

Una revisión sistemática sobre las intervenciones psicológicas existentes para la disminución de la soledad en las personas mayores

Autora:

Eloísa Elvira Rodríguez

Tutores académicos:

Juan Manuel Bethencourt

Lilisbeth Perestelo Pérez

Trabajo de Fin de Máster en Psicología General Sanitaria

Escuela de Doctorado y Estudios de Posgrado

Universidad de La Laguna

2021/2022

Resumen

Justificación: La soledad está asociada con serios problemas para la salud mental de las personas mayores, siendo de vital importancia el desarrollo y el conocimiento de intervenciones psicológicas para afrontarla. **Objetivo:** El objetivo de este estudio consiste en revisar sistemáticamente las investigaciones que proponen y valoran la efectividad de diferentes intervenciones psicológicas para disminuir la soledad en la población mayor. **Método:** Para la búsqueda se consultaron las siguientes bases de datos (Medline, WOS y PsycINFO) hasta 2021 y se revisaron las referencias de estudios incluidos en tres revisiones previas. Finalmente se incluyeron un total de 20 referencias. **Resultados:** Los resultados obtenidos en los estudios incluidos en esta revisión sugieren 14 intervenciones psicológicas efectivas para reducir la soledad. No obstante, existe evidencia limitada sobre la efectividad de las intervenciones psicológicas para el abordaje de la soledad en personas mayores. **Conclusiones:** Se recomienda que futuros estudios se lleven a cabo con más rigor metodológico, atendiendo a las sugerencias y limitaciones metodológicas de la evidencia actual, en el que además se incluyan estudios con seguimientos a largo plazo en población mayor.

Palabras clave: soledad, intervenciones psicológicas, personas mayores, depresión, calidad de vida, bienestar psicológico.

Summary

Justification: Loneliness is linked to serious problems involved with mental health in old people, therefore it is of great importance the development and knowledge of psychological interventions to manage it. **Objective:** The aim of this study consists in systematically reviewing the investigations that suggest and value the effectiveness of different psychological interventions involved in decreasing loneliness among old people. **Method:** For this research the following databases (Medline, WOS y PsYINFO) were consulted until 2021 and the references of studies included in three previous reviews were reviewed. Finally, a final amount of 20 references were included. **Results:** The obtained results in the studies included in this review suggest 14 effective psychological interventions to reduce loneliness. However, there is limited evidence about the effectiveness of psychological interventions to approach loneliness in old people. **Conclusions:** Future studies should be performed with more methodological stritchness, focusing on suggestions and methodological limitations of the actual evidence, in which studies with long-term reports in old people are included.

Keywords: loneliness, psychological interventions, older people, depression, quality of life, psychological well-being.

1. Introducción

En los últimos años, la expectativa de vida ha aumentado considerablemente. Este hecho, junto al descenso de la tasa de natalidad, ha significado un incremento de la población de personas mayores de 60 años con respecto a otro tipo de población en muchos países (Rangel & Ortiz, 2017). Concretamente, se estima que en el año 2050 España tendrá más del 35% de población con 65 años o más, siendo este el segundo país con una mayor proporción de personas mayores en el mundo (Abellán, 2004).

El envejecimiento se puede entender como la fase de finalización del desarrollo de una persona en la que todavía se producen cambios a nivel biológico, psicológico y social que pueden tener comienzo desde los 60 años (Rangel & Ortiz, 2017). Durante esta etapa, la persona se enfrenta a una sucesión de pérdidas que pueden favorecer la manifestación del sentimiento de soledad (Rodríguez Martín, 2009). En concreto, nuestro cuerpo va envejeciendo y vamos perdiendo habilidades para llevar a cabo actividades que anteriormente acostumbrábamos a hacer fácilmente (Rangel & Ortiz, 2017). El ambiente social del que forma parte el individuo también tiene su efecto en este proceso, pues factores como el ámbito familiar y económico, la convivencia con otros y el lugar de residencia se van conjugando en uno solo, influyendo en el envejecimiento de las personas (Carbajo, 2008). Asimismo, otros aspectos importantes como la llegada de la jubilación o la aparición de problemas emocionales, sumados a las sucesivas pérdidas relacionadas con la salud y al fallecimiento de personas cercanas, tienen como consecuencia la aparición de la soledad y, por ende, un empeoramiento de la calidad de vida (Rangel & y Ortiz, 2017). Incluso, está demostrado que el ingreso en residencias puede provocar la aparición de la soledad en los mayores (Jürschik et al.,

2013), aunque también hay estudios que determinan que algunas personas prefieren vivir en dichas residencias para paliar este sentimiento (Rojas et al., 2006).

La soledad tiene una gran repercusión en la salud psicológica y física de las personas, por lo que ha sido objeto de estudio habitual y definida por múltiples autores a lo largo de los años como un “convencimiento apesadumbrado de estar excluido, de no tener acceso a ese mundo de interacciones, siendo una condición de malestar emocional que surge cuando una persona se siente incomprendida o rechazada por otros o carece de compañía para realizar las actividades, tanto físicas como intelectuales o para lograr intimidad emocional” (Madoz, 1998). Otra definición es la propuesta por Montero, López y Sánchez (2001), que la definen como un “fenómeno multidimensional psicológico potencialmente estresante; resultado de carencias afectivas, sociales y/o físicas, reales o percibidas, que tiene un impacto diferencial sobre la salud psicológica y física de la persona”. También, Perlman y Peplau (1981) hace más de 30 años afirmaron que se trata de una experiencia negativa que se produce debido a una deficiencia percibida por la persona entre la calidad o cantidad real y deseada de sus relaciones sociales.

Siguiendo esta misma línea, autores como Sanz (2016) distinguen entre dos tipos de soledad: soledad objetiva y soledad subjetiva. La soledad objetiva hace referencia a la ausencia de compañía o deficiencia de relaciones sociales, mientras que la soledad subjetiva tiene que ver con que la persona se sienta sola aun conviviendo o relacionándose con otras personas. El segundo tipo se considera el más perjudicial porque se produce sin que la persona lo desee, generándole consecuencias negativas. Así se refiere en un estudio llevado a cabo por los autores Schoenmakers y Tindemans (2017), en el que las personas mayores refirieron sentirse a menudo solas aun estando

con otras personas, siendo dicha soledad muy estresante para ellas, además de no saber qué hacer para hacerle frente. Igualmente, cabe aclarar que, aunque en muchas ocasiones se tiende a pensar que la soledad y el aislamiento social, es decir, la carencia objetiva de redes sociales son lo mismo, diversos estudios demuestran que, aunque son conceptos relacionados, pueden ser independientes a la hora de influir en la salud mental (Ge et al., 2017) y se ha comprobado que ambos influyen de manera diferente en la salud física y la mortalidad (Stephoe et al., 2013; Tanskanen & Anttila, 2016).

Sin embargo, la soledad no es siempre percibida como un sentimiento negativo por todas las personas, pudiendo llegar a ser vista en muchos casos como una manera de mejorar la comprensión e identificación con uno mismo, e incluso, como una opción para emprender nuevas metas y darle nuevos significados a la vida (Scarimbolo, 2016). A pesar de ello, suele ser uno de los mayores temores y malestares de los adultos mayores, generándoles graves problemas como, por ejemplo, el constante recuerdo de las personas fallecidas, la pérdida de ilusión por la vida, problemas familiares, empeoramiento de la salud, falta de cuidado personal y desarrollo de trastornos emocionales como la depresión (Sánchez, 2015). De hecho, la soledad, la depresión y ciertas situaciones estresantes como el desarrollo de una enfermedad física, tienen relación con el suicidio en este grupo poblacional (Rowe et al, 2006; Rubio et al., 2009). En esta línea, Scarimbolo (2016), indicó que los mayores que viven en soledad tienen un 50% más de probabilidades de muerte temprana que los que cuentan con redes sociales estrechas. Tal es así, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido el concepto de “fragilidad en el anciano” debido a la vulnerabilidad que supone la soledad para los mayores, siendo “vivir solo” uno de los indicadores de esta fragilidad (Puig Llobet et al., 2009).

En un estudio realizado por Adams, Sanders y Auth (2004) en el que se evaluó la relación entre la soledad y los síntomas depresivos en una muestra de 163 personas mayores institucionalizados, se observó que las puntuaciones de soledad explicaban un 8% de la varianza de las puntuaciones de depresión, por lo que se concluye que la soledad supone un riesgo para la aparición de síntomas depresivos en el adulto mayor. De igual manera, está vinculada a problemas de ansiedad (Theeke & Mallow, 2013) y consumo de drogas (Wilson & Moulton, 2010). Incluso, se han encontrado resultados en diversos estudios que demuestran una correlación entre la soledad y ciertas enfermedades crónicas como las enfermedades cardiovasculares, hipertensión, derrames cerebrales, enfermedades pulmonares, obesidad y diabetes (Petitte et al., 2015).

Así pues, teniendo en cuenta todos estos factores, podemos considerar que la soledad es un problema actual que agrava la calidad de vida de los mayores al deteriorar el vínculo de la persona con su entorno social (Sanz, 2016). Además, Cacioppo et al. (2002) valoran la soledad como un problema de salud pública, al estar relacionada de forma directa con la salud de las personas y con su bienestar, pudiendo ser definida en muchas ocasiones como un problema propio de la etapa de la vejez. Del mismo modo, es sabido que tras la pandemia del COVID-19 se ha incrementado a gran escala en el mundo debido a las fuertes medidas de distanciamiento social y cuarentena para hacerle frente (Banerjee & Ray, 2020; Hwang et al., 2020; Patel & Clark-Gibserg, 2020), siendo bastante acusada en la población mayor.

Por tanto, atendiendo al gran impacto que supone la soledad en las personas mayores, su alta incidencia, su relación con la depresión, el suicidio y otros serios problemas para la salud, es de vital importancia tener conocimiento de las intervenciones psicológicas existentes para disminuir la soledad en esta población.

Concretamente, hay una serie de intervenciones que han mostrado alguna eficacia como, por ejemplo, la intervención I-SOCIAL cuyo objetivo consiste en disminuir las barreras de tipo psicosocial (por ejemplo, bajas habilidades y capacidades sociales) y las barreras de tipo ambiental (por ejemplo, la escasez de oportunidades sociales que rodean a la persona mayor). Esta intervención ha mostrado ser efectiva para reducir la soledad de forma significativa (Cohen-Mansfield et al., 2018). Otra intervención con resultados significativos ha sido la propuesta por Alaviani et al. (2015), concretamente, el programa multiestratégico basado en el modelo de promoción de la salud de Pender (1982) para prevenir la soledad de las mujeres mayores mejorando sus relaciones sociales. Y también, la terapia de reminiscencia para evaluar sus efectos sobre el bienestar psicológico, la depresión y la soledad en una muestra de hombres institucionalizados (Chiang et al., 2010), entre otras. Además, aunque existen estudios con propuestas de intervención para disminuir la soledad en la población mayor, gran parte de ellos no se centran exclusivamente en la soledad.

Con el fin de integrar la evidencia científica disponible hasta el momento, la presente revisión sistemática tiene como objetivo identificar y sintetizar la evidencia acerca de la efectividad de las intervenciones psicológicas para reducir la soledad en las personas mayores, así como disminuir su impacto a nivel físico, social y/o emocional en la persona y su entorno.

2. Método

Esta revisión sistemática siguió la metodología de la declaración PRISMA (Page et al., 2021). Se aplicó su lista de verificación de 27 elementos y se elaboró un protocolo de revisión sistemática para determinar la pregunta PICO, los objetivos de la revisión, las palabras claves y los criterios de inclusión y exclusión de los estudios.

2.1 Estrategia de búsqueda y terminología

En la búsqueda se utilizaron las siguientes palabras claves en la página de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS): aged, psychosocial intervention y loneliness; y se identificaron los términos Medical Subject Headings (MeSH) correspondientes a los DeCS: elderly, psychological intervention or psychosocial interventions y homesickness. A continuación, se llevó a cabo la búsqueda en Pubmed Advance combinando estos términos más la utilización de algunos sinónimos de los MeSH con los operadores booleanos “or” y “and”. La búsqueda definitiva se realizó en octubre de 2021 en las siguientes bases de datos: Medline, WOS y PsycINFO (anexo 1). La búsqueda se complementó mediante la revisión de las referencias de estudios incluidos en tres revisiones previas.

2.2 Criterios de inclusión

Se consideraron estudios que cumplieran con los siguientes criterios de selección: revisiones sistemáticas (RS) con o sin meta-análisis, ensayos controlados aleatorizados (ECAs) y estudios antes y después (un solo grupo de intervención), en los que se incluyera la soledad como medida de resultado, además de proponer intervenciones de tipo psicológico que pudiesen disminuir la soledad en personas de 60 años o más que presenten enfermedades crónicas o no, que vivan solas o acompañadas, o que estén o no institucionalizadas. Además, se consideraron otras medidas de resultado como secundarias: ansiedad, depresión, calidad de vida y/o bienestar psicológico.

Se excluyeron ensayos controlados no aleatorizados, estudios observacionales, estudios cualitativos, revisiones narrativas, editoriales, cartas al editor y opiniones.

Asimismo, estudios cuyas propuestas de intervención no fueran de tipo psicológico, no incluyeran la soledad como medida de resultado y/o en los que la mayoría la población fuera menor de 60 años fueron excluidos. Solo se incluyeron estudios publicados en inglés y/o español. No hubo restricción por fecha de publicación.

2.3 Proceso de selección de estudios y extracción de datos

En un primer momento, la revisora principal (EER) clasificó los artículos como seleccionados (S), no seleccionados (NS) o duda (D) en base a los títulos y resúmenes de los mismos y siguiendo los criterios de selección establecidos, contando con el apoyo de una segunda revisora en caso de dudas (LPP). A continuación, los estudios seleccionados y los que generaron dudas fueron evaluados a texto completo, siendo excluidos los que no cumplían los criterios de selección. Una vez seleccionados los artículos, se procedió a extraer la información y características relevantes de cada uno (tabla 1).

2.4. Evaluación del riesgo de sesgo

Para la evaluación del riesgo de sesgo de los ensayos controlados aleatorizados se utilizó la herramienta RoB 2 (tabla 2; anexo 2).

2.5 Análisis y síntesis de los datos

Para el adecuado análisis y síntesis de los resultados, se realizó una lectura profunda de cada estudio, atendiendo a las recomendaciones de Perestelo-Pérez (2013): la validez metodológica de los artículos, la valoración de la precisión y el alcance al analizar los resultados, y la aplicabilidad de los mismos y de las conclusiones en el contexto de estudio. Posteriormente, los resultados de cada artículo fueron extraídos y

recogidos cuantitativamente (tabla 3), y se llevó a cabo una interpretación resumida, narrativa y cualitativa de los mismos por la revisora EER.

