



REVISIÓN

Programas para combatir la soledad en las personas mayores en el ámbito institucionalizado: una revisión de la literatura científica



Ana Isabel Bermeja y Berta Ausín*

Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 28 de noviembre de 2016

Aceptado el 12 de mayo de 2017

On-line el 1 de noviembre de 2017

Palabras clave:

Soledad

Personas mayores

Institucionalización

Programas de intervención

Eficacia

R E S U M E N

La soledad es un problema que afecta a un porcentaje muy elevado de personas mayores, y que puede conducir a enfermedades físicas y/o mentales. El objetivo de este trabajo es presentar una revisión sistemática de los programas para combatir la soledad dirigidos a las personas mayores institucionalizadas. Se trata de investigaciones internacionales experimentales y cuasi-experimentales publicadas entre los años 2000 y 2016. Se analiza la calidad de la evidencia metodológica de cada uno de los estudios. Los programas incluyen intervenciones basadas en terapias asistidas con animales, contactos con familiares a través de videoconferencia, talleres de jardinería y/o horticultura, terapias de reminiscencia, terapias de humor e intervenciones cognitivas. Los resultados demuestran que los programas de intervención son efectivos para reducir el sentimiento de soledad. Se analizan las limitaciones metodológicas de los estudios y se recomiendan líneas futuras de investigación.

© 2017 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Programs to combat loneliness in the institutionalised elderly: A review of the scientific literature

A B S T R A C T

Loneliness is a problem that affects a very high percentage of older people, and can lead to physical and/or mental illness. This article aims to present a systematic review of programs to combat loneliness directed towards the institutionalised elderly. Experimental and quasi-experimental articles published between 2000 and 2016 were included in the review. An analysis was carried out on the quality of the methodological evidence of each of the articles. The programs analysed included animal-assisted, contacts with families through videoconferencing, gardening and/or horticulture workshops, reminiscence therapies, humour therapies, and cognitive interventions. The results show that intervention programs are effective to reduce the feeling of loneliness. The methodological limitations of the studies are discussed and future research is recommended.

© 2017 SEGG. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Keywords:

Loneliness

Elderly

Institutionalisation

Intervention programs

Efficacy

Introducción

Existen 2 tipos de soledad, la social y la emocional¹. En esta línea se han señalado paralelismos entre «soledad objetiva-soledad social-aislamiento social» y «soledad subjetiva-soledad emocional-aislamiento emocional»². De esta forma, la soledad objetiva hace referencia a la falta de compañía, permanente o temporal, que no

siempre tiene que ser vivenciada de forma negativa por el individuo, y la soledad subjetiva se utiliza cuando las personas se sienten solas³.

Siguiendo este paralelismo el aislamiento social se puede definir⁴ como la medida objetiva de tener mínimas interacciones con otros, y aislamiento emocional (o soledad) como el sentimiento subjetivo de insatisfacción con el bajo número de contactos sociales mantenidos. También se ha definido⁵ como vivir sin compañía, apoyo social ni conexión social. En definitiva la soledad o aislamiento emocional sería el sentimiento subjetivo de falta o pérdida de compañía, mientras que el aislamiento social es la ausencia obje-

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: bertaausin@psi.ucm.es (B. Ausín).

tiva de contactos y de interacciones entre la persona mayor y la red social⁶.

Por otro lado, la soledad se ha definido como el estado aversivo experimentado cuando existe una discrepancia entre las relaciones interpersonales deseadas y las percibidas en cada momento⁷; o como una experiencia desagradable y angustiante que acompaña a la percepción de un déficit en la cantidad o en la calidad de relaciones sociales⁸. La soledad es, pues, un fenómeno multidimensional que puede variar entre personas y situaciones de acuerdo a los distintos factores objetivos y subjetivos implicados.

La soledad subjetiva es un sentimiento muy doloroso y al que tienen miedo un 22% de las personas mayores⁹. Aunque en España el 22,4% de las personas mayores de 65 años vivan solas¹⁰, no implica que se sientan solas. La realidad es que se puede estar solo, aislado y marginado y no existir soledad y viceversa¹¹.

La jubilación, el fallecimiento de seres queridos, la salida del hogar de los hijos, o la percepción de hostilidad del medio ambiente pueden constituir factores de riesgo importantes para la aparición de la soledad en las personas mayores¹². El mismo proceso de institucionalización también puede conducir a la soledad en las personas mayores¹¹. En cambio, algunos estudios han encontrado que las personas mayores deciden ingresar en una residencia para reducir el sentimiento de soledad¹³.

Para muchas personas mayores la soledad y el sentimiento negativo que esta suele conllevar tienen consecuencias negativas sobre el organismo, tanto a nivel físico como mental¹⁴. Diferentes investigaciones han demostrado que la soledad se correlaciona con enfermedades de carácter crónico, como son enfermedades cardiovasculares, hipertensión, derrames cerebrales, enfermedades pulmonares, obesidad y diabetes¹⁵, con alteraciones del sueño y depresión¹⁴. El porcentaje de suicidios entre las personas mayores de 65 años se situó en un 16,7% en el año 2005¹⁶. El suicidio en las personas mayores está relacionado con depresión, soledad y estresores de vida, como son las enfermedades físicas^{17,18}. Dadas las consecuencias negativas de la soledad en las personas mayores adquiere especial relevancia conocer las intervenciones eficaces destinadas a reducir la soledad en las personas mayores. Para poder evaluar la eficacia de las intervenciones para reducir la soledad hay que emplear una medida estandarizada. Los instrumentos más empleados para evaluar la soledad son:

