



Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de Valladolid



Curso 2024-2025
Trabajo de Fin de Grado

**PROGRAMA DE VOLUNTARIADO:
CÓMO EVITAR LA SOLEDAD NO
DESEADA EN EL ANCIANO
HOSPITALIZADO E
INSTITUCIONALIZADO. REVISIÓN
SISTEMÁTICA.**

Laura De Pedro Pérez
Tutora: Laura Morchón Álvarez

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a mi tutora de TFG, Laura, por toda la ayuda que me ha dado estos meses y la confianza puesta en mi para poder realizar este trabajo y contestar a todas mis dudas, que no han sido pocas.

También agradecer a mi familia, en especial a mi madre (B), mi hermana (B) y mis sobrinos (G y N) por tener que aguantar todas las emociones que he vivido durante la carrera, con muchos picos altos y bajos y por confiar en mi cuando yo no he podido, dándome cariño cada día y repitiéndome lo orgullosos que estáis de mí. A mi perra (B), que la pobre, también ha tenido que aguantarme mucho, pero, sin duda, es la que más ha estudiado conmigo en estos 4 años.

Agradecer a mi pareja (C) por ser mi compañero número 1 en estos años de carrera, por todas tus palabras de ánimo y cariño y repetirme cada día la buena enfermera en la que me he convertido (y ser mi mejor paciente).

Y en especial me quiero agradecer a mí misma el haber luchado por conseguir entrar y acabar esta carrera, que no ha costado poco precisamente. Me da mucho orgullo poder decir que si ahora hablara con mi yo pequeña estaría muy feliz de ver donde estamos ahora y lo que se nos viene.

Mi TFG va por todos esos abuelitos que he tenido en medicina interna que cada día me decían que era como su nieta y me daban las gracias por pararme a hablar con ellos unos minutos y sacarles sonrisas. Gracias a ellos aprendí el gran papel que tiene la enfermera como apoyo emocional en momentos tan duros como es la hospitalización y la residencia.

RESUMEN

Introducción: La soledad no deseada en ancianos (≥ 65 años) hospitalizados o institucionalizados es un problema de salud pública prioritario (OMS), asociado a la pérdida de autonomía y el aislamiento social. Dado su impacto creciente, se necesitan intervenciones efectivas.

Objetivos: Analizar la evidencia científica sobre la soledad no deseada en el anciano hospitalizado e institucionalizado y su papel en la formación de enfermería como promotor para la futura implementación de programas de voluntariado

Material y métodos: Revisión sistemática de 15 artículos (2015-2025) de PubMed, Cochrane, Dialnet y Google Scholar, según PRISMA 2020. Se utilizaron términos como “soledad no deseada”, “anciano”, “hospitalizado” e “institucionado”. Criterios: estudios en inglés/español con población ≥ 65 años en hospitales o residencias.

Resultados: Los estudios revelaron una prevalencia de soledad no deseada entre el 36% y 97% en esta población. Los factores asociados fueron depresión, aislamiento social, estado civil (viudez/soltería) y tiempo de institucionalización. Se identificaron intervenciones efectivas: terapias grupales, videollamadas y terapias de reminiscencia. Sin embargo, se identificó una fuerte carencia de investigación que evaluara programas de voluntariado estructurados en el ámbito hospitalario o residencial. Esto resalta la oportunidad de la enfermería para investigar cómo los programas de voluntarios pueden ayudar a reducir esta soledad.

Conclusiones: La soledad no deseada en ancianos institucionalizados y hospitalizados es prevalente y multifactorial. Los programas de voluntariado, combinados con intervenciones grupales y tecnología, son estrategias potenciales que requieren más investigación. La enfermera debe liderar su detección precoz y el diseño de intervenciones individualizadas.

Palabras clave: “Soledad no deseada”, “anciano hospitalizado”, “anciano institucionado”, “programas de voluntariado”, “enfermería”.

ABSTRACT

Introduction: Unwanted loneliness in hospitalized or institutionalized older adults (≥ 65 years) is a priority public health issue (WHO), associated with loss of autonomy and social isolation. Given its growing impact, requires effective interventions such as volunteer programs.

Objective: To analyze scientific evidence on unwanted loneliness in hospitalized and institutionalized older adults, and nursing's role in their training for the future implementation of volunteer programs.

Methodology: Systematic review of 15 articles (2015-2025) from PubMed, Cochrane, Dialnet, and Google Scholar, following PRISMA 2020 guidelines. Search terms included "unwanted loneliness", "older adult", "hospitalized" and "institutionalized". Criteria: studies in English/Spanish with a population ≥ 65 years in hospital or nursing homes.

Developing: Studies revealed a prevalence of unwanted loneliness between 36% and 97% in this population. Associated factors included depression, social isolation, marital status (widowhood/singleness), and length of institutionalization. Effective interventions identified: group therapies, video call, and reminiscence therapies. However, a strong lack of research evaluating structured volunteer programs specifically in hospital or residential settings was noted, highlighting nursing's opportunity to investigate how volunteer programs can help reduce his loneliness.

Conclusions: Unwanted loneliness in institutionalized and hospitalized older adults is prevalent and multifactorial. Volunteer programs combined with group interventions and technology, represent potential strategies requiring further research. Nurses should lead early detection and design of individualized interventions.

Keywords: "Unwanted loneliness", "Hospitalized older adult", "Institutionalized older adult", "Volunteer programs", "nursing"

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. Introducción.....	Págs I-III
2. Justificación.....	Pág III
3. Pregunta de investigación.....	Pág III
4. Estrategia de búsqueda: PICO.....	Pág III - IV
5. Hipótesis.....	Pág IV
6. Objetivos.....	Pág IV
a. Objetivo general.....	Pág IV
b. Objetivos específicos.....	Pág IV
7. Material y métodos.....	Págs IV- VII
a. Criterios de inclusión y exclusión.....	Pág VI - VII
8. Resultados.....	Págs VII - XXII
a. Proceso de selección.....	Págs VII - XVII
b. Definición de los resultados.....	Pág XVIII
c. Características de los estudios incluidos.....	Pág XVIII - XIX
d. Prevalencia de la soledad no deseada. Estudios que miden la soledad de manera cuantitativa.....	Págs XIX - XX
e. Factores asociados a la soledad no deseada.....	Págs XX - XXI
f. Intervenciones para la soledad (hallazgos de revisiones).....	Págs XXI - XXII
9. Discusión.....	Págs XXII - XXVII
a. Comparación con otros estudios.....	Págs XXIII - XXIV
b. Implicación para la práctica enfermera.....	Págs XXIV - XXV
c. Fortalezas y limitaciones de nuestra revisión.....	Págs XXVI
d. Futura línea de investigación.....	Págs XXVI - XXVII
10. Conclusión.....	Págs XXVII - XXVIII
a. Reflexión final.....	Pág XXVIII
11. Bibliografía.....	Págs XXIX - XXX

INDICE DE TABLAS NOMBRADAS

Tabla 1: Pregunta PICO.....	Pág III - IV
Tabla 2: Principales características de los estudios seleccionados de nuestra revisión.....	Pág VIII - XVII
Tabla 3: Fortalezas y limitaciones encontradas en la revisión sistemática.....	Pág XXVI

ABREVIATURAS.

1. **CGI:** Clinical Global Impression. Impresión Clínica Global
2. **COVID-19:** Coronavirus Disease 2019.
3. **ECA:** ensayos controlados aleatorizados.
4. **ENTREQ:** Enhancing Transparency in Reporting the Synthesis of Qualitative Research. Mejora de la Transparencia en la Presentación de la Síntesis de la Investigación.
5. **GDS-5 / GDS-15:** Geriatric Depression Scale. Escala de Depresión Geriátrica, 5 o 15 ítems.
6. **HR:** Hazard Ratio. Razón de Riesgos.
7. **IC 95%:** Intervalo de Confianza del 95%
8. **INE:** Instituto Nacional de Estadística.
9. **JB:** Joanna Briggs Institute. Instituto de Joanna Briggs, nivel de evidencia.
10. **MeSH:** Medical Subject Headings. Términos de encabezamiento médico.
11. **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
12. **OMS-5:** Escala de Bienestar de la OMS (5 ítems)
13. **ONG:** Organización No Gubernamental.
14. **OR:** Odds Ratio. Razón de Probabilidades.
15. **PICO:** Population, Intervention, Comparison, Outcome. Población, Intervención, Comparación, Resultado. Estrategia de investigación.
16. **PRISMA:** Preferred Reporting Items of Systematic Reviews and Meta-Analyses. Elementos de Notificación Preferidos para Revisiones Sistemáticas y Metaanálisis
17. **RAE:** Real Academia Española.
18. **RESP:** Revista Española de Salud Pública.
19. **SELSA-S:** Social and Emotional Loneliness Scale for Adults. Escala de Soledad Social y Emocional para Adultos.
20. **UCLA:** University of California, Los Angeles. Universidad de California, Los Ángeles. Escala de Soledad UCLA.

1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la OMS reconoce la soledad como un problema prioritario de salud pública (1), dando a conocer que esta existe y que cada vez es mayor.

La Real Academia Española (RAE) define la soledad como “carencia voluntaria o involuntaria de compañía” (2).

Puede verse en amplias etapas de la vida, pero, en los últimos años, se ha visto un incremento de esta en personas ancianas (aquellas que comprenden desde los 65 años en adelante) (3) en situación de hospitalización e institucionalización.

Aunque en la RAE encontremos la definición general de la soledad (2), se conocen varios tipos de soledades: soledad deseada: elección personal de estar solo, disfrutando de su vida en soledad; soledad no deseada: sensación de aislamiento y tristeza sin desearlo o buscarlo(4); Además se han encontrado subtipos como son la soledad social: falta de interacción con familia, amigos o comunidad; soledad emocional: ausencia de vínculos afectivos, pérdida de conexión emocional; soledad existencial: sentimiento de falta de motivación o propósitos en la vida (5). Tras conocer los diferentes tipos, se ha visto un incremento notorio en la soledad no deseada.

Este tipo de soledad es percibida como una situación negativa y desagradable que genera un sufrimiento que obstaculiza el poder desarrollar una vida con significado.

Un aspecto a destacar respecto al aumento de soledad no deseada en el anciano es el aumento de la esperanza de vida en la población española. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE) la esperanza de vida es “el número medio de años que esperaría seguir viviendo una persona de una determinada edad en caso de mantenerse el patrón de mortalidad por edad (tasas de mortalidad a cada edad) actualmente observado” en donde, entre el 2002 y el 2022, en los hombres ha aumentado 4 años y en mujeres 2,6 años. Se espera que, en los próximos años, siga en aumento. Al incrementarse la esperanza de vida, asciende la cantidad de ancianos que experimentan la soledad no deseada, tanto hospitalizada como institucionalizada (6).

La soledad no deseada, como ya se ha mencionado, sí existe. En el ámbito de los ancianos institucionalizados se debe a diferentes causas como son pérdida o distanciamiento de un familiar, la falta de interacción social significativa, la percepción de abandono y la adaptación al entorno institucional (7). Los motivos que se consideran en la soledad no

deseada del anciano hospitalizado son: la pérdida de vínculos familiares y sociales, las condiciones físicas y de dependencia, la falta de contacto significativo donde el personal sanitario es a menudo su principal, a veces único, contacto social, las enfermedades crónicas y terminales, los cambios en la rutina diaria, puesto que sigues el horario hospitalario y la percepción de abandono por parte de los familiares (8).

Si nos fijamos y comparamos las razones que enfrentan los ancianos institucionalizados y hospitalizados, podemos ver que, aunque el entorno sea distinto, las causas subyacentes suelen ser las mismas. Ya sea en una institución o en un hospital, las personas mayores comparten muchos de los mismos desafíos emocionales y sociales.

La soledad no deseada es uno de los principales problemas de salud pública en España. Según la Revista Española de Salud Pública, RESP, la soledad no deseada “se trata de un problema silente de nuevo orden que afecta cada vez a más personas en España, Europa y el mundo; supone una fuente de sufrimiento para quien la padece y una limitación del derecho de participación en la sociedad; provoca consecuencias negativas para la salud y el bienestar emocional; lleva asociada ciertos costes sociales y económicos”(9).

Al ser considerado como un problema de salud pública, se intenta abordar desde cualquier campo sanitario. En Atención Primaria, se les realiza una valoración y si tras esta existe la sospecha de una posible soledad no deseada, se procede a realizar la Escala De Jong Gierveld: “instrumento de ayuda para la valoración de la soledad no deseada que permite, mediante la realización de unas preguntas parametrizadas, obtener un resultado correlacionado con el nivel de soledad no deseada que siente la persona y el grado de aislamiento social en el que se encuentra”. Con esta escala, podemos clasificar la soledad emocional y social y el nivel en el que se encuentra. Gracias a la implementación de este test, se puede adecuar la atención prestada a las necesidades de la persona y optimizar los apoyos ofertados a estas necesidades concretas.

Considerando el crecimiento notorio de la soledad no deseada en el anciano hospitalizado e institucionalizado, y la capacidad de contribución de las interacciones sociales para disminuirla, esta revisión se centra en investigar el potencial de los programas de voluntariado para reducir la soledad no deseada en este contexto, un área que requiere un estudio más riguroso y particularizado. Desde el punto de vista de la enfermería, profesionales fundamentales en el cuidado integral de esta población, se pretende analizar de qué manera el voluntariado estructurado impacta de forma positiva en el bienestar

emocional de las personas mayores. El objetivo principal de este trabajo es proponer un programa de voluntariado que sea capaz de reducir la soledad no deseada en los ancianos hospitalizados e institucionalizados y así, poder mejorar su calidad de vida.

