



UNIVERSITAS
Miguel Hernández

MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Curso 2023-2024



Trabajo Fin de Máster

**Intervenciones Psicológicas en Soledad en Personas Mayores desde la Covid19.
Una Revisión Sistemática**

Autora: Zuriñe Sánchez Martín

Tutora: Esther Sitges Maciá

Código de la Oficina de Investigación Responsable: TFM.MPG.ESM.ZSM.231024

Convocatoria: enero 2023

RESUMEN

Introducción: La soledad es la experiencia personal negativa en la que la persona quiere comunicarse con otros, pero a su vez percibe una carencia en las relaciones interpersonales y con la llegada de la pandemia de la Covid-19 ha aumentado la preocupación por el efecto del aislamiento en la soledad y en otros problemas de salud mental. Cada vez es más notable la necesidad de hacer programas de prevención y tratamiento de la soledad.

Objetivos: El primer objetivo planteado fue realizar una búsqueda exhaustiva sobre la soledad y el aislamiento social en personas mayores entre los años 2020-2023, teniendo en cuenta las circunstancias tan excepcionales vividas por la pandemia de la Covid-19. De los resultados obtenidos en la primera parte del estudio, el objetivo de la segunda parte de este trabajo ha sido analizar las intervenciones psicológicas que se han realizado en ese periodo en soledad en personas mayores de 65 años.

Metodología: Revisión sistemática siguiendo el Método PRISMA realizando una búsqueda en las bases de datos PubMed, Scopus, PsycINFO, Science Direct, Redalyc, Scielo y CSIC con el criterio temporal 2020-2023.

Resultados: Se obtuvo un total de 135 referencias para la inclusión de su estudio, resultando válidos 4 estudios finales.

Conclusiones: A pesar de la existencia de intervenciones psicológicas para tratar la soledad en personas mayores, sería necesario, para un abordaje más completo de esta experiencia multidimensional, diseñar programas de intervención que incluyan todos los factores que influyen en ella (psicológicos, físicos e interpersonales) y que los programas sean accesibles económicamente y tecnológicamente para todas las personas.

Palabras Claves / Términos Mesh: soledad, aislamiento social, intervención psicológica, tratamiento, programas de intervención, persona mayor, personas mayores.

ABSTRACT

Introduction: Loneliness is the negative personal experience in which a person wants to communicate with others, but in turn perceives a lack in interpersonal relationships and with the advent of the Covid-19 pandemic there has been increasing concern about the effect of isolation on loneliness and other mental health problems. The need for loneliness prevention and treatment programmes is becoming increasingly apparent.

Objectives: To conduct a comprehensive search on loneliness and social isolation in older people between 2020-2023, taking into account the exceptional circumstances experienced by the Covid-19 pandemic. And on the other hand, to analyze the psychological interventions that have been carried out in this period on loneliness in people over 65 years of age.

Methodology: Systematic review following the PRISMA method, searching the databases PubMed, Scopus, PsycINFO, Science Direct, Redalyc, Scielo and CSIC with the time criteria 2020-2023.

Results: A total of 135 references were obtained for inclusion in the study, thus selecting 4 final articles.

Conclusions: Further research is needed on unwanted loneliness in all age groups, not only in older people. Psychological interventions exist to treat loneliness in older people, but it is necessary to take into account all the factors that influence it (psychological, physical and interpersonal) and that the programmes would be financially and technologically accessible to all people.

Keywords / Mesh Terms: loneliness, social isolation, psychological intervention, therapy, treatment, program, elderly, aged.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, el estudio de la soledad en personas mayores ha alcanzado una gran importancia, tanto por el aumento de su prevalencia, como por las consecuencias negativas que tiene sobre la salud mental y física en este grupo de edad (Hernández-Ascanio et al., 2023).

En España también está ganando relevancia, como vemos en el informe elaborado por El Instituto de Mayores y Servicios Sociales donde se incluyó la soledad no deseada de las personas mayores como tema monográfico haciendo hincapié en promover la socialización y reconocer el papel de las organizaciones que trabajan para tratarla (IMSERSO, 2021). Particularmente en España el envejecimiento de la población comenzó más tarde, pero tuvo un incremento superior a los demás países europeos (Garza-Sánchez et al., 2020); mientras que, en 1981 el 11,2% de la población eran personas mayores de 65 años, en el año 2017 esa cifra aumentó a un 19,2%. Este último dato significa que entre esas décadas la población mayor ha sumado 4.722.769 individuos. Se estima que estas cifras seguirán subiendo hasta 2050 para acabar invirtiendo la pirámide poblacional (IMSERSO, 2021).

La soledad es la experiencia personal negativa en la que la persona quiere comunicarse con otros, pero a su vez percibe una carencia en las relaciones interpersonales (NIC, 2023). Sin embargo, sigue siendo un fenómeno complejo de definir (Bandari et al., 2019). Hay autores que la definen como un sentimiento negativo y subjetivo derivado por la discrepancia entre los deseos personales y las relaciones actuales de cada persona, tanto en términos de cantidad de vínculos como de calidad. En este sentido el sentimiento de soledad depende de las aspiraciones de contacto, de las percepciones y de las valoraciones de los lazos sociales de cada individuo (Nazari et al., 2021).

Hay otros autores que determinan la existencia de dos tipos de soledad. La primera, es la *soledad subjetiva, autopercebida y emocional*, más conocida como no deseada, y que

hace referencia a lo que coloquialmente se define como sentirse solo (aún estando rodeado de otras personas). La segunda, en cambio, es la *soledad objetiva y social*, que es la que se relaciona con el aislamiento social (De Jong Gierveld et al., 2018). En otras palabras, la primera podría ser una experiencia subjetiva y negativa que se siente al valorar como insuficiente los vínculos personales, y la segunda sería una ausencia objetiva de relaciones (Vicente y Sánchez, 2020). Al mismo tiempo hay que tener siempre en cuenta que las personas pueden sentirse solas sin necesariamente estar aisladas socialmente, o pueden experimentar ambas (soledad y aislamiento) o incluso pueden estar socialmente aisladas y no sentirse solas (Valtorta y Hanratty, 2012).

De entre los factores que predicen la soledad encontraríamos el hecho de vivir solo (Santos-Olmo et al., 2022). En el caso de las PAM podemos observar un importante incremento de hogares unipersonales encabezados por estos mismos (Abellán y Pujol, 2016). Es cierto que estar solo o aislado socialmente no es sinónimo de sentirse solo y así lo manifiestan muchas de las personas mayores que viven solas cuando se les pregunta (Donio-Bellegarde y Pinazo-Hernandis, 2018). Aún así, el hecho de vivir solo en la vejez ha sido considerado por muchos investigadores como uno de los principales factores de riesgo de soledad y aislamiento social (Koc, 2012).

Otros factores que pueden influir en que una persona mayor se sienta sola, (Pochintesta, 2021) es que, con el aumento de la edad, hay más probabilidad de experimentar situaciones vitales que hagan que la red social se reduzca, como por ejemplo: el fallecimiento del cónyuge o de alguna persona de su círculo más cercano, la jubilación, los cambios de vivienda a un centro sociosanitario, problemas propios de salud o de algún familiar cercano, la dependencia, o cualquier otro problema familiar que pueda surgir (Donio-Bellegarde y Pinazo-Hernandis, 2018).