- Escala de satisfacción vital de Philadelphia¹⁹: basada en la concepción multidimensional del bienestar psicológico parte de un estado de ánimo elevado. Se centra en la satisfacción del individuo, con un sentimiento de tener un sitio en la vida y aceptando lo que no se puede cambiar. La escala original constaba de 22 ítems dicotómicos de los que se derivan 6 factores. Actualmente hay multitud de versiones, siendo la más extendida la de 17 ítems dicotómicos de los que derivan 3 factores: agitación, actitud hacia el propio envejecimiento e insatisfacción con la soledad.
- UCLA-Loneliness Scale²⁰: es una de las escalas más utilizadas para la medición del sentimiento de soledad como estructura unidimensional. Está compuesta por 2 factores: «intimidad con otros» y «sociabilidad». La versión más utilizada es la versión 3 (Rus-sel, 1996): consta de 20 ítems tipo *likert*, con una puntuación en cada ítem de hasta 4 puntos, siendo la puntuación mínima 20 y la puntuación máxima 80.
- *Social and Emotional Loneliness Scale for Adults* (SESLA)²¹: esta escala recoge una medida multidimensional de la soledad. Está formada por 3 subescalas: «subescala romántica o de pareja», «subescala de relaciones con la familia» y «subescala de relaciones con los amigos». Consta de 37 ítems con un rango de puntuación de 1 a 7 para cada ítem. Existe una versión reducida adaptada al castellano, la escala SELSA-S¹ compuesta por 15 ítems con el mismo rango de puntuación en cada ítem.

- *Emotional-Social Loneliness Inventory*²²: esta escala engloba 2 dimensiones de la soledad, la «escala de soledad emocional» y la «escala de soledad social». Consta de 30 ítems, 15 para evaluar la soledad emocional y otros 15 para evaluar la soledad social, con un rango de puntuación de 0 a 4 en cada ítem.
- Escala de Soledad de De Jong-Gierveld²³: es una medida unidimensional de la soledad. Consta de 11 ítems, 6 de los cuales miden la soledad emocional y los otros 5 miden la soledad social, con 3 alternativas de respuesta para cada ítem.
- Escala de soledad ESTE I²⁴: diseñada para medir la soledad en personas de edad avanzada. Consta de 34 ítems tipo *likert* con 5 opciones de respuesta, cuya puntuación oscila entre 1 y 5 (1: totalmente en desacuerdo, 2: parcialmente en desacuerdo; 3: no tiene una opinión definida o depende de las circunstancias; 4: parcialmente de acuerdo, 5: totalmente de acuerdo). Los ítems abarcan 4 factores: soledad social (contactos con otras personas); soledad familiar (vínculos con la familia); soledad conyugal (relación con la pareja afectiva); crisis de adaptación (percepción que se tiene de uno mismo).
- Escala de soledad social ESTE II²⁵: compuesta por 15 ítems con 3 alternativas de respuesta, cuya puntuación oscila entre 0 y 3. Esta escala se descompone en 3 factores: percepción de apoyo social, uso que el mayor hace de las nuevas tecnologías e índice de participación social.

El objetivo de este artículo es revisar los programas para combatir la soledad en personas mayores institucionalizadas y analizar su rigor metodológico. Los objetivos específicos de esta revisión son 1) describir las características de los programas; y 2) analizar la eficacia de los mismos para reducir la soledad en las personas mayores institucionalizadas.

Material y métodos

Se ha llevado a cabo una revisión sistemática de la literatura científica sobre programas de intervención con mayores institucionalizados para combatir la soledad. Los artículos que se incluyen en esta revisión se han obtenido a partir de búsquedas en las siguientes bases de datos: PsycInfo, Psyke, Psycodoc y Medline. Así mismo, se ha utilizado el motor de búsqueda PubMed y se han revisado los metaanálisis del *Centre for Reviews and Dissemination*. También se ha llevado a cabo una búsqueda manual de las referencias bibliográficas citadas por otros artículos consultados, con el fin de asegurar el máximo número posible de estudios, así como la revisión de los principales metaanálisis o revisiones^{6,26-31}. Las palabras clave utilizadas del diccionario Mesh son: *loneliness, institutionalization, residential facilities, aged, intervention, therapy y programme*.

Los criterios de inclusión fueron:

- Artículos publicados entre enero del año 2000 y mayo del año 2016.
- Idioma: inglés.
- Personas mayores de 60 años.
- Participantes institucionalizados.
- Estudios experimentales y cuasi-experimentales que incluyen grupo experimental y grupo control, y estudios solo con grupo experimental.
- Programas de intervención sobre la soledad establecida.

Los criterios de exclusión fueron, en consecuencia, no cumplir con los criterios de inclusión establecidos.

Tabla 1
Resultados

BB.DD.	Artículos encontrados	Artículos excluidos ^a	Artículos relevantes	Abstract	Texto completo
PsycInfo	24	22	2	0	2
Psyke	59	59	0	0	0
Psicodoc	20	20	0	0	0
Medline	154	152	2	0	2
Pubmed	199	193	6	3	3
Búsqueda manual ^b	1	-	1	0	1
Total	457	446	11	3	8

^a Excluidos por irrelevancia al comprobar el título o el abstract, o por no cumplir con los criterios de inclusión.

^b Realizada a partir de las referencias bibliográficas de otras investigaciones.

Resultados

De los resultados de la búsqueda bibliográfica se identificaron 457 artículos, de los cuales se consideraron potencialmente relevantes un total de 70 artículos. De los estudios restantes 57 fueron descartados por duplicidad a través de las diferentes búsquedas bibliográficas realizadas. A partir de la lectura del título y del *abstract* se excluyeron 324 artículos al desarrollar programas de intervención dirigidos a personas con edad inferior a 60 años, 3 por estar publicados en idioma portugués o chino, y 3 por no proporcionar suficiente información. De los artículos potencialmente relevantes se excluyeron aquellos que incluyen participantes que viven en la comunidad y/o que acuden a centros de día, programas que no evalúan la soledad, así como aquellos que no incluyen un diseño experimental o cuasi-experimental. Finalmente 11 estudios fueron seleccionados al cumplir con todos los criterios de inclusión establecidos (tabla 1). En la figura 1 aparece el árbol de búsqueda.

