (2018) ofrecen unas recomendaciones que deberían cumplir los programas para combatir la soledad de las personas mayores institucionalizadas: que se realice un muestreo aleatorizado de personas mayores que se sientan solas; que las muestras sean amplias y representativas; que las intervenciones estén protocolizadas; que se tomen medidas de seguimiento a medio y largo plazo; que se lleven a cabo intervenciones grupales más que individuales para favorecer el contacto entre residentes, mejorando así sus habilidades de comunicación y estableciendo nuevas relaciones; que se realicen programas para reducir la soledad que incluyan a personas con deterioro cognitivo, y que se empleen las nuevas tecnologías en las intervenciones en centros residenciales. Además, proponen actuar de forma preventiva sobre la soledad, evitando el aislamiento y fomentando las relaciones sociales a lo largo de todo el ciclo vital.

4.3. Revisiones de intervenciones dirigidas a reducir la soledad y el aislamiento social de las personas mayores a través de las TIC

Pero, además de las intervenciones en soledad y aislamiento social realizadas de forma individual o grupal, en los domicilios o en las residencias de personas mayores, cara a cara o mediante contacto telefónico, con el avance de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) y el desarrollo de la informática, la robótica y la domótica, cada vez encontramos más intervenciones mediadas por ordenador.

Choi *et al.* (2012) realizaron un metaanálisis para evaluar la eficacia de las intervenciones que recurren al uso del ordenador y el manejo de Internet para reducir la

soledad y la depresión. Los autores concluyeron que este tipo de intervenciones son útiles para reducir la soledad, pero no la depresión. Sin embargo, hay que recordar que todavía existe la brecha digital, especialmente en personas mayores de 65 años, y que fue muy pequeño el número de estudios analizados, lo que limita notablemente la generalización de los resultados.

Algunas revisiones, como la de Morris *et al.* (2014), estudian la eficacia de las intervenciones con las TIC cuyo objetivo es conectar virtualmente a personas mayores con otras personas (normalmente jóvenes), y así mejorar o mantener el contacto social, y evitar la soledad y el aislamiento social. Los autores de esta última revisión señalaron que en pocas de las intervenciones analizadas se comprobó su efectividad.

5. CONCLUSIONES

Para intervenir sobre la soledad, se han puesto en marcha diversos programas que, dada su diversidad, sus distintos objetivos y sus diferentes formas de ser evaluados, hacen difícil comparar los resultados. Incluso existen programas que han sido implementados, pero de los cuales no se ha evaluado la eficacia, o solo mediante una metodología cualitativa, y es difícil compararlos con otros que emplean una metodología cuantitativa. Teniendo en cuenta únicamente 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, observamos que la literatura científica ofrece pocas publicaciones, y la mayor parte de ellas con muestras muy pequeñas y sin grupo de control.

Existe una preocupación creciente por promover programas que mejoren el bienestar de las personas mayores, y, de forma un tanto tímida, hace un tiempo que se intenta paliar la soledad y el aislamiento a través de propuestas variadas de intervención. Algunos estudios identificaron mejoras en la calidad de vida de los usuarios de las TIC, pero aún no existen evidencias concretas sobre sus beneficios en la disminución de la soledad y el aislamiento. Identificamos la necesidad de realizar investigaciones con diseños más robustos y uso de instrumentos de medida validados, para examinar la eficacia de las intervenciones en la reducción de la soledad y el aislamiento en personas mayores.

La heterogeneidad de las intervenciones, así como las herramientas empleadas para evaluar la soledad y el aislamiento social, no permiten una comparación fácil entre estudios. Existen pocos programas con una efectividad basada en la evidencia, y pocas comparaciones entre distintas intervenciones, lo que hace difícil decidir cuál de ellas es la mejor.

Diferentes revisiones sistemáticas sobre las intervenciones en soledad en personas mayores han concluido que las más eficaces son las intervenciones grupales, con actividades de apoyo y educativas, dirigidas a grupos específicos, apoyadas en los recursos comunitarios existentes y que incluyen un entrenamiento y un apoyo a los facilitadores (Findlay, 2003; Cattan *et al.*, 2005). Las intervenciones dirigidas a reducir la soledad se llevan a cabo con diversos formatos, como intervenciones grupales, intervenciones individuales, ayuda psicosocial (entrenamiento en habilidades sociales), actividades de ocio (ejercicio físico, arte…) o ayuda práctica concreta (uso de aparatos para la sordera, por ejemplo). Sin embargo, y a pesar de que muchas de ellas parecen prometedoras, su eficacia es cuestionable debido a los muy diversos diseños de investigación utilizados (Cohen-Mansfield y Perach,

2015; Cohen-Mansfield *et al.* (2018), y no han sido capaces de proporcionar suficiente evidencia científica que permita concluir cuáles son las más adecuadas, o si realmente son eficaces para el objetivo para el que fueron planteadas (Cattan *et al*., 2005).

Al planificar intervenciones para reducir la soledad y el aislamiento de los adultos mayores, es esencial ofrecerles actividades preferentemente grupales que, además de ocupar su tiempo, les hagan sentirse útiles y valorados por la familia y por la sociedad. Es importante que esas actividades les generen sentido y propósito en sus vidas a través de tareas sencillas, como algunas actividades de la vida diaria. Además, permitiéndoles participar en la planificación de las actividades se activa su empoderamiento *(empowerment)*, o sensación de control percibido sobre sus vidas, lo que contribuye a prevenir sentimientos de soledad. Otro punto importante es que se estimule un trabajo en equipo en el que todos los miembros del grupo persigan un mismo objetivo compartido.

En el cuadro 1, y a modo de síntesis, se muestran algunos aspectos que tienen en cuenta las intervenciones más eficaces.

En este capítulo hemos visto la necesidad de realizar investigaciones con diseños más robustos y usando instrumentos de medida validados, para poder examinar la eficacia de las intervenciones en la reducción de la soledad y el aislamiento en personas mayores.

La soledad es un fenómeno subjetivo resultante de la discrepancia entre las relaciones sociales deseadas y las efectivamente mantenidas. El aislamiento social constituye una medida objetiva caracterizada por la falta de interacciones sociales. Un gran volumen de evidencia empírica sugiere que las personas mayores son particularmente vulnerables a sentirse solas y a aislarse socialmente, debido a factores comunes en esta etapa: pérdida de roles sociales, mayor prevalencia de enfermedades crónicas o incapacitantes, y muerte de amigos y familiares. Con la intención de preservar el bienestar psicológico de este colectivo, evitando situaciones de aislamiento y soledad, en los últimos años se han propuesto y llevado a cabo distintos programas de intervención, algunos de ellos con efectos comprobados, y otros no.

Existen muchos y diversos factores de riesgo asociados a la soledad: problemas funcionales, pobres relaciones sociales, depresión… Todos ellos deberían ser tenidos en cuenta en el diseño de buenas intervenciones.

La soledad es multifacética. Por lo tanto, las intervenciones que se realicen deberán contemplar estas numerosas dimensiones. Por ejemplo, a menudo se une soledad a depresión, o depresión a soledad. ¿Cuál es la causa y cuál el efecto? En ocasiones, las personas sienten soledad pero no están solas, o están rodeadas de muchas otras, como ocurre a menudo con las personas cuidadoras de otras con las que conviven, o con personas institucionalizadas.

La soledad es un sentimiento muy doloroso que, para algunos, se asocia a un fracaso vital y que, por lo tanto, repercute en su identidad personal (Madrigal, 2000).

Vivir solo no es lo mismo que sentirse solo, como ya se ha visto en este mismo manual, y por ello, centrar la intervención en las personas que viven solas sería como estar viendo el horizonte a través de una mirilla desenfocada.

La soledad puede ser social y emocional. Si desde Weiss (1973) se distingue entre soledad emocional y soledad social, al pensar en programas de intervención deberemos tener en cuenta esta distinción. Algunos estudios diferencian estos dos tipos de soledades (van Baarsen, 2002), pero también es cierto que algunos de los factores que las determinan son los mismos. Ambas se relacionan con cambios y pérdidas (funcionales, de personas de la red social) que las personas afrontan a lo largo de su vida.

Las distintas estrategias de intervención pueden dividirse en cuatro tipos, en función de su objetivo: aquellas que aumentan las habilidades sociales, las dirigidas a fortalecer el apoyo social, aquellas que aumentan las oportunidades de interacción social, y las dirigidas al entrenamiento sociocognitivo. Algunas de las intervenciones se centran en la promoción de la salud, en concreto, de la mejora de la salud percibida o del bienestar psicológico.

Otro recurso interesante que puede emplearse en este tipo de intervenciones es el intercambio de experiencias entre generaciones. Además de contribuir a acabar con los estigmas del envejecimiento, ofrece una oportunidad a las personas mayores de sentirse útiles, al compartir sus conocimientos.

Algunos programas de intervención se han centrado en la ambivalencia de la

vivencia de la soledad, con una parte cognitiva y otra que tiene que ver con las capacidades personales.

Otros programas utilizan las tecnologías electrónicas, aunque aún no ha sido demostrada su eficacia.

Las intervenciones sobre la soledad y el aislamiento social pueden reducir la soledad subjetiva o emocional contribuyendo al aumento de la red social, a la integración comunitaria y a la participación social. Si queremos reducir la soledad social o el aislamiento, nuestros esfuerzos se centrarán en aumentar el número de personas de la red social, o bien en la integración en dicha red. A menudo, los factores que determinan la soledad social o emocional son parecidos, aunque distintos al mismo tiempo. Diferentes revisiones sistemáticas sobre las intervenciones en soledad en personas mayores han observado que las más eficaces son las intervenciones grupales, con actividades de apoyo y educativas, dirigidas a grupos específicos, apoyadas en los recursos comunitarios existentes, y que incluyen un entrenamiento y un apoyo a los facilitadores.

En contextos institucionales se han llevado a cabo pocas intervenciones para paliar la soledad. Destacan los programas de terapia asistida con animales, los de hortoterapia, los de ejercicio físico, los de terapia del humor y de la reminiscencia, y las videoconferencias.

De todas las intervenciones publicadas en revistas científicas y analizadas hasta el momento, llama la atención que ninguna de ellas haya sido realizada en España.

Para concluir, en un reciente trabajo de Victor *et al.* (2018) se ofrecen una serie de recomendaciones para los gestores de políticas públicas relacionadas con la soledad.

FORMAS DE ACCIONES SOBRE LA SOLEDAD DE LAS PERSONAS MAYORES (SEGÚN MASI *ET AL.*):

1. Programas que aumentan las habilidades sociales de las personas mayores (asertividad, habilidades comunicativas…).
2. Programas que proporcionan apoyo social a través de la compañía, normalmente de una persona voluntaria, más conocidos como *befriending*.
3. Programas que aumentan las oportunidades de interacción social.
4. Programas que modifican patrones cognitivos sociales poco adaptativos; es decir, que cambian las cogniciones sociales desadaptadas.

Tabla 1.
TIPOS DE INTERVENCIONES EN SOLEDAD SEGÚN LAS REVISIONES SISTEMÁTICAS Y LOS METAANÁLISIS REALIZADOS

	CATTAN Y WHITE (1998)	FINDLAY (2003)	CATTAN *ET AL.* (2005)	DICKENS *ET AL.* (2011)	MASI *ET AL.* (2011)	COHEN MANSFIELD Y PERACH (2015)
	1970-1997	1982-2002	1970-2002	>2009	1970-2009	1996-2011
Actividades en grupo	X	X	X	X	X	
Intervenciones uno a uno	X		X	X	X	
Provisión de servicios	X	X		X		
Intervenciones comunitarias	X					
Intervenciones educativas						X
De actividad física						X
Ocupacionales						X
Psicosociales (entrenamiento cognitivo, actividades sociales y apoyo social)					X	X
Para enseñar a usar el ordenador						X
Uso de Internet		X				
Ayudas sensoriales tecnológicas						X
Apoyo telefónico		X	X			
Teleconferencia		X	X			
Detección de personas vulnerables		X				
Intervenciones con actividades						X
Actividades compartidas						X
Actividades psicosociales						X
Coral						X
Actividad física						X
Arte						X
Terapias o técnicas específicas de intervención						X
Terapia con animales						X
Risoterapia						X
Actividades (escuchar la radio)						X
Entrenamiento en habilidades sociales					X	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2.
CARACTERÍSTICAS DE LAS INTERVENCIONES EFICACES

	CATTAN Y WHITE (1998)	FINDLAY (2003)	CATTAN *ET AL.* (2005)	DICKENS *ET AL.* (2011)	MASI *ET AL.* (2011)	COHEN MANSFIELD Y PERACH (2015)
Actividades en grupo (no válidas para aquellos con grave aislamiento social) y a largo plazo (al menos 5 meses)	X	X	X	X	X	
Intervenciones uno a uno	X				X	
Utilizan distintos métodos de intervención	X					
Se permite a los participantes ejercer cierto grado de control	X		X			
Cuentan con un buen diseño de evaluación	X					
Utilizan el contacto telefónico (sobre todo en el caso de personas que viven en áreas geográficamente aisladas)		X				
Cuando usan servicios comunitarios, se produce un beneficio en salud y bienestar						
Tienen un componente educativo						X
Tienen un componente de apoyo social			X	X	X	
Las actividades propuestas se dirigen a mantener y mejorar las relaciones sociales					X	X
Emplean terapias específicas (en el caso de población institucionalizada)						X
Están orientadas a grupos vulnerables específicos			X			
Son participativas				X		
Están apoyadas en alguna teoría				X		

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 1.

ALGUNAS IDEAS A TENER EN CUENTA SOBRE LAS INTERVENCIONES EFICACES:

Sobre los participantes

- Homogeneidad
- Participación activa y control de la actividad

Sobre los dinamizadores

- Mejor si son profesionales
- Que valoren a las personas mayores
- Que trabajen como facilitadores
- Que trabajen como mentores
- Que trabajen en parejas
- Que hagan reflexión y evaluación de la práctica

Sobre las actividades grupales

- Que motiven y apoyen la adherencia al programa
- Que realicen sesiones orientadas a objetivos
- Que se compartan los sentimientos de soledad
- Que los participantes hagan cosas juntos y compartan experiencias
- Que se obtenga apoyo de iguales
- Que se desarrolle el sentimiento de pertenencia grupal
- Que se fomente la confianza en el grupo

Fuente: Elaboración propia.

OTRO RECURSO INTERESANTE QUE PUEDE EMPLEARSE EN ESTE TIPO DE INTERVENCIONES ES EL INTERCAMBIO DE EXPERIENCIAS ENTRE GENERACIONES

RECOMENDACIONES PARA LOS GESTORES DE POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS CON LA SOLEDAD

- Utilizar un enfoque centrado en la persona y diseñar las intervenciones a medida, según las necesidades específicas de grupos concretos (aspectos sociodemográficos, vulnerabilidad, tipos de soledad…).
- Luchar, en los programas para reducir la soledad, contra el estigma asociado a este sentimiento.
- Desarrollar programas para reducir la soledad centrados en la creación de relaciones significativas y en el aumento de las conexiones sociales para aquellas personas que están solas o en riesgo de soledad.
- Exigir una mayor clarificación conceptual en el trabajo sobre la soledad.
- Requerir más apoyo para realizar buenas evaluaciones y trabajos de campo que incluyan medidas de coste-efectividad.

Glosario terminológico[12]

Dr. Javier Yanguas

«Estoy solo y no hay
nadie en el espejo.»

JORGE LUIS BORGES

12 Nota: No se trata de un glosario científico, sino de definir conceptos de un modo más divulgativo, de tal forma que se facilite, en la medida de lo posible, la lectura del presente manual.

Aceptación: Se refiere a las conductas de cariño, cuidado, valoración, comodidad, preocupación, apoyo… hacia otras personas.

Actitud: Según Allport (1935), es «un estado de disposición mental y nerviosa, organizado mediante la experiencia, que ejerce un influjo directivo dinámico en la respuesta del individuo a toda clase de objetos y situaciones».

Actividad simpático-adrenérgica: Relativa al ***sistema nervioso simpático*** y al ***sistema adrenérgico***.

Afrontamiento: Según Lazarus y Folkman (1984), son «aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo». En otras palabras, recursos psicológicos de cualquier sujeto para adaptarse a una determinada situación negativa.

Aislamiento social: Situación objetiva de contar con mínimos contactos con otras personas.

Alienación: Pérdida de identidad.

Alucinación: Percepción sensorial parecida a una percepción real, pero que ocurre sin estimulación externa del órgano sensorial implicado (vista, oído, olfato, gusto o tacto). Así pues, las personas con alucinaciones pueden ver, oír, oler o tener sensaciones táctiles que no existen realmente. Ejemplos: experimentar sensaciones en el cuerpo, como la de arrastrarse sobre la piel o el movimiento de órganos internos; escuchar sonidos como música, pasos o ventanas o puertas que se golpean fuertemente; escuchar voces cuando nadie ha hablado; ver patrones, luces, seres u otros objetos que no existen; percibir olores inexistentes…

Ansiedad: En general, está relacionada con la anticipación de un daño o una desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y que permite a la persona adoptar las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza. La ansiedad es una sensación o estado emocional normal ante determinadas situaciones, y constituye una respuesta habitual a distintas situaciones cotidianas estresantes. Así, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día. Tan solo cuando se sobrepasa una cierta intensidad en la ansiedad o se supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando un malestar significativo con síntomas que afectan tanto a nivel físico (taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, falta de aire, temblores, sudoración, molestias digestivas…) como psicológico (inquietud, agobio, sensación de amenaza o peligro, ganas de huir o atacar, inseguridad…) y conductual (hipervigilancia, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, inquietud motora…).

Apoyo social: Proceso transaccional (dar y recibir apoyo) a través del cual nuestras relaciones nos proporcionan un «espacio» para el intercambio, tanto de experiencias emocionales (apoyo emocional) como de apoyo en cuestiones instrumentales (apoyo instrumental), o información relevante para la vida cotidiana (apoyo informacional).

Bienestar: En este manual, se refiere principalmente a dos conceptos distintos: *a*) *bienestar subjetivo*, de corte más hedónico, relacionado con la acumulación de momentos agradables y la satisfacción de los deseos, y centrado en los afectos y en la satisfacción con la vida, y *b*) *bienestar psicológico*, de carácter más «eudaimónico» (desarrollo armónico del potencial humano), centrado en la forma de promover el desarrollo de las capacidades humanas y en las relaciones con los

demás y el crecimiento personal, que considera las principales vías del funcionamiento psicológico positivo que conduce a la auténtica felicidad.

Citomegalovirus: Virus que se encuentra en todo el mundo, relacionado con los virus que causan la varicela y la mononucleosis infecciosa.

Conexiones sociales: En el presente manual, se entienden las «conexiones sociales» como tener relaciones sociales y compromiso con las mismas; en otras palabras, tener red social. Pero se distingue del apoyo social: tener conexiones no significa tener apoyo social.

Corteza visual: Área visual más estudiada del cerebro. Está localizada en el polo posterior de la corteza occipital (la corteza occipital es la responsable del procesamiento de los estímulos visuales), altamente especializada en el procesamiento de información acerca de los objetos estáticos y en movimiento, y excelente en el manejo del reconocimiento de patrones.

Cortisol: Hormona esteroidea, o glucocorticoide, producida por la glándula suprarrenal, que se libera como respuesta al estrés, siendo dañina para el organismo.

Cronicidad: Relativo a las enfermedades crónicas (ver ***enfermedad crónica***).

Daño tisular: Lesión en los tejidos (ver ***tisular***).

Demencia: Término general para definir el deterioro fundamentalmente cognitivo que interfiere en la vida cotidiana.

Depresión: Según MedlinePlus (página web actualizada en noviembre de 2019), la depresión se puede describir como el hecho de sentirse triste, melancólico, infeliz, abatido o derrumbado. Aunque muchas personas se pueden sentir de esta manera de vez en cuando durante períodos cortos, la depresión clínica es un trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período de algunas semanas o más. Los síntomas de depresión abarcan:

- Estado de ánimo irritable o bajo la mayoría de las veces.
- Dificultad para conciliar el sueño o exceso de sueño.
- Cambio grande en el apetito, a menudo con aumento o pérdida de peso.
- Cansancio y falta de energía.
- Sentimientos de inutilidad, odio a sí mismo y culpa.
- Dificultad para concentrarse.
- Movimientos lentos o rápidos.
- Inactividad y retraimiento de las actividades usuales.
- Sentimientos de desesperanza y abandono.
- Pensamientos repetitivos de muerte o suicidio.
- Pérdida de placer en actividades que suelen hacerlo feliz, incluso la actividad sexual.

Desamparo: Sentimiento de indefensión y desvalimiento (incapacidad para modificar una determinada situación o circunstancia) que lleva al sujeto a la resignación y al abandono de cualquier intento de superación.

Discriminación: Componente comportamental del prejuicio y, por lo tanto, su manifestación externa. Tradicionalmente, los científicos sociales han conceptualizado la discriminación como el tratamiento desigual desfavorecedor hacia un sujeto o grupo, como consecuencia del prejuicio.

Eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (eje HHA): Conjunto complejo de influencias directas e interacciones retroalimentadas entre el hipotálamo, la glándula pituitaria y la glándula adrenal o suprarrenal. Las interacciones homeostáticas finas (homeostasis) entre estos tres órganos constituyen el eje HHA, una parte esencial del sistema neuroendocrino que controla las reacciones al estrés y regula varios procesos del organismo, como la digestión, el sistema inmune, las emociones, la conducta sexual y el metabolismo energético. Esencial para la adaptación a situaciones de estrés.

Emoción: Reacción psicofisiológica que representa formas de adaptación a ciertos estímulos del individuo al percibir, por ejemplo, un objeto, un lugar, un suceso o algún recuerdo importante. Las emociones organizan velozmente las respuestas corporales (expresiones faciales, músculos, voz, actividad del sistema nervioso y del sistema endocrino…), con el objetivo de que la reacción sea la optima ante la vivencia de ese momento. Ejemplos de emociones: alegría, ira, tristeza, miedo, asco…

Enfermedad crónica: Afección (enfermedad) de larga duración y, por lo general, de progresión lenta.

***Engagement*:** Para el objeto de este manual, se relaciona con la frecuencia y la calidad de las actividades formales (actividades religiosas, asistencia a reuniones, voluntariado…) e informales (contactos telefónicos, quedar con amigos…) que una persona realiza con los miembros de su red social, y en las que está comprometido e implicado.

