

El impacto de la soledad sobre la ansiedad, depresión y calidad de vida en una muestra de personas mayores institucionalizadas

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

Máster en Envejecimiento Saludable y Calidad de Vida

Autor:
Oinar Vitores Leibar

Tutores:
Ana Belén Fraile Bermúdez, Borja Doncel García



Leioa, Junio 2019.

RESUMEN

El objetivo principal de este trabajo ha sido analizar la relación entre la soledad y ansiedad, depresión y calidad de vida en una muestra de personas mayores institucionalizadas.

En este estudio participaron 90 personas institucionalizadas en diversas residencias y centros sociosanitarios de Bizkaia, con una edad media de $84,44 \pm 8,91$ años. La soledad se evaluó a través de la Escala de Soledad de De Jong Gierveld. La evaluación psicoafectiva se realizó mediante la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG); si en la subescala de depresión de Goldberg el resultado era ≥ 2 , se administraba la Escala de la Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS-15) y si en la subescala de Ansiedad de Goldberg el resultado era ≥ 4 se aplicaba la Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS). La calidad de vida se evaluó con el Cuestionario COOP/WONCA. Las relaciones entre la soledad y las variables cuantitativas se analizaron mediante correlaciones no paramétricas de Spearman con el programa informático SPSS v.24.

Tras el análisis estadístico se observó que las personas que más soledad sentían también presentaban más síntomas de ansiedad y depresión en la escala de Goldberg, tanto hombres ($p=0.023$) como mujeres ($p=0.001$). En mujeres, una mayor soledad también se relacionó con mayor puntuación en la escala de depresión GDS ($p=0.001$), mayor puntuación en la escala de ansiedad HARS ($p=0,017$) y peor calidad de vida percibida ($p=0,001$). Además, también en mujeres, una mayor soledad se relacionó con mayor tiempo de institucionalización ($p=0,046$) y con menor número de hijos/as ($p=0,055$) y nietos/as ($p=0,037$).

Dado que la institucionalización produce una restricción de contactos sociales, se podría incidir en este aspecto para intentar disminuir los sentimientos de soledad de estas personas, especialmente en mujeres.

Palabras Clave: Soledad. Ansiedad. Depresión. "Calidad de vida". "Personas mayores". Institucionalización.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Epidemiología del envejecimiento	1
1.2. Soledad	1
1.2.1. <i>Contextualización del termino soledad</i>	1
1.2.2. <i>Cifras de soledad en España y en Euskadi</i>	2
1.2.3. <i>Consecuencias de la soledad</i>	2
1.2.4. <i>Instrumentos de evaluación de la soledad</i>	3
1.3. Depresión/Ansiedad en el adulto mayor	3
1.3.1. <i>Depresión</i>	3
1.3.1.1. <i>Instrumentos de evaluación de la depresión</i>	3
1.3.2. <i>Ansiedad</i>	4
1.3.2.1. <i>Instrumentos de evaluación de la ansiedad</i>	4
1.4. Calidad de vida	4
1.4.1. <i>Instrumentos de evaluación de la calidad de vida</i>	5
1.5. Antecedentes	5
2. OBJETIVOS	5
3. MATERIAL Y METODOS	6
3.1. Muestra	6
3.2. Métodos	6
3.2.1. <i>Valoración de la soledad</i>	6
3.2.2. <i>Valoración del deterioro cognitivo</i>	7
3.2.3. <i>Valoración funcional</i>	7
3.2.4. <i>Valoración de la ansiedad y depresión</i>	8
3.2.5. <i>Escala COOP/WONCA</i>	8
3.3. Análisis estadístico	9
4. RESULTADOS	9
5. DISCUSIÓN	14
6. CONCLUSIONES	17
7. REFERENCIAS	18

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Epidemiología del envejecimiento

Entre el periodo 2016 y 2031 la población de **Euskadi** aumentará en 14.300 personas según el Eustat. El crecimiento de la población vasca se mantendrá a costa de la inmigración, que a pesar de ello presentará un continuo proceso de envejecimiento. Se prevé que la población de 65 años o más aumente llegando al 28,2% de la población en 2031, siendo este grupo de edad el que más crezca. La esperanza de vida al nacimiento alcanzará los 83,70 años en los hombres y 88.8 años para las mujeres en 2030. La composición de la población irá sufriendo un cambio paulatino por el descenso de la natalidad, aumento de la esperanza de vida y la inmigración (Eustat, 2017).

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2016), la **población española** superará los 50 millones de personas en el año 2025. La población de 65 o más años duplicará su peso relativo pasando del 16,80% en el año 2005 al 30,85% en el año 2050. El crecimiento demográfico se deberá fundamentalmente a la inmigración. La esperanza de vida al nacimiento irá en aumento, llegando en el año 2030 a los 80,88 años en los varones y hasta los 86,91 en las mujeres.

Las cifras del envejecimiento en el contexto de la **Unión Europea**, según las proyecciones realizadas por el Eurostat en el año 2004 para los 25 países miembros, dicen que se dará un aumento en la estructura de la población que representa los grupos de edad más avanzada, de 65 años en adelante. Este grupo representaba un 10% en 1950 y pasará hasta casi el 33% para el 2050, (Fernández, Parapar y Ruiz, 2010).

1.2. Soledad

1.2.1. Contextualización del termino soledad

La soledad es un sentimiento de aislamiento, fruto de una discrepancia percibida entre las relaciones que una persona tiene y las que esperaba tener. Se relaciona con un conjunto de aspectos emocionales que la acompañan, como son: la insatisfacción general, la infelicidad, la ansiedad, la hostilidad, el vacío, el aburrimiento y la inquietud (Perlman y Peplau, 1982).

Su aparición y mantenimiento depende de la evaluación subjetiva que la propia persona hace sobre la calidad y cantidad de sus relaciones sociales. Además de poder venir provocada por una falta de relación con otras personas, también puede tener un componente de falta de vinculación comunitaria. La comunidad

donde vive un individuo le provee de sentimientos de pertenencia, identificación con otros, seguridad emocional, influencia recíproca, percepción de compartir valores, recursos, además de satisfacción de necesidades, cuya ausencia puede provocar sentimientos de soledad (Yanguas et al., 2018).

La soledad en la vejez se asocia con el compromiso social 20 años antes y hay una relación directa entre la participación social y la soledad. Es decir, que las personas puedan reducir el riesgo de soledad en la vejez al participar socialmente en edades más tempranas. La soledad sería la historia relacional de cada persona (Dahlberg, Andersson y Lennartsson, 2018).

Ante la soledad nos encontramos con una enorme diversidad de respuestas personales; hay quien elabora una respuesta activa o pasiva, mientras que otros buscan apoyo social.

Así pues, el fenómeno de la soledad, comprende desde emociones hasta procesos cognitivos, incluye a la persona y a la comunidad, engloba variables interpersonales y culturales y se relaciona con la fragilidad y vulnerabilidad en la persona mayor (Yanguas et al., 2018).

