

**Ainhoa Aguilera Montes**

**Programa d'intervenció per a millorar la sensació de soledat no desitjada i la depressió associada per a persones de la tercera edat.**

Una proposta basada en la teoria del vincle social i la teoria de l'activitat.

**Treball de fi de grau**

**Dirigit per la Dr. Núria Voltas Moreso**

**Grau en Psicologia**



**UNIVERSITAT ROVIRA i VIRGILI**

**Tarragona**

**2024**

## **Índex**

RESUM	2
ABSTRACT	2
<b>1. Marc teòric</b>	<b>4</b>
1.1. Soledat	4
1.2. Envelliment	6
1.3. Soledat en la tercera edat.	8
1.3.1 Diferència entre persones institucionalitzades i no institucionalitzades	10
1.4. Depressió en la tercera edat.	11
1.4.1 Tractament	13
1.5. Soledat no desitjada i depressió	15
1.5.1 Intervencions	16
<b>2. Objectius</b>	<b>18</b>
2.1. Objectiu general	18
2.2. Objectius específics	18
<b>3. Metodologia</b>	<b>19</b>
3.1. Disseny, context i participants	19
3.2. Procediment	19
3.3. Instruments	20
3.3.1. Escala de sentiments de soledat UCLA	20
3.3.2. Escala de depressió geriàtrica abreujada (GDS-15)	21
3.4. Anàlisi estadístic	21
<b>4. Resultats</b>	<b>22</b>
4.1. Disseny i creació de la proposta d'intervenció	22
4.2. Anàlisis dels resultats	30
<b>5. Discussió</b>	<b>37</b>
5.1. Propostes de millora i limitacions	39
<b>6. Bibliografia</b>	<b>40</b>
<b>7. Annexos</b>	<b>48</b>
7.1. Escala GDS-15	48
7.2. Escala UCLA	48

## RESUM

S'ha vist que la soledat no desitjada i la depressió són dos factors altament prevalents a l'etapa de la tercera edat i alhora, la soledat no desitjada es pot considerar com un factor de risc de patir símptomes depressius. A través d'aquesta investigació es busca avaluar el nivell de soledat autopercebut, correlacionar-ho amb símptomes depressius i desenvolupar un programa d'intervenció basat en la teoria del vincle social de Hirschi i la teoria de l'activitat de Havighurst amb l'objectiu de millorar la sensació de soledat no desitjada i els símptomes depressius associats.

S'ha dut a terme una avaluació pretest/posttest i s'ha creat i aplicat un programa d'intervenció amb 24 participants sense deteriorament cognitiu en què s'avalua el sentiment de soledat no desitjada amb l'escala UCLA i la possible simptomatologia depressiva amb l'escala GDS-15. A més, es recopilaven dades sociodemogràfiques.

Els resultats obtinguts permeten concloure que existeix una correlació alta entre el sentiment de soledat no desitjada i la presència de simptomatologia depressiva ( $p=0,648$ ;  $p=0,500$ ) i que la intervenció proposada ha estat eficaç mostrant mitjanes superiors a la fase pretest que a la posttest en ambdues escales (UCLA:  $\bar{x}=25,58$ ;  $\bar{x}= 22,88$  i GDS-15:  $\bar{x}=7,25$  i  $\bar{x}=5,79$ ).

**Paraules clau:** soledat no desitjada, simptomatologia depressiva.

## ABSTRACT

Unwanted loneliness and depression have been found to be two highly prevalent factors in old age and unwanted loneliness can now be considered as a risk factor for depressive symptoms. This research aims to assess the level of self-perceived loneliness, correlate it with depressive symptoms and develop an intervention programme based on Hirschi's social bonding theory and Havighurst's activity theory with the aim of improving feelings of unwanted loneliness and associated depressive symptoms.

A pretest/posttest assessment was carried out and an intervention programme was created and implemented with 24 participants without cognitive impairment, assessing unwanted feelings of loneliness on the UCLA scale and possible depressive symptomatology on the GDS-15 scale. In addition, sociodemographic data were collected.

The results obtained allow us to conclude that there is a high correlation between the feeling of unwanted loneliness and the presence of depressive symptomatology ( $p=0.648$ ;  $p=0.500$ ) and that intervention in children with depression may be a risk factor.  $500$ ) and that the proposed intervention has been effective showing higher results in the pretest phase than in the posttest in both scales (UCLA:  $\bar{x}=25.58$ ;  $\bar{x}=22.88$  and GDS-15:  $\bar{x}=7.25$  and  $\bar{x}=5.79$ ).

**Key words:** unwanted loneliness, depressive symptomatology.

## **1. Marc teòric**

### 1.1. Soledat

Actualment, la soledat és un tema molt rellevant en molts dels àmbits de la vida diària. Des de la psicologia fins a la sociologia i la salut pública, han profunditzat en el seu impacte en el benestar humà i en la societat en general. S'ha tornat tan important que inclús la nomenen en els mitjans de comunicació on es debat si la soledat és la causa dels problemes de salut o si és al revés: l'aïllament sorgeix a partir d'una mala salut. (¿A Dónde Vas, Soledad?. Una Aproximación Conceptual A un Fenómeno Complejo y Lleno de Matices., 2020).

La soledat pot manifestar-se de diverses maneres:

D'una banda, la soledat objectiva, com l'exposa la real acadèmia espanyola, és la falta voluntària o involuntària de companyia i es pot mesurar pel nombre de temps que un individu passa amb altres persones o pel nombre de grups d'amics que pot tenir (Sundström et al., 2020).

Per altra banda, la soledat subjectiva és quan un individu se sent sol encara que hi hagi altres persones físicament presents amb ell o es tinguin vincles socials i familiars. Per tant, no és el mateix estar sol que sentir-se sol. (Rose Fischer, 2023).

També trobem la soledat emotiva, la qual està estretament relacionada amb la subjectiva que fa referència a la sensació de buit emocional, falta de connexió i carència de relacions satisfactòries en la vida (Hawkley et al., 2010).

D'altra banda, és crucial fer una distinció entre la soledat no desitjada i la desitjada, ja que aquesta segona pot afavorir la reflexió i el desenvolupament personal mentre que la primera pot ser perjudicial per al benestar de la persona que l'experimenta.

La soledat no desitjada, es caracteritza per l'aïllament social, el qual provoca una desconexió social i afectiva no requerit per la persona que ho experimenta i pot derivar a la depressió (Hawkley et al., 2010). Segons aquest mateix estudi, aquest fet fa que la persona percebi una discrepància entre els seus desitjos de

connexió social i la realitat en què es troba, per tant, la soledat no desitjada pot ser molt dolorosa i perjudicial. En canvi, d'acord amb Victor i Bowling (2012), en el seu estudi presenten la soledat acceptada o escollida. És aquella en què la persona opta per estar sola per elecció pròpia, gaudint de la seva autonomia i el temps personal sense sentir-se solitari o aïllat. Aquesta manera de viure la soledat, fa que sigui una experiència positiva i enriquidora per les persones que la viuen, ja que, els hi permet temps per descansar, reflexionar o simplement per dedicar-s'hi a activitats de les quals gaudeixen sense la pressió de les interaccions socials.

Sentir-se trist, ansiós o amb baixa autoestima poden ser conseqüències d'una soledat prolongada en el temps. Tant és així que pot afectar a la salut mental i física de les persones de forma significativa, ja que, segons Palma-Ayllón i Escarabajal-Arrieta (2021), en el seu estudi longitudinal la falta de connexions socials està associada a un major risc de mortalitat. Seguint en la mateixa línia, un meta-anàlisis d'estudis sobre la soledat i la mortalitat realitzat per Valtorta et al. (2016) ens exposa que la soledat i l'aïllament social estan associats amb un augment del 26% en el risc de mort independentment de l'edat de la persona, ja que, existeix un major risc en desenvolupar malalties coronàries o accidents cerebrovasculars.

A banda d'arribar a extrems com la mortalitat a causa de la soledat, trobem grans impactes fisiològics que poden ser fruit de la falta de connexions socials. Un d'ells pot ser l'impacte en el sistema cardiovascular atès que, la soledat crònica pot arribar a ser un factor de risc per a les malalties cardiovasculars (Arruebarrena & Cabaco, 2020). Les malalties cardiovasculars són una de les principals causes de mort en tot el món (World Health Organization: WHO, 2021) i el fet que la soledat sigui un dels factors contributius al desenvolupament d'aquestes malalties posa de manifest la seva importància com a problema de salut pública.

A més dels diferents impactes físics, la soledat també pot tenir conseqüències importants en la salut mental. Un estudi de Cacioppo i Hawkley (2009) va mostrar una associació significativa entre la percepció de l'aïllament social i la depressió. L'aïllament també pot provocar tristor, ansietat i desesperança,

impactant negativament en la qualitat de vida i la capacitat de funcionar en la vida diària.

Des de la psicologia social, s'entén que la soledat no només és un problema individual, sinó que pot ser un fenomen social que reflecteix les dinàmiques canviants de la societat. La tecnologia que tenim vigent avui dia connecta a les persones a escala global, encara que també pot ser un inconvenient i contribuir a la soledat en distanciar les relacions cara a cara (Ong et al., 2011). Això és particularment preocupant, atès que la soledat pot ser una experiència comuna on les relacions virtuals poden substituir les interaccions en persona. Malgrat estar connectats digitalment durant tot el dia, molt individus poden sentir-se aïllats i desconnectats emocionalment. Aquesta problemàtica afecta amb més preocupació als adolescents.

L'ús excessiu de la tecnologia, principalment de les xarxes socials, ha estat investigat respecte als adolescents. Així mateix, Primack et al. (2017), en el seu estudi va descobrir que l'ús excessiu de les xarxes socials està correlacionat amb la percepció de sentir-se més sols en adolescents. A més, aquesta correlació ha estat corroborada per estudis previs com el de Kross et al. (2013) on exposa que les persones que fan ús de la xarxa social *Facebook* fa que se sentin més soles posteriorment. No obstant això, la soledat comprèn totes les edats i etapes de la vida.

A mesura que les persones envelleixen, la soledat es pot convertir en un repte significatiu que afecta la salut i benestar dels adults majors. L'envelliment pot portar canvis en les relacions socials i en les circumstàncies de vida que poden conduir a la soledat.

## 1.2 Envelliment

Avui dia, segons l'Organització Mundial de la Salut, ens trobem amb un descens de la natalitat i un augment de l'esperança de vida fent que, en el passat any 2020, el nombre de persones de 60 anys o més, fos major al de nens menors de cinc anys (World Health Organization: WHO, 2022).