Epstein-Barr, virus de: Virus de la familia de los herpesvirus, familia que también incluye el virus del herpes simple y el citomegalovirus.

Estereotipo: A menudo ha sido conceptualizado como el componente cognitivo del prejuicio. Es un cliché o modelo fijo, compartido por una determinada colectividad, utilizado para conceptualizar un determinado sujeto de conocimiento abstracto, como la vejez o la juventud, la inmigración o el poder. Funciona a modo de teoría implícita con respecto a ese sujeto de conocimiento. Estos clichés, en términos generales negativos, son aprendidos a través del proceso de socialización del individuo, que transcurre en un ambiente sociocultural determinado. Lo importante es que esas imágenes o clichés, una vez aprendidas, tienen un poder causal, en el sentido de que son la causa de la conducta tanto individual como social referida a aquel objeto de conocimiento, e incluso pueden convertirse en profecías que tienden a su autocumplimiento.

Estrés: Amenaza real o supuesta para la integridad fisiológica o psicológica de un individuo que conduce a una respuesta fisiológica y/o conductual. En medicina, el estrés es referido como una situación en la que los niveles de glucocorticoides y catecolaminas en circulación se elevan. También puede ser entendido como un estado de falta de armonía o una amenaza para la homeostasis (equilibrio).

Estrés oxidativo: Cada vez que respiramos, el 20 % de lo que inhalamos es oxígeno. El oxígeno es una molécula esencial que pasa del aire de los pulmones a los glóbulos rojos de la sangre, que transportan el oxígeno a cada célula de nuestro cuerpo, creando la energía necesaria para que las células funcionen. La oxidación es un proceso sin el cual no podríamos vivir. Se trata del mismo proceso por el que una manzana partida y expuesta al aire adquiere color marrón, y por el que el cobre se pone verde con el tiempo. El proceso de oxidación crea radicales libres en nuestras células que, en grandes proporciones, pueden dañar las células. Consumir alimentos ricos en antioxidantes puede inactivar los radicales libres del oxígeno y reducir sus efectos dañinos. El estrés oxidativo ocurre cuando existe un desequilibrio en nuestras células de-

bido a un aumento en los radicales libres y/o una disminución en los antioxidantes. Con el tiempo, este desajuste en el equilibrio entre los radicales libres y los antioxidantes puede dañar nuestros tejidos.

Estudio de cohorte: Tipo de investigación observacional y analítica (prospectiva o retrospectiva) en la que se compara la frecuencia de aparición de un evento entre dos grupos (personas que corresponden a cohortes de distintas edades), uno de los cuales está expuesto a un factor que no está presente en el otro grupo. En gerontología, son especialmente relevantes los «estudios de cohorte prospectivos» en los que las personas seleccionadas al inicio de la investigación no tienen ninguna enfermedad de interés, son seguidas durante un cierto periodo de tiempo para observar la frecuencia de cambio o enfermedad en cada uno de los grupos (cohortes de edad), y suelen tener como objetivo medir la asociación entre los factores de riesgo y la enfermedad o situación a estudiar.

Estudio longitudinal: Tipo de estudio observacional que investiga al mismo grupo de personas de forma repetida a lo largo del tiempo en investigaciones científicas que requieren el manejo de datos estadísticos sobre varias generaciones consecutivas.

Expectativa: Posibilidad razonable de que algo suceda; suposición más o menos realista.

Factor de necrosis tumoral alfa (FNT-α): Citoquina producida por varias células del sistema inmune que actúa cuando se produce un daño tisular o una infección. El FNT-α desarrolla una acción proinflamatoria tanto por sí mismo como a través de la regulación de otros mediadores inflamatorios, como las interleucinas 1 y 6, produciendo a nivel tisular la remodelación y recuperación de los tejidos.

Factor de riesgo: Cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Ejemplos: insuficiencia ponderal, prácticas sexuales de riesgo, hipertensión, tabaco, alcohol…

Factores proinflamatorios: Aquellos que favorecen la inflamación, en un proceso que propicia distintas enfermedades (cáncer, diabetes…), así como el propio envejecimiento.

Fibrinógeno: Proteína soluble del plasma sanguíneo precursora de la fibrina, responsable de la formación de los coágulos de sangre.

Fragilidad: Se define a la persona mayor frágil como aquella con una disminución de las reservas fisiológicas y un mayor riesgo de declinar, lo que la coloca en una situación de mayor vulnerabilidad ante perturbaciones externas, resultando en una mayor probabilidad para presentar episodios adversos de salud (hospitalización, institucionalización, muerte, caídas) y pérdida de función, discapacidad o dependencia.

Hipervigilancia: Escudriñamiento continuo del ambiente en busca de determinadas señales o indicios. En el caso de las relaciones sociales, tiene que ver con estar alerta y sobreinterpretar cualquier gesto, palabra, conducta… asociado a las mismas.

Inflamación: En los últimos tiempos, ha sido reconocida como un importante factor de riesgo para distintas patologías humanas. La inflamación aguda a corto plazo está finalmente autorregulada y es necesaria para defender al organismo frente a patógenos y preservar la homeostasis en los tejidos. Sin embargo, una inflamación crónica predispone a una progresión patológica de enfermedades crónicas caracterizadas por infiltración de células inflamatorias, producción excesiva de cito-

quinas y desregulación de rutas de señalización celular. Mientras que son bien conocidos los eventos celulares y moleculares que intervienen en la respuesta inflamatoria aguda a una infección o un daño en un tejido, se sabe mucho menos sobre las causas y los mecanismos de la inflamación crónica sistémica, que ocurre en una amplia variedad de patologías, incluyendo las enfermedades cardiovasculares, neurodegenerativas, autoinmunes y metabólicas. Estos estados inflamatorios crónicos no parecen ser causados por los instigadores clásicos de la inflamación, como pueden ser una infección o un agente dañino. En cambio, parecen estar asociados al mal funcionamiento de los tejidos y a una pérdida progresiva de la homeostasis del tejido.

Interleucina 6 (IL-6): Glucoproteína secretada por los macrófagos, las células T, las células endoteliales y los fibroblastos. Localizada en el cromosoma 7, su liberación está inducida por la IL-1 y se incrementa en respuesta al FNT-α. Es una citoquina con actividad antiinflamatoria y proinflamatoria.

Intersubjetividad: Posibilidad de compartir tanto definiciones de una situación, el propio «sentido común», cogniciones…, como de alcanzar consensos comunes con otras personas en la formación de nuestras ideas y relaciones.

Metaanálisis: Metodología de investigación ideada para revisar, ordenar y sintetizar los resultados de una pregunta de investigación. Surge de la necesidad de llevar a cabo revisiones más rigurosas y sistemáticas de la literatura científica, capaces de establecer conclusiones más precisas.

Morbilidad: Cantidad de individuos considerados enfermos o que son víctimas de una enfermedad en un espacio y un tiempo determinados.

Motivación: Necesidad o deseo que activa y dirige nuestro comportamiento. La motivación es aquello que activa y orienta la conducta, la fuerza que se esconde detrás de algo que nos importa o que queremos lograr (un proyecto, un cambio, la comida…), y nuestro deseo de alcanzarlo.

Multimorbilidad: Presencia de dos o más enfermedades crónicas en una misma persona.

Pensamientos disfuncionales: Pensamientos que alteran la realidad y no favorecen el afrontamiento ni la adaptación. Por ejemplo: *a*) el pensamiento dicotómico (o todo o nada); si algo no es exactamente como lo queremos, entonces es un fracaso, y *b*) la sobregeneralización; construir reglas para el comportamiento futuro en base a algunos acontecimientos negativos que se han vivido.

Percepción: Conjunto de actividades y procesos relacionados con la estimulación que alcanza a los sentidos, mediante los cuales obtenemos información respecto a nuestro hábitat, las acciones que efectuamos en él y nuestro propio estado interno.

Prejuicio: Actitud negativa hacia un grupo social o hacia una persona percibida como miembro de ese grupo. Consta de tres componentes: cognitivo (creencias), afectivo (emociones) y comportamental (conducta).

Profecía autocumplidora: Según Merton (2002), es «una definición falsa de la situación que suscita una conducta nueva, la cual convierte en verdadero el concepto originariamente falso». En otras palabras, pensamientos predictivos que las personas tienen y que, una vez emitidos, se transforman en la causa del acontecimiento. De este modo se genera una expectativa que se termina cumpliendo.

Proteína C-reactiva: Proteína producida por el hígado que se envía al torrente sanguíneo en respuesta a una inflamación.

Rechazo: Hace referencia a la circunstancia en la que un individuo es ex-

cluido de forma deliberada de una relación social o interacción social, y cuya experiencia puede producirle consecuencias psicológicas negativas, como soledad, baja autoestima, inseguridad emocional…

Red social: Se conceptualiza como el elemento estructural de las relaciones sociales, del que se enfatiza el análisis de su tamaño y la frecuencia de los contactos. Así, se evalúan aspectos como el componente emocional (cercanía afectiva), la tangibilidad (confianza en recibir apoyo) y el tamaño.

Resistencia vascular: Dificultad que opone un vaso sanguíneo al paso de la sangre a través del mismo. Si la resistencia vascular aumenta, el flujo de sangre disminuye; por el contrario, cuando la resistencia vascular disminuye, el flujo sanguíneo aumenta.

Rumiación: Patrón de pensamientos y conductas repetitivas que centran la atención en uno mismo, en los problemas personales (preocupaciones), en sus causas, significados y consecuencias, en lugar de centrarse de forma activa en una solución para resolver las circunstancias que rodean a la persona.

Sentimiento: Se refiere a un estado de ánimo que puede ser expresado verbalmente y que surge a partir de la «interpretación» personal y propia de una emoción. En otras palabras, los sentimientos son emociones conceptualizadas, conscientes, que determinan el estado de ánimo, y se clasifican en positivos o negativos. Ejemplos: amor, dolor, odio, compasión…

Síndrome geriátrico: Terminología que empezó a utilizarse hacia finales de los años sesenta para referirse a las características que presentaban con mayor frecuencia las personas mayores ingresadas en servicios de geriatría, con respecto a aquellas de otros servicios. En la actualidad, esta denominación se utiliza para referirse a un conjunto de cuadros originados por la conjunción de una serie de enfermedades que alcanzan una enorme prevalencia en los mayores, y que con frecuencia son el origen de la incapacidad funcional o social. Los grandes síndromes geriátricos, también conocidos como «los cuatro gigantes de la geriatría», incluyen inmovilidad, inestabilidad o caídas, incontinencia urinaria y deterioro cognitivo.

Sistema adrenérgico: Aquel integrado por un conjunto de fibras nerviosas simpáticas (ver ***sistema nervioso simpático***), pertenecientes al sistema nervioso autónomo, que utilizan como neurotransmisor la adrenalina. Es un sistema que actúa controlando las acciones involuntarias del cuerpo, y respondiendo básicamente a los impulsos nerviosos (especialmente de la médula espinal, el hipotálamo y el tallo cerebral).

Sistema endocrino: Conjunto de órganos y tejidos del organismo que segregan un tipo de sustancias denominadas *hormonas*, que son liberadas al torrente sanguíneo y regulan algunas de las funciones del cuerpo. En realidad, se trata de un sistema de señales que guarda algunas similitudes con el sistema nervioso, pero en lugar de utilizar impulsos eléctricos a distancia, funciona exclusivamente por medio de sustancias (señales químicas) que se liberan a la sangre, regulando numerosas funciones del organismo, como la velocidad de crecimiento, la función de los tejidos, el metabolismo, el desarrollo y funcionamiento de los órganos sexuales, y algunos aspectos de la conducta.

Sistema nervioso simpático: Prepara el cuerpo para situaciones que requieren estado de alerta o fuerza, como aquellas que despiertan temor, ira, emoción o vergüenza (situaciones de «lucha» o «huida»). En este tipo de situaciones, el sistema nervioso simpático estimula los músculos cardíacos para aumentar la frecuencia cardíaca, dilata los bronquios de los pulmones (incrementa la retención de oxígeno) y causa la dilatación de los vasos sanguíneos que irrigan el corazón y los músculos esquelé-

ticos, aumentando el suministro de sangre.

Soledad: Aunque en el presente manual se ofrecen varias definiciones del concepto y se pide al lector que cree su propia idea sobre el mismo, para este glosario podría definirse en general como la experiencia subjetiva negativa (desagradable) resultado de una evaluación cognitiva en la que existen discrepancias entre las relaciones sociales que desean las personas y las que poseen realmente.

Soledad crónica: Es aquella que dura dos o más años y se relaciona casi habitualmente en la literatura especializada con el sentimiento de insatisfacción con las relaciones sociales o con la incapacidad de desarrollar unas que sean satisfactorias. Se recomienda al lector que tenga en cuenta especialmente el factor tiempo.

Soledad situacional: Surge tras 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.

Telómero: Secuencia de ADN situada en los extremos de los cromosomas que protegen la integridad del ADN celular, los cuales se acortan (con el tiempo) en cada división. La longitud de los telómeros es uno de los biomarcadores más precisos del paso del tiempo en el organismo, y también en la salud. Existe una relación directa entre edad y longitud de los telómeros (que se acortan a medida que envejecemos), pero también entre telómeros cortos y enfermedad coronaria, cáncer y mortalidad en general.

Tisular (de *tissu*, 'tejido'): Correspondiente a los tejidos, es decir, a los materiales constituidos por un conjunto organizado de células, con sus respectivos organoides iguales (dos regularmente), un comportamiento fisiológico coordinado y un origen embrionario común.

Vacío, sentimiento de: Incapacidad de experimentar emociones, sensación de embotamiento, angustia, como si algo faltara en la vida. El sentimiento de vacío se percibe en ocasiones como desconexión (de lo que sucede, de las relaciones, de lo cotidiano). Especialmente, en el presente manual nos referimos al sentimiento de vacío como sinónimo de carencia de sentido en la vida (falta de un proyecto vital).

Vulnerabilidad: Susceptibilidad de las personas a padecer problemas y daños, a ser heridas. Tiene que ver con el sentimiento de que algo malo pueda suceder, con sentirse emocionalmente frágil…

Bibliografía

«Quiero ser capaz de estar
sola, encontrarlo nutritivo,
no una simple espera.»

SUSAN SONTAG

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

Abellán, A., Barrio, E. del, Castejón, P., Esparza, C., Fernández-Mayoralas, G., Pérez, L., Puga, D., Rojo, F., y Sancho, T. (2007). *A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores. Encuesta 2006*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Recuperado de http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos18.pdf.

Abi-Hashem, N., y Barbuto, I. G. (2013). Social support. En K. D. Keith (ed.), *The Encyclopedia of Cross-Cultural Psychology* (pp. 1210-1212). Malden: Wiley-Blackwell.

Abizanda Soler, P., López-Torres Hidalgo, J., Romero Rizos, L., López Jiménez, M., Sánchez Jurado, P., Atienzar Núñez, P., Esquinas Requena, J. L., García Nogueras, I., Hernández Zegarra, P., Bardales Mas, Y., Campos Rosa, R., Martínez Peñalver, M., de la Osa Nieto, E., Carión, González, M., Ruiz Gómez, Á., Aguilar Cantos, C., Manueco Delicado, P., y Oliver Carbonell, J. L. (2011). Fragilidad y dependencia en Albacete (estudio FRADEA): Razonamiento, diseño y metodología. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, *46*(2), 81-88. http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2010.10.004.

Adam, E. K., Chyu, L., Hoyt L. T., Doane L. D., Boisjoly, J., Duncan, G. J., Chase-Lansdale, P. L., y McDade, T. W. (2011). Adverse adolescent relationship histories and young adult health: Cumulative effects of loneliness, low parental support, relationship instability, intimate partner violence, and loss. *Journal of Adolescent Health*, *49*(3), 278-286. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.12.012.

Adam, E. K., Hawkley, L. C., Kudielka, B. M., y Cacioppo, J. T. (2006). Day-to-day dynamics of experience-cortisol associations in a population-based sample of older adults. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, *103*(45), 17058-17063. https://doi.org/10.1073/pnas.0605053103.

Adams, K. B., Sanders, S., y Auth, E. (2004). Loneliness and depression in independent living retirement communities: Risk and resilience factors. *Aging & Mental Health*, *8*(6), 475-485. https://doi.org/10.1080/13607860410001725054.

Ajrouch, K. J., Blandon, A. Y., y Antonucci, T. C. (2005). Social networks among men and women: The effects of age and socioeconomic status. *The Journals of Gerontology. Series B*, *60*(6), S311-S317. https://doi.org/10.1093/geronb/60.6.s311.

Alferi, S. M., Carver, C. S., Antoni, M. H., Weiss, S., y Durán, R. E. (2001). An exploratory study of social support, distress, and life disruption among low-income Hispanic women under treatment for early stage breast cancer. *Health Psychology*, *20*(1), 41-46. http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.20.1.41.

Allport, G. W. (1935). Attitudes. En *A Handbook of Social Psychology* (pp. 798-844). Worcester: Clark University Press.

Alpass, F. M., y Neville, S. (2003). Loneliness, health and depression in older males. *Aging & Mental Health*, *7*(3), 212-216. http://doi.org/10.1080/1360786031000101193.

Alzheimer's Association (2018). 2018 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*, *14*(3), 367-429. https://doi.org/10.1016/j.jalz.2018.02.001.

Andersson, L. (1985). Intervention against loneliness in a group of elderly women: An impact evaluation. *Social Science & Medicine*, *20*(4), 355-364. https://doi.org/10.1016/0277-9536(85)90010-3.

Andersson, L. (1998). Loneliness research and interventions: A review of the literature. *Aging & Mental Health*, *2*(4), 264-274. https://doi.org/10.1080/13607869856506.

Andrew, M. K., Mitnitski, A. B., y Rockwood, K. (2008). Social vulnerability, frailty and mortality in elderly people. *PLoS ONE*, *3*(5), e2232. http://doi.org/10.1371/journal.pone.0002232.

Angner, E., Ghandhi, J., Purvis, K. W., Amante, D., y Allison, J. (2013). Daily functioning, health status, and happiness in older adults. *Journal of Happiness Studies*, *14*(5), 1563-1574. https://doi.org/10.1007/s10902-012-9395-6.

Antonucci, T. C., Fuhrer, R., y Dartigues, J. F. (1997). Social relations and depressive symptomatology in a sample of community-dwelling French older adults. *Psychology and Aging*, *12*(1), 189-195. http://dx.doi.org/10.1037/0882-7974.12.1.189.

Antonucci, T. C., Lansford, J. E., Schaberg, L., Baltes, M., Takahashi, K., Dartigues, J. F., Smith, J., Akiyama, H., y Fuhrer, R. (2001). Widowhood and illness: A comparison of social network characteristics in France, Germany, Japan, and the United States. *Psychology and Aging*, *16*(4), 655-665. http://doi.org/10.1037/0882-7974.16.4.655.

Armstrong, J. J., Andrew, M. K., Mitnitski, A., Launer, L. J., White, L. R., y Rockwood, K. (2015). Social vulnerability and survival across levels of frailty in the Honolulu-Asia Aging Study. *Age and Ageing*, *44*(4), 709-712. http://doi.org/10.1093/ageing/afv016.

Ashida, S., y Heaney, C. A. (2008). Differential associations of social support and social connectedness with structural features of social networks and the health status of older adults. *Journal of Aging and Health*, *20*(7), 872-893. http://doi.org/10.1177/0898264308324626.

Aunan, J. R., Cho, W. C., y Søreide, K. (2017). The biology of aging and cancer: A brief overview of shared and divergent molecular hallmarks. *Aging and Disease*, *8*(5), 628-642. http://doi.org/10.14336/AD.2017.0103.

Ausín, B., Muñoz, M., y Castellanos, M. A. (2017). Loneliness, sociodemographic and mental health variables in Spanish adults over 65 years old. *The Spanish Journal of Psychology*, *20*, E46. https://doi.org/10.1017/sjp.2017.48.

Ávila-Funes, J. A., Aguilar-Navarro, S., y Melano-Carranza, E. (2008). La fragilidad, concepto enigmático y controvertido de la geriatría. La visión biológica. *Gaceta Médica de México*, *144*(3), 255-262.

Ayalon, L. (2016). Profiles of loneliness in the caregiving unit. *The Gerontologist*, *56*, 201-214. https://doi.org/10.1093/geront/gnu046.

Ayalon, L., Shiovitz-Ezra, S., y Palgi, Y. (2013). Associations of loneliness in older married men and women. *Aging & Mental Health*, *17*(1), 33-39. https://doi.org/10.1080/13607863.2012.702725.

Banks M. R., y Banks W. A. (2002). The effects of animal-assisted therapy on loneliness in an elderly population in long-term care facilities. *The Journals of Gerontology. Series A*, *57*(7), M428-M432. https://doi.org/10.1093/gerona/57.7.m428.

Barg, F. K., Huss-Ashmore, R., Wittink, M. N., Murray, G. F., Bogner, H. R., y Gallo, J. J. (2006). A mixed-methods approach to understanding loneliness and depression in older adults. *The Journals of Gerontology. Series A*, *61*(6), S329-S339. https://doi.org/10.1093/geronb/61.6.s329.

Barth, J., Schneider, S., y Von Känel, R. (2010). Lack of social support in the etiology and the prognosis of coronary heart disease: A systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, *72*(3), 229-238. http://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181d01611.

Bartlett, H., Warburton, J., Lui CW., Peach L., y Carroll, M. (2013). Preventing social isolation in later life: Findings and insights from a pilot Queensland intervention study. *Ageing & Society*, *33*(7), 1167-1189. http://doi.org/10.1017/S0144686X12000463.

Bartolini, S., Bilancini, E., y Pugno, M. (2013). Did the decline in social connections depress Americans' happiness? *Social Indicators Research*, *110*(3), 1033-1059. http://doi.org/10.1007/s11205-011-9971-x.

Bassuk, S. S., Glass, T. A., y Berkman, L. F. (1999). Social disengagement and incident cognitive decline in community-dwelling elderly persons. *Annals of Internal Medicine*, *131(*3), 165-173. http://doi.org/10.7326/0003-4819-131-3-199908030-00002.

Baumgart, M., Snyder, H. M., Carrillo, M. C., Fazio, S., Kim, H., y Johns, H. (2015). Summary of the evidence on modifiable risk factors for cognitive decline and dementia: A population-based perspective. *Alzheimer's Dementia*, *11*(6), 718-726. http:doi.org/10.1016/j.jalz.2015.05.016.