1.2.2. Cifras de Soledad en España y en Euskadi

Respecto de la prevalencia de la soledad en **España** en el 2015, el 25% de la población vivía sola. De ese conjunto de hogares donde vivían personas solas, en el 40% vivían personas mayores de 65 años. De ellas, 7 de cada 10 eran mujeres, y se calcula que habría unas 400.000 personas mayores de 85 años mayoritariamente mujeres viviendo solas en España (INE, 2016).

En **Euskadi**, en el 2017, el 41,9% de las personas que vivían solas tenían 65 años o más y el 73,6% eran mujeres (INE, 2017)

1.2.3. Consecuencias de la soledad

El riesgo asociado a la soledad y aislamiento social es comparable a los factores de riesgo bien establecidos para la mortalidad, como pueden ser la diabetes, hipertensión arterial, obesidad, colesterol, etc. (Holt, Smith, Baker, Harris y Stephenson, 2015; Holt Smith y Layton, 2010).

Según Birditt et al. (2005, 2018), más lesiva que la soledad son las relaciones sociales conflictivas. Las personas con redes sociales conflictivas se benefician de la soledad. Esto puede darse en personas mayores que prefieren una estrategia de evitación para retirarse del conflicto y en este caso la soledad puede ser una solución eficaz para personas con redes sociales negativas.

1.2.4. Instrumentos de Evaluación de la Soledad

Para valorar el sentimiento de soledad podemos utilizar diferentes escalas. La Escala de Soledad de Jong Gierveld es una de las más utilizadas. Es un instrumento válido para muestras de personas mayores (Pinazo y Donio, 2018). Así mismo para valorar la soledad en personas mayores tenemos otras escalas: Escala de soledad de UCLA, Escala de soledad social ESTE, Escala ESLI y Escala SELSA, (Puig, Lluch y Rodríguez, 2009; Barreto y Canatta, 2011).

1.3. Depresión/Ansiedad en el adulto mayor

1.3.1. Depresión

“Es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (OMS, 2018).

En la persona mayor se da una menor intensidad de la afectividad negativa, el sentimiento de tristeza suele ser de menor intensidad y puede aparecer enmascarado con otros síntomas principales, tales como la pérdida de apetito, alteraciones de la memoria, insomnio, síntomas somáticos, ansiedad, dolor o irascibilidad. Suele ser la causa más frecuente de sufrimiento emocional en la última etapa de la vida (Alcalá, Camacho y Giner, 2007).

Un estudio a nivel europeo en el que participaron varias ciudades europeas sobre la prevalencia de la depresión en mayores de 65 años, arroja unos resultados que van desde el 8,8% en Islandia al 23,6% de Múnich. La prevalencia de la ciudad española participante, Zaragoza, fue del 10,7%. Así mismo los resultados anunciaron un mayor índice de tasas de depresión en mujeres que en hombres (Copeland et al., 2004).

1.3.1.1. Instrumentos de evaluación de la depresión

La escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS) (Martínez de la Iglesia et al., 2002) así como la escala autoaplicada de Zung-12 (Hulstijn, Deelman y Berger, 1992), son las únicas validadas para mayores. Otras escalas a tener en cuenta en la población general son: La escala de la depresión de Hamilton (HDRS) (Ramos y Cordero, 1986) y el inventario de depresión de Beck (BDI) (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961).

1.3.2. Ansiedad

“Es una emoción normal con valor adaptativo que actúa como sistema de advertencia, alertando al individuo de acontecimiento adversos o riesgos inminentes, siendo patológica cuando dicho sistema de advertencia está mal adaptado siendo injustamente excesivo” (Francés, 2004).

La ansiedad es un problema emocional que causa malestar y sufrimiento en las personas que lo presentan. Los trastornos de ansiedad pueden afectar al funcionamiento en las diferentes facetas de la vida de una persona.

Los estudios sobre la prevalencia de los trastornos de ansiedad en las personas mayores de 65 años muestran resultados variables dado que se utilizan los mismos instrumentos diagnósticos que a los menores de 65 años. Cuando se utilizan muestras representativas en personas mayores de 65 años la tasa de prevalencia de la ansiedad alcanza el 20,8% (Cisneros y Ausín, 2019).

1.3.2.1. Instrumentos de Evaluación de la ansiedad

La escala más utilizada para la valoración de la ansiedad es la Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS) (Hamilton, 1959). Así mismo, existen escalas que miden tanto la depresión como la ansiedad. En nuestro medio, una escala que suele ser administrada habitualmente en Atención Primaria es la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG) y la escala HAD-Hospital de Ansiedad y Depresión que se administra en el medio hospitalario (Rojas, Pozo, Montemuiño, 2018). Las escalas anteriormente mencionadas han sido elaboradas y validadas para la población general.

1.4. Calidad de vida

“La calidad de vida es la percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. En definitiva, es lo que la gente hace y como experimenta lo que hace” (Reig, 2000).

Las áreas a evaluar son: la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, el ambiente, la espiritualidad, y la religión o creencias personales. Esto se traduce en instrumentos de evaluación que miden la competencia física, psicológica y social de la persona. La medición de la calidad de vida en las personas mayores responde a las mismas necesidades y demandas que en otros grupos de edad por lo que estará sujeto a los mismos requerimientos metodológicos (Reig, 2000).

1.4.1. Instrumentos de Evaluación de la Calidad de vida

Los instrumentos de medición de la calidad de vida de mayor interés en gerontología y mayor grado de recomendación en España serían los siguientes: Las láminas de COOP-WONCA, EuroQol 5-D, Perfil de Salud de Nottingham, Cuestionario de Evaluación Funcional Multidimensional (OARS), Cuestionario de Salud SF-36 y el Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI) (Reig, 2000).

1.5. Antecedentes

La mayoría de los artículos y estudios revisados, tanto nacionales como internacionales, muestran una estrecha relación entre los sentimientos de soledad y síntomas depresivos y en menor medida con la ansiedad, todo ello en personas mayores institucionalizadas (Patra et al., 2017; Vicente et al., 2014; Zhao et al., 2018; Kim et al., 2009; Prieto et al., 2011; Pardal et al., 2013; Runcan, 2012; Fessman y Lester, 2000). El impacto positivo que tiene el apoyo social y familiar en los sentimientos de soledad y síntomas de depresión y menormente en la ansiedad, aparece en muchos de los artículos estudiados (Patra et al., 2017; Rodríguez, Cruz y Pérez, 2014; Zhao et al., 2018; Kim et al., 2009; Prieto et al., 2011; Runcan, 2012; Pardal et al., 2013; Fessman y Lester, 2000).

Otro dato a destacar es que los adultos mayores institucionalizados tienen mayores probabilidades de sentirse solos y están más deprimidos y con peor estado de salud, que los que no están institucionalizados (Steak, 2005; Prieto et al., 2011; Runcan, 2012; Kim et al., 2009).