Para alcanzar este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión sistemática de artículos científicos relevantes.

2. JUSTIFICACIÓN

Con el aumento de la esperanza de vida, la soledad no deseada ha tenido un notable crecimiento, y es considerada uno de los problemas más preocupantes de salud, según la OMS (1). Sin embargo, la población no es realmente consciente de este problema, por lo que queremos darle la visibilidad e importancia que tiene y así poder obtener datos clave que apoyen estrategias de detección precoz.

Desde la perspectiva del papel de la enfermera, se pretende captar a aquellos ancianos con este potencial problema de soledad no deseada y así poder facilitar a futuro el diseño de un programa de voluntariado que pueda conseguir disminuir o erradicar este problema de salud.

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Un aumento de los conocimientos del personal de enfermería sobre la soledad no deseada en el anciano hospitalizado e institucionalizado puede influir en la creación e implementación de programas de voluntariado para reducir este problema de salud?.

4. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA PICO

Tabla 1: Pregunta PICO.

P	Paciente/población	Ancianos hospitalizados e institucionalizados con soledad no deseada
I	Intervención	Análisis de la evidencia científica sobre la existencia de soledad no deseada en el anciano hospitalizado e institucionalizado.
C	Comparación	No aplica.
O	Resultado	Actualizar y aumentar los conocimientos del personal de enfermería sobre la soledad no deseada en esta población con el fin de facilitar la futura

	creación e implementación de programas de voluntariado para su reducción.
--	---

5. HIPÓTESIS

Un aumento de conocimientos significativo del personal de enfermería sobre los ancianos con soledad que se encuentran hospitalizados e institucionalizados sentará las bases para una futura creación e implementación de programas de voluntariado, contribuyendo así a la reducción de este problema potencial de salud.

6. OBJETIVOS

6.1. OBJETIVO GENERAL

- Analizar la evidencia científica disponible sobre la soledad no deseada en los ancianos hospitalizados e institucionalizados, y su papel en la formación de enfermería como promotor para la futura implementación de programas de voluntariado.

6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la presencia de niveles de soledad no deseada en ancianos hospitalizados e institucionalizados.
- Analizar los diferentes programas de voluntariado para ancianos hospitalizados e institucionalizados que presenten soledad no deseada.
- Definir aquellos factores que están asociados a la soledad no deseada en los ancianos hospitalizados e institucionalizados.

7. MATERIAL Y MÉTODOS:

Diseño

Revisión sistemática realizada siguiendo las guías PRISMA 2020 (ver Anexo I).

Estrategias de búsqueda:

Se ha realizado una revisión sistemática de artículos, que han sido seleccionados siguiendo las guías PRISMA 2020 (ver Anexo I) y redactados en inglés y español, a través de las bases de datos científicas: PubMed, COCHRANE, Dialnet y Google Scholar. Se

ha obtenido la información tanto de fuentes secundarias como primarias. Como gestor de referencias se utilizó Zotero (10).

Palabras clave:

Las palabras clave utilizadas para la búsqueda y realización de esta revisión sistemática fueron: “soledad no deseada”, “anciano”, “adultos mayores”, “problema de salud”, “anciano hospitalizado”, “anciano institucionalizado”, “enfermería”.

Filtros utilizados:

- Artículos en inglés y español.
- Artículos o revistas publicados entre el 2015 y 2025 (hasta marzo).
- Solo se incluyó información de bases científicas.
- Estudios a personas consideradas ancianas, es decir, comprenden la edad desde los 65 años hasta su fallecimiento.
- Artículos o revistas que hablen de la soledad no deseada y sus posibles intervenciones/soluciones.

Operadores Booleanos:

Se utilizó AND para combinar términos, OR para obtener resultados que contengan cualquiera de los términos de búsqueda y así poder ampliar la búsqueda y NOT para excluir términos en la búsqueda. Además, he utilizado las comillas dobles para poder buscar frases exactas con ese orden.

Para Pubmed en concreto se construyeron búsquedas de términos *MeSH* para identificar sinónimos relevantes del tema de investigación, *Date-Publication* para especificar la fecha de publicación de la búsqueda, *Filter* para aplicar filtros predefinidos de la base de datos y *La* para indicar el idioma.

En PubMed y COCHRANE se realizaron búsquedas solo en inglés, en Google Scholar se realizaron búsquedas tanto en español como en inglés y en Dialnet se realizaron búsquedas en español.

Algoritmo usado para Pubmed: ("Loneliness"[MeSH] OR "Social Isolation" OR "Unwanted Loneliness") AND ("Aged"[MeSH Terms] OR "Older Adults" OR "Elderly") AND ("Hospitalized" OR "Inpatients" OR "Institutionalized" OR

"Nursing Homes" OR "Long-Term Care") AND ("2015"[Date - Publication] : "2025"[Date - Publication]) AND (english[la]) AND ("free full text"[Filter])

Algoritmo de Cochrane: **(Loneliness OR "Undesired Loneliness" OR "Unwanted loneliness" OR "Soledad no Deseada") AND (Aged OR Elderly OR "older adults" OR "anciano") AND (Hospitalized OR Inpatients OR Institutionalized OR "Nursing Homes" OR "long-term care" OR "residential care")**

Algoritmo para Google Scholar: **("Soledad no Deseada" OR "Unwanted Loneliness" OR "Undesired Loneliness" OR "Loneliness") AND ("anciano" OR "adulto mayor" OR "Elderly" OR "older adult" OR "Aged") AND ("hospitalizado" OR "ingresado" OR "institucionalizado" OR "residencia de ancianos" OR "Nursing home" OR "long-term care" OR "residential care") AND ("2015".. "2025") AND ("intervención" OR "programa" OR "estrategia" OR "apoyo" OR "prevention" OR "intervention" OR "program" OR "strategy" OR "support")**

Algoritmo para Dialnet:

- **"soledad" "anciano" "residencia"**
- **"soledad" "anciano" "Hospital"**
- **"soledad" "anciano" "voluntarios"**

7.1. Criterios de inclusión y exclusión:

Inclusión:

- Estudios publicados entre los años 2015 y 2025 (hasta marzo).
- Revisiones sistemáticas y artículos científicos sobre el anciano con soledad no deseada.
- Idiomas: inglés y español
- Adultos a partir de los 65 años que se encuentren hospitalizados y/o institucionalizados.
- Artículos con texto completo disponible gratuito.

Exclusión:

- Estudios previos al año 2015.
- Adultos de 65 años que residan en comunidades o en domicilio propio.

- Idiomas: otros que no sean inglés o español.
- Adultos menores de 65 años.

8. RESULTADOS

8.1. Proceso de selección de estudios

La estrategia de búsqueda identificó, a través de las diferentes bases de datos utilizadas, un total de 1490 artículos, de los cuales, se excluyeron 516 artículos por estar repetidos en las bases de datos utilizadas, quedando un total de 974 artículos que cumplen con el cribado.

A continuación, se excluyeron 580 artículos tras aplicar los criterios de exclusión y 206 artículos tras la lectura de sus títulos, siendo un total de 786 artículos excluidos, quedando 188 válidos por el título. Tras leer el resumen de esos 188 artículos, se excluyeron 169.

19 artículos fueron leídos y examinados a texto completo, de los cuales, se eliminaron 4 estudios por no ser relevantes para nuestro estudio. Por consiguiente, el número de artículos finales fue 15 (11-25). La figura 1 recoge el proceso de selección de artículos.

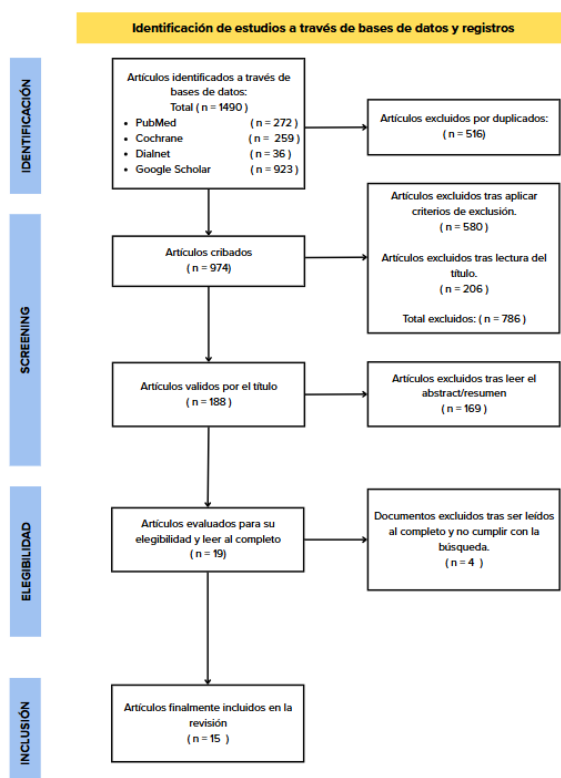


Figura 1: Diagrama de flujo que ilustra el proceso de selección de artículos según modelo *Preferred Reporting Items of Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA)

Tabla 2: Principales características de los estudios seleccionados de nuestra revisión.

Autor (es), año y país	Diseño del estudio	Población y contexto	Medición de la soledad no deseada	Resultados principales	Nivel de evidencia JBI
A.H. Jansson, N. Savikko, H. Kautiainen, H-M. Roitto, K.H. Pitkälä. (2020), Finlandia (11).	Estudios transversales repetidos.	Residentes en centros de cuidados a largo plazo (residencias de ancianos y centros de vida asistencial) en Helsinki, Finlandia, en 2011 (N=1563) y 2017 (N=1367). Se excluyeron residentes en atención de relevo temporal o con deterioro cognitivo grave, y aquellos que no pudieron o se negaron a responder al ítem de soledad.	Pregunta directa autoinformada: “¿Sufre de soledad?” (respuestas: nunca / a veces / a menudo o siempre).	La prevalencia de soledad ajustada por índice de propensión se mantuvo estable en 36% en 2011 y 2017. Sentirse deprimido fue la única característica independiente asociada con la soledad, donde, el 55% de los deprimidos reportaron soledad a diferencia del 24% de los no deprimidos.	Nivel 4. b
Kate L. Lapane, Emily L, Emily McPhillip, Adrita Barooah, Yiyang Yuan, E. Dube. (2022), EE.UU. (12).	Revisión sistemática que integra evidencia cuantitativa y cualitativa.	La muestra fue 31 estudios de múltiples países (EE.UU., Europa, Asia-Pacífico, Egipto) de adultos ≥ 65 años (edad media ≥ 80 años) en centros de atención a largo plazo (residencias asistidas, hogares de ancianos).	Escala UCLA de soledad (9 estudios), Escala de soledad de De Jong Gierveld (4 estudios) y pregunta única “¿Sufre de soledad?” (respuestas: nunca/a veces/a menudo	Se encontró que la soledad, como resultado de interés, es un fenómeno prevalente y persistente entre los adultos mayores en centros de atención a largo plazo, con una tasa media de 36%-71%, dependiendo del estudio y de la herramienta de medición utilizada. También se demostró una asociación significativa de la soledad con resultados de salud adversos: la soledad está fuertemente vinculada a la depresión (OR 4.10, IC 95%: 3.43 – 4.89), la	Nivel 3.b

		Se excluyeron los estudios sin medidas de soledad o sin vinculación con resultados de salud. En la mayoría de los estudios incluidos, más del 70% eran mujeres.	o siempre) (resto de estudios)	ideación suicida, aunque su efecto fue mediado por la depresión ($\beta = 0.16$) y la fragilidad ($\beta = 0.37, p = 0.025$). Además, aunque la evidencia era mixta respecto a la mortalidad, un estudio de cohorte encontró un mayor riesgo en los residentes que experimentaban soledad severa (HR 1,28, IC del 95%:1.06-1.55). La resiliencia, el apoyo social, y la participación en actividades funcionaban como moderadores que atenuaban parcialmente este efecto. No obstante, la mayoría de los estudios eran transversales, lo que dificulta una inferencia causal, y observamos una escasez de investigaciones longitudinales y en entornos como el de los EE.UU.. Por tanto, esto destaca la necesidad de intervenciones basadas en evidencia para abordar este problema en estas instalaciones.	
Sandra Anna Just, Magdalena Seethaler, Rosana Sarpeah, Nathalie Waßmuth, Felix BERPpohl,	Estudio transversal comparativo analítico (pacientes psiquiátricos vs somáticos)	La muestra fue 100 pacientes hospitalizados con una media de edad de 76.4 años donde el 50% contaba con trastornos afectivos/demencia y el otro 50% eran pacientes somáticos	Escala UCLA de soledad (versión alemana de 12 ítems) donde el punto de corte para la soledad era tener más de 32 puntos sobre 48. Además, se usaron escalas para medir los factores asociados a la soledad: para la depresión	La prevalencia resultó ser que el 37% reportaron soledad elevada, de los cuales el 52% padecían de trastornos afectivos, el 43% de demencia y el 3% eran somáticos. Se utilizaron como predictores claves la depresión ($\beta = 0.56$), bajo bienestar ($\beta = 0.36$), gravedad de la enfermedad mental ($\beta = 0.24$), estar soltero/a y vivir con cuidador (reduce la soledad). Tras la comparativa, se vio que los pacientes psiquiátricos tuvieron 5 puntos más de soledad que los somáticos ($p < 0.0001$)	Nivel 3.d