En el estudio de María Pilar Castro (2010) *Soledad y envejecimiento: Cómo evitar que este binomio se cumpla* definió los factores personales que pueden producir sentimientos de soledad en el proceso de envejecimiento. El primer factor es la manera en la que la persona entiende sus relaciones y las expectativas que tiene sobre ellas, las cuales muchas veces se pueden llegar a contradecir, por ejemplo: puede ser que se espere más de las relaciones que lo que realmente se da y se recibe. El segundo es la forma que uno tiene de ser, de comportarse y de comunicarse, que, en algún caso, esto podría traer problemas a la hora de mantener relaciones sociales satisfactorias, por ejemplo a causa de falta de habilidades comunicativas, de ansiedad social o la tendencia de la persona a aislarse o a tener miedo al rechazo. El tercer factor es la pérdida de ilusión, del sentido de la vida y de perspectiva de futuro ya que, a raíz de estas grandes pérdidas, la persona podría no esforzarse por crear o mantener vínculos. El cuarto factor es la dificultad para pedir o aceptar ayuda de los demás cuando la persona se siente sola. Y por último, esta autora señala la existencia de la falsa creencia generalizada de que la soledad es un hecho normativo que se da siempre en personas mayores y que hay que aceptarla como un acontecimiento vital más.

Existe, a su vez, evidencia científica sobre los factores sociodemográficos a la hora de identificar los grupos de la población potencialmente más vulnerables a desarrollar un sentimiento de soledad no deseada (Pepin et al., 2021). Estos actúan en conjunto contribuyendo al desarrollo de dicho sentimiento y se señala que los grupos más vulnerables a la problemática suelen ser mujeres, personas mayores de 65 años (Lorente-Martínez et al., 2021), personas no casadas o solteras o que viven solas, con personas con bajo nivel educativo y adquisitivo, y que pertenecen a minorías étnicas (Kotwal et al., 2021).

Como factores psicológicos que contribuirían al desarrollo de esta experiencia existen otros estudios que demuestran que la depresión (Smith et al., 2021) y la ansiedad también pueden

ser indicadores tanto de la soledad emocional como de la social (McHugh-Power et al., 2020), así como ser el único cuidador principal (Rokach et al., 2014).

Las consecuencias negativas del desarrollo del sentimiento de soledad no deseada son estudiadas desde hace años; por ejemplo, según señala Ae-Ri et al. (2023), ésta puede causar problemas de sueño, reducción en la movilidad física, depresión, problemas cardiovasculares, deterioro cognitivo (Palma-Ayllón y Escarabajal-Arrieta, 2021) y un empeoramiento en la calidad de vida en general (Ubillos-Landa et al., 2020). Asimismo, la soledad y el aislamiento social están relacionados con una mayor probabilidad de riesgo de mortalidad (Elovainio et al., 2017). Por todo lo descrito anteriormente, podemos afirmar que es un problema de salud pública la soledad percibida en la vejez y justifica el desarrollo de estrategias tanto de prevención como de intervención ante la soledad.

Con la llegada de la Covid-19, ha aumentado la preocupación por el efecto del aislamiento en la soledad y en otros problemas de salud mental (Kahlon et al., 2021). Especialmente, las PAM han tenido que enfrentarse a diferentes situaciones complicadas como son el aislamiento extremo por pertenecer a un grupo vulnerable, la reducción de sus redes de apoyo social, la falta de ingresos económicos relacionados con el trabajo y a la discriminación en el acceso a los servicios de salud (Martínez-Maldonado et al., 2022).

Antes de la pandemia todos los profesionales señalaban la importancia de seguir investigando en soledad y aislamiento social y en realizar programas de intervención para su prevención y tratamiento. Desde el 2020 esa importancia se ha vuelto necesidad (Su et al., 2021), por lo que con el presente trabajo se plantearon dos objetivos principales; por un lado, realizar una búsqueda exhaustiva en siete bases de datos sobre la soledad y el aislamiento social en personas mayores entre los años 2020-2023, teniendo en cuenta las circunstancias tan excepcionales vividas y por otra parte, analizar las intervenciones psicológicas que se han realizado en ese periodo en soledad en personas mayores de 65 años.

MÉTODO

Diseño

Para la consecución del primer objetivo se realizó una revisión sistemática siguiendo el Método PRISMA efectuando una búsqueda exhaustiva en las bases de datos PubMed, Scopus, PsycINFO y Science Direct. Asimismo, se introdujeron las ecuaciones de búsqueda en las bases de datos Redalyc, Scielo y CSIC para poder completar la investigación con artículos en español y/o investigaciones hispanas. Debido a la pandemia mundial vivida de la Covid19, los estudios en soledad en vejez han incrementado (Zarling et al., 2023) con lo cual el criterio temporal establecido ha sido del año 2020 a 2023. La búsqueda de artículos tuvo lugar desde el día 21 de septiembre hasta el día 7 de noviembre de 2023. Las palabras claves y los términos Mesh utilizados para las ecuaciones de búsqueda fueron: en inglés; *loneliness, social isolation, psychological intervention, therapy, treatment, program, elderly, aged*, y en español; *soledad, aislamiento social, intervención psicológica, tratamiento, programa, persona mayor, personas mayores*.

Este trabajo fue aprobado por el comité de Ética e Integridad en la Investigación de la Universidad Miguel Hernández con el código TFM.MPG.ESM.ZSM.231024 (Véase Apéndice 1).

Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión fueron aquellos estudios que estuvieran publicados en inglés y en español y que estuvieran centrados en el estudio e intervención de la soledad en personas mayores de 65 años que viven solas. Como ya se ha explicado en otro apartado anterior, se estableció el criterio temporal de la pandemia de la Covid19 hasta la actualidad (2020-2023).

En cuanto a los criterios de exclusión no se incluyeron ni revisiones sistemáticas, metanálisis y revisiones bibliográficas. Se excluyeron todos los tipos de estudios que no pertenecieran a

los ámbitos de la psicología clínica, ciencias sociales, gerontología, ciencias del comportamiento y sociología. Estas áreas de estudio fueron seleccionadas en relación al objetivo del trabajo (analizar las intervenciones psicológicas). De la misma manera, se descartaron los estudios que no trataran la soledad como problemática principal y aquellos en los que incluían participantes que residían en centros sociosanitarios.

Ecuaciones de búsqueda

Como se ha mencionado en el apartado anterior, se realizó una búsqueda exhaustiva en las bases de datos citadas previamente. Se introdujeron ecuaciones similares utilizando los operadores booleanos AND y OR para obtener una búsqueda lo más completa posible en cada una de ellas a excepción de las bases de datos hispanas en las cuales se escribieron las ecuaciones en español con las palabras claves. En la Tabla 1 (Véase Apéndice 2) se muestran las diversas ecuaciones utilizadas en cada base de datos.

Los términos se buscaron como descriptores, palabras clave y título/resumen. En aquellas bases de datos donde los resultados eran escasos, se formularon también a texto completo. Se utilizaron los criterios de inclusión como filtro; por ejemplo, periodo de búsqueda 2020-2023 y participantes mayores de 65 años. A continuación, se realizó un cribado inicial manual leyendo los títulos de los artículos para subir los elegidos a la plataforma Mendeley.