Al llarg de la història ens trobem amb diverses definicions sobre l'envelliment que han anat evolucionant amb el temps. Des d'un punt de vista més biològic,

l'envelliment es pot conceptualitzar com el resultat d'una acumulació de danys moleculars i cel·lulars derivats del pas del temps, el qual deriva a un declivi gradual tant de les capacitats físiques com psicològiques (World Health Organization: WHO, 2022). No obstant això, el signe més important dels canvis que es produeixen en aquest període és el canvi en les capacitats cognitives i de la personalitat de cada individu (De Catalunya, s. f.).

Podem distingir dos tipus d'envelliment, d'una banda, trobem l'envelliment primari, el qual fa referència als canvis fisiològics que es produeixen com pot ser el desenvolupament de diverses malalties i, d'altra banda, l'envelliment secundari, caracteritzat pels factors ambientals com ara l'estil de vida d'una persona (*Nuevas Miradas Sobre el Envejecimiento*, s. f.).

En els últims anys, ha guanyat terreny el concepte d'envelliment exitós. Segons Curcio et al. (2017), és la capacitat no només de sobreviure, sinó de prosperar en la vida. Està compost per un conjunt de factors com ara: una bona salut, un funcionament físic òptim, un alt funcionament cognitiu, un afecte positiu i compromís social. Es tracta d'un terme multidimensional que comprèn la bona salut de la persona. Ser capaç d'identificar els criteris i predictors de l'envelliment, ens permetrà reconèixer a les persones que envelleixen de manera saludable i, des de l'atenció primària, promoure estratègies per assegurar nivells òptims de funcionalitat el temps més gran possible (Curcio et al., 2017).

Relacionat amb el concepte anterior, l'envelliment positiu destaca la importància de mantenir un plantejament positiu cap al procés d'envelliment. D'acord amb Jeste et al. (2013), l'envelliment positiu s'ha associat a una millor salut mental, una major satisfacció de la vida i més longevitat. A més, implica la carència de malalties o discapacitats, el manteniment d'una bona salut física, relacions socials satisfactòries i la participació activa en activitats (Ageing and Health (AAH), 2021).

L'envelliment positiu i exitós ens porta a la preservació de la funció física i cognitiva, la satisfacció amb les relacions socials i la connexió amb la comunitat. Es tracta d'una perspectiva aplicable per a la soledat en la tercera edat atès que, la falta de connexions socials pot comportar conseqüències negatives per a la

salut i el benestar de les persones adultes majors (Fernández-Portero et al., 2023).

### 1.3. Soledat en la tercera edat.

Existeix una preocupació social per la soledat que s'associa amb patrons sociodemogràfics, com el creixement de les persones majors que viuen soles, la valoració de l'autonomia i independència, inclús de l'envelliment. Ara bé, és important parlar de la soledat dins de l'envelliment per buscar estratègies i accions tant individuals com comunitàries perquè ajudin en aquesta problemàtica. (¿A Dónde Vas, Soledad?. Una Aproximación Conceptual A un Fenómeno Complejo y Lleno de Matices., 2020).

La soledat en persones de la tercera edat es tracta d'un fenomen heterogeni que pot tenir efectes adversos en la salut tant mental com física de les persones d'aquest grup sociodemogràfic. Segons Víctor, Scambler i Blond (2009), la soledat pot ser resultat de factors com la viudesa, la pèrdua d'amics o familiars, així com els canvis de mobilitat i activitats socials. A més d'això, un estudi longitudinal realitzat per Aartsen i Jylhä (2011) indica que la soledat tendeix a augmentar amb l'edat, però no es tracta d'un procés uniforme, sinó que per cada individu és diferent.

La pandèmia de la COVID-19 va tenir un gran impacte en la soledat, especialment entre les persones grans a causa de les limitacions de les interaccions socials i el distanciament social que hi va haver. En l'estudi de Groarke et al. (2020) exposen que la soledat va augmentar significativament durant la pandèmia en la població d'adults majors, fent així que s'associï amb un major risc de patir depressió i ansietat. A més d'aquest, diversos estudis han abordat aquest tema i han destacat la importància de comprendre i abordar aquesta qüestió de manera urgent com ara l'estudi de Kassam i McMillan (2023), on afirmen que la soledat i l'aïllament social van tenir un gran impacte en la cognició de les persones de la tercera edat durant la pandèmia a causa de les mesures de distanciament que es van prendre.

Durant la COVID-19, la resiliència entra en joc amb un paper significatiu en com els adults majors gestionen la soledat. Com s'observa en l'estudi de Balki et al. (2023), aquelles persones amb nivells alts de resiliència són més capaços d'adaptar-se a la situació fent ús inclús de la tecnologia per reduir la soledat i poder mantenir relacions socials. Enfrontar-se a la soledat durant l'època de la COVID-19 pot ser terrible, però les persones resilientes poden trobar una manera de connectar-se amb altres persones i mantenir relacions significatives a través de limitacions físiques.

En aquesta franja de població sociodemogràfica, la soledat pot ser influïda per diversos factors de risc i de protecció que poden impactar en el seu benestar.

Els factors de risc poden incloure condicions com la viudesa, la jubilació i la pèrdua de mobilitat o d'independència (Luo et al., 2012). La viudesa, en particular, s'ha identificat com un factor de risc significatiu per la soledat, ja que, segons l'estudi de Aartsen i Jylhä (2011), les persones que estiguin solteres o viudes tenen major risc d'experimentar soledat a comparació de les persones que estiguin casades o amb parella estable. D'altra banda, la jubilació pot aportar un gran canvi en la rutina diària que pot derivar a una disminució de les relacions socials, augmentant així la soledat i la depressió (Font, 2016). Així mateix, la pèrdua de mobilitat o independència també pot limitar la capacitat de la persona per participar en activitats socials, augmentat d'aquesta manera el risc de sentir-se sol o aïllat socialment. (Luo et al., 2012).

Contràriament, hi ha diversos factors protectors que ajuden a controlar el sentiment de soledat en les persones de la tercera edat. Les relacions socials significatives són un factor clau, atès que proporcionen suport emocional i una sensació de connexió amb els altres (Luo et al., 2012). A més, participar en activitats lúdiques i socials s'associa amb una menor prevalença de soledat (Masi et al. 2011). Com s'ha comentat anteriorment, la resiliència també pot ser un factor de protecció, ja que permet a les persones majors a adaptar-se als canvis i superar les adversitats.

Ara bé, les persones grans poden viure la soledat des de diferents entorns sigui a casa seva o en una residència de la tercera edat. És important considerar com

aquests entorns poden influir en la seva experiència de soledat i les seves repercussions en la salut tant mental com física.

### 1.3.1 Diferència entre persones institucionalitzades i no institucionalitzades

El sentiment de soledat no és el mateix al viure en casa que en una institució, per tant, podem veure algunes diferències significatives en aquests dos contextos.

Per aquelles persones majors que viuen soles a casa seva, la soledat pot ser una companya constant. L'absència d'interacció social i companyia diària pot conduir a sentiments de profunda soledat. A més, la manca de mobilitat o la dependència pot agreujar encara més aquests sentiments. Segons Victor i Bowling (2012), la soledat en relació amb les persones majors que viuen soles a casa seva està associada a un risc més alt de depressió, ansietat i altres problemes de salut mental. Això ressalta la importància de trobar maneres concretes d'afrontar les connexions socials amb la gent gran, com ara els programes comunitaris, la presència de familiars o amics o fins i tot, l'ús de la tecnologia per la comunicació virtual. Malgrat això, els adults majors que viuen a casa seva poden arribar a tenir més autonomia i capacitat de prendre decisions per ells mateixos, encara que, poden sentir-se sols si no es té una xarxa social amb suport (Perissinotto et al., 2012).

D'altra banda, les persones que viuen en institucions també poden experimentar sentiments de soledat malgrat estar envoltades de gent constantment. D'acord amb la Fundació Caser (2020), la soledat pot ser també perjudicial en entorns institucionalitzats per comportaments inadequats de la família com per exemple no anar a visitar-los mai o dels professionals del centre on no se'ls atén de manera adequada o no tenen les suficients eines per abordar la soledat. Les residències, tot i oferir comunitat i assistència, poden no sempre proporcionar connexions socials profundes i significatives que moltes persones poden necessitar per la seva salut emocional. No obstant això, Rokach (2023), aborda que l'entorn pot influir en aquests factors, per tant, que la residència promogui connexió social i activitats interactives pot ser una estratègia eficaç per reduir la soledat no desitjada i la depressió en aquest grup demogràfic.

Tot plegat, viure sol a casa pot significar més control i autonomia, però pot portar a una soledat més profunda, mentre viure en una institució pot oferir un

entorn comunitari i limitar la llibertat personal i les connexions profundes. Amb les diferències, és crucial implementar intervencions i programes que millorin el benestar emocional i la qualitat de vida dels adults majors en tots dos contextos.

Per tant, com ja s'ha esmentat anteriorment, la soledat no desitjada i la depressió són dos fenòmens que sovint afecten les persones de la tercera edat, especialment en aquelles que viuen en institucions.

#### 1.4 Depressió en la tercera edat.

La depressió en persones grans es tracta d'un problema de salut pública en l'àmbit mundial que produeix un impacte negatiu en la qualitat de vida de les persones (Peña-Solano et al., 2009). L'Organització Mundial de la Salut estima que la depressió és una de les principals causes de discapacitat entre les persones de la tercera edat afectant aproximadament un 7% de la població mundial de més de seixanta anys (WHO, 2023).

Els símptomes depressius en aquest grup de persones poden ser més difícils de detectar que a la resta de la població a causa de la presència de malalties cròniques, discapacitats o simplement pel fet que molts dels símptomes depressius poden formar part del procés d'envelliment com ara la fatiga, l'insomni o la falta de gana (Depresión En los Adultos Mayores: MedlinePlus Enciclopedia Médica, s. f.). Tanmateix, la depressió pot manifestar-se de diverses maneres, per tant, també dificulta el seu diagnòstic.

En relació amb els factors de risc de presentar símptomes depressius en la tercera edat trobem la presència de malalties cròniques com la diabetis, malalties cardíaques o el dolor crònic. La discapacitat ja sigui física com cognitiva també pot actuar com a factor de risc (Ma et al., 2021). D'altra banda, la pèrdua d'éssers estimats pot desenvolupar també depressió en aquest grup d'edat (Diana Aracil et al., 2014). Així mateix, la soledat no desitjada és un dels principals factors de risc que podem trobar dins d'aquesta població (Cacioppo i Hawkley, 2009).