Programas para combatir la soledad en personas mayores institucionalizadas: descripción y análisis

Los diferentes tipos de intervención que se han llevado a cabo son:

- Taller de jardinería/horticultura: 3/11 artículos³²⁻³⁴.
- Terapia asistida con animales: 2/11 artículos^{35,36}.
- Videoconferencia para comunicarse con familiares: 2/11 artículos^{37,38}.
- Intervención cognitiva: 1/11 artículos³⁹.
- Terapia de humor: 1/11 artículos⁴⁰.
- Terapia de reminiscencia: 1/11 artículos⁴¹.
- Programa de ejercicio físico: 1/11 artículos⁴².

En la tabla 2 se recogen los 11 estudios incluidos en esta revisión.

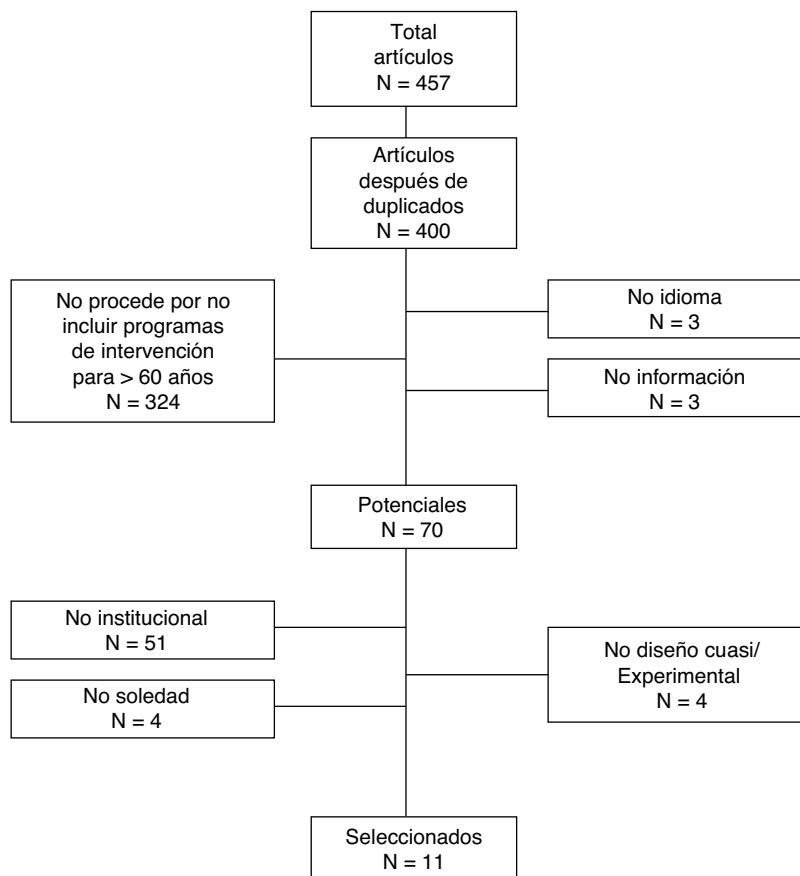


Figura 1. Árbol de búsqueda bibliográfica realizada.

Tabla 2
Resumen de los artículos seleccionados 2000-2016

Autores	Muestra (n)	Centros	Edad	Intervención	Tipo de investigación			Escalas y variables	Resultados
					Duración	Grupos	Medidas		
Banks y Banks ³⁵ EE. UU.	9 hombres 36 mujeres	3	> 75	Terapia asistida con animales	Intervención: 6 semanas N.º sesiones: 1 o 3/sem Duración sesión: 30 min	GC: 15 GE (1): 15 GE (2): 15	Pre y post	MMSE: pre UCLA-LS (versión 3) DPHQ	Diferencias estadísticamente significativas del sentimiento de soledad en los 3 grupos $F(2,44) = 5,21$, $p = 0,001$. La comparación por pares explica que esas diferencias se deben a que la TAA redujo la soledad No se encontraron diferencias significativas del sentimiento de soledad entre los grupos que recibían 1 o 3 sesiones/semana
Brown et al. ³² EE.UU.	66 hombres y/o mujeres	2	NE	Taller de jardinería	Intervención: 5 semanas N.º sesiones: 1-2/sem Duración sesión: NE	GC GE	Pre y post	NE	Entre las medidas pre y post se encuentran diferencias significativas en soledad, integración social, y en 3 ítems de las AVD (traslados, comida y uso del baño) Se analizan las diferencias de recibir el programa durante 2 o 5 semanas. Se encuentra que el programa de 5 semanas es más efectivo sobre la integración social y la funcionalidad física
Chen y Ji ³³ Taiwán	10 hombres y/o mujeres	1	NE	Taller de horticultura	Intervención: 10 semanas N.º sesiones: 1/sem Duración sesión: 90 min	GE	Pre y post (medida intermedia)	NE	Al cabo de 10 semanas se encuentran mejorías significativas en depresión y en soledad
Chiang et al. ⁴¹ Taiwán	92 hombres	1	≥ 65	Terapia de reminiscencia	* Intervención: 8 semanas N.º sesiones: 1/semana Duración sesión: 90 min	GC: 47 GE: 45	Pre y post seguimiento: 3 meses	CES-D SCL-90-R RULS-V3 MMSE Variables demográficas: edad, estado civil, nivel educativo, estado de salud y estatus económico	El sentimiento de soledad mejoró desde un nivel moderado a un nivel leve Se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en la medida de seguimiento. $z = -27,76$, $p < 0,0001$; $z = -22,75$, $p < 0,0001$
Tsai et al. ³⁷ Taiwán	24 hombres 33 mujeres	14	> 60	Videoconferencia	Intervención: 3 meses N.º sesiones: 1/semana Duración sesión: 5 min	GC: 33 GE: 24	Pre y post (medida intermedia)	Índice Barthel MMSE GDS UCLA-LS Social Support Behaviors Scale Variables demográficas: edad, sexo, estado civil, nivel educativo, tiempo de estancia en la residencia, frecuencia de visitas y llamadas de familiares	Se encuentra que disminuye la soledad al cabo de una semana ($-1,21$) y al cabo de 3 meses ($-2,84$) de forma significativa en el grupo experimental frente a las medidas iniciales, siendo estas puntuaciones significativamente más bajas que en el grupo control