Cabe destacar que antes de realizar la búsqueda en las respectivas bases de datos, se buscaron posibles revisiones sistemáticas en Próspero, Cochrane y Google Académico con la misma temática y mismas palabras claves. En Próspero y Cochrane se hallaron estudios, pero estos nada tenían que ver con el tema de la actual revisión pues tenían como tema principal la depresión o la demencia o el tabaquismo o el TEA o el hecho de que los participantes no eran personas mayores o que solo se incluían estudios sobre intervenciones con videollamadas. En Google Académico, en cambio, sí que se encontraron revisiones sistemáticas sobre la soledad en personas mayores (en ambos idiomas), así que se procedió a su análisis

encontrando seis estudios pero que no se incluyeron debido a las siguientes limitaciones: se trataban de estudios que sólo incluían artículos en inglés (Hickin et al., 2021) o los estudios analizados eran previos al Covid (Jarvis et al., 2020) o en los cuales los participantes eran residentes en centro sociosanitarios (Quan et al., 2019) o cuidadores informales (Sheung-Tak et al., 2019) o en los que la problemática principal no era la soledad (McElfresh et al., 2021) o se centraban en la prevalencia de la soledad y el aislamiento social en la pandemia de la Covid sin mencionar las intervenciones (Su et al., 2021).

RESULTADOS

Después de realizar las búsquedas y el cribado manual inicial en las siete bases de datos, se obtuvo un total de 135 referencias para la inclusión de su estudio. Estas se registraron en el gestor bibliográfico Mendeley, la cual facilitó eliminar 8 artículos por estar duplicados. Se continuó con el análisis de títulos y resúmenes de los estudios y se acabaron descartando 114, quedando así 21 para la lectura a texto completo. Finalmente cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión, se eligieron cuatro artículos. En la Figura 1 se refleja más detalladamente este proceso siguiendo el diagrama de flujo del método PRISMA.

Los estudios seleccionados quedan recogidos en la Tabla 2. Todos incluyen intervenciones psicológicas o psicosociales en soledad y/o aislamiento en personas mayores de 65 años que viven en comunidad.

Tabla 2*Vaciado de los textos incluidos en la revisión*

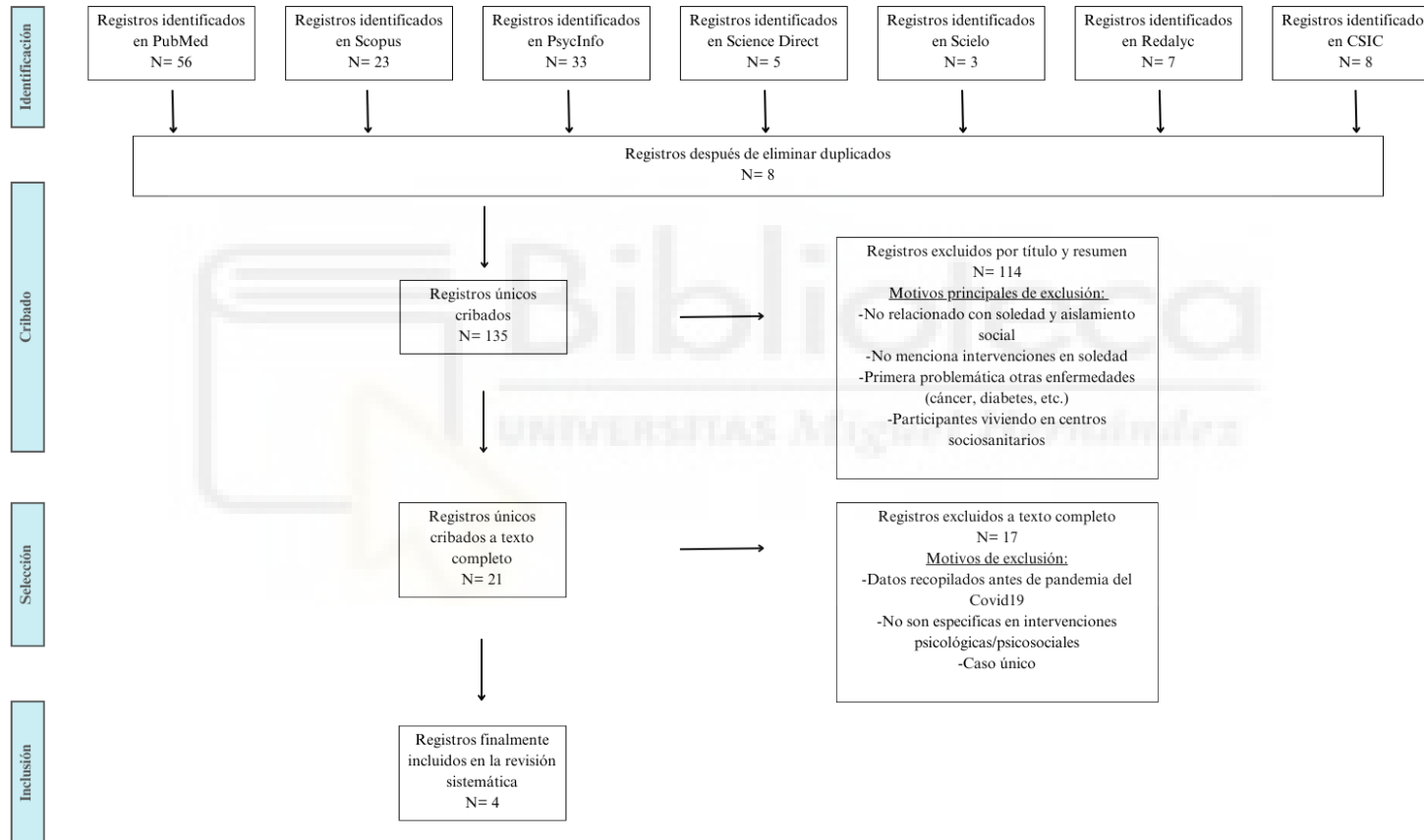
Título	Autores	Año	Revista	Tipo de estudio	Participantes	Instrumentos	Resultados
Development and evaluation of the information and communication technology-based Loneliness Alleviation Program for community-dwelling older adults: A pilot study and randomized controlled trial	Ae-Ri, J., Kowoon, L. y Eun-A, P.	2023	Geriatric Nursing	Transversal Estudio piloto	40 personas mayores de 65 años de Corea del Sur	-Calidad de vida con la escala EuroQol-5. -La escala de soledad UCLA de Russell et al. (1966) y posteriormente revisado por Jin y Hwang (2019). -La versión Coreana (GDSSF-K) de la versión corta GDS de Yesavage (1986) y traducida por Kee (1996). -El índice de risa de Jung (2011).	En el grupo experimental, las puntuaciones de soledad fueron de 39,6 § 12,2 puntos antes de la intervención y de 31,0 § 7,5 puntos después, lo que indica una disminución significativa de las puntuaciones tras la intervención (F=5,340; p=0,001).
A peer intervention reduces loneliness and improves social well-being in low-income older adults: A mixed-methods study	Kotwal, A. A., Fuller, S. M., Myers, J. J., Hill, D., Han Tha, S., Smith, A. K. y Perissinotto, C. M.	2021	Journal of the American Geriatrics Society	Longitudinal	74 personas mayores (de entre 59 y 96 años) con bajos ingresos económicos	-3 ítems de la escala de soledad UCLA -10 ítems de la escala de Duke de aislamiento social -PHQ2 de depresión -Barreras de autopercepción para socializar -Entrevistas semiestructuradas en español e inglés	Las puntuaciones de soledad disminuyeron una media de 0,8 puntos en 24 meses (p = 0,015) y los participantes informaron de una menor depresión (38%-16%, p < 0,001) y menos barreras para socializar (1,5 menos, p < 0,001).