Respecte als factors de protecció, en la literatura existent s'ha descrit la importància d'establir relacions socials saludables (Taylor & Irizarry-Robles, 2015). La presència d'amics, familiars o grups de suport fa que puguin tenir un

sentiment de pertinença i crear una xarxa de persones amb qui compartir experiències i emocions. Tanmateix, la participació en activitats socials i comunitàries com ara les activitats dinàmiques i recreatives o les classes educatives fa que augmenti el benestar emocional (Masi et al. 2011). Altrament, una activitat física freqüent juntament amb una bona salut física i una alimentació saludable poden reduir el risc de depressió (Blasco & Blasco, 2013). No obstant això, l'activitat física i la bona salut no només redueixen el risc de patir depressió sinó que també tenen efectes positius en l'estat d'ànim, l'autoestima i la qualitat de vida en general.

Un altre concepte que s'ha observat que intervé com a factor protector és tenir una actitud positiva sobre l'envelliment i acceptar-ho atès que, s'enfoca des d'una perspectiva optimista en què s'aborda la saviesa acumulada, el creixement personal o la capacitat d'adaptació als canvis. Diversos estudis longitudinals com per exemple el realitzat per Levy et al., (2002) a Ohio, exposen que les persones que tenen una actitud més positiva a l'hora d'afrontar l'envelliment, tendeixen a experimentar menys símptomes depressius.

Un aspecte clau i necessari en el maneig de la depressió en la tercera edat és el suport emocional, tant de les persones més properes a l'individu que la pateix com d'un professional psicològic. Holt-Lunstand et al. (2010) destaquen la importància d'aquest suport per alleujar el malestar provocat per la depressió. El fet de poder parlar sobre els sentiments i preocupacions de cadascú és fonamental per mantenir una bona salut mental.

A més, en l'estudi de Smith et al. (2015) on examinen el paper de la resiliència personal com un factor que modera la relació entre les estratègies d'afrontament i els resultats psicològics com la depressió, l'ansietat o l'estrès; els resultats obtinguts van mostrar que una alta resiliència personal, s'associa amb un major ús d'estratègies d'afrontament. De la mateixa manera que durant la COVID-19, les persones amb nivells més alts de resiliència tenen millor capacitat per superar adversitats i, per tant, reduir el risc de depressió (Herrman et al., 2011). Per consegüent, la resiliència en aquest cas pot actuar com a factor de protecció.

A través d'aquest suport, les persones d'aquest rang sociodemogràfic, poden aprendre tècniques per gestionar millor les seves emocions i mantenir una perspectiva positiva malgrat els desafiaments que puguin experimentar.

#### 1.4.1 Tractament

És primordial abordar la depressió en les persones grans de manera efectiva considerant diverses opcions terapèutiques.

D'una banda, podem fer ús de la farmacologia fent servir antidepressius, els quals solen ser bastant efectius encara que s'han de tenir en compte les possibles interaccions amb altres medicaments que prengui la persona o els possibles efectes secundaris que poden tenir (Tractament Farmacològic de la Depressió, s. f.). D'altra banda, la teràpia psicològica és essencial en el tractament de la depressió oferint grans beneficis que van més enllà dels tractaments farmacològics i permet explorar i abordar les causes de la depressió com ara la soledat, situacions estressant de llarga durada, patir malalties cròniques, etc (Website, 2023). Dins d'aquest àmbit psicològic, el terapeuta s'ha d'encarregar de crear un espai segur sense judicis on la confiança i el respecte prioritzin en la relació terapeuta-pacient. La teràpia psicològica en els casos de depressió no només tracta els símptomes sinó que també pot prevenir recaigudes en el futur. En proporcionar diferents eines i habilitats per gestionar la salut mental, la teràpia pot ajudar a evitar episodis recurrents de depressió i mantenir els èxits aconseguits durant la teràpia.

Centrant-nos en una teràpia en concret, la teràpia cognitivo-conductual (TCC), segons Lorenzo-Díaz et al. (s. f.) ha demostrat ser unes de les més eficaces en la reducció dels símptomes depressius. La realització de sessions estructurades i enfocades al canvi de comportaments desadaptatius i patrons de pensaments automatitzats, distorsionats i negatius fa que el pacient millori progressivament posant èmfasi en establir i perseguir metes i objectius a curt termini per al tractament de la depressió. El terapeuta juntament amb el pacient han de treballar junts per identificar els problemes i desenvolupar estratègies concretes per poder abordar-los. No només es limita en això sinó que ajuda a millorar l'estat d'ànim i la qualitat de vida del pacient per evitar emocions negatives

(tristesa, desesperança...) o conductes inapropiades com les conductes d'evitació.

Dins de la teràpia cognitivo-conductual existeixen diferents tècniques que es poden aplicar en aquests casos:

- **Reestructuració cognitiva:** consisteix en el fet que el pacient amb l'ajut del terapeuta sigui capaç d'identificar els pensaments automàtics negatius que li sorgeixen. D'aquesta manera, podrà reemplaçar-los per pensaments realistes i equilibrats.
- **Activació conductual:** implica la participació del pacient en activitats que li resultin agradables per així poder millorar el seu estat d'ànim i sortir del seu espai de confort. Concretament en persones grans, es recomanen activitats com passejos a l'aire lliure, la participació en grups socials o hobbies del mateix interès de cada persona.
- **Mindfulness:** consisteix a prestar atenció plena en l'aquí i ara i intentar no pensar en el futur o passat. Així, doncs, es redueixen els pensaments constants negatius que una persona amb depressió pot tenir.
- **Habilitats d'afrontament:** s'ensenyen al pacient estratègies efectives pel maneig de l'estrès o la resolució de problemes.

A més de la TCC, la teràpia d'acceptació i compromís (ACT) pot ser molt eficaç en la depressió, la qual, consisteix a fomentar l'acceptació de pensament i emocions negatives en lloc d'intentar controla'ls. L'efectivitat d'aquesta teràpia està sostinguda per diversos estudis com ara l'elaborat per Potts et al. (2016) on es va realitzar un assaig clínic assignant aleatòriament a rebre l'ACT a un grup d'adults amb depressió i a un grup control, el qual, no van beneficiar-se de la intervenció. Els resultats d'aquest estudi van indicar que aquells que van rebre teràpia ACT, van millorar significativament en els símptomes depressius en comparació al grup de control.

La defusió cognitiva és un aspecte clau en la teràpia d'acceptació i compromís on el pacient ha d'intentar distanciar-se dels pensaments i emocions que no poden dominar per ells mateixos (Twohig & Levin, 2017). Per exemple, en lloc de

sentir-nos atrapats en un pensament negatiu com "no serveixo per res", la defusió cognitiva ens permet veure aquest pensament com una simple frase i no reaccionar emocionalment o intentar rebutjar-lo afavorint així una millora de l'estat d'ànim i la qualitat de vida de la persona (Twohig & Levin, 2017).

La ACT també està enfocada a la identificació dels valors personals de cada individu i a comprometre's en accions que estiguin alienades acord aquests valors, la qual cosa, promou el benestar i la connexió amb les altres persones (Webb, 2023). Per aquest grup de persones demogràfic, aquesta teràpia pot ajudar-los a aprendre a viure diferents reptes d'una manera més adaptativa acord amb els seus valors.

Amb tot plegat, la teràpia psicològica es converteix en una eina molt important en el tractament de la depressió en persones en aquesta franja d'edat per la promoció del benestar mental i emocional en l'envelliment.

### 1.5 Soledat no desitjada i depressió

S'ha vist que la soledat no desitjada i la depressió estan correlacionades en persones de la tercera edat institucionalitzades, és a dir, en augment de soledat, augmenta el risc de patir depressió. Tradicionalment, la literatura existent sobre aquesta correlació mostren estudis com el de Cacioppo i Hawkley (2009) on exposen que la soledat no desitjada afecta el desenvolupament posterior dels símptomes depressius en aquesta franja d'edat, per tant, aquesta sensació d'aïllament social pot provocar depressió o simplement agreujar aquests símptomes. A més, Leigh-Hunt et al. (2017) en l'article "*An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness.*" també va revelar una associació entre la soledat i un augment de la depressió i ansietat en les persones grans. Tant és així, que es pot considerar la soledat no desitjada com un factor de risc per a la depressió, el qual, s'ha d'abordar de manera sistemàtica (Wang et al., 2017).

Diversos enfocaments psicològics expliquen la relació entre la soledat no desitjada i la depressió. Per exemple, les persones que experimenten la soledat no desitjada poden desenvolupar patrons de pensament negatius sobre ells mateixos i sobre el seu propi entorn social, la qual cosa, augmenta el risc de

depressió. Així mateix, la falta d'interaccions socials significatives poden comportar sentiments de desesperança i una baixa autoestima (Mdrecovery, 2023). Aquests factors poden ser predictors de la depressió en aquest grup de persones. Tot això, pot provar una retroalimentació on la soledat no desitjada alimenta a la depressió i viceversa.

### 1.5.1 Intervencions

Donat aquest vincle entre la depressió i la soledat no desitjada, es considera necessari disposar de programes d'intervenció validats que siguin efectius per la disminució del sentiment de soledat i la presència de simptomatologia depressiva en les persones de la tercera edat institucionalitzades.

Com ja hem anat comentant, els programes que fomenten la connexió social com els grups de suport o activitats lúdiques i recreatives, no només podem reduir la soledat sinó que també poden prevenir o tractar la depressió associada (Masi et al., 2011).

Segons la literatura actual, Fakoya et al. (2020) identifiquen diverses intervencions, com ara els programes de connexió social, activitats en grup, suport emocional, l'ús de la tecnologia i intervencions ajustant-se a la comunitat. Se centren en l'oportunitat de crear activitats que impliquen la relació social com poden ser els sopars, tallers o activitats recreatives en grup. En aquest mateix estudi, es va observar que els programes dedicats a l'activitat física com ara classes d'exercicis suaus (exercicis de baix impacte o ioga), els gimnasos adaptats o els tallers d'art o de jardineria també poden ser intervencions amb un impacte positiu. Així mateix, l'ús de la tecnologia com el consum de les xarxes socials o les videotrucades poden ser una bona estratègia per mantenir les interaccions socials i, per tant, millorar tant la soledat com la depressió associada.

Una altra manera d'intervenir en aquesta problemàtica és la mentoria o l'emparellament intergeneracional que consisteixen a establir relacions significatives entre diferents generacions (joves - persones grans). Han demostrat ser molt efectius per proporcionar suport emocional, companyia i, de

la mateixa manera que les altres intervencions, ajuden a reduir la soledat i millorar l'estat psicològic de la persona (Mead et al., 2010).

Un cop analitzada la revisió sobre les intervencions per abordar la soledat i la simptomatologia depressiva, és important destacar dues teories que recolzen aquestes estratègies.