3. Resultados

3.1 Características de los artículos

Tras la búsqueda en las bases de datos, se identificaron un total de 213 artículos de los que inicialmente 77 fueron seleccionados y 136 no seleccionados por el cribado de títulos y resúmenes. Una vez realizada la primera fase de cribado, se procedió a la lectura a texto completo de los artículos seleccionados, siendo finalmente incluidos en la revisión un total de 8 referencias. Además, 12 estudios fueron identificados a través de la revisiones de las referencias de estudios incluidos en tres revisiones previas, concretamente, la revisión sistemática y meta-análisis de Hickin et al. (2021): La efectividad de las intervenciones psicológicas para la soledad; la revisión sistemática y meta-análisis de Van Der Aa et al. (2016): Intervenciones psicosociales para mejorar la salud mental en adultos con discapacidad visual; y el meta-análisis de Virués-Ortega et al. (2012): Efecto de la terapia asistida por animales sobre el estado psicológico y funcional de las poblaciones de adultos mayores y pacientes con trastornos psiquiátricos. Por tanto, se incluyeron un total de 20 referencias en la revisión. En la figura 1 se describe el proceso de selección y los motivos de exclusión.

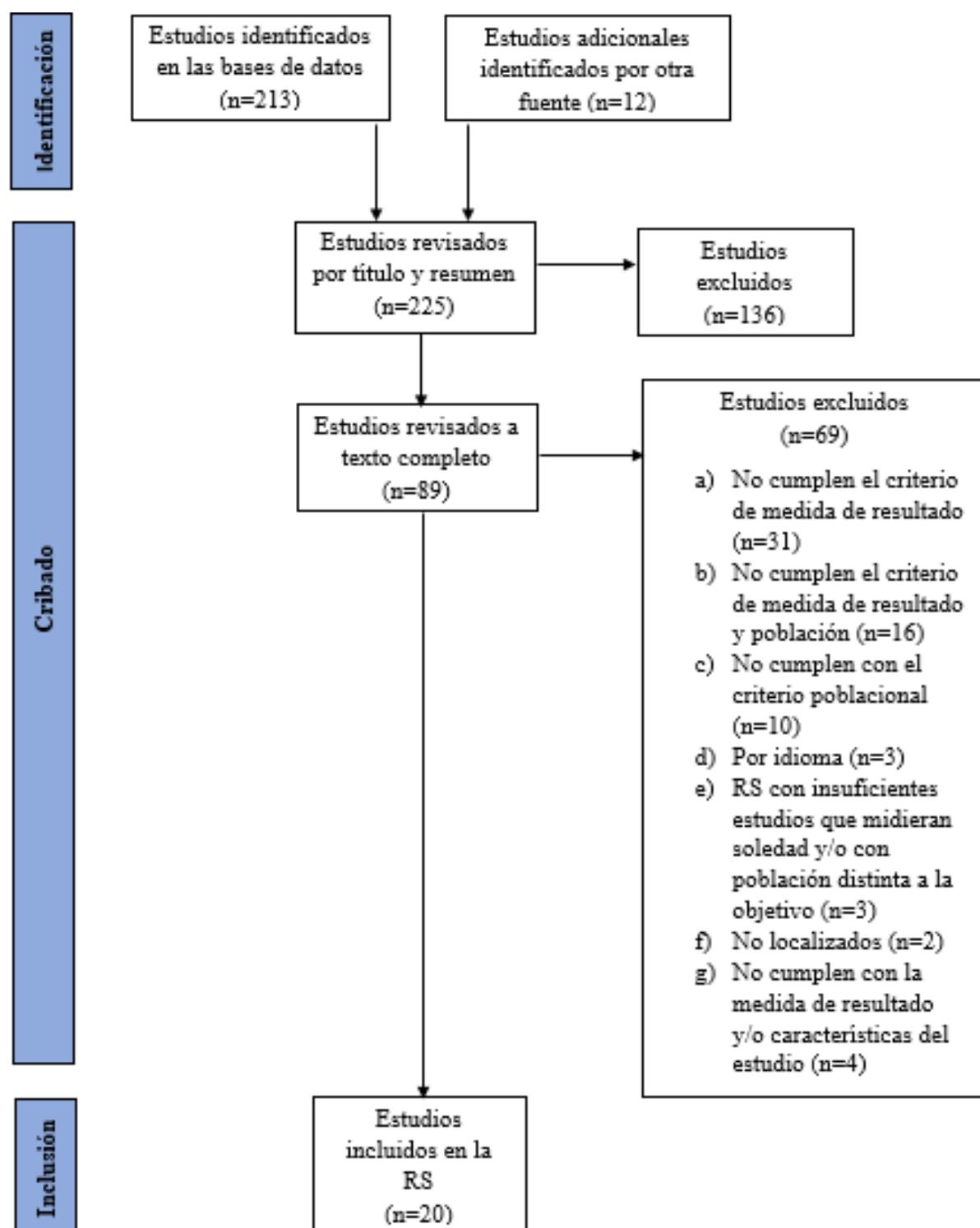


Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de estudios

Finalmente se incluyeron un total de 20 ensayos controlados aleatorizados que cumplían con los criterios de selección. Dieciséis de ellos (Alaviani et al., 2015; Banks & Banks., 2005; Banks et al., 2008; Bartlett & Arpin 2019; Chiang et al., 2010; Choi et al., 2020; Cohen-Mansfield et al., 2018; Creswell et al. 2012; Evans et al., 1982; Jarvis et al., 2019; Jessen et al., 1996; Jing et al., 2018; Kremers et al., 2006; Lai et al., 2020; Li et al., 2021; Theeke et al., 2016) tienen entre sus objetivos principales evaluar la soledad y proponer intervenciones psicológicas para disminuirla, mientras que cuatro artículos (Cohen-Mansfield, et al., 2015; Tse et al., 2012; Tse et al., 2016; Westerhof et al., 2018) miden funciones cognitivas, manejo e intensidad del dolor y síntomas depresivos, además de la soledad. En el apartado de anexo 3 se ofrece una breve descripción de cada intervención psicológica.

Tabla 1*Características de los ensayos controlados aleatorizados*

| Autor y año | País | Población | Edad | Tamaño de la muestra | Intervención | Objetivos | Medida de soledad |
|-----------------------|------|---|-------------------------|----------------------|---|---|---|
| Alaviani et al., 2015 | Irán | Mujeres mayores remitidas a los Centros de Salud urbanos de Gonabad | Entre 60 y 74 años | 150 | Programa multiestratégico basado en el modelo de promoción de la salud de Pender (1982) | Prevenir la soledad de las mujeres mayores mejorando las relaciones sociales | Escala de soledad UCLA de 20 ítems (Russell et al., 1980) |
| Banks & Banks., 2005 | EEUU | Residentes de centros de atención a largo plazo | De 75 a 90 años M=80 | 33 | Terapia asistida con animales individual o grupal | Comprobar los efectos de la terapia sobre la soledad. Se determinó la contribución relativa de la socialización (vínculo humano-humano) y el vínculo humano-animal como mecanismos por los cuales dicha terapia reduce la soledad | Escala de soledad UCLA de 20 ítems (Russell et al., 1996) |

| Autor y año | País | Población | Edad | Tamaño de la muestra | Intervención | Objetivos | Medida de soledad |
|-----------------------|--------|--|--------------------|----------------------|---|--|---|
| Banks et al., 2008 | EEUU | Personas mayores residentes en centros de atención a largo plazo | - | 38 | Comparar la capacidad de un perro vivo (Dog) y un perro robótico (AIBO) | Comprobar la eficacia de ambos tipos de intervenciones para reducir la soledad | Escala de soledad UCLA de 20 ítems (Russell et al., 1996) |
| Bartlett & Arpin 2019 | EEUU | Personas Mayores | M=73 SD=6.43 | 42 | Ejercicio de escritura de gratitud | Investigar el impacto de la gratitud en la soledad y la salud en adultos mayores | PANAS (Watson et al., 1988): la soledad diaria fue evaluada con el único elemento de estado de ánimo negativo |
| Chiang et al., 2010 | Taiwán | Hombres mayores institucionalizados | M=77.24 SD=3.97 | 92 | Terapia de reminiscencia | Examinar los efectos de la terapia sobre el bienestar psicológico, la depresión y la soledad | Escala de soledad UCLA de 20 ítems (RULS-V3; Russell et al., 1996) |
| Choi et al., 2020 | EEUU | Personas mayores confinadas en el hogar | M=74 SD=9.0 | 89 | Intervención de activación conductual breve (Tele-BA) | Probar la aceptabilidad y la eficacia de la intervención para mejorar la conexión social | Escala de aislamiento social PROMIS de 8 ítems (PROMIS-L; Hahn et al., 2010) |

| Autor y año | País | Población | Edad | Tamaño de la muestra | Intervención | Objetivos | Medida de soledad |
|-------------------------------|--------|---|---|----------------------|---|---|---|
| Cohen-Mansfield et al., 2015 | Israel | Personas mayores que reportan dificultades de memoria | M=73.49 SD=5.18 | 44 | Intervención 1: entrenamiento cognitivo (grupo activo); intervención 2: promoción de la salud; intervención 3: centrada en la participación | Comparar los tres tipos de intervenciones para promover las funciones cognitivas y elementos del bienestar diario | Escala de soledad UCLA de 8 ítems (ULS-8; Hays & DiMatteo, 1987) |
| Cohen-Mansfield, et al., 2018 | Israel | Personas mayores | GE: M=76.6 SD=6.8 GC: M=79 SD=6.62 | 74 | Intervención I-SOCIAL | Probar la eficacia de la intervención I-SOCIAL para la soledad en la vejez | Escala de soledad UCLA de 8 ítems (ULS-8: Hays & DiMatteo, 1987), la frecuencia de la soledad (Mullins et al., 1990) y la severidad de la soledad (Holwerda et al., 2014) |

| Autor y año | País | Población | Edad | Tamaño de la muestra | Intervención | Objetivos | Medida de soledad |
|-----------------------|------|--|---|----------------------|---|--|--|
| Creswell et al., 2012 | EEUU | Personas mayores | M=65 SD=7 | 40 | Programa de reducción del estrés basado en la atención plena (MBSR) | Probar si el programa de MBSR, en comparación con un grupo de control en lista de espera, reduce la soledad y regula a la baja la expresión génica proinflamatoria relacionada con la soledad en adultos mayores | Escala de soledad UCLA-R de 20 ítems (Russell et al., 1980) |
| Evans et al., 1982 | EEUU | Personas mayores con discapacidad visual | GE: M=62.3 SD=6.9 GC: M=61.4 SD=6.7 | 84 | Grupo de contacto estructurado por teléfono | Tratar la soledad y el aislamiento social | Escala de soledad de UCLA de 20 ítems (Russell et al., 1978) |

| Autor y año | País | Población | Edad | Tamaño de la muestra | Intervención | Objetivos | Medida de soledad |
|---------------------|-----------|--|---|----------------------|--|---|--|
| Jarvis et al., 2019 | Sudáfrica | Personas mayores | Jóvenes mayores (60–79 años) y Mayores (80+ años) en cuatro centros residenciales de atención de ONG en Sudáfrica | 32 | Intervención cognitiva conductual de baja intensidad. mLINCC: una intervención LI-CBT (vivir en comunidades conectadas en red) respaldada por WhatsApp | Evaluación de la intervención para trabajar las cogniciones desadaptativas y reducir la soledad | Escala de soledad de De Jong Gierveld de 6 ítems (De Jon Gierveld & Van Tilburg, 2010) |
| Jessen et al., 1996 | EEUU | Personas mayores en unidades de rehabilitación especializada | 65 a 91 años M = 76. | 40 | Ave de compañía | Evaluar los efectos de la intervención sobre la depresión, el estado de ánimo y la soledad | Escala de soledad UCLA de 20 ítems (Russell et al., 1980) |

| Autor y año | País | Población | Edad | Tamaño de la muestra | Intervención | Objetivos | Medida de soledad |
|----------------------|--------------|--|--|----------------------|---|---|---|
| Jing et al., 2018 | China | Personas mayores confinadas en sus casas | Grupo CBT: M=75.08 SD=5.264 Grupo Baduanjin: M=75.25 SD=6.819 Grupo de intervención conjunto: M=74.74 SD=6.155 | 118 | Grupo de intervención cognitivo-conductual; grupo de intervención Baduanjin; y grupo de intervención conjunta (Baduanjin +TCC) | Investigar la efectividad de Baduanjin qigong combinado con la terapia cognitivo-conductual (TCC) en la aptitud física y salud psicológica de las personas mayores confinadas en casa | Autoevaluación del grado de soledad basada en una escala tipo Likert de 3 puntos |
| Kremers et al., 2006 | Países Bajos | Mujeres mayores soleteras | GE: M=62,8 SD=6.4 GC: M=65.2 SD=7.6 | 142 | Intervención grupal de autogestión recientemente diseñada, basada en la teoría de Autogestión del Bienestar (SMW; Steverink et al., 2005) | Investigar si tras la intervención, las mujeres mayores soleteras mejoran en cuanto a la capacidad de autogestión, el bienestar y la soledad social y emocional | Escala de soledad de De Jong Gierveld de 11 ítems (De Jong Gierveld & Kamphuis, 1985) |

| Autor y año | País | Población | Edad | Tamaño de la muestra | Intervención | Objetivos | Medida de soledad |
|------------------|--------|---|--------------------|----------------------|---|--|---|
| Lai et al., 2020 | Canadá | Personas mayores (miembros inmigrantes de la comunidad China) | M=81 | 60 | Intervención basada en pares: el Programa de Ayudantes de la Comunidad China (CCHP) | Probar la eficacia del programa para reducir la soledad, el aislamiento social y mejorar el bienestar psicosocial | Escala de soledad de De Jong de 6 ítems (Leung, 2008) |
| Li et al., 2021 | China | Personas mayores que viven solos en China | M=65.70 SD=3.69 | 64 | Terapia grupal de reminiscencia basada en actividades de festivales tradicionales chinos (CTFA-GRT) | Explorar la eficacia de la terapia para mediar en la soledad y el estrés percibido de los adultos mayores que viven solos en las zonas rurales de China. | Escala de soledad UCLA de 20 ítems (Russell et al., 1980; Wang, 1995) |

| Autor y año | País | Población | Edad | Tamaño de la muestra | Intervención | Objetivos | Medida de soledad |
|---------------------|-------|--|---|--------------------------|---|---|---|
| Theeke et al., 2016 | EEUU | Personas mayores con enfermedades crónicas | M=75 SD=7,50 | 27 | LISTEN (intervención cognitivo-conductual) | Efectividad de LISTEN para abordar los procesos cognitivos deteriorados asociados a la soledad, la respuesta neuroinmunológica al estrés, el funcionamiento psicosocial, la calidad de vida y la salud física | Escala de soledad UCLA de 20 ítems (Russell et al., 1980) |
| Tse et al., 2012 | China | Personas mayores y personal de enfermería en residencias de ancianos | Personas mayores: M=85.17 SD=6.48 | Personas mayores: 535 | Programa integrado de manejo del dolor (IPMP) | Examinar los efectos de IPMP en la mejora el dolor, calidad de vida, funciones físicas y psicosociales, y uso de terapias no farmacológicas en adultos mayores en residencias de ancianos | Escala de soledad UCLA de 20 ítems (Russell, 1996) |

| Autor y año | País | Población | Edad | Tamaño de la muestra | Intervención | Objetivos | Medida de soledad |
|------------------------|--------------|---|------------------------|----------------------|--|--|---|
| Tse et al., 2016 | China | Personas mayores en residencias de ancianos con dolor crónico | Entre los 60 y 99 años | 50 | Proyecto de manejo del dolor dirigido por pares (PAP) | Examinar la viabilidad de un programa de manejo del dolor dirigido por pares entre residentes de residencias de ancianos | Versión china de la Escala de Soledad de 20 ítems (Chou et al., 2005) |
| Westerhof et al., 2018 | Países Bajos | Personas mayores con síntomas depresivos en cuidado residencial | M=84.2 SD=8.5 | 81 | Intervención de memoria autobiográfica (Precious Memories) | Evaluar los efectos de la intervención en la prevención y reducción de síntomas depresivos | Escala Holandesa de soledad de 11 ítems (De Jong-Gierveld & Kamphuis, 1985) |

Nota. M=Media; SD=Desviación típica; GE=Grupo experimental; GC=Grupo control

3.2 Valoración del riesgo de sesgo de los estudios incluidos

En la siguiente tabla, se muestra la valoración de la calidad de los estudios seleccionados.