Eva Janina Brandl. (2022), Alemania (13).			(GDS-15), para el bienestar (OMS-5) y para la gravedad de la enfermedad (CGI)		
Deping Zhang, Qizhen Lu, Li Li, Xiaofeng Wang, Hongqi Yan, Zijian Sun. (2023), China (14).	Metasíntesis cualitativa (siguiendo ENTREQ)	Muestra de 188 adultos mayores provenientes de 33 residencias de ancianos con una edad ≥ 60 años, cognitivamente normales. Los datos proceden de 13 estudios realizados en 9 países diferentes (5 estudios de China y 1 estudio de Australia, Singapur, Canadá, Turquía, Noruega, Bélgica, Sudáfrica y Sri Lanka), en entornos urbanos y rurales. Estos estudios comprenden los años 2012 – 2023, por lo que se incluye época pandemia por COVID-19.	Entrevistas cualitativas semiestructuradas y no estructuradas (destaca la importancia de observar al participante durante estas entrevistas). En algunos estudios se utilizaron la escala UCLA de soledad y la escala de De Jong Gierveld	Los resultados más destacados indican que la soledad en las residencias de ancianos puede surgir por diversas razones, como el envejecimiento y la pérdida, ya sea a través del deterioro físico o la muerte de seres queridos. También influye la transformación del entorno, como la institucionalización, la pérdida de autonomía y el aislamiento social. Los residentes suelen experimentar esta soledad como un dolor emocional, que puede manifestarse en sentimientos de abandono, vacío o incluso pensamientos suicidas. Sin embargo, algunos la ven como una elección personal que les brinda tranquilidad. Para hacer frente a esta situación, muchos optan por participar en actividades, fortalecer sus lazos sociales a través del contacto con familiares, o desviar su atención mediante la lectura o la televisión. Los hallazgos subrayan que la soledad es un fenómeno multidimensional, abarcando aspectos sociales, emocionales y existenciales, que se intensificó con la pandemia de COVID-19 y cuya percepción y manejo varía según la cultura. Los estudios revelan que las	Nivel 4.a

				distracciones solo alivian superficialmente y el contacto social no siempre llena ese vacío emocional, ya que las amistades suelen ser forzadas y las videollamadas no reemplazan el contacto físico.	
Clare Gardiner, Pete Laud, Tim Heaton, Merryyn Gott. (2020), Reino Unido (15).	Revisión sistemática con metaanálisis de estudios transversales.	La muestra final fue de 5115 adultos mayores de rango de edad entre 55 y 102 años, siendo la media de edad de 83,5 años (68% mujeres) que se encontraban en residencias de ancianos o centros de atención a largo plazo. Se seleccionaron 13 estudios de 9 países diferentes de entornos urbanos y rurales. Se excluyeron aquellos artículos donde predominaba la demencia (4 artículos).	Se utilizaron: la escala de UCLA de la soledad (1 estudio), Escala de De Jong Gierveld (2 estudios), Escala de Amistad (2 estudios) y una escala de un ítem con la pregunta: “¿Te sientes solo a veces?” (7 estudios). En uno de los 13 estudios no se especifica la herramienta utilizada.	Este estudio encontró que, en las residencias de ancianos, el 61% de los mayores experimentan soledad moderada, mientras que un 35% experimentan soledad severa, cifras mucho más altas que en la comunidad. Los resultados varían bastante entre países (9%-100%) siendo más preocupante en centros donde hay un mejor equilibrio de género y residentes más jóvenes. Aunque el estudio tiene sus limitaciones, como la exclusión de muchos con demencia, indica que la soledad en las residencias de ancianos es un problema serio que requiere de atención inmediata.	Nivel 4.a
Li Shanshan, Zhang Xing, Luo Caifeng, Chen Moyan, Xie Xin,	Estudio transversal.	La muestra fue 415 ancianos (60,24% mujeres y 39,76% hombres) de 60 a 97 años, siendo la media de edad de 81 años, que se encontraban en 3	Escala UCLA de soledad.	La investigación reveló que la soledad en el anciano que se encuentra en residencias chinas tiene relación negativa con su bienestar subjetivo ($r=0.383$) y autoaceptación ($r=0.338$). La autoaceptación desempeñó un papel de mediador parcial, explicando el 29,8% del efecto negativo que la soledad tiene sobre el bienestar. Los	Nivel 4.b

Gong Fuyu et. al., (2021) China (16).		residencias de ancianos en Fuyang, provincia de Anhui.		factores que más afectaron el bienestar fueron los ingresos bajos, el origen rural, el poco tiempo que llevaban en la residencia y el bajo número de visitas familiares que recibían. Estas evidencias sugieren que mejorar la autoaceptación y fomentar las relaciones familiares, podrían ayudar a disminuir el impacto de la soledad en esta población.	
Paula Garcés Fuertes, María García Velarte, Cristina Barcelona Blasco, Laura Rebeca García García, Yasmina Millán Duarte, Ana Cristina García Sacramento. (2021), España (17).	Estudio descriptivo transversal.	La muestra fueron 63 ancianos (68.3% mujeres), ≥ 65 años (la media de edad era de 79.35 años) que se encontraban institucionalizados en un centro residencial español. El 65,1% llevaban >1 año en la residencia.	Escala ESTE-R de soledad (evalúa 4 dimensiones: social, familiar, conyugal y existencial)	La prevalencia de soledad subjetiva fue del 68,3%, destacando la soledad conyugal (60.3%) y existencial (50.8%). Se encontró una conexión significativa ($p=0,004$) entre mayor tiempo de institucionalización (>12 meses) y un aumento en la sensación de soledad. Sin embargo, ni la cantidad de visitas de familiares (el 61,2% recibía más de 4 visitas a la semana) ni la participación en actividades externas (el 52,4% las practicaban), mostraron una asociación estadística general con la soledad. A pesar de esto, sí se observaron correlaciones específicas con las dimensiones social ($p=0.013$) y existencial ($p=0.016$).	Nivel 4.b

María del Pilar Lorén López, Alba López Español, Pedro Jesús Moreno Nágera, Marquina Nájera Lérida, Alba Gimeno Aguilar, Rafael García Gracia. (2024), España (18).	Estudio cualitativo descriptivo observacional.	La muestra fueron 65 ancianos (65% mujeres y 65% viudos) ≥ 65 años (edad media de 88 años) que se encontraban institucionalizados en una residencia geriátrica rural privada-concertada. El 61% llevaban de 1 a 5 años en la residencia y el 28% llevaban más de 5 años.	Escala ESTE II (15 ítems, Likert) que evalúa la percepción de apoyo social, el uso de tecnologías adaptadas y la participación social.	Tras el estudio, se observó que el 97% de los ancianos institucionalizados experimentaban soledad social (69% nivel moderado y 28% severo), siendo más notorio en las mujeres viudas (72% reportaron sentirse solas frecuentemente). Los factores asociados a este resultado fueron el tiempo que llevaban institucionalizados, donde un porcentaje significativo de residentes con alta soledad social llevaban más de 5 años institucionalizados. Aunque el 40% no recibían visitas y esta cifra aumentaba al 61% entre quienes llevaban más de 5 años en la residencia, no se halló una correlación significativa entre el número de visitas y la soledad global. Además del tiempo de institucionalización, el 37% no participaban en las actividades referentes para terapia ocupacional (el 36% sentía soledad “siempre”). Estos resultados demuestran que, más que la frecuencia de contactos externos, son los factores internos (como el tiempo de institucionalización, el estado civil y la participación en actividades) los que realmente influyen en la percepción de soledad de esta población.	Nivel 4.b
Ana Isabel Bermeja,	Revisión sistemática de estudios experimentales	Adultos ≥ 60 años institucionalizados en residencias. Muestra variable entre 9 y 396 participantes por	Escala UCLA de la soledad en la mayoría de los estudios. En el resto se usaron la escala de De	Los programas de intervención han demostrado ser efectivos para reducir la soledad en personas mayores que se encuentran institucionalizadas. Entre las estrategias más destacadas se encuentran la terapia de	Nivel 1.b

Berta Ausín. (2017), España (19).	y cuasi-experimentales.	estudio de EE.UU., Taiwán, China y Croacia.	Jong-Gierveld, la escala SELSA-S y escalas ad hoc para variables secundarias (ejemplo: depresión)	reminiscencia, que mostró efectos sostenidos a los 3 meses ($p<0.0001$), las videoconferencias familiares que mejoraron la situación entre 3 y 12 meses ($p<0.0001$) y los talleres de jardinería que fomentaron la socialización ($p<0.05$). Las intervenciones grupales resultaron ser más efectivas para promover la interacción social. Sin embargo, las principales limitaciones incluyeron muestras pequeñas, falta de seguimiento a largo plazo y la exclusión de personas con deterioro cognitivo. Aunque la evidencia, según JBI, es de un nivel moderado-bajo, estos programas ofrecen herramientas valiosas para mejorar el bienestar emocional en residencias.	
Chris Noone, Jenny McSharry, Mike Smalle, Annette Burns, Kerry Dwan, Declan Devane et al., (2020), Taiwán (20).	Revisión rápida de ECA y cuasi-ECA	Ancianos ≥ 65 años que residen en residencias de ancianos. Realizado prepandemia de COVID-19.	Escala de soledad de UCLA.	Se les realizó la escala de soledad de UCLA previamente a incluir la intervención (videollamadas), a los 3, 6 y 12 meses. Tras la comparativa de las encuestas, se observó que la soledad persiste en esta población puesto que no se observó una reducción significativa. Aunque, se declara que la evidencia es de muy baja certeza por los sesgos en los estudios, la imprecisión y la falta de generalización.	Nivel 1.b
Olujoke A. Fakoya,	Revisión exploratoria de revisiones.	Seleccionaron revisiones sobre intervenciones para la soledad y el aislamiento social	Escala de soledad de UCLA, escala de soledad de De Jong Gierveld y	Tras la comparativa de las 33 revisiones, se observó la existencia de soledad en todos los contextos y que, en residencias y la comunidad, las intervenciones grupales	Nivel 5.a

Noleen K. McCorry, Michael Donnelly. (2020), EE.UU. (21).		cuya muestra eran adultos > 60 años. En las revisiones seleccionadas, algunos residen en residencias y/u hospitales y el resto hacen una comparativa entre residencias y la comunidad.	escala Lubben Social Network (para el aislamiento social).	como la terapia de reminiscencia o las actividades sociales, mostraron mayor efectividad que las individuales para reducir el aislamiento y la soledad no deseada. Las videollamadas con familiares tuvieron resultados mixtos en hospitales por barreras como son el deterioro cognitivo o la falta de capacitación, persistiendo esta soledad y demostrando que la reducción de esta solo fue moderada y en algunos casos, no sostenida a largo plazo.	
Peter Hoang, James A. King, Sarah Moore, et al., (2022), EE.UU. (22).	Revisión sistemática y metaanálisis.	La muestra consta de 70 estudios, con un total de 8.259 participantes (44 estudios con resultados de soledad donde 33 estudios son de la comunidad y 11 estudios de los centros de cuidados a largo plazo) donde la mayoría tenían ≥ 65 años.	Escala de soledad de UCLA, la escala de De Jong Gierveld y la Escala de Redes Sociales de Lubben (aislamiento social).	Tras la revisión de los 70 artículos, se observó que los adultos que se encontraban en centros de cuidados a largo plazo tienen una mayor prevalencia de soledad en comparación con los que viven en la comunidad, explicando así, que intervenciones como la terapia con animales o videollamadas mostraron efectos más grandes en estos (Terapia con animales, en especial perros o animales robóticos $d=-1.86$; IC 95%: -3.14 a -0.59 y videollamadas $d=-1,40$; IC 95%: -2,37 a -0,44).	Nivel 1.b
Helena Larsson, Ingela Beck, Kerstin Blomqvist. (2023), Suecia (23).	Estudio cualitativo de entrevistas narrativas).	Se realizaron entrevistas a 22 personas mayores (12 hombres y 10 mujeres), con edades entre los 76 y 101 años (media de 85 años) en 3 contextos diferentes: atención	Entrevistas narrativas con preguntas abiertas sobre sus experiencias sobre la soledad asistencial basadas en la teoría del sufrimiento de Eriksson.	Los resultados tras las entrevistas reflejan una interrelación entre la soledad asistencial y el sufrimiento que viven los ancianos. Se diferencia el sufrimiento de la enfermedad como es la dependencia y la vergüenza que viven por su propio deterioro, el sufrimiento del cuidado por las esperas, el trato impersonal, la falta de dignidad y	Nivel 4.c

		en residencias (7 participantes), domicilio (8 participantes) y cuidados paliativos (7 participantes).	Esta teoría abarca 3 dimensiones: el sufrimiento de la enfermedad, del cuidado y de la vida.	la exposición que viven por el sufrimiento ajeno y el sufrimiento de la vida como es la pérdida de relaciones y la falta de propósitos. Tras las entrevistas se observó una mayor prevalencia de soledad asistencial en el contexto de la atención en residencias, asociado a aspectos como son la convivencia forzada, la falta de privacidad y notablemente al observar el sufrimiento de otros residentes, aunque en los otros dos contextos se observa de igual forma la soledad, aunque vinculada a aspectos como la pérdida de autonomía y el aislamiento físico.	
Esteban Sánchez-Moreno, Lorena Gallardo-Peralta, Ana Barrón López de Roda, Joaquín M. Rivera Álvarez. (2023), España (24).	Estudio transversal.	A 887 adultos ≥ 65 años (media de 78.5 años) residentes en domicilios y residencias, se les realizaron encuestas (39.2% vive con su pareja, 10.1% viven solos y el 20.7% se encuentran en residencias de ancianos.)	Se utilizan diferentes escalas: La escala de soledad de De Jong-Gierveld, la escala de depresión GDS-5 y diferentes preguntas sobre su estatus socioeconómico (educación y dificultades económicas).	Los resultados de este estudio demuestran una fuerte relación entre la soledad y la depresión en estos ancianos. Un 57,5% de los ancianos que experimentan soledad, presenta un mayor riesgo de depresión, a diferencia del 19% de ancianos que no presentan soledad, siendo la soledad emocional un predictor importante. Este estudio resalta una mayor prevalencia de soledad en las residencias de ancianos con un 44,5% en comparación con aquellos que residen con sus parejas (15.4%). Esta mayor prevalencia de soledad en las residencias se asocia a una mayor prevalencia de depresión en ese entorno (54.3%).	Nivel 4.b
Andreas Follmann,	Ensayo observacional	70 participantes con una media de 83 años (51 mujeres y 19	Escala de puntuación de soledad de 3 ítems (de	Los resultados dieron una media de 5,3 puntos obtenidos en la escala, aunque el 21% mostró unos niveles	Nivel 4.c