En primer lloc, trobem la **teoria del vincle social** de Trevis Hirschi elaborada principalment l'any 1969 i ampliada en 1995 on s'explica que les persones amb vincles forts amb altres persones, siguin amics, familiars o altres membres, tendeixen a tenir nivells més baixos de depressió i pot actuar com a factor de protecció per a problemes mentals. Inicialment, aquesta teoria exposa que les persones amb vincles socials estables i forts no serien capaces de cometre un delicte (Libretexts, 2022) però, s'ha ampliat la seva aplicació en altres àmbits com ara en l'estudi de Eklund (2019) on es va explorar aquesta teoria amb la salut mental d'estudiants universitaris obtenint uns resultats que mostraven que els estudiants amb vincles socials forts experimentaven nivells més baixos de depressió i altres problemes de salut mental.

En segon lloc, **la teoria de l'activitat** va ser desenvolupada per Robert J. Havighurst (1961) on va afirmar que les activitats significatives estimuladores són essencials per a una vellesa satisfactòria. Segons aquest autor, el terme d'envelliment actiu es pot interpretar acord amb una contínua activitat (Petretto et al., 2016). Aquestes activitats recreatives, culturals i educatives proporcionen oportunitats per un aprenentatge continu, el benestar personal i la interacció social. Per contra, la inactivitat i l'aïllament poden ser perjudicials.

Ambdues teories ens brinden una mateixa perspectiva respecte al benestar dins d'aquest grup sociodemogràfic i ens exposen que el benestar personal no només està relacionat amb la salut física sinó que també amb la social i l'emocional. Es tracta de dues teories complementàries, ja que es considera que les relacions significatives i fortes poden motivar-los per la participació en activitats i, de la mateixa manera, les activitats ajuden a enfortir les relacions socials, la qual cosa, és necessària en ambients residencials on poden ajudar a crear entorns amb connexions socials rellevants i generar un significat en la vida diària de cadascú.

## **2. Objectius**

### 2.1. Objectiu general

Avaluar el nivell de soledat autopercebut i correlacionar-ho amb la presència de símptomes depressius en residents de la tercera edat d'una residència d'una població del Baix Camp, realitzant un pretest i un posttest. A partir de la bibliografia revisada, desenvolupar un programa d'intervenció i aplicar-ho en aquest context.

### 2.2. Objectius específics

- 1.** Estudiar la soledat i la presència de símptomes depressius en una mostra de 24 participants.
- 2.** Crear una proposta d'intervenció basant-se en la teoria del vincle social, la teoria de l'activitat i les intervencions prèviament validades.
- 3.** Estudiar els nivells de soledat i la presència de símptomes depressius en base a variables sociodemogràfiques (edat, sexe, estat civil, nombre de fills, lloc de naixement i temps que porta vivint en residència) abans i després de l'aplicació de l'avaluació.
- 4.** Aplicar la intervenció durant un mes en què es duran a terme diferents sessions.
- 5.** Reavaluació del nivell de soledat i la presència de símptomes depressius un cop aplicada la intervenció.
- 6.** Estudiar la eficàcia del programa d'intervenció aplicat.

### **3. Metodologia**

#### 3.1. Disseny, context i participants

Aquesta investigació és un estudi experimental pretest i posttest amb una durada d'un mes. La mostra està composta per un total de 24 persones de la tercera edat residents en una residència d'una població del Baix Camp amb edats que oscil·len entre els 61 i els 90 anys ( $\bar{x}=77,83$ ;  $ds=8,63$ ) on hi havia 14 dones i 10 homes sense deteriorament cognitiu més enllà de l'inevitable per l'edat.

Referent a la recollida ad hoc de dades sociodemogràfiques trobem que un 33,3% dels participants eren vidus, un 20,8% solters, un 16,7% divorciats i un 29,2% casats. Un 54,2% de la mostra van néixer a Catalunya i un 45,8% a altres províncies. Un 79,1% dels participants tenien fills i dins d'aquest percentatge un 58,3% en tenien més d'un. A més, els participants de l'estudi portaven una mitjana d'aproximadament 29 mesos vivint al centre.

És important destacar que el tractament de les dades es va fer respectant l'anonimat de les persones participants.

#### 3.2. Procediment

Abans de començar amb l'estudi, es va informar al Comitè d'Ètica d'Investigació en Persones, Societat i Medi Ambient (CEIPSA) de tots els detalls de la investigació i se li va assignar el següent nombre de referència: CEIPSA-2024-TFG-0072. Seguint les pautes i recomanacions fetes pel CEIPSA, la residència on es va portar a terme el treball així com els mateixos voluntaris de la investigació em van donar el seu consentiment degudament signat per la recollida de dades pertinents i l'aplicació del programa d'intervenció, un cop se'ls va explicar en què consistiria el treball.

Tot seguit, es va buscar informació d'instruments validats per mesurar tant el sentiment de soledat autopercebuda com la simptomatologia depressiva associada. Les escales triades després d'una revisió de la literatura existent van ser GDS-15 per l'avaluació de la depressió i l'UCLA per avaluar els sentiments de

soledat autopercebuda. Un cop escollides les escales, es van administrar ambdues als 24 participants de l'estudi en la que es va considerar la fase pretest.

Seguidament, durant un mes, un dia a la setmana i durant 1 hora, es va aplicar la intervenció proposada dissenyada en 4 sessions.

Després de l'aplicació de la intervenció, es van tornar a administrar les dues escales prèviament mencionades, considerant-la fase posttest, i es van comparar els resultats amb els recollits abans de l'aplicació de la intervenció. Amb tot això, es va crear la corresponent base de dades.

### 3.3. Instruments

#### 3.3.1. Escala de sentiments de soledat UCLA

L'escala de sentiments de soledat d'UCLA (University of California at Los Angeles, 1978) originada per Russell, Peplau i Cutrona en la versió revisada l'any 1980, és emprada per l'avaluació de la sensació de soledat. Existeixen diferents versions, l'original de 20 ítems i l'abreujada de 10. En aquest cas, s'ha fet ús de l'escala UCLA amb 10 ítems, ja que, s'ha considerat que l'aplicació a persones de la tercera edat fa que es cansin ràpidament. Aquesta escala se centra en la percepció subjectiva de la soledat i les connexions socials a banda d'abordar també la sensació d'aïllament, la falta de companyia i la satisfacció amb les relacions socials que es tenen en el moment de dur a terme el test (Guerra, 2023).

Es tracta d'un instrument amb quatre possibles respostes: mai, sovint, a vegades i sempre o quasi sempre. Les puntuacions van de l'1 al 4, considerant 40 la puntuació màxima. Es consideren puntuacions normals d'entre 15 i 20 punts.

Segons l'estudi de Vega et al. (2014) on apliquen l'escala UCLA a un grup de 1084 guàrdies civils, el coeficient alfa de Cronbach va obtenir una puntuació de 0,954, la qual cosa, ens mostra que és una escala amb una fiabilitat adequada. En aquest treball, es va trobar una alfa de Cronbach de 0,968 per a la mostra de 24 participants, per tant, es pot assegurar que es tracta d'una escala fiable.

### 3.3.2. Escala de depressió geriàtrica abreujada (GDS-15)

L'escala de depressió geriàtrica abreujada de Yesavage, coneguda com a GDS-15, és una eina d'avaluació utilitzada per identificar simptomatologia depressiva en persones de la tercera edat. Els autors del test original són J. A. Yesavage i J.I. Sheikh (1986) però l'escala adaptada en la versió espanyola va ser realitzada per J. Martínez de la Iglesia, M. Onís Vilches, R. Dueñas Herrero, C. Albert Colomer, C. Aguado Taberné, y R. Luque Luque l'any 2002. Amb tot això, l'última revisió del test va ser en 2021.

Es tracta d'un instrument que compta amb 15 ítems de resposta dicotòmica (sí o no) amb 5 d'aquests invertits, de manera que la resposta "no" és indicativa de depressió. Aquests ítems aborden la presència de sentiments negatius i positius així com símptomes conductuals relacionats amb la depressió. La puntuació està compresa en una escala del 0 al 15, on de 0 a 4 indicaria una absència de depressió, de 5 a 8 presència de símptomes de depressió lleu, de 9 a 11 depressió moderada i de 12 a 15 depressió severa.

Respecte a la fiabilitat, en un estudi de 329 pacients de la tercera edat turcs, es va trobar un coeficient alfa de Cronbach de 0,920 considerant-la així una escala fiable per determinar la depressió en persones de la tercera edat (Durmaz et al., 2017). Concretament en aquest estudi, es va trobar un coeficient alfa de Cronbach de 0,951 per a la mostra de 24 participants, per tant, es considera una escala fiable.

### 3.4. Anàlisi estadístic

Per dur a terme l'anàlisi de dades es va fer ús de l'aplicació IBM Statistical Package for Social Sciences (SPSS).

En primer lloc, s'analitzen les dades sociodemogràfiques dels participants incloent mitjanes i desviació estàndar per a les variables de l'edat i temps que porten vivint en al centre i freqüències per les variables d'estat civil, lloc de naixement i nombre de fills per tal de comprendre millor el context de l'estudi i les característiques de la mostra estudiada.

En segon lloc, s'examinen els estadístics descriptius de les dues escales tant en el pretest com en el posttest. A més, es va dur a terme la prova de normalitat de Kolmogorov-Smirnov per comprovar si les escales segueixen una distribució normal. En aquest mateix punt, també es realitza un anàlisi de l'escala GDS-15 per determinar la freqüència dels diferents nivells de severitat esmentats en l'apartat d'instruments.

Per avaluar la relació entre la fase pretest i la posttest de les dues escales es va portar a terme proves de t-test per a dues mostres relacionades per determinar si existeixen diferències entre les mitjanes. A més, per avaluar les possibles diferències entre les puntuacions de soledat i depressió en funció de les dades sociodemogràfiques recollides ad hoc també es van fer servir les proves t-test però, en aquest cas, per a mostres independents.

D'altra banda, per saber si existeix correlació entre el sentiment de soledat i simptomatologia depressiva, s'ha realitzat la correlació de Pearson i la de Spearman per aquelles variables que no segueixen una distribució normal.

Esmentar que per a la probabilitat associada es va establir un nivell significatiu estadístic de  $p < 0,05$ .

## **4. Resultats**

### 4.1. Disseny i creació de la proposta d'intervenció

Com s'ha esmentat en els objectius, l'objectiu específic 2, és la creació d'una proposta d'intervenció. La seva duració ha estat d'un mes dedicant un dia a la setmana a una de les sessions durant una hora amb excepció de la sessió 4, la qual, al realitzar-se a l'aire lliure, s'exten el temps a dues hores. D'aquesta manera, el programa té una duració total de 5 hores.