Beaumont, J. (2013). *Measuring National Wellbeing, Older People and Loneliness.* Londres: Office for National Statistics [consultado: 18 mayo 2018]. Recuperado de https://www.churchillretirement.co.uk/assets/Research-Publications/older-people-and-loneliness-2013-3.pdf.

Becofsky, K. M., Shook, R. P., Sui, X., Wilcox, S., Lavie, C. J., y Blair, S. N. (2015). Influence of the source of social support and size of social network on all-cause mortality. *Mayo Clinic Proceedings*, *90*(7), 895-902. http://doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.04.007.

Beeson, R. A. (2003). Loneliness and depression in spousal caregivers of those with Alzheimer's disease versus non-caregiving spouses. *Archives of Psychiatric Nursing*, *17*(3), 135-143. https://doi.org/10.1016/S0883-9417(03)00057-8.

Beller, J., y Wagner, A. (2018). Loneliness, social isolation, their synergistic interaction, and mortality. *Health Psychology*, *37*(9), 808-813. http://doi.org/10.1037/hea0000605.

Benson, B. A., Gross, A. M., Messer, S. C., Kellum, G., y Passmore, L. A. (1991). Social support networks among families of children with craniofacial anomalies. *Health Psychology*, *10*(4), 252-258. http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.10.4.252.

Bergman-Evans, B. F. (1994). Alzheimer's and related disorders: Loneliness, depression, and social support of spousal caregivers. *Journal of Gerontological Nursing*, *20*(3), 6-16. https://doi.org/10.3928/0098-9134-19940301-04.

Berkman, L. F. (2000). Which influences cognitive function: living alone or being alone? *The Lancet*, *355*(9212), 1291-1292. http://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)02107-3.

Berkman, L. F., y Glass, T. (2000). Social integration, social networks, social support, and health. En L. F. Berkman, y I. Kawachi (eds.), *Social Epidemiology* (vol. 1, pp. 158-162), Nueva York: Oxford University Press.

Bermeja, A. I., y Ausín, B. (2018). Programas para combatir la soledad en las personas mayores en el ámbito institucionalizado: una revisión de la literatura científica. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, *53*(3), 155-164. https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.05.006.

Beutel, M. E., Klein, E. M., Brähler, E., Reiner, I., Jünger, C., Michal, M., Wiltink, J., Wild, P. S., Münzel, T., Lackner, K. J., y Tibubos, A. N. (2017). Loneliness in the general population: Prevalence, determinants and relations to mental health. *BMC Psychiatry*, *17*(1), 97. http://dx.doi.org/10.1186/s12888-017-1262-x.

Birditt, K. S., Manalel, J. A., Sommers, H., Luong, G., y Fingerman, K. L. (2018). Better off alone: Daily solitude is associated with lower negative affect in more conflictual social networks, *The Gerontologist*, gny060. https://doi.org/10.1093/geront/gny060.

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

Blusi, M., Nilsson, I., y Lindgren, H. (2018). Older adults co-creating meaningful individualized social activities online for healthy ageing. *Studies in Health Technology and Informatics* (vol. 247). Ámsterdam: IOS Press, pp. 775-779. https://doi.org/10.3233/978-1-61499-852-5-775.

Boek, T., y Grundy, E. (2018). Parental health limitations, caregiving and loneliness among women with widowed parents: longitudinal evidence from France. *European Journal of Ageing*, *15*(4), 369-377. https://doi.org/10.1007/s10433-018-0459-2.

Bøen, H., Dalgard, O. S., y Bjertness, E. (2012). The importance of social support in the associations between psychological distress and somatic health problems and socio-economic factors among older adults living at home: A cross sectional study. *BMC Geriatrics*, *12*, 27. https://doi.org/10.1186/1471-2318-12-27.

Bolger, N., Foster, M., Vinokur, A. D., y Ng, R. (1996). Close relationships and adjustments to a life crisis: The case of breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, *70*(2), 283-294. http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.70.2.283.

Bolger, N., y Amarel, D. (2007). Effects of social support visibility on adjustment to stress: Experimental evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, *92*(3), 458-475. https://doi.org/10.1037/0022-3514.92.3.458.

Bolger, N., Zuckerman, A., y Kessler, R. C. (2000). Invisible support and adjustment to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, *79*(6), 953-961. http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.79.6.953.

Bolmsjö, I., Tengland, P.-A., y Rämgård, M. (2018). Existential loneliness: An attempt at an analysis of the concept and the phenomenon. *Nursing Ethics*, *26*(5), 1310-1325. https://doi.org/10.1177/0969733017748480.

Bondevik, M., y Skogstad, A. (1996). Loneliness among the oldest old: A comparison between residents living in nursing homes and residents living in the community. *The International Journal*

of Aging and Human Development, 43(3), 181-197. https://doi.org/10.2190/9C14-NHUX-XQPL-GA5J.

Bondevik, M., y Skogstad, A. (1998). The oldest old, ADL, social network, and loneliness. *Western Journal Nursing Research*, *20*(3), 325-343. https://doi.org/10.1177/019394599802000305.

Borys, S., y Perlman, D. (1985). Gender differences in loneliness. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *11*(1), 63-74. http://dx.doi.org/10.1177/0146167285111006.

Boss, L., Kang, D. H., y Branson, S. (2015). Loneliness and cognitive function in the older adult: a systematic review. *International Psychogeriatrics*, *27*(4), 541-553. http://doi.org/10.1017/S1041610214002749.

Broadwell, S. D., y Light, K. C. (1999). Family support and cardiovascular responses in married couples during conflict and other interactions. *International Journal of Behavioral Medicine*, *6*(1), 40-63. http://dx.doi.org/10.1207/s15327558ijbm0601_4.

Brown, J. L., Sheffield, D., Leary, M. R., y Robinson, M. E. (2003). Social support and experimental pain. *Psychosomatic Medicine*, *65*(2), 276-283. https://doi.org/10.1097/01.PSY.0000030388.62434.46.

Brown, V. M., Allen, A. C., Dwozan, M., Mercer, I., y Warren, K. (2004). Indoor gardening older adults: Effects on socialization, activities of daily living, and loneliness. *Journal of Gerontological Nursing*, *30*(10), 34-42. https://doi.org/10.3928/0098-9134-20041001-10.

Buchman, A. S., Boyle, P. A., Wilson, R. S., James, B. D., Leurgans, S. E., Arnold, S. E., y Bennett, D. A. (2010). Loneliness and the rate of motor decline in old age: the Rush Memory and Aging Project, a community-based cohort study. *BMC Geriatrics*, *10*, 77. https://doi.org/10.1186/1471-2318-10-77.

Buettner, D., y Skemp, S. (2016). Blue Zones: Lessons from the world's longest lived. *American Journal of Lifestyle Medicine*, *10*(5), 318-321. https://doi.org/10.1177/1559827616637066.

Bunt, S., Steverink, N., Olthof, J., van der Schans, C. P., y Hobbelen, J. S. M. (2017). Social frailty in older adults: A scoping review. *European Journal of Ageing*, *14*(3), 323-334. http://doi.org/10.1007/s10433-017-0414-7.

Buz, J., Uchaga, D., y Polo, M.E. (2014). Factor structure of the De Jong Gierveld loneliness scale in Spanish elderly adults. *Anales de Psicología / Annals of Psychology, 30*(2), 588-596. http://doi.org/10.6018/analesps.30.2.148371.

Buz, J., y 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. http://doi.org/10.1017/S1041610214000507.

Cable, N., Bartley, M., Chandola, T., y Sacker, A. (2013). Friends are equally important to men and women, but family matters more for men's well-being. *Journal of Epidemiology & Community Health*, *67*(2), 166-171. http://doi.org/10.1136/jech-2012-201113.

Cacioppo, J. T., Cacioppo, S., Capitanio, J. P., y Cole, S. W. (2015). The neuroendocrinology of social isolation. *Annual Review of Psychology*, *66*, 733-767. http://doi.org/10.1146/annurev-psych-010814-015240.

Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Berntson, G. G., Ernst, J. M., Gibbs, A. C., Stickgold, R., y Hobson, J. A. (2002a). Do lonely days invade the nights? Potential social modulation of sleep efficiency. *Psychological Science*, *13*(4), 384-387. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12137144.

Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Crawford, L. E., Ernst, J. M., Burleson, M. H., Kowalewski, R. B., Malarkey, W. B., van Cauter, E., y Berntson, G. G. (2002b). Loneliness and health: Potential mechanisms. *Psychosomatic Medicine*, *64*(3), 407-417. http://doi.org/10.1097/00006842-200205000-00005.

Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., y 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), 453-463. http://doi.org/10.1037/a0017216.

Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., y Thisted, R. A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology*

and Aging, *21*(1) 140-151. http://doi.org/10.1037/0882-7974.21.1.140.

Cacioppo, J. T., y Hawkley, L. C. (2003). Social isolation and health, with an emphasis on underlying mechanisms. *Perspectives in Biology and Medicine*, *46*(3), S39-S52. http://doi.org/10.1353/pbm.2003.0063.

Cacioppo, J. T., y Hawkley, L. C. (2009). Perceived social isolation and cognition. *Trends in Cognitive Sciences*, *13*(10), 447-454. http://doi.org/10.1016/j.tics.2009.06.005.

Cacioppo, J. T., y Patrick, W. (2008). Lonely in a social world. En J. T. Cacioppo, y W., Patrick (eds.), *Loneliness: Human Nature and the Need for Social Connection* (cap. 1, pp. 3-19), Nueva York: W. W. Norton & Co.

Cacioppo, S., Capitanio, J. P., y Cacioppo, J. T. (2014). Toward a neurology of loneliness. *Psychological Bulletin*, *140*(6), 1464-1504. http://doi.org/10.1037/a0037618.

Cacioppo, S., Grippo, A. J., London, S., Goossens, L., y Cacioppo, J. T. (2015). Loneliness: Clinical import and interventions. *Perspectives on Psychological Science*, *10*(2), 238-249. http://doi.org/10.1177/1745691615570616.

Caplan, G. (1974). *Support Systems and Community Mental Health: Lectures on Concept Development*. Nueva York: Behavioral Publications.

Carers UK (2015). *Alone and caring: Isolation, loneliness and the impact of caring on relationships.* Recuperado en marzo de 2019 de https://www.carersuk.org/for-professionals/policy/policy-library/alone-caring.

Carroll, J. E., Diez Roux, A. V., Fitzpatrick, A. L., y Seeman, T. (2013). Low social support is associated with shorter leukocyte telomere length in late life: Multi-ethnic study of atherosclerosis. *Psychosomatic Medicine*, *75*(2), 171-177. http://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31828233bf.

Carstensen, L. L. (1992). Social and emotional patterns in adulthood: Support for socioemotional selectivity theory. *Psychology and Aging*, *7*(3), 331-338. http://doi.org/10.1037/0882-7974.7.3.331.

Cattan, M., White, M., Bond, J., y Learmouth, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: A systematic review of health promotion interventions. *Ageing & Society*, *25* (1), 41-67. http://doi.org/10.1017/S0144686X04002594.

Cattan, M., y White, M. (1998). Developing evidence based health promotion for older people: A systematic review and survey of health promotion interventions targeting social isolation and loneliness among older people. *Internet Journal of Health Promotion and Education*, *13*, 1-9. Recuperado de https://www.scirp.org/(S(czeh2tfqyw2orz553k1w0r45))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1470516.

Chamberlain, A. M., St Sauver, J. L., Jacobson, D. J., Manemann, S. M., Fan, C., Roger, V. L., Yawn, B. P., y Finney Rutten, L. J. (2016). Social and behavioural factors associated with frailty trajectories in a population-based cohort of older adults. *BMJ Open*, *6*(5), e011410. http://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011410.

Chen, Y. M., y Ji, J. Y. (2015). Effects of horticultural therapy on psychosocial health in older nursing home residents: A preliminary study. *Journal of Nursing Research*, *23*(3), 167-171. http://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000063.

Chiang, K. J., Chu, H., Chang, H. J., Chung, M. H., Chen, C. H., Chiou, H. Y., y Chou, K. R. (2010). The effects of reminiscence therapy on psychological well-being, depression and loneliness among the institucionalized aged. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(4), 380-388. http://doi.org/10.1002/gps.2350.

Chipps, J., Jarvis, M. A., y Ramlall, S. (2017). The effectiveness of e-Interventions on reducing social isolation in older persons: A systematic review of systematic reviews. *Journal of Telemedicine and Telecare, 23*(10), 817-827. http://doi.org/10.1177/1357633X17733773.

Choi, M., Kong, S., y Jung, D. (2012). Computer and internet interventions for loneliness and depression in older adults: A meta-analysis. *Healthcare Informatics Research*, *18*(3), 191-198. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/232746290_Computer_and_Internet_Interventions_for_Loneliness_and_Depression_in_Older_Adults_A_Meta-Analysis.

Chukwuorji, J. C., Amazue, L. O., y Ekeh, O. H. (2017). Loneliness and psychological health of orthopaedic patients' caregivers: does gender make a difference? *Psychology, Health & Medicine*, *22*(4), 501-506. http://doi.org/10.1080/13548506.2016.1173711.

Clair, A. A., Tebb, S., y Bernstein, B. (1993). The effects of a socialization and music therapy intervention on self-esteem and loneliness in spouse caregivers of those diagnosed with dementia of the Alzheimer type: A pilot study. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, *8*(1), 24-32. http://doi.org/10.1177/153331759300800105.

Cloutier-Fisher, D., Kobayashi, K., y Smith, A. (2011). The subjective dimension of social isolation: A qualitative investigation of older adults' experiences in small social support networks. *Journal of Aging Studies*, *25*(4), 407-414. https://doi.org/10.1016/j.jaging.2011.03.012.

Cohen-Mansfield, J., Dakheel-Ali, M., y Marx. M. S. (2009). Engagement in persons with dementia: The concept and its measurement. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *17*(4), 299-307. https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e31818f3a52.

Cohen-Mansfield, J., Hazan, H., Lerman, Y., y Shalom, V. (2016). Correlates and predictors of loneliness in older-adults: A review of quantitative results informed by qualitative insights. *International Psychogeriatrics*, *28*(4), 557-576. http://doi.org/10.1017/S1041610215001532.

Cohen-Mansfield, J., Hazam, H., Lerman, Y., Shalom, V., Birkenfeld, S., y Cohen, R. (2018). Efficacy of the I-SOCIAL intervention for loneliness in old age: Lessons from a randomized controlled trial. *Journal of Psychiatric Research*, *99*, 69-75. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.01.014.

Cohen-Mansfield, J., y Parpura-Gill, A. (2007). Loneliness in older persons: A theoretical model and empirical findings. *International Psychogeriatrics*, *19*(2), 279-294. https://doi.org/10.1017/S1041610206004200.

Cohen-Mansfield, J., y Perach, R. (2015). Interventions for alleviating loneliness among older persons: A critical review. *American Journal of Health Promotion*, *29*(3), e109-125. http://doi.org/10.4278/ajhp.130418-LIT-182.

Cohen, S., y Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, *98*(2) 310-357. http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310.

Cole, S. W., Hawkley, L. C., Arevalo, J. M., Sung, C. Y., Rose, R. M., y Cacioppo, J. T. (2007). Social regulation of gene expression in human leukocytes. *Genome Biology*, *8*(9), R189. https://doi.org/10.1186/gb-2007-8-9-r189.

Cole, S. W., Hawkley, L. C., Arevalo, J. M., y Cacioppo, J. T. (2011). Transcript origin analysis identifies antigen-presenting cells as primary targets of socially regulated gene expression in leukocytes. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, *108*(7), 3080-3085. http://doi.org/10.1073/pnas.1014218108.

Coll-Planas, L., Del Valle Gómez, G., Bonilla, P., Masat, T., Puig, T., y 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. http://doi.org/10.1111/hsc.12284.

Collard, R. M., Boter, H., Schoevers, R. A., y Oude Voshaar, R. C. (2012). Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: A systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, *60*(8), 1487-1492. https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.04054.x.

Collins, N. L., Dunkel-Schetter, C., Lobel, M., y Scrimshaw, S. C. (1993). Social support in pregnancy: Psychosocial correlates of birth outcomes and post-partum depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, *65*(6), 1243-1258. http://doi.org/10.1037//0022-3514.65.6.1243.

Collins, N. L., y Feeney, B. C. (2000). A safe haven: An attachment theory perspective on support seeking and caregiving in intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, *78*(6), 1053-1073. http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.78.6.1053.

Constança, P. (2014). Loneliness and health in later life. En N. A. Pachana, y K., Laidlaw (eds.), *The Oxford Handbook of Clinical Geropsychology* (cap. 18, 12 pp.) Oxford University Press. http://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199663170.013.012.

Cooper, C., Dere, W., Evans, W., Kanis, J. A., Rizzoli, R., Sayer, A. A., Sieber, C. C., Kaufman, J. -M., Abellan van Kan, G., Boonen, S., Adachi, J., Mitlak, B., Tsouderos, Y., Rolland, Y., y Reginster, J.-Y. L. (2012). Frailty and sarcopenia: Definitions and outcome parameters. *Osteoporosis International*, *23*(7), 1839-1848. http://doi.org/10.1007/s00198-012-1913-1.

Cornwell, B., Laumann, E. O., y Schumm, L. P. (2008). The social connectedness of older adults: A national profile. *American Sociological Review*, *73*(2), 185-203. https://doi.

org/10.1177/000312240807300201.

Cornwell, E. Y., y Waite, L. J. (2009a). Measuring social isolation among older adults using multiple indicators from the NSHAP study. *The Journals of Gerontology. Series B*, *64B*(supl. 1), i38-i46. https://doi.org/10.1093/geronb/gbp037.

Cornwell, E. Y., y Waite, L. J. (2009b). Social disconnectedness, perceived isolation, and health among older adults. *Journal of Health and Social Behavior*, *50*(1), 31-48. https://doi.org/10.1177/002214650905000103.

Cournane, S., Byrne, D., Conway, R., O'Riordan, D., Coveney, S., y Silke, B. (2015). Social deprivation and hospital admission rates, length of stay and readmissions in emergency medical admissions. *European Journal of Internal Medicine*, *26*(10), 766-771. http://doi.org/10.1016/j.ejim.2015.09.019.

Coyle, C. E., y Dugan, E. (2012).Social isolation, loneliness and health among older adults. *Journal of Aging and Health*, *24*(8), 1346-1363. http://doi.org/10.1177/0898264312460275.

Cumming, E., y Henry, W. (1961). *Growing Old: The Process of Disengagement.* Nueva York: Basic Books. https://doi.org/10.1017/S0144686X00004025.

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

Dahlberg, L., Andersson, L., McKee, K. J., y Lennartsson, C. (2015). Predictors of loneliness among older women and men in Sweden: A national longitudinal study. *Aging & Mental Health*, *19*(5), 409-417. http://doi.org/10.1080/13607863.2014.944091.

Dahlberg, L., Andersson, L., y Lennartsson, C. (2016). Long-term predictors of loneliness in old age: results of a 20-year national study. *Aging & Mental Health*, *22*(2), 190-196. http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2016.1247425.

Dahlberg, L., y Mckee, K. J. (2014). Correlates of social and emotional loneliness in older people: Evidence from an English community study. *Aging & Mental Health*, *18*(4), 504-514. http://doi.org/10.1080/13607863.2013.856863.

Dakof, G. A., y Taylor, S. E. (1990). Victims' perceptions of social support: What is helpful from whom? *Journal of Personality and Social Psychology*, *58*(1), 80-89. https://doi.org/10.1037//0022-3514.58.1.80.

Dalton, J. H., Elias, M. J., y Wandersman, A. (2001). *Community Psychology: Linking Individuals and Communities*. Toronto: Wadsworth/Nelson Thompson Learning.

Darweesh, S. K. L., Wolters, F. J., Ikram, M. A., de Wolf, F., Bos, D., y Hofman, A. (2018). Inflammatory markers and the risk of dementia and Alzheimer's disease: A meta-analysis. *Alzheimer's Dementia*, *14*(11), 1450-1459. http://doi.org/10.1016/j.jalz.2018.02.014.

De Brito, T. R. P., Nunes, D. P., Corona, L. P., da Silva Alexandre, T., y de Oliveira Duarte, Y. A. (2017). Low supply of social support as risk factor for mortality in the older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *73*, 77-81. http://doi.org/10.1016/j.archger.2017.07.016.

De Jong Gierveld, J. (1987). Developing and testing a model of loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology*, *53*(1), 119-128. https://doi.org/10.1037//0022-3514.53.1.119.

De Jong Gierveld, J. (1998). A review of loneliness: Concept and definitions, determinants and consequences. *Reviews in Clinical Gerontology*, *8*(1), 73-80. https://doi.org/10.1017/S0959259898008090.

De Jong Gierveld, J., Keating, N., y Fast, J. E. (2015a). Determinants of loneliness among older adults in Canada. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne du Vieillissement*, *34*(2), 125-136. https://doi.org/10.1017/S0714980815000070.

De Jong Gierveld, J., van der Pas, S., y Keating, N. (2015b). Loneliness of older immigrant groups in Canada: Effects of ethnic-cultural background. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, *30*(3), 251-268. https://doi.org/10.1007/s10823-015-9265-x.

De Jong Gierveld, J., van Tilburg, T. G., y Dykstra, P. A. (2016). Loneliness and social isolation. En A. L. Vangelisti, y D. Perlman (eds.), *The Cambridge Handbook of Personal Relationships* (2a ed., pp. 1-30). Cambridge: Cambridge University Press.

De Jong Gierveld, J., van Tilburg, T. G., y Dykstra, P. A. (2018), New ways of theorizing and conducting research in the field of loneliness and social isolation. En A. L. Vangelisti y D. Perlman (eds.), *Cambridge Handbook of Personal Relationships*. Cambridge, Nueva York: Cambridge University Press, p. 391-404.

De Jong Gierveld, J., y Dykstra, P. A. (2008). Virtue is its own reward? Support giving in the family and loneliness in middle and old age. *Ageing & Society*, *28*(2), 271-287. https://doi.org/10.1017/S0144686X07006629.

De Jong Gierveld, J., y Havens, B. (2004). Cross-national comparisons of social isolation and loneliness: Introduction and overview. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne du Vieillissement*, *23*(2), 109-113. https://doi.org/10.1353/cja.2004.0021.