Tabla 2 (continuación)

Autores	Muestra (n)	Centros	Edad	Intervención	Tipo de investigación			Escalas y variables	Resultados
					Duración	Grupos	Medidas		
Tsai y Tsai ³⁸ Taiwán	48 hombres 52 mujeres	16	> 60	Videoconferencia	Intervención: 3 meses N.º sesiones: 1/semana Duración sesión: 5 min	GC: 50 GE: 40	Pre y post Seguimiento: 6 y 12 meses	Índice Barthel MMSE GDS de Yesavage UCLA-LS Social Support Behaviors Scale Variables demográficas: edad, sexo, estado civil, nivel educativo, tiempo de estancia en la residencia, frecuencia de visitas y llamadas de familiares	Se encuentra una mejoría en el sentimiento de soledad en el grupo experimental, a los 3, 6 y 12 meses, $p < 0,001$. Sin embargo, el grupo control aumenta las puntuaciones en el sentimiento de soledad $p = 0,55, 0,02, 0,02$, respectivamente al momento temporal. Pero no se pudieron encontrar diferencias significativas entre ambos grupos en ningún momento
Tse ³⁴ China	8 hombres 45 mujeres	4	65-95	Taller de jardinería	Intervención: 8 semanas N.º sesiones: 1/semana Duración sesión: NE	GC: 27 GE: 26	PRE y post	MMSE Life Satisfaction Index-A Form UCLA-LS LSNS Modified Barthel Index (versión China)	Se encontraron mejoras significativas en los parámetros psicológicos en los grupos experimentales al tomar la medida post y compararlo con la medida pre ($p < 0,05$), pero no se encontró dicha mejoría en el grupo control. El grupo experimental obtuvo un incremento significativo en la satisfacción con la vida y la socialización, y se redujo la soledad. Sin embargo, no hubo cambios en las actividades de la vida diaria ($p > 0,05$) Se encontró que los cambios en la satisfacción con la vida, socialización y soledad no correlacionan con edad, nivel educativo, situación económica o experiencia previa de jardinería ($p > 0,05$).
Tse et al. ⁴⁰ China	32 hombres 38 mujeres	2	65-95	Terapia de humor	Intervención: 8 semanas N.º sesiones: 1/semana Duración sesión: 1 h	GC: 34 GE: 36	Pre y post	AMT Cantonese Verbal Rating Scales (percepción del dolor) Subjective Happiness Scale UCLA-SL (versión China validada) Revised Life Satisfaction Index-A Scale Variables demográficas: edad, sexo, historial de salud, tiempo de estancia en la residencia	Se refleja una mejora de todos los parámetros psicológicos evaluados, incluido el sentimiento de soledad, para el grupo experimental, frente a las medidas iniciales ($p < 0,05$) y no se encontraron mejoras en el grupo control ($p > 0,05$). Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones de soledad entre ambos grupos ($p > 0,05$)
Tse et al. ⁴² China	396 hombres y/o mujeres	10	Media: 85,4	Programa de ejercicio físico	Intervención: 8 semanas N.º sesiones: 1/sem Duración sesión: NE	GC: 171 GE: 225	Pre y post	NE	Al finalizar el programa encontraron una reducción de la intensidad del dolor significativa en el grupo experimental, así como una mejoría significativa en el bienestar psicológico (ejercicio, soledad, satisfacción con la vida y depresión)

Tabla 2 (continuación)

Autores	Muestra (n)	Centros	Edad	Intervención	Tipo de investigación			Escalas y variables	Resultados
					Duración	Grupos	Medidas		
Vrbanac et al. ³⁶ Croacia	4 hombres 17 mujeres	1	73-87	Terapia asistida con animales	Intervención: 6 meses N.º sesiones: 3/semana Duración sesión: 90 min	GE: 21	Pre y post	UCLA-SL (versión reducida) Cuestionario elaborado al efecto con datos personales, actividades de la vida diaria, actitudes hacia los animales y experiencia sobre la terapia	Los datos muestran una diferencia estadísticamente significativa entre las medidas iniciales y las medidas tomadas a los 6 meses, (p = 0,003), siendo la declaración donde se encuentran más diferencias «no tengo compañía» (p = 0,000) Los resultados revelan que no se dan diferencias significativas entre los participantes que habían tenido previamente mascotas y los que no las habían tenido (p = 0,285)
Winningham y Pike ³⁹ EE. UU.	58 hombres y mujeres	6	61-98	Intervención cognitiva	Intervención: 3 meses N.º sesiones: 3/semana Duración sesión: NE	GC: 29 GE: 29	Pre y post	MMSE GDS de Yesavage SS-A SS-B UCLA-LS	Los participantes del grupo control mostraron puntuaciones significativamente más altas en la medida post frente a la medida pre, t(28) = 1,96, p = 0,06 El grupo experimental mantiene sus puntuaciones en la percepción de soledad