Franziska Schollemann, Andrea Arnolds, Pauline Weismann, Thea Laurentius, Rolf Rossaint, et al., (2021), Alemania (25).	que se realizó tras el impacto de la pandemia del COVID-19.	hombres) que se encontraban en 2 residencias de ancianos rurales y 1 hospital geriátrico.	Hughes et al.) con ítems sobre: falta de compañía, sentimiento de exclusión y aislamiento. La puntuación tenía como rango 3 puntos, siendo lo más bajo (nada solo) y 9 puntos, siendo lo más alto (muy solo).	significativos de soledad (mayor de 6 puntos de la escala). En el hospital geriátrico, el uso de encuentros virtuales reveló una disminución de la soledad de los ancianos que se encontraban en este, a diferencia de los que residen en las residencias los cuales no revelaron un impacto en los niveles de soledad. Aun así, los ancianos de las residencias comunicaron satisfacción referente al uso del robot Temi, para las videollamadas, aunque esto no influyera en la disminución de su soledad. Se observó que uno de los motivos referidos al no descenso de la soledad pudiera ser que estos ya disponían de redes sociales dentro de las residencias, convirtiendo las videollamadas en complementos y no en reemplazos del cara a cara.	
--	---	---	---	--	--

8.2. Definición de resultados

Esta revisión sistemática analizó los 15 artículos que cumplieron con los criterios de inclusión sobre la soledad no deseada en el anciano hospitalizado e institucionalizado. En la tabla 2 se puede observar las principales características de estos estudios, como los autores, el año, el país, el diseño del estudio, la población y el contexto de esta, las herramientas utilizadas para la medición de la soledad no deseada, los resultados principales y el nivel de evidencia según JBI (ver Anexo II).

Los estudios incluidos revelan una prevalencia de la soledad no deseada entre el 36% y 97% en este contexto, con factores asociados como son la depresión, el aislamiento social y el tiempo de institucionalización (Tabla 2)

8.3. Características de los estudios incluidos.

En la mayoría de los estudios de esta revisión se utilizaron diseños transversales (11, 13, 16, 17, 24) y revisiones sistemáticas (12, 15, 19-22). También se incluyó una metasíntesis cualitativa (14), un estudio cualitativo (23), un estudio cualitativo descriptivo observacional (18) y un ensayo observacional (25).

En estos estudios nos encontramos con tres contextos posibles en las poblaciones de muestra:

- La muestra de la población se encuentra en residencias de ancianos o también conocidos como centros de atención residencial a largo plazo (11, 12, 14-25).
- La muestra de la población de ancianos se encuentra hospitalizada (13, 21, 23, 25).
- La muestra de la población de personas mayores se encuentra en comunidad. Se decidió añadir estos estudios puesto que, en ellos, no solo hablan de los ancianos en la comunidad, sino que compara a estos con los que se encuentran en residencias u hospitales (21-24).

La edad de la población de estos estudios varió ampliamente, teniendo un rango de edades desde los 55 a los 102 años, siendo la media de edades 81,84 años.

Desde el punto de vista geográfico, varios estudios se realizaron en Europa, concretamente en Finlandia (11), Alemania (13, 25), Reino Unido (15), España (17-19, 24), y Suecia (23). El resto de estudios se realizaron en EE.UU. (12, 21, 22) y Asia,

exactamente en China (14, 16) y Taiwán (20). Gracias a esta diversidad geográfica de estudios, se puede observar una amplia visión a nivel mundial en diferentes contextos culturales, de este potencial problema de salud, como es la soledad en el anciano.

Para poder medir la soledad no deseada, se utilizaron diferentes herramientas. Las escalas más utilizadas fueron la Escala UCLA de la Soledad, utilizada en 8 artículos (12, 13, 15, 16, 19-22), seguida por la Escala de Soledad de De Jong Gierveld, utilizada en 6 estudios (12, 15, 19, 21, 22, 24). La Escala ESTE-R (17), la Escala ESTE II (18), la Escala SELSA-S (19) y la Escala de Amistad (15) también se usaron como herramientas para medir la soledad, aunque solo fueron utilizadas en un estudio cada una, al igual que la escala de soledad de 3 ítems de Hughes et al (25). Además de estas escalas para medir la soledad no deseada, en algunos estudios, también se utilizaron escalas para medir otras variables relacionadas. En concreto, se utilizaron las Escalas GDS-5 y la GDS-15 para la depresión geriátrica (13, 24), la Escala de Bienestar de la OMS-5 y la Escala de Gravedad de la Enfermedad CGI (13), así como la Escala de Redes Sociales de Lubben, para el aislamiento social (21, 22)

Se puede observar que en algunos estudios se utilizó una pregunta directa sobre el sentimiento de soledad en vez de usar una escala oficial (11, 12, 15) y en los estudios cualitativos utilizaron entrevistas a la muestra de población (14, 23) que en algunos casos iban complementadas con escalas cuantitativas.

8.4. Prevalencia de la soledad no deseada. Estudios que miden la soledad de manera cuantitativa.

La prevalencia de la soledad no deseada en el anciano institucionalizado, que se observa en los estudios cuantitativos, reveló una alta variabilidad. Jansson et al. (2020) en Finlandia encontró que un 36% de la población de muestra que se encontraba en los centros de cuidados a largo plazo, sufría soledad de manera constante (11). En la revisión de Lapane et al. (2022) reveló una prevalencia media del 36% al 71% en las residencias, una variabilidad en la prevalencia que podría atribuirse a las diferentes herramientas de medición que han sido utilizadas en los estudios (12). En Alemania, Just et al. (2022), reportó un 37% de alta soledad tanto en la población que se encuentra hospitalizada como la población residente de centros de larga estancia (13). Gardiner et al (2020) estimó una prevalencia del 61% de soledad moderada y un 35% de soledad severa en residencias de

ancianos (15). En los estudios que se realizaron en España, Garcés Fuertes et al. (2021) obtuvo una alta prevalencia, siendo un 68,3% de soledad conyugal y existencial de los ancianos de las residencias (17) y Lorén López et al. (2024) un 97% de soledad en una residencia rural en específico, siendo un 69% de soledad moderada y un 28% de soledad severa, en este último caso (18).

Shanshan et al. (2021) estudiaron cómo era la soledad en las residencias de ancianos chinas, aunque no se centraron tanto en la prevalencia de la soledad, sino en cómo afectaba a su bienestar (29,8% efecto negativo de la soledad sobre el bienestar) (16). En el artículo de Sánchez-Moreno et al. (2023) se encontró una prevalencia del 44,5% de soledad en los adultos mayores que se encontraban en residencias en comparación con un 15,4% en personas que actualmente se encuentran viviendo con su pareja (15,4%) (24).

8.5. Factores asociados a la soledad no deseada

En la revisión de los estudios, se observa que diversos factores van asociados a la soledad no deseada en los ancianos, principalmente, los que se encuentran en residencias.

- Factores demográficos. Hubo dos estudios donde se observó un aumento de la soledad dependiendo del estado civil, donde, el hecho de estar soltero/a y ser viudo/a, en concreto en el caso de las mujeres, aumentaba notoriamente la soledad en el adulto mayor (13, 18). En un estudio se sugirió que uno de los motivos de aumento de soledad preocupante, en las residencias de ancianos, podría darse en un mejor equilibrio de género y al haber residentes más jóvenes, aunque necesita más investigación que refuerce este resultado (15). En un estudio, también se identificaron factores los ingresos bajos y el origen rural como elementos que impactan negativamente el bienestar, lo que a su vez se relaciona con la soledad no deseada (16).
- Factores relacionados con la salud. Se observó que sufrir un estado deprimido es un factor asociado a la soledad (11). En otro estudio se destacó cómo la soledad y la depresión estaban muy vinculadas a la ideación suicida y la fragilidad de esta población (12). Relacionado con lo anterior, se encontró que la depresión (medida con las escalas GSD-5 y GSD-15), el bajo bienestar (medida con la escala OMS-5) y la gravedad de la enfermedad mental (medida con la escala CGI) del anciano eran factores predictores de la soledad de esta población (13, 24). También se observó la

existencia de una relación negativa entre la autoaceptación del anciano, la soledad y el bienestar subjetivo de este (16).

- Factores sociales. Se observó en un estudio que el apoyo social y la participación de esta población en actividades, en concreto grupales, influían en el efecto de la soledad en la salud, disminuyéndola (12). Relacionado con las actividades, en el estudio de Garcés Fuertes et al. (2021) se pudo contemplar correlaciones bastante específicas entre la participación del anciano en actividades externas y cómo este sentía la soledad desde la visión social y existencial (17), al igual que en el estudio de Lorén López et al. (2024) donde se encontró que, por parte de la población anciana, existía una falta de participación en actividades relacionadas con la terapia ocupacional, aumentando así la soledad de estos (18). Se contempló y analizó que un bajo número de visitas por parte de los familiares se asociaba con un descenso en el bienestar del anciano, comprobando que estaba relacionado indirectamente con la soledad (16, 18). Además, el aislamiento social, evaluado en algunos estudios por la Escala de Redes Sociales de Lubben, también se identificó como un factor importante asociado a la soledad (21,22).
- Factores relacionados con la residencia en centros de estancia de largo plazo. En los estudios de Garcés Fuertes et al. (2021) y Lorén López et al. (2024), se encontró una relación significativa entre el tiempo de institucionalización y el aumento de la sensación de soledad (17, 18).
- Perspectivas cualitativas. Zhang et al. (2023) en su estudio destacó que la pérdida, la institucionalización, una pérdida en la autonomía y el aislamiento social aumentan la soledad, provocando a mayores, un dolor emocional (14). Larsson et al. (2023) examinó una mayor prevalencia de soledad asistencial en residencias a la que se asoció una convivencia forzada y la falta de privacidad y observar el sufrimiento de otros residentes (23).

8.6. Intervenciones para la soledad (hallazgos de revisiones)

En varias revisiones sistemáticas se observa la efectividad que tuvieron la aplicación de intervenciones para disminuir la soledad de las personas mayores. Bermeja et al. (2017) identificó que la terapia de reminiscencias, las videollamadas familiares y los talleres de jardinería resultaban efectivos para reducir la soledad (19). Fakoya et al. (2020) indicó que las intervenciones grupales, a diferencia de las individuales, eran más efectivas en

residencias y comunidades. En cuanto a la implementación de videollamadas, se obtuvieron resultados mixtos en los hospitales (21). Hoang et al. (2022) comprobó que la terapia con animales y las videollamadas podrían tener mejores resultados en cuanto a la disminución de la soledad en residencias de ancianos (22) aunque Noone et al. (2020) no encontró una reducción significativa en cuanto a la implementación de las videollamadas para disminuir la soledad (20) al igual que Follmann et al. (2021), en el escenario de la pandemia por el COVID-19, que observó que las videollamadas, gracias al robot Temi, sí que provocaron una disminución en los hospitales geriátricos, pero no en las residencias (25). Estos hallazgos indican que hay oportunidades para crear intervenciones que podrían ser facilitadas o complementadas por programas de voluntariado, como son las actividades en grupo y el apoyo en el uso de la tecnología para hacer videollamadas.

9. DISCUSIÓN

En esta revisión sistemática, el objetivo principal fue analizar la evidencia científica disponible sobre la soledad no deseada en el anciano hospitalizado e institucionalizado, con el fin de actualizar los conocimientos del personal de enfermería y facilitar la futura creación e implementación de programas de voluntariado para su reducción. Aunque, al analizar este objetivo, observamos que la evidencia encontrada se centra más en intervenciones generales como son la terapia en grupo (19, 21) y las tecnologías, como las videollamadas (19, 20, 22, 25) para influir en la disminución de la soledad. Esto revela una discrepancia importante: a pesar de que existen iniciativas como Soledad 0- Vida 10 (ver anexo III) que están activos en España, ninguno de los estudios incluidos evalúa la influencia experimental en entornos hospitalarios y residenciales.