Tabla 2

Validez de los ensayos controlados aleatorizados

| Estudios | Sesgo que surge del proceso de aleatorización | Sesgo debido a las desviaciones de las intervenciones previstas (efecto de la asignación a la intervención) | Sesgo debido a las desviaciones de las intervenciones previstas (efecto de adherirse a la intervención) | Sesgo debido a la falta de datos de resultado | Sesgo en la medición del resultado | Sesgo en la selección del resultado informado |
|-------------------------------|---|---|---|---|------------------------------------|---|
| Alaviani et al., 2015 | Alto | Bajo | Alto | Bajo | Bajo | Bajo |
| Banks & Banks., 2005 | Alto | Bajo | Alto | Bajo | Bajo | Bajo |
| Banks et al., 2008 | Alto | Bajo | Alto | Bajo | Bajo | Bajo |
| Bartlett & Arpin 2019 | Alto | Bajo | Alto | Bajo | Bajo | Bajo |
| Chiang et al., 2010 | Alto | Bajo | Alto | Bajo | Bajo | Bajo |
| Choi et al., 2020 | Alto | Bajo | Alto | Bajo | Bajo | Bajo |
| Cohen Mansfield et al., 2015 | Alto | Bajo | Alto | Bajo | Bajo | Bajo |
| Cohen-Mansfield, et al., 2018 | Alto | Bajo | Alto | Bajo | Bajo | Bajo |
| Creswell et al. 2012 | Alto | Bajo | Alto | Bajo | Bajo | Bajo |
| Evans et al. 1982 | Alto | Bajo | Alto | Bajo | Bajo | Bajo |

| Estudios | Sesgo que surge del proceso de aleatorización | Sesgo debido a las desviaciones de las intervenciones previstas (efecto de la asignación a la intervención) | Sesgo debido a las desviaciones de las intervenciones previstas (efecto de adherirse a la intervención) | Sesgo debido a la falta de datos de resultado | Sesgo en la medición del resultado | Sesgo en la selección del resultado informado |
|------------------------|---|---|---|---|------------------------------------|---|
| Jarvis et al., 2019 | Naranja | Verde | Rojo | Verde | Verde | Verde |
| Jessen et al., 1996 | Naranja | Verde | Naranja | Verde | Verde | Verde |
| Jing et al., 2018 | Naranja | Verde | Naranja | Verde | Verde | Verde |
| Kremers et al., 2006 | Naranja | Verde | Rojo | Verde | Verde | Verde |
| Lai et al., 2020 | Rojo | Rojo | Naranja | Verde | Verde | Verde |
| Li et al., 2021 | Verde | Verde | Naranja | Verde | Verde | Verde |
| Theeke et al., 2016 | Naranja | Verde | Naranja | Verde | Verde | Verde |
| Tse et al., 2012 | Naranja | Verde | Naranja | Verde | Verde | Verde |
| Tse et al., 2016 | Naranja | Verde | Rojo | Verde | Verde | Verde |
| Westerhof et al., 2018 | Naranja | Verde | Naranja | Verde | Verde | Verde |

Nota. Verde=riesgo bajo; Naranja=riesgo medio; Rojo=riesgo alto.

En la tabla 2 se presentan los criterios propuestos por la herramienta RoB 2 para evaluar el riesgo de sesgo de los ECAs. Como se aprecia en la tabla, los criterios “sesgo que surge del proceso de aleatorización” y “sesgo debido a las desviaciones de las intervenciones previstas (efecto de adherirse a la intervención)” presentan riesgo medio de sesgo en la mayoría de los estudios, puesto que no se optó o no fue posible la ocultación de la secuencia de asignación y el cegamiento de los participantes y evaluadores, y no se evaluó el efecto de adherirse al tratamiento, exceptuando el estudio de Bartlett & Arpin (2019), siendo el único estudio doble ciego. Además, los estudios

de Jarvis et al. (2019), Kremers et al. (2006) y Tse et al. (2016) presentan riesgo alto en el criterio “sesgo debido a las desviaciones de las intervenciones previstas (efecto de adherirse a la intervención)” ya que en los dos primeros existen dificultades de adherencia de los participantes a la intervención, mientras que en el tercero, los participantes del grupo experimental pudieron recibir mayor atención que los del grupo control. Por su parte, el artículo de Lai et al (2020) se corresponde con un estudio simple ciego, pero es el único que presenta riesgo alto en los criterios “sesgo que surge del proceso de aleatorización” y “sesgo debido a las desviaciones de las intervenciones previstas (efecto de la asignación a la intervención)” puesto que presenta problemas de validez interna.

3.3 Resultados de los estudios seleccionados

Tabla 3

Resultados de los ensayos controlados aleatorizados

| Estudios | Soledad | Ansiedad | Depresión | Calidad de vida | Bienestar psicológico |
|-----------------------|--------------------------|----------|-----------|-----------------|-----------------------|
| Alaviani et al., 2015 | GE vs. GC: p<0.001*** | - | - | - | - |

| Estudios | Soledad | Ansiedad | Depresión | Calidad de vida | Bienestar psicológico |
|----------------------|---|----------|-----------|-----------------|-----------------------|
| Banks & Banks., 2005 | <p>ANOVA: Dif. sig. en el grupo individual en la medida pre-post: $p < 0.001^{***}$</p> <p>Dif. sig. en el entorno grupal en la medida pre-post: $p < 0.001^{***}$</p> <p>Newman Keuls: Dif. sig. en el grupo individual en la medida pre-post: $p < 0.05^*$</p> <p>No dif. sig. en el entorno grupal en la medida pre-post</p> <p>No dif. sig. entre el grupo individual y el entorno grupal en la medida post</p> | - | - | - | - |

| Estudios | Soledad | Ansiedad | Depresión | Calidad de vida | Bienestar psicológico |
|------------------------------|--|----------|---|-----------------|--|
| Banks et al., 2008 | Dif. sig. entre GC y los dos GE: p<0.01** Dif. sig. entre GC y GE (AIBO): p<0.05* Dif. sig. entre GC y GE (Dog): p < 0.05* No dif. sig. entre GE (AIBO) y GE (Dog) | - | - | - | - |
| Bartlett & Arpin, 2019 | Relación sig. entre gratitud y soledad en el GE: p=0.029* | - | - | - | Relación sig. entre gratitud y bienestar subjetivo en el GE: p=0.016* |
| Chiang et al., 2010 | GE vs. GC: - Post: p<0.000*** - Seg.: p<0.0001*** | - | GE vs. GC - Post: p<0.0001*** - Seg.: p<0.0001*** | - | GE vs. GC - Post: p<0.0001*** - Seg.: p<0.0001*** |
| Choi et al., 2020 | GE vs. GC: p=0.003** | - | GE vs. GC: p=0.001*** | - | - |
| Cohen-Mansfield et al., 2015 | Grupo1: active (G1 vs. G2 y G3) p<0.05* | - | - | - | - |

| Estudios | Soledad | Ansiedad | Depresión | Calidad de vida | Bienestar psicológico |
|------------------------------|---|----------|---|---|--|
| Cohen-Mansfield et al., 2018 | GE vs. GC: - Pre-post: p<0.05* - Pre-seg: p<0.05* | - | - | - | - |
| Creswell et al., 2012 | GE vs. GC en la medida post: p=0.008** | - | - | - | - |
| Evans et al., 1982 | GE vs GC: p<0.10 | - | - | - | - |
| Jarvis et al., 2019 | GE vs. GC en la medida post: - Soledad: p=0.001*** - Soledad emocional: p=0.001*** - Soledad social: p=0.028* | - | - | - | No dif. sig. entre ambos grupos: p>0.05 |
| Jessen et al., 1996 | No dif. sig. entre GE y GC en medidas pre y post | - | Dif. sig. entre GE y GC en la medida post: p=0.01** | - | - |
| Jing et al., 2018 | Dif. sig. al comparar los 3 grupos: p=0.05* Dif. sig. entre pre, post y seg. de cada grupo por separado: p=0.05* | - | Dif. sig. entre los 3 grupos: p=0.05* Dif. sig. entre pre, post y seg. de cada grupo por separado: p=0.05* | Dif. sig. entre los 3 grupos: p=0.05* Dif. sig. entre pre, post y seg. de cada grupo por separado: p=0.05* | - |

| Estudios | Soledad | Ansiedad | Depresión | Calidad de vida | Bienestar psicológico |
|----------------------|--|---|---|-----------------|-----------------------------------|
| Kremers et al., 2006 | <p>Soledad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - GE: p=0.01** en la medida post - GC: p=0.05* en la medida post - No dif. sig. entre GE y GC <p>Soledad emocional:</p> <ul style="list-style-type: none"> - GE: p<0.01* - GC: p<0.06* <p>Soledad social:</p> <ul style="list-style-type: none"> - GE: p<0.05* - GC: p=0.17 | - | - | - | No dif. sig. entre GE y GC: p=0.9 |
| Lai et al., 2020 | GE vs. GC p=0.013* | <p>GE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pre-post: p=0.235 <p>GC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pre-post: p=0.17 <p>GE vs. GC:</p> <p>p=0.657</p> | <p>GE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pre-post: p=0.0082** <p>GC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pre-post: p=0.65 <p>GE vs. GC:</p> <p>p=0.06</p> | - | - |
| Li et al., 2021 | <p>GE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pre-post: p<0.001*** - Seg. 3 meses: p<0.001*** - Seg. 8 meses: p<0.001*** <p>GC:</p> <p>p>0.05</p> <p>GE vs. GC:</p> <p>p<0.001***</p> | - | - | - | - |

| Estudios | Soledad | Ansiedad | Depresión | Calidad de vida | Bienestar psicológico |
|---------------------|-------------------------------------|----------|--|---|---|
| Theeke et al., 2016 | Dif. sig entre GE y GC: p=0.018* | | Dif. no sig. entre GE y GC: p=0.198 | Ligeros cambios pero dif. no sig. entre GE y GC: p=0.13 | |
| Tse et al., 2012 | | | | <p>GE</p> <p>- Física: p<0.276</p> <p>- Mental: p<0.352</p> <p>GC</p> <p>- Física: p<0.025*</p> <p>- Mental: p<0.043*</p> <p>GE vs. GC</p> <p>- Física p=0.817</p> <p>- Mental: p=0.076</p> | <p>FELICIDAD</p> <p>GE: p=0.000***</p> <p>GC: p<0.256</p> <p>GE vs. GC: p=0.000***</p> <p>SOLEDAD</p> <p>GE: p=0.000***</p> <p>GC: p<0.711</p> <p>GE vs. GC: p=0.000***</p> <p>SATISFACCIÓN</p> <p>GE: p=0.000***</p> <p>GC: p<0.057</p> <p>GE vs. GC p=0.000***</p> <p>DEPRESIÓN</p> <p>GE: p<0.001***</p> <p>GC: p<0.590</p> <p>GE vs. GC p=0.021*</p> |

| Estudios | Soledad | Ansiedad | Depresión | Calidad de vida | Bienestar psicológico |
|------------------------|--|---|-----------|-----------------|------------------------------------|
| Tse et al., 2016 | GE: p<0.001*** GC: p=0.031* GE vs. GC - Pre: p=0.534 - Post: p=0.083 | | | | |
| Westerhof et al., 2018 | GE en la medida post: p=0.006** | GE - Post: p=0.202 - Seg.: p<0.001*** | - | - | No efecto significativo: p>0.05 |

Nota. Dif.=diferencia; Sig.=significativa; GE=grupo experimental; GC=grupo control; Pre=medida pre-intervención; Post=medida post-intervención; Seg.= seguimiento; *= p<0.05, **= p<0.01, ***= p<0.001.