AMT: *Abbreviated Mental Test*; CES-D: *Center for Epidemiological Studies-Depression*; DPHQ: *Demographic and Pet History Questionnaire*; GC: grupo control; GDS: *Geriatric Depression Scale*; GE: grupo experimental; LSNS: *Lubben Social Network Scale*; min: minutos; MMSE: *Mini-Mental State Examination*; NE: no especificado; PRE: medidas previas; POST: medidas posteriores; RULS-V3: *Revised University of California Los Angeles Loneliness Scale*; SS-A: *Social Support Appraisal*; SS-B: *Social Support Behavior*; sem.: semanal; SCL-90-R: *Symptom Checklist-90-Revised*; TAA: terapia asistida con animales; UCLA-LS: *University of California, Los Angeles, Loneliness Scale*.

Tabla 3
Descripción de los programas de intervención

Autor	Muestra (n)	Edad	Intervención	Descripción del programa
Banks y Banks ³⁵	9 hombres 36 mujeres	> 75	Terapia asistida con animales	Se lleva a la residencia un perro, que ha sido seleccionado por su temperamento y al que previamente se le ha realizado una revisión veterinaria. Durante la sesión está presente una persona auxiliar de la mascota (el dueño o el investigador) pero no interactúa ni con la mascota ni con la persona mayor. La mascota siempre lleva correa. La intervención se lleva a cabo en el dormitorio del residente, permitiéndose el paseo por el pasillo. Si la habitación es compartida, las sesiones se llevan a cabo cuando no se encuentra presente el otro residente. La única interacción del residente y el investigador se limita a las instrucciones previas al inicio de cada sesión. La persona mayor puede acariciar, asear, pasear, hablar y jugar con la mascota. El mismo animal se utiliza durante todas las sesiones con el mismo residente
Chiang et al. ⁴¹	92 hombres	≥ 65	Terapia de Reminiscencia	Las sesiones de reminiscencia se desarrollan en la sala multiusos del centro y se estructuran de acuerdo a un tema cada semana: 1 - El saludo y compartir recuerdos 2 - Ser conscientes de los propios sentimientos y expresarlos 3 - Identificar relaciones positivas del pasado y aplicar aspectos positivos en las relaciones presentes 4 - Recordar la historia familiar e historia de vida 5 - Momentos de transición en la vida 6 - Tomar conciencia de los logros personales e identificar objetivos personales 7 - Identificar fortalezas y metas positivas 8 - Revisión de las sesiones y despedida Consiste en 54 horas de teoría y se entrega un manual de reminiscencia. Las instrucciones se dan de forma escrita Los participantes comparten sus experiencias, rememoran momentos de felicidad, cómo han resuelto sus problemas... Al finalizar el programa el grupo control también recibe la terapia de reminiscencia
Tsai et al. ³⁷	24 hombres 33 mujeres	> 60	Videoconferencia	Facilitar el acceso a videoconferencia (grupo experimental) para comunicarse con sus familiares, aparte de sus interacciones habituales, estableciéndose citas previamente
Tsai y Tsai ³⁸	48 hombres 52 mujeres	> 60	Videoconferencia	Facilitar el acceso a videoconferencia (grupo experimental) para comunicarse con sus familiares, aparte de sus interacciones habituales, estableciéndose citas previamente
Tse ³⁴	8 hombres 45 mujeres	65-95	Taller de jardinería	Para fomentar la participación se difundió el programa colocando pósteres en el centro. El programa se estructura por semanas: - Semana 1: se entrega un diario a cada participante en el que semanalmente toman notas y van pegando fotografías con la evolución de las plantas. Se les explica sobre los diferentes tipos de plantas y semillas, y los participantes eligen 2 de ellas. Todas las actividades de jardinería se desarrollan en una sala multiusos del centro, y las plantas se colocan en las ventanas de dicha sala. - Semana 2: se entrega a cada participante un kit con las semillas, las macetas y las herramientas de jardinería - De la semana 2 a la 8: cada participante se responsabiliza de sus plantas. Se les proporciona toda la información que necesiten sobre sus cuidados. También se les enseña a hacer pesticidas naturales Finalizada la última sesión se invita a los participantes a poner en común sus diarios con el resto de participantes y compartir sus experiencias con el equipo de investigación. Se realiza una entrevista a los participantes, que es grabada y transcrita para realizar un análisis cualitativo
Tse et al. ⁴⁰	32 hombres 38 mujeres	65-95	Terapia de humor	Se desarrolla en una sala multiusos de la residencia y se establece un clima relajado y alegre En la <i>primera semana</i> cada participante recibe un portfolio llamado <i>Mi colección feliz</i> y deben ir rellenándolo con información: fotografías graciosas, chistes, vídeos... Cada semana se revisan los portfolios y se comparten las dificultades encontradas y los elementos graciosos que habían incluido en el portfolio En las <i>siguientes semanas</i> se desarrolla la terapia de humor. Cada sesión comienza con un chiste y con la lectura de historias graciosas proporcionadas por los investigadores. También se les enseña a los participantes a dar prioridad al humor en su vida diaria, realizando ejercicios de risa y juegos, compartiendo sus historias graciosas, estimulando el humor y la alegría En la <i>última semana</i> los portfolios se distribuyen entre todos los participantes, se pasan cuestionarios posttest y se entrevista al grupo experimental para conocer su experiencia
Vrbanac et al. ³⁶	4 hombres 17 mujeres	73-87	Terapia asistida con animales	Se trabaja con 4 perros diferentes que visitaron previamente el centro para familiarizarse, tanto con las instalaciones como con el personal. Las sesiones se realizan en el jardín de la residencia o en la sala de actividades en función del tiempo. Para cada sesión se establecen unos objetivos. A los participantes no se les indica que tienen que interactuar con los animales, pero se les permite expresar sus sentimientos. Los participantes interactúan con los perros tocándoles, hablándoles, dándoles paseos y jugando El equipo de profesionales presente en las sesiones toma nota mediante la observación sobre la actitud y las interacciones de los participantes con los animales
Winningham y Pike ³⁹	58 hombres y mujeres	61-98	Intervención cognitiva	Se realizan sesiones de psicoeducación sobre el cerebro y la memoria, estimulación cognitiva y memoria, centrándose en ejercicios para memorizar nuevos recuerdos y ejercicios que exigen altos niveles de atención Las sesiones se desarrollan fomentando la interacción de los participantes, debiendo compartir y aprender datos personales de sus compañeros