Estos hallazgos indican una prevalencia significativa y fluctuante de la soledad no deseada en las personas mayores que se encuentran hospitalizadas e institucionalizados, lo que destaca la importancia de abordar este gran problema de salud cuanto antes (11-13, 15, 17, 18, 24). Esta variabilidad puede deberse a las herramientas utilizadas para la medición de la soledad no deseada (como son las Escalas de soledad de UCLA (12, 13, 15, 16, 19-22), de De Jong Gierveld (12, 15, 19, 21, 22, 24) y ESTE-R/II (17, 18)), las muestras de población estudiadas (residentes de diferentes tipos de centros de ancianos de estancia a largo plazo (11, 12, 14-25), pacientes hospitalizados (13, 21, 23, 25)),

comparación con la comunidad (21-24) y los diferentes contextos geográficos y culturales de los estudios analizados.

Acerca de los factores asociados, la revisión de los estudios destacó la depresión (11-13, 24), el estado civil (más en viudas que en solteros/as) (13, 18) y el tiempo que llevan institucionalizados como los elementos más relacionados que aumentan o mantienen esa soledad no deseada (17, 18). Estos hallazgos revelan que la soledad en el anciano hospitalizado e institucionalizado es un potencial problema de salud influenciado por factores psicológicos (11-14, 16, 23, 24), sociales (12-14, 16-18, 23) y contextuales (13-18, 23, 24). Al realizar la revisión se observó la escasez de artículos que analizan y observan cuál sería la influencia de un programa de voluntariado bien estructurado en la soledad del anciano hospitalizado e institucionalizado. Sin estudios que evalúen directamente este tipo de programas, nos falta una pieza clave para en un futuro poder crear e implementar iniciativas para reducir este tipo de soledad en esta población.

Las intervenciones observadas en los artículos revisados incluían terapia de reminiscencia (19, 21), actividades grupales (19, 21), el uso de tecnología (videollamadas) (19, 20-22, 25) y la terapia con animales (22). Estas intervenciones tenían como objetivo conseguir una disminución significativa de la soledad, pero en ningún artículo se plantea la implementación o evaluación de un programa de voluntariado como una intervención para la disminución de la soledad. Como se ha visto, en ciertos artículos se observa la efectividad que tiene las intervenciones grupales (21) y las videollamadas con familiares (22, 25) lo cual nos podría sugerir, de manera indirecta, que las interacciones sociales con voluntarios podrían tener resultados beneficiosos.

9.1. Comparación con otros estudios.

Los hallazgos sobre la prevalencia de la soledad en el anciano hospitalizado e institucionalizado coinciden con la literatura existente, donde los estudios muestran que es común encontrarnos con altas tasas de soledad en esta población vulnerable (11-13, 15, 17, 18, 24). Que la soledad esté ligada a factores como son la depresión y la falta de apoyo social es un hecho que ya se ha visto antes (26) lo que demuestra que es un problema con múltiples aspectos complejos.

Sin embargo, al comparar nuestros resultados con una literatura más amplia, nos encontramos con una contradicción importante: las terapias grupales y las tecnologías, han sido bastante estudiadas (19-22, 25). Casi no hay estudios que analicen el impacto que tendrían los programas de voluntariado en residencias u hospitales para esta población. Esta brecha de investigación puede deberse a los siguientes factores:

1. Se le da más prioridad a la investigación de soluciones tecnológicas en lugar de las soluciones que puede ofrecer el factor humano.
2. Resulta compleja la realización de un programa de voluntariado bien estructurado para este tipo de población en concreto

Llama la atención que, aunque no se hayan encontrado una amplia variedad de estudios, existan iniciativas, a nivel español, como es la de “Soledad 0 – Vida 10” o “Cáritas” (ver Anexo III) que demuestren que la puesta en práctica de este voluntariado es viable y bien recibido en España. Nuestro objetivo es conectar estas partes, para en un futuro poder crear un programa de voluntariado que se base en lo positivo de las intervenciones sociales (actividades y terapias en grupo (19, 21)) adaptándolo a esta población.

9.2. Implicación para la práctica enfermera.

Tras realizar esta revisión sistemática, los hallazgos que hemos obtenido presentan importantes implicaciones para el papel profesional enfermero en el contexto de las personas adultas que se encuentran hospitalizadas e institucionalizadas. La alta tasa de soledad no deseada (del 36%-97%) obtenida en los estudios analizados (11-13, 15, 17, 18, 24), desvela la necesidad de realizar una intervención clínica bien estructurada y basada en la evidencia.

Desde la perspectiva del papel de la enfermera, se reconocen 3 ámbitos de actuación primaria:

1. Detección sistemática: Implementar de manera rutinaria escalas validadas (UCLA (12, 13, 15, 16, 19-22), De Jong Gierveld (12, 15, 19, 21, 22, 24)) en el proceso de ingreso y seguimiento de esta población en los diferentes contextos ya mencionados. La elaboración de protocolos específicos para los grupos de riesgo nombrados (mujeres viudas (18), pacientes con deterioro cognitivo (13) o de larga estancia (17, 18)). Registrar los resultados en las historias clínicas electrónicas de esta población.

2. Intervenciones basadas en la evidencia. Realizar y poner en práctica programas de acompañamiento que enlacen las intervenciones individualizadas (como puede ser el apoyo emocional individual) con las actividades en grupo (la terapia de reminiscencia (19, 21) y los talleres ocupacionales (19, 21)), el uso de las tecnologías (videollamadas familiares con voluntario que actúe como guía (19, 20-22, 25) y terapia con animales (22)). Realizar un plan personalizado para cada anciano donde se tenga en cuenta el tiempo que lleva institucionalizado u hospitalizado (17, 18), el nivel de autonomía que conserva y los antecedentes de salud mental (11-13) y la evolución de estos.
3. Coordinación y evaluación. Es necesario tener personal enfermero que tenga una formación específica para este tipo de población como son la detección precoz de los signos de alarma manejar buenas técnicas de comunicación terapéutica y saber gestionar situaciones complejas. Si se llega a poder implementar las escalas válidas, se deberían de establecer unos indicadores de resultados con el fin de reducir la puntuación en escalas de soledad. Y, como en todos los ámbitos sanitarios, que haya una coordinación multidisciplinar con servicios sociales y la salud mental (11-13).

A pesar de la escasa evidencia específica sobre los programas de voluntariado en esta población, experiencias como “Soledad 0 – Vida 0” o “Programa de Cáritas” (ver Anexo III) confirman su posibilidad en la práctica. Estos modelos indican que la capacidad de que puedan ser eficaces estas intervenciones podría deberse a la estandarización de programas, una formación especializada en este tipo de población, la supervisión profesional continua y evaluación de resultados durante su estancia.

Las principales barreras encontradas (limitación de recursos, falta de personal cualificado...) podrían superarse gracias a programas pilotos en centros de referencia, colaboraciones con academias y con las incorporaciones de planes de calidad en las residencias. Esta revisión demuestra la necesidad urgente de investigación que pueda evaluar la efectividad de los programas de voluntariado en la soledad no deseada (12, 15). En este caso, el papel fundamental que desarrolla la enfermería, en esta población, se caracteriza por la detección precoz de la soledad (11-13, 15-18, 24), el diseño e implementación de intervenciones (19-22, 25) donde se realice una evaluación de esos resultados y una coordinación entre el personal implicado (16, 23).

9.3. Fortalezas y limitaciones de nuestra revisión

Tabla 3: fortalezas y limitaciones encontradas en la revisión sistemática

FORTALEZAS	- <u>Población específica</u>: los ancianos, que se encuentran hospitalizados e institucionalizados (11-25). - Estudio de un <u>problema de salud importante en la actualidad</u>: la soledad no deseada (11-25). - <u>Amplia cobertura geográfica</u>: nos permite una visión a nivel mundial de este problema de salud (Europa (11, 13, 15, 17-20, 23-25), EE.UU (12, 21, 22) y Asia (12, 14, 16)). - Se ha obtenido una visión general del <u>conocimiento actual</u> que existe sobre la prevalencia (11-13, 15, 17, 18, 24), los factores asociados (11-14, 16-18, 23, 24) y las intervenciones para evitar la soledad (19-22, 25). - <u>Enfoque multidisciplinar</u>. Al comparar la evidencia obtenida en estudios cuantitativos (11-13, 15-22, 24, 25) y cualitativos (14, 23), hemos obtenido una mejor comprensión de la soledad en esta población. - <u>Aplicabilidad clínica</u>: Los resultados obtenidos enriquecen el papel activo de las enfermeras en la prevención, detección precoz (11-13, 15, 17, 18, 24) e intervención (19-22, 25), proporcionando bases para futuros programas de voluntariado y la investigación de estos.
LIMITACIONES	- <u>Ausencia de estudios de programas de voluntariado específicos para este tipo de población</u> (11-25). La mayoría se centró en la prevalencia (11-13, 15, 17, 18, 24) y los factores asociados (11-13, 15, 17, 18, 24), en lugar de la aplicación de programas de voluntariado. - <u>Falta de seguimiento a largo plazo</u>. La mayoría de las intervenciones de los estudios demostraban la efectividad de estos a corto plazo (19, 20). - <u>Instrumentos de medición diversos</u>: Aunque la escala de soledad UCLA (12, 13, 15, 16, 19-22) es la más utilizada, en algunos estudios se emplearon preguntas directas (11, 15) o escalas diferentes, como son la Escala de De Jong Gierveld (12, 15, 19, 21, 22, 24) y la Escala de ESTE-R/II (17, 18), entre otras escalas, lo que puede afectar la solidez de los resultados.

9.4. Futura línea de investigación.

En base a las limitaciones encontradas y la falta de información en los estudios existentes, se proponen cuatro líneas de investigación para abordar la soledad no deseada no ancianos que residen en instituciones y hospitales.

1. **Evaluación de iniciativas voluntarias con personal de enfermería** comprometido, mediante estudios aleatorizados que puedan comparar programas donde la enfermería lidera la identificación sistemática (con escalas válidas como es la UCLA (12, 13, 15, 16, 19-22)) y se encarga de la gestión de los voluntarios frente modelos de autogestión por ONGs, que valoren el impacto que tiene la soledad, la depresión (GDS-5 y GDS-15 (13, 24)) y sus costes.
2. **Tele-voluntariado en escenarios de alta rotación**, creando estudios cuasi-experimentales que evalúen la efectividad de las videollamadas con voluntarios cualificados en comparación con el apoyo directo y presencial en hospitales geriátricos, valorando las barreras de la tecnología e identificando el perfil de la población beneficiada (19, 20, 22, 25).
3. **Análisis de factores claves en los programas españoles ya existentes**, combinando metodologías mixtas como son las entrevistas a los voluntarios, enfermeras y la población participante del programa “Soledad 0 – Vida 10” (ver Anexo III), junto a estudios nacionales que evalúen la regularidad de las actividades, cuán cualificados están los voluntarios y la coordinación entre todos (17-19, 24).
4. **Estudios de coste-efectividad institucional**, evaluando datos clínicos (uso de psicofármacos, padecer depresión (11-13, 24) y quejas físicas) y económicos (costes asociados a visitas médicas u hospitalizaciones) desde una perspectiva retrospectiva en residencias de ancianos con y sin programa de voluntariado estructurado para demostrar la inserción en la cartera de servicios sanitarios públicos.

10. CONCLUSIONES

Esta revisión sistemática demuestra que la soledad no deseada en ancianos hospitalizados e institucionalizados, es un problema de salud pública con una prevalencia preocupante (del 36% al 97%) (11-13, 15, 17, 18, 24) y que tiene un impacto significativo en el bienestar físico y emocional (11-13, 16, 22, 24). Los resultados destacan y confirman la necesidad de intervenciones estructuradas y efectivas (19-22, 25) y también revelan una realidad social: La soledad de las personas mayores es un fallo colectivo que refleja la insuficiencia de nuestros servicios de cuidados y atención a esta población.

Los programas de voluntariado, particularmente los basados en grupos (19, 21) y la implicación activa de la enfermería, emergen como estrategias esperanzadoras para

restaurar las redes de apoyo. A pesar de esto, nuestra investigación muestra una paradoja crítica: mientras existen varias iniciativas comunitarias en España (ver Anexo III) y se han realizado pruebas de terapias de reminiscencia (19, 21) o las videollamadas (19-22, 25), faltan investigaciones exhaustivas que evalúen programas de voluntariado estructurado en este tipo de población y contexto (11-25). Esta brecha encontrada entre la evidencia científica y la práctica clínica, requiere de una intervención urgente.

La enfermería cuenta con la oportunidad de poder guiar esta transformación como expertos en primera línea. Pueden:

1. Realizar controles de soledad de manera rutinaria usando escalas válidas (como la de UCLA (12, 13, 15, 16, 19-22) y De Jong Gierveld (12, 15, 19, 21, 22, 24))
2. Diseñar programas de apoyo físico y emocional que combinen el voluntariado con las intervenciones grupales (como son las intervenciones grupales (19, 21))
3. Impulsar políticas institucionales donde se dé prioridad al bienestar emocional y no solo se trate el mero cuidado físico (11-13, 16, 22, 24).