En mayores institucionalizados y no institucionalizados, la resiliencia, la autoestima, la autoeficacia y el apoyo social aparecen como elementos protectores contra la soledad, depresión y ansiedad, jugando un papel importante en la percepción de la calidad de vida (Zhao et al., 2018; Rodríguez, Cruz y Pérez, 2014; Pardal et al., 2013; Gerino, 2015, 2017).

2. OBJETIVOS

- 1- Describir la situación actual de la muestra respecto a la soledad, la ansiedad, depresión, calidad de vida y diversas características sociodemográficas.
- 2- Analizar la relación entre la soledad y la ansiedad, depresión y calidad de vida referida en una muestra de personas mayores institucionalizadas.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. Muestra

En este estudio de corte transversal se seleccionan 90 adultos mayores, 55 mujeres y 35 hombres, con una edad media de 84,44 años \pm 8,91. La muestra de personas mayores anteriormente citada proviene de diversas residencias y centros socio sanitarios de Bizkaia: Centro Gerontológico Aspaldiko (n=32) e IMQ IGURCO (Orue, Unbe, Bilbozar, Azkuna, Forua y Zorrozoiti) (n=58). Los criterios de inclusión para este estudio fueron: tener 60 años o más, llevar al menos 6 meses institucionalizado, tener una puntuación en el Mini Examen Cognoscitivo (MEC) >23 (Muestra residente en Aspaldiko) o un Mini-Mental State Examination de Folstein (MMSE) ≥ 20 (Muestra residente en los centros de IMQ Iguurco), y un Índice de Barthel modificado de Shah ≥ 50 . El criterio de exclusión era estar diagnosticado de esquizofrenia, psicosis no esquizofrénicas y otras patologías psiquiátricas con sintomatología delirante.

Todas las personas participantes en el estudio recibieron información sobre dicho estudio y firmaron el consentimiento informado. Este estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la UPV/EHU, con el código: M10/2018/102MR1.

3.2. Métodos

3.2.1. Valoración de la soledad

Para valorar la soledad se utilizó la Escala de Soledad de De Jong Gierveld (Gierveld y Van Tilburg, 1999; Pinazo y Donio, 2018).

La escala de Soledad de De Jong Gierveld tiene tres categorías de respuestas (1 = no, 2 = más o menos, 3 = sí). Los ítems indican si las personas experimentan situaciones donde el número de relaciones interpersonales es más pequeño del deseado o si se ha alcanzado el nivel deseado de intimidad. La puntuación de soledad se obtiene dicotomizando las respuestas, de modo que se obtiene un punto si se responde *más o menos* o *no* en los ítems 1, 4, 7, 8 y 11. En los restantes ítems 2, 3, 5, 6, 9 y 10, se obtiene un punto si se responde *más o menos* o *sí*. La puntuación final oscila entre 0 (No soledad) hasta 11 (Soledad extrema), resultado de sumar el número de respuestas afirmativas o negativas en todos los ítems (Buz y Prieto, 2013).

3.2.2. Valoración del deterioro cognitivo

Para la valoración del deterioro cognitivo se utilizaron las escalas Mini-Mental State Examination de Folstein (MMSE) en los centros de IMQ Igurco y el Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC), en el Centro Gerontológico Aspaldiko.

El MMSE de Folstein (Bermejo, Morales y Olanzarán, 1999; Llamas et al., 2015) es una herramienta de screening de deterioro cognitivo moderado que se compone de 23 ítems agrupados en seis apartados, que miden: orientación temporal, orientación espacial, fijación, concentración, memoria y lenguaje, y cuya puntuación total es de 30 puntos. Para participar en el presente estudio había que obtener una puntuación de 20 puntos o más.

El MEC de Lobo (Lobo et al., 1979, 1999), es una versión adaptada al español del MMSE de Folstein. Se compone de 35 ítems, agrupados en 5 apartados que miden: orientación, fijación, concentración y cálculo, memoria, lenguaje y construcción. Para participar en el estudio había que obtener más de 23 puntos. En ambas escalas a menor puntuación mayor deterioro cognitivo.

Si mantenemos el punto de corte clásico 23/24 para el MEC el punto de corte del MMSE con mejor concordancia es el de 19/20 (Bargalló, et al., 2002).

3.2.3. Valoración funcional

Para realizar la valoración funcional se ha utilizado una versión modificada del Índice de Barthel: El Barthel modificado de Shah. El índice de Barthel (Cid y Damián, 1997) es un índice que valora la autonomía respecto a la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Las actividades que incluye la escala son 10, y la puntuación total va desde 0 (completamente dependiente) a 100 (completamente independiente). El Índice de Barthel modificado de Shah (Shah, Vanclay, y Cooper, 1989; Cid y Damián, 1997; Solís, Arrijoja y Manzano, 2005), mantiene las 10 actividades originales del Índice de Barthel, pero incrementa el número de categorías por cada actividad hasta 5, pretendiendo así aumentar la sensibilidad de la escala. El rango de puntuación total sigue siendo el mismo, 0 (completamente dependiente) y 100 (completamente independiente). Los rangos de puntuación son: 0-20 puntos: dependencia total, de 21-60 puntos: dependencia severa, de 61-90 puntos: dependencia moderada, de 91-99 puntos: dependencia escasa y 100 puntos: independencia total. Para participar en el presente estudio la persona tenía que lograr una puntuación del Índice de Barthel modificado de Shah de 50 puntos o más.

3.2.4. Valoración de la ansiedad y depresión

Como cribado de detección de la ansiedad y depresión se utilizó la Escala de ansiedad y depresión de Goldberg (EADG). Está formada por dos subescalas de 9 ítems de respuesta dicotómica (si/no) cada una. El punto de corte para la subescala de la ansiedad es ≥ 4 puntos y para la subescala de la depresión ≥ 2 puntos (Montón, Pérez, Campos, García y Lobo, 1993; Gobierno de Canarias, 2019).

En este estudio, si en la subescala de depresión de Goldberg el resultado era ≥ 2 , se les administraba la escala de la depresión geriátrica de Yesavage (GDS-15) y si en la subescala de la ansiedad el resultado era ≥ 4 , se les aplicaba la escala de la ansiedad HARS de Hamilton que mide la ansiedad psicológica y la ansiedad física o somática.

La Escala para la depresión geriátrica de Yesavage (GDS) ha sido utilizada para cuantificar la sintomatología depresiva. La versión más recomendada es la versión de 15 ítems (GDS-15), con respuestas dicotómicas (si/no). De 0-5 puntos no hay depresión, de 6-9 puntos posible depresión y de 10 o más puntos indicadores de depresión (Martínez de la Iglesia et al., 2002; Greenberg, 2012).

La Escala de ansiedad de Hamilton (HARS) evalúa la severidad de los síntomas ansiosos. Se compone de 14 ítems con respuesta tipo Likert de 0-4 según la intensidad de la ansiedad. A mayor puntuación mayor intensidad.

La escala discrimina entre la ansiedad psíquica, con los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14 y la ansiedad física o somática con los ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13. La puntuación máxima son 56 puntos. Actualmente no existe consenso sobre los puntos de corte para clasificar la ansiedad. El resultado debe de interpretarse como una cuantificación de la ansiedad (Lobo et al., 2002).