Para evaluar la percepción de la soledad todos los artículos utilizan la *University of California Los Angeles Loneliness Scale* (UCLA-LS)²⁰, en sus diferentes versiones adaptadas y validadas.

En cuanto a la capacidad de cada programa para reducir los sentimientos de soledad (evaluados a través de la escala UCLA-LS), en el estudio de Banks y Banks³⁵, utilizando la terapia asistida con animales, los participantes del grupo control obtienen una puntuación media de 50, frente a una puntuación media de 40 del grupo experimental al finalizar el programa, que es una diferencia estadísticamente significativa. En el trabajo de Winningham y Pike³⁹, con intervención cognitiva, el grupo control incrementa la puntuación media en la soledad unos 4 puntos aproximadamente entre la medida tomada al inicio y la medida tras la intervención, siendo un resultado estadísticamente significativo; mientras que en el grupo experimental la puntuación en la soledad se mantiene. En el estudio de Tse³⁴ con el taller de jardinería se consigue una disminución significativa de la soledad en el grupo experimental desde 41,3 de media hasta 35,4, mientras que en el grupo control no hubo ningún cambio significativo. En el estudio de Tse et al.⁴⁰, con la terapia de humor el grupo experimental tuvo una mejoría significativa en soledad, pasando de una puntuación media de 42,5 a una puntuación media de 39,4 entre la medida pre y la medida postintervención. En el estudio de Chiang et al.⁴¹, con la terapia de reminiscencia las puntuaciones medias del grupo experimental disminuyeron significativamente desde 42,2 hasta 34,8 y 35,0 en las medidas tomadas justo al finalizar la intervención, y tras el periodo de 3 meses de seguimiento. En el trabajo de Tsai et al.³⁷, utilizando la videoconferencia, las puntuaciones en soledad en el grupo experimental sufrieron una disminución significativa desde 50,5, a 49,7 tras la primera semana y a 47,3 al finalizar el programa tras 3 meses de duración. En el estudio de Tsai y Tsai³⁸, también con videoconferencia, las puntuaciones medias fueron para el grupo experimental en el momento inicial, a los 3, 6 y 12 meses de 49,7, 44,5, 46,2, y 45,9, respectivamente, y de 45,7, 45,5, 47,8, y 48,3 respectivamente para el grupo control, lo que supone una mejoría significativa para el grupo experimental y el mantenimiento de esta mejoría en el tiempo. El estudio de Vrbanac et al.³⁶, que utiliza terapia asistida con animales, no especifica las puntuaciones obtenidas en soledad.

En la *tabla 3* se describen los programas de intervención implementados en 8 de los 11 estudios analizados, ya que en 3 estudios no se recoge la descripción detallada.

Análisis de la calidad de la evidencia metodológica de los estudios

Se establecieron unos criterios para determinar la calidad de la evidencia metodológica de los estudios, y en función del grado de alcance de dichos criterios se clasificaron con un nivel de calidad alta, moderada o baja (los resultados aparecen reflejados en la *tabla 4*). Estos criterios son:

Tabla 4
Calidad de la evidencia metodológica

	Calidad evidencia		
	Baja	Moderada	Alta
Banks y Banks ³⁵		X	
Brown et al. ³²		X	
Chen y Ji ³³	X		
Chiang et al. ⁴¹		X	
Tsai y Tsai ³⁸		X	
Tsai et al. ³⁷		X	
Tse ³⁴		X	
Tse et al. ⁴⁰		X	
Tse et al. ⁴²		X	
Vrbanac et al. ³⁶	X		
Winningham y Pike ³⁹		X	

- *Muestra*: se tiene en cuenta el tamaño de la muestra, las características de la misma y la cantidad de residencias participantes.
- *Características metodológicas*: se evalúan aspectos tales como la existencia de grupo control, la asignación aleatoria de los participantes a los grupos, el uso de medidas pre-post y de seguimiento, y el uso de instrumentos estandarizados.
- *Descripción de la intervención*: se valoran de forma positiva aquellos estudios que ofrezcan una descripción detallada del programa de intervención.
- *Metodología estadística*: se tiene en cuenta la profundización realizada del análisis estadístico.
- *Resultados*: se valora que se realice una evaluación pormenorizada de los resultados, incluyendo elementos más visuales como tablas o gráficos.
- *Investigador*: se tendrá en cuenta la participación del investigador principal en la investigación, el conocimiento de todos los detalles del proceso, si forma parte o no de la aplicación de las sesiones, etc.