Los futuros estudios deberían complementar el saber académico con el enfoque social revolucionario:

- Se debería involucrar a esta población en la creación de intervenciones que van a ser destinadas para ellos (14, 23).
- Análisis de coste-beneficio donde se demuestre que el invertir en el gasto para conexión social va a provocar una reducción en gastos para la salud mental y fármacos (12).
- Asociaciones comunitarias en donde se puedan vincular los hospitales y residencias con universidades, ONGs y redes locales (19, 21).

10.1. Reflexión final

Lidiar con la soledad no deseada no solo es un problema clínico (11-13, 16, 22, 24), sino una necesidad moral. Cada cifra de prevalencia oculta el rostro de personas reales: personas que recopilan historias, conocimientos y respeto, pero el sistema los trata como “casos” en lugar de vecinos. Los programas de voluntariado bien estructurados pueden actuar como enlaces hacia una sociedad más empática, donde envejecer no signifique ser invisible. La enfermería, con su visión integral (12, 17, 18, 23), está llamada a ser el constructor de estos enlaces.

15. BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Social isolation and loneliness [Internet]. Geneva: WHO; [date unknown] [cited 2025 May 18]. Available from: <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/social-isolation-and-loneliness>
2. Real Academia Española. Soledad [Internet]. Madrid: RAE; [date unknown] [cited 2025 May 18]. Available from: <https://dle.rae.es/soledad>
3. Stefanacci RG. Introducción al envejecimiento [Internet]. Manual MSD (versión para público general). 2024 Apr [citado 2025 May 18]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/salud-de-las-personas-de-edad-avanzada/envejecimiento-del-organismo/introducción-al-envejecimiento>
4. Junta de Castilla y León. Plan de Acción de Castilla y León contra la soledad no deseada y el aislamiento social 2022-2025 [Internet]. Valladolid: Junta de Castilla y León; [date unknown] [cited 2025 May 18]. Available from: <https://serviciossociales.jcyl.es/web/es/plan-accion-castilla-leon.html>
5. Moreno Toledo AF. El suicidio en el anciano institucionalizado. Alcmeon, Rev Argent Clin Neuropsiquiatr. 2011 Oct;17(2):162-8.
6. Instituto Nacional de Estadística (INE). Mujeres y hombres en España [Internet]. Madrid: INE; 2024 [updated 2024 Feb 20; cited 2025 Feb 13]. Sección 4.1: Esperanza de vida. Available from: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=125473511067_2
7. Beridze G, Ayala A, Ribeiro O, Fernández-Mayoralas G, Rodríguez-Blázquez C, Rodríguez-Rodríguez V, Rojo-Pérez F, Forjaz MJ, Calderón-Larrañaga A. Are Loneliness and Social Isolation Associated with Quality of Life in Older Adults? Insights from Northern and Southern Europe. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2020 Nov 20;17(22):8637. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph17228637>
8. Nielsen L. Social isolation, loneliness in older people pose health risks [Internet]. Bethesda (MD): National Institute on Aging; [date unknown] [cited 2025 May 18]. Available from: <https://www.nia.nih.gov/news/social-isolation-loneliness-older-people-pose-health-risks>
9. Jiménez Rodríguez JM. La soledad no deseada en España: un problema para la gestión de la Salud Pública y los cuidados familiares. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2024 Mar 20 [actualizado 2024 Abr 18; citado 2025 Mayo 18];98:e202403025. Disponible en: <https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/203>.
10. Zotero [Internet]. [lugar desconocido]: Corporation for Digital Scholarship; [fecha desconocida] [citado 2025 Mayo 18]. Disponible en: <https://www.zotero.org>
11. Jansson AH, Savikko N, Kautiainen H, Roitto HM, Pitkälä KH. Changes in prevalence of loneliness over time in institutional settings, and associated factors. Arch Gerontol Geriatr. 2020;89:104043. doi: 10.1016/j.archger.2020.104043
12. Lapane KL, McPhillips E, Barooah A, Yuan Y, Dube CE. Health effects of loneliness and social isolation in older adults living in congregate long term care settings: a systematic review of quantitative and qualitative evidence. Arch Gerontol Geriatr [Internet]. 2022;102:104728. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104728>
13. Just SA, Seethaler M, Sarpeah R, Waßmuth N, Bermpohl F, Brandl EJ. Loneliness in elderly inpatients. Psychiatr Q [Internet]. 2022;93(4):1017-30. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11126-022-10006-7>
14. Zhang D, Lu Q, Li L, Wang X, Yan H, Sun Z. Loneliness in nursing homes: a qualitative meta-synthesis of older people's experiences. J Clin Nurs [Internet]. 2023;32(19-20):7062-75. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jocn.16842>
15. Gardiner C, Laud P, Heaton T, Gott M. What is the prevalence of loneliness amongst older people living in residential and nursing care homes? A systematic review and meta-analysis. Age Ageing [Internet]. 2020;49(5):748-57. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa049>
16. Li S, Zhang X, Luo C, Chen M, Xie X, Gong F, et al. The mediating role of self-acceptance in the relationship between loneliness and subjective well-being among the elderly in nursing home: a cross-sectional study. Medicine [Internet]. 2021;100(40):e27364. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000027364>
17. Garcés Fuertes P, García Velarte M, Barcelona Blasco C, García García LR, Millán Duarte Y, García Sacramento AC. Soledad subjetiva en el anciano institucionalizado. Revista Sanitaria de Investigación [Internet]. 2021 Nov 8; 2(11). Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/soledad-subjetiva-en-el-anciano-institucionalizado/>
18. Lorén López MP, López Español A, Moreno Nágera PJ, Nájera Lérica M, Gimeno Aguilar A, García Gracia R. Estudio sobre la percepción de la soledad en pacientes geriátricos institucionalizados [Internet]. Rev Sanitaria de Investigación. 2024;5(9). Disponible en:

- <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/estudio-sobre-la-percepcion-de-la-soledad-en-pacientes-geriatricos-institucionalizados/>
19. Bermeja AI, Ausín B. Programas para combatir la soledad en las personas mayores en el ámbito institucionalizado: una revisión de la literatura científica. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2018;53(3):155-64. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-programas-combatir-soledad-personas-mayores-S0211139X17301282>
 20. Noone C, McSharry J, Smalle M, Burns A, Dwan K, Devane D, et al. Video calls for reducing social isolation and loneliness in older people: a rapid review. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2020 May 21;5(7):CD013632. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013632>
 21. Fakoya OA, McCorry NK, Donnelly M. Loneliness and social isolation interventions for older adults: a scoping review of reviews. *BMC Public Health* [Internet]. 2020 Feb 28;20(1):129. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8251-6>
 22. Hoang P, King JA, Moore S, et al. Interventions associated with reduced loneliness and social isolation in older adults: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2022 Oct 17;5(10):e2236676. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.36676>
 23. Larsson H, Beck I, Blomqvist K. Perspectives on existential loneliness: narrations by older people in different care contexts. *Int J Qual Stud Health Well-being* [Internet]. 2023;18(1):2184032. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/17482631.2023.2184032>
 24. Sánchez-Moreno E, Gallardo-Peralta L, Barrón López de Roda A, Rivera Álvarez JM. Socioeconomic status, loneliness, and depression among older adults: a cross-sectional study in Spain. *BMC Geriatr* [Internet]. 2024;24(1):361. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12877-024-04978-3>
 25. Follmann A, Schollemann F, Arnolds A, Weismann P, Laurentius T, Rossaint R, et al. Reducing loneliness in stationary geriatric care with robots and virtual encounters-A contribution to the COVID-19 pandemic. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021;18(9):4846. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph18094846>
 26. Dahlberg, L., McKee, K. J., Frank, A., & Naseer, M. (2022). A systematic review of longitudinal risk factors for loneliness in older adults. *Aging & Mental Health*, 26(2), 225–249. <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1876638>
 27. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, Shamseer L, Tetzlaff JM, Akl EA, Brennan SE, Chou R, Glanville J, Grimshaw JM, Hróbjartsson A, Lalu MM, Li T, Loder EW, Mayo-Wilson E, McDonald S, McGuinness LA, Stewart LA, Thomas J, Tricco AC, Welch VA, Whiting P, Moher D. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021 Mar 29;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71.
 28. Santillán A. Nuevos niveles de evidencia y grados de recomendación JBI. *Enfermería Basada Evidencias (EBE)* [Internet]. 2015 Jun 01 [citado 2025 May 21]. Disponible en: <https://evidencia.com/archivos/2099>
 29. Peplau LA. Loneliness Research [Internet]. Los Angeles: UCLA Psychology Department; [citado 20 may 2025]. Disponible en: <https://peplau.psych.ucla.edu/loneliness/>
 30. Giraldo-Rodríguez L, Álvarez-Cisneros T, Agudelo-Botero M. Psychometric properties of the 11-item De Jong Gierveld Loneliness Scale in a representative sample of Mexican older adults. *Healthcare (Basel)*. 2023;11(4):489. doi:10.3390/healthcare11040489.
 31. Pralisya DA, Natalya L, Limnord JG, Siaputra IB. Validation of Short Form Social and Loneliness Scale for Adults (SELSA-S) Indonesian Version. *J Educ Health Community Psychol*. 2025;14(1).
 32. The Geriatric Depression Scale (GDS) [Internet]. Hartford, CT: Hartford Institute for Geriatric Nursing; [citado 20 may 2025]. Disponible en: <https://hign.org/consultgeri/try-this-series/geriatric-depression-scale-gds>
 33. Rubio R, Fernández R. Escala de Soledad ESTE II [Internet]. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas; 2009 [citado 20 may 2025]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-este2.pdf>
 34. Organización Mundial de la Salud. Índice de Bienestar OMS (Cinco) (versión 1998) [Internet]. Psychiatric Research Unit, WHO Collaborating Center for Mental Health; 1998 [citado 20 may 2025]. Disponible en: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/oms-\(cinco\)-indice-de-bienestar-\(oms-5\).pdf?sfvrsn=ed43f352_9&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/oms-(cinco)-indice-de-bienestar-(oms-5).pdf?sfvrsn=ed43f352_9&download=true)
 35. Perez AL. Clinical Global Impression Scale (CGI) [Internet]. Carepatron.com; 2024 Jul 23 [citado 20 may 2025]. Disponible en: <https://www.carepatron.com/templates/clinical-global-impression-scale-cgi>
 36. Montales T. Escala de redes sociales de Lubben (LSNS) [Internet]. Carepatron.com; 2024 Ago 30 [citado 20 may 2025]. Disponible en: <https://www.carepatron.com/es/templates/lubben-social-network-scale-lsns>

ANEXOS

ANEXO I: Lista de verificación PRISMA 2020

Sección/tema	Ítem n. 8	Ítem de la lista de verificación	Localización del ítem en la publicación
TÍTULO			
Título	1	Identifique la publicación como una revisión sistemática.	PORTADA
RESUMEN			
Resumen estructurado	2	Vea la lista de verificación para resúmenes estructurados de la declaración PRISMA 2020 (tabla 5).	RESUMEN
INTRODUCCIÓN			
Justificación	3	Describa la justificación de la revisión en el contexto del conocimiento existente.	3
Objetivos	4	Proporcione una declaración explícita de los objetivos o las preguntas que aborda la revisión.	4
MÉTODOS			
Criterios de elegibilidad	5	Especifique los criterios de inclusión y exclusión de la revisión y cómo se agruparon los estudios para la síntesis.	6-7
Fuentes de información	6	Especifique todas las bases de datos, registros, sitios web, organizaciones, listas de referencias y otros recursos de búsqueda o consulta para identificar los estudios. Especifique la fecha en la que cada recurso se buscó o consultó por última vez.	4-6
Estrategia de búsqueda	7	Presente las estrategias de búsqueda completas de todas las bases de datos, registros y sitios web, incluyendo cualquier filtro y los límites utilizados.	4-5
Proceso de selección de los estudios	8	Especifique los métodos utilizados para decidir si un estudio cumple con los criterios de inclusión de la revisión, incluyendo cuántos autores de la revisión cribaron cada registro y cada publicación recuperada, si trabajaron de manera independiente y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	7
Proceso de extracción de los datos	9	Indique los métodos utilizados para extraer los datos de los informes o publicaciones, incluyendo cuántos revisores recopilaban datos de cada publicación, si trabajaron de manera independiente, los procesos para obtener o confirmar los datos por parte de los investigadores del estudio y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	(--)
Lista de los datos	10a	Enumere y defina todos los desenlaces para los que se buscaron los datos. Especifique si se buscaron todos los resultados compatibles con cada dominio del desenlace (por ejemplo, para todas las escalas de medida, puntos temporales, análisis) y, de no ser así, los métodos utilizados para decidir los resultados que se debían recoger.	19-22
	10b	Enumere y defina todas las demás variables para las que se buscaron datos (por ejemplo, características de los participantes y de la intervención, fuentes de financiación). Describa todos los supuestos formulados sobre cualquier información ausente (missing) o incierta.	8-17