3.2.5. ESCALA COOP/WONCA

El cuestionario COOP/WONCA es un instrumento utilizado para medir la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), de un modo rápido y sencillo. Este cuestionario consta de 7 láminas (originalmente eran 9), que reflejan la percepción que el paciente tiene de su capacidad funcional en un momento dado. Cada una de ellas consta de un título, una cuestión referida al estado de salud durante las dos últimas semanas (originalmente eran 4 semanas) y 5 posibles respuestas. Cada opción está ilustrada con un dibujo que representa un nivel de funcionamiento con 5 niveles de respuesta tipo Likert, siendo las puntuaciones mayores las que reflejan una peor salud percibida. La puntuación de cada una de las láminas permite una interpretación de las dimensiones estudiadas. Algunos

autores como Van Weel, dejan abierta la posibilidad de sumar las puntuaciones de todas las láminas y ofrecer una cifra total, aunque no tiene establecido un punto de corte (Lizán y Reig, 2002).

La validación de este cuestionario en la población española fue llevada a cabo por Lizán y Reig, mediante las viñetas COOP/WONCA (López, Martínez, Romero, y Rueda, 2005).

3.3. Análisis estadístico

Para analizar la relación entre las diferentes variables del estudio se ha utilizado el programa informático SPSS versión 24.

Se ha realizado la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov. El MEC, HARS total y HARS físico han resultado seguir una distribución normal o paramétrica. El resto de las variables siguen una distribución no paramétrica.

Considerando las características no paramétricas de las variables a estudio, para el análisis de la relación entre variables cuantitativas se han utilizado las correlaciones de Spearman. Por otro lado, para analizar la relación del Gierdveld con las variables cualitativas, hemos llevado a cabo la U de Mann-Whitney en el caso de variables de respuesta dicotómica, y el Test de Kruskal-Wallis en el caso de que éstas tuviesen más de dos categorías. Se consideraron diferencias estadísticamente significativas si la $p < 0,05$.

4. RESULTADOS

En las siguientes tablas se van a describir la población de estudio, compuesta por 35 hombres y 55 mujeres (n=90). En la tabla 1 aparecen las características de los participantes: edad, número de hijos, número de nietos, años ingresado y años como cuidador. Así mismo, a todos ellos se les pasaron las diferentes escalas anteriormente descritas. De las 90 personas, a 55 se les valoró con la escala GDS-15 de la depresión de Yesavage por haber reportado 2 o más respuestas afirmativas en la subescala de la depresión de EADG. Y a otros 32 de los 90, se les administró la escala HARS de Hamilton para la ansiedad por responder afirmativamente a 4 o más preguntas en las subescala de la ansiedad de EADG.

Tabla 1. Características sociodemográficas cuantitativas de los participantes.

	HOMBRES n=35	MUJERES n=55	TOTAL n=90
VARIABLES	Media ± DS	Media ± DS	Media ± DS
Edad	81,6 ± 10,3*	86,2 ± 7,49	84,4± 8,91
Nº Hijos/as	1,49 ± 1,60	1,75 ± 1,55	1,64± 1,57
Nº Nietos/as	2,09 ± 2,40	2,58 ± 2,61	2,39± 2,52
Nº Años Ingresado	4,09 ± 3,70	3,00 ± 3,29	3,42± 3,46
Años Cuidador	2,43 ± 3,90	4,91 ± 7,70	3,94± 6,58
Barthel modificado	85,1 ± 14,9	81,0 ± 14,6	82,6± 14,7
MEC^a	29,1 ± 3,37	29,2 ± 3,10	29,1± 3,16
MMSE^b	25,3 ± 3,38	24,2 ± 3,31	24,6± 3,35
GIERVELD	5,03 ± 2,38	4,51 ± 2,25	4,71 ± 2,30
EADG TOTAL	5,06 ± 4,59	5,62 ± 4,44	5,40± 4,48
EADG DEPRESIÓN	2,37 ± 2,44	2,89 ± 2,45	2,69± 2,44
EADG ANSIEDAD	2,69 ± 2,96	2,73 ± 2,78	2,71± 2,83
GDS-15 TOTAL^c	3,20 ± 2,50	4,51 ± 3,20	4,04± 3,01
HARS TOTAL^d	18,1 ± 6,60	21,9 ± 9,32	20,4± 8,50
HARS PSICOLÓGICO^d	8,92 ± 3,37	11,7 ± 5,49	10,6± 4,94
HARS FÍSICO^d	9,17 ± 5,27	10,1 ± 5,26	9,78± 5,20
COOP/WONCA	21,8 ± 3,74***	24,9 ± 5,59	23,7 ± 5,17

Abreviaturas: DS (Desviación estándar), MEC (Mini examen cognoscitivo de Lobo), MMSE (Mini-Mental State Examination de Folstein), EADG (Escala de ansiedad y la depresión de Goldberg), GDS (Escala para la depresión geriátrica de Yesavage), HARS (Escala de la ansiedad de Hamilton). ^aHombres (n=14) y Mujeres (n=18), ^bHombres (n=21) y Mujeres (n=37), ^cHombres (n=20) y Mujeres (n=35), ^dHombres (n=12) y Mujeres (n=20). U de Mann-Whitney entre hombres y Mujeres * $p < 0,05$, *** $p < 0,005$.

Tras el análisis estadístico con la U de Mann-Whitney, se valora si hay diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres respecto a sus medias. Observamos que la edad de las mujeres es significativamente mayor que la de los hombres ($p=0,041$). Así mismo, las mujeres muestran una peor calidad de vida referida que los hombres de una forma estadísticamente significativa ($p=0,004$).

Tabla 2. Características sociodemográficas cualitativas de los participantes (porcentajes).