En la primera sessió, es va adequar el menjador de la planta -1 de la residència amb un projector i cadires. Els participants van fer una visualització de dos vídeos, els quals, tracten de la soledat en la tercera edat. El primer vídeo que es va presentar és un curtmetratge d'una noia rodejada de gent a diari però que, en canvi, se sent sola. El segon vídeo projectat ens mostra opinions i experiències sobre com perceben la soledat diverses persones de la tercera edat

institucionalitzades. Aquestes visualitzacions han estat seleccionades fent una cerca exhaustiva amb l'ajut de la psicòloga del centre perquè reflecteixen de manera emotiva les diferents dimensions de la soledat, tant en contextos socials com específicament en la tercera edat.

Un cop acabada la visualització, es van plantejar una sèrie de preguntes per fomentar la reflexió:

- Et sents identificat amb la persona que apareix al primer vídeo?
- Quines emocions t'han despertat els vídeos?
- Què opines sobre les respostes que es donen en el segon vídeo?
- Quina part dels vídeos t'han impactat més? Per què?
- Com et sentiries si fossis la noia del primer vídeo?
- Creieu important parlar sobre la soledat a la vostra edat?

A banda d'això, es va proposar una dinàmica anomenada "Activitat de records" on es van entregar diverses targetes amb objectes representatius de diferents èpoques com ara, llibres, telèfons antics, ràdios, cotxes antics, etc. Cada resident va seleccionar una targeta i, per torns, van compartir records associats a l'objecte escollit.

En la segona sessió, es va dur a terme l'activitat del "Mural de la nostra història" on cada resident plasmava en un full paraules o dibuixos que representaran la seva vida, les seves experiències o els seus gustos personals. Un cop fet cada mural, cada resident va compartir la història que havia realitzat. Finalment, es va crear un mural conjunt amb la recopilació d'històries de cada resident participant.

Durant la tercera sessió es va dur a terme una activitat que implicava el ball i la música. En primera instància es volia crear una coreografia on tots poguessin participar, però no va ser possible per les limitacions físiques o pel desinterès en participar d'aquesta manera. Ara bé, l'activitat va ser adaptada per permetre una participació més flexible i es van triar diverses cançons del seu gust per a que poguessin ballar com volguessin. Això va fer que els residents comencessin a ballar i cantar lliurement al ritme de les seves cançons preferides.

En la quarta i última sessió, aprofitant una sortida al parc amb les famílies, es va organitzar una sèrie d'activitats a l'aire lliure on no només van participar els 24 residents de l'estudi, sinó que es van integrar amb els altres residents. Es van dur a terme activitats de moviment físic recreatives que involucraven tant als residents com a les famílies.

Cal assenyalar que les quatre sessions de la intervenció han estat dissenyades alienant-se amb les teories de Trevis Hirschi i Rober J. Havighurst exposades a la introducció. Tant és així que, totes quatre incideixen tant en el foment dels vincles socials com esmenta la teoria del vincle social de Hirschi com en l'estimulació de l'activitat significativa entre els residents (teoria de l'activitat de Havighurst). La primera sessió fomenta el debat i la reflexió sobre la soledat, permetent que els residents comparteixin experiències personals i connectin emocionalment amb els altres, la qual cosa ajuda a enfortir els vincles socials dins de la comunitat residencial. En la segona sessió, l'activitat proposada estimula la creativitat i la memòria dels residents, permetent-los expressar-se a través del dibuix i compartir les seves històries personals, fomentant així la interacció social i la creació de vincles dins de la comunitat. D'altra banda, la tercera sessió facilita la interacció social entre els residents mitjançant una activitat grupal que promou la connexió i, finalment, la quarta sessió, en organitzar activitats a l'aire lliure amb la participació de les famílies dels residents, es reforcen els vincles familiars, proporcionant una xarxa de suport emocional necessària per al benestar dels residents.

A continuació s'exposen les taules resum de cada sessió:

**Taula 1.** Primera sessió.

<b>Sessió 1 - Visualització i activitat de records.</b>
<b><u>Objectius</u></b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Facilitar la interacció entre els residents.</li><li>- Estimular la memòria.</li></ul>
<b><u>Activitats realitzades</u></b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Visualització de dos vídeos sobre la soledat.</li><li>- Debat i reflexió amb ajuda de preguntes.</li></ul>

- Activitat de records: Lliurar-los targetes amb objectes de diferents èpoques (llibres, telèfon antic, radio...). Cada resident tria una targeta i, per torns, comparteixen records associats amb aquest objecte.

### **Material**

- Projector i ordinador.
- Vídeos: [curtmetratge](#) i "[¿Cómo percibimos la soledad?](#)"
- Targetes amb representació d'objectes.
- Cadires.

### **Temporalitat**

- 30 minuts: visualització vídeos i debat i reflexió amb ajuda de preguntes.
- 30 minuts: activitat de records.

### **Resultats i observació**

- Els residents van participar activament a la sessió.
- Es van compartir anècdotes i pensament crític de cadascú.
- Es va observar una gran interacció entre els residents.
- Es va observar emoció per part de dos residents al recordar moments de la seva vida.
- Es van veure ganes de seguir amb la sessió compartint records.



- Colors.

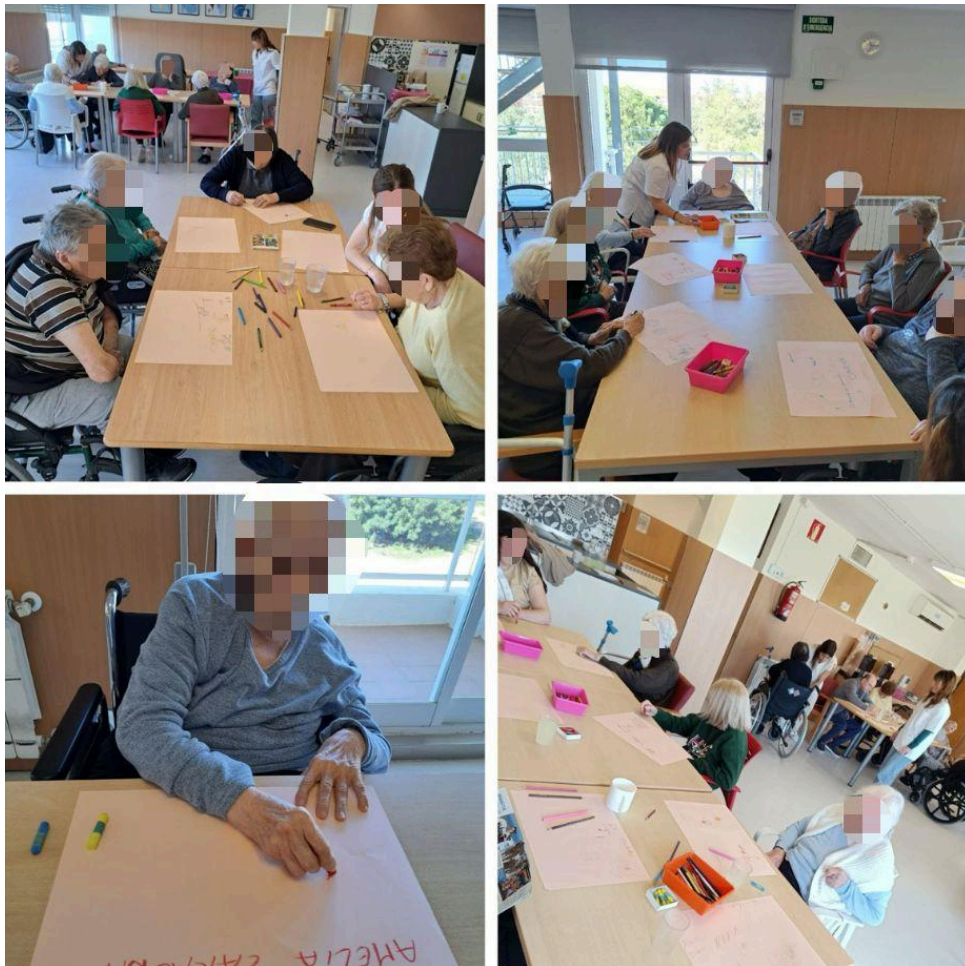
### **Temporalitat**

- 1 hora.

### **Resultats i observació**

- Els residents van mostrar gran capacitat d'expressió mitjançant els dibuixos.
- Es va observar entusiasme per la pintura i l'activitat en general.
- Es va observar interès per les històries dels altres residents.
- Es va observar una millora en la destreza manual d'alguns residents.

**Figura 2.** Activitat "Mural de la nostra història".



**Taula 3.** Tercera sessió.

<b>Sessió 3 - A ballar!</b>
<p><b><u>Objectius</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Estimular de la creativitat.</li><li>- Fomentar la coordinació.</li><li>- Facilitar la interacció entre els residents.</li><li>- Promoure el benestar emocional.</li></ul>
<p><b><u>Activitats realitzades</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Tria de diverses cançons.</li><li>- Ball lliure.</li></ul>
<p><b><u>Materials</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Altaveu.</li><li>- Mòvil o ordinador amb <i>bluetooth</i>.</li><li>- Cadires.</li></ul>
<p><b><u>Temporalitat</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 1 hora.</li></ul>
<p><b><u>Resultats i observació</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Els residents es mostraven alegres i amb ganes d'interaccionar entre ells.</li><li>- Es va observar com alguns residents que inicialment eren reticents a ballar es van animar a unir-se gràcies a la implicació dels usuaris.</li></ul>

**Figura 3.** Activitat "a ballar!".



**Taula 4.** Quarta sessió.

<b>Sessió 4 - Aire lliure amb família.</b>
<p><b><u>Objectius</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Fomentar la interacció social i familiar.</li><li>- Afavorir l'exercici físic suau en un entorn natural.</li><li>- Promoure el benestar emocional.</li></ul>
<p><b><u>Activitats realitzades</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Jocs i activitats recreatives: bitlles, joc amb pilota i ball.</li></ul>
<p><b><u>Materials</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Cadires.</li><li>- Bitlles.</li><li>- Pilotes.</li><li>- Altaveu.</li><li>- Mòbil o ordinador amb <i>bluetooth</i>.</li></ul>
<p><b><u>Temporalitat</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 2 hores.</li></ul>
<p><b><u>Resultats i observació</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Es van veure reforçats llaços familiars.</li></ul>

- Es va observar alegria i gestos d'afecte durant tota la sessió.
- Els residents es sentien actius i energètics pel canvi d'aires.

#### 4.2. Anàlisi dels resultats

En la **taula 5** podem observar els estadístics descriptius de les escales administrades tant en la fase pretest com en la posttest.