3.4 Síntesis narrativa de los resultados

3.4.1 Efectos de las intervenciones psicológicas en la soledad

Gran parte de los ECAs incluidos en esta RS, encontraron diferencias significativas al comparar el grupo experimental con el grupo control. Los autores Alaviani et al. (2015) reportaron diferencias significativas (p<0.001) tras impartir un programa multiestratégico basado en el modelo de promoción de la salud de Pender (1982) para prevenir la soledad en una muestra de mujeres mayores. Por su parte, en el estudio de Chiang et al. (2010) encontraron que la terapia de reminiscencia, en una muestra de hombres mayores institucionalizados, resultó ser significativa para disminuir la soledad, tanto al comparar ambos grupos en la medida post intervención (p<0.000), como a los 3 meses de seguimiento (p<0.0001). Asimismo, Cohen-Mansfield et al. (2015) propusieron tres tipos de intervención para mejorar las funciones cognitivas:

entrenamiento cognitivo (grupo active), promoción de la salud, y centrada en la participación. En las comparaciones, una de las intervenciones era el grupo experimental, mientras que las otras dos eran los controles. El grupo 1 (grupo active) fue el único que mostró resultados significativos ($p < 0.05$) en soledad. De igual modo, Jing et al. (2018) compararon tres grupos de intervención: cognitivo-conductual, Baduanjing y grupo de intervención conjunta (Baduanjing y TCC) para probar la eficacia de Baduanjing qigong combinado con TCC. Encontraron diferencias significativas al comparar los tres grupos de intervención ($p = 0.05$) y en cada uno de los grupos de manera independiente en las medidas pre, post y seguimiento ($p = 0.05$). Además, el grupo experimental del estudio de Cohen-Mansfield et al. (2018) mostró una disminución significativa en soledad en comparación con el grupo control, tanto después de la intervención ($p < 0.05$) como en el período de seguimiento ($p < 0.05$), siendo la Intervención I-SOCIAL efectiva.

En esta misma línea, la intervención Tele-BA del estudio de Choi et al. (2020) mostró ser significativa en la comparación de los grupos experimental y control ($p = 0.003$). Lo mismo ocurre en el programa MBSR del estudio de Creswell et al. (2012) en la medida post ($p = 0.008$), así como en la intervención CCHP de Lai et al. (2020) ($p = 0.013$), y la intervención cognitiva conductual de baja intensidad propuesta por Jarvis et al. (2019) en la medida post en tres tipos de soledad: soledad total ($p = 0.001$), soledad emocional (ausencia de relaciones íntimas y significativas) ($p = 0.001$) y soledad social (carencia de redes sociales) ($p = 0.028$). Igualmente, el estudio de Theeke et al. (2016) halló resultados significativos tras la comparación entre los grupos ($p = 0.018$) debido a la intervención Listen, al igual que la terapia grupal CTFA-GRT del estudio de Li et al. (2021) tanto en la comparación de los dos grupos ($p < 0.001$), como en el grupo

experimental por separado en tres momentos: en la comparación pre-post intervención ($p < 0.001$), a los 3 meses de seguimiento ($p < 0.001$) y a los 8 meses de seguimiento ($p < 0.001$).

Asimismo, en el estudio de Tse et al. (2012), la soledad se evaluó dentro del constructo de bienestar psicológico, siendo significativa en el grupo experimental por separado en la medida pre-post intervención ($p = 0.000$), así como en la comparación del grupo experimental y grupo control ($p = 0.000$), pudiendo afirmarse que las mejoras en la población son debidas al IPMP. También, en el estudio de Banks et al. (2008), cuyo objetivo es evaluar y comparar la influencia de un perro vivo (grupo experimental Dog) y un perro robótico (grupo experimental AIBO) en soledad, se hallaron diferencias significativas en la comparación entre el grupo control y los dos grupos experimentales ($p < 0.01$), entre el grupo AIBO y el grupo control ($p < 0.05$) y entre el grupo Dog y el grupo control ($p < 0.05$), mientras que no se encontraron diferencias en capacidad entre ambos grupos experimentales. En cuanto al estudio de Banks & Banks. (2005), para comprobar la efectividad de la terapia asistida con animales grupal e individual (utilizando un perro) primero se realizó un ANOVA en el que se hallaron diferencias significativas tanto en el grupo individual ($p < 0.001$) como en el entorno grupal ($p < 0.001$) de forma independiente en la comparación pre-post intervención. No obstante, los autores optaron por realizar un análisis estadístico más específico, el Newman Keuls, y solo hallaron diferencias significativas dentro del grupo individual ($p < 0.05$). El grupo individual se usó como una medida del vínculo animal-humano y el entorno grupal se usó como una medida de la combinación del vínculo animal-humano y la socialización (vínculo humano-humano). Por tanto, la intervención tuvo mayores

resultados en soledad en el grupo individual que en el entorno grupal, sin que el efecto pueda ser debido a la socialización.

Sin embargo, los estudios de Bartlett & Arpin (2019), Evans et al. (1982), Jessen et al. (1996), Kremers et al. (2006), Tse et al. (2016) y Westerhof et al. (2018) no hallaron diferencias significativas en ambos grupos. En el estudio de Kremers et al. (2006), a pesar de que sí se hallaron puntuaciones significativamente más bajas de soledad en las mujeres del grupo experimental tras recibir la intervención grupal de autogestión basada en la teoría de Autogestión del Bienestar (SMW) ($p=0.01$), igualmente se hallaron en el grupo control ($p=0.05$) al finalizar el tratamiento y a los 6 meses del mismo, lo que significa que los cambios no pueden considerarse significativos. Además, se distingue entre soledad social y soledad emocional, siendo los resultados en soledad emocional significativos tanto en el grupo experimental ($p<0.01$) como en el grupo control ($p<0.06$) justo después de la intervención como a los 6 meses, mientras que en soledad social la intervención pudo ser efectiva tras su implementación debido a que se obtuvieron resultados significativos en el grupo experimental ($p<0.05$) y los efectos en el grupo control no fueron significativamente más bajos ($p=0.17$). A pesar de ello, estos cambios en soledad social no se mantuvieron a los seis meses después de la intervención.

Por su parte, en el estudio de Tse et al. (2016) se observaron resultados significativos en el grupo experimental ($p<0.001$), pero no en la comparación entre los grupos en la medida pre ($p=0.534$) y en la medida post ($p=0.083$), siendo imposible relacionar la mejoría en dicho grupo con la implementación de PAP. Lo mismo sucedió en el ejercicio de escritura de gratitud propuesto por Bartlett & Arpin (2019), donde

hubo resultados significativos en gratitud en el grupo experimental ($p=0.029$), pero no en la comparación de grupos. Es más, la intervención de grupo de contacto estructurado por teléfono del estudio de Evans et al. (1982) tampoco halló resultados significativos en la comparación entre grupos ($p<0.10$), así como la terapia de ave de compañía del estudio de Jessen et al. (1996). Finalmente, el artículo de Westerhof et al. (2018) en la medida post intervención, tras las aplicación de la intervención Precious Memories, halló resultados significativos en el grupo experimental ($p=0.006$) pero, al no haber una comparación entre grupos, no es posible determinar que el tratamiento sea efectivo para disminuir la soledad.

3.4.2 Efectos de las intervenciones psicológicas en ansiedad, depresión, calidad de vida y bienestar psicológico.

Atendiendo a la medida de ansiedad, fue evaluada por dos estudios, el de Westerhof et al. (2018) utilizando la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS-A; Spinhoven, et al., 1997; Zigmond & Snaith, 1983), y el estudio de Lai et al. (2020) recurriendo a la versión china y abreviada del Inventario de Ansiedad Geriátrica (GAI-SF) (Byrne & Pachana, 2011; Yan, 2014). En el primero se hallaron resultados significativos en el grupo experimental en la medida de seguimiento ($p<0.001$), pero no hubo comparación entre grupos, mientras que en el segundo sí hubo comparación entre grupo experimental y control, pero no se hallaron resultados significativos ($p=0.657$).

En cambio, fueron más los estudios que evaluaron el efecto del tratamiento en la depresión. El estudio de Chiang et al. (2010), utilizando la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CES-D; Radloff, 1977), encontró diferencias significativas al comparar el grupo control y el grupo experimental en la medida post

($p < 0.0001$) y en el seguimiento ($p < 0.0001$), siendo efectiva la intervención para afrontar la depresión en la muestra evaluada. Del mismo modo, el estudio de Choi et al. (2020) halló diferencias significativas en depresión observadas en el cuestionario de salud del paciente PHQ-9 (Kroenke et al., 2001) en la comparación de ambos grupos ($p = 0.001$), al igual que el estudio de Jing et al. (2018) utilizando la escala abreviada de depresión geriátrica (GDS-15; Sheikh & Yesavage, 1986) entre sus tres grupos de intervención ($p = 0.05$) y en cada uno de ellos de manera independiente en las medidas pre, post y seguimiento ($p = 0.05$). También, se evaluó depresión en el estudio de Jessen et al. (1996) utilizando la escala de depresión geriátrica (Yesavage et al., 1983), hallando resultados significativos entre los grupos experimental y control ($p = 0.01$), y en el estudio de Tse et al. (2012) evaluando depresión como parte del constructo de bienestar psicológico, hallando una $p < 0.001$ en el grupo experimental y una $p = 0.021$ en la comparación entre grupos, mediante la versión china de la escala de depresión geriátrica (Mui, 1996; Yesavage et al., 1983). Por su parte, Lai et al. (2020) y Theeke et al. (2016) evaluaron depresión recurriendo a la escala de depresión general (GDS-4; Chan, 1996; Cheng & Chan, 2004) y la escala de depresión geriátrica de 5 ítems (GDS; Rinaldi et al., 2003), pero no hallaron diferencias significativas: $p = 0.06$ y $p = 0.198$.

Con respecto a la calidad de vida, en el estudio de Jing et al. (2018) se encontraron diferencias significativas en la encuesta de salud de formato corto 36 (SF-36; Li, et al., 2002) entre los tres grupos de intervención ($p = 0.05$), así como en cada grupo de intervención por separado en las medidas pre, post y seguimiento ($p = 0.05$). Sin embargo, en el estudio de Theeke et al. (2016) hubieron ligeros cambios, pero no se encontraron diferencias significativas entre los grupos experimental y control ($p = 0.13$) en una escala analógica visual utilizada que va de 0 a 10 (de Boer et al., 2004). Lo

mismo sucede en el estudio de Tse et al. (2012) donde los autores evaluaron calidad de vida distinguiéndola en calidad de vida física y mental. El efecto del tratamiento fue evaluado a través del cuestionario de formato corto de la encuesta de salud (SF-12; Ware et al., 1996) y, tras la comparación de ambos grupos, no se encontraron diferencias significativas a nivel físico ($p < 0.817$) ni a nivel mental ($p = 0.076$). No obstante, aunque el grupo experimental por separado no mostró efectos significativos en calidad de vida (física: $p < 0.276$; mental: $p < 0.352$), los resultados en el grupo control empeoraron significativamente tanto en calidad de vida a nivel físico ($p < 0.025$) como a nivel mental ($p < 0.043$), lo que sugiere que, aunque la intervención no mejoró la calidad de vida, sí pudo ayudar a mantenerla y a evitar su deterioro.

Además, el bienestar psicológico fue evaluado en 6 ECAs. Chiang et al. (2010) obtuvo resultados significativos probados en una lista de verificación de síntomas-90-R (SCL-90-R; Derogatis et al., 1974) al comparar ambos grupos tanto en la medida post ($p < 0.0001$) como en el seguimiento ($p < 0.0001$). En cambio, en el estudio de Bartlett & Arpin (2019) sí se hallaron resultados significativos en el grupo experimental ($p = 0.016$), pero no se hallaron diferencias al comparar el grupo experimental y control a través del ítem único: “¿Cómo te sentiste acerca de tu vida como un todo hoy?” (Emmons & McCullough, 2003). Tampoco se encontraron diferencias significativas en los estudios de Jarvis et al. (2019) ($p > 0.05$), Kremers et al. (2006) ($p = 0.9$) y Westerhof et al. (2018) ($p > 0.05$), utilizando el índice de bienestar WHO-5 (Topp et al., 2015), la escala de nivel del índice de la función de producción social (SPF-IL; Nieboer et al., 2005) y el formulario abreviado del continuo de salud mental holandés (MHC-SF; Lamers et al., 2011).

Finalmente, el bienestar psicológico en el estudio de Tse et al. (2012) fue evaluado teniendo en cuenta las siguientes dimensiones: la felicidad, a través de la versión china de la escala de felicidad subjetiva (Lyubomirsky & Lepper, 1999); la soledad, recurriendo a la escala de soledad de UCLA (Russell, 1996); la satisfacción con la vida, usando el índice-A de satisfacción con la vida (Chi & Boey, 1992); y la depresión, usando la versión china de la escala de depresión geriátrica (Mui, 1996; Yesavage et al., 1983). Se hallaron resultados significativos en la comparación de ambos grupos en felicidad, soledad, satisfacción ($p=0.000$) y depresión ($p=0.021$), y en el grupo experimental por separado ($p=0.000$) y ($p<0.001$), siendo el IPMP eficaz para mejorar el bienestar psicológico en la población mayor.

4. Discusión

Esta revisión sistemática ha investigado la efectividad de diferentes intervenciones psicológicas para disminuir la soledad en la población mayor. Asimismo, se ha investigado su efecto en ansiedad, depresión, calidad de vida y bienestar psicológico.

De las 20 intervenciones analizadas, el programa multiestratégico basado en el modelo de promoción de la salud de Pender (1982); la terapia de reminiscencia; la intervención Tele-BA; la intervención I-SOCIAL; el programa MBSR; la comparación de las intervenciones de un perro vivo (Dog) y un perro robótico (AIBO) (terapia asistida con animales); el efecto de la TCC, así como de Baduanjin, y/o de Banduanjin combinado con la TCC; la intervención CCHP; la terapia grupal CTFA-GRT; y la intervención Listen, fueron efectivas para disminuir soledad en población mayor. También, lo demostró la intervención de entrenamiento cognitivo (grupo active) sobre otras dos intervenciones (promoción de la salud y centrada en la participación); el

programa IPMP como parte del constructo de bienestar psicológico; la intervención cognitivo conductual de baja intensidad, especialmente en soledad general y soledad emocional; y la terapia asistida con animales grupal e individual. Sin embargo, 6 intervenciones, específicamente, la intervención grupal de autogestión basada en la teoría de Autogestión del Bienestar (SMW), la intervención PAP, el ejercicio de escritura de gratitud, el grupo de contacto estructurado por teléfono, la intervención Precious Memories y la terapia con ave de compañía no fueron eficaces para reducir la soledad en dicha población.

La relación no significativa entre las intervenciones señaladas y la soledad puede deberse a algunas limitaciones como la imposibilidad del cegamiento de los participantes y los profesionales como consecuencia de la naturaleza de la terapia en la mayoría de los artículos; las muestras relativamente pequeñas y homogéneas en gran parte de ellos, siendo complicado demostrar la eficacia de la intervención y la generalización de los resultados; la falta de resultados a largo plazo; la poca duración de algunas intervenciones; y la no comparación entre grupos experimental y control en la intervención Precious Memories.