Effect of Group Cognitive Behavioural Therapy on Loneliness in a Community Sample of Older Adults: A Secondary Analysis of a Randomized Controlled Trial	Smith, R., Wuthrich, V., Johnco, C. y Belcher, J.	2021	Clinical Gerontologist	Transversal	62 personas mayores (de entre 60 y 84 años)	-Entrevista semiestructurada ADIS -La escala ACER (Mioshi et al., 2006) para las funciones cognitivas. -La escala CES-D (Radloff, 1977) para la soledad y depresión. -La escala GDS (Yesavage et al., 1982) para los síntomas depresivos.	La interacción entre el tiempo (pre-post) y el grupo (TCC, lista de espera) para la soledad fue significativa, $F(1,40,609) = 7,070$, $p = 0,011$, $d = -0,65$, lo que demuestra una mejora significativa con el tratamiento en comparación con la lista de espera después de controlar la depresión autoinformada (GDS), la ansiedad (GAI) y el deterioro cognitivo (ACE-R) al inicio del estudio. La prueba t emparejada reveló el mantenimiento de la reducción de la soledad en el grupo de TCC desde el postratamiento ($M = 0,70$; $DE = 0,733$) hasta los 3 meses de seguimiento ($M = 1,20$; $DE = 1,056$), $t(19) = -1,879$; $p = 0,076$.
Online acceptance and commitment therapy as treatment for loneliness among older adults: Report of a pilot study	Zarling, A., Kim, J., Russell, D. y Cutrona, C.	2023	Journal of the American Geriatrics Society	Transversal Estudio piloto	529 personas mayores de 65 años	Versión de 10 ítems de la escala de soledad UCLA	Los participantes que completaron los 8 módulos de la intervención experimentaron un significativo cambio en el nivel de soledad entre el pre y el post. La mejora del sentimiento se mantuvo durante el seguimiento un mes después.



Figura 1

Diagrama de flujo siguiendo el método PRISMA para la selección de artículos



Grado de calidad

Respecto al grado de calidad de los artículos seleccionados, se analizaron a través de los criterios establecidos (véase Apéndice 3) en el apartado *Study Quality Assessment Tools* propuestos por The National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI) (<https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/study-quality-assessment-tools>).

Tabla 3

Nivel de calidad de los estudios

Autor y año	Calificación de calidad*
Ae-Ri et al., 2023	Aceptable
Kotwal et al., 2021	Aceptable
Smith et al., 2021	Deficiente
Zarling et al., 2023	Aceptable

*Nota. La clasificación de la calidad de los estudios consiste en: *buena (good)*, *aceptable (fair)* y *deficiente (poor)*. Los revisores utilizan las puntuaciones de los distintos ítems para evaluar el riesgo de sesgo del estudio debido a defectos en el diseño o en la ejecución del estudio. Un estudio bueno tiene el menor riesgo de sesgo y los resultados se consideran válidos. Un estudio aceptable es susceptible de algún sesgo que no se considera suficiente para invalidar los resultados. Los estudios con esta calidad, varían en sus puntos fuertes y débiles. La calificación deficiente indica un riesgo significativo de sesgo.

DISCUSIÓN

La soledad no deseada es una problemática de salud pública mundial que ha afectado durante décadas y sigue afectando a las personas mayores. La Covid-19 ha supuesto un gran cambio en la relevancia de este fenómeno, y por ende en su investigación. Cada vez afecta a más grupos de edad y se ha calificado como un factor de riesgo de mortalidad como fumar cigarrillos y la obesidad (Zarling et al., 2023).

Pese a que la cantidad de estudios elegidos sea escasa, en todos ellos se observa que la mayoría de los participantes son mujeres mayores. O incluso en aquellos donde los participantes son hombres y mujeres, son ellas las que deciden seguir con la intervención y terminarla (Zarling et al, 2023). La soledad afecta tanto a hombres como mujeres, pero algunos autores han demostrado que en la vejez afecta mayormente a las mujeres por su mayor longevidad (Kotwal et al, 2021). No obstante, otros autores expresan que a pesar que la soledad se haya vinculado más a las mujeres mayores, son los hombres los más afectados, ya que las mujeres desarrollan más estrategias de afrontamiento y le dan un significado más positivo a los acontecimientos vitales (Lozano y Gallardo, 2022). Sería recomendable tener en cuenta las diferencias de género en la elaboración de planes de prevención e intervención. Derivado del análisis realizado, podemos afirmar que existen tratamientos efectivos para la soledad; los cuatro estudios seleccionados demuestran avances en la investigación de esta y destacan la reducción de la soledad y mejoras en la socialización. Se ha demostrado que el programa con llamadas telefónicas que incluyen conversación, meditación guiada, ejercicios de estiramientos, lectura de poesía, apoyo emocional y psicoeducación sobre la soledad y el Covid-19 (Kotwal et al., 2021) y con interacción social entre la persona y el terapeuta (Ae-Ri et al., 2023) reduce las barreras sociales.

Algunos autores confirman que la soledad y la depresión están correlacionadas y que es necesario minimizar ambos niveles para la salud mental de las personas mayores. Una terapia efectiva que se utiliza en estos casos es la risoterapia. Este tipo de tratamiento evidencia una reducción en ambos fenómenos psicológicos y una mejora notoria en la calidad de vida (Ae-Ri et al., 2023). La ansiedad también muestra comorbilidad con la soledad no deseada. Estudios como el de Smith et al. (2021) que aplican la Terapia Cognitiva Conductual de Grupo en Soledad muestran cambios en los síntomas ansiosos y depresivos a la vez que en la disminución de la soledad.

Existen estudios que determinan que cuando el contacto social aumenta, el sentimiento de soledad disminuye. Aun así, y tras la revisión realizada, es necesaria más investigación para entender cuál es el ingrediente clave aparte del contacto social en la reducción de la soledad y qué otros factores tienen efecto en ello, sobre todo cuando se mantiene en el tiempo (Smith et al., 2021).

Es necesario también averiguar qué aspectos de los tratamientos consiguen una reducción en el sentimiento de soledad o si es una reducción de los síntomas ansiosos o depresivos de por sí. Uno de los estudios cuenta con una muestra grande (Zarling et al., 2023), pero los otros tres comentan en sus limitaciones que una muestra más pequeña puede tener resultados más imprecisos (Ae-ri et al., 2023; Kotwal et al., 2021; Smith et al., 2021). Con esa finalidad, es imprescindible realizar estudios como los seleccionados con muestras más grandes.

Un programa de intervención de la soledad siempre será más efectivo si se incluyen todos los factores que pueden impactar en ella. Como sabemos, la soledad está relacionada con factores físicos, psicológicos e interpersonales (Ae-ri et al., 2023) y las personas destacan la confianza, la complicidad, el compromiso y la amistad para la construcción de vínculos satisfactorios (Kotwal et al., 2021). Así que sería interesante tener en cuenta esos constructos a la hora de la elaboración de programas.

Otro factor a tener en cuenta en la efectividad de los tratamientos psicológicos en soledad es la necesidad de que estos sean accesibles económicamente (Zarling et al., 2023) y más sencillos de usar. Con la pandemia de la Covid-19, las intervenciones se han tenido que adaptar a las necesidades del acontecimiento y algunos programas que requerían mucha práctica tecnológica, se han tenido que simplificar, perdiendo así algunos pasos a seguir que hacían de la intervención más efectiva (Ae-ri et al., 2023). Debido a este gran cambio y a otras razones como por ejemplo no tener recursos tecnológicos, las intervenciones corren más riesgo de perder participantes. En el estudio de Kotwal et al. (2023) perdieron

aproximadamente el 19% de participación por esa misma razón. La tecnología forma parte de nuestras vidas desde antes de la pandemia, pero estos últimos tres años se ha resaltado la importancia de que sea accesible para toda la población y todos los grupos de edad puedan aprender a manejarla.