**Taula 5.** Estadístics descriptius de les escales.

	<b>UCLA (pretest)</b>	<b>UCLA (posttest)</b>	<b>GDS-15 (pretest)</b>	<b>GDS-15 (posttest)</b>
<b>N</b>	24	24	24	24
<b>Mitjana</b>	25,58	22,88	7,25	5,79
<b>Mediana</b>	24,00	20,00	7,00	5,00
<b>Moda</b>	18 <sup>a</sup>	20	7 <sup>a</sup>	5
<b>Desviació</b>	6,928	7,273	3,480	3,349
<b>Variancia</b>	47,993	52,897	12,109	11,216

<sup>a</sup>: existeixen múltiples modes. Es mostra en el valor més petit.

En la prova de normalitat de Kolmogorov-Smirnov s'observa com les dues escales en pretest estan ajustades a la distribució normal, ja que es troben valors de p majors a 0,05. En canvi, en els posttests no trobem distribució normal per a cap de les dues escales amb valors de p inferiors a 0.05: UCLA - pretest (p= 0,125), UCLA - posttest (p=0,018), GDS-15 - pretest (p=0,091) i GDS-15 - posttest (p=0,005).

En l'anàlisi de freqüències dels nivells de severitat de l'escala GDS-15, els resultats indiquen que en la fase pretest més de la meitat dels participants mostren depressió lleu amb un percentatge de 58,3%, un 8,3% moderada, un

16,7% severa i un 16,7% no tenen depressió. De la mateixa manera, en la fase posttest, es troba un 45,8% de persones amb depressió lleu, un 16,7% moderada, un 4,2% severa i un 33,3% sense depressió.

En les **taules 6 i 7** podem observar els resultats obtinguts de la prova t-test en les dues escales emprades. Com bé s'ha mencionat, per comparar les mitjanes de les dos fases de l'estudi de les escales emprades, es va trobar una distribució normal en la fase de pretest mentre que en la fase de posttest aquesta normalitat no es va donar. Per tant, investigant la millor opció per aquest anàlisi, es va considerar dur a terme la prova de Wilcoxon. Aquesta prova requereix que es calculi la diferència entre el pretest i el posttest de les escales per a cada participant i que es comprovi si aquesta diferència segueix o no una distribució normal. En aquest cas, en realitzar de nou la prova de normalitat de Kolmogorov-Smirnov per aquesta diferència, es va trobar que la distribució era normal, ja que la significància obtinguda va ser de 0,20, la qual cosa és superior a 0,05. Així doncs, es va considerar oportú dur a terme un anàlisi bivariant de t-test per a dues mostres relacionades.

**Taula 6.** Comparativa de mitjanes per dues mostres relacionades escala UCLA.

	<b>Mitjana</b>	<b>N</b>	<b>DT</b>	<b>Sig.</b>	<b>Estadístic</b>
<b>UCLA (pretest)</b>	25,58	24	6,928	<0,001	0,939
<b>UCLA (posttest)</b>	22,88	24	7,273		

**Taula 7.** Comparativa de mitjanes per dues mostres relacionades escala GDS-15.

	Mitjana	N	DT	Sig.	Estadístic
<b>GDS-15 (pretest)</b>	7,25	24	3,479	<0,001	0,908
<b>GDS-15 (posttest)</b>	5,79	24	3,348		

Un cop elaborada la correlació de Pearson, els resultats mostren la relació entre l'escala UCLA pretest i GDS-15 pretest on es pot observar una correlació de 0,648 amb una significació bilateral de 0,001 considerant-la una correlació alta. En canvi, la correlació de Spearman entre UCLA posttest i GDS-15 posttest és de 0,500 amb una significació bilateral de 0,013 considerant-se així una correlació mitjana-alta.

En la **taula 8**, estan representats els resultats obtinguts de la prova T-Student per a l'escala UCLA (pretest i posttest) tenint en compte les variables sociodemogràfiques dels participants. Es va observar que el grup de persones que portaven menys d'un any vivint al centre presentaven puntuacions significativament més altes en sentiment de soledat que les persones que portaven més d'un any. De la mateixa manera, en la **taula 9**, es mostren els resultats obtinguts de la mateixa prova per a l'escala GDS-15 (pretest i posttest) tenint en compte les variables sociodemogràfiques dels participants i els resultats indiquen que no existeix diferència significativa en cap de les variables estudiades respecte als nivells de depressió.

**Taula 8.** Prova T-student per l'escala UCLA considerant les variables sociodemogràfiques.

	UCLA (pretest)					UCLA (posttest)				
	N	Mitjana	DS	T	P	N	Mitjana	DS	T	P
<b>Edat</b>										
61-80	12	24,33	6,679	0,880	0,260	12	22,25	7,797	0,413	0,806
>80	12	26,83	7,234			12	23,50	7,317		
<b>Gènere</b>										
Home	10	26,10	7,534	0,303	0,735	10	24,10	7,078	0,689	0,988
Dona	14	25,21	6,727			14	22	7,545		
<b>Estat civil</b>										
Amb parella	8	28,25	6,628	1,358	0,965	8	26,38	5,630	1,739	0,453
Sense parella	16	24,25	6,885			16	21,13	7,518		

<b>Nº de fills</b>											
Sense fills	5	26,00	6,782	0,148	0,686		5	24,40	7,021	0,519	0,906
Amb fills	19	25,47	7,144				19	22,47	7,471		
<b>Lloc de naixement</b>											
Fora de Catalunya	11	26,27	6,857	0,441	0,667		11	23,09	7,529	0,131	0,748
Catalunya	13	25,00	7,211				13	22,69	7,353		
<b>T en residència</b>											
< 1 any	13	26,38	7,600	0,607	0,227		13	23,31	8,606	0,311	0,037
> 1 any	11	24,64	6,265				11	22,36	5,679		

Nota. Nº de fills: nombre de fills; T en residència: temps que porten vivint en la residència.

**Taula 9.** Prova T-student per l'escala GDS-15 considerant les variables sociodemogràfiques.

	<b>GDS-15 (pretest)</b>					<b>GDS-15 (posttest)</b>				
	<b>N</b>	<b>Mitjana</b>	<b>DS</b>	<b>T</b>	<b>P</b>	<b>N</b>	<b>Mitjana</b>	<b>DS</b>	<b>T</b>	<b>P</b>
<b>Edat</b>										
61-80	12	6,25	2,701	1,440	0,183	12	5,08	3,288	1,038	0,433
>80	12	8,25	3,980			12	6,50	3,398		
<b>Gènere</b>										
Home	10	6,10	4,280	1,396	0,202	10	4,90	3,381	1,108	0,993
Dona	14	8,07	2,645			14	6,43	3,298		
<b>Estat civil</b>										
Amb parella	8	7,00	3,071	0,244	0,383	8	4,75	2,493	1,081	0,061
Sense parella	16	7,38	3,757			16	6,31	3,665		
<b>Nº de fills</b>										

Sense fills	5	7,20	3,633	0,035	0,939	5	5,80	3,194	0,006	0,812
Amb fills	19	7,26	3,541			19	5,79	3,473		
<b>Lloc de naixement</b>										
Fora de Catalunya	11	7,09	3,534	-0,202	0,598	11	5,73	3,003	-0,085	0,444
Catalunya	13	7,38	3,572			13	5,85	3,738		
<b>T en residència</b>										
< 1 any	13	6,92	3,148	-0,492	0,210	13	6,00	3,317	0,325	0,439
> 1 any	11	7,64	3,957			11	5,55	3,532		

Nota. N<sup>o</sup> de fills: nombre de fills; T en residència: temps que porten vivint en la residència.

## 5. Discussió

El present treball ha investigat el sentiment de soledat no desitjada autopercebut juntament amb la presència de símptomes depressius associats en una mostra de 24 participants d'entre 61 i 90 anys institucionalitzats. A més, es va dissenyar i aplicar un programa d'intervenció basat en la teoria del vincle social i la teoria de l'activitat amb l'objectiu de veure canvis significatius un cop implementat.

Respecte a l'objectiu "Estudiar l'eficàcia del programa d'intervenció aplicat" de l'estudi, els resultats obtinguts a partir del pretest i posttest de les escales UCLA i GDS-15 suggereixen una tendència sobre l'eficàcia de la intervenció prèviament dissenyada. La mitjana de l'escala UCLA va disminuir de 25,58 en el pretest a 22,88 en el posttest. De la mateixa manera, la mitjana de l'escala GDS-15 va anar a menys de 7,25 a 5,79. Per tant, es veu una millora tant dels sentiments de soledat autopercebuda com dels símptomes depressius després d'aplicar la intervenció, indicant que el programa d'intervenció és efectiu en la millora dels sentiments de soledat no desitjada autopercebuda i la simptomatologia depressiva entre els participants tot i no assolir una diferència significativa alta.

Aquests resultats sostenen tant la teoria del vincle social de Hirschi on indica la importància de la interacció social i el suport emocional i social per un benestar psicosocial, com la teoria de l'activitat de Havighurst, el qual, subratlla que el fet de mantenir-se actiu físicament pot millorar l'estat d'ànim de les persones de la tercera edat i reduir la soledat autopercebuda. A més, també segueix la investigació de Masi et al. (2011) on indiquen que els programes que fomenten la connexió social com els grups de suport o activitats lúdiques i recreatives, redueixen la soledat i actuen amb caràcter preventiu per al tractament de la depressió associada als sentiments de soledat. Addicionalment, els resultats també van en línia dels estudis més recents de Rokach (2023), que suggereix que la promoció de connexió social i activitats interactives són una bona estratègia per reduir la soledat no desitjada i la depressió en aquest grup demogràfic.

Referent als nivells de severitat de l'escala GDS-15, els resultats mostren una tendència de millora després de l'aplicació de la intervenció, per tant, indica que la intervenció pot ser efectiva en la millora dels símptomes depressius dels participants ja que, en el pretest, gran part dels participants presenten símptomes de depressió lleu (58,3%) i en el posttest aquest percentatge va disminuir al 45,8%. De la mateixa manera, s'observa una disminució dels participants amb depressió severa del 16,7% a la fase pretest i 4,2% en el posttest.

Pel que fa a la correlació entre les dues variables dependents (UCLA i GDS-15) en la fase de pretest, la correlació de Pearson ha mostrat una relació significativa entre soledat no desitjada i els símptomes depressius ( $r=0,648$ ;  $p=0,001$ ) considerant-se una correlació alta. D'igual manera, en la correlació de Spearman entre les dues variables dependents (UCLA i GDS-15) en la fase de posttest, es troba una correlació mitjana-alta amb valors de  $r=0,500$  i  $p=0,013$ . Per tant, els resultats suggereixen que les intervencions per millorar la sensació de soledat no desitjada poden tenir un impacte positiu en la millora dels símptomes depressius. Aquest fet coincideix amb l'estudi de Wang et al. (2017) els quals, van realitzar un estudi transversal a 839 residents rurals majors de seixanta anys a Xina amb l'objectiu de comparar la soledat amb els símptomes depressius fent ús de les escales UCLA (ULS-6) i GDS. Els resultats d'aquest estudi van indicar una correlació positiva alta entre soledat i símptomes depressius amb valors majors de  $r=0,7$ .