De Jong Gierveld, J., y Tesch-Römer, C. (2012). Loneliness in old age in Eastern and Western European societies: Theoretical perspectives. *European Journal of Ageing, 9*(4), 285-295. https://doi.org/10.1007/s10433-012-0248-2.

De Vlaming, R., Haveman-Nies, A., Van't Veer, P., y De Groot. L. C. (2010). Evaluation design for a complex intervention program targeting loneliness in non-institutionalized elderly Dutch people. *BMC Public Health*, *10*, 552. https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-552.

De Vries, N. M., Staal, J. B., van Ravensberg, C. D., Hobbelen, J. S. M., Olde Rikkert, M. G. M., y Nijhuis-van der Sanden, M. W. G. (2011). Outcome instruments to measure frailty: A systematic review. *Ageing Research Reviews*, *10*(1), 104-114. http://doi.org/10.1016/j.arr.2010.09.001.

Del Barrio, É., Castejón, P., Sancho Castiello, M., Tortosa, Mª. Á., Sundström, G., y 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. https://doi.org/10.1016/j.regg.2010.02.010.

Dicé, F., y Zoena, F. (2017). Loneliness and family burden: An exploratory investigation on the emotional experiences of caregivers of patients with severe mental illness. *The Qualitative Report*, *22*(7), 1781-1791. https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol22/iss7/4/.

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

Díez Nicolás, J., y Morenos Páez, M. (2015). *La soledad en España*, Madrid: Fundación ONCE, Fundación AXA.

Ding, Y. Y., Kuha, J., y Murphy, M. (2017a). Multidimensional predictors of physical frailty in older people: identifying how and for whom they exert their effects. *Biogerontology*, *18*(2), 237-252. http://doi.org/10.1007/s10522-017-9677-9.

Ding, Y. Y., Kuha, J., y Murphy, M. (2017b). Pathways from physical frailty to activity limitation in older people: Identifying moderators and mediators in the English Longitudinal Study of Ageing. *Experimental Gerontology*, *98*, 169-176. https://doi.org/10.1016/j.exger.2017.08.029.

Doane, L. D., y Adam, E. K. (2010). Loneliness and cortisol: Momentary, day-to-day, and trait associations. *Psychoneuroendocrinology*, *35*(3), 430-441. http://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2009.08.005.

Domènech-Abella, J., Lara, E., Rubio-Valera, M., Olaya, B., Moneta, M. V., Rico-Uribe, L. A., Ayuso-Mateos, J. L., Mundó, J., y Haro, J. M. (2017). Loneliness and depression in the elderly: the role of social network. *Social Psychiatry and Psyciatric Epidemiology*, *52*(4), 381-390. http://doi.org/10.1007/s00127-017-1339-3.

Dong, X., y Chen, R. (2017). Gender differences in the experience of loneliness in U.S. Chinese older adults. *Journal of Women & Aging*, *29*(2), 115-125. http://dx.doi.org/10.1080/08952841.2015.1080534.

Donio Bellegarde, M. (2017). *La soledad de las mujeres mayores que viven soles* (tesis doctoral no publicada). Valencia: Universidad de Valencia.

Donovan, N. J., Okereke, O. I., Vannini, P., Amariglio, R. E., Rentz, D. M., Marshall, G. A., Johnson, K. A., y Sperling, R. A. (2016). Association of Higher Cortical Amyloid Burden With Loneliness in Cognitively Normal Older Adults. *JAMA Psychiatry*, *73*(12), 1230-1237. http://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.2657.

Drageset, J., Eide, G. E., Kirkevold, M., y Ranhoff, A. H. (2013). Emotional loneliness is associated with mortality among mentally intact nursing home residents with and without cancer: A five-year follow-up study. *Journal of Clinical Nursing*, *22*(1-2), 106-114. http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04209.x.

Drageset, J., Kirkevold, M., y Espehaug, B. (2011). Loneliness and social support among nursing home residents without cognitive impairment: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, *48*(5), 611-619. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.09.008.

Duan, D., Dong, Y., Zhang, H., Zhao, Y., Diao, Y., Cui, Y., Wang, J., Chai, Q., y Liu, Z. (2017). Empty-nest-related psychological distress is associated with progression of brain white matter lesions and cognitive impairment in the elderly. *Scientific Reports*, *7*, 43816. http://doi.org/10.1038/srep43816.

Dunkel-Schetter, C., y Bennett, T. L. (1990). Differentiating the cognitive and behavioral aspects of social support. En B. R. Sarason, I. G. Sarason, y G. R. Pierce (eds.), *Wiley Series on Personality Processes: Social Support: An Interactional View* (pp. 267-296). Oxford, England: John Wiley & Sons.

Dykstra, P. A. (2009). Older adult loneliness: Myths and realities. *European Journal of Ageing, 6*(2), 91. http://doi.org/10.1007/s10433-009-0110-3.

Dykstra, P. A., y 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. https://doi.org/10.1080/01973530701330843.

Dykstra, P. A., van Tilburg, T. G., y De Jong Gierveld, J. (2005). Changes in older adult loneliness: Results from a seven-year longitudinal study. *Research on Aging*, *27*(6), 725-747. https://doi.org/10.1177/0164027505279712.

Edmunds, W. J., Medley, G. F., y O'Callaghan, C. J. (1997). Social ties and susceptibility to the common cold. *JAMA. The Journal of the American Medical Association*, *278*(5), 1231. http://doi.org/10.1001/jama.1997.03550150035018.

Edwards, K. M., Bosch, J. A., Engeland, C. G., Cacioppo, J. T., y Marucha, P. T. (2010). Elevated Macrophage Migration Inhibitory Factor (MIF) is associated with depressive symptoms, blunted cortisol reactivity to acute stress, and lowered morning cortisol. *Brain, Behavior, and Immunity*, *24*(7), 1202-1208. https://doi.org/10.1016/j.bbi.2010.03.011.

Ekwall, A. K., Sivberg, B., y Hallberg, I. R. (2005). Loneliness as a predictor of quality of life among older caregivers. *Journal of Advanced Nursing*, *49*(1), 23-32. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03260.x.

El Haj, M., Jardri, R., Larøi, F., y Antoine, P. (2016). Hallucinations, loneliness, and social isolation in Alzheimer's disease. *Cognitive Neuropsychiatry*, *21*(1), 1-13. https://doi.org/10.1080/13546805.2015.1121139.

Ellwardt, L., Aartsen, M., y van Tilburg, T. (2017). Types of non-kin networks and their association with survival in late adulthood: A latent class approach. *The Journals of Gerontology. Series B*, *72*(4), 694-705. https://doi.org/10.1093/geronb/gbw142.

Eloranta, S., Arve, S., Isoaho, H., Lehtonen, A., y Viitanen, M. (2015). Loneliness of older people aged 70: A comparison of two Finnish cohorts born 20 years apart. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *61*(2), 254-260. https://doi.org/10.1016/j.archger.2015.06.004.

Elovainio, M., Hakulinen, C., Pulkki-Råback, L., Virtanen, M., Josefsson, K., Jokela, M., Vahtera, J., y Kivimäki, M. (2017). Contribution of risk factors to excess mortality in isolated and lonely individuals: An analysis of data from the UK Biobank cohort study. *The Lancet Public Health*, *2*(6), e260-e266. http://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30075-0.

Engel, R. J. (2017). Measuring loneliness: Are there method factors? *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *25*(11), 1184-1185. https://doi.org/10.1016/j.jagp.2017.05.022.

Escourrou, E., Cesari, M., Chicoulaa, B., Fougère, B., Vellas, B., Andrieu, S., y Oustric, S. (2017). How older persons perceive the loss of independence: The need of a holistic approach to frailty. *The Journal of Frailty & Aging*, *6*(2), 107-112. https://doi.org/10.14283/jfa.2017.3.

Ettema, E. J., Derksen, L. D., y van Leeuwen, E. (2010). Existential loneliness and end-of-life care: A systematic review. *Theoretical Medicine and Bioethics*, *31*(2), 141-169. http://doi.org/10.1007/s11017-010-9141-1.

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2014). *Third European quality of life survey-Quality of life in Europe: Trends 2003-2012*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Everard, K. M., Lach, H. W., Fisher, E. B., y Baum, M. C. (2000). Relationship of activity and social support to the functional health of older adults. *The Journals of Gerontology. Series B*, *55*(4), S208-S212. http://doi.org/10.1093/geronb/55.4.s208.

Facal, D., Maseda, A., Pereiroa A. X., Gandoy-Crego, M., Lorenzo-López, L., Yanguas, J., y Millán-Calentib, J. C. (2019). Cognitive frailty: A conceptual systematic review and an operational proposal for future research. *Maturitas*, *121*, 48-56. https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2018.12.006.

Fantova, F. (2007). Repensando la intervención social. *Documentación Social,* 147, 183-198.

Ferrer, A., Badia, T., Formiga, F., Sanz, H., Megido, M. J., Pujol, R., y Octabaiz Study Group (2013). Frailty in the oldest old: Prevalence and associated factors. *Journal of the American Geriatrics Society*, *61*(2), 294-296. http:doi.org/10.1111/jgs.12154.

Fiatarone, M. A., Marks, E. C., Ryan, N. D., Meredith, C. N., Lipsitz, L. A., y Evans, W. J. (1990). High-intensity strength training in nonagenarians: Effects on skeletal muscle. *JAMA. The Journal of the American Medical Association*, *263*(22), 3029-3034. http://doi.org/10.1001/jama.1990.03440220053029.

Findlay, R. A. (2003). Interventions to reduce social isolation amongst older people: Where is the evidence? *Ageing & Society, 23*(5), 647-658. https://doi.org/10.1017/S0144686X03001296.

Fisher, E. B., La Greca, A. M., Greco, P., Arfken, C., y Schneiderman, N. (1997). Directive and nondirective social support in diabetes management. *International Journal of Behavioral Medicine*, *4*(2), 131-144. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0402_3.

Fleisch, M. A., Illescas, A. H., Hohl, B. C., y Llanos, A. A. (2017). Relationships between social isolation, neighborhood poverty, and cancer mortality in a population-based study of US adults. *PLoS ONE*, *12*(3), e0173370. http://doi.org/10.1371/journal.pone.0173370.

Fleming, R., Baum, A., Gisriel, M. M., y Gatchel, R. J. (1982). Mediating influences of social support on stress at Three Mile Island. *Journal of Human Stress*, *8*(3), 14-22. http://doi.org/10.1080/0097840X.1982.9936110.

Fokkema, T., de Jong Gierveld, J., y Dykstra, P. A. (2012). Cross-national differences in older adult loneliness. *The Journal of Psychology. Interdisciplinary and Applied*, *146*(1-2), 201-228. http://doi.org/10.1080/00223980.2011.631612.

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

Fougère, B., Vellas, B., Kan, G. A., y Cesari, M. (2015). Identification of biological markers for better characterization of older subjects with physical frailty and sarcopenia. *Translational Neuroscience*, *6*(1), 103-110. http://doi.org/10.1515/tnsci-2015-0009.

Frankl, V. E. (1986). *Man's Search for Meaning: An Introduction to Logotherapy*. Londres: Hodder and Stoughton.

Franks, M. M., Stephens, M. A., Rook, K. S., Franklin, B. A., Keteyian, S. J., y Artinian, N. T. (2006). Spouses' provision of health-related support and control to patients participating in cardiac rehabilitation. *Journal of Family Psychology*, *20*(2), 311-318. http://doi.org/10.1037/0893-3200.20.2.311.

Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W. J., Burke, G., McBurnie, M. A., y Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. (2001). Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology. Series A*, *56*(3), M146-156. http://doi.org/10.1093/gerona/56.3.m146.

Fyrand, L., Moum, T., Finset, A., y Glennas, A. (2002). The impact of disability and disease duration on social support of women with rheumatoid arthritis. *Journal of Behavioral Medicine*, *25*(3), 251-268. http://dx.doi.org/10.1023/A:1015380711375.

Gaggioli, A., Morganti, L., Bonfiglio, S., Scaratti, C., Cipresso, P., Serino, S., y Riva, G., (2014). Intergenerational group reminiscence: A potentially effective intervention to enhance

elderly psychosocial wellbeing and to improve Children's perception of aging. *Educational Gerontology*, *40*(7), 486-498. https://doi.org/10.1080/03601277.2013.844042.

Gao, J., Davis, L. K., Hart, A. B., Sanchez-Roige, S., Han, L., Cacioppo, J. T., y Palmer, A. A. (2017). Genome-Wide association study of loneliness demonstrates a role for common variation. *Neuropsychopharmacology*, *42*(4), 811-821. https://doi.org/10.1038/npp.2016.197.

Ge, T., Sabuncu, M. R., Smoller, J. W., Sperling, R. A., Mormino, E. C., y Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative (2018). Dissociable influences of *APOE* epsilon4 and polygenic risk of AD dementia on amyloid and cognition. *Neurology*, *90*(18), e1605-e1612. http://doi.org/10.1212/WNL.0000000000005415.

Gielen, E., Verschueren, S., O'Neill, T. W., Pye, S. R., O'Connell, M. D., Lee, D. M., Ravindrarajah, R., Claessens, F., Laurent, M., Milisen, K., Tournoy, J., Dejaeger, M., Wu, F. C., Vanderschueren, D., y Boonen S. (2012). Musculoskeletal frailty: A geriatric syndrome at the core of fracture occurrence in older age. *Calcified Tissue International*, *91*(3), 161-177. http://doi.org/10.1007/s00223-012-9622-5.

Glaser, R., y Kiecolt-Glaser, J. K. (eds.). (1994). *Handbook of Human Stress and Immunity*. San Diego: Academic Press.

Gobbens, R. J. J., van Assen, M. A. L. M., Luijkx, K. G., y Schols, J. M. G. A. (2012). The predictive validity of the Tilburg Frailty Indicator: Disability, health care utilization, and quality of life in a population at risk. *The Gerontologist*, *52*(5), 619-631. http://doi.org/10.1093/geront/gnr135.

Goodenow, C., Reisine, S. T., y Grady, K. E. (1990). Quality of social support and associated social and psychological functioning in women with rheumatoid arthritis. *Health Psychology*, *9*(3), 266-284. http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.9.3.266.

Goossens, L., van Roekel, E., Verhagen, M., Cacioppo, J. T., Maes, M., y Boomsma, D. I. (2015). The genetics of loneliness: Linking evolutionary theory to genome-wide genetics, epigenetics, and social science. *Perspectives on Psychological Science*, *10*(2), 213-226. http://dx.doi.org/10.1177/1745691614564878.

Gow, A. J., y Mortensen, E. L. (2016). Social resources and cognitive ageing across 30 years: the Glostrup 1914 Cohort. *Age and Ageing*, *45*(4), 480-486. http://doi.org/10.1093/ageing/afw070.

Gracia, E. (1998). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.

Gracia, E., Herrero, J., y Musitu, G. (1995). *El apoyo social*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias, PPU.

Grant, N., Hamer, M., y Steptoe, A. (2009). Social isolation and stress-related cardiovascular, lipid, and cortisol responses. *Annals of Behavioral Medicine*, *37*(1), 29-37. http://doi.org/10.1007/s12160-009-9081-z.

Gray, J., Kim, J., Ciesla, J. R., y Yao, P. (2016). Rasch analysis of the Lubben Social Network Scale (LSNS-6). *Journal of Applied Gerontology*, *35*(5), 508-528. http://doi.org/10.1177/0733464814560468.

Gu, D., Yang, F., y Sautter, J. (2016). Socioeconomic status as a moderator between frailty and mortality at old ages. *BMC Geriatrics*, *16*(1), 161. http://doi.org/10.1186/s12877-016-0322-2.

Gurung, R. A. R., Taylor, S. E., y Seeman, T. E. (2003). Accounting for changes in social support among married older adults: Insights from the MacArthur Studies of Successful Aging. *Psychology and Aging*, *18*(3), 487-496. http://doi.org/10.1037/0882-7974.18.3.487.

Gutiérrez-Robledo, L. M., y Ávila-Funes, J. A. (2012). How to include the social factor for determining frailty? *The Journal of Frailty & Aging*, *1*(1), 13-17. http://doi.org/10.14283/jfa.2012.3.

Haber, M. G., Cohen, J. L., Lucas, T., y Baltes, B. B. (2007). The relationship between self-reported received and perceived social support: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, *39*(1-2), 133-144. http://doi.org/10.1007/s10464-007-9100-9.

Hackett, R. A., Hamer, M., Endrighi, R., Brydon, L., y Steptoe, A. (2012). Loneliness and stress-related inflammatory and neuroendocrine responses in older men and women. *Psychoneuroendocrinology*, *37*(11), 1801-1809. http://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2012.03.016.

Hagan, R., Manktelow, R., Taylor, B. J., y Mallett, J. (2014). Reducing loneliness amongst older

people: A systematic search and narrative review. *Aging & Mental Health*, *18*(6), 683-693. http://doi.org/10.1080/13607863.2013.875122.

Hajek, A., y König, H. H. (2018a). Impact of informal caregiving on loneliness and satisfaction with leisure-time activities Findings of a population-based longitudinal study in Germany. *Aging & Mental Health*, *23*(11), 1539-1545. http://doi.org/10.1080/13607863.2018.1506739.

Hajek, A., y König, H. H. (2018b). Obesity and loneliness. Findings from a longitudinal population-based study in the second half of life in Germany. *Psychogeriatrics*, *19*(2), 135-140. http://doi.org/10.1111/PSYG.12375.

Hakulinen, C., Pulkki-Råback, L., Virtanen, M., Jokela, M., Kivimäki, M., y Elovainio, M. (2018). Social isolation and loneliness as risk factors for myocardial infarction, stroke and mortality: UK Biobank cohort study of 479 054 men and women. *Heart*, *104*(18), 1536-1542. http://doi.org/10.1136/heartjnl-2017-312663.

Hansen, T., y Slagsvold, B. (2015). Late-life loneliness in 11 European counties: Results from the generations and gender survey. *Social Indicators Research*, *129*(1), 445-464. http://dx.doi.org/10.1007/s11205-015-1111-6.

Hauge, S., y Kirkevold, M. (2010). Older Norwegians' understanding of loneliness. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, *5*(1). http://doi.org/10.3402/qhw.v5i1.4654.

Havens, B., Hall, M., Sylvestre, G., y Jivan. T. (2004). Social isolation and loneliness: Differences between older rural and urban manitobans. *Canadian Journal on Aging / Revue Canadienne du Vieillissement*, *23*(2), 129-140. https://doi.org/10.1353/cja.2004.0022.

Hawker, M., y Romero-Ortuno, R. (2016). Social determinants of discharge outcomes in older people admitted to a geriatric medicine ward. *The Journal of Frailty & Aging*, *5*(2), 118-120. http://doi.org/10.14283/jfa.2016.89.

Hawkley, L. C., Cole, S. W., Capitanio, J. P., Norman, G. J., y Cacioppo, J. T. (2012). Effects of social isolation on glucocorticoid regulation in social mammals. *Hormones and Behavior*, *62*(3), 314-323. http://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2012.05.011.

Hawkley, L. C., Hughes, M. E., Waite, L. J., Masi, C. M., Thisted, R. A., y Cacioppo, J. T. (2008). From social structural factors to perceptions of relationship quality and loneliness: The Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *The Journals of Gerontology. Series B*, *63*(6), S375-S384. http://doi.org/10.1093/geronb/63.6.S375.

Hawkley, L. C., Thisted, R. A., Masi, C. M., y Cacioppo, J. T. (2019). Loneliness predicts increased blood pressure: 5-year cross-lagged analyses in middle-aged and older adults. *Psychology and Aging*, *25*(1), 132-141. http://doi.org/10.1037/a0017805.

Hawkley, L. C., y Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, *40*(2), 218-227. http://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8.

Hawkley, L. C., y Capitanio, J. P. (2015). Perceived social isolation, evolutionary fitness and health outcomes: A lifespan approach. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, *370*(1669). https://doi.org/10.1098/rstb.2014.0114.

Heffner, K. L., Waring, M. E., Roberts, M. B., Eaton, C. B., y Gramling, R. (2011). Social isolation, C-reactive protein, and coronary heart disease mortality among community-dwelling adults. *Social Science & Medicine*, *72*(9), 1482-1488. http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.03.016.

Heikkinen, R. L., y Kauppinen, M. (2011). Mental well-being: A 16-year follow-up among older residents in Jyväskylä. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *52*(1), 33-39. https://doi.org/10.1016/j.archger.2010.01.017.

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

Heller, K., Thompson, M. G., Trueba, P. E., Hogg, J. R., y Vlachos-Weber, I. (1991). Peer support telephone dyads for elderly women: was this the wrong intervention? *American Journal of Community Psychology, 19*(1), 53-74. https://doi.org/10.1007/BF00942253.

Helm, P. J., Rothschild, L. G., Greenberg, J. L., y Croft, A. (2018). Explaining sex differences in existential isolation research. *Personality and Individual Differences*, *134*, 283-288. https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.06.032.

Hemberg, J., Nyqvist, F., y Näsman, M. (2018). "Homeless in Life" – Loneliness Experienced as Existential Suffering by Older Adults Living at Home: A Caring Science Perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *33*(2). https://doi.org/10.1111/scs.12642.

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

Henriksen, J., Larsen, E. R., Mattisson, C., y Andersson, N. W. (2019). Loneliness, health and mortality. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *28*(2), 234-239. http://doi.org/10.1017/S2045796017000580.

Herbst-Damm, K. L., y Kulik, J. A. (2005). Volunteer support, marital status, and the survival times of terminally Ill patients. *Health Psychology*, *24*(2), 225-229. http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.24.2.225.

Herrera-Badilla, A., Navarrete-Reyes, A. P., Amieva, H., y Áviles-Funes, J. A. (2015). Loneliness is associated with frailty in community-dwelling elderly adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, *63*(3), 607-609. http://doi.org/10.1111/jgs.13308.

Hicks, J. A., Trent, J., Davis, W. E., y King, L. A. (2012). Positive affect, meaning in life, and future time perspective: An application of socioemotional selectivity theory. *Psychology and Aging*, *27*(1), 181-189. https://doi.org/10.1037/a0023965.

Hojat, M. (1989). A Psychodynamic View of Loneliness and Mother-Child Relationship: A Review of Theoretical Perspectives and Empirical Findings. En M. Hojat, y R. Crandall (eds.), *Loneliness: Theory, Research, and Applications* (pp. 89-104). Newbury Park, CA: Sage Publishing.