Evaluación del riesgo de sesgo de los estudios individuales	11	Especifique los métodos utilizados para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios incluidos, incluyendo detalles de las herramientas utilizadas, cuántos autores de la revisión evaluaron cada estudio y si trabajaron de manera independiente y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	18
Medidas del efecto	12	Especifique, para cada desenlace, las medidas del efecto (por ejemplo, razón de riesgos, diferencia de medias) utilizadas en la síntesis o presentación de los resultados.	(--)
Métodos de síntesis	13a	Describa el proceso utilizado para decidir qué estudios eran elegibles para cada síntesis (por ejemplo, tabulando las características de los estudios de intervención y comparándolas con los grupos previstos para cada síntesis (ítem n. 5)).	18
	13b	Describa cualquier método requerido para preparar los datos para su presentación o síntesis, tales como el manejo de los datos perdidos en los estadísticos de resumen o las conversiones de datos.	(--)
	13c	Describa los métodos utilizados para tabular o presentar visualmente los resultados de los estudios individuales y su síntesis.	8-17
	13d	Describa los métodos utilizados para sintetizar los resultados y justifique sus elecciones. Si se ha realizado un metanálisis, describa los modelos, los métodos para identificar la presencia y el alcance de la heterogeneidad estadística, y los programas informáticos utilizados.	(--)
	13e	Describa los métodos utilizados para explorar las posibles causas de heterogeneidad entre los resultados de los estudios (por ejemplo, análisis de subgrupos, metarregresión).	(--)
	13f	Describa los análisis de sensibilidad que se hayan realizado para evaluar la robustez de los resultados de la síntesis.	(--)
Evaluación del sesgo en la publicación	14	Describa los métodos utilizados para evaluar el riesgo de sesgo debido a resultados faltantes en una síntesis (derivados de los sesgos en las publicaciones).	(--)
Evaluación de la certeza de la evidencia	15	Describa los métodos utilizados para evaluar la certeza (o confianza) en el cuerpo de la evidencia para cada desenlace.	(--)
RESULTADOS			
Selección de los estudios	16a	Describa los resultados de los procesos de búsqueda y selección, desde el número de registros identificados en la búsqueda hasta el número de estudios incluidos en la revisión, idealmente utilizando un diagrama de flujo (ver figura 1)	7
	16b	Cite los estudios que aparentemente cumplían con los criterios de inclusión, pero que fueron excluidos, y explique por qué fueron excluidos.	(--)
Características de los estudios	17	Cite cada estudio incluido y presente sus características.	8-17
Riesgo de sesgo de los estudios individuales	18	Presente las evaluaciones del riesgo de sesgo para cada uno de los estudios incluidos	8-17
Resultados de los estudios individuales	19	Presente, para todos los desenlaces y para cada estudio: a) los estadísticos de resumen para cada grupo (si procede) y b) la estimación del efecto y su precisión (por ejemplo, intervalo de credibilidad o de confianza), idealmente utilizando tablas estructuradas o gráficos.	19-22

Resultados de la síntesis	20a	Para cada síntesis, resuma brevemente las características y el riesgo de sesgo entre los estudios contribuyentes.	18-19, 26
	20b	Presente los resultados de todas las síntesis estadísticas realizadas. Si se ha realizado un metanálisis, presente para cada uno de ellos el estimador de resumen y su precisión (por ejemplo, intervalo de credibilidad o de confianza) y las medidas de heterogeneidad estadística. Si se comparan grupos, describa la dirección del efecto.	(--)
	20c	Presente los resultados de todas las investigaciones sobre las posibles causas de heterogeneidad entre los resultados de los estudios	22
	20d	Presente los resultados de todos los análisis de sensibilidad realizados para evaluar la robustez de los resultados sintetizados	(--)
Sesgos en la publicación	21	Presente las evaluaciones del riesgo de sesgo debido a resultados faltantes (derivados de los sesgos en las publicaciones) para cada síntesis evaluada.	(--)
Certeza de la evidencia	22	Presente las evaluaciones de la certeza (o confianza) en el cuerpo de la evidencia para cada desenlace evaluado.	8-17
DISCUSIÓN			
Discusión	23a	Proporcione una interpretación general de los resultados en el contexto de otras evidencias.	22
	23b	Argumente las limitaciones de la evidencia incluida en la revisión	26
	23c	Argumente las limitaciones de los procesos de revisión utilizados.	26
	23d	Argumente las implicaciones de los resultados para la práctica, las políticas y las futuras investigaciones.	24-27
OTRA INFORMACIÓN			
Registro y protocolo	24a	Proporcione la información del registro de la revisión, incluyendo el nombre y el número de registro, o declare que la revisión no ha sido registrada	(--)
	24b	Indique dónde se puede acceder al protocolo, o declare que no se ha redactado ningún protocolo.	(--)
	24c	Describa y explique cualquier enmienda a la información proporcionada en el registro o en el protocolo.	(--)
Financiación	25	Describa las fuentes de apoyo financiero o no financiero para la revisión y el papel de los financiadores o patrocinadores en la revisión.	(--)
Conflicto de intereses	26	Declare los conflictos de intereses de los autores de la revisión	(--)
Disponibilidad de datos, códigos y otros materiales	27	Especifique qué elementos de los que se indican a continuación están disponibles al público y dónde se pueden encontrar: plantillas de formularios de extracción de datos, datos extraídos de los estudios incluidos, datos utilizados para todos los análisis, código de análisis, cualquier otro material utilizado en la revisión.	(--)

Fuente: Extraído de (2

ANEXO II: NIVEL DE EVIDENCIA DE JBI.

NIVEL 1: Diseños experimentales.

NIVEL 1: Diseños experimentales	TIPO DE ESTUDIO
1.a	revisión sistemática de Ensayos Controlados Aleatorizados (ECA).
1.b	Revisión sistemática de ECA y otros diseños de estudio.
1.c	ECA.
1.d	Pseudo-ECA.

Nivel 2: Diseños cuasi-experimentales.

NIVEL 2 Diseños cuasi - experimentales	TIPO DE ESTUDIO
2.a	Revisión sistemática de estudios cuasi-experimentales.
2.b	Revisión sistemática de estudios cuasi-experimentales y otros diseños de estudio de menor nivel.
2.c	Estudio cuasi-experimental prospectivo controlado.
2.d	Estudio pre-test – post-test o estudio con grupo de control histórico/retrospectivo.

Nivel 3: Diseños observacionales-analíticos.

NIVEL 3 Diseños observacionales - analíticos	TIPO DE ESTUDIO
3.a	Revisión sistemática de estudios de cohortes comparables
3.b	Revisión sistemática de estudios de cohortes comparables y otros diseños de estudio de menor nivel.
3.c	Estudio de cohortes con grupo de control.
3.d	Estudio de casos y controles.
3.e	Estudio observacional sin grupo de control.

Nivel 4: Estudios observaciones-descriptivos.

NIVEL 4 Estudios observacionales - descriptivos	TIPO DE ESTUDIO
4.a	Revisión sistemática de estudios descriptivos.
4.b	Estudio transversal.
4.c	Serie de casos.
4.d	Estudio de caso.

Nivel 5: Opinión de expertos e investigación de laboratorio.

NIVEL 5 Opinión de expertos e investigación de laboratorio.	TIPO DE ESTUDIO
5.a	Revisión sistemática de opinión de expertos.
5.b	Consenso de expertos.
5.c	Investigación de laboratorio / opinión de un solo experto.

Fuente: Extraído de (28)

ANEXO III: Programas de voluntariado en España.

PROGRAMA	DESCRIPCIÓN
Soledad 0 – Vida 10: Acompañamiento en domicilios, hospitales y residencias	Se centra en ayudar a personas mayores de Málaga que están en riesgo de exclusión social y dependencia. Esto se logra a través de visitas domiciliarias, apoyo hospitalario y asistencia en residencias, todo ello facilitado por voluntarios. El programa también incluye actividades que promueven el envejecimiento activo y la alfabetización digital, destinadas a fomentar estilos de vida saludables, tanto física como mentalmente. El programa tiene como objetivo aliviar la soledad y el aislamiento entre los adultos mayores, promover las conexiones intergeneracionales y crear conciencia sobre los desafíos que enfrenta esta población.
Grandes Amigos.	Grandes Amigos ofrecen programas de voluntariado para personas mayores: acompañamiento presencial, acompañamiento telefónico, ocio intergeneracional, Grandes Vecinos, acompañamiento en domicilio, acompañamiento en residencias y acompañamiento en ocasiones puntuales.
Adinkide	Es una organización sin ánimo de lucro cuyos voluntarios ofrecen compañía, apoyo emocional y amistad, compartiendo dos horas a la semana con una persona mayor. El proyecto también ofrece la posibilidad de ser acompañados cuando tienen que acudir a citas médicas o realizar trámites administrativos. Este acompañamiento se complementa también con la organización de actividades grupales de ocio y socialización, como meriendas o visitas culturales, que permiten a la persona mayor ampliar su red de amistades.
Mayores y soledad	Aborda el problema de la soledad no deseada en las personas mayores a través de un programa de voluntariado. Los voluntarios ofrecen acompañamiento y amistad a los mayores, apoyándoles a romper el aislamiento y a sentirse más integrados en la sociedad.
Atención integral personas con enfermedades avanzadas, final de vida y soledad por la fundación “La Caixa”	Se enfoca en mejorar la calidad de vida de las personas que se encuentran en la etapa final de sus vidas y que a menudo experimentan soledad. A través de un enfoque integral, el programa ofrece apoyo emocional, social y espiritual tanto a los pacientes como a sus familias. Esto incluye el acompañamiento de voluntarios capacitados que brindan escucha activa, consuelo y ayuda práctica, contribuyendo a aliviar la sensación de aislamiento y a dignificar el proceso del final de la vida.
Acompañando-T	Es una red de voluntariado cuyo objetivo principal es paliar la soledad no deseada a través de acompañamiento social, emocional y de ocio. Los voluntarios ofrecen su tiempo para acompañar a personas que se sienten solas, brindándoles apoyo emocional, participando en actividades sociales y de ocio conjuntas, y creando vínculos de amistad. La iniciativa busca

	construir una red de apoyo que contribuya a mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas afectadas por la soledad.
Voluntarios de la sociedad San Vicente de Paúl	Estos se identifican con brazaletes verdes y ofrecen acompañamiento a personas solas que se encuentran hospitalizadas en el hospital Reina Sofía de Córdoba. Su labor consiste en brindar compañía, apoyo emocional y hacer más llevadera la estancia hospitalaria a aquellos pacientes que no tienen visitas o se sienten solos.
Programa de Cáritas para prevenir y aliviar la soledad de las personas mayores.	Cáritas desarrolla diversas acciones y proyectos para prevenir y aliviar la soledad no deseada en las personas mayores. Sus iniciativas incluyen el acompañamiento de voluntarios, la creación de espacios de encuentro y socialización, el apoyo emocional y la atención a las necesidades específicas de este colectivo. El objetivo es fomentar la participación social, fortalecer las redes de apoyo y mejorar la calidad de vida de las personas mayores que sufren soledad.

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO IV: ESCALAS MENCIONADAS

1. Escala de Soledad UCLA

Es uno de los instrumentos más reconocidos y utilizados a nivel mundial para medir la soledad subjetiva y la percepción de aislamiento social. Fue desarrollada por Daniel Russell y sus compañeros en la Universidad de California, Los Ángeles (UCLA), y ha evolucionado a lo largo de los años en diversas versiones (12, 13, 15, 16, 19-22).

4 indicates "I have felt this way often."
3 indicates "I have felt this way sometimes." 2 indicates "I have felt this way rarely."
1 indicates "I have never felt this way."

		Never	Rarely	Sometimes	Often
1	I feel in tune with the people around me	1	2	3	4
2	I lack companionship	1	2	3	4
3	There is no one I can turn to	1	2	3	4
4	I do not feel alone	1	2	3	4
5	I feel part of a group of friends	1	2	3	4
6	I have a lot in common with the people around me	1	2	3	4
7	I am no longer close to anyone	1	2	3	4
8	My interests and ideas are not shared by those around me	1	2	3	4
9	I am an outgoing person	1	2	3	4
10	There are people I feel close to	1	2	3	4
11	I feel left out	1	2	3	4
12	My social relationships are superficial	1	2	3	4
13	No one really knows me well	1	2	3	4
14	I feel isolated from others	1	2	3	4
15	I can find companionship when I want it	1	2	3	4
16	There are people who really understand me	1	2	3	4

Fuente: Extraído de (29).

2. Escala de Soledad de De Jong Gierveld

Herramienta muy reconocida y utilizada para medir la soledad, desarrollada por Jenny de Jong Gierveld en los Países Bajos. Esta es conocida por su capacidad para diferenciar entre soledad emocional y soledad social (12, 15, 19, 21, 22, 24).

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

Corrección

La escala contiene 11 ítems, cuyas alternativas de respuestas varían de 1=no; 2= más o menos, 3= sí. De acuerdo con recomendaciones de los autores originales de la escala, para el cálculo de las puntuaciones de soledad, las respuestas deben dicotomizarse, consignando un punto a las respuestas más o menos o no de los ítems 1, 4, 7, 8 y 11 (ítems inversos), mientras que en los ítems restantes se consigna un punto si se responde más o menos o sí. De esta forma, la escala oscila entre ausencia de soledad hasta 11 (soledad máxima).

Fuente: Extraído de (30).

3. Escala ESTE-R y ESTE-II

Instrumentos de medición de la soledad, desarrollados en España para ancianos. Estas escalas buscan una aproximación más contextualizada a la realidad española del envejecimiento.