Respecte a l'objectiu específic 3 de l'estudi "Estudiar els nivells de soledat i la presència de símptomes depressius d'acord amb variables sociodemogràfiques", els resultats obtinguts indiquen que existeix una tendència generalitzada on els participants de més de 80 anys tendeixen a puntuar més alt en ambdues escales en comparació amb els de 61-80 anys, els homes també tendeixen a tenir puntuacions més elevades que les dones, igual que el que passa amb els participants amb parella respecte als que no en tenen. Ara bé, en ser una mostra amb pocs participants, les diferències no són significatives.

Seguint en la mateixa línia, en la variable sociodemogràfica "temps que porten vivint en la residència", es va observar una diferència estadísticament significativa ( $p=0,037$ ) en el sentiment de soledat entre les persones que porten menys d'un any en la residència i les que porten més d'un any. Aquest fet pot indicar una falta de confiança de dir realment el que pensen a l'hora de contestar el test abans de l'aplicació de la intervenció o, per altre costat, pot assenyalar com a factor important l'adaptació al centre indicant així una possible millora dels sentiments de soledat a mesura que els residents es van adaptant a la residència.

### 5.1. Propostes de millora i limitacions

Aquest estudi mostra resultats significatius sobre l'eficàcia de la intervenció dissenyada per la millora dels sentiments de soledat no desitjada i els símptomes depressius associats en persones de la tercera edat. Ara bé, es poden realitzar diverses millores. Per una banda, la mostra utilitzada és petita ( $N=24$ ), per tant, seria adequat augmentar la mida de la mostra per tal de proporcionar resultats més representatius i robustos i així ajudar a generalitzar millor les conclusions. A més, la falta de distribució normal que es troba en el posttest pot ser degut a aquesta mostra petita.

Per altra banda, seria molt beneficiós afegir un grup control dins de l'estudi, el qual, no rebi la intervenció. Això podria ajudar a comparar els resultats d'aquest grup amb els del grup experimental i així, proporcionar una evidència més clara de l'impacte de la intervenció.

Un altre punt a millorar seria fer una intervenció més llarga (com a mínim de tres mesos). La durada de la intervenció ha estat de tan sols un mes i pot arribar a ser insuficient per veure resultats altament significatius.

I, per acabar, implementar mesures objectives com la freqüència de les interaccions socials o les activitats físiques diàries que fan els participants, podria haver donat informació més precisa dels canvis experimentals dels subjectes de l'estudi. Tanmateix, el fet de valorar també la recurrència de visita

dels fills (en el cas que existissin) podria haver proporcionat dades més concretes sobre l'impacte de les interaccions interpersonals.

## 6. Bibliografia

Aartsen, M., Jylhä, M. (2011). Onset of loneliness in older adults: results of a 28 year prospective study. *European Journal Of Ageing*, 8(1), 31-38. <https://doi.org/10.1007/s10433-011-0175-7>

¿A dónde vas, Soledad?. *Una aproximación conceptual a un fenómeno complejo y lleno de matices*. (2020, 16 septiembre). Matia Fundazioa. <https://www.matiafundazioa.eus/es/blog/donde-vas-soledad-una-aproximacion-conceptual-un-fenomeno-complejo-y-lleno-de-matices>

Ageing and Health (AAH). (2021, 14 enero). *Decade of healthy ageing: baseline report*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>

Arruebarrena, A. V., & Cabaco, A. S. (2020). La soledad y el aislamiento social en las personas mayores. *Studia Zamorensia (Segunda Etapa)*, 19 (19), 15-32. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7718190.pdf>

Asale, R.-., Rae. (s.f.) soledad / Diccionario de la lengua española. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. <https://dle.rae.es/soledad>

Balki, E., Hayes, N., & Holland, C. (2023). Loneliness and older adults: psychological resilience and technology use during the COVID-19 pandemic-a cross sectional study. *Frontiers In Aging*, 4. <https://doi.org/10.3389/fragi.2023.1184386>

Blasco, R., & Blasco, R. (2013, 29 noviembre). Qué me protege de la depresión / *Psicólogo especialista Barcelona* / Psicólogo especialista Barcelona 935353889/688988333. <https://psicologo-especialista-barcelona.com/blog/que-me-protege-de-la-depresion/>

Cacioppo, J. T., & Hawkley, L.C. (2009). Perceived social isolation and cognition. *Trends in Cognitive Sciences*, 13(10), 447-454. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2009.06.005>

Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Masi, C. M., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness predicts increased blood pressure: 5-year cross-lagged analyses in middle-aged and older adults. *Psychology And Aging*, 25(1), 132-141. <https://doi.org/10.1037/a0017805>

Curcio, C., Pineda, I., Rojas, Z. Á. M., Muñoz, S. L., & Gomez, M. (2017) Envejecer bien: Un estudio sobre el envejecimiento exitoso y sus determinantes. *Rev.Medica.Sanitas*, 20(4), 190-204. <https://revistas.unisanitas.edu.co/index.php/RMS/article/view/290>

De Catalunya, I. O. (s.f). *Característiques i necessitats de les persones en situació de dependència*. Copyright Institut Obert de Catalunya 2011. All Rights Reserved.

[https://ioc.xtec.cat/materials/FP/Recursos/fp\\_apd\\_m05\\_/web/fp\\_apd\\_m05\\_html/index/WebContent/u3/a1/continguts.html](https://ioc.xtec.cat/materials/FP/Recursos/fp_apd_m05_/web/fp_apd_m05_html/index/WebContent/u3/a1/continguts.html)

*Depresión en adultos mayores: MedlinePlus enciclopedia médica*. (s.f).

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001521.htm#:~:text=Muchos%20de%20los%20s%C3%ADntomas%20usuales,o%20de%20un%20padecimiento%20f%C3%ADsico.>

Diana Aracil, D. D. A., Estesó, M. E. E. S., Girón, M. G. M., & López, M. L. G. (2014). Factores de riesgo determinantes en la aparición de depresión en ancianos. *Revista de fundamentos de psicología*, 6 (1) <https://revistafundamentospsicologia.umh.es/files/2014/10/Revista-Fundamentos-Vol6.pdf#page=47>

Durmaz, B., Soysal, P., Ellidokuz, H., Isik, A. T. (2017). Validity and Reliability of Geriatric Depression Scale - 15 (Short Form) in Turkish older adults. *İstanbul Kuzey Klinikleri*.

<https://doi.org/10.14744/nci.2017.85047>

Eklund, D. S. (2019, 14 junio). Social Bonds Theory: *Analyzing college students' Mental health*. ScholarsArchive@OSU.

[https://ir.library.oregonstate.edu/concern/graduate\\_thesis\\_or\\_dissertations/1c18dm607](https://ir.library.oregonstate.edu/concern/graduate_thesis_or_dissertations/1c18dm607)

Fakoya, O., McCorry, N., & Donnelly, M. (2020). Loneliness and social isolation interventions for older adults: a scoping review of reviews. *BMC Public Health*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8251-6>

Fernández-Portero, C., Amián, J. G., Alarcón, D., Villalba, M. J. A., & Sánchez-Medina, J. A. (2023). The Effect of Social Relationship on the Well-Being and Happiness of Older Adults Living Alone or with Relatives. *Healthcare*, 11(2), 222. <https://doi.org/10.3390/healthcare11020222>

Font, R. (2016, 27 septiembre). La jubilación y la soledad aumentan el riesgo de depresión en gente mayor. *UOC*. <https://www.uoc.edu/es/news/2016/191-depresion-vejez>

Fundación Caser. (2020, 3 diciembre). *La soledad en las personas mayores en España. Una realidad invisible*. <http://riberdis.cedid.es/handle/11181/6199>

Fundaperven. (2021, 19 marzo). La teoría de los vínculos sociales de Hirschi. *Web de Criminología*. <https://fundapreven.wixsite.com/criminologia/post/la-teor%C3%ADa-de-los-v%C3%ADnculos-sociales-de-hirschi>

Groarke, J. M., Berry, E., Graham-Wisener, L., McKenna-Plumley, P. E., McGlinchey, E., & Armour, C. (2020). Loneliness in the UK during the COVID-19 pandemic: Cross-sectorial results from the COVID-19 Psychological Wellbeing Study. *PloS One*, 15(9), e0239698. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239698>

Guerri, M. G. (2023, 15 noviembre). Test de la escala de soledad de UCLA (ULS). *PsicoActiva*. <https://www.psicoactiva.com/test/test-escala-de-soledad-de-ucla>

Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness Matters: A Theoretical and Empirical Review of Consequences and Mechanisms. *Annals Of Behavioral Medicine*, 40(2), 218-227. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>

Hawkley, L. C., Thisted, R. A., Masi, C. M., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness predicts increased blood pressure: 5-year cross-lagged analyses in middle-aged and older adults. *Psychology And Aging*, 25(1), 132-141. <https://doi.org/10.1037/a0017805>

Herrman, H. Stewart, D. E., Diaz-Granados, N., Berger, E. L., Jackson, B., & Yuen, T. (2011). What is Resilience? *The Canadian Journal Of Psychiatry*, 56(5), 258-265. <https://doi.org/10.1177/070674371105600504>

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationship and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLOS Medicine*, 7(7), e1000316. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>

Jeste, D. V., Savla, G. N. Thompson, W. K., Vahia, I., Glorioso, D., Martin, A. S., Palmer, B. W., Rock, D., Golshan, S., Kraemer, H. C., & Depp, C. A. (2013). Association Between Older Age and More Successful Aging: Critical Role of Resilience and Depression. *The American Journal Of Psychiatry*, 170(2), 188-196. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12030386>

Kassam, K., & McMillan, J. (2023). The impact of loneliness and social isolation during COVID-19 on cognition in older adults: a scoping review. *Frontiers in Psychiatry*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1287391>

Kross, E., Verduyn, P. Demiralp, E., Park, J., Lee, D. S., N. J., Shablack, H., Jonides, J., & Ybarra, O. (2013). Facebook Use Predicts Declines in Subjective Well-Being in Young Adults. *PloS One*. 8(8). e69841. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0069841>

Leigh-Hunt, N., Bagguley, D., Bash, K., Turner, V., Turnbull, S., Valtorta, N., Caan, W. (2017). An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*, 152, 157-171. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.07.035>

Levy, B. R., Slade, M. D., Kunkel, S., & Kasl, S. V. (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 83(2), 261-270.