	OPCIONES RESPUESTA	HOMBRES n=35	MUJERES n=55	TOTAL N=90
ESTADO CIVIL	SOLTERO/A	9 (25,7%)	9 (16,4%)	18 (20,0%)
	CASADO/A	10 (28,6%)	4 (7,27%)	14 (15,5%)
	SEPARADO/A	5 (14,3%)	2 (3,64%)	7 (7,78%)
	VIUDO/A	11 (31,4%)	40 (72,7%)	51 (56,7%)
NIVEL DE ESTUDIOS	SIN ESTUDIOS	9 (25,7%)	12 (21,8%)	21 (23,3%)
	ESTUDIOS PRIMARIOS	19 (54,3%)	31 (56,4%)	50 (55,5%)
	ESTUDIOS SECUNDARIOS	5 (14,3%)	7 (12,7%)	12 (13,3%)
	ESTUDIOS SUPERIORES	2 (5,71%)	5 (9,09%)	7 (7,78%)
NIVEL SOCIOECONÓMICO	< 847,52 €	8 (22,9%)	43 (78,2%)	51 (56,7%)
	847,52€-894,13€	5 (14,3%)	0 (0,00%)	5 (5,55%)
	894,14-966,75€	3 (8,57%)	0 (0,00%)	3 (3,33%)
	>966,75€	11 (31,4%)	6 (10,9%)	17 (18,9%)
	SIN CONOCIMIENTO	0 (0,00%)	6 (10,9%)	6 (6,67%)
HIJOS/AS	SI	22 (62,9%)	38 (69,1%)	60 (66,7%)
	NO	13 (37,1%)	17 (30,9%)	30 (33,3%)
NIETOS/AS	SI	20 (57,1%)	36 (65,4%)	56 (62,2%)
	NO	15 (42,9%)	19 (34,5%)	34 (37,8%)
AÑOS INGRESADO/A	<1 AÑO	7 (20,0%)	13 (23,6%)	20 (22,2%)
	1-3 AÑOS	9 (25,7%)	24 (43,7%)	33 (36,7%)
	>3 AÑOS	19 (54,3%)	18 (32,7%)	37 (41,1%)
HABER SIDO CUIDADOR/A	SI	16 (45,7%)	36 (65,4%)	52 (57,8%)
	NO	19 (54,3%)	19 (34,5%)	38 (42,2%)
GDS^a	NO DEPRESIÓN	16 (75,0%)	24 (68,6%)	40 (72,7%)
	POSIBLE DEPRESIÓN	4 (25,0%)	9 (25,7%)	13 (23,6%)
	DEPRESIÓN	0 (0,00%)	2 (5,71%)	2 (3,64%)
HARS^b	ANSIEDAD LEVE	5 (41,7%)	4 (20,0%)	9 (28,1%)
	ANSIEDAD MODERADA/GRAVE	7 (57,3%)	16 (80,0%)	23 (71,9%)

Abreviaturas: GDS (Escala para la depresión geriátrica de Yesavage), HARS (Escala de la ansiedad de Hamilton). ^aHombres (n=20) y Mujeres (n=35), ^bHombres (n=12) y Mujeres (n=20).

Dada la distribución no paramétrica mencionada en la metodología del presente trabajo, a continuación, se muestra la tabla 3, la cual determina las correlaciones (Spearman) de las puntuaciones totales de la Escala de Soledad De Jong Gierveld respecto a las variables cuantitativas, todo ello en lo que respecta a la muestra total y la muestra segmentada por sexo.

Tabla 3. Correlaciones entre la soledad y las variables cuantitativas.

		SOLEDAD		
		HOMBRES n=35	MUJERES n=55	TOTAL n=90
EADG Total	R	0,385	0,459	0,411
	p	0,023	0,000	0,000
EADG Ansiedad	R	0,395	0,400	0,393
	p	0,019	0,003	0,000
EADG Depresión	R	0,208	0,411	0,317
	p	0,232	0,002	0,002
GDS Total ^a	R	0,193	0,587	0,440
	p	0,415	0,000	0,001
HARS Total ^b	R	-0,453	0,527	0,152
	p	0,139	0,017	0,407
HARS Psicológico ^c	R	0,227	0,376	0,243
	p	0,478	0,102	0,180
HARS Físico ^d	R	-0,750	0,426	0,012
	p	0,005	0,061	0,948
Edad	R	-0,106	-0,091	-0,107
	p	0,546	0,508	0,316
Nº de hijos/as	R	-0,002	-0,260	-0,171
	p	0,990	0,055	0,107
Nº de nietos/as	R	-0,071	-0,282	-0,222
	p	0,685	0,037	0,035
Nº años ingresado/a	R	0,072	0,270	0,205
	p	0,683	0,046	0,053
Años cuidador/a	R	-0,206	-0,072	-0,132
	p	0,235	0,599	0,214
Barthel	R	-0,150	-0,001	-0,049
	p	0,390	0,995	0,646
MEC ^e	R	0,119	-0,290	-0,116
	p	0,685	0,243	0,527
MMSE ^f	R	-0,113	-0,371	-0,239
	p	0,625	0,024	0,071
COOP/WONCA	R	0,217	0,436	0,321
	p	0,210	0,001	0,002

Abreviaturas: MEC (Mini examen cognoscitivo de Lobo), MMSE (Mini-Mental State Examination de Folstein), EADG (Escala de ansiedad y la depresión de Goldberg), GDS (Escala para la depresión geriátrica de Yesavage), HARS (Escala de la ansiedad de Hamilton), COOP/WONCA (Instrumento para medir la calidad de vida relacionada con la salud). aHombres (n=20) y Mujeres (n=35), bHombres (n=12) y Mujeres (n=20), cHombres (n=12) y Mujeres (n=20), dHombres (n=12) y Mujeres (n=20), eHombres (n=14) y Mujeres (n=18), fHombres (n=21) y Mujeres (n=37).

La puntuación de la escala de Soledad de Gierveld ha mostrado una relación significativa con varias variables:

Con el **EADG total**, ha mostrado una relación significativa, en hombres ($p=0,023$), mujeres ($p<0,001$) y en la muestra total ($p<0,001$). Esto indica que a más puntuación en la escala de la ansiedad y depresión de Goldberg se dan mayores valores en la escala de la soledad de Gierveld en hombres, mujeres y en el total de hombres y mujeres.

Con el **EADG ansiedad**, también ha sido significativa en hombres ($p=0,019$), mujeres ($p=0,003$) y en la muestra total ($p<0,001$), con lo que a mayores cifras en la subescala de la ansiedad de EADG, habrá una puntuación más elevada en soledad en hombres, mujeres y en la muestra total.

Por otro lado, la relación de la soledad con el **EADG depresión**, será significativo en las mujeres ($p=0,002$) y en el total de hombres y mujeres ($p=0,002$). A mayores puntuaciones de EADG depresión en mujeres y en la muestra total, más puntuación en la escala de la soledad de Gierveld.

Respecto al **GDS total**, será significativo en mujeres ($p<0,001$) y en el total ($p=0,001$). Cuanto más elevada sea la puntuación en la escala de la depresión en mujeres y en la muestra total mayor será la puntuación de soledad.

La relación de la soledad con el **HARS total** es significativa en mujeres ($p=0,017$), por lo que, a mayor ansiedad en mujeres, mayor será la soledad percibida, y con el **HARS físico** será significativa en hombres ($p=0,005$) y en las mujeres la puntuación quedará cerca de ser significativa ($p=0,061$). Así mismo, cuanto más alta sea la ansiedad física en hombres y mujeres más elevados serán los niveles de soledad.

La correlación con el **número de hijos e hijas** en mujeres queda cerca de ser significativa ($p=0,055$). Cuantos más hijos e hijas, menos aparece el sentimiento de soledad en las mujeres. En cuanto a la relación entre el **número de nietos y nietas** y la soledad, es significativa tanto en las mujeres ($p=0,037$) como en la muestra total ($p=0,035$). Un mayor número de nietos y nietas se asocia a un menor sentimiento de soledad en mujeres y en el total de hombres y mujeres.

La relación entre la soledad y el **número de años ingresado** es significativa en mujeres ($p=0,046$) y en la muestra total queda cerca de la significación ($p=0,053$). Cuantos más años ingresado la puntuación es más elevada en soledad.