En cuanto a la intervención grupal de autogestión basada en la teoría de Autogestión del Bienestar (SMW), al obtener en soledad general y emocional resultados significativos tanto en el grupo control como en el grupo experimental de forma independiente, no se puede explicar que los cambios observados en el grupo experimental sean debidos a la intervención, posiblemente porque se obtuvieron inicialmente puntuaciones altas en la escala de soledad de De Jong Gierveld (De Jong Gierveld & Kamphuis, 1985) en los grupos experimental y control, lo que pudo generar una regresión a la media y, por tanto, mejorar las puntuaciones de soledad en los dos

grupos. También, el hecho de que el grupo control haya mejorado puede ser porque las participantes se comportaron de forma distinta o porque respondieron de forma diferente en los cuestionarios al estar siendo evaluados. Además, el estudio contó con muchos abandonos en el grupo de intervención, posiblemente debido a que a algunas mujeres con problemas más graves les costó más seguir la intervención. Por otro lado, que la soledad social disminuyera significativamente en el grupo experimental y no en el control justo después de la intervención (pero no a los seis meses) puede radicar en que es más fácil influir sobre la soledad social que sobre la soledad emocional y, debido a que la intervención fue muy corta, pudo haber sido más sencillo para las mujeres mejorar en soledad social que en soledad emocional (Kremers et al., 2006).

Asimismo, la no significación en el PAP podría explicarse por el uso de autoinformes y la posible falta de honestidad en las respuestas. Además, el grupo experimental recibió mayor atención que el grupo control (Tse et al., 2016).

En lo referente a la no significación en el entorno grupal del estudio de la terapia asistida con animales individual o grupal, pudo ser debido a que las personas no se escuchaban bien entre ellas y existía incompatibilidad y familiaridad entre ellos (Banks & Banks., 2005).

Teniendo en cuenta las medidas secundarias, las intervenciones que no resultaron significativas (la intervención Precious Memories, la intervención CCHP, la intervención Listen, el IPMP, el ejercicio de escritura de gratitud, la intervención cognitiva conductual de baja intensidad y la intervención grupal de autogestión basada en la teoría de Autogestión del Bienestar (SMW)) comparten las limitaciones mencionadas anteriormente. Además, cabe desatacar que la intervención CCHP, al no ser terapéutica, puede no ser adecuada para procesos más patológicos como son la

ansiedad y la depresión (Lai et al., 2020). Y finalmente, en la intervención cognitivo conductual de baja intensidad, los autores reportan poca predisposición de los integrantes a participar en el estudio, tal vez como consecuencia del propio sentimiento de soledad (Jarvis et al., 2019).

4.1 Limitaciones y futuras líneas de investigación

La mayoría de los artículos incluidos en esta revisión sistemática han sido clasificados bajo una calidad metodológica media-alta. A pesar de que este trabajo se ha llevado a cabo siguiendo las indicaciones propuestas por la declaración PRISMA y los protocolos pertinentes, al ser realizado fundamentalmente por una única revisora (EER), es posible que existan sesgos de interpretación, aunque la ayuda de la segunda revisora (LPP) fue muy relevante durante la revisión.

Como futuras líneas de investigación, las intervenciones propuestas para reducir la soledad en la población mayor pueden servir como punto de referencia para ser mejoradas o para generar nuevas intervenciones que sean más específicas y con mayores resultados a largo plazo. Sería interesante elaborar más estudios enfocados en esta población y cuyos objetivos principales sean potenciar, a través de la psicología, las capacidades de los mayores para afrontar la soledad.

5. Conclusión

En la actualidad, la soledad es un fenómeno creciente y muy habitual en las personas mayores, sobre todo, tras la vivencia de cambios importantes intrínsecos a la etapa del envejecimiento como pueden ser la pérdida de seres queridos, la jubilación y, desde hace 2 años, el aislamiento como consecuencia de la pandemia del COVID-19.

Por estas razones, se hace cada vez más necesaria la existencia de intervenciones psicológicas que permitan a las personas mayores sobrellevar la soledad y sus consecuencias negativas para la salud mental y, por ende, para la salud física. Los resultados de la presente revisión demuestran las posibilidades de las intervenciones psicológicas propuestas por los 20 artículos incluidos. Sin embargo, no contamos con suficientes intervenciones psicológicas con rigor metodológico que disminuyan soledad, siendo muchas de ellas enfocadas a otro tipo de población. Por consiguiente, es importante considerar el desarrollo de nuevos estudios que propongan intervenciones psicológicas adecuadas para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores que experimentan soledad.

6. Referencias:

- Abellán, A. (2004). Las personas mayores en España. Observatorio de las Personas Mayores. Indicadores demográficos. En Informe. Madrid: IMSERSO. CSIC; 43-88.
- Adams, K., Sanders, S., & Auth, E. (2004). Loneliness and depression in independent living retirement communities: risk and resilience factors. *Aging and Mental Health, 8*(6), 475-485.
- Alaviani, M., Khosravan, S., Alami, A., & Moshki, M. (2015). The effect of a multi-strategy program on developing social behaviors based on pender's health promotion model to prevent loneliness of old women referred to gonabad urban health centers. *International journal of community based nursing and midwifery, 3*(2), 132.

- Banerjee, D., & Rai, M. (2020). Social isolation in Covid-19: The impact of loneliness. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(6), 525–527.
- Banks, M.R., & Banks, W.A. (2005). The effects of group and individual animal-assisted therapy on loneliness in residents of long-term care facilities. *Anthrozos*, 18, 396-408.
- Banks, M.R., Willoughby, L.M., & Banks, W.A. (2008). Animal-assisted therapy and loneliness in nursing homes: *Use of robotic versus living dogs*. *Journal of the American Medical Directors Association*, 9, 173-177.
- Bartlett, M. Y., & Arpin, S. N. (2019). Gratitude and loneliness: Enhancing health and well-being in older adults. *Research on aging*, 41(8), 772-793.
- Byrne, G. J., & Pachana, N. A. (2011). Development and validation of a short form of the Geriatric Anxiety Inventory—the GAI-SF. *International Psychogeriatrics*, 23(1), 125-131.
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Berntson, G. G., Ernst, J. M., Gibbs, A. C., Stickgold, R., & Hobson, J. A. (2002). Do lonely days invade the nights? Potential social modulation of sleep efficiency. *Psychological Science*, 13(4), 384-387.
- Carbajo, C. (2008). La historia de la vejez. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 2 (18), 237-254.
- Chan, AC-M (1996). Clinical validation of the geriatric depression scale (GDS). *Journal of Aging and Health*, 8(2), 238–53.
- Cheng S-T, Chan AC-M (2004). A brief version of the geriatric depression scale for the Chinese. *Psychological Assessment*, 16(2), 182.
- Chi, I., & Boey, K. W. (1992). *Validation of measuring instruments of mental health status of the elderly in Hong Kong*. Department of Social Work & Social

Administration, University of Hong Kong.

Chiang, K. J., Chu, H., Chang, H. J., Chung, M. H., Chen, C. H., Chiou, H. Y., & Chou, K. R. (2010). The effects of reminiscence therapy on psychological well-being, depression, and loneliness among the institutionalized aged. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences*, 25(4), 380-388.

Choi, N. G., Pepin, R., Marti, C. N., Stevens, C. J., & Bruce, M. L. (2020). Improving social connectedness for homebound older adults: randomized controlled trial of teledelivered behavioral activation versus tele-delivered friendly visits. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(7), 698–708.

Chou, K. L., Jun, L. W., & Chi, I. (2005). Assessing Chinese older adults' suicidal ideation: Chinese version of the geriatric suicide ideation scale. *Aging & mental health*, 9(2), 167-171.

Cohen-Mansfield, J., Cohen, R., Buettner, L., Eyal, N., Jakobovits, H., Rebok, G., ... & Sternberg, S. (2015). Interventions for older persons reporting memory difficulties: a randomized controlled pilot study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(5), 478-486.

Cohen-Mansfield, J., Hazan, H., Lerman, Y., Shalom, V., Birkenfeld, S., & Cohen, R. (2018). Efficacy of the I-SOCIAL intervention for loneliness in old age: Lessons from a randomized controlled trial. *Journal of Psychiatric Research*, 99, 69–75.

Creswell, J. D., Irwin, M. R., Burklund, L. J., Lieberman, M. D., Arevalo, J. M., Ma, J., ... Cole, S. W. (2012). Mindfulness-based stress reduction training reduces loneliness and pro-inflammatory gene expression in older adults: A small randomized controlled trial. *Brain, Behavior, and Immunity*, 26(7), 1095–1101.

- de Boer, A. G., van Lanschot, J. J., Stalmeier, P. F., van Sandick, J. W., Hulscher, J. B., de Haes, J. C., & Sprangers, M. A. (2004). Is a single-item visual analogue scale as valid, reliable and responsive as multi-item scales in measuring quality of life? *Quality of Life Research, 13*(2), 311-320.
- De Jong-Gierveld, J., & Kamphuls, F. (1985). The development of a Rasch-type loneliness scale. *Applied psychological measurement, 9*(3), 289-299.
- De Jong Gierveld, J., & Van Tilburg, T. (2010). The De Jong Gierveld short scales for emotional and social loneliness: tested on data from 7 countries in the UN generations and gender surveys. *European journal of ageing, 7*(2), 121-130.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H., & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral science, 19*(1), 1-15.
- Emmons, R. A., & McCullough, M. E. (2003). Counting blessings versus burdens: An experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*, 377–389.
- Evans, R. L., Werkhoven, W., & Fox, H. R. (1982). Treatment of social isolation and loneliness in a sample of visually impaired elderly persons. *Psychological reports, 51*(1), 103-108.
- Ge, L., Yap, C. W., Ong, R., & Heng, B. H. (2017). Social isolation, loneliness and their relationships with depressive symptoms: A population-based study. *PloS one, 12*(8), e0182145.
- Hahn, E. A., DeVellis, R. F., Bode, R. K., Garcia, S. F., Castel, L. D., Eisen, S. V., ... & Cella, D. (2010). Measuring social health in the patient-reported outcomes

- measurement information system (PROMIS): item bank development and testing. *Quality of Life Research*, 19(7), 1035-1044.
- Hays, R. D., & DiMatteo, M. R. (1987). A short-form measure of loneliness. *Journal of personality assessment*, 51(1), 69-81.
- Hickin, N., Käll, A., Shafran, R., Sutcliffe, S., Manzotti, G., & Langan, D. (2021). The effectiveness of psychological interventions for loneliness: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 88, 102066.
- Holwerda, T. J., Deeg, D. J., Beekman, A. T., van Tilburg, T. G., Stek, M. L., Jonker, C., & Schoevers, R. A. (2014). Feelings of loneliness, but not social isolation, predict dementia onset: results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 85(2), 135-142.
- Hwang, T. J., Rabheru, K., Peisah, C., Reichman, W., & Ikeda, M. (2020). Loneliness and social isolation during the COVID-19 pandemic. *International psychogeriatrics*, 32(10), 1217-1220.
- Jarvis, M. A., Padmanabhanunni, A., & Chipps, J. (2019). An evaluation of a low-intensity cognitive behavioral therapy mHealth-supported intervention to reduce loneliness in older people. *International journal of environmental research and public health*, 16(7), 1305.
- Jessen, J., Cardiello, F., & Baun, M.M. (1996). Avian companionship in alleviation of depression, loneliness, and low morale of older adults in skilled rehabilitation units. *Psychological Reports*, 78, 339-348.
- Jing, L., Jin, Y., Zhang, X., Wang, F., Song, Y., & Xing, F. (2018). The effect of Baduanjin qigong combined with CBT on physical fitness and psychological

- health of elderly housebound. *Medicine*, 97(51).
- Jürschik, P., Botigué, T., Nuin, C., & Lavedán, A. (2013). Estado de ánimo caracterizado por soledad y tristeza: factores relacionados en personas mayores. *Gerokomos*, 24(1), 14-7.
- Kremers, I. P., Steverink, N., Albersnagel, F. A., & Slaets, J. P. (2006). Improved self-management ability and well-being in older women after a short group intervention. *Aging and Mental Health*, 10(5), 476-484.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, 16(9), 606-613.
- Lai, D. W., Li, J., Ou, X., & Li, C. Y. (2020). Effectiveness of a peer-based intervention on loneliness and social isolation of older Chinese immigrants in Canada: a randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*, 20(1), 1-12.
- Lamers, S. A., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., ten Klooster, P. M., & Keyes, C. M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67(1), 99–110.
- Leung, G. T. Y., de Jong Gierveld, J., & Lam, L. C. W. (2008). Validation of the Chinese translation of the 6-item De Jong Gierveld Loneliness Scale in elderly Chinese. *International psychogeriatrics*, 20(6), 1262-1272.
- Li, L., Wang, H., & Shen, Y. (2002). Development and psychometric tests of a Chinese version of the SF-36 Health Survey Scales. *Zhonghua yu fang yi xue za zhi [Chinese journal of preventive medicine]*, 36(2), 109-113.
- Li, S., Dai, Y., Zhou, Y., Zhang, J., & Zhou, C. (2021). Efficacy of group reminiscence

- therapy based on Chinese traditional festival activities (CTFA-GRT) on loneliness and perceived stress of rural older adults living alone in China: a randomized controlled trial. *Aging & Mental Health*, 1-8.
- Lyubomirsky, S., & Lepper, H. S. (1999). A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation. *Social indicators research*, 46(2), 137-155.
- Madoz, V. (1998). *10 palabras clave sobre los miedos del hombre moderno*. Estrella.
- Montero, M., López, L., & Sánchez-Sosa, J.J. (2001). La soledad como fenómeno psicológico: un análisis conceptual. *Salud mental*, 24(1), 19-27.
- Mui, A. C. (1996). Geriatric Depression Scale as a community screening instrument for elderly Chinese immigrants. *International Psychogeriatrics*, 8(3), 445-458.
- Mullins, L. C., Woodland, A., & Putnam, J. (1990). Emotional and social isolation among elderly Canadian seasonal migrants in Florida: An empirical analysis of a conceptual typology. *Journal of Gerontological Social Work*, 14(3-4), 111-129.
- Nieboer, A., Lindenberg, S., Boomsma, A., & Van Bruggen, A. C. (2005). Dimensions of well-being and their measurement: The SPF-IL Scale. *Social Indicators Research*, 73, 313–353.
- Spinoven, P. H., Ormel, J., Sloekers, P. A., & Kempen, G. M. (1997). A validation study of the Hospital Anxiety and Depression scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychological Medicine*, 27(2), 363–370.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *International Journal of Surgery*, 88, 105906.
- Patel, S. S., & Clark-Ginsberg, A. (2020). Incorporating issues of elderly loneliness into

- the COVID-19 public health response. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 14(3), 1–3.
- Perestelo-Pérez, L. (2013). Standards on how to develop and report systematic reviews in Psychology and Health. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13(1), 49-57.
- Perlman, D., & Peplau, L. A. (1981). Toward a social psychology of loneliness. *Personal relationships*, 3, 31-56.
- Petitte, T., Mallow, J., Barnes, E., Petrone, A., Barr, T., & Theeke. (2015). A systematic review of loneliness and common chronic physical conditions in adults. *The Open Psychology Journal*, 8(Suppl 2), 113-132.
- Puig Llobet, M., Lluch Canut, M. T., & Rodríguez Ávila, N. (2009). Valoración de enfermería: detección de la soledad y del aislamiento social en los ancianos de riesgo. *Gerokomos*, 20(1), 9-14.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385–401.
- Rangel, A. L. G. C., & Ortiz, L. L. (2017). Autoeficacia, Percepción de salud y soledad, sobre la calidad de vida en Adultos Mayores. *Entreciencias: Diálogos en la Sociedad del Conocimiento*, 5(15).
- Rinaldi, P., Mecocci, P., Benedetti, C., Ercolani, S., Bregnocchi, M., Menculini, G., ... & Cherubini, A. (2003). Validation of the five-item geriatric depression scale in elderly subjects in three different settings. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(5), 694-698.
- Rodríguez Martín, M. (2009). La soledad en el anciano. *Gerokomos*, 20(4), 159-166.