Holahan, C. J., Moos, R. H., Holahan, C. K., y Brennan, P. L. (1997). Social context, coping strategies, and depressive symptoms: An expanded model with cardiac patients. *Journal of Personality and Social Psychology*, *72*(4), 918-928. http://doi.org/10.1037//0022-3514.72.4.918.

Holmén, K., y Furukawa, H. (2002). Loneliness, health and social network among elderly people: A follow-up study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *35*(3), 261-274. http://dx.doi.org/10.1016/S0167-4943(02)00049-3.

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., y Stephenson, D. (2015) Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, *10*(2), 227-237. https://doi.org/10.1177/1745691614568352.

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., y Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Medicine*, *7*(7), e1000316. http://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316.

Holwerda, T. J., Deeg, D. J. H., Beekman, A. T. F., van Tilburg, T. G., Stek, M. L., Jonker, C., y Schoevers, R. A. (2014). Feelings of loneliness, but not social isolation, predict dementia onset: Results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, *85*(2), 135-142. http://doi.org/10.1136/jnnp-2012-302755.

Holwerda, T. J., van Tilburg, T. G., Deeg, D. J. H., Schutter, N., Van, R., Dekker, J., Stek, M. L., Beekman, A. T. F., y Schoevers, R. A. (2016). Impact of loneliness and depression on mortality: Results from the Longitudinal Ageing Study Amsterdam. *The British Journal of Psychiatry*, *209*(2), 127-134. http://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.168005.

Hoogendijk, E. O., Flores Ruano, T., Martínez-Reig, M., López-Utiel, M., Lozoya-Moreno, S., Dent, E., y Abizanda, P. (2018). Socioeconomic position and malnutrition among older adults: Results from the FRADEA Study. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, *22*(9), 1086-1091. http://doi.org/10.1007/s12603-018-1061-1.

Hoogendijk, E. O., Suanet, B., Dent, E., Deeg, D. J. H., y Aartsen, M. J. (2016). Adverse effects of frailty on social functioning in older adults: Results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Maturitas*, *83*, 45-50. http://doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.09.002.

Horowitz, L. M., Krasnoperova, E. N., Tatar, D. G., Hansen, M. B., Person, E. A., Galvin, K. L., y Nelson, K. L. (2001). The way to console may depend on the goal: Experimental studies of social support. *Journal of Experimental Social Psychology*, *37*(1), 49-61. https://doi.org/10.1006/jesp.2000.1435.

Hostinar, C. E., Sullivan, R. M., y Gunnar, M. R. (2014). Psychobiological mechanisms underlying the social buffering of the hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis: A review of animal models and human studies across development. *Psychological Bulletin*, *140*(1), 256-282. http://doi.org/10.1037/a0032671.

House, J. S., Landis, K. R., y Umberson, D. (1988a). Social relationships and health. *Science*, *241*(4865), 540-545. http://doi.org/10.1126/science.3399889.

House, J. S., Umberson, D., y Landis, K. R. (1988b). Structures and processes of social Support. *Annual Reviews of Sociology*, 14, 293-318. https://doi.org/10.1146/annurev.so.14.080188.001453.

Hsiao, Y. H., Chang, C. H., y Gean, P. W. (2018). Impact of social relationships on Alzheimer's memory impairment: Mechanistic studies. *Journal of Biomedical Science*, *25*(1), 3. http://doi.org/10.1186/s12929-018-0404-x.

Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., y 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. http://doi.org/10.1177/0164027504268574.

Iecovich, E. (2016). Do caregiving burden and satisfaction predict loneliness in older care recipients? *Aging & Mental Health*, *20*(4), 441-449. https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1020413.

Iecovich, E., Jacobs, J. M., y Stessman, J. (2011). Loneliness, social networks, and mortality: 18 years of follow-up. *The International Journal of Aging and Human Development*, *72*(3), 243-263. https://doi.org/10.2190/AG.72.3.e.

Ikeda, A., Kawachi, I., Iso, H., Iwasaki, M., Inoue, M., y Tsugane, S. (2013). Social support and cancer incidence and mortality: The JPHC study cohort II. *Cancer Causes and Control*, *24*(5), 847-860. http://doi.org/10.1007/s10552-013-0147-7.

INE (2015). *Encuesta continua de hogares*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.

Inzitari, M., Pérez, L. M., Enfedaque, M. B., Soto, L., Díaz, F., Gual, N., Martín, E., Orfila, F., Mulero, P., Ruiz, R., y Cesari M. (2018). Integrated primary and geriatric care for frail older adults in the community: Implementation of a complex intervention into real life. *European Journal of Internal Medicine*, *56*, 57-63. http://doi.org/10.1016/j.ejim.2018.07.022.

Itkowitz, N. I., Kerns, R. D., y Otis, J. D. (2003). Support and coronary heart disease: The importance of significant other responses. *Journal of Behavioral Medicine*, *26*(1), 19-30. http://doi.org/10.1023/A:1021790921471.

Jackson, J., y Cochran, S. D. (1991). Loneliness and psychological distress. *The Journal of Psychology. Interdisciplinary and Applied*, *125*(3*)*, 257-262. https://doi.org/10.1080/00223980.1991.10543289.

Jansson, A. H., Muurinen, S., Savikko, N., Soini, H., Suominen, M. M., Kautiainen, H., y Pitkälä, K. H. (2017). Loneliness in nursing homes and assisted living facilities: prevalence, associated and prognosis. *The Journal of Nursing Home Research*, *3*, 43-49. http://dx.doi.org/10.14283/jnhrs.2017.7.

Jaremka, L. M., Andridge, R. R., Fagundes, C. P., Alfano, C. M., Povoski, S. P., Lipari, A. M., Agnese, D. M., Arnold, M. W., Farrar, W. B., Yee, L. D., Carson III, W. E., Bekaii-Saab, T., Martin Jr., E. W., Schmidt, C. R., y Kiecolt-Glaser, J. K. (2014). Pain, depression, and fatigue: Loneliness as a longitudinal risk factor. *Health Psychology, 33*(9), 948-957. http://doi.org/10.1037/a0034012.

Jaremka, L. M., Fagundes, C. P., Peng, J., Bennett, J. M., Glaser, R., Malarkey, W. B., y Kiecolt-Glaser, J. K. (2013). Loneliness promotes inflammation during acute stress. *Psychological Science*, *24*(7), 1089-1097. http://doi.org/10.1177/0956797612464059.

Joling, K. J., O'Dwyer, S. T., Hertogh, C. M. P. M., y van Hout, H. P. J. (2018). The occurrence and persistence of thoughts of suicide, self-harm and death in family caregivers of people with dementia: A longitudinal data analysis over 2 years. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *33*(2), 263-270. http://doi.org/10.1002/gps.4708.

Jürschik, P., Botigué, T., Nuin, C., y Lavedán, A. (2013). Estado de ánimo caracterizado por soledad y tristeza: Factores relacionados en personas mayores. *Gerokomos*, *24*(1), 14-17. http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2013000100003.

Jylhä, M. (2004). Old age and loneliness: Cross-sectional and longitudinal analyses in the Tampere Longitudinal Study on Aging. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne du Vieillissement*, 23(2), 157-168. https://doi.org/10.1353/cja.2004.0023.

Jylhä, M., y Saarenheimo, M. (2010). Loneliness and ageing: Comparative perspectives. En D. Dennefer y C. Phillipson (eds.), *The SAGE Handbook of Social Gerontology* (cap. 24, pp. 317–328). Londres: Sage Publications. http://dx.doi.org/10.4135/9781446200933.n24.

Kahn, R. L., y Antonucci, T. C. (1980). Convoys over the life course: Attachment, roles, and social support. En P. B. Baltes y O. Brim (eds.), *Life-Span Development and Behavior* (vol. 3, pp. 254-283). Nueva York: Academic Press.

Karnick, P. M. (2005). Feeling lonely: Theoretical perspectives. *Nursing Science Quarterly*, *18*(1), 7-12. https://doi.org/10.1177/0894318404272483.

Kashdan, T. B., Biswas-Diener, R., y King, L. A. (2008). Reconsidering happiness: the costs of distinguishing between hedonics and eudaimonia. *The Journal of Positive Psychology*, *3*(4), 219-233. https://doi.org/10.1080/17439760802303044.

Kawachi, I., y Berkman, L. F. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban Health*, *78*(3), 458-467. https://doi.org/10.1093/jurban/78.3.458.

Keating, N., Eales, J., y Phillips, J. E. (2013). Age-friendly rural communities: Conceptualizing 'best-fit'. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne du Vieillissement*, *32*(4), 319-332. https://doi.org/10.1017/S0714980813000408.

Kee, Y.-Y. K., y Rippingale, C. (2009). The prevalence and characteristic of patients with 'acopia'. *Age and Ageing*, *38*(1), 103-105. http://doi.org/10.1093/ageing/afn238.

Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., y Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, *82*(6), 1007-1022. http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.82.6.1007.

Kharicha, K., Manthorpe, J., Iliffe, S., Davies, N., y Walters, K. (2018). Strategies employed by older people to manage loneliness: Systematic review of qualitative studies and model

development. *International Psychogeriatrics*, *30*(12), 1767-1781. http://doi.org/10.1017/S1041610218000339.

Khondoker, M., Rafnsson, S. B., Morris, S., Orrell, M., y Steptoe, A. (2017). Positive and negative experiences of social support and risk of dementia in later life: An investigation using the english longitudinal study of ageing. *Journal of Alzheimer's Disease*, *58*(1), 99-108. http://doi.org/10.3233/JAD-161160.

Khosravi, P., Rezvani, A., y Wiewiora, A. (2016). The impact of technology on older adult's social isolation. *Computers in Human Behavior*, *63*(C), 594-603. http://dx.doi.org/10.1016/j.chb.2016.05.092.

Kiecolt-Glaser, J. K., Kennedy, S., Malkoff, S., Fisher, L., Speicher, C. E., y Glaser, R. (1988). Marital discord and immunity in males. *Psychosomatic Medicine*, *50*(3), 213-229. http://doi.org/10.1097/00006842-198805000-00001.

Kiecolt-Glaser, J. K., y Newton, T. L. (2001). Marriage and health: His and hers. *Psychological Bulletin*, *127*(4), 472-503. http://doi.org/10.1037/0033-2909.127.4.472.

Killeen, C. (1998). Loneliness: An epidemic in modern society. *Journal of Advanced Nursing, 28*(4), 762-770. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00703.x.

Kim, S., y Thomas, P. A. (2019). Direct and indirect pathways from social support to Health? *The Journals of Gerontology. Series B*, *74*(6), 1072-1080. https://doi.org/10.1093/geronb/gbx084.

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

King, K. B., Reis, H. T., Porter, L. A., y Norsen, L. H. (1993). Social support and long-term recovery from coronary artery surgery: Effects on patients and spouses. *Health Psychology*, *12*(1), 56-63. http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.12.1.56.

Kinney, A. Y., Bloor, L. E., Martin, C., y Sandler, R. S. (2005). Social ties and colorectal cancer screening among Blacks and Whites in North Carolina. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, *14*(1), 182-189. Recuperado de https://cebp.aacrjournals.org/content/14/1/182.article-info.

Kobayashi, L. C., y Steptoe, A. (2018). Social isolation, loneliness, and health behaviors at older ages: Longitudinal cohort study. *Annals of Behavioral Medicine*, *52*(7), 582-593. https://doi.org/10.1093/abm/kax033.

Koch, K., Nørgaard, M., Schønheyder, H. C., Thomsen, R. W., y Søgaard, M. (2013). Effect of socioeconomic status on mortality after bacteremia in working-age patients: A danish population-based cohort study. *PLoS ONE*, *8*(7). http://doi.org/10.1371/journal.pone.0070082.

Koller, S. H., y Dutra-Thomé, L. (2018). Social support. En M. H. Bornstein (ed.), *The SAGE Encyclopedia of Lifespan Human Development* (pp. 2097-2098). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc. http://doi.org/10.4135/9781506307633.n778.

Kovaleva, M., Spangler, S., Clevenger, C., y Hepburn, K. (2018). Chronic stress, social isolation, and perceived loneliness in dementia caregivers. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, *56*(10), 36-43. http://doi.org/10.3928/02793695-20180329-04.

Kuiper, J. S., Zuidersma, M., Oude Voshaar, R. C., Zuidema, S. U., van den Heuvel, E. R., Stolk, R. P., y Smidt, N. (2015). Social relationships and risk of dementia: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Ageing Research Reviews*, *22*, 39-57. http://doi.org/10.1016/j.arr.2015.04.006.

Kuiper, J. S., Zuidersma, M., Zuidema, S. U., Burgerhof, J., Stolk, R. P., Oude Voshaar, R. C., y Smidt, N. (2016). Social relationships and cognitive decline: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *International Journal of Epidemiology*, *45*(4), 1169-1206, https://doi.org/10.1093/ije/dyw089.

Kuiper, J. S., Zuidersma, M., Zuidema, S. U., Burgerhof, J. G., Stolk, R. P., Oude Voshaar, R. C., y Smidt, N. (2016). Social relationships and cognitive decline: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *International Journal of Epidemiology*, *45*(4), 1169-1206. http://doi.org/10.1093/ije/dyw089.

Kulik, J. A., y Mahler, H. I. M. (1993). Emotional support as a moderator of adjustment and compliance after coronary artery bypass surgery: A longitudinal study. *Journal of Behavioral*

Medicine, *16*(1), 45-63. http://dx.doi.org/10.1007/BF00844754.

Kurina, L. M., Knutson, K. L., Hawkley, L. C., Cacioppo, J. T., Lauderdale, D. S., y Ober, C. (2011). Loneliness is associated with sleep fragmentation in a communal society. *Sleep*, *34*(11), 1519-1526. http://doi.org/10.5665/sleep.1390.

Lakey, B., y Scoboria, A. (2005). The relative contribution of trait and social influences to the links Among perceived social support, affect, and self-esteem. *Journal of Personality*, *73*(2), 361-388. https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2005.00312.x.

Lang, I. A., Hubbard, R. E., Andrew, M. K., Llewellyn, D. J., Melzer, D., y Rockwood, K. (2009). Neighborhood deprivation, individual socioeconomic status, and frailty in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, *57*(10), 1776-1780. http://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02480.x.

Lara, E., Martín-María, N., de la Torre-Luque, A., Koyanagi, A., Vancampfort, D., Izquierdo, A., y Miret, M. (2019). Does loneliness contribute to mild cognitive impairment and dementia? A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Ageing Research Reviews*, *52*, 7-16. http://doi.org/10.1016/j.arr.2019.03.002.

Larsson, H., Rämgård, M., y Bolmsjö, I. (2017). Older persons' existential loneliness, as interpreted by their significant others: An interview study. *BMC geriatrics*, *17*(1), 138. http://doi.org/10.1186/s12877-017-0533-1.

Lasgaard, M., Friis, K., y Shevlin, M. (2016). "Where are all the lonely people?" A population-based study of high-risk groups across the life span. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *51*(10), 1373-1384. http://doi.org/10.1007/s00127-016-1279-3.

Lauder, W., Mummery, K., Jones, M., y Caperchione, C. (2006). A comparison of health behaviours in lonely and non-lonely populations. *Psychology, Health & Medicine*, *11*(2), 233-245. http://doi.org/10.1080/13548500500266607.

Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1984). *El concepto de afrontamiento en estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

Lee, G. R., Netzer, J. K., y Coward, R. T. (1995). Depression among older parents: The role of intergenerational exchange. *Journal of Marriage and the Family*, *57*(3), 823-833. http://doi.org/10.2307/353935.

Lee, K., Martin, P., y Poon, L. W. (2017). Predictors of caregiving burden: Impact of subjective health, negative affect, and loneliness of octogenarians and centenarians. *Aging & Mental Health, 21*(11), 1214-1221. http://doi.org/10.1080/13607863.2016.1206512.

Leiderman, P. H. (1980). Pathological loneliness: A psychodynamic interpretation. En J. Hartog, J. R. Audy, y Y. A. Cohen (eds.), *The anatomy of loneliness* (pp. 111-128). Nueva York: International Universities Press.

Leigh-Hunt, N., Bagguley, D., Bash, K., Turner, V., Turnbull, S., Valtorta, N., y Caan, W. (2017). An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*, *152*, 157-171. http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2017.07.035.

Lennartsson, C., y Lundberg, O. (2007). What's marital status got to do with it?: Gender inequalities in economic resources, health and functional abilities among older adults. En J. Fritzell, y O. Lundberg (eds.), *Health Inequalities and Welfare Resources: Continuity and Change in Sweden* (pp. 179-198). Bristol: The Policy Press.

Levine, C. (1999). The loneliness of the long-term care giver. *The New England Journal of Medicine*, *340*(20), 1587-1590. http://doi.org/10.1056/NEJM199905203402013.

Lewis, M. A., y Rook, K. S. (1999). Social control in personal relationships: Impact on health behaviors and psychological distress. *Health Psychology*, *18*(1), 63-71. http://doi.org/10.1037/0278-6133.18.1.63.

Lin, N., Dean, A., y Ensel, W. M. (1986). *Social Support, Life Events and Depression*. Nueva York: Academic Press.

Lin, N., y Westcott, J. (1991). Marital engagement/disengagement, social networks, and mental

health. En J. Eckenrode (ed.), *The Social Context of Coping* (pp. 213–237). Nueva York: Plenum.

Lin, N., Ye, X., y Ensel, W. M. (1999). Social support and depressed mood: A structural analysis. *Journal of Health and Social Behavior*, *40*(4), 344-359. http://doi.org/10.2307/2676330.

Liu, B., y Rook, K. (2013). Emotional and social loneliness in later life: Associations with positive versus negative social exchanges. *Journal of Social and Personal Relationships*, *30*(6), 813-832. https://doi.org/10.1177/0265407512471809.

Livingston, G., Sommerlad, A., Orgeta, V., Costafreda, S. G., Huntley, J., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Fox, N., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Larson, E. B., Ritchie, K., Rockwood, K., Sampson, E. L., Samus, Q., Schneider, L. S., Selbæk, G., Teri, L., y Mukadam, N., (2017). Dementia prevention, intervention, and care. *The Lancet*, *390*(10113), 2673-2734. http://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31363-6.

Longman, J., Passey, M., Singer, J., y Morgan, G. (2013). The role of social isolation in frequent and/or avoidable hospitalisation: Rural community-based service providers' perspectives. *Australian Health Review*, *37*(2), 223-231. http://doi.org/10.1071/AH12152.

López Doblas, J., y Díaz Conde, M. P. (2018). El sentimiento de soledad en la vejez. *Revista Internacional de Sociología*, *76*(1), e085. https://doi.org/10.3989/ris.2018.76.1.16.164.

Losada, A. (2017). Theories of Stress and Coping in Caregivers. En N. Pachana (ed.), *Encyclopedia of Geropsychology* (pp. 2268-2276). Nueva York: Springer. http://dx.doi.org/10.1007/978-981-287-082-7_121.

Losada, A., Knight, B. G., y Márquez, M. (2003). Barreras cognitivas para el cuidado de personas mayores dependientes. Influencia de las variables socioculturales. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, *38*(2), 116-123. http://doi.org/10.1016/S0211-139X(03)74867-7.

Losada, A., Márquez-González, M., García-Ortiz, L., Gómez-Marcos, M. Á., Fernández-Fernández, V., y Rodríguez-Sánchez, E. (2012). Loneliness and mental health in a representative sample of community-dwelling Spanish older adults. *The Journal of Psychology. Interdisciplinary and Applied*, *146*(3), 277-292. http://doi.org/10.1080/00223980.2011.582523.

Losada, A., Márquez-Gonzalez, M., Knight, B. G., Yanguas, J., Sayegh, P., y Romero-Moreno, R. (2010a). Psychosocial factors and caregivers' distress: Effects of familism and dysfunctional thoughts. *Aging & Mental Health, 14*(2), 193-202. http://doi.org/10.1080/13607860903167838.

Losada, A., Márquez-González, M., Peñacoba, C., y Romero-Moreno, R. (2010b) Development and validation of the Caregiver Guilt Questionnaire. *International Psychogeriatrics*, *22*(4), 650-660. http://doi.org/10.1017/S1041610210000074.

Losada, A., Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., Mausbach, B. T., López, J., Fernández-Fernández, V., y Nogales-González, C. (2015). Cognitive-behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for dementia family caregivers with significant depressive symptoms: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *83*(4), 760-772. http://doi.org/10.1037/ccp0000028.

Losada, A., Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., y López, J. (2014). Development and validation of the Experiential Avoidance in Caregiving Questionnaire (EACQ). *Aging & Mental Health, 18*(7), 897-904. http://doi.org/10.1080/13607863.2014.896868.

Losada, A., Márquez-González, M., Vara-García, C., Gallego-Alberto, L., Romero-Moreno, R., y Olazarán, J. (2017). Impacto psicológico de las demencias en las familias: propuesta de un modelo integrador. *Revista Clínica Contemporánea*, *8*, 1-27. http://dx.doi.org/10.5093/cc2017a4.

Losada, A., Márquez-González, M., Vara-García, C., Gallego-Alberto, L., Romero-Moreno, R., y Pillemer, K. (2018). Ambivalence and guilt feelings: Two relevant variables for understanding caregivers' depressive symptomatology. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *25*(1), 59-64. https://doi.org/10.1002/cpp.2116.

Loucks, E. B., Berkman, L. F., Gruenewald, T. L., y Seeman, T. E. (2006). Relation of social integration to inflammatory marker concentrations in men and women 70 to 79 years. *American Journal of Cardiology*, *97*(7), 1010-1016. http://doi.org/10.1016/j.amjcard.2005.10.043.

Luanaigh, C. Ó., y Lawlor, B. A. (2008). Loneliness and the health of older people. *International*

Journal of Geriatric Psychiatry, *23*(12), 1213-1221. http://doi.org/10.1002/gps.2054.

Lubben, J. (1988). Assessing social networks among elderly populations. *Family & Community Health. The Journal of Health Promotion &. Maintenance*, *11*(3), 42-52. http://dx.doi.org/10.1097/00003727-198811000-00008.

Lubben, J., Blozik, E., Gillmann, G., Iliffe, S., von Renteln Kruse, W., Beck, J. C., y Stuck, A. E. (2016). Performance of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale among three European community-dwelling older adult populations. *The Gerontologist*, *46*(4), 503-513. http://doi.org/10.1093/geront/46.4.503.

Luhmann, M., y Hawkley, L. C. (2016). Age differences in loneliness from late adolescence to oldest old age. *Developmental Psychology*, *52*(6), 943-59. http://doi.org/10.1037/dev0000117.