La relación con el **MMSE**, es significativa en las mujeres ($p=0,024$), es decir, a mayor deterioro cognitivo mayor es la soledad percibida en las mujeres.

Finalmente, la correlación de la soledad con el **COOP/WONCA**, es significativo en las mujeres ($p=0,001$) y en la muestra total ($p=0,002$), observándose que a mayor calidad de vida menor es el sentimiento de soledad.

Tras el análisis de la relación entre la soledad y las variables cualitativas se observa que solo aparece una significación estadística con tener o no tener nietos/as en las mujeres ($p=0,044$), siendo las que tenían nietos y nietas las que menores niveles de soledad reportaban, tal y como aparece en la Tabla 4.

Tabla 4. Relación entre la soledad y el tener o no nietos/as en mujeres.

	NIETOS/AS SI.	NIETOS/AS NO.	P
SOLEDAD	Media ± DS 4,08 ± 2,13	Media ± DS 5,32 ± 2,31	0,044

Abreviaturas: DS (desviación estándar). n=55 mujeres. U de Mann-Whitney.

5. DISCUSIÓN

En este trabajo se ha analizado la relación existente entre la soledad y la ansiedad, depresión y calidad de vida referida en una muestra de personas mayores institucionalizadas. Los resultados de este estudio reflejan que las mujeres muestran más correlaciones entre la soledad y otras variables que los hombres. Las variables emocionales como la depresión y la ansiedad parecen afectar más a las mujeres que a los hombres en su relación con la soledad. Así mismo, el apoyo social más cercano, de hijos e hijas y nietos y nietas beneficiaría más a las mujeres reduciendo su sentimiento de soledad. Otro aspecto destacable del estudio es que las mujeres muestran peor calidad de vida que los hombres, y además su calidad de vida parece estar influida por la soledad percibida.

Prácticamente en todos los artículos nacionales e internacionales revisados se destaca la importancia del apoyo social percibido, sobre todo de amigos y familiares para neutralizar los efectos negativos de los sentimientos de soledad y los síntomas de depresión y ansiedad (Patra et al., 2017; Rodríguez, Cruz y Pérez, 2014; Zhao et al., 2018; Kim et al., 2009; Prieto et al., 2011; Runcan, 2012; Pardal et al., 2013; Fessman y Lester, 2000). Esto podría estar relacionado por el

beneficio emocional que genera el apoyo social. Así, estos resultados se ven parcialmente refrendados en el presente estudio, donde se ha observado que tener hijos e hijas, así como nietos y nietas, en las mujeres disminuye de una manera significativa el sentimiento de soledad. Sin embargo, en el grupo de los hombres no se ha observado este efecto.

Los sentimientos de soledad y los síntomas de la depresión aparecen fuertemente asociadas en las búsquedas realizadas (Patra et al., 2017; Vicente et al., 2014; Zhao et al., 2018; Kim et al., 2009; Prieto et al., 2011; Pardal et al., 2013; Fessman y Lester, 2000) y en menor medida con la ansiedad (Vicente et al., 2014; Zhao et al., 2018; Pardal et al., 2013), de tal manera que los síntomas emocionales parecen tener una gran influencia sobre la soledad, tal y como aparece reflejado en los resultados de este estudio, donde los síntomas de depresión y ansiedad aparecen asociados a la soledad, más intensamente en mujeres y en la muestra total que en hombres. Este resultado en la muestra total podría deberse a que la muestra del estudio tiene una proporción de mujeres del 61,1%, que podría hacer que la relación de la soledad con la muestra total fuese significativa y con hombres no. Esto podría deberse a la mayor presencia de mujeres respecto a los hombres en este estudio.

De la misma manera que el estado emocional se asocia a la soledad, en la revisión de artículos realizada, la dependencia funcional y la mala función física también se relacionan con los sentimientos de soledad, y con los síntomas de ansiedad y depresión. Así, una mayor independencia funcional estaría relacionada con menos probabilidades de sentirse solo (Rodríguez, Cruz y Pérez, 2014; Kim et al., 2009; Prieto et al., 2011). En el estudio realizado, esta asociación de la función física con la soledad se midió con el Índice de Barthel modificado de Shah, y no apareció ninguna relación estadísticamente significativa ni en hombres ni en mujeres.

Un hallazgo destacable del presente estudio es que las variables como el estado civil, nivel socioeconómico y el nivel de estudios no tienen una significación estadística con la soledad percibida. En otros estudios dichas variables afectan a la soledad cuando los adultos mayores no están institucionalizados (Aylaz, Aktürk, Erci, Öztürk y Aslan, 2012; Prieto et al., 2011; Prieto et al., 2008).

La institucionalización produce un aislamiento forzado en las personas mayores, lleva a una restricción de contactos sociales, produciendo soledad y depresión. Por lo tanto, los adultos mayores institucionalizados tienen mayores probabilidades de sentirse solos que los que no lo están (Steak, 2005; Prieto et al., 2011; Runcan, 2012; Kim et al., 2009). Algunos autores llegan a cuantificar

este riesgo añadiendo que los adultos mayores institucionalizados tienen dos veces más probabilidades de sentirse solos (Prieto et al., 2011), y Steak (2005) añade que los que sufren de depresión junto con sentimiento de soledad tienen un riesgo de mortalidad 2,1 veces mayor. Una excepción encontrada a estos resultados, es una muestra japonesa que consideran positivamente el vivir en residencia, incluso mejor que vivir en su propio domicilio (Kim et al., 2009). En las mujeres de nuestro estudio, aparece una relación significativa entre el número de años institucionalizadas y el sentimiento de soledad, donde a mayor número de años institucionalizadas, mayor sentimiento de soledad. Aunque en hombres no se da esta relación, en la muestra total estaría cerca de dicha significación. Otra vez podemos suponer que estas cifras cercanas a la significación del total entre hombres y mujeres pueden deberse al peso relativo de las mujeres en la muestra.

La calidad de vida parece estar muy condicionada por los niveles de soledad, depresión y ansiedad. Según Zhao et al. (2018) la resiliencia jugará un papel mediador entre la soledad y los síntomas depresivos.

En un estudio realizado en Madrid, encontraron que una mayor satisfacción con la vida, producía menores niveles de ansiedad y depresión. Ese estudio también destaca la importancia del apoyo social y familiar para lograr dicha satisfacción (Rodríguez, Cruz y Pérez, 2014).

Pardal et al. (2013) muestran en su estudio, que, con un apoyo social deficiente, la ansiedad y la depresión pueden afectar en la calidad de vida percibida.