Aparte de ser accesibles económicamente y tecnológicamente, también conviene que las terapias en soledad incluyan estrategias clínicas. Uno de los tratamientos que contiene esas características es la Terapia de Aceptación y Compromiso para la disminución del sentimiento de soledad no deseada (Zarling et al., 2023).

Por último, los estudios incluidos en esta revisión sistemática mayormente utilizan escalas y pruebas psicométricas para medir la soledad entre el pre y el post tratamiento. Hay que recordar que la soledad no deseada es un fenómeno psicológico y subjetivo y que no es tan fácil acceder a personas que vivan solas y afirman que se sientan solas. Por lo tanto, es importante hacer entrevistas semiestructuradas o simplemente tener una conversación con las personas con las que tratamos, porque nadie mejor que ellas para decirnos cómo se sienten.

Limitaciones

En las limitaciones de esta revisión cabe comentar que en España hay programas de prevención e intervención en soledad con personas mayores, pero no hay publicaciones científicas sobre ello. Se limitan a ser proyectos de ayuntamientos inscritos en la agenda 2030 para ponerlo en marcha en el respectivo municipio. Estos ayuntamientos tienen como uno de los objetivos hacer la ciudad más amigable con/para las personas mayores. Por lo tanto, hay programas que no están publicados o son literatura gris y no se han incluido en esta revisión.

Asimismo, a pesar de que las personas mayores que viven solas es una realidad, es más complicado acceder a personas que viven solas o en comunidad y por eso la mayoría de artículos encontrados tienen como participantes a residentes en un centro sociosanitario.

Además, los estudios de personas que viven solas también incluyen a otras que viven con sus parejas o algún otro familiar y los resultados no se muestran por separado.

Por otra parte, dos estudios de los seleccionados son estudios pilotos y las muestras son pequeñas. Los resultados demuestran que los tratamientos son efectivos, pero es necesario repetirlo con muestras más grandes para poder tener resultados más representativos a la población general.

CONCLUSIONES

Como se ha explicado en el apartado anterior, en esta revisión sistemática se recogen seis conclusiones finales. La primera es que sabiendo que la soledad no afecta igual a las mujeres y a los hombres, y que las mujeres participan más en los programas de intervención que los hombres, sería recomendable tener en cuenta las diferencias de género en la elaboración de planes de prevención e intervención. La segunda conclusión es que al intervenir en soledad con personas mayores, tendríamos que incluir variables del estado de ánimo, constructos relevantes para la construcción de vínculos afectivos (compromiso, amistad, confianza y complicidad), y estrategias clínicas en dichos programas. La tercera conclusión es que a pesar de que existan tratamientos psicológicos efectivos para paliar la soledad, sería necesario que estos fueran más accesibles tanto económica como tecnológicamente. La cuarta conclusión sería la necesidad de incluir el contacto social como estrategia en las intervenciones en soledad. La quinta conclusión es que teniendo en cuenta las limitaciones de los estudios seleccionados, sería recomendable que las investigaciones se realizaran con muestras más grandes para que los resultados pudiesen ser más precisos. Por último, como sexta conclusión, para la evaluación de la soledad y las intervenciones realizadas para paliar la soledad en mayores, han de realizarse con técnicas cualitativas y cuantitativas.

Por todo ello, se ha de seguir investigando en soledad en personas mayores para elaborar planes de prevención e intervención que resulten efectivos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abellán, A. y Pujol, R. (2016). Un perfil de las personas mayores en España, 2016. Indicadores estadísticos básicos (Informes Envejecimiento en red no. 14). Madrid. Acceso el 03 de Mayo de 2016. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos16.pdf>
- Ae-Ri, J., Kowoon, L. y Eun-A., P. (2023). Development and evaluation of the information and communication technology-based Loneliness Alleviation Program for community-dwelling older adults: A pilot study and randomized controlled trial. *Geriatric Nursing*, 53, 204-211. doi: [10.1016/j.gerinurse.2023.07.011](https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2023.07.011)
- Bandari, R., Khankeh, H.R., Shahboulaghi, F.M., Ebadi, A., Keshtkar, A.A. y Montazeri, A (2019). Defining loneliness in older adults: Protocol for a systematic review. *Systematic Reviews*, 8, 4-9. <http://doi.org/10.1186/s13643-018-0935-y>
- Balki, E., Hayes, N. y Holland, C. (2023). Loneliness and older adults: psychological resilience and technology use during the COVID-19 pandemic - a cross sectional study. *Frontiers in Aging*, 4, 1-13. doi: [10.3389/fragi.2023.1184386](https://doi.org/10.3389/fragi.2023.1184386)
- Bruce, M. L., Pepin, R., Marti, N., Stevens, C. J. y Choi, N. G. (2021). One Year Impact on Social Connectedness for Homebound Older Adults: Randomized Controlled Trial of Tele-delivered Behavioral Activation Versus Tele-delivered Friendly Visits. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(8), 771-776. doi: [10.1016/j.jagp.2021.05.005](https://doi.org/10.1016/j.jagp.2021.05.005)

- Castro, M.P. (2010). *Soledad y envejecimiento: Cómo evitar que este binomio se cumpla*. En Hartu-Emanak, La autonomía personal y la dependencia en el proceso de envejecimiento (X Jornadas), pp. 33-45. Bilbao (ISBN: 978-84-613-8155-5)
- Campo, M. V., Herrmann, B. S., Di Virgilio, E. y Angelillo, M. R. (2021). La soledad no deseada. Una aproximación cuantitativa sobre el sentimiento de soledad en las personas mayores de 65 años residentes en CABA, 2020. *Argumentos. Revista de Crítica Social*, 23, 205-239. <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/argumentos/article/view/6498>
- Celdrán, M. y Martínez, R. (2020). La soledad en personas mayores: cómo hacerle frente desde su complejidad. *Revista de Investigación y Análisis Social*, 20 (1), 1-10. <https://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/sites/default/files/revista-castellano/revista-barcelona-societat-25-es.pdf>
- De Jong Gierveld, J., Tilburg, T.G. y Dykstra, P.A. (2018). New ways of theorizing and conducting research in the field of loneliness and social isolation. In A.L. Vangelisti & D. Perlman (Eds.), *The Cambridge handbook of personal relationships* (pp. 391-404). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781316417867.031>
- Donio-Bellergade, M. y Pinazo-Hernandis, S. (2018). *La Soledad de las Personas Mayores. Conceptualización, valoración e intervención*. Estudios de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal. https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/doc_sosa_soledad_mayores/eu_def/fpilares-estudio05-SoledadPersonasMayoresWeb.pdf
- Elovainio, M., Hakulinen, C., Pulkki-Råback, L., Virtanen, M., Josefsson, K., Jokela, M., Vahtera, J. y Kivimäki, M. (2017). Contribution of risk factors to excess mortality in isolated and lonely individuals: An analysis of data from the UK Biobank cohort

study. *The Lancet Public Health*, 2, e260-e266.

[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30075-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30075-0)

Garza-Sánchez, R.I., González-Tovar, J., Rubio-Rubio, L. y Dumitrache-Dumitrache, C.G.

(2020). Loneliness in older people from Spain and Mexico: a comparative analysis.