Luo, Y., Hawkley, L. C., Waite, L. J., y Cacioppo, J. T. (2012a). Loneliness, health, and mortality in old age: A national longitudinal study. *Social Science & Medicine*, *74*(6), 907-914. http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.028.

Luo, Y., LaPierre, T. A., Hughes, M. E., y Waite, L. J. (2012b). Grandparents providing care to grandchildren: A population-based study of continuity and change. *Journal of Family Issues*, *33*(9), 1143-1167. https://doi.org/10.1177/0192513X12438685.

Lutgendorf, S. K., DeGeest, K., Dahmoush, L., Farley, D., Penedo, F., Bender, D., Goodheart, M., Buekers, T. E., Mendez, L., Krueger, G., Clevenger, L., Lubaroff, D. M., Sood, A. K., y Cole, S. W. (2011). Social isolation is associated with elevated tumor norepinephrine in ovarian carcinoma patients. *Brain, Behavior, and Immunity*, *25*(2), 250-255. http://doi.org/10.1016/j.bbi.2010.10.012.

MacIntyre, I., Corradetti, P., Roberts, J., Browne, G., Watt, S., y Lane, A. (1999). Pilot study of a visitor volunteer programme for community elderly people receiving home health care. *Health and Social Care in the Community*, *7*(3), 225-232. https://doi.org/10.1046/j.1365-2524.1999.00178.x.

MacLeod, S., Musich, S., Parickh, R. B., Hawkins, K., Keown, K., y Yeh, C. S. (2018). Examining approaches to address loneliness and social isolation among older adults. *Journal of Aging and Geriatric Medicine*, *2*(1). http://doi.org/10.4172/2576-3946.1000115.

Madrigal, A. (2000). La soledad de las personas mayores. *Boletín sobre el Envejecimiento: Perfiles y Tendencias*, 3. Recuperado de https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/boletinopm3.pdf.

Makizako, H., Shimada, H., Tsutsumimoto, K., Lee, S., Doi, T., Nakakubo, S., Hotta, R., y Suzuki, T. (2015). Social frailty in community-dwelling older adults as a risk factor for disability. *JAMDA: The Journal of Post-Acute and Long-Term Care Medicine*, *16*(11), 1003.e7-1003.e11. http://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.08.023.

Manskow, U. S., Friborg, O., Røe, C., Braine, M., Damsgard, E., y Anke, A. (2017). Patterns of change and stability in caregiver burden and life satisfaction from 1 to 2 years after severe traumatic brain injury: A Norwegian longitudinal study. *NeuroRehabilitation*, *40*(2), 211-222. http://doi.org/10.3233/NRE-161406.

Manskow, U. S., Sigurdardottir, S., Røe, C., Andelic, N., Skandsen, T., Damsgård, E., Elmståhl, S., y Anke, A. (2015). Factors affecting caregiver burden 1 year after severe traumatic brain injury: A prospective nationwide multicenter study. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, *30*(6), 411-423. https://doi.org/10.1097/HTR.0000000000000085.

Manzoli, L., Villari, P., Pirone, G. M., y Boccia, A. (2007). Marital status and mortality in the elderly: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, *64*(1), 77-94. http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.08.031.

Marín, F., Sánchez, J., y López, J. A. (2009). El metaanálisis en el ámbito de las Ciencias de la Salud: Una metodología imprescindible para la creciente acumulación del conocimiento. *Fisioterapia*, *31*(3), 107-114. http://doi.org/10.1016/j.ft.2009.02.002.

Márquez-González, M., Losada, A., Izal, M., Pérez-Rojo, G., y Montorio, I. (2007). Modification of dysfunctional thoughts about caregiving in dementia family caregivers: Description and outcomes of an intervention programme. *Aging & Mental Health*, *11*(6), 616-625. http://doi.org/10.1080/13607860701368455.

Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., y Losada, A. (2010). Caregiving issues in a

therapeutic context: New insights from the acceptance and commitment therapy approach. En N. Pachana, K. Laidlaw y B. Knight. (eds.), *Casebook of Clinical Geropsychology: International Perspectives on Practice* (pp. 33-53). Nueva York: Oxford University Press.

Marteau, T. M., Bloch, S., y Baum, J. D. (1987). Family life and diabetic control. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *28*(6), 823-833. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1987.tb00671.x.

Martin, A., Chacón, F., y Martínez, M. (1988). *Psicología comunitaria*. Madrid: Visor.

Masi, C. M., Chen, H-Y., Hawkley, L. C., y Cacioppo, J. T. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and Social Psychology Review*, *15*(3), 219-266. http://doi.org/10.1177/1088868310377394.

Matt, G. E., y Dean, A. (1993). Social support from friends and psychological distress among elderly persons: Moderator effects of age. *Journal of Health and Social Behavior*, *34*(3), http://doi.org/10.2307/2137201.

Mausbach, B. T., Patterson, T. L., Rabinowitz, Y. G., Grant, I., y Schulz, R. (2007). Depression and distress predict time to cardiovascular disease in dementia caregivers. *Health Psychology, 26*(5), 539-544. http://doi.org/10.1037/0278-6133.26.5.539.

Mayers, A. M., y Svartberg, M. (2001). Existential loneliness: A review of the concept, its psychosocial precipitants and psychotherapeutic implications for HIV- infected women. *British Journal of Medical Psychology*, *74*(Pt 4), 539-53. http://doi.org/10.1348/000711201161082.

McDonald, L. M., y Korabik, K. (1991). Sources of stress and ways of coping among male and female managers. *Journal of Social Behavior and Personality*, *6*(7), 185-198. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/232512515_Sources_of_stress_and_ways_of_coping_among_male_and_female_managers.

McHugh Power, J. E., Steptoe, A., Kee, F., y Lawlor, B. A. (2019). Loneliness and social engagement in older adults: A bivariate dual change score analysis. *Psychology and Aging*, *34*(1), 152-162. http://dx.doi.org/10.1037/pag0000287.

McInnis, G. J., y White, J. H. (2001). A phenomenological exploration of loneliness in the older adult. *Archives of Psychiatric Nursing*, *15*(3), 128-139. http://dx.doi.org/10.1053/apnu.2001.23751.

McLeod, J. D., Kessler, R. C., y Landis, K. R. (1992). Speed of recovery from major depressive episodes in a community sample of married men and women. *Journal of Abnormal Psychology*, *101*(2), 277-286. http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.101.2.277.

McNeil, J. K., LeBlanc, E. M., y Joyner, M. (1991). The effect of exercise on depressive symptoms in the moderately depressed elderly. *Psychology and Aging, 6*(3), 487-488. http://dx.doi.org/10.1037/0882-7974.6.3.487.

McRae, C., Fazio, E., Hartsock, G., Kelley, L., Urbanski, S., y Russell, D. (2009). Predictors of loneliness in caregivers of persons with Parkinson's disease. *Parkinsonism and Related Disorders*, *15*(8), 554-557. http://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2009.01.007.

Mendes, W. B., Blascovich, J., Lickel, B., y Hunter, S. (2002). Challenge and threat during social interactions with white and black men. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *28*(7), 939-952. https://doi.org/10.1177%2F014616720202800707.

Merton, R. K. (2002). *Teoría y estructura sociales*. México: Fondo de Cultura Económica.

Meuser, T. M., y Marwit, S. J. (2001). A comprehensive, stage-sensitive model of grief in dementia caregiving. *The Gerontologist*, *41*(5), 658-670. https://doi.org/10.1093/geront/41.5.658.

Moieni, M., y Eisenberger, N. I. (2018). Effects of inflammation on social processes and implications for health. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1428*(1) 5-13. http://doi.org/10.1111/nyas.13864.

Moody, E., y Phinney, A. (2012). A community-engaged art program for older people: Fostering social inclusion. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne du Vieillissement*, *31*(1), 55-64. http://doi.org/10.1017/S0714980811000596.

Moon, J. R., Kondo, N., Glymour, M. M., y Subramanian, S. V. (2011). Widowhood and mortality: A meta-analysis. *PLoS ONE*, *6*(8), e23465. http://doi.org/10.1371/journal.pone.0023465.

Morris, M. E., Adair, B., Ozanne, E., Kurowski, W., Miller, K. J., Pearce, A.J., Santamaria, N., Long,

M., Ventura, C., y Said, C. M. (2014). Smart technologies to enhance social connectedness in older people to live at home. *Australasian Journal on Ageing*, *33*(3), 142-152. http://doi.org/10.1111/ajag.12154.

Mountain, G. A., Hind, D., Gossage-Worrall, R., Walters, S. J., Duncan, R., Newbould, L., Rex, S., Jones, C., Bowling, A., Cattan, M., Cairns, A., Cooper, C., Edwards, R. T., y Goyder, E. C. (2014). Putting Life in Years (PLINY) telephone friendship groups research study: Pilot randomized controlled trial. *Trials*, *15*, 141. http://doi.org/10.1186/1745-6215-15-141.

Moyle, W., Kellett, U., Ballantyne, A., y Gracia, N. (2011). Dementia and loneliness: An Australian perspective. *Journal of Clinical Nursing*, *20*(9-10), 1445-1453. http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03549.x.

Mulasso, A., Roppolo, M., Giannotta, F., y Rabaglietti, E. (2016). Associations of frailty and psychosocial factors with autonomy in daily activities: A cross-sectional study in Italian community-dwelling older adults. *Clinical Interventions in Aging*, *11*, 37-45. http://doi.org/10.2147/CIA.S95162.

Münzel, T., y Daiber, A. (2018). Environmental stressors and their impact on health and disease with focus on oxidative stress. *ARS Antioxidants & Redox Signaling*, *28*(9), 735-740. http://doi.org/10.1089/ars.2017.7488.

Mushtaq, R., Shoib, S., Shah, T., y Mushtaq, S. (2014). Relationship between loneliness, psychiatric disorders and physical health? A review on the psychological aspects of loneliness. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, *8*(9), WE01-WE04. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4225959/.

Musich, S., Wang, S. S., Kraemer, S., Hawkins, K., y Wicker, E. (2017). Caregivers for older adults: Prevalence, characteristics, and health care utilization and expenditures. *Geriatric Nursing*, *38*(1), 9-16. http://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.06.017.

Nelson, M. E., Fiatarone, M. A., Morganti, C. M., Trice, I., Greenberg, R. A., y Evans, W. J. (1994). Effects of high-intensity strength training on multiple risk factors for osteoporotic fractures: A randomized controlled trial. *JAMA. The Journal of the American Medical Association*, *272*(24), 1909-1914. http://doi.org/10.1001/jama.1994.03520240037038.

Nersesian, P. V., Han, H. R., Yenokyan, G., Blumenthal, R. S., Nolan, M. T., Hladek, M. D., y Szanton, S. L. (2018). Loneliness in middle age and biomarkers of systemic inflammation: Findings from Midlife in the United States. *Social Science & Medicine*, *209*, 174-181. http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.04.007.

Netz, Y., Goldsmith, R., Shimony, T., Arnon, M., y Zeev, A. (2013). Loneliness is associated with an increased risk of sedentary life in older Israelis. *Aging & Mental Health*, *17*(1), 40-47. http://doi.org/10.1080/13607863.2012.715140.

Newall, N. E. (2010). *Predictors and consequences of loneliness in older adults and the power of positive emotions* (tesis doctoral). Winnipeg, Manitoba, Canadá: University of Manitoba. Recuperado de http://dissertation.com/abstracts/1871789.

Newall, N. E., Chipperfield, J. G., Bailis, D. S., y Stewart, T. L. (2013). Consequences of loneliness on physical activity and mortality in older adults and the power of positive emotions. *Health Psychology*, *32*(8), 921-924. http://doi.org/10.1037/a0029413.

Ng, T. P., Jin, A., Feng, L., Nyunt, M. S. Z., Chow, K. Y., Feng, L., y Fong, N. P. (2015). Mortality of older persons living alone: Singapore Longitudinal Ageing Studies. *BMC Geriatrics*, *15*(1), 1-9. http://doi.org/10.1186/s12877-015-0128-7.

Nicolaisen, M., y Thorsen, K. (2014). Loneliness among men and women: A five-year follow-up study. *Aging & Mental Health*, *18*(2), 194-206. https://doi.org/10.1080/13607863.2013.821457.

Nieminen, T., Prättälä, R., Martelin, T., Härkänen, T., Hyyppä, M. T., Alanen, E., y Koskinen, S. (2013). Social capital, health behaviours and health: A population-based associational study. *BMC Public Health*, *13*(613). http://doi.org/10.1186/1471-2458-13-613.

Nolen-Hoeksema, S., y Rusting, C. L. (2000). Gender differences in well-being. En D. Kahneman, E. Diener, y N. Schwartz (eds.), *Well-being: The Foundations of Hedonic Psychology*. Nueva York: Russell Sage Foundation.

Nomura, M., McLean, S., Miyamori, D., Kakiuchi, Y., y Ikegaya, H. (2016). Isolation and unnatural death of elderly people in the aging Japanese society. *Science & Justice*, *56*(2), 80-83. http://doi.org/10.1016/j.scijus.2015.12.003.

Nurullah, A. S. (2012). Received and provided social support: A review of current evidence and future directions. *American Journal of Health Studies*, *27*(3), 173-188. Recuperado de https://ssrn.com/abstract=2158458.

Nyqvist, F., Victor, C. R., Forsman, A. K., y Cattan, M. (2016). The association between social capital and loneliness in different age groups: A population-based study in Western Finland. *BMC Public Health*, *16*(1), 542. http://doi.org/10.1186/s12889-016-3248-x.

O'Luanaigh, C., O'Connell, H., Chin, A. V., Hamilton, F., Coen, R., Walsh, C., Walsh, J. B., Caokley, D., Cunningham, C., y Lawlor, B. A. (2012). Loneliness and cognition in older people: The Dublin Healthy Ageing study. *Aging & Mental Health*, *16*(3), 347-352. http://doi.org/10.1080/13607863.2011.628977.

O'Rourke, H., Collins, L., y Sidani, S. (2018). Interventions to address social connectedness and loneliness for older adults: A scoping review. *BMC Geriatrics*, *18*(1), 214. https://doi.org/10.1186/s12877-018-0897-x.

O'Shea, E. (2006). An economic and social evaluation of the *Senior Help Line* in Ireland. *Ageing & Society, 26*(2), 267-284. https://doi.org/10.1017/S0144686X05004241.

Oeppen, J., y Vaupel, J. W. (2002). Broken limits to life expectancy. *Science*, *296*(5570), 1029-1031. http://doi.org/10.1126/science.1069675.

Ogus, E. D., Greenglass, E. R., y Burke, R. J. (1990). Gender-role differences, work stress and depersonalization. *Journal of Social Behavior and Personality*, *5*(5), 387-398. Recuperado de https://psycnet.apa.org/record/1991-05815-001.

Olaya, B., Domènech-Abella, J., Moneta, M. V., Lara, E., Caballero, F. F., Rico-Uribe, L. A., y Haro, J. M. (2017). All-cause mortality and multimorbidity in older adults: The role of social support and loneliness. *Experimental Gerontology*, *99*, 120-126. http://doi.org/10.1016/j.exger.2017.10.001.

Ollonqvist, K., Aaltonen, T., Karpi, S. L., Hinkka, K., y Pöntinen, S. (2008a). Network-based rehabilitation increases formal support of frail elderly home-dwelling persons in Finland: Randomised controlled trial. *Health and Social Care in the Community*, *16*(2), 115-125. http://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2007.00733.x.

Ollonqvist, K., Palkeinen, H., Aaltonen, T., Pohjolainen, T., Puukka, P., Katariina H., y Pöntinen, S. (2008b) Alleviating loneliness among frail older people: Findings from a randomised controlled trial. *International Journal of Mental Health Promotion*, *10*(2), 26-34. https://doi.org/10.1080/14623730.2008.9721760.

Ong, A. D., Uchino, B. N., y Wethington, E. (2016). Loneliness and health in older adults: A mini-review and synthesis. *Gerontology*, *62*(4), 443-449. http://doi.org/10.1159/000441651.

Op Het Veld, L. P. M., van Rossum, E., Kempen, G. I. J. M., de Vet, H. C. W., Hajema, K., y Beurskens, A. J. H. M. (2015). Fried phenotype of frailty: Cross-sectional comparison of three frailty stages on various health domains. *BMC Geriatrics*, *15*(1), 1-11. http://doi.org/10.1186/s12877-015-0078-0.

Ormel, J., Lindenberg, S., Steverink, N., y Verbrugge, L. M. (1999). Subjective well-being and social production functions. *Social Indicators Research*, *46*(1), 61-90. http://doi.org/10.1023/A:1006907811502.

Pahl, R., y Pevalin, D. J. (2005). Between family and friends: A longitudinal study of friendship choice. *British Journal of Sociology*, *56*(3), 433-450. http://doi.org/10.1111/j.1468-4446.2005.00076.x.

Pantell, M., Rehkopf, D., Jutte, D., Syme, S. L., Balmes, J., y Adler, N. (2013). Social isolation: A predictor of mortality comparable to traditional clinical risk factors. *American Journal of Public Health*, *103*(11), 2056-2062. http://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301261.

Parke, A., Griffiths, M., Pattinson, J., y Keatley, D. (2018). Age-related physical and psychological vulnerability as pathways to problem gambling in older adults. *Journal of Behavioral Addictions*, *7*(1), 137-145. http://doi.org/10.1556/2006.7.2018.18.

Patterson, A. C., y Veenstra, G. (2010). Loneliness and risk of mortality: A longitudinal investigation in Alameda County, California. *Social Science & Medicine*, *71*(1), 181-186. http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.03.024.

Paz, O. (1970). *El laberinto de la soledad*. México: Fondo de Cultura Económica.

Penning, M. J., Liu, G., y 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*(3), 1147-1166. http://doi.org/10.1007/s11205-013-0461-1.

Peplau, L. A., y Perlman, D. (1982). *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*. Nueva York: John Wiley & Sons.

Perlman, D., y Peplau, L. A. (1981). Toward a social psychology of loneliness. En R. Gilmour, y S. Duck (eds.), *Personal Relationships: 3 Relationships in Disorder* (pp. 31-56). Londres: Academic Press.

Pikhartova, J., Bowling, A., y Victor, C. R. (2016). Is loneliness in later life a self-fulfilling prophecy? *Aging & Mental Health*, *20*(5), 543-549, http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2015.1023767.

Pillemer, S.C., y Holtzer, R. (2016).The differential relationships of dimensions of perceived social support with cognitive function among older adults. *Aging & Mental Health*, *20*(7), 727-735. http://doi.org/10.1080/13607863.2015.1033683.

Pinazo-Hernandis, S., y Donio-Bellegarde, M. (2018). *La soledad de las personas mayores. Conceptualización, valoración e intervención.* Madrid: Fundación Pilares.

Pinquart, M., y Sörensen, S. (2001). Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis. *Basic and Applied Social Psychology*, *23*(4), 245-266. https://doi.org/10.1207/S15324834BASP2304_2.

Pinquart, M., y Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, *18*(2), 250-267. http://doi.org/10.1037/0882-7974.18.2.250.

Pitkala, K. H., Routasalo, P., Kautiainen, H., y Tilvis, R. S. (2009). Effects of psychosocial group rehabilitation on health, use of health care services, and mortality of older persons suffering from loneliness: A randomized, controlled trial. *The Journals of Gerontology. Series A*, *64A*(7), 792-800. http://doi.org/10.1093/gerona/glp011.

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

Powell, N. D., Sloan, E. K., Bailey, M. T., Arevalo, J. M. G., Miller, G. E., Chen, E., Kobor, M. S., Reader, B. F., Sheridan, J. F, y Cole, S. W. (2013). Social stress up-regulates inflammatory gene expression in the leukocyte transcriptome via ß-adrenergic induction of myelopoiesis. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, *110*(41), 16574-16579. http://doi.org/10.1073/pnas.1310655110.

Pressman, S. D., Cohen, S., Miller, G. E., Barkin, A., Rabin, B. S., y Treanor, J. J. (2005). Loneliness, social network size, and immune response to influenza vaccination in college freshmen. *Health Psychology*, *24*(3), 297-306. http://doi.org/10.1037/0278-6133.24.3.297.

Prevo, L., Hajema, K., Linssen, E., Kremers, S., Crutzen, R., y Schneider, F. (2018). Population characteristics and needs of informal caregivers associated with the risk of perceiving a high burden: A cross-sectional study. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, *55*, 1-13. http://doi.org/10.1177/0046958018775570.

Prince, M. J., Harwood, R. H., Blizard, R. A., Thomas, A., y Mann, A. H. (1997). Social support deficits, loneliness and life events as risk factors for depression in old age. The Gospel Oak Project VI. *Psychological Medicine*, *27*(2), 323-332. http://doi.org/10.1017/s0033291796004485.

Queen, T. L., Stawski, R. S., Ryan, L. H., y Smith, J. (2014). Loneliness in a day: Activity engagement, time alone, and experienced emotions. *Psychology and Aging*, *29*(2), 297-305. http://doi.org/10.1037/a0036889.

Ramic, E., Pranjic, N., Batic-Mujanovic, O., Karic, E., Alibasic, E., y Alic, A. (2011). The effect of loneliness on malnutrition in elderly population. *Medical Archives*, *65*(2), 92-95. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21585182.

Rico-Uribe, L .A., Caballero, F. F., Olaya, B., Tobiasz-Adamczyk, B., Koskinen, S., Leonardi, M., Haro, J. M., Chatterji, S., Ayuso-Mateos, J. L., y Miret, M. (2016). Loneliness, social networks, and health: A cross-sectional study in three countries. *PLoS ONE*, *11*(1), e0145264. http://doi.org/10.1371/journal.pone.0145264.

Rizzuto, D., Orsini, N., Qiu, C., Wang, H. X., y Fratiglioni, L. (2012). Lifestyle, social factors, and survival after age 75: Population based study. *BMJ*, *345*, e5568. http://doi.org/10.1136/bmj.

Rizzuto, D., y Fratiglioni, L. (2014). Lifestyle factors related to mortality and survival: A mini-review. *Gerontology*, *60*(4), 327-335. http://doi.org/10.1159/000356771.

Robinson-Whelen, S., Tada, Y., MacCallum, R. C., McGuire, L., y Kiecolt-Glaser, J. K. (2001). Long-term caregiving: What happens when it ends? *Journal of Abnormal Psychology*, *110*(4), 573-584. http://doi.org/10.1037/0021-843X.110.4.573.