- Rojas, M.J., Toronjo, A.M., Rodríguez, C., & Rodríguez, J.B. (2006). Autonomía y estado de salud percibidos en ancianos institucionalizados. *Gerokomos*, 17(1), 06-23.
- Rowe, J., Conwell, Y., Schulber, H., & Bruce, M. Social. (2006). Social support and suicidal ideation in older adults using home healthcare services. *The American journal of geriatric psychiatry*, 14(9), 758–766.
- Rubio, R., Magagna, G., de la Fuente, I., Jiménez, I., Bish, J., & Dumitrache, C. (2009). Estudio del riesgo suicida en un grupo de mayores institucionalizados. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 403-410.
- Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of personality assessment*, 66(1), 20-40.
- Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of personality and social psychology*, 39(3), 472.
- Russell, D., Peplau, L. A., & Ferguson, M. L. (1978). Developing a measure of loneliness. *Journal of personality assessment*, 42(3), 290-294.
- Sánchez, L. (2015). *Combatir la soledad en las personas mayores por medio del apoyo social* [Trabajo fin de grado, Universidad de Valladolid].
- Sanz, A. (2016). *La soledad en las personas mayores*. [Trabajo fin de grado, Universidad de Valladolid].
- Scarimbolo, G. (2016). *La soledad de los adultos mayores ¿Un problema mayor?*. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología,

Buenos Aires, Argentina.

- Schoenmakers, E., y Tindemans, I. (2017). What I feel and do when I feel lonely: A qualitative study on older adults' Coping with loneliness. *Innovation in Ageing, 1* (Suppl 1), 1030.
- Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric depression scale (GDS) recent evidence and development of a shorter version. *Clinical gerontologist, 5*(1-2), 165-173.
- Step toe, A., Shankar, A., Demakakos, P., & Wardle, J. (2013). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 110*(15), 5797–5801.
- Steverink, N., Lindenberg, S., & Slaets, J. P. (2005). How to understand and improve older people's self-management of wellbeing. *European Journal of Ageing, 2*(4), 235-244.
- Tanskanen, J., & Anttila, T. (2016). A prospective study of social isolation, loneliness, and mortality in Finland. *American Journal of Public Health, 106*(11), 2042–2048.
- Theeke, L. A., y Mallow, J. (2013). Loneliness and quality of life in chronically ill rural older adults: Findings from a pilot study. *The American journal of nursing, 113*(9), 28. 1
- Theeke, L. A., Mallow, J. A., Moore, J., McBurney, A., Rellick, S., & VanGilder, R. (2016). Effectiveness of LISTEN on loneliness, neuroimmunological stress response, psychosocial functioning, quality of life, and physical health measures of chronic illness. *International journal of nursing sciences, 3*(3), 242-251.
- Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S., & Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-

- Being Index: a systematic review of the literature. *Psychotherapy and psychosomatics*, 84(3), 167-176.
- Tse, M. M. Y., Vong, S. K. S., & Ho, S. S. (2012). The effectiveness of an integrated pain management program for older persons and staff in nursing homes. *Archives of gerontology and geriatrics*, 54(2), e203-e212.
- Tse, M. M. Y., Yeung, S. S. Y., Lee, P. H., & Ng, S. S. M. (2016). Effects of a peer-led pain management program for nursing home residents with chronic pain: A pilot study. *Pain Medicine*, 17(9), 1648-1657.
- Van Der Aa, H. P., Margrain, T. H., Van Rens, G. H., Heymans, M. W., & van Nispen, R. M. (2016). Psychosocial interventions to improve mental health in adults with vision impairment: systematic review and meta-analysis. *Ophthalmic and Physiological Optics*, 36(5), 584-606.
- Virués-Ortega, J., Pastor-Barriuso, R., Castellote, J. M., Poblacion, A., & de Pedro-Cuesta, J. (2012). Effect of animal-assisted therapy on the psychological and functional status of elderly populations and patients with psychiatric disorders: A meta-analysis. *Health Psychology Review*, 6(2), 197-221.
- Wang, D. F. (1995). Reliability and validity of russell loneliness scale. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 3(1), 23–25.
- Ware Jr, J. E., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical care*, 220-233.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063–1070.

- Westerhof, G. J., Korte, J., Eshuis, S., & Bohlmeijer, E. T. (2018). Precious memories: a randomized controlled trial on the effects of an autobiographical memory intervention delivered by trained volunteers in residential care homes. *Aging & mental health*, 22(11), 1494-1501.
- Wilson, C., y Moulton, B. (2010). Loneliness among older adults: A national survey of adults 45+. *Washington, DC: AARP*.
- Yan, Y., Xin, T., Wang, D., & Tang, D. (2014). Application of the Geriatric Anxiety Inventory-Chinese Version (GAI-CV) to older people in Beijing communities. *International Psychogeriatrics*, 26(3), 517-523.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of psychiatric research*, 17(1), 37-49.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370.

7. Anexos

Anexo 1: Estrategia de búsqueda

Tabla 1*Tabla resumen*

| Base de datos | Plataforma de acceso | Fecha inicial | Fecha acceso | Nº de resultados RS | Nº de resultados total ECAs |
|---|----------------------|---------------|--------------|---------------------|-----------------------------|
| Medline (all) | Ovid | 1946 | 13/10/2021 | 24 | 161 |
| WOS | Clarivate Analytics | 1900 | 14/10/2021 | 0 | 42 |
| PsycINFO | Ebsco | 1967 | 14/10/2021 | 1 | 14 |
| TOTAL | | | | 25 | 217 |
| TOTAL RS+ECAs | | | | 242 | |
| DUPLICADOS tras fusionar las búsquedas | | | | 29 | |
| TOTAL SIN DUPLICADOS | | | | 213 | |

Tabla 2*Medline*

Ovid MEDLINE(R) ALL <1946 to October 12, 2021>

| | | |
|----|---|---------|
| 1 | *Loneliness/ | 2865 |
| 2 | (Lonel* or solitude or aloneness).ti,ab. | 9898 |
| 3 | *Social Isolation/ | 6534 |
| 4 | (social adj2 (alienat* or isolat* or exclu* or deprivation or network or support or contact or connect* or engagement or participat*)).ti,ab. | 78265 |
| 5 | 1 or 2 or 3 or 4 | 89341 |
| 6 | Aged, 80 and over/ or Aged/ | 3313173 |
| 7 | (elderly or ageing or aging or aged or geriatric* or senior* or old age or late* life or elder* care).ti,ab. | 1108860 |
| 8 | 6 or 7 | 3973818 |
| 9 | *Psychotherapy/ | 37270 |
| 10 | (psychotherap* or psychologic* therapy).ti,ab. | 45675 |
| 11 | psychoeducational.ti,ab. | 2694 |
| 12 | *Patient Education as Topic/ | 40497 |
| 13 | 9 or 10 or 11 or 12 | 107882 |
| 14 | 5 and 8 and 13 | 448 |
| 15 | systematic\$ review\$.ti,ab. | 225063 |
| 16 | meta-analysis as topic/ | 20366 |
| 17 | meta-analytic\$.ti,ab. | 8319 |
| 18 | meta-analysis.ti,ab.pt. | 212942 |
| 19 | metanalysis.ti,ab. | 359 |
| 20 | metaanalysis.ti,ab. | 1707 |
| 21 | meta analysis.ti,ab. | 183796 |
| 22 | meta-synthesis.ti,ab. | 1121 |
| 23 | metasynthesis.ti,ab. | 382 |
| 24 | meta synthesis.ti,ab. | 1121 |
| 25 | meta-regression.ti,ab. | 9948 |
| 26 | metaregression.ti,ab. | 813 |
| 27 | meta regression.ti,ab. | 9948 |
| 28 | (synthes\$ adj3 literature).ti,ab. | 4463 |
| 29 | (synthes\$ adj3 evidence).ti,ab. | 13457 |
| 30 | integrative review.ti,ab. | 3807 |
| 31 | data synthesis.ti,ab. | 12609 |

| | | |
|----|---|---------|
| 32 | (research synthesis or narrative synthesis).ti,ab. | 4668 |
| 33 | (systematic study or systematic studies).ti,ab. | 13352 |
| 34 | (systematic comparison\$ or systematic overview\$).ti,ab. | 3882 |
| 35 | evidence based review.ti,ab. | 2204 |
| 36 | comprehensive review.ti,ab. | 19057 |
| 37 | critical review.ti,ab. | 17392 |
| 38 | quantitative review.ti,ab. | 739 |
| 39 | structured review.ti,ab. | 918 |
| 40 | realist review.ti,ab. | 427 |
| 41 | realist synthesis.ti,ab. | 270 |
| 42 | or/15-41 | 422781 |
| 43 | review.pt. | 2873817 |
| 44 | medline.ab. | 136885 |
| 45 | pubmed.ab. | 153734 |
| 46 | cochrane.ab. | 104080 |
| 47 | embase.ab. | 116917 |
| 48 | cinahl.ab. | 34317 |
| 49 | psyc?lit.ab. | 916 |
| 50 | psyc?info.ab. | 45101 |
| 51 | (literature adj3 search\$).ab. | 73957 |
| 52 | (database\$ adj3 search\$).ab. | 75685 |
| 53 | (bibliographic adj3 search\$).ab. | 3096 |
| 54 | (electronic adj3 search\$).ab. | 26974 |
| 55 | (electronic adj3 database\$).ab. | 37035 |
| 56 | (computeri?ed adj3 search\$).ab. | 3723 |
| 57 | (internet adj3 search\$).ab. | 3748 |
| 58 | included studies.ab. | 32023 |
| 59 | (inclusion adj3 studies).ab. | 20245 |
| 60 | inclusion criteria.ab. | 104558 |
| 61 | selection criteria.ab. | 32809 |
| 62 | predefined criteria.ab. | 2226 |
| 63 | predetermined criteria.ab. | 1157 |
| 64 | (assess\$ adj3 (quality or validity)).ab. | 94032 |
| 65 | (select\$ adj3 (study or studies)).ab. | 77077 |
| 66 | (data adj3 extract\$).ab. | 77723 |
| 67 | extracted data.ab. | 17150 |
| 68 | (data adj2 abstracted).ab. | 5867 |
| 69 | (data adj3 abstraction).ab. | 1957 |
| 70 | published intervention\$.ab. | 208 |
| 71 | ((study or studies) adj2 | 213175 |

| | | |
|-----|--|---------|
| | evaluat\$).ab. | |
| 72 | (intervention\$ adj2 evaluat\$).ab. | 13088 |
| 73 | confidence interval\$.ab. | 478353 |
| 74 | heterogeneity.ab. | 193283 |
| 75 | pooled.ab. | 106326 |
| 76 | pooling.ab. | 14103 |
| 77 | odds ratio\$.ab. | 311364 |
| 78 | (Jadad or coding).ab. | 207186 |
| 79 | or/44-78 | 1689130 |
| 80 | 43 and 79 | 277732 |
| 81 | review.ti. | 562664 |
| 82 | 81 and 79 | 195811 |
| 83 | (review\$ adj4 (papers or trials or studies or evidence or intervention\$ or evaluation\$)).ti.ab. | 217045 |
| 84 | 42 or 80 or 82 or 83 | 686266 |
| 85 | letter.pt. | 1154998 |
| 86 | editorial.pt. | 583315 |
| 87 | comment.pt. | 932739 |
| 88 | 85 or 86 or 87 | 2003399 |
| 89 | 84 not 88 | 669994 |
| 90 | exp animals/ not humans/ | 4897242 |
| 91 | 89 not 90 | 654478 |
| 92 | 14 and 91 | 24 RS |
| 93 | Randomized Controlled Trials as Topic/ | 148987 |
| 94 | randomized controlled trial/ | 546169 |
| 95 | Random Allocation/ | 105998 |
| 96 | Double Blind Method/ | 167575 |
| 97 | Single Blind Method/ | 30998 |
| 98 | clinical trial/ | 531443 |
| 99 | clinical trial, phase i.pt. | 22446 |
| 100 | clinical trial, phase ii.pt. | 35977 |
| 101 | clinical trial, phase iii.pt. | 19210 |
| 102 | clinical trial, phase iv.pt. | 2195 |
| 103 | controlled clinical trial.pt. | 94452 |
| 104 | randomized controlled trial.pt. | 546169 |
| 105 | multicenter study.pt. | 305390 |
| 106 | clinical trial.pt. | 531443 |
| 107 | exp Clinical Trials as topic/ | 364772 |
| 108 | or/93-107 | 1464313 |
| 109 | (clinical adj trial\$).tw. | 413734 |
| 110 | ((singl\$ or doubl\$ or treb\$ or tripl\$) adj (blind\$3 or | 183498 |

| | | |
|-----|------------------------------|----------|
| | mask\$3)).tw. | |
| 111 | PLACEBOS/ | 35709 |
| 112 | placebo\$.tw. | 229384 |
| 113 | randomly allocated.tw. | 32025 |
| 114 | (allocated adj2 random\$.tw. | 35521 |
| 115 | or/109-114 | 698357 |
| 116 | 108 or 115 | 1763484 |
| 117 | case report.tw. | 345626 |
| 118 | letter/ | 1154998 |
| 119 | historical article/ | 365852 |
| 120 | or/117-119 | 1849267 |
| 121 | 116 not 120 | 1723459 |
| 122 | 14 and 121 | 161 ECAs |