Acta Colombiana de Psicología, 23(1), 106-116. doi:

<http://www.doi.org/10.14718/ACP.2020.23.1.6>

Gilbody, S., Littlewood, E., McMillan, D., Chew-Graham, C. A., Bailey, D., Gascoyne, S.,

Sloan, C., Burke, L., Coventry, P., Crosland, S., Fairhurst, C., Henry, A., Hewitt, C.,

Joshi, K., Ryde, E., Shearsmith, L., Traviss-Turner, G., Woodhouse, R., Clegg, A., ...

y Ekers, D. (2021). Behavioural activation to prevent depression and loneliness

among socially isolated older people with long-term conditions: The BASIL

COVID-19 pilot randomized controlled trial. *Plos Medicine*, 18(10), 1-21. doi:

[10.1371/journal.pmed.1003779](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003779)

Gould, C. E., Carlson, C., Alfaro, A. J., Chick, C. F., Bruce, M. L. y Forman-Hoffman, V. L.

(2021). Changes in Quality of Life and Loneliness Among Middle-Aged and Older

Adults Participating in Therapist-Guided Digital Mental Health Intervention.

Frontiers in Public Health, 9, 1-9. doi: [10.3389/fpubh.2021.746904](https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.746904)

Hernández-Ascanio, J., Perula-de Torres, L. A., Rich-Ruiz, M., González-Santos, J.,

Mielgo-Ayuso, J. y González-Bernal, J. (2023). Effectiveness of a multicomponent

intervention to reduce social isolation and loneliness in community-dwelling elders: A

randomized clinical trial. *Nursing Open*, 10(1), 48-60. doi: [10.1002/nop2.1277](https://doi.org/10.1002/nop2.1277)

Hickin, N., Käll, A., Shafran, R., Sutcliffe, S., Manzotti G. y Langan, D. (2021). The

effectiveness of psychological interventions for loneliness: A systematic review and

meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 88. DOI: [10.1016/j.cpr.2021.102066](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102066)

- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T. y Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10, 227-237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>
- IMSERSO (2021). *Informe 2018. Las personas mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas (1a ed)*. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, Secretaria del Estado de Derechos Sociales. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). https://imserso.es/documents/20123/0/informe_ppmm_2018.pdf/286268bb-a0e9-6b2d-693d-e3b2f0204929
- Jarvis, M., Padmanabhanunni, A., Balakrishna, Y. y Chipps, J. (2020). The effectiveness of interventions addressing loneliness in older persons: An umbrella review. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 12, 1-18. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2019.100177>
- Kahlon, M. K., Aksan, N., Aubrey, R., Clark, N., Cowley-Morillo, M., Jacobs, E. A., Mundhenk, R., Sebastian, K. y Tomlinson, S. (2021). Effects of Layperson-Delivered, Empathy-Focused Program of Telephone Calls on Loneliness, Depression and Anxiety Among Adults During the COVID-19 Pandemic. A Randomized Clinical Trial. *Jama Psychiatry*, 78(6), 616-622. [doi: 10.1001/jamapsychiatry.2021.0113](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.0113)
- Koc, Z. (2012). Determination of older people's level of loneliness. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 3037-3046. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04277.x>
- Kotwal, A. A., Fuller, S. M., Myers, J. J., Hill, D., Tha, S., Smith, A. K. y Perissinotto, C. M. (2021). A peer intervention reduces loneliness and improves social well-being in low income older adults: A mixed-methods study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 69(12), 3365-3376. [doi: 10.1111/jgs.17450](https://doi.org/10.1111/jgs.17450)

- Lorente-Martínez, R., Brotons-Rodes, P. y Sitges-Maciá, E. (2021). Benefits of psychosocial intervention programme using volunteers for the prevention of loneliness among older women living alone in Spain. *Health and Social Care in the community*, 30, 2020-2012. [DOI:10.1111/hsc.13581](https://doi.org/10.1111/hsc.13581)
- Lozano, A. y Gallardo, L.P. (2022). Soledad y bienestar emocional en mujeres mayores. Diversas experiencias durante el confinamiento en Bilbao. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 29(2), 208-235. <https://doi.org/10.14198/ALTERN.20221>
- Martínez-Maldonado, M., Vivaldo-Martínez, M. y Maldonado-Pérez, G. (2022). Un programa para el bienestar de personas mayores en línea. Análisis preliminar. *Revista Pensamiento y Acción Interdisciplinaria*, 8(2), 34-55. <https://doi.org/10.29035/pai.8.2.34>
- McElfresh, J. J., Skiba, M. B., Segrin, C. G., Badger, T. A., Crane, T. E., Crist, J. D. y Thomson, C. A. (2021). Interventions for Loneliness Among Adult Cancer Survivors: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Psychosocial Oncology*, 39(4), 509-533. <https://doi.org/10.1080/07347332.2020.1867690>
- McHugh-Power, J., Hannigan, C., Hyland, P., Brennan, S., Kee, F. y Lawlor, B.A. (2020). Depressive symptoms predict increased social and emotional loneliness in older adults. *Aging and Mental Health*, 24(1), 110-118. [DOI: 10.1080/13607863.2018.1517728](https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1517728)
- Miura, K. W., Tokunaga, S., Sekiguchi, T., Sugimoto, H. y Otake.Matsuura, M. (2023). Effect of home-based group conversation intervention using smartphone application on cognitive health and psychological well-being of older adults with subjective cognitive concerns in Japan: a randomized controlled trial. *Frontier in Psychology*, 24, 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1114790>

- Nazari, M., Jokar, F., Fararoei, M. y Kaveh, M. (2021). The Effectiveness of Social Participation Educational Program on the Feeling of Loneliness of Elderly People in Rural Areas of Baiza City (South of Fars Province). *Journal of Health Sciences and Surveillance System*, 9(3), 155-161. <https://doi.org/10.30476/jhsss.2020.88190.1136>
- NIC: Nagusi Intelligence Centre (2023). ¿Cómo combatir la soledad no deseada en personas mayores? Bilbao.
https://www.bizkaia.eus/documents/9027320/11569571/04_Soledad_No_Deseada_ES.pdf
- Palma-Ayllón, E. y Escarabajal-Arrieta, M. D. (2021). Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. *Gerokomos*, 32(1), 22-25.
<https://dx.doi.org/10.4321/s1134-928x2021000100006>.
- Pepin, R., Stevens, C. J., Choi, N. G., Feeney, S. M. y Bruce, M. (2021). Modifying Behavioral Activation to Reduce Social Isolation and Loneliness among Older Adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(8), 761-770. [doi: 10.1016/j.jagp.2020.09.004](https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.09.004).
- Pochintesta, P. (2021). Soledad, envejecimiento y viudez en el curso de la vida. Un estudio de casos en personas viudas de Argentina. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 17(1), 1-17. <https://doi.org/10.15332/22563067.6534>
- Quan, N., Lohman, M. C., Resciniti, N. C. y Friedman, D. B. (2019). A systematic review of interventions for loneliness among older adults living in long-term care facilities. *Aging and Mental Health*, 24(12), 1945-1955. [DOI: 10.1080/13607863.2019.1673311](https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1673311)
- Rokach, A., Miller, Y., Schick, S. y Bercovitch, M. (2014). Coping with loneliness: Caregivers of cancer patients. *Clinical Nursing Studies*, 2, 42-50.
<https://doi.org/10.5430/cns.v2n2p42>