Teniendo en cuenta el conjunto de las variables analizadas, la calidad de la evidencia metodológica de los estudios analizados es media-baja. En principio, el programa desarrollado por Tsai y Tsai³⁸ con videoconferencia podría considerarse que tiene una calidad moderada-alta al utilizar un tamaño de la muestra adecuado, una muestra proporcionada en cuanto a sexo, realizar una selección aleatoria de los sujetos a los grupos, utilizando una muestra procedente de un total de 16 centros residenciales, tomar medidas pre-post y de seguimiento y proporcionar información pormenorizada de los resultados. Sin embargo, faltarían detalles en la descripción del procedimiento que dificultarían su réplica posterior. El estudio de Chiang et al.⁴¹, con terapia de reminiscencia, es un estudio experimental. El resto de los estudios son de tipo cuasi-experimental, ya que no existe un control absoluto de todas sus variables. Algunos de los artículos incluyen información de tipo cualitativo^{33,34}. Los estudios clasificados con una calidad de la evidencia baja son el de Chen y Ji³³, que realizan un taller de horticultura, y el de Vrbanac et al.³⁶, con terapia asistida con animales, ya que disponen de un tamaño muestral reducido, la muestra procede de participantes de una única residencia, no cuentan con grupo control y no toman una medida de seguimiento.

Conclusiones

Esta revisión analiza los estudios publicados sobre programas de intervención para combatir los sentimientos de soledad en personas mayores institucionalizadas. Los resultados de esta revisión confirman que las personas mayores que participan en estos programas de intervención refieren mejorías significativas en sus niveles de soledad al finalizar el programa, y estas mejorías se mantienen a lo largo del tiempo.

Se han analizado 3 talleres de jardinería/horticultura, 2 programas de intervención con animales, 2 de videoconferencia con familiares, un taller de intervención cognitiva, uno de terapia de reminiscencia, uno de terapia de humor y un programa de ejercicio físico. Todos los estudios han utilizado la escala UCLA-LS²⁰, lo que es una ventaja, puesto que esto permite contrastar los datos entre diferentes estudios. Un análisis exhaustivo de estos programas pone de manifiesto que la calidad metodológica de los estudios incluidos en la revisión es adecuada, aunque no permite tomar decisiones concluyentes, ya que la mayoría de los estudios analizados han alcanzado un nivel de evidencia moderado.

Los programas de intervención analizados desarrollan tanto programas de carácter individual (en los que no se producen situaciones de intercambio entre los participantes u otros residentes),

como programas de intervención grupal (en los que los asistentes tienen una interacción entre ellos en algún momento durante el desarrollo del taller o programa). Diferentes autores prefieren la terapia grupal frente 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 relaciones²⁹. Por este motivo parece interesante promover intervenciones grupales aprovechando el ámbito institucionalizado en el que las personas tienen mayor facilidad de interactuar entre ellas. 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.

En general, se ha encontrado 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. Pero no solo las terapias de grupo, sino también las terapias asistidas con animales, que trabajan a nivel individual, confirman un incremento de las interacciones entre los participantes. Dada la interacción de la soledad con el aislamiento social y la depresión³, sería interesante poner en práctica programas donde los participantes puedan interactuar y formar lazos de unión. En el caso de la terapia de humor se consigue mejorar el grado de soledad y la felicidad, y en el plano físico las personas que sufren dolores crónicos ven disminuida la intensidad del dolor.