La escala ESTE-R comprende 34 Items (17) mientras que la escala ESTE-II es una versión más específica, de esta primera, con 15 ítems (18).

ESCALA ESTE-R

Ítems	Componente			
	1	2	3	4
31. Me siento solo	0.76			
29. Siento que a medida que me voy haciendo mayor, se ponen las cosas peor para mí	0.75			
27. Me siento aislado	0.75			
28. Siento que no soy interesante	0.70			
24. Siento que no le importo a nadie	0.69			
21. Me siento aislado, sin apoyo, sin comprensión cuando cuento mis problemas	0.66			
26. Estoy preocupado porque no puedo confiar en nadie	0.64			
23. Me siento solo cuando estoy con mi familia	0.63			
30. Me molestan más ahora las cosas pequeñas que antes	0.61			
25. Lo que es importante para mí no parece importante para los demás	0.60			
34. Tengo miedo de muchas cosas	0.55			
33. Siento que la vida no merece la pena de ser vivida	0.55			
32. Siento que conforme me voy haciendo mayor, soy menos útil	0.53			
12. Tengo un compañero sentimental que me da el apoyo que necesito		0.91		
13. Tengo a alguien que llena mis necesidades emocionales		0.90		
11. Estoy enamorado(a) de alguien que me ama		0.90		
14. Contribuyo a que mi pareja sea feliz		0.87		
10. Tengo una pareja que quiere compartir su vida conmigo		0.86		
16. Mis amigos entienden mis intenciones y opiniones			0.85	
20. Tengo amigos con los que comparto mis opiniones			0.84	
18. Podría contar con amigos si necesitara ayuda			0.79	
7. Tengo amigos a los que recurrir cuando necesito consejo			0.67	
17. Me gusta la gente con la que salgo			0.67	
19. Me siento satisfecho con los amigos que tengo			0.64	
15. Tengo amigos con quien compartir			0.63	
6. Me encuentro a gusto con la gente			0.53	
8. Mis amigos y familiares realmente me entienden				0.13
5. Siento que pertenezco a mi familia				0.74
3. Alguien de mi familia me presta apoyo				0.73
4. Me preocupo por mi familia				0.62
22. Me siento cercano a mi familia				0.58
2. Alguien de mi familia se preocupa por mí				0.53
9. Mi familia es importante para mí				0.50
1. Tengo personas apreciadas cerca de mí				0.43

Fuente: Extraído de (31).

ESCALA ESTE-II

Factor 1: Percepción de apoyo social	Siempre	A veces	Nunca
1. ¿Tiene a alguien con quien puede hablar de sus problemas cotidianos?	0	1	2
2. ¿Cree que hay personas que se preocupan por usted?	0	1	2
3. ¿Tiene amigos o familiares cuando le hacen falta?	0	1	2
4. ¿Siente que no le hacen caso?	2	1	0
5. ¿Se siente triste?	2	1	0
6. ¿Se siente usted solo?	2	1	0
7. ¿Y por la noche, se siente solo?	2	1	0
8. ¿Se siente querido?	0	1	2

Factor 2: Uso de nuevas tecnologías	Siempre	A veces	Nunca
9. ¿Utiliza usted el teléfono móvil?	0	1	2
10. ¿Utiliza usted el ordenador (consola, juegos de la memoria)?	0	1	2
11. ¿Utiliza usted Internet?	0	1	2

Factor 3: Índice de participación social subjetiva	Siempre	A veces	Nunca
12. Durante la semana y los fines de semana ¿le llaman otras personas para salir a la calle?	0	1	2
13. ¿Le resulta fácil hacer amigos?	0	1	2
14. ¿Va a algún parque, asociación, hogar del pensionista donde se relacione con otros mayores?	0	1	2
15. ¿Le gusta participar en las actividades de ocio que se organizan en su barrio/pueblo?	0	1	2

Puntuación en soledad social: _____ puntos.

Fuente: Extraído de (31).

4. SELSA-S

La Escala de Soledad Social y Emocional para adultos es un instrumento de medición de la soledad con un enfoque multidimensional, basándose en la distinción de la soledad propuesta por Robert Weiss (1973). La Escala SELSA-S es una versión abreviada cuyo objetivo es evaluar la experiencia subjetiva de la soledad en adultos, distinguiendo entre soledad social, soledad familiar y soledad romántica (19).

Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni desacuerdo ni acuerdo	Un poco de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

Afirmaciones	Respuestas						
1. Me siento solo cuando estoy con mi familia	1	2	3	4	5	6	7
2. Me siento parte de un grupo de amigos	1	2	3	4	5	6	7
3. Tengo una pareja con quien comparto mis pensamientos y sentimientos más íntimos	1	2	3	4	5	6	7
4. No hay nadie en mi familia con quien pueda contar para que me apoye y estimule, pero me gustaría que lo hubiera	1	2	3	4	5	6	7
5. Mis amigos comprenden mis motivos y mi forma de razonar	1	2	3	4	5	6	7
6. Tengo una pareja que me da todo el apoyo y estímulo que necesito	1	2	3	4	5	6	7
7. No tengo amigos que compartan mis puntos de vista, pero me gustaría tenerlos	1	2	3	4	5	6	7
8. Me siento cercano a mi familia	1	2	3	4	5	6	7
9. Puedo contar con mis amigos para que ayuden	1	2	3	4	5	6	7
10. Desearía tener una relación romántica más satisfactoria	1	2	3	4	5	6	7
11. Me siento parte de mi familia	1	2	3	4	5	6	7
12. Mi familia realmente cuida de mi	1	2	3	4	5	6	7
13. No tengo ningún amigo que me comprenda, pero me gustaría tenerlo	1	2	3	4	5	6	7
14. Tengo una pareja sentimental, y contribuyo a su felicidad	1	2	3	4	5	6	7
15. Tengo una necesidad insatisfecha de una relación romántica íntima	1	2	3	4	5	6	7

Fuente: Extraído de (32).

5. Escala de la depresión GDS-5 y GDS-15

Estas escalas son herramientas estándar en geriatría para evaluar la depresión. La GDS original fue desarrollada por Yesavage y sus colaboradores en 1982 y constaba de 30 ítems (GDS-30). Es una de las herramientas de cribado más utilizadas y validadas para detectar síntomas depresivos en adultos mayores.

La GDS-15 consta de solamente 15 ítems, mientras que la GDS-5 consta de 5 ítems (preguntas en negrita en la imagen) (13, 24).

1. ¿Se siente básicamente satisfecho con su vida?	Si-No*
2. ¿Se aburre con frecuencia?	Si*-No
3. ¿Se siente inútil frecuentemente?	Si*-No
4. ¿Prefiere quedarse en casa en vez de salir y hacer cosas nuevas?	Si*-No
5. ¿Se siente frecuentemente desvalido o que no vale nada?	Si*-No
.....	
6. ¿Siente que su vida está vacía?	Si*-No
7. ¿Está de buen ánimo la mayor parte del tiempo?	Si-No*
8. ¿Tiene miedo de que algo malo le vaya a pasar?	Si*-No
9. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Si-No*
10. ¿Ha abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	Si*-No
11. ¿Siente que tiene más problemas de memoria que la mayoría?	Si*-No
12. ¿Piensa que es maravilloso estar vivo ahora?	Si-No*
13. ¿Se siente lleno de energía?	Si-No*
14. ¿Siente que su situación es desesperada?	Si*-No
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está mejor que usted?	Si*-No

Sugiere depresión: para 15-GDS un puntaje ≥ 5 ; para 5-GDS, un puntaje ≥ 2 .

Fuente: Extraído de (33).

6. Escala del Bienestar OMS-5

Es un instrumento de autoinforma desarrollado por la OMS para medir el bienestar mental subjetivo y que así pueda servir como herramienta de cribado para la depresión (13).

<i>Durante las últimas dos semanas:</i>	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Más de la mitad del tiempo	Menos de la mitad del tiempo	De vez en cuando	Nunca
1. Me he sentido alegre y de buen humor	5	4	3	2	1	0
2. Me he sentido tranquilo y relajado	5	4	3	2	1	0
3. Me he sentido activo y energético	5	4	3	2	1	0
4. Me he despertado fresco y descansado	5	4	3	2	1	0
5. Mi vida cotidiana ha estado llena de cosas que me interesan	5	4	3	2	1	0

Instrucciones de puntuación.

Para calcular la puntuación, sume las cifras en la esquina superior derecha de los recuadros que usted marcó y multiplique la suma por cuatro.

Usted habrá obtenido una puntuación entre 0 y 100. Mayor puntuación significa mayor bienestar.

Fuente: Extraído de (34).

7. Escala de la Gravedad de la enfermedad, CGI

Es una escala de evaluación clínica que completa un profesional de la salud basándose en su juicio clínico integral sobre el paciente (13).

1. Severity of illness

Considering your total clinical experience with this particular population, how mentally ill is the patient at this time?

- | | |
|---|---|
| ☐ 0 = Not assessed | ☐ 4 = Moderately ill |
| ☐ 1 = Normal, not at all ill | ☐ 5 = Markedly ill |
| ☐ 2 = Borderline mentally ill | ☐ 6 = Severely ill |
| ☐ 3 = Mildly ill | ☐ 7 = Among the most extremely ill patients |

2. Global improvement

Rate total improvement whether or not, in your judgement, it is due entirely to drug treatment. Compared to his condition at admission to the project, how much has he changed?

- | | |
|--|---|
| ☐ 0 = Not assessed | ☐ 4 = No change |
| ☐ 1 = Very much improved | ☐ 5 = Minimally worse |
| ☐ 2 = Much improved | ☐ 6 = Much worse |
| ☐ 3 = Minimally improved | ☐ 7 = Very much worse |

3. Efficacy index

Rate this item on the basis of **drug effect only**. Select the terms which best describe the degrees of therapeutic effect and side effects and record the number in the box where the two items intersect.

EXAMPLE: Therapeutic effect is rated as 'Moderate' and side effects are judged 'Do not significantly interfere with patient's functioning'.

Therapeutic effect		Side effects			
		None	Do not significantly interfere with patient's therapeutic patient's functioning	Significantly interferes with patient's functioning	Outweighs therapeutic effect
Marked	Vast improvement. Complete or nearly complete remission of all symptoms	☐ 01	☐ 02	☐ 03	☐ 04
Moderate	Decided improvement. Partial remission of symptoms	☐ 05	☐ 06	☐ 07	☐ 08
Minimal	Slight improvement which doesn't alter status of care of patient	☐ 09	☐ 10	☐ 11	☐ 12
Unchanged or worse		☐ 13	☐ 14	☐ 15	☐ 16
☐	Not assessed = 00				

Fuente: Extraído de (35).

8. Escala de Redes Sociales de Lubben

Es una herramienta diseñada para evaluar el apoyo social percibido y el riesgo de aislamiento social en adultos mayores. Se enfoca en relaciones con familiares y amigos, analizando tanto el tamaño como la calidad de la red social (21, 22).

Lubben Social Network Scale-Revised (LSNS-R)					
1. How many relatives do you see or hear from at least once a month?					
☐ 0 = No relatives	☐ 1 = One relative	☐ 2 = Two relatives	☐ 3 = Three or four relatives	☐ 4 = Five to eight relatives	☐ 5 = Nine or more relatives
2. How often do you see or hear from the relative with whom you have the most contact?					
☐ 0 = Less than monthly	☐ 1 = Monthly	☐ 2 = Few times a month	☐ 3 = Weekly	☐ 4 = Few times a week	☐ 5 = Daily
3. How many relatives do you feel at ease with that you can talk about private matters?					
☐ 0 = No relatives	☐ 1 = One relative	☐ 2 = Two relatives	☐ 3 = Three or four relatives	☐ 4 = Five to eight relatives	☐ 5 = Nine or more relatives
4. How many relatives do you feel close to such that you could call on them for help?					
☐ 0 = No relatives	☐ 1 = One relative	☐ 2 = Two relatives	☐ 3 = Three or four relatives	☐ 4 = Five to eight relatives	☐ 5 = Nine or more relatives
5. When one of your relatives has an important decision to make, how often do they talk to you about it?					
☐ 0 = Never	☐ 1 = Seldom	☐ 2 = Sometimes	☐ 3 = Often	☐ 4 = Very often	☐ 5 = Always
6. How often is one of your relatives available for you to talk to when you have an important decision to make?					
☐ 0 = Never	☐ 1 = Seldom	☐ 2 = Sometimes	☐ 3 = Often	☐ 4 = Very often	☐ 5 = Always
7. How many of your friends do you see or hear from at least once a month?					
☐ 0 = No friends	☐ 1 = One friend	☐ 2 = Two friends	☐ 3 = Three or four friends	☐ 4 = Five to eight friends	☐ 5 = Nine or more friends
8. How often do you see or hear from the friend with whom you have the most contact?					
☐ 0 = Less than monthly	☐ 1 = Monthly	☐ 2 = Few times a month	☐ 3 = Weekly	☐ 4 = Few times a week	☐ 5 = Daily
9. How many friends do you feel at ease with that you can talk about private matters?					
☐ 0 = No friends	☐ 1 = One friend	☐ 2 = Two friends	☐ 3 = Three or four friends	☐ 4 = Five to eight friends	☐ 5 = Nine or more friends

PUNTUACIÓN: Menos de 30 sugiere aislamiento social.

Fuente: Extraído de (36).