- Santos-Olmo, A. B., Ausín, B. y Muñoz, M. (2022). People over 65 Years Old in Social Isolation: Description of an Effective Community Intervention in the City of Madrid (Spain). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 1-16. doi: [10.3390/ijerph19052665](https://doi.org/10.3390/ijerph19052665)
- Sheung-Tak, C., Au, A., Losada, A., Thompson, L. y Gallagher-Thompson, D. (2019). Psychological Interventions for Dementia Caregivers: What We Have Achieved, What We Have Learned. *Current Psychiatry Report*, 21(59), 1-12. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1045-9>
- Smith, R., Wuthrich, V., Johnco, C. y Belcher, J. (2021). Effect of Group Cognitive Behavioural Therapy on Loneliness in a Community Sample of Older Adults: A Secondary Analysis of a Randomized Controlled Trial. *Clinical Gerontologist*, 44(4), 439-449. doi: [10.1080/07317115.2020.1836105](https://doi.org/10.1080/07317115.2020.1836105)
- Su, Y., Rao, W., Li, M., Caron, G., D'Arcy, C. y Meng, X. (2023). Prevalence of loneliness and social isolation among older adults during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *International Psychogeriatrics*, 35(5), 229-241. doi: [10.1017/S1041610222000199](https://doi.org/10.1017/S1041610222000199)
- Tkatch, R., Wu, L., MacLeod, S., Ungar, R., Albright, L., Russell, D., Murphy, J., Schaeffer, J. y Yeh, C. S. (2021). Reducing loneliness and improving well-being among older adults with animatronic pets. *Aging and Mental Health*, 25(7), 1239-1245. doi: [10.1080/13607863.2020.1758906](https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1758906)
- Ubillos-Landa, S., Hortigüela-Arroyo, M., González-Castro, J. L. y Puente-Martínez, A. (2020). The Effects of a Community Animation Program in a Rural Setting on the Participants' Quality of Life. *Applied Psychology: Health and Well-being*, 12(3), 724-748. DOI: [10.1111/aphw.12204](https://doi.org/10.1111/aphw.12204)

- Valtorta, N., y Hanratty, B. (2012). Loneliness, isolation and the health of older adults: Do we need a new research agenda? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 105, 518-522. <https://doi.org/10.1258/jrsm.2012.120128>
- Vicente-Arruebarrena, A., y Sánchez-Cabaco, A. (2021). La soledad y el aislamiento social en las personas mayores. *Studia Zamorensia (segunda Etapa)*, 19, 15–32. Recuperado a partir de <https://revistas.uned.es/index.php/studiazamo/article/view/29363>
- Yu, K., Wild, K., Potempa, K., Hampstead, B., Lichtenberg, P., Stuble, L., Pruitt, P., Alfaro, E., Lindsley, J., MacDonald, M., Kaye, J., Silbert, L. y Dodge, H. (2021). The Internet-Based Conversational Engagement Clinical Trial (I-CONNECT) in Socially Isolated Adults 75+ Years Old: Randomized Controlled Trial Protocol and COVID-19 Related Study Modifications. *Frontiers in Digital Health*, 3, 1-14. [doi: 10.3389/fdgth.2021.714813](https://doi.org/10.3389/fdgth.2021.714813)
- Zarling, A., Kim, J. y Russell, D. (2023). Online acceptance and commitment therapy as treatment for loneliness among older adults. Report of a pilot study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 71(8), 2557-2563. [doi: 10.1111/jgs.18345](https://doi.org/10.1111/jgs.18345)

APÉNDICES

Apéndice 1



INFORME DE EVALUACIÓN DE INVESTIGACIÓN RESPONSABLE DE 2. TFM (Trabajo Fin de Máster)

Elche, a 25/10/2023

Nombre del tutor/a	Esther Sitges Maciá
Nombre del alumno/a	Zuriñe Sánchez Martín
Tipo de actividad	Sin implicaciones ético-legales
Título del 2. TFM (Trabajo Fin de Máster)	Intervenciones psicológicas en soledad no deseada en personas mayores desde la Covid-19. Revisión Sistemática.
Evaluación de riesgos laborales	No solicitado/No procede
Evaluación ética humanos	No solicitado/No procede
Código provisional	231024005522
Código de autorización COIR	TFM.MPG.ESM.ZSM.231024
Caducidad	2 años

Se considera que el presente proyecto carece de riesgos laborales significativos para las personas que participan en el mismo, ya sean de la UMH o de otras organizaciones.

La necesidad de evaluación ética del trabajo titulado: Intervenciones psicológicas en soledad no deseada en personas mayores desde la Covid-19. Revisión Sistemática. ha sido realizada en base a la información aportada en el formulario online: "TFG/TFM: Solicitud Código de Investigación Responsable (COIR)", habiéndose determinado que no requiere ninguna evaluación adicional. Es importante destacar que si la información aportada en dicho formulario no es correcta este informe no tiene validez.

Por todo lo anterior, se autoriza la realización de la presente actividad.

Atentamente,

Alberto Pastor Campos
Jefe de la Oficina de Investigación Responsable
Vicerrectorado de Investigación y Transferencia



Información adicional:

- En caso de que la presente actividad se desarrolle total o parcialmente en otras instituciones es responsabilidad del investigador principal solicitar cuantas autorizaciones sean pertinentes, de manera que se garantice, al menos, que los responsables de las mismas están informados.
- Le recordamos que durante la realización de este trabajo debe cumplir con las exigencias en materia de prevención de riesgos laborales. En concreto: las recogidas en el plan de prevención de la UMH y en las planificaciones preventivas de las unidades en las que se integra la investigación. Igualmente, debe promover la realización de reconocimientos médicos periódicos entre su personal; cumplir con los procedimientos sobre coordinación de actividades empresariales en el caso de que trabaje en el centro de trabajo de otra empresa o que personal de otra empresa se desplace a las instalaciones de la UMH; y atender a las obligaciones formativas del personal en materia de prevención de riesgos laborales. Le indicamos que tiene a su disposición al Servicio de Prevención de la UMH para asesorarle en esta materia.

La información descriptiva básica del presente trabajo será incorporada al repositorio público de Trabajos fin de Grado y Trabajos Fin de Máster autorizados por la Oficina de Investigación Responsable de la Universidad Miguel Hernández. También se puede acceder a través de <https://oir.umh.es/solicitud-de-evaluacion/tfg-tfm/>



Apéndice 2

Tabla 1

Ecuaciones de búsqueda en las bases de datos

Base de datos	Ecuación de búsqueda	Cantidad de resultados encontrados (sin filtrar)	Filtrando (criterios de inclusión y exclusión)	Artículos iniciales elegidos*
PubMed	((loneliness[MeSH Terms]) AND (social isolation[MeSH Terms])) AND ((aged[MeSH Terms]) OR (elderly[MeSH Terms])) AND ((psychological intervention[MeSH Terms]) OR (program[MeSH Terms]) OR (treatment[Title/Abstract]) OR (therapy[Title/Abstract]))	220	7	56
	((loneliness[MeSH Terms]) OR (social isolation[MeSH Terms])) AND ((aged[MeSH Terms]) OR (elderly[MeSH Terms])) AND ((psychological intervention[MeSH Terms]) OR (program[MeSH Terms]) OR (treatment[Title/Abstract]) OR (therapy[Title/Abstract]))	596	7	
	((loneliness[MeSH Major Topic]) AND (social isolation[MeSH Major Topic])) AND ((aged[MeSH Terms]) OR (elderly[MeSH Terms])) AND ((psychological intervention[MeSH Terms]) OR (program[MeSH Terms]) OR (treatment[Title/Abstract]) OR (therapy[Title/Abstract]))	117	6	
	((loneliness[Title/Abstract]) AND (social isolation[Title/Abstract]))	78	3	