Tabla 3

WOS

| | | |
|-----|---------------|---|
| #10 | 42 | #9 AND #8 <i>Índices=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, BKCI-S, BKCI-SSH, ESCI, CCR-EXPANDED, IC</i> <i>Período de tiempo=1900-2021</i> |
| #9 | 5.673. 378 | ((TS= clinical trial* OR TS=research design OR TS=comparative stud* OR TS=evaluation stud* OR TS=controlled trial* OR TS=follow-up stud* OR TS=prospective stud* OR TS=random* OR TS=placebo* OR TS=(single blind*) OR TS=(double blind*))) <i>Índices=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, BKCI-S, BKCI-SSH, ESCI, CCR-EXPANDED, IC</i> <i>Período de tiempo=1900-2021</i> |
| #8 | 122 | #7 AND #4 AND #3 <i>Índices=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, BKCI-S, BKCI-SSH, ESCI, CCR-EXPANDED, IC</i> <i>Período de tiempo=1900-2021</i> |
| #7 | 90.526 | #6 OR #5 <i>Índices=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, BKCI-S, BKCI-SSH, ESCI, CCR-EXPANDED, IC</i> <i>Período de tiempo=1900-2021</i> |
| #6 | 3.726 | TI=psychoeducational or AB=psychoeducational <i>Índices=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, BKCI-S, BKCI-SSH, ESCI, CCR-EXPANDED, IC</i> <i>Período de tiempo=1900-2021</i> |

- TI=(psychotherap* or psycholog* therapy) or AB=(psychotherap* or psycholog* therap y)
- #5 87.171 *Indices=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, BKCI-S, BKCI-SSH, ESCI, CCR-EXPANDED, IC*
Período de tiempo=1900-2021
- TI=(elderly or ageing or aging or aged or geriatric* or senior* or old age or late* life or elder* care) or AB=(elderly or ageing or aging or aged or geriatric* or senior* or old age or late* life or elder* care)
- #4 3.751.299 *Indices=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, BKCI-S, BKCI-SSH, ESCI, CCR-EXPANDED, IC*
Período de tiempo=1900-2021
- #2 OR #1
- #3 81.395 *Indices=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, BKCI-S, BKCI-SSH, ESCI, CCR-EXPANDED, IC*
Período de tiempo=1900-2021
- TI= (social Near/2 (alienat* or isolat* or exclu* or deprivation or network or support or contact or connect* or engagement or participat*) or AB= (social adj2 (alienat* or isolat* or exclu* or deprivation or network or support or contact or connect* or engagement or participat*))
- #2 63.794 *Indices=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, BKCI-S, BKCI-SSH, ESCI, CCR-EXPANDED, IC*
Período de tiempo=1900-2021
- TI= (Lonel* or solitude or aloneness) or AB=(Lonel* or s

olitude or aloneness)
#1 18.790 *Indices=SCI-EXPANDED,
SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-
SSH, BKCI-S, BKCI-SSH,
ESCI, CCR-EXPANDED, IC*
Período de tiempo=1900-2021

Tabla 4

PsycINFO

 Thursday, October
 14, 2021 11:41:29
 AM

| # | Consulta | Limitadores y ampliadores | Ultimo acceso realizado a través de | Resultados |
|-----|---|---|---|------------|
| S15 | S5 AND S6 AND S11 | Ampliadores - Aplicar materias equivalentes Especificar por Methodology: - systematic review Modos de búsqueda - Booleano/Frase | Interfaz - EBSCOhost Research Databases Pantalla de búsqueda - Búsqueda avanzada Base de datos - APA PsycInfo | 1 |
| S14 | S12 AND S13 | Ampliadores - Aplicar materias equivalentes Modos de búsqueda - Booleano/Frase | Interfaz - EBSCOhost Research Databases Pantalla de búsqueda - Búsqueda avanzada Base de datos - APA PsycInfo | 14 |
| S13 | MM "Clinical trials" OR MR ("Treatment Effectiveness Evaluation") | Ampliadores - Aplicar materias equivalentes Modos de búsqueda - Booleano/Frase | Interfaz - EBSCOhost Research Databases Pantalla de búsqueda - Búsqueda avanzada | 112,274 |

| | | | | |
|-----|---|--|---|-----|
| | OR T1 ((randomi?ed n7 trial*) or ((single or doubl* or tripl* or treb*) and (blind* or mask*)) or (controlled n3 trial*) or (clinical n2 trial*)) OR AB ((randomi?ed n7 trial*) or ((single or doubl* or tripl* or treb*) and (blind* or mask*)) or (controlled n3 trial*) or (clinical n2 trial*)) OR KW ((randomi?ed n7 trial*) or ((single or doubl* or tripl* or treb*) and (blind* or mask*)) or (controlled n3 trial*) or (clinical n2 trial*)) | | Base de datos - APA PsycInfo | |
| S12 | S5 AND S6 AND S11 | Ampliadores - Aplicar materias equivalentes Modos de búsqueda - Booleano/Frase | Interfaz - EBSCOhost Research Databases Pantalla de búsqueda - Búsqueda avanzada Base de datos - APA PsycInfo | 269 |

| | | | | |
|-----|---|--|---|---------|
| S11 | S7 OR S8 OR S9 OR S10 | Ampliadores - Aplicar materias equivalentes Modos de búsqueda - Booleano/Frase | Interfaz - EBSCOhost Research Databases Pantalla de búsqueda - Búsqueda avanzada Base de datos - APA PsycInfo | 135,018 |
| S10 | MM "Client Education" | Ampliadores - Aplicar materias equivalentes Modos de búsqueda - Booleano/Frase | Interfaz - EBSCOhost Research Databases Pantalla de búsqueda - Búsqueda avanzada Base de datos - APA PsycInfo | 3,442 |
| S9 | TI psychoeducational OR AB psychoeducational | Ampliadores - Aplicar materias equivalentes Modos de búsqueda - Booleano/Frase | Interfaz - EBSCOhost Research Databases Pantalla de búsqueda - Búsqueda avanzada Base de datos - APA PsycInfo | 5,694 |
| S8 | TI ((psychotherap* or psychologic* therapy)) OR AB ((psychotherap* or psychologic* therapy)) | Ampliadores - Aplicar materias equivalentes Modos de búsqueda - Booleano/Frase | Interfaz - EBSCOhost Research Databases Pantalla de búsqueda - Búsqueda avanzada Base de datos - APA PsycInfo | 116,467 |
| S7 | MM "Psychotherapy" | Ampliadores - Aplicar | Interfaz - EBSCOhost | 47,136 |

| | | | | |
|----|--|---|--|---------|
| | | materias equivalentes | Research Databases | |
| | | Modos de búsqueda - Booleano/Frase | Pantalla de búsqueda - Búsqueda avanzada | |
| | | | Base de datos - APA PsycInfo | |
| S6 | TI ((elderly or ageing or aging or aged or geriatric* or senior* or old age or late* life or elder* care)) OR AB ((elderly or ageing or aging or aged or geriatric* or senior* or old age or late* life or elder* care)) | Ampliadores - Aplicar materias equivalentes | Interfaz - EBSCOhost Research Databases | 418,39 |
| | | Modos de búsqueda - Booleano/Frase | Pantalla de búsqueda - Búsqueda avanzada | |
| | | | Base de datos - APA PsycInfo | |
| S5 | S1 OR S2 OR S3 OR S4 | Ampliadores - Aplicar materias equivalentes | Interfaz - EBSCOhost Research Databases | 123,448 |
| | | Modos de búsqueda - Booleano/Frase | Pantalla de búsqueda - Búsqueda avanzada | |
| | | | Base de datos - APA PsycInfo | |
| S4 | TI ((social N2 (alienat* or | Ampliadores - Aplicar | Interfaz - EBSCOhost | 110,257 |

| | | | | |
|----|---|--|--|--------|
| | isolat* or exclu* or deprivation or network or support or contact or connect* or engagement or participat*))) OR AB ((social N2 (alienat* or isolat* or exclu* or deprivation or network or support or contact or connect* or engagement or participat*))) | materias equivalentes | Research Databases | |
| | | Modos de búsqueda - Booleano/Frase | Pantalla de búsqueda - Búsqueda avanzada | |
| | | | Base de datos - APA PsycInfo | |
| S3 | MM "Social Isolation" | Amplidores - Aplicar materias equivalentes | Interfaz - EBSCOhost Research Databases | 6,03 |
| | | Modos de búsqueda - Booleano/Frase | Pantalla de búsqueda - Búsqueda avanzada | |
| | | | Base de datos - APA PsycInfo | |
| S2 | TI ((Lonel* or solitude or aloneness)) OR AB ((Lonel* or solitude or aloneness)) | Amplidores - Aplicar materias equivalentes | Interfaz - EBSCOhost Research Databases | 13,288 |
| | | Modos de búsqueda - Booleano/Frase | Pantalla de búsqueda - Búsqueda avanzada | |
| | | | Base de datos - APA PsycInfo | |

| | | | | |
|----|-----------------|--|---|-------|
| S1 | MM "Loneliness" | Ampliadores - Aplicar materias equivalentes | Interfaz - EBSCOhost Research Databases | 4,306 |
| | | Modos de búsqueda - Booleano/Frase | Pantalla de búsqueda - Búsqueda avanzada | |
| | | | Base de datos - APA PsycInfo | |

Anexo 2: Herramienta RoB 2

Risk of bias assessment

Responses underlined in green are potential markers for low risk of bias, and responses in **red** are potential markers for a risk of bias. Where questions relate only to sign posts to other questions, no formatting is used.

Domain 1: Risk of bias arising from the randomization process

| Signalling questions | Comments | Response options |
|--|----------|--|
| 1.1 Was the allocation sequence random? | | <u>Y</u> / <u>PY</u> / PN / N / NI |
| 1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions? | | <u>Y</u> / <u>PY</u> / PN / N / NI |
| 1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process? | | Y / PY / <u>PN</u> / <u>N</u> / NI |
| Risk-of-bias judgement | | Low / High / Some concerns |
| Optional: What is the predicted direction of bias arising from the randomization process? | | NA / Favours experimental / Favours comparator / Towards null / Away from null / Unpredictable |

Domain 2: Risk of bias due to deviations from the intended interventions (*effect of assignment to intervention*)

| Signalling questions | Comments | Response options |
|---|----------|--|
| 2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial? | | Y / PY / <u>PN</u> / N / NI |
| 2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial? | | Y / PY / <u>PN</u> / N / NI |
| 2.3. If <u>Y/PY/NI</u> to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the trial context? | | NA / Y / PY / <u>PN</u> / N / NI |
| 2.4 If <u>Y/PY</u> to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome? | | NA / Y / PY / <u>PN</u> / N / NI |
| 2.5. If <u>Y/PY/NI</u> to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups? | | NA / <u>Y</u> / PY / PN / N / NI |
| 2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention? | | <u>Y</u> / PY / PN / N / NI |
| 2.7 If <u>N/PN/NI</u> to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized? | | NA / Y / PY / <u>PN</u> / N / NI |
| Risk-of-bias judgement | | Low / High / Some concerns |
| Optional: What is the predicted direction of bias due to deviations from intended interventions? | | NA / Favours experimental / Favours comparator / Towards null / Away from null / Unpredictable |

Domain 2: Risk of bias due to deviations from the intended interventions (*effect of adhering to intervention*)

| Signalling questions | Comments | Response options |
|--|----------|--|
| 2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial? | | Y / PY / <u>PN</u> / N / NI |
| 2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial? | | Y / PY / <u>PN</u> / N / NI |
| 2.3. [If applicable:] If <u>Y/PY/NI</u> to 2.1 or 2.2: Were important non-protocol interventions balanced across intervention groups? | | NA / <u>Y / PY</u> / PN / N / NI |
| 2.4. [If applicable:] Were there failures in implementing the intervention that could have affected the outcome? | | NA / Y / PY / <u>PN</u> / N / NI |
| 2.5. [If applicable:] Was there non-adherence to the assigned intervention regimen that could have affected participants' outcomes? | | NA / Y / PY / <u>PN</u> / N / NI |
| 2.6. If <u>N/PN/NI</u> to 2.3, or <u>Y/PY/NI</u> to 2.4 or 2.5: Was an appropriate analysis used to estimate the effect of adhering to the intervention? | | NA / <u>Y / PY</u> / PN / N / NI |
| Risk-of-bias judgement | | Low / High / Some concerns |
| Optional: What is the predicted direction of bias due to deviations from intended interventions? | | NA / Favours experimental / Favours comparator / Towards null / Away from null / Unpredictable |

Domain 3: Missing outcome data

| Signalling questions | Comments | Response options |
|---|----------|--|
| 3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized? | | <u>Y</u> / PY / PN / N / NI |
| 3.2 If <u>N/PN/NI</u> to 3.1: Is there evidence that the result was not biased by missing outcome data? | | NA / <u>Y</u> / PY / PN / N |
| 3.3 If <u>N/PN</u> to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value? | | NA / Y / PY / <u>PN</u> / N / NI |
| 3.4 If <u>Y/PY/NI</u> to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value? | | NA / Y / PY / <u>PN</u> / N / NI |
| Risk-of-bias judgement | | Low / High / Some concerns |
| Optional: What is the predicted direction of bias due to missing outcome data? | | NA / Favours experimental / Favours comparator / Towards null / Away from null / Unpredictable |

Domain 4: Risk of bias in measurement of the outcome

| Signalling questions | Comments | Response options |
|---|----------|--|
| 4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate? | | Y / PY / <u>PN</u> / N / NI |
| 4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups? | | Y / PY / <u>PN</u> / N / NI |
| 4.3 If <u>N/PN/NI</u> to 4.1 and 4.2: Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants? | | NA / Y / PY / <u>PN</u> / N / NI |
| 4.4 If <u>Y/PY/NI</u> to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received? | | NA / Y / PY / <u>PN</u> / N / NI |
| 4.5 If <u>Y/PY/NI</u> to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received? | | NA / Y / PY / <u>PN</u> / N / NI |
| Risk-of-bias judgement | | Low / High / Some concerns |
| Optional: What is the predicted direction of bias in measurement of the outcome? | | NA / Favours experimental / Favours comparator / Towards null / Away from null / Unpredictable |

Domain 5: Risk of bias in selection of the reported result

| Signalling questions | Comments | Response options |
|---|----------|--|
| 5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis? | | <u>Y</u> / PY / PN / N / NI |
| Is the numerical result being assessed likely to have been selected, on the basis of the results, from... | | |
| 5.2. ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain? | | Y / PY / <u>PN</u> / N / NI |
| 5.3 ... multiple eligible analyses of the data? | | Y / PY / <u>PN</u> / N / NI |
| Risk-of-bias judgement | | Low / High / Some concerns |
| Optional: What is the predicted direction of bias due to selection of the reported result? | | NA / Favours experimental / Favours comparator / Towards null / Away from null / Unpredictable |