Rockwood K., y Theou, O. (2015). Frailty in aging. Biological, clinical and social implications. Introduction. *Interdisciplinary Topics in Gerontology and Geriatrics*, *41*, VII-X. http://doi.org/10.1159/isbn.978-3-318-05457-6.

Rojas, M. J., Toronjo, A., Rodríguez, C., y Rodríguez Rodríguez, J. B. (2006). Autonomía y estado de salud percibidos en ancianos institucionalizados. *Gerokomos*, *17*(1), 8-23. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1134-928X2006000100002.

Rokach, A. (1990). Surviving and coping with loneliness. *The Journal of Psychology. Interdisciplinary and Applied*, *124*(1), 39-54. http://doi.org/10.1080/00223980.1990.10543204.

Rokach, A. (2018). The effect of gender and culture on loneliness: A mini review. *Emerging Science Journal*, *2*(2). http://doi.org/10.28991/esj-2018-01128.

Rokach, A., Findler, L., Chin, J., Lev, S., y Kollender, Y. (2013). Cancer patients, their caregivers and coping with loneliness. *Psychology, Health & Medicine*, *18*(2), 135-144. http://doi.org/10.1080/13548506.2012.689839.

Rokach, A., Matalon, R., Safarov, A., y Bercovitch, M. (2007). The loneliness experience of the dying and of those who care for them. *Palliative & Supportive Care*, *5*(2), 153-159. http://doi.org/10.1017/S1478951507070228.

Romero-Moreno, R., Losada, A., Marquez, M., Laidlaw, K., Fernández-Fernández, V., Nogales-González, C., y López, J. (2014). Leisure, gender, kinship in dementia caregiving: Psychological vulnerability of caregiving daughters with feelings of guilt. *The Journals of Gerontology. Series B*, *69*(4), 502-513. http://doi.org/10.1093/geronb/gbt027.

Rook, K. S. (1984). Promoting social bonding: Strategies for helping the lonely and socially isolated. *American Psychologist*, *39*(12), 1389-1407. http://doi.org/10.1037/0003-066x.39.12.1389.

Rook, K. S. (1990). Social relationships as a source of companionship: Implications for older adults' psychological well-being. En B. R. Sarason, I. G. Sarason, y R. P. Gregory (eds.), *Social Support: An Interactional View* (pp. 219-250). Nueva York: John Wiley.

Roth, D. L., Fredman, L., y Haley, W. E. (2015). Informal caregiving and its impact on health: A reappraisal from population-based studies. *The Gerontologist*, *55*(2), 309-319. http://doi.org/10.1093/geront/gnu177.

Routasalo, P., y Pitkala, K. H. (2003). Loneliness among older people. *Reviews in Clinical Gerontology*, *13*(4), 303-311. https://doi.org/10.1017/S095925980400111X.

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

Rouxel, P., Heilmann, A., Demakakos, P., Aida, J., Tsakos, G., y Watt, R. G. (2017). Oral health-related quality of life and loneliness among older adults. *European Journal of Ageing*, *14*(2), 101-109. http://doi.org/10.1007/s10433-016-0392-1.

Ruan, Q., D'Onofrio, G., Sancarlo, D., Greco, A., Lozupone, M., Seripa, D., Panza, F., y Yu, Z. (2017). Emerging biomarkers and screening for cognitive frailty. *Aging Clinical and Experimental Research*, *29*(6), 1075-1086. http://doi.org/10.1007/s40520-017-0741-8.

Rubenstein, C. M., y Shaver, P. (1980). Loneliness in two northeastern cities. En J. Hartog, J. R. Audy, y Y. A. Cohen (eds.), *The Anatomy of Loneliness* (pp. 319–337). Nueva York: International Universities Press.

Rubenstein, C. M., y Shaver, P. (1982). The experience of loneliness. En L. A. Peplau, y D. Perlman (eds.), *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy* (pp. 206–223). Nueva York: Wiley.

Russell, D. W., Cutrona, C. E., de la Mora, A., y Wallace, R. B. (1997). Loneliness and nursing home admission among rural older adults. *Psychology and Aging*, *12*(4), 574-589. http://doi.org/10.1037/0882-7974.12.4.574.

Russell, D. W., Cutrona, C. E., McRae, C., y Gomez, M. (2012). Is loneliness the same as being alone? *The Journal of Psychology. Interdisciplinary and Applied*, *146*(1-2), 7-22. http://doi.org/10.1080/00223980.2011.589414.

Russell, D., Peplau, L. A., y Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, *39*(3), 472-480. http://doi.org/10.1037/0022-3514.39.3.472.

Rutledge, T., Reis, S., Olson, M., Owens, J., Kelsey, S., Pepine, C., Mankad, S., Rogers, W., Bairey Merz, C., Sopko, G., Cornell, C., Sharaf, B., y Matthews, K. (2004). Social networks are associated with lower mortality rates among women with suspected coronary disease: The National Heart, Lung, and Blood Institute Sponsored Women's Ischemia Syndrome Evaluation study. *Psychosomatic Medicine*, *66*(6), 882-888. http://doi.org/10.1097/01.psy.0000145819.94041.52.

Ryan, A. K., y Willits, F. K. (2007). Family ties, physical health, and psychological well-being. *Journal of Aging and Health*, *19*(6), 907-920. http://doi.org/10.1177/0898264307308340.

Ryff, C. D., y Singer, B. H. (2013). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. En A. D. Fave (ed.), *The Exploration of Hapiness: Present an Future Perspectives* (pp. 97-116). Netherlands: Springer. http://doi.org/10.1007/978-94-007-5702-8.

Sagan, O., y Miller, E. (2017). *Narratives of Loneliness. Multidisciplinary Perspectives from the 21st Century*. Londres: Routledge.

Şahin, Z. A., y Tan, M. (2012). Loneliness, depression, and social support of patients with cancer and their caregiver. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, *16*(2), 145-149. http://doi.org/10.1188/12.CJON.145-149.

Salinas, J., Beiser, A., Himali, J. J., Satizabal, C. L., Aparicio, H. J., Weinstein, G., Mateen, F. J., Berkman, L. F., Rosand, J., y Seshadri, S. (2017). Associations between social relationship measures, serum brain-derived neurotrophic factor, and risk of stroke and dementia. *Alzheimer's & Dementia*, *3*(2), 229-237. http://doi.org/10.1016/j.trci.2017.03.001.

Sallim, A. B., Sayampanathan, A. A., Cuttilan, A., y Ho, R. (2015). Prevalence of mental health disorders among caregivers of patients with Alzheimer disease. *JAMDA: The Journal of Post-Acute and Long-Term Care Medicine, 16*(12), 1034-1041. http://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.09.007.

Sánchez A (1991). *Psicología comunitaria. Bases conceptuales y operativas: Métodos de intervención*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias, PPU.

Sánchez Rodríguez, M. M., de Jong Gierveld, J., y Buz, J. (2012). Loneliness and the exchange of social support among older adults in Spain and the Netherlands. *Ageing & Society*, *34*(2), 330-354. https://doi.org/10.1017/S0144686X12000839.

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). Salamanca: Universidad de Salamanca.

Santos-Eggimann B, Cuénoud P, Spagnoli J, y Junod J. (2009). Prevalence of frailty in middle-aged and older community-dwelling Europeans living in 10 countries. *The Journals of Gerontology. Series A*, *64A*(6), 675-681. https://doi.org/10.1093/gerona/glp012.

Sarason, B. R., Sarason, I. G., y Gurung, R. A. R. (1997). Close personal relationships and health outcomes: A key to the role of social support. En S. Duck (ed.), *Handbook of Personal Relationships: Theory, research and interventions* (pp. 547-573). Nueva York: John Wiley and Sons, Inc.

Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R. S., Strandberg, T. E., y Pitkälä, K. H. (2005). Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of Gerontololgy and Geriatrics*, *41*(3), 223-233. https://doi.org/10.1016/j.archger.2005.03.002.

Scarmeas, N., y Stern, Y. (2003). Cognitive reserve and lifestyle. Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, *25*(5), 625-633. http://doi.org/10.1076/jcen.25.5.625.14576.

Scharf, T., y de Jong Gierveld, J. (2008). Loneliness in urban neighbourhoods: An Anglo-Dutch comparison. *European Journal of Aging*, *5*(2), 103. http://doi.org/10.1007/s10433-008-0080-x.

Schnittger, R. I., Wherton, J., Prendergast, D., y Lawlor, B. A. (2012). Risk factors and mediating pathways of loneliness and social support in community-dwelling older adults. *Aging & Mental Health*, *16*(3), 335-346. http://doi.org/10.1080/13607863.2011.629092.

Schön, P., y Parker, M. G. (2009). Sex differences in health in 1992 and 2002 among very old swedes. *Journal of Population Ageing*, *1*(2-4), 107-123. http://doi.org/10.1007/s12062-009-9009-1.

Schrock, J. M., Adler, N. E., Epel, E. S., Nuru-Jeter, A. M., Lin, J., Blackburn, E. H., Taylor, R. J., y Chae, D. H. (2018). Socioeconomic status, financial strain, and leukocyte telomere length in a sample of African American midlife men. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, *5*(3), 459-467. http://doi.org/10.1007/s40615-017-0388-3.

Schumaker, J. F., Shea, J. D., Monfries, M. M., y Groth-Marnat, G. (1993). Loneliness and life satisfaction in Japan and Australia. *The Journal of Psychology. Interdisciplinary and Applied*, *127*(1), 65-71. http://doi.org/10.1080/00223980.1993.9915543.

Schwarzbach, M., Luppa, M., Forstmeier, S., König, H. H., y Riedel-Heller, S. G., (2014). Social relations and depression in late life: A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *29*(1), 1-21. http://doi.org/10.1002/gps.3971.

Secinti, E., Rand, K. L., Johns, S. A., O'Neil, B. H., Helft, P. R., Shahda, S., Jalal, S. I., y Mosher, C. E. (2019). Social correlates of mental health in gastrointestinal cancer patients and their family caregivers: Exploring the role of loneliness. *Supportive Care in Cancer*, *27*(6), 2077-2086. http://doi.org/10.1007/s00520-018-4467-8.

Seeman, T. E. (1996). Social ties and health: The benefits of social integration. *Annals of Epidemiology*, *6*(5), 442-451. http://doi.org/10.1016/S1047-2797(96)00095-6.

Seeman, T. E., Lusignolo, T. M., Albert, M., y Berkman, L. (2001). Social relationships, social support, and patterns of cognitive aging in healthy, high-functioning older adults: MacArthur studies of successful aging. *Health Psychology*, *20*(4), 243-255. http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.20.4.243.

Seeman, T. E., y McEwen, B. S. (1996). Impact of social environment characteristics on neuroendocrine regulation. *Psychosomatic Medicine*, *58*(5), 459-471. http://doi.org/10.1097/00006842-199609000-00008.

Seligman, M. E. P. (2002). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Vergara.

Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A Visionary New Understanding of Happiness and Well-Being*. Free Press, Nueva York.

Serrat, R., Scharf, T., Villar, F y Gómez, C. (2019). Fifty-five years of research into older people's civic participation: recent trends, future directions. *The Gerontologist*, gnz021. https://doi.org/10.1093/geront/gnz021.

Shankar, A., Hamer, M., McMunn, A., y Steptoe, A. (2013). Social isolation and loneliness: Relationships with cognitive function during 4 years of follow-up in the English Longitudinal Study of Ageing. *Psychosomatic Medicine*, *75*(2), 161-170. http://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31827f09cd.

Shankar, A., McMunn, A., Banks, J., y Steptoe, A. (2011). Loneliness, social isolation, and behavioral and biological health indicators in older adults. *Health Psychology*, *30*(4), 377-385. http://doi.org/10.1037/a0022826.

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

Shi, R., Zhang, S., Zhang, Q., Fu, S., y Wang, Z. (2016). Experiential avoidance mediates the association between emotion regulation abilities and loneliness. *PloS ONE*, *11*(12), e0168536. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0168536.

Shiovitz-Ezra, S., y Ayalon, L. (2010). Situational versus chronic loneliness as risk factors for all-cause mortality. *International Psychogeriatrics*, *22*(3), 455-462. http://doi.org/10.1017/

S1041610209991426.

Shiovitz-Ezra, S., y Parag, O. (2019). Does loneliness 'get under the skin'? Associations of loneliness with subsequent change in inflammatory and metabolic markers. *Aging & Mental Health*, *23*(10),1358-1366. http://doi.org/10.1080/13607863.2018.1488942.

Shvedko, A., Whittaker, A. C., Thompson, J. L., y Greig, C. A. (2018). Physical activity interventions for treatment of social isolation, loneliness or low social support in older adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychology of Sport and Exercise*, *34*, 128-137. http://doi.org/10.1016/j.psychsport.2017.10.003.

Siette, J., Cassidy, M., y Priebe, S (2017). Effectiveness of befriending interventions: A systematic review and meta-analisis. *BMJ Open*, *7*(4), e014304. http://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014304.

Silverstein, M., Chen, X., y Heller, K. (1996). Too much of a good thing? Intergenerational social support and the psychological well-being of older parents. *Journal of Marriage and the Family*, *58*(4), 970-982. http://doi.org/10.2307/353984.

Singh, A., y Misra, N. (2009). Loneliness, depression and sociability in old age. *Industrial Psychiatry Journal*, *18*(1), 51-55. http://doi.org/10.4103/0972-6748.57861.

Sjöberg, M., Beck, I., Rasmussen, B. H., y Edberg, A.-K. (2018) Being disconnected from life: Meanings of existential loneliness as narrated by frail older people. *Aging & Mental Health*, *22*(10), 1357-1364. http://doi.org/10.1080/13607863.2017.1348481.

Skingley, A., Clift, S. M., Coulton, S. P., y Rodriguez, J. (2011). The effectiveness and cost-effectiveness of a participative community singing programme as a health promotion initiative for older people: Protocol for a randomised controlled trial. *BMC Public Health*, *11*(1), 142. http://doi.org/10.1186/1471-2458-11-142.

Slettebø, Å. (2008). Safe, but lonely: Living in a nursing home. *Vård i Norden*, *28*(1), 22-25. https://doi.org/10.1177/010740830802800106.

Smith, T. W., Ruiz, J. M., y Uchino, B. N. (2004). Mental activation of supportive ties, hostility, and cardiovascular reactivity to laboratory stress in young men and women. *Health Psychology*, *23*(5), 476-485. http://doi.org/10.1037/0278-6133.23.5.476.

Solbu, M. D., Thomson, P. C., Macpherson, S., Findlay, M. D., Stevens, K. K., Patel, R. K., Padmanabhan, S., Jardine, A. G., y Mark, P. B. (2015). Serum phosphate and social deprivation independently predict all-cause mortality in chronic kidney disease. *BMC Nephrology*, *16*(1), 1-10. http://doi.org/10.1186/s12882-015-0187-1.

Sønderby, L. C. (2013). Loneliness: An integrative approach. *Journal of Integrated Social Sciences*, *3*(1), 1-29. Recuperado de http://www.jiss.org/documents/volume_3/issue_1/JISS%202013%203(1)%201-29%20Loneliness.pdf.

Sorkin, D., Rook, K. S., y Lu, J. L. (2002). Loneliness, lack of emotional support, lack of companionship, and the likelihood of having a heart condition in an elderly sample. *Annals of Behavioral Medicine*, *24*(4), 290-298. http://doi.org/10.1207/S15324796ABM2404_05.

Soylu, C., Ozaslan, E., Karaca, H., y Ozkan, M. (2016). Psychological distress and loneliness in caregiver of advanced oncological inpatients. *Journal of Health Psychology*, *21*(9), 1896-1906. http://doi.org/10.1177/1359105314567770.

Staffaroni, A. M., Tosun, D., Lin, J., Elahi, F. M., Casaletto, K. B., Wynn, M. J., Patel, N., Neuhaus, J., Walters, S. M., Epel, E. S., Blackburn, E. H., y Kramer, J. H. (2018). Telomere attrition is associated with declines in medial temporal lobe volume and white matter microstructure in functionally independent older adults. *Neurobiology of Aging*, *69*, 68-75. http://doi.org/10.1016/j.neurobiolaging.2018.04.021.

Stefani, D., Seidmann, S., Pano, C., Acrich, L., y Pupko, V. B. (2003). Los cuidadores familiares de enfermos crónicos: Sentimientos de soledad, aislamiento social, y estilos de afrontamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, *35*(1), 55-65. Recuperado de https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80535105.

Steger, M. F. (2012). Experiencing meaning in life: Optimal functioning at the nexus of well-being, psychopathology, and spirituality. En P. T. P. Wong (ed.), *Personality and Clinical Psychology Series. The Human Quest for Meaning: Theories, Research, and Applications* (pp. 165-184). Nueva York: Routledge/Taylor & Francis Group.

Stein, J. Y., y Tuval-Mashiach, R. (2015). The social construction of loneliness: An integrative conceptualization. *Journal of Constructivist Psychology*, *28*(3), 210-227. https://doi.org/10.1080/10720537.2014.911129.

Stephens, C., Alpass, F., Towers, A., y 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. http://doi.org/10.1177/0898264311400189.

Steptoe, A., Owen, N., Kunz-Ebrecht, S. R., y Brydon, L. (2004). Loneliness and neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory stress responses in middle-aged men and women. *Psychoneuroendocrinology*, *29*(5), 593-611 http://doi.org/10.1016/S0306-4530(03)00086-6.

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

Stessman, J., Rottenberg, Y., Shimshilashvili, I., Ein-Mor, E., y Jacobs, J. M. (2014). Loneliness, health, and longevity. *The Journals of Gerontology. Series A*, *69*(6), 744-750. http://doi.org/10.1093/gerona/glt147.

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

Stolz, E., Mayerl, H., Waxenegger, A., y Freidl, W. (2017). Explaining the impact of poverty on old-age frailty in Europe: Material, psychosocial and behavioural factors. *European Journal of Public Health*, *27*(6), 1003-1009. http://doi.org/10.1093/eurpub/ckx079.

Stone, A. A., Mezzacappa, E. S., Donatone, B. A., y Gonder, M. (1999). Psychosocial stress and social support are associated with prostate-specific antigen levels in men: Results from a community screening program. *Health Psychology*, *18*(5), 482-486. http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.18.5.482.

Suanet, B., y Antonucci, T. C. (2017). Cohort differences in received social support in later life: The role of network type. *The Journals of Gerontology. Series B*, *72*(4), 706-715. https://doi.org/10.1093/geronb/gbw075.

Sullivan, H. S. (1953). *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. 2.ª ed. Nueva York: WW Norton Company.

Sundström, G., Fransson, E., Malmberg, B., y Davey, A. (2009). Loneliness among older Europeans. *European Journal of Ageing*, *6*(4), 267-275. http://doi.org/10.1007/s10433-009-0134-8.

Sundström, M., Edberg, A. K., Rämgård, M., y Blomqvist, K. (2018). Encountering existential loneliness among older people: Perspectives of health care professionals. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, *13*(1), 1474673. http://doi.org/10.1080/17482631.2018.1474673.

Svanström, R., Sundler, A. J., Berglund, M., y Westin, L. (2013). Suffering caused by care: Elderly patients' experiences in community care. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, *8*(1). https://doi.org/10.3402/qhw.v8i0.20603.

Swindells, R., Lawthom, R., Rowley, K., Siddiquee, A., Kilroy, A., y Kagan, C. (2013). Eudaimonic well-being and community arts participation. *Perspectives in Public Health*, *133*(1), 60-65. http://doi.org/10.1177/1757913912466948.

Tabue Teguo, M., Simo-Tabue, N., Stoykova, R., Meillon, C., Cogne, M., Amiéva, H., y Dartigues. J. F. (2016). Feelings of loneliness and living alone as predictors of mortality in the elderly: The PAQUID Study. *Psychosomatic Medicine*, *78*(8), 904-909. http://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000386.

Tamres, L. K., Janicki, D., y Helgeson, V. S. (2002). Sex differences in coping behavior: A meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review*, *6*(1), 2-30. http://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0601_1.

Tanskanen, J., y Anttila, T. (2016). A prospective study of social isolation, loneliness, and mortality in Finland. *American Journal of Public Health*, *106*(11), 2042-2048. http://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303431.

Tarazona-Santabalbina, F. J., Gómez-Cabrera, M. C., Pérez-Ros, P., Martínez-Arnau, F. M., Cabo, H., Tsaparas, K., Salvador-Pascual, A., Rodriguez-Mañas, L., y Viña, J. (2016). A multicomponent exercise intervention that reverses frailty and improves cognition, emotion, and social networking in the community-dwelling frail elderly: A randomized clinical trial. *JAMDA: The Journal of Post-Acute and Long-Term Care Medicine*, *17*(5), 426-433. http://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.01.019.

Taylor, S. E. (2011). Social support: A review. En H. S. Friedman (ed.), *The Oxford Handbook of Health Psychology* (pp. 189-214). Nueva York: Oxford University Press. http:doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195342819.013.0009.

Taylor, S. E., Klein, L. C., Lewis, B. P., Gruenewald, T. L., Gurung, R. A. R., y Updegraff, J. A. (2000). Biobehavioral responses to stress in females: Tend-and-befriend, not fight-or-flight. *Psychological Review*, *107*(3), 411-429. http://doi.org/10.1037/0033-295x.107.3.411.

Teo, N., Gao, Q., Nyunt, M. S. Z., Wee, S. L., y Ng, T. P. (2017). Social frailty and functional disability: Findings from the Singapore Longitudinal Ageing Studies. *JAMDA: The Journal of Post-Acute and Long-Term Care Medicine*, *18*(7), 637.e13-637.e19. http://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.04.015.

Tesch-Römer, C., Wiest, M., Wurm, S., y Huxhold, O (2013). Einsamkeittrends in der zweiten Lebenshälfte: Befunde aus dem Deutschen Alterssurvey (DEAS). *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, *46*(3), 237-41. https://doi.org/10.1007/s00391-012-0359-6.

Theeke, L. A. (2010). Sociodemographic and health-related risks for loneliness and outcome differences by loneliness status in a sample of U.S. older adults. *Research in Gerontological Nursing*, *3*(2), 113-125. http://doi.org/10.3928/19404921-20091103-99.

Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, *52*(2), 145-161. http://doi.org/10.1177/0022146510395592.

Thomas, P. A. (2010). Is it better to give or to receive? Social support and the well-being of older adults. *The Journals of Gerontology. Series B*, *65B*(3), 351-357. http://doi.org/10.1093/geronb/gbp113.