	AND ((aged[Title/Abstract] OR (elderly[Title/Abstract])) AND ((psychological intervention[Title/Abstract] OR (program[Title/Abstract] OR (treatment[Title/Abstract]) OR (therapy[Title/Abstract])))			
	((loneliness[Title/Abstract] OR (social isolation[Title/Abstract])) AND ((aged[Title/Abstract] OR (elderly[Title/Abstract])) AND ((psychological intervention[Title/Abstract] OR (program[Title/Abstract]) OR (treatment[Title/Abstract]) OR (therapy[Title/Abstract])))	701	13	
Scopus	Title/Abstract/KW (loneliness and social isolation) AND Title/Abstract/KW (aged or elderly) AND Title/Abstract/KW (psychological intervention or program or treatment or therapy	706	86	23
	Title/Abstract/KW (loneliness or social isolation) AND Title/Abstract/KW (aged or elderly) AND Title/Abstract/KW (psychological intervention or program or treatment or therapy	8042	360	
	KW (loneliness and social isolation) AND KW (aged or elderly) AND KW (psychological intervention or program or treatment or therapy	194	106	
	KW (loneliness or social isolation) AND KW (aged	2263	64	

	or elderly) AND KW (psychological intervention or program or treatment or therapy			
PsycInfo	MA (loneliness and social isolation) AND MA (aged or elderly) AND MA (psychological intervention or program or treatment or therapy)	10	3	33
	MA (loneliness or social isolation) AND MA (aged or elderly) AND MA(psychological intervention or program or treatment or therapy)	208	3	
	TI (loneliness and social isolation) AND TI (aged or elderly) AND TI (psychological intervention or program or treatment or therapy)	1	0	
	TI (loneliness or social isolation) AND TI (aged or elderly) AND TI (psychological intervention or program or treatment or therapy)	13	5	
	TX (loneliness and social isolation) AND TX (aged or elderly) AND TX (psychological intervention or program or treatment or therapy)	330	30	
	TX (loneliness or social isolation) AND TX (aged or elderly) AND TX (psychological intervention or program or treatment or therapy)	3367	140	
	AB (loneliness and social isolation) AND AB (aged or elderly) AND AB	49	24	

	(psychological intervention or program or treatment or therapy)			
	AB (loneliness or social isolation) AND AB (aged or elderly) AND AB (psychological intervention or program or treatment or therapy)	662	174	
	KW (loneliness and social isolation) AND KW (aged or elderly) AND KW (psychological intervention or program or treatment or therapy)	0	0	
	KW (loneliness or social isolation) AND KW (aged or elderly) AND KW (psychological intervention or program or treatment or therapy)	22	6	
Science Direct	(loneliness and social isolation) AND (aged or elderly) AND (psychological intervention or program or treatment or therapy)	758	81	5
	(loneliness or social isolation) AND (aged or elderly) AND (psychological intervention or program or treatment or therapy)	758	81	
Scielo	((intervención psicológica) OR (tratamiento) OR (terapia) OR (programa)) AND ((soledad) AND (aislamiento social)) AND ((personas mayores) OR (persona mayor))	1	1	3
	((intervención psicológica) OR (tratamiento) OR (terapia) OR (programa)) AND ((soledad) AND	18	9	

	(aislamiento social)) AND ((personas mayores) OR (persona mayor))			
Redalyc	((intervención psicológica) OR (tratamiento) OR (terapia) OR (programa)) AND ((soledad) AND (aislamiento social)) AND ((personas mayores) OR (persona mayor))	16611	178	7
	((intervención psicológica) OR (tratamiento) OR (terapia) OR (programa)) AND ((soledad) OR (aislamiento social)) AND ((personas mayores) OR (persona mayor))	298159	473	
CSIC	((intervención psicológica) OR (tratamiento) OR (terapia) OR (programa)) AND ((soledad) AND (aislamiento social)) AND ((personas mayores) OR (persona mayor))	13	10	8
	((intervención psicológica) OR (tratamiento) OR (terapia) OR (programa)) AND ((soledad) OR (aislamiento social)) AND ((personas mayores) OR (persona mayor))	170	83	

*Nota. En algunas bases de datos dónde tras aplicar los filtros los resultados fueron escasos (por ejemplo: PubMed, PsycInfo), se analizaron los títulos de los estudios manualmente antes de aplicar los filtros, por si acaso en el proceso se podría haber perdido algún artículo.

Apéndice 3

En el presente apéndice se presentan los criterios establecidos por The National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI) para la evaluación de la calidad en estudios con medidas pre-post sin grupo de control (Figura 2) y estudios de intervención controlados (Figura 3).

Figura 2

Criterios establecidos para la evaluación de la calidad con medidas pre-post sin grupo de control

Quality Assessment Tool for Before-After (Pre-Post) Studies With No Control Group		—
Criteria	Yes	No Other (CD, NR, NA)*
1. Was the study question or objective clearly stated?		
2. Were eligibility/selection criteria for the study population prespecified and clearly described?		
3. Were the participants in the study representative of those who would be eligible for the test/service/intervention in the general or clinical population of interest?		
4. Were all eligible participants that met the prespecified entry criteria enrolled?		
5. Was the sample size sufficiently large to provide confidence in the findings?		
6. Was the test/service/intervention clearly described and delivered consistently across the study population?		
7. Were the outcome measures prespecified, clearly defined, valid, reliable, and assessed consistently across all study participants?		
8. Were the people assessing the outcomes blinded to the participants' exposures/interventions?		
9. Was the loss to follow-up after baseline 20% or less? Were those lost to follow-up accounted for in the analysis?		
10. Did the statistical methods examine changes in outcome measures from before to after the intervention? Were statistical tests done that provided p values for the pre-to-post changes?		
11. Were outcome measures of interest taken multiple times before the intervention and multiple times after the intervention (i.e., did they use an interrupted time-series design)?		
12. If the intervention was conducted at a group level (e.g., a whole hospital, a community, etc.) did the statistical analysis take into account the use of individual-level data to determine effects at the group level?		
Quality Rating (Good, Fair, or Poor) (see guidance)		
Rater #1 Initials:		
Rater #2 Initials:		
Additional Comments (If POOR, please state why):		
*CD, cannot determine; NA, not applicable; NR, not reported		

Figura 3

Crterios establecidos para la evaluaci3n de la calidad para estudios de intervenci3n controlados

Quality Assessment of Controlled Intervention Studies		—
Criteria	Yes No	Other (CD, NR, NA)*
1. Was the study described as randomized, a randomized trial, a randomized clinical trial, or an RCT?		
2. Was the method of randomization adequate (i.e., use of randomly generated assignment)?		
3. Was the treatment allocation concealed (so that assignments could not be predicted)?		
4. Were study participants and providers blinded to treatment group assignment?		
5. Were the people assessing the outcomes blinded to the participants' group assignments?		
6. Were the groups similar at baseline on important characteristics that could affect outcomes (e.g., demographics, risk factors, co-morbid conditions)?		
7. Was the overall drop-out rate from the study at endpoint 20% or lower of the number allocated to treatment?		
8. Was the differential drop-out rate (between treatment groups) at endpoint 15 percentage points or lower?		
9. Was there high adherence to the intervention protocols for each treatment group?		
10. Were other interventions avoided or similar in the groups (e.g., similar background treatments)?		
11. Were outcomes assessed using valid and reliable measures, implemented consistently across all study participants?		
12. Did the authors report that the sample size was sufficiently large to be able to detect a difference in the main outcome between groups with at least 80% power?		
13. Were outcomes reported or subgroups analyzed prespecified (i.e., identified before analyses were conducted)?		
14. Were all randomized participants analyzed in the group to which they were originally assigned, i.e., did they use an intention-to-treat analysis?		
Quality Rating (Good, Fair, or Poor)		
Rater #1 initials:		
Rater #2 initials:		
Additional Comments (If POOR, please state why):		
*CD, cannot determine; NA, not applicable; NR, not reported		