Anexo 3: Descripción de las intervenciones

Tabla 4

Descripción de las intervenciones

| Estudio | Intervención | Descripción |
|-----------------------|--|--|
| Alaviani et al., 2015 | Programa multiestratégico basado en el modelo de promoción de la salud de Pender | El modelo de promoción de la salud de Pender se basa en la teoría cognitiva social. Enfatiza los comportamientos de promoción de la salud, reconociendo comportamientos y factores personales con mayor eficacia y percepción, reformando y fortaleciendo comportamientos y mejorando la comunicación y las situaciones. El programa tuvo una duración de 4 sesiones y está basado en los constructos del modelo de Promoción de la Salud de Pender (beneficios percibidos, barreras, autoeficacia, influencias interpersonales y comportamientos). En la primera sesión, utilizando métodos de lectura y pregunta-respuesta, se trataron las definiciones, causas, síntomas clínicos y complicaciones de la soledad. El objetivo de la segunda sesión fue el empoderamiento de los sujetos para mejorar las relaciones sociales como un factor importante para reducir la soledad. En las sesiones tercera y cuarta, se chequearon sus logros y se les dio retroalimentación positiva, y el investigador revisó los beneficios de las prácticas. Pero, si no cumplían los objetivos, se revisarían las barreras |
| Banks & Banks., 2005 | Terapia asistida con animales individual o grupal | Se probó la influencia de la socialización (vínculo humano-humano) y el vínculo humano-animal para demostrar el efecto de la terapia asistida con animales en la soledad. Los participantes se asignaron aleatoriamente a un grupo individual o a un entorno grupal. La terapia individual se correspondió al vínculo animal-humano y la grupal a la combinación del vínculo animal-humano y la socialización (los participantes tenían permitido interactuar entre ellos o con el perro). Se recurrió a un perro de terapia certificado. Las sesiones se distribuyeron en una vez a la semana durante 6 semanas |

| Estudio | Intervención | Descripción |
|-----------------------|---|---|
| Banks et al., 2008 | Comparar la capacidad de un perro vivo (Dog) y un perro robótico (AIBO) para reducir la soledad (terapia asistida con animales) | Las sesiones ocurrieron en la habitación del residente y consistieron en que el residente se sentara en su silla o en posición vertical en la cama con el perro o AIBO al lado del residente. AIBO se mantuvo estacionario en su base de recarga junto al residente, pero no se le permitió caminar. Las sesiones se distribuyeron semanalmente durante 8 semanas |
| Bartlett & Arpin 2019 | Ejercicio de escritura de gratitud | Los participantes del grupo experimental, alrededor de 20 días, fueron asignados a un ejercicio de escritura de gratitud en el que debían escribir tres cosas buenas que hayan sucedido en el día y justificar por qué ocurrieron. Además, debían realizar una encuesta diaria. El estudio busca focalizar la atención de las mayores en lo que va bien en sus vidas y el papel que otras personas cumplen en ello. El objetivo es modificar sus cogniciones sociales diarias |

| Estudio | Intervención | Descripción |
|---------------------|--------------------------|---|
| Chiang et al., 2010 | Terapia de reminiscencia | A través de recuerdos autobiográficos, se busca conseguir cambios terapéuticos en las personas mayores. A lo largo de 8 semanas, el grupo experimental recibía en cada sesión un tema diferente de la terapia: 1. Compartir recuerdos y saludarse; 2. Aumentar la conciencia de los participantes de sus sentimientos y ayudarles a expresar sus sentimientos; 3. Identificar relaciones positivas de su pasado y cómo aplicar aspectos positivos de relaciones pasadas a relaciones presentes; 4. Recordar la historia familiar y las historias de vida; 5. Transición en los problemas de la vida; 6. Tomar conciencia de los logros personales e identificar metas personales; 7. Identificar fortalezas y metas positivas; y 8. Una revisión general de las ocho sesiones y despedida |
| Choi et al., 2020 | Tele-BA | Es un enfoque conductual breve y estructurado por videoconferencia cuya meta es aumentar y reforzar los comportamientos que promueven el bienestar como, por ejemplo, la participación en actividades de significado para la vida, y también para reducir los comportamientos depresivos. Durante 5 sesiones, se trabajó con entrenadores: identificar y programar valores, recompensar el compromiso social y las actividades, y usar estrategias para reducir y resolver los obstáculos de la conexión social |

| Estudio | Intervención | Descripción |
|-------------------------------|---|--|
| Cohen-Mansfield et al., 2015 | Intervención 1: entrenamiento cognitivo (grupo active); intervención 2: promoción de la salud; intervención 3: centrada en la participación | Se compararon las tres intervenciones con el objetivo de mejorar las funciones cognitivas y aspectos del bienestar diario en personas que reportan dificultades de memoria. Cada grupo de intervención tenía una duración de 10 semanas. En el entrenamiento cognitivo las personas recibían instrucciones y practicaban estrategias para recordar listas de palabras, secuencias de elementos y textos breves (el enfoque del entrenamiento de la memoria fue la memoria episódica verbal). Por su parte, el curso de promoción de la salud incluye los siguientes temas: conductas de salud; demencia y delirio; comunicación; actividades cognitivas para mantener la mente en forma; relaciones, depresión, y afrontamiento; seguridad en el hogar y en los viajes; recreación y ocio; medicamentos y proveedores de atención médica; actividad física; y aprendizaje permanente. Mientras, el curso centrado en la participación consistió en la entrega de estrategias de memoria, cognitivas y organizacionales. Las estrategias y el estímulo para implementarlas en la vida diaria se proporcionaron dentro de un contexto de club de lectura |
| Cohen-Mansfield, et al., 2018 | Intervención I-SOCIAL | La intervención aborda las barreras psicosociales (por ejemplo, la baja autoeficacia social) y las barreras ambientales (por ejemplo, la falta de oportunidades en el entorno del anciano). La intervención incluyó: 1. Identificar las barreras para la persona específica; 2. Diez reuniones individuales con un consejero de actividades que se centraron en ayudar a la persona a superar las barreras personales para la integración social e incluyeron debates sobre las opciones de contactos sociales, así como el uso de técnicas y recursos locales para superar las barreras; y 3. Siete sesiones de grupo de participantes y los consejeros de actividades fueron celebradas con el fin de proporcionar oportunidades para aumentar la competencia social por practicar habilidades sociales dentro de un entorno protegido y como un lugar para discutir las barreras y las formas de abordarlas. Los participantes eligieron si participar en las reuniones individuales, las sesiones grupales o ambas |

| Estudio | Intervención | Descripción |
|-----------------------|--|---|
| Creswell et al., 2012 | Programa de reducción del estrés basado en la atención plena (MBSR) | MBSR es una meditación de atención plena estandarizada de 8 semanas que consistió en 8 sesiones grupales semanales de 120 minutos, un retiro de un día en la sexta o séptima semana y 30 minutos de práctica diaria de atención plena en el hogar |
| Evans et al., 1982 | Grupo de contacto estructurado por teléfono | Las ventajas de esta intervención son las siguientes: el enfoque grupal permitió la confrontación y el apoyo que a menudo se convirtieron en reuniones de autoayuda al final del estudio; la terapia es única porque el cliente tiene una sensación de anonimato y control; las barreras geográficas se pueden superar sin comprometer la calidad de la interacción verbal. Tuvo una duración de 8 semanas |
| Jarvis et al., 2019 | Intervención cognitiva conductual de baja intensidad (mLINCC: una intervención LI-CBT respaldada por WhatsApp) | La intervención de 3 meses de duración incluye: aceptación de la tecnología, psicoeducación, y mensajes individualizados redactados positivamente que abordan las cogniciones desadaptativas. En cuanto a la primera fase de la intervención, se impartieron actividades que incluyeron la selección de un teléfono inteligente y cuatro sesiones grupales de capacitación presencial de 90 minutos sobre el uso del teléfono inteligente y WhatsApp. Luego, en la segunda fase se psicoeducó a través de cuatro sesiones de 90 minutos sobre los factores subyacentes a la soledad. Por último, en la tercera fase se enviaron por WhatsApp a los participantes mensajes individualizados con contenido enmarcado positivamente destinados a contrarrestar las cogniciones desadaptativas. Cada mensaje tenía dos componentes: reconocimiento de la cognición desadaptativa vinculada a la soledad, y un contramensaje enmarcado positivamente para permitir a los participantes la oportunidad de reflexionar sobre la distorsión cognitiva y su influencia en sus sentimientos y comportamientos |
| Jessen et al., 1996 | Ave de compañía | Se utilizó un periquito en una jaula y se colocó un ave en la habitación de cada sujeto del grupo experimental. Los sujetos recibieron instrucciones verbales y escritas relacionadas con el ave. El grupo de control no tuvo ninguna intervención |

| Estudio | Intervención | Descripción |
|----------------------|--|---|
| Jing et al., 2018 | Grupo de intervención cognitivo-conductual; grupo de intervención Baduanjing; y grupo de intervención conjunta (Baduanjing +TCC) | Baduanjin qigong es un ejercicio tradicional chino que combina la actividad física humana con la regulación de la respiración y ajuste psicológico. Este estudio aplicó la TCC y Banduanjing qigong por separado, pero también combinó TCC con Baduanjin qigong para potenciar el bienestar físico y psicológico en adultos mayores confinados en casa. Las intervenciones duraron unos 6 meses y se realizaron mediante visitas domiciliarias |
| Kremers et al., 2006 | Intervención grupal de autogestión recientemente diseñada, basada en la teoría de Autogestión del Bienestar (SMW) | La teoría SMW (teoría de Autogestión del Bienestar) basada en la teoría SPF (la teoría de las Funciones de Producción Social) especifica seis habilidades básicas de autogestión que permiten a las personas alcanzar y mantener los recursos que se necesitan para satisfacer las cinco necesidades/dimensiones básicas del bienestar. En este estudio, durante 6 semanas se realizaron se realizaron 6 reuniones supervisadas por dos mujeres. Guiada por la teoría SMW, cada reunión se centró en una o más de las seis habilidades de autogestión. A las mujeres se les enseñó a aplicar estas habilidades (toma de iniciativas, autoeficacia, comportamiento de inversión, mentalidad positiva, multifuncionalidad y variedad) a las cinco necesidades/dimensiones básicas del bienestar (comodidad, estimulación, afecto, confirmación del comportamiento, y estatus) |
| Lai et al., 2020 | Intervención basada en pares | Las personas mayores del grupo experimental recibieron una intervención de apoyo entre pares de ocho semanas. Veinticuatro voluntarios proporcionaron apoyo emocional, apoyo para la resolución de los problemas e intercambio de recursos comunitarios mediante visitas domiciliarias y llamadas telefónicas. El apoyo fue de dos voluntarios a una persona. En este tipo de intervenciones los participantes establecen alianzas de confianza con simpatizantes o mentores y expresan sus problemas y sentimientos con sus compañeros. Se ha centrado en la población inmigrante china porque al ser personas con menores niveles culturales y dominio del inglés, tienden a padecer mayor aislamiento y soledad |

| Estudio | Intervención | Descripción |
|---------------------|---|---|
| Li et al., 2021 | Terapia grupal de reminiscencia basada en actividades de festivales tradicionales chinos (CTFA-GRT) | El objetivo de CTFA-GRT es integrar los recuerdos situacionales de la terapia grupal de reminiscencia en las actividades de festivales tradicionales chinos, lo que facilita ayudar a los adultos mayores que viven solos a encontrar un tema de reminiscencia común. La intervención duró unos 8 meses |
| Theeke et al., 2016 | LISTEN | Esta intervención que integra conceptos de la cognitivo conductual y de la terapia narrativa motiva a los participantes a repensar la experiencia de la soledad para modificar el significado y permitir el avance. Los participantes narran su experiencia de soledad en un ambiente terapéutico y se promueve la reestructuración cognitiva y un cambio de perspectiva. El contenido de las sesiones se derivó de la literatura de ciencias sociales y de la salud sobre la soledad, y las sesiones están diseñadas para ser secuenciales, enfocándose primero en la pertenencia, luego en las relaciones, el rol en la comunidad, la soledad como un desafío para la salud y el significado de la soledad. |
| Tse et al., 2012 | Programa integrado de manejo del dolor (IPMP) | El IPMP se realizó durante 8 semanas y se dirigió al personal de residencias y personas mayores. El IPMP consistió en educación sobre el dolor para el personal y ejercicio físico y terapia artística y artesanal de estimulación multisensorial para los residentes. También se les enseñó a utilizar métodos no farmacológicos como el calor, el frío, la respiración profunda, la relajación y la terapia de acupresión para aliviar el dolor |

| Estudio | Intervención | Descripción |
|------------------------|--|---|
| Tse et al., 2016 | Proyecto de majeo del dolor dirigido por pares (PAP) | En el PAP, los voluntarios eran responsables de guiar y brindar asistencia a dos o tres participantes. Cada sesión estuvo compuesta por ejercicio físico, enseñanza interactiva y compartir la educación sobre el manejo del dolor. La sesión comienza con ejercicios físicos (20 minutos), incluyendo baile con toalla; ejercicios de correcta postura y alineación del cuerpo; y el estiramiento de brazos, piernas y músculos del cuerpo. La segunda parte de la sesión fue la educación o revisión del manejo del dolor (30 minutos), que incluía información sobre situaciones de dolor, los efectos e impactos del dolor en los adultos mayores y el uso de estrategias farmacológicas y no farmacológicas en el manejo del dolor. El uso de terapias sin medicamentos incluyó ver fotografías del entorno natural, escuchar música y participar en actividades artísticas y artesanales de estimulación multisensorial. El PAP duró 12 semanas |
| Westerhof et al., 2018 | Intervención de memoria autobiográfica (Precious Memories) | La intervención consistió en 5 sesiones individuales de 45 min entre un participante y un voluntario capacitado. La primera sesión se utilizó para conocer y orientar al voluntario hacia la historia de vida general del participante. Esto era importante para tener suficiente información contextual para las siguientes sesiones. La segunda sesión aborda recuerdos positivos específicos en la infancia (0-12 años), la tercera sesión en la adolescencia (12-18 años), la cuarta en la edad adulta (18+ años), y la última sesión cubre la historia de vida en general e incluye un cierre de la intervención. Para cada sesión hay catorce preguntas que se utilizan como indicaciones para obtener recuerdos positivos específicos, como "cuando eras niño, ¿tenías un amigo con el que jugabas mucho?" |