En estudios de muestras institucionalizadas y no institucionalizadas, la resiliencia, la autoestima, la autoeficacia y el apoyo social aparecen como elementos protectores contra la soledad, depresión y ansiedad, jugando un papel importante en la percepción de la calidad de vida. Al mismo tiempo, el estado de salud, la situación económica y el nivel de estudios influirían positivamente en el bienestar emocional y la calidad de vida (Zhao et al., 2018; Rodríguez, Cruz y Pérez, 2014; Pardal et al., 2013; Gerino, 2015, 2017). En los resultados de este trabajo, la situación económica y el nivel de estudios no han influido en la calidad de vida y bienestar emocional, por lo que dichas afirmaciones no han quedado refrendadas. En el trabajo presentado, las mujeres tienen una peor calidad de vida percibida que los hombres, y además su calidad de vida se vería influida por la soledad percibida. A mayor soledad peor calidad de vida.

La principal limitación de esta investigación es el pequeño tamaño de la muestra, particularmente para los hombres, aunque es consistente con las observaciones de otros investigadores (Patra et al., 2017; Rodríguez, Cruz, Pérez,

2014; Zhao et al., 2018; Kim et al., 2009; Stek et al., 2005; Prieto et al., 2011). Otra limitación es el diseño del estudio que fue transversal, lo que limita la capacidad de establecer relaciones causales. Sin embargo, nuestro estudio proporciona nuevos datos útiles que amplían el conocimiento sobre la relación que tiene la soledad con otras variables en la población mayor institucionalizada.

6. CONCLUSIONES

En este estudio se ha constatado una relación entre la soledad, la depresión y la ansiedad, todo ello en personas mayores institucionalizadas.

Las mujeres muestran más afectación que los hombres en su sentimiento de la soledad, al verse afectadas por un mayor número de variables, sobre todo de carácter emocional (ansiedad y depresión). Por otro lado, el apoyo social percibido, sobre todo de las personas con mayor vinculación afectiva (hijos, hijas, nietos y nietas), parece también fundamental para mostrar menores niveles de soledad, sobre todo en el grupo de mujeres.

Ya que la institucionalización produce una restricción de contactos sociales, aumentando la probabilidad de sentirse solo y generando una disminución de la calidad de vida, es en este aspecto uno de los puntos donde los diferentes profesionales de la salud podrían incidir para poder dar respuesta a este problema, como es el de los sentimientos de soledad en personas mayores institucionalizadas.

7. REFERENCIAS

Alcalá, V., Camacho, M., y Giner, J. (2007). Afectos y depresión en la tercera edad. *Psicothema*, 19(1), 49-56.

Aylaz, R., Aktürk, Ü., Erci, B., Öztürk, H., y Aslan, H. (2012). Relationship between depression and loneliness in elderly and examination of influential factors. *Archives of gerontology and geriatrics*, 55(3), 548-554. doi://doi.org/10.1016/j.archger.2012.03.006

Bargalló, E. V., Domènech, J. V., Pallàs, J. A., Boquet, J. E., Pueyo, T. A., y Ramírez, E. L. (2002). Concordancia entre el Mini-Examen Cognoscitivo y el Mini-Mental State Examination en el cribado del déficit cognitivo. *Atención primaria*, 30(1), 5-13.

Barreto, M. D. B. y Canatta, B. S. D. (2011). Adaptación cultural de la escala este para medir soledad en adultos mayores. *Eureka (Asunción) en Línea*, 8(1), 92-99.

Beck, A. T., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., y Erbaugh, J. (1961). Beck depression inventory (BDI). *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.

Bermejo, F. P., Morales, J. M. G., y Olanzarán, J. (1999). Diagnostic accuracy in dementia screening of an extended Spanish version of Folstein's MMSE. Data from a population survey. En *Abstracts of the III International Association of Gerontology and Geriatrics (1996. Thessaloniki, Grecia)*.

Birditt, K. S., Fingerman, K. L., y Almeida, D. M. (2005). Age differences in exposure and reactions to interpersonal tensions: a daily diary study. *Psychology and aging*, 20(2), 330-340.

Birditt, K. S., Manalel, J. A., Sommers, H., Luong, G., y Fingerman, K. L. (2018). Better off alone: Daily solitude is associated with lower negative affect in more conflictual social networks. *The Gerontologist*. [on line] Doi:10.1093/geront/gny060.

Buz, J., y Prieto, G. (2013). Analysis of the De Jong Gierveld Loneliness Scale Using the Rasch Model. *Universitas Psychologica*, 12(3), 971-981

Cid, J. y Damián, J. (1997). Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Revista española de salud pública*, 71(2), 127-137.

Cisneros, G. E., y Ausín, B. (2019). Prevalencia de los trastornos de ansiedad en las personas mayores de 65 años: una revisión sistemática. *Revista española de geriatría y gerontología*, 54 (1), 34-48.

Copeland, J. R., Beekman, A. T., Braam, A. W., Dewey, M. E., Delespaul, P., Fuhrer, R., ... Wilson, K. C. (2004). Depression among older people in Europe: the EURODEP studies. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 3(1), 45–49.

Dahlberg, L., Andersson, L., y Lennartsson, C. (2018). Long-term predictors of loneliness in old age: Results of a 20-year national study. *Aging y Mental Health*, 22(2), 190-196. doi:10.1080/13607863.2016.1247425.

EUSTAT (2017). *La población de la C. A. de Euskadi ganaría 14.000 personas entre 2016 y 2031*. (Proyecciones Demográficas 2031). Vitoria-Gasteiz: Instituto Vasco de Estadística. Recuperado de: http://www.eustat.eus/elementos/not0014233_c.html

Fernández, J.L., Parapar, C., y Ruiz, M. (2010) El envejecimiento de la población. *Lychnos. Cuadernos de la Fundación General CSIC*, 2, 6-12. Recuperado de: www.fgcsic.es/lychnos/es/es/articulos/envejecimiento_poblacion.

Francés, I. (2004). Epidemiología y clínica de la ansiedad en el anciano. Ortiz, L., Francés, I., Gayoso, M., Gil, P., Martín, M., y Sánchez, M. *Guía de buena práctica clínica en geriatría. Depresión y ansiedad* (pp. 67-79). Madrid: SEGG y Scientific Communication Management.

Fessman, N., y Lester, D. (2000). Loneliness and depression among elderly nursing home patients. *The International Journal of Aging and Human Development*, 51(2), 137-141. Doi: 10.2190/5VY9-N1VT-VBFX-50RG

Gerino, E., Elisa, M., Piera, B., Lyrakos, D. G., y Luca, R. (2015). Quality of life in the third age: A research on risk and protective factors. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 187, 217-222. doi://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.03.041

Gerino, E., Rolle, L., Sechi, C., y Brustia, P. (2017). Loneliness, resilience, mental health, and quality of life in old age: A structural equation model. *Frontiers in Psychology*, 8, 2003. doi:10.3389/fpsyg.2017.02003.

Gierveld, J. D. J., y Van Tilburg, T. (1999). *Manual of the loneliness scale*. Amsterdam: Department of Social Research Methodology.

Gobierno de Canarias. Conserjería de Sanidad. *Escala de ansiedad y depresión de Goldberg (EADG)*. Recuperado el 7/02/2019, de https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/d4256655-0f04-11de-9de1-998efb13096d/S_MENTAL8.pdf

Greenberg, S. A. (2012). The geriatric depression scale (GDS). *Best Practices in Nursing Care to Older Adults*, 4(1), 1-2.

Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *Brit J Med Psychol*, 32, 50-55.

Holt, J., Smith, T. B., y Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS medicine*, 7(7), e1000316. Doi: 10.1371/journal.pmed.1000316.

Holt, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., y Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227-237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>

Hulstijn, E. M., Deelman, B. G., y Berger, H. (1992). The Zung-12: a questionnaire for depression in the elderly. *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie*, 23(3), 85-93.

INE (2016). *Encuesta continua de hogares, año 2015*. Madrid: INE. Recuperado de: <https://www.ine.es/prensa/np965.pdf>.

INE (2017). *Encuesta continua de hogares, año 2016*. Madrid: INE. Recuperado de: https://www.ine.es/prensa/ech_2016.pdf.

Kim, O., Kim, J., Byeon, Y., Endo, E., Akahoshi, M., y Ogasawara, H. (2009). Loneliness, depression and health status of the institutionalized elderly in Korea and Japan. *Asian Nursing Research*, 3(2), 63-70. doi:10.1016/S1976-1317(09)60017-7

Lizán, L., y Reig, A. (2002). La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en la consulta: las viñetas COOP/WONCA. *Atención primaria*, 29(6), 378-384.

Llamas, S., Llorente, L., Contador, I. y Bermejo, F. (2015). Versiones en español del Ministerial State Examination (MMSE). Cuestiones para su uso en la práctica

clínica. *Revista de neurología*, 61(8), 363-371. Doi: <https://doi.org/10.33588/rn.6108.2015107>.

Lobo, A., Gómez, A., y Folstein, M. F. (1979). El "Mini-examen cognoscitivo" en pacientes geriátricos. *Folia neuropsiquiátrica: Revista de psicología, psiquiatría y ciencias afines*, 14(1), 245-251.

Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., Día, J. L., de la Cámara, C., Ventura, T., ... y Aznar, S. (1999). Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica. *Medicina Clínica*, 112(20), 767-774.

Lobo, A., Chamorro, L., Luque, A., Dal-Ré, R., Badia, X., y Baró, E. (2002). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina Clínica*, 118(13), 493-499. doi:10.1016/S0025-7753(02)72429-9.

López, S. R., Martínez, C. M., Romero, A. B., y Rueda, M. (2005). Validez y fiabilidad del cuestionario COOP/WONCA cumplimentado vía telefónica en personas con artrosis de cadera y rodilla. *Index de Enfermería*, 14(51), 24-28.

Martínez de la Iglesia, J., Onís, M., Dueñas, R., Albert Colomer, C., Aguado, C. y Luque, R. (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam*, 12(10), 26-40.

Montón, C., Pérez, M. J., Campos, R., García, J., y Lobo, A. (1993). Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Atención Primaria*, 12(6), 345-349.

OMS (2018). *Depresión*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>. Recuperado 27 de diciembre de 2018.

Pardal, A., Espirito-Santo, H., Lemos, L., Matreno, J., Amaro, H., Guadalupe, S., y Gonçalves, R. (2013). 1556 - Social support, mental health, and satisfaction with life in institutionalized elderly. *European Psychiatry*, 28 (Suppl.1), 1. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(13\)76565-9](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(13)76565-9)

Patra, P., Alikari, V., Fradelos, E. C., Sachlas, A., Kourakos, M., Gil, A. P. R., . . . Zyga, S. (2017). Assessment of depression in elderly is perceived social support related? A nursing home study. En Vlamos, P. (Ed.), *Gundis 2016: Genetics and Neurodegeneration* (pp. 139-150). Cham: Springer.

Perlman, D., y Peplau, L. A. (1982). Theoretical approaches to loneliness. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*, 123-134.

Pinazo, S. y Donio, M. (2018). *La soledad en las personas mayores*. Madrid: Fundación Pilares.

Prieto, M., Forjaz, M. J., Fernandez, G., Rojo, F., y Martínez, P. (2011). Factors associated with loneliness of noninstitutionalized and institutionalized older adults. *Journal of Aging and Health*, 23(1), 177-194.

Prieto, M. E., Fernandez, G., Rojo, F., Lardies, R., Rodriguez, V., Ahmed, K., y Rojo, J. M. (2008). Sociodemographic and health factors explaining emotional wellbeing as a quality of life domain of older people in Madrid, Spain. 2005. *Revista Española De Salud Pública*, 82(3), 301-313.

Puig, M., Lluch, M. T., y Rodríguez, N. (2009). Valoración de enfermería: detección de la soledad y del aislamiento social en los ancianos de riesgo. *Gerokomos*, 20(1), 9-14.

Ramos, J., y Cordero, A. (1986). Validación de la versión castellana de la escala Hamilton para la depresión. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 14, 324-334.

Reig, A. (2000). La calidad de vida en gerontología como constructo psicológico. *Revista española de geriatría y gerontología*, 35(52), 5-16.

Rodríguez, M. T., Cruz, F., y Pérez, M. N. (2014). Dependencia funcional y bienestar en personas mayores institucionalizadas. *Index de enfermería*, 23(1-2), 36-40.

Rojas, R., Pozo, H., y Montemuiño, A. (2018). Eficacia de las escalas para valorar el trastorno de ansiedad. En *IV Congreso Virtual Internacional de Enfermería en salud*, 7-21 de mayo. Recuperado de: <https://psiquiatria.com/congresos/enfermeria-salud-mental>

Runcan, P. L. (2012). Elderly institutionalization and depression. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 33, 109-113.

Shah, S., Vanclay, F., y Cooper, B. (1989). Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *Journal of clinical epidemiology*, 42(8), 703-709.

Solís, C. L. B., Arrijoja, S. G., y Manzano, A. O. (2005). Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. *Plasticidad y restauración neurológica*, 4(1-2), 81-85.

Steak, M. L., Vinkers, D. J., Gussekloo, J., Beekman, A. T., van der Mast, R. C., y Westendorp, R. G. (2005). Is depression in old age fatal only when people feel lonely? *American Journal of Psychiatry*, 162(1), 178-180.

Vicente, F., Espirito-Santo, H., Cardoso, D., da Silva, F., Costa, M., Martins, S., y Lemos, L. (2014). Estudo longitudinal dos fatores associados à evolução de sintomas depressivos em idosos institucionalizados. *Jornal Brasileiro De Psiquiatria*, 63(4), 308-316. doi:10.1590/0047-20850000000039

Yanguas, J., Cilveti, A., Hernández, S., Pinazo, S., Roig i Canals, S., y Segura, C. (2018). El reto de la soledad en la vejez. *Zerbitzuan*, (66), 61-75.

Zhao, X., Zhang, D., Wu, M., Yang, Y., Xie, H., Li, Y....Su, Y. (2018). Loneliness and depression symptoms among the elderly in nursing homes: A moderated mediation model of resilience and social support. *Psychiatry research*, 268, 143-151 doi://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.07.011