El sentimiento de soledad en las personas mayores se plantea como un reto e invita a seguir desarrollando intervenciones similares, con el fin de mejorar su estado de bienestar y calidad de vida. Como líneas futuras de intervención sería aconsejable que los programas para combatir la soledad en personas mayores institucionalizadas mejoraran su calidad metodológica. En este sentido, es conveniente seleccionar muestras de personas mayores que se sientan solas de manera aleatoria, que sean amplias y representativas, protocolizar las intervenciones, tomar medidas de seguimiento para ver los resultados a medio y largo plazo (ninguno de los estudios analizados evalúa el mantenimiento de la mejora), y desarrollar programas basados en las nuevas tecnologías en centros residenciales. Por otro lado, sería interesante plantear programas de prevención de la soledad, adaptados culturalmente, que promocionen una vida activa y saludable, que eviten el aislamiento y fomenten el mantenimiento de relaciones sociales, no solo en la etapa de la vejez, sino también desde edades más tempranas. Además, esta revisión pone de manifiesto la necesidad de desarrollar y aplicar programas para reducir la soledad en personas con deterioro cognitivo, que suelen excluirse de este tipo de intervenciones.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Yárnoz S. Adaptación al castellano de la escala para la evaluación de la soledad social y emocional en adultos SESLA-S. *Int J Psychol Psychol Ther*. 2008;8:103–16.
- Santos-Olmo AB, Ausín B, Muñoz M, Serrano P. Personas mayores en aislamiento social en la ciudad de Madrid: experiencia de una intervención a través de la estrategia psicológica de búsqueda activa. *Intervención Psicosocial*. 2008;17:307–19.
- Rodríguez M. La soledad en el anciano. *Gerokomos*. 2009;20:159–66.
- Hall M, Havens B. *Aging in Manitoba Study*. Winnipeg: University of Manitoba; 1999.
- Hawthorne G. Measuring social isolation in older adults: Development and initial validation of the friendship scale. *Social Indicators Res*. 2006;77:521–48.
- Cattan M, White M, Bond J, Learchmouth A. Preventing social isolation and loneliness among older people: A systematic review of health promotion interventions. *Ageing and Society*. 2005;25:41–67.
- Peplau LA, Perlman D. Perspectivas on loneliness. En: Peplau LA, Perlman D, editores. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. Nueva York: Wiley; 1982. p. 1–18.
- Hawkey LC. Loneliness and social embeddedness in old age. En: Pachana N, editor. *Encyclopedia of geropsychology*. Singapore: Springer Singapore; 2015. p. 1–8.
- Madrigal A. Boletín sobre el envejecimiento: la soledad de las personas mayores. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. En: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid: IMSERSO; 2000.
- INE. Censos de población y viviendas 2015 – Población residente en establecimientos colectivos, Instituto Nacional de Estadística, Madrid; 2016.
- Jürschik P, Botigué T, Nuin C, Lavedán A. Estado de ánimo caracterizado por soledad y tristeza: factores relacionados en personas mayores. *Gerokomos*. 2013;24:14–7.
- Abellán A, Barrio E, Castejón P, Esparza C, Fernández-Mayoralas G, Pérez L, et al. A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores. Encuesta 2006. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO; 2007.
- Rojas MJ, Toronjo AM, Rodríguez C, Rodríguez JB. Autonomía y estado de salud percibidos en ancianos institucionalizados. *Gerokomos*. 2006;17:06–23.
- Sánchez P, Bote M. Los mayores y el amor: una perspectiva sociológica, 9. Valencia: Nau Llibres; 2007.
- Petitte T, Mallow J, Barnes E, Petrone A, Barr T, Theeke L. A systematic review of loneliness and common chronic physical conditions in adults. *The Open Psychology Journal*. 2015;8:113–32.
- Sancho M (coord.). Informe 2006. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid: IMSERSO; 2006.
- Rubio R, Magagna G, de la Fuente I, Jiménez I, Bish J, Dumitrache C. Estudio del riesgo suicida en un grupo de mayores institucionalizados. *Int J Develop Educ Psychol*. 2009;1:403–10.
- Rowe J, Conwell Y, Schulberg H, Bruce M. Social support and suicidal ideation in older adults using home healthcare services. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2006;14:758–66.
- Lawton MP. The Philadelphia geriatric center morale scale: A revision. *J Gerontol*. 1975;30:85–9.
- Russell D, Peplau LA, Ferguson ML. Developing a measure of loneliness. *J Pers Assess*. 1978;42:290–4.
- DiTommaso R, Spinner B. The development and initial validation of the Social and Emotional Loneliness Scale for Adults (SELSA). *Pers Individ Differ*. 1993;14:127–34.
- Oshagan H, Allen RL. Three loneliness scales: An assessment of their measurement properties. *J Pers Assess*. 1992;59:380–409.
- De Jong-Gierveld J, Kamphuis FH. The development of a Rasch-type loneliness scale. *Appl Psychol Meas*. 1985;9:289–99.
- Rubio R, Aleixandre M. La escala este, un indicador objetivo de soledad en la tercera edad. *Geriatrka*. 1999;15:26–35.
- Pinel M, Rubio L, Rubio R. Un instrumento de medición de soledad social, Escala Este II. Madrid: IMSERSO; 2009.
- Choi M, Kong S, Jung D. Computer and Internet interventions for loneliness and depression in older adults: A meta-analysis. *Healthcare Informatics Res*. 2012;18:191–8.
- Cohen-Mansfield J, Perach R. Interventions for alleviating loneliness among older persons: A critical review. *Am J Health Promotion*. 2015;29:109–25.
- Dickens AP, Richards SH, Greaves CJ, Campbell JL. Interventions targeting social isolation in older people: A systematic review. *BMC Public Health*. 2011;11:1–22.
- Elias SMS, Neville C, Scott T. The effectiveness of group reminiscence therapy for loneliness, anxiety and depression in older adults in long-term care: A systematic review. *Geriatric Nursing*. 2015;36:372–80.
- Findlay RA. Interventions to reduce social isolation amongst older people: Where is the evidence? *Ageing Soc*. 2003;23:647–58.
- Masi CM, Chen HY, Hawkey LC, Cacioppo JT. A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Pers Soc Psychol Rev*. 2011;15:219–66.
- Brown VM, Allen AC, Dwozan M, Mercer I, Warren K. Indoor gardening and older adults: Effects on socialization, activities of daily living, and loneliness. *J Gerontol Nursing*. 2004;30:34–42.
- Chen YM, Ji JY. Effects of horticultural therapy on psychosocial health in older nursing home residents: A preliminary study. *J Nursing Res*. 2015;23:167–71.
- Tse MMY. Therapeutic effects of an indoor gardening programme for older people living in nursing homes. *J Clin Nursing*. 2010;19:949–58.
- Banks MR, Banks WA. The effects of animal-assisted therapy on loneliness in an elderly population in long-term care facilities. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2002;57:428–32.
- Vrbanc Z, Zečević I, Ljubić M, Belić M, Stanin D, Bottegaro NB, et al. Animal assisted therapy and perception of loneliness in geriatric nursing home residents. *Coll Antropol*. 2013;37:973–6.
- Tsai HH, Tsai YF, Wang HH, Chang YC, Chu HH. Videoconference program enhances social support, loneliness, and depressive status of elderly nursing home residents. *Ageing and Mental Health*. 2010;14:947–54.

38. Tsai HH, Tsai YF. Changes in depressive symptoms, social support, and loneliness over 1 year after a minimum 3-month videoconference program for older nursing home residents. *J Med Internet Res.* 2011;13:e93.
39. Wittingham RG, Pike NL. A cognitive intervention to enhance institutionalized older adults' social support networks and decrease loneliness. *Aging Ment Health.* 2007;11:716–21.
40. Tse MMY, Lo AP, Cheng TL, Chan EK, Chan AH, Chung HS. Humor therapy: Relieving chronic pain and enhancing happiness for older adults. *J Aging Res.* 2010.
41. Chiang KJ, Chu H, Chang HJ, Chung MH, Chen CH, Chiou HY, et al. The effects of reminiscence therapy on psychological wellbeing, depression, and loneliness among the institutionalized aged. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2010;25:380–8.
42. Tse MMY, Tang SK, Wan VT, Vong SK. The effectiveness of physical exercise training in pain, mobility, and psychological well-being of older persons living in nursing homes. *Pain Manag Nurs.* 2014;15:778–88.