<https://doi.org/10.1037/0022-3514.83.2.261>

Libretexts. (2022, noviembre 2). 18.3B: Teoría de la Actividad. *LibreTexts Español*.

[https://espanol.libretexts.org/Ciencias\\_Sociales/Ciencias\\_Sociales/Sociologia/Introducci%C3%B3n\\_a\\_la\\_Sociolog%C3%ADa/Libro%3A\\_Sociolog%C3%ADa\\_\(Boundless\)/18%3A\\_Envejecimiento/18.03%3A\\_La\\_perspectiva\\_funcionalista\\_sobre\\_el\\_envejecimiento/18.3B%3A\\_Teor%C3%ADa\\_de\\_la\\_Actividad#:~:text=La%20teor%C3%ADa%20de%20la%20actividad%20del%20envejecimiento%20propon%20que%20los,de%20la%20separaci%C3%B3n%20del%20envejecimiento.](https://espanol.libretexts.org/Ciencias_Sociales/Ciencias_Sociales/Sociologia/Introducci%C3%B3n_a_la_Sociolog%C3%ADa/Libro%3A_Sociolog%C3%ADa_(Boundless)/18%3A_Envejecimiento/18.03%3A_La_perspectiva_funcionalista_sobre_el_envejecimiento/18.3B%3A_Teor%C3%ADa_de_la_Actividad#:~:text=La%20teor%C3%ADa%20de%20la%20actividad%20del%20envejecimiento%20propon%20que%20los,de%20la%20separaci%C3%B3n%20del%20envejecimiento.)

Lorenzo-Díaz, J. C., Díaz-Alfonzo, H., Carrete-Friol, Z. D., Hernández-Quñones, O. L., Barrios-Licor, R. A. (s.f). *Efectividad de la terapia cognitivo conductual en el episodio depresivo*.

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942021000600013](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942021000600013)

Luo, Y., Hawkey, L. C., Waite, L. J., & Cacioppo, J. T. (2012). Loneliness, health, and mortality in old age: A national longitudinal study. *Social Science & Medicine*. 74(6), 907-914. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.028>

Masi, C.M., Chen, H., Hawkey, L. C., & Cacioppo J. T. (2011). A Meta-Analysis of Interventions to reduce Loneliness. *Personality And Social Psychology Review*, 15(3), 219-266. <https://doi.org/10.1177/1088868310377394>

Ma, Y., Xiang, Q., Yan, C., Liao, H., & Wang, J. (2021). Relationship between chronic diseases and depression: the mediating effect of pain. *BMC Psychiatry*, 21 (1). <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03428-3>

Mdrecovery. (2023, 19 mayo). *Negative Thought Patterns and Depression - Maryland Recovery. Maryland Recovery.* <https://www.marylandrecovery.com/blog/overcoming-negative-thinking-patterns>

Mead, N., Lester H., Chew-Graham, C., Gask, L., & Bower, P. (2010) Effects of befriending on depressive symptoms and distress: systematic review and meta-analysis. *The British Journal Of Psychiatry*, 196(2), 96-101. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.064089>

Nuevas miradas sobre el envejecimiento. (s.f.) *Google Books*.

<https://books.google.es/books?id=m9UCoyC3po8C&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>

Ong, A. D., Uchino, B. N., & Welthington, E. (2015) Loneliness and Health in Older Adults: A Mini-Review and Synthesis. *Gerontology*, 62(4), 443-449. <https://doi.org/10.1159/000441651>

Palma-Ayllón, E., & Escarabajal-Arrieta, M. D. (2021). Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. *Gerokomos*, 32(1), 22-25. <https://doi.org/10.4321/s1134-928x2021000100006>

Peña-Solano, D. M., Herzo-Dilson, M. I. i Calvo-Gómez, J. M. (2009). Depresión en ancianos. *Revista de la Facultad de Medicina*, 57 (4), 347-355. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/14375>

Perissinotto, C., Cenzer, I., & Covinsky, K. E. (2012). Loneliness in Older Persons. *Archives of Internal Medicine*, 172(14). <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.1993>

Petretto, D. R., Pili, R., Gaviano, L., López, C. M., & Zuddas, C. (2016). Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 51(4), 229-241. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.10.003>

Pots, W. T. M., Fledderus, M., Meulenbeek, P. A. M., Klooter, P. M. T., Schreurs, K. M. G., & Bohlmeijer, E. T. (2016). Acceptance and commitment therapy as a web-based intervention for depressive symptoms: Randomised controlled trial. *British Journal Of Psychiatry*, 208(1), 69-77. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.146068>

Primack, B. A., Shensa, A., Sidani, J. E., White, E. O., Lin, L. Y., Rosen, D., Colditz, J. B., Radovic, A., & Miller, E. (2017). Social Media Use and Perceived Social Isolation Among Young Adults in the U.S. *American Journal Of Preventive Medicine*, 53(1), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2017.01.010>

Rose Fischer, I. R. F. (2023, 7 octubre). Soledad objetiva y soledad subjetiva. *Santo Tomás*.  
<https://enlinea.santotomas.cl/blog-expertos/soledad-objetiva-y-soledad-subjetiva/>

Rokach, A. (2023). The Effects of Loneliness on the Aged: A Review. *OBM Geriatrics*, 07(2), 1-31. 1-31. <https://doi.org/10.21926/obm.geriatr.2302236>

Smith, M. M., Saklofske, D. H., Keefer, K. V. & Tremblay, P. F. (2015). Coping Strategies and Psychological Outcomes: The Moderating Effects of Personal Resiliency. *Journal Of Psychology (Washington, DC. Online)/ The Journal Of Psychology*, 150(3), 318-332. <https://doi.org/10.1080/00223980.2015.1036828>

Sundström, M., Blomqvist, K., & Edberg, A. (2020). Being a volunteer encountering older people's loneliness and existential loneliness: alleviating loneliness for others and oneself. *Scandinavian Journal Of Caring Science*, 35(2), 538-547. <https://doi.org/10.1111/scs.12869>

Taylor, J. A. S., & Irizarry-Robles, C. Y. (2015). Factores protectores de la depresión en una muestra de adultos mayores en Puerto Rico: autoeficacia, escolaridad y otras variables socio-demográficas. *Acta Colombiana de Psicología*, 18(1), 125-134. <https://doi.org/10.14718/acp.2015.18.1.12>

*Tractament farmacològic de la depressió*. (s.f). Medicaments i farmàcia.  
<https://medicaments.gencat.cat/ca/ciudadania/tractaments/tractament-farmacologic-de-la-depressio/>

Twohig, M. P., & Levin, M. E. (2017). Acceptance and Commitment Therapy as a Treatment for Anxiety and Depression. *Psychiatric Clinics Of North America. / The Psychiatric Clinic Of North America*, 40(4), 751-770. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.009>

Valtorta, N., Kanaan, M., Gilbody, S., Ronzi, S., & Hanratty, B. (2016). Loneliness and social isolation as risk for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart*, 102(13), 1009-1016. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2015-308790>

Vega, D. J. L., Del Río Olvera, F. J., & Bernal, A. M. R. (2014). Análisis psicométrico de la Escala de Soledad de UCLA (versión 3) en una muestra de guardia civiles. *Apuntes de Psicología*, 32(3), 289-294. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5290219>

Victor, C., & Bowling, A. (2012). A longitudinal Analysis of Among Older People in Great Britain. *Journal Of Psychology. (Washington, DC. Online) The Journal Of Psychology*, 146(3), 313-331. <https://doi.org/10.1080/00223980.2011.609572>

Wang, G., Hu, M., Xiao, S., & Zhou, L. (2017) Loneliness and depression among rural empty-nest elderly adults in Liuyang, China: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 7(10), e0116091 <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016091>

Webb, A. (2023). Acceptance and Commitment Therapy (ACT): Foundational Principles, Processes, and Treatment Components. *Authorea (Authorea)*. <https://doi.org/10.22541/au.169531398.86679184/v1>

Website, N. (2023, 11 julio). *Causes - Depression in adults*. nhs.uk. <https://www.nhs.uk/mental-health/conditions/depression-in-adults/causes/>

World Health Organization: WHO. (2021, 11 junio). *Enfermedades cardiovasculares*. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)#:~:text=Datos%20y%20cifras,que%20por%20cualquier%20otra%20causa](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)#:~:text=Datos%20y%20cifras,que%20por%20cualquier%20otra%20causa).

World Health Organization: WHO. (2022, 1 octubre). *Envejecimiento y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

## 7. Anexos

### 7.1. Escala GDS-15

#### Instrucciones:

Vea directamente a la persona, logre su atención y explíquele:

*“Le voy a hacer algunas preguntas para evaluar su estado de ánimo, tome en cuenta únicamente como se ha sentido durante la última semana, por favor responda con Sí o No”.*

Hágale a la persona las preguntas de la Escala de Depresión Geriátrica en el orden indicado a continuación:

1. ¿En general, está satisfecho(a) con su vida?	Sí (0)	No (1)
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	Sí (1)	No (0)
3. ¿Siente que su vida está vacía?	Sí (1)	No (0)
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido(a)?	Sí (1)	No (0)
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	Sí (0)	No (1)
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	Sí (1)	No (0)
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Sí (0)	No (1)
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado(a), desprotegido(a)?	Sí (1)	No (0)
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	Sí (1)	No (0)
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	Sí (1)	No (0)
11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo(a)?	Sí (0)	No (1)
12. ¿Actualmente se siente un(a) inútil?	Sí (1)	No (0)
13. ¿Se siente lleno(a) de energía?	Sí (0)	No (1)
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	Sí (1)	No (0)
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	Sí (1)	No (0)

Registre la fecha, el nombre completo, la edad y el sexo de la persona evaluada.

### 7.2. Escala UCLA

*Responda las siguientes preguntas considerando la escala de referencia. Procure tener diversidad en el uso de la escala, de manera de indicarnos sus sentimientos y conductas prevalentes. Gracias!*

		Nunca	Rara vez	En ocasiones	A menudo
1	¿Cuán a menudo se siente triste haciendo muchas cosas solo?				
2	¿Cuán a menudo siente que no tiene a nadie con quien hablar?				
3	¿Cuán a menudo siente que no puede tolerar estar tan solo?				
4	¿Cuán a menudo se siente como si nadie le entendiera realmente?				
5	¿Cuán a menudo se encuentra esperando que otros le llamen o escriban?				
6	¿Cuán a menudo se siente completamente solo?				
7	¿Cuán a menudo siente que es incapaz de conectar o comunicarse con los que le rodean?				
8	¿Cuán a menudo se siente muy necesitado de compañía?				
9	¿Cuán a menudo encuentra que es difícil para usted hacer amigos?				
10	¿Cuán a menudo se siente ignorado y excluido por los demás?				