Thompson, R., Valenti, E., Siette, J., y Priebe, S. (2016). To befriend or to be a friend: A systematic review of the meaning and practice of "befriending" in mental health care. *Journal of Mental Health*, *25*(1), 71-77. http://doi.org/10.3109/09638237.2015.1021901.

Tillich P. (2000). *The Courage to Be*. New Haven y Londres: Yale University Press.

Timonen, V., y O'Dwyer, C. (2010). 'It is nice to see someone coming in': Exploring the Social Objectives of Meals-on-Wheels. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne du Vieillissement*, *29*(3), 399-410. http://doi.org/10.1017/S0714980810000371.

Tomás, J. M., Pinazo-Hernandis, S., Donio-Bellegarde, M., y Hontangas, P. M. (2017). Validity of the de Jong Gierveld Loneliness Scale in Spanish older population: Competitive structural models and item response theory. *European Journal of Ageing*, *14*(4), 429-437. http://doi.org/10.1007/s10433-017-0417-4.

Tomás, J. M., Pinazo-Hernandis, S., Oliver, A., Donio-Bellegarde, M., y Tomas-Aguirre, F. (2019), Loneliness and social support: Differential predictive power on depression and satisfaction in senior citizens. *American Journal of Community Psychology*, *47*(5), 1225-1234. http://doi.org/10.1002/jcop.22184.

Tonkin, R., Freeman, S., Martin, J., Ward, V., y Skinner, K. (2018). First Nations Elders' perspectives of engagement in community programs in Nak'azdli Whut'en, British Columbia, Canada. *Canadian Journal of Public Health*, *109*(5-6), 717-725. http://doi.org/10.17269/s41997-018-0125-7.

Travers, C., y Bartlett, H. P. (2011). Silver Memories: Implementation and evaluation of a unique radio program for older people. *Aging & Mental Health*, *15*(2), 169-177. http://doi.org/10.1080/13607863.2010.508774.

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

Tsai, H.-H., y Tsai, Y.-F. (2011). Changes in depressive symptoms, social support, and loneliness over 1 year after a minimum 3-month videoconference program for older nursing home residents. *Journal of Medical Internet Research*, *13*(4), e93. http://doi.org/10.2196/jmir.1678.

Tse, M. M. Y. (2010). Therapeutic effects of an indoor gardening programme for older people living in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, *19*(7-8), 949-958. http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02803.x.

Tse, M. M. Y., Lai, C., Lui, J. Y. W., Kwong, E., y Yeung, S. Y. (2016). Frailty, pain and psychological variables among older adults living in Hong Kong nursing homes: Can we do better to address multimorbidities? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *23*(5), 303-311. http://doi.org/10.1111/jpm.12303.

Tse, M. M. Y., Lo, A. P. K., Cheng, T. L. Y., Chan, E. K. K., Chan, A. H. Y., y Chung, H. S. W. (2010). Humor therapy: Relieving chronic pain and enhancing happiness for older adults. *Journal of Aging Research*, http://doi.org/10.4061/2010/343574.

Tse, M. M. Y., Tang, S. K., Wan, V. T. C., y Vong, S. K. S. (2014). The effectiveness of physical exercise training in pain, mobility, and psychological well-being of older persons living in nursing homes. *Pain Management Nursing*, *15*(4), 778-788. http://doi.org/10.1016/j.pmn.2013.08.003.

Tse, T., y Howie, L. (2005). Adult day groups: Addressing older people's needs for activity and companionship. *Australasian Journal on Ageing*, *24*(3), 134-140. https://doi.org/10.1111/j.1741-6612.2005.00117.x.

Turner-Cobb, J. M., Gore-Felton, C., Marouf, F., Koopman, C, Kim, P., Israelski, D., y Spiegel, D. (2002). Coping, social support, and attachment style as psychosocial correlates of adjustment in men and women with HIV/AIDS. *Journal of Behavioral Medicine*, *25*(4), 337-353. http://doi.org/10.1023/A:1015814431481.

Tylova, V., PtáŞek, R., y Kuželová, H. (2013). Emotional and social loneliness in etiology and therapy of mental illness. *European Psychiatry*, *28*(Supp 1), 1. https://doi.org/10.1016/S0924-9338(13)77154-2.

Uchino, B. N. (2006). Social support and health: A review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, *29*(4), 377-387. http://doi.org/10.1007/s10865-006-9056-5.

Uchino, B. N. (2009). Understanding the links between social support and physical health: A life-span perspective with emphasis on the separability of perceived and received support. *Perspectives on Psychological Science*, *4*(3), 236-255. http://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2009.01122.x.

Umberson, D., y Montez, J. K. (2010). Social relationships and health: A flashpoint for health policy. *Journal of Health and Social Behavior*, *51*(1_suppl), S54-66. http://doi.org/10.1177/0022146510383501.

Utz, R. L., Swenson, K. L., Caserta, M., Lund, D., y deVries, B. (2014). Feeling lonely versus being alone: Loneliness and social support among recently bereaved persons. *The Journals of Gerontology. Series B*, *69*(1), 85-94. http://doi.org/10.1093/geronb/gbt075.

Van Baarsen, B. (2002). Theories on coping with loss: The impact of social support and self-esteem on adjustment to emotional and social loneliness following a partner's death in later life. *The Journal of Gerontology. Series B*, *57B*(1), S33-S42. http://doi.org/10.1093/geronb/57.1.s33.

Van de Kaa, D. J. (1987). Europe's second demographic transition. *Population Bulletin*, *42*(1), 1-59. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12268395.

Van Deudekom, F. J., Schimberg, A. S., Kallenberg, M. H., Slingerland, M., van der Velden, L. A., y Mooijaart, S. P. (2017). Functional and cognitive impairment, social environment, frailty and adverse health outcomes in older patients with head and neck cancer, a systematic review. *Oral Oncology*, *64*, 27-36. http://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2016.11.013.

Van Oostrom, S. H., van der A, D. L., Rietman, M. L., Picavet, H. S. J., Lette, M., Verschuren, W. M. M., de Bruin, S. R., y Spijkerman, A. M. W. (2017). A four-domain approach of frailty explored in the Doetinchem Cohort Study. *BMC Geriatrics*, *17*(1), 1-11. http://doi.org/10.1186/s12877-017-0595-0.

VanderPlate, C., Aral, S. O., y Magder, L. (1988). The relationship among genital herpes simplex virus, stress, and social support. *Health Psychology*, *7*(2), 159-168. http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.7.2.159.

VanderWeele, T. J., Hawkley, L. C., Thisted, R. A., y Cacioppo, J. T. (2011). A marginal structural

model analysis for loneliness: Implications for intervention trials and clinical practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *79*(2), 225-235. http://doi.org/10.1037/a0022610.

Vasileiou, K., Barnett, J., Barreto, M., Vines, J., Atkinson, M., Lawson, S., y Wilson, M. (2017). Experiences of loneliness associated with being an informal caregiver: A qualitative investigation. *Frontiers in Psychology*, *8*, 585. http://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00585.

Vaupel, J. W. (2010). Biodemography of human ageing. *Nature*, *464*(7288), 536-542. http://doi.org/10.1038/nature08984.

Velarde-Mayol, C., Fragua-Gil, S., y García-de-Cecilia, J. M. (2015). Validación de la escala de soledad de UCLA y perfil social en la población anciana que vive sola. *Semergen: Medicina de Familia*, *42*(3), 177-183. http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2015.05.017.

Victor, C. R., Scambler, S. J., Bowling, A., y Bond, J. (2005a). The prevalence of, and risk factors for, loneliness in later life: A survey of older people in Great Britain. *Ageing & Society*, *25*(6), 357-375. http://doi.org/10.1017/S0144686X04003332.

Victor, C. R, Grenade, L., y Boldy, D. (2005b). Measuring loneliness in later life: A comparison of differing measures. *Reviews in Clinical Gerontology, 15*(1), 63-70. http://doi.org/10.1017/S0959259805001723.

Victor, C. R., Scambler, S. J., Marston, L., Bond, J., y Bowling, A. (2006). Older people's experiences of loneliness in the UK: Does gender matter? *Social Policy and Society*, *5*(1), 27-38. http://doi.org/10.1017/S1474746405002733.

Victor, C. R., Scambler, S., Shah, S., Cook, D. G., Harris, T., Rink, E., y De Wilde, S. (2002). Has loneliness amongst older people increased? An investigation into variations between cohorts. *Ageing and Society*, *22*(5), 585-597. http://doi.org/10.1017/S0144686X02008784.

Victor, C. R., y Bowling, A. (2012). A longitudinal analysis of loneliness among older people in Great Britain. *The Journal of Psychology. Interdisciplinary and Applied*, *146*(3), 313-331. http://doi.org/10.1080/00223980.2011.609572.

Victor, C. R., y Yang, K. (2012). The prevalence of loneliness among adults: A case study of the United Kingdom. *The Journal of Psychology. Interdisciplinary and Applied*, *146*(1-2), 85-104. http://doi.org/10.1080/00223980.2011.613875.

Victor, C. R., Mansfield, L., Kay, T., Daykin, N., Lane, J., Grigsby, L., Tomlinson, A., y Meads, C. (2018). *An Overview of Reviews: The Effectiveness of Interventions to Address Loneliness at All Stages of the Life-course*. Londres: What Works Centre for Wellbeing. Recuperado de https://whatworkswellbeing.org/wp/wp-content/uploads/woocommerce_uploads/2018/10/Full-report-Tackling-loneliness-Oct-2018.pdf.

Victor, C. R., Scambler, S., Bond, J., y Bowling, A. (2000). Being alone in later life: Loneliness, social isolation and living alone. *Reviews in Clinical Gerontology*, *10*(4), 407-417. http://dx.doi.org/10.1017/S0959259800104101.

Victor, C. R., Scambler, S., y Bond, .J (2009). The social world of older people: Understanding loneliness and social isolation in later life. *The British Journal of Social Work*, *39*(6), 1175-1175. https://doi.org/10.1093/bjsw/bcp090.

Victor, C. R., Sullivan, M. P., Woodbridge, R., y Thomas, M. (2015). Dancing with loneliness in later life: A pilot study mapping seasonal variations. *The Open Psychology Journal*, *8*, 97-104. http://doi.org/10.2174/1874350101508010097.

Victor, C. R., y Sullivan, M. P. (2015). Loneliness and isolation. En J. Twigg, y W. Martin (eds.), *Handbook of Cultural Gerontology* (pp. 252-260). Abingdon, Oxon: Routledge.

Vikström, S., Josephsson, S., Stigsdotter-Neely, A., y Nygård, L. (2008). Engagement in activities: Experiences of persons with dementia and their caregiving spouses. *Dementia. The International Journal of Social Research and Practice*, *7*(2), 251-270. http://doi.org/10.1177/1471301208091164.

Villalba, C. (1996). Los grupos de apoyo basados en la autoayuda: Una propuesta para el inicio y acompañamiento profesional. *Intervención Psicosocial*, *5*(15), 23-42. Recuperado de https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2014689.

Vitkus, J., y Horowitz, L. M. (1987). Poor social performance of lonely people: Lacking a skill or adopting a role? *Journal of Personality and Social Psychology*, *52*(6), 1266-1273. http://doi.

org/10.1037//0022-3514.52.6.1266.

Vrbanac, Z., ZeceviŞ, I., LjubiŞ, M., BeliŞ, M., Stanin, D., Bottegaro, N. B., JurkiŞ, G., Skrlin, B., Bedrica, L., y ZubciŞ, D. (2013). Animal assisted therapy and perception of loneliness in geriatric nursing home residents. *Collegium Antropologicum*, *37*(3), 973-976. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24308245.

Wadham, O., Simpson, J., Rust, J., y Murray, C. (2016). Couples' shared experiences of dementia: A meta-synthesis of the impact upon relationships and couplehood. *Aging & Mental Health*, *20*(5), 463-473. http://doi.org/10.1080/13607863.2015.1023769.

Wagner, M., y Brandt, M. (2015). Loneliness among informal caregivers aged 50+ in Europe. En Börsch-Supan, A., Kneip, T., Litwin, H. Myck, M., y Weber, G. (eds.), *Ageing in Europe: Supporting Policies for an Inclusive Society* (pp. 179-188). Berlín: De Gruyter. http://dx.doi.org/10.1515/9783110444414.

Wagner, M., y Brandt, M. (2018). Long-term care provision and the well-being of spousal caregivers: An analysis of 138 European regions. *The Journals of Gerontology. Series B*, *73*(4), e24-e34. http://doi.org/10.1093/geronb/gbx133.

Waite, L. J., y Gallagher, M. (2000). *The case for marriage: Why Married People Are Happier, Healthier, and Better Off Financially*. Nueva York: Doubleday.

Wallace, L. M. K., Theou, O., Pena, F., Rockwood, K., y Andrew, M. K. (2015). Social vulnerability as a predictor of mortality and disability: Cross-country differences in the survey of health, aging, and retirement in Europe (SHARE). *Aging Clinical and Experimental Research*, *27*(3), 365-372. http://doi.org/10.1007/s40520-014-0271-6.

Walshe, C., Dodd, S., Hill, M., Ockenden, N,. Payne, S., Preston, N y Perez Algorta, G. (2016). How effective are volunteers at supporting people in their last year of life? A pragmatic randomized wait-list trial in palliative care (ELSA). *BMC Medicine*, *14*(203). https://doi.org/10.1186/s12916-016-0746-8.

Walton, C. G., Shultz, C. M., Beck, C. M., y Walls, R. C. (1991). Psychological correlates of loneliness in the older adult. *Archives of Psychiatric Nursing*, *5*(3), 165-170. https://doi.org/10.1016/0883-9417(91)90017-Y.

Wang, J., Mann, F., Lloyd-Evans, B., Ma, Ruimin, y Johnson, S. (2018) Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: A systematic review. *BMC Psychiatry*, *18*(1), 156. https://doi.org/10.1186/s12888-018-1736-5.

Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, *64*(4), 678-691. https://doi.org/10.1037/0022-3514.64.4.678.

Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The Experience of Emotional and Social Isolation*. Cambridge: MIT Press.

Weiss, R. S. (1987). Reflections on the present state of loneliness research. *Journal of Social Behavior and Personality*, *2*(2, Pt 2), 1-16. Recuperado de https://psycnet.apa.org/record/1988-26577-001.

Weiss, R. S., Bowlby, J., y Parkes, C. M. (1973a). The study of loneliness. En R. S. Weiss (ed.), *Loneliness: The Experience of Emotional and Social Isolation* (pp. 7-30). Cambridge: MIT Press.

Weiss, R. S., Bowlby, J., y Parkes, C. M. (1973b). Affectional bonds: Their nature and origin». En R. S. Weiss (ed.), *Loneliness: The Experience of Emotional and Social Isolation* (pp. 38-52). Cambridge: MIT Press.

Wenger, G. C., y Burholt, V. (2004). Changes in levels of social isolation and loneliness among older people in a rural area: A twenty-year longitudinal study. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne du Vieillissement*, *23*(2), 115-127. https://doi.org/10.1353/cja.2004.0028.

Wethington, E., McLeod, J. D., y Kessler, R. C. (1987). The importance of life events for explaining sex differences in psychological distress. En R. C. Barnett, L. Biener, y G. K. Baruch (eds.), *Gender and Stress* (pp. 144-156). Nueva York: The Free Press.

Wiklund, I., Oden, A., Sanne, H., Ulvenstam, G., Wilhelmsson, C., y Wilhelmsen, L. (1988). Prognostic importance of somatic and psychosocial variables after a first myocardial infarction.

American Journal of Epidemiology, *128*(4), 786-795. http://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a115032.

Williams, K. D. (2007). Ostracism: The kiss of social death. *Social and Personality Psychology Compass*, *1*, 236-247. https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2007.00004.x.

Wilson, C., y Moulton, B. (2010). *Loneliness Among Older Adults: A National Survey of Adults 45+*. Washington: AARP.

Wilson, R. S., Krueger, K. R., Arnold, S. E., Schneider, J. A., Kelly, J. F., Barnes, L. L., Tang, Y., y Bennett, D. A. (2007). Loneliness and risk of Alzheimer disease. *Archives of General Psychiatry*, *64*(2), 234-240. http://doi.org/10.1001/archpsyc.64.2.234.

Wilson, S. J., Woody, A., Padin, A. C., Lin, J., Malarkey, W. B., y Kiecolt-Glaser, J. K. (2018) Loneliness and telomere length: Immune and parasympathetic function in associations with accelerated aging. *Annals of Behavioral Medicine*, *53*(6), 541-550. http://doi.org/10.1093/abm/kay064.

Winningham, R. G., y Pike, N. L. (2007). A cognitive intervention to enhance institutionalized older adults' social support networks and decrease loneliness. *Aging & Mental Health*, *11*(6), 716-721. http://doi.org/10.1080/13607860701366228.

Wolff, J. L., y Kasper, J. D. (2006). Caregivers of frail elders: Updating a national profile. *The Gerontologist*, *46*(3), 344-356. http://doi.org/10.1093/geront/46.3.344.

Xia, N., y Li, H. (2017). Loneliness, social isolation, and cardiovascular health. *ARS Antioxidants & Redox Signaling*, *28*(9). http://doi.org/10.1089/ars.2017.7312.

Xu, W., Tan, L., Wang, H. F., Jiang, T., Tan, M. S., Tan, L., Zhao, Q. F., Li, J. Q., Wang, J., y Yu, J. T. (2015). Meta-analysis of modifiable risk factors for Alzheimer's disease. *Journal of Neurology Neurosurgery & Psychiatry*, *86*(12), 1299-1306. http://doi.org/10.1136/jnnp-2015-310548.

Xue, Q. L. (2011) The frailty syndrome: Definition and natural history. *Clinics in Geriatric Medicine, 27*(1), 1-15. http://doi.org/10.1016/j.cger.2010.08.009.

Yalom, I. D. (1980). *Existential Psychotherapy*. Nueva York: Basic Books.

Yamada, M., y Decety, J. (2009). Unconscious affective processing and empathy: An investigation of subliminal priming on the detection of painful facial expressions. *Pain*, *143*(1-2), 71-75. http://doi.org/10.1016/j.pain.2009.01.028.

Yamanashi, H., Shimizu, Y., Nelson, M., Koyamatsu, J., Nagayoshi, M., Kadota, K., Tamai, M., Ariyoshi, K., y Maeda, T. (2015). The association between living alone and frailty in a rural Japanese population: The Nagasaki Islands study. *Journal of Primary Health Care*, *7*(4), 269-273. http://doi.org/10.1071/HC15269.

Yang, F., Gu, D., y Mitnitski, A. (2016). Frailty and life satisfaction in Shanghai older adults: The roles of age and social vulnerability. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *67*, 68-73. http://doi.org/10.1016/j.archger.2016.07.001.

Yang, K., y Victor, C. R. (2011). Age and loneliness in 25 European nations. *Ageing & Society*, *31*(8), 1368-1388. https://doi.org/10.1017/S0144686X1000139X.

Yang, Y.C., McClintock, M.K., y Kozloski, M. L. T. (2013). Social isolation and adult mortality: The role of chronic inflammation and sex differences. *Journal of Health and Social Behavior*, *54*(2), 183-203. http://doi.org/10.1177/0022146513485244.

Yanguas, J. (2018). *Ageing and Loneliness*. Valencia: VIU - Valencia International University.

Yanguas, J., Díaz-Veiga, P., García, Á., Galdona, N., y Sancho, M. (2019). *Vivir es descubrirme*. Barcelona: Programa de Mayores. Obra Social "la Caixa". (en prensa).

Yanguas, J., Cilvetti, A., Hernando, S., Roig, S., y Segura, C. (2018a). El reto de la soledad en la vejez. *Gizarte Zerbitzuetarako Aldizkaria / Revista de Servicios Sociales*, *66*, 61-75. https://doi.org/10.5569/1134-7147.66.05.

Yanguas, J., Pinazo-Henandis, S., y Tarazona-Santabalbina, F. J. (2018b). The complexity of loneliness. *Acta Biomedica*, *89*(2), 302-314. http://doi.org/10.23750/abm.v89i2.7404.

You, L. F., Yeh, J. R., y Su, M. C. (2014). Expression profiles of loneliness-associated genes for

survival prediction in cancer patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, *15*(1), 185-190. http://doi.org/10.7314/APJCP.2014.15.1.185.

Younger, J. B. (1995). The alienation of the sufferer. *ANS Advances in Nursing Science*, *17*(4), 53-72. http://doi.org/10.1097/00012272-199506000-00006.

Yu, B., Steptoe, A., Niu, K., Ku, P.-W., y Chen, L.-J. (2017). Prospective associations of social isolation and loneliness with poor sleep quality in older adults. *Quality of Life Research*, *27*(3), 683-691. http://doi.org/10.1007/s11136-017-1752-9.

Zazzetta, M. S., Gomes, G. A. O., Orlandi, F. S., Gratão, A. C. M., Vasilceac, F. A., Gramani-Say, K., Ponti, M. A., Castro, P. C., Pavarini, S. C. I., Menezes, A. L. C., Nascimento, C. M. C., y Cominetti M. R. (2017). Identifying frailty levels and associated factors in a population living in the context of poverty and social vulnerability. *The Journal of Frailty & Aging*, *6*(1), 29-32. http://doi.org/10.14283/jfa.2016.116.

Zebhauser, A., Baumert. J., Emeny, R. T., Ronel, J., Peters, A., y Ladwig, K. H. (2015). What prevents old people líving alone from feeling lonely? Findings from the KORA-Age-study. *Aging and Mental Health*, *19*(9), 773-780. http://doi.org/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., y Ladwig, K. H. (2014). How much does it hurt to be lonely? Mental and physical differences between older men and women in the KORA-Age Study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *29*(3), 245-252. http://doi.org/10.1002/gps.3998.

Zhong, B. L., Chen, S. L., Tu, X., y Conwell, Y. (2017). Loneliness and cognitive function in older adults: Findings from the Chinese longitudinal healthy longevity survey. *The Journals of Gerontology. Series B*, *72*(1), 120-128. http://doi.org/10.1093/geronb/gbw037.

Zhou, Z., Wang, P., y Fang, Y. (2018). Loneliness and the risk of dementia among older Chinese adults: Gender differences. *Aging & Mental Health*, *22*(4), 519-525. http://doi.org/10.1080/13607863.2016.1277976.