

LA SOLEDAD EN EUROPA: ESTUDIOS E INTERVENCIONES EN DIFERENTES PAÍSES

Dra. Sacramento Pinazo-Hernandis. Universidad de Valencia. Fundación Pilares

1. RELACIONES SOCIALES Y SOLEDAD

Las relaciones sociales son una parte importante de la calidad de vida en la vejez. La soledad, entendida como un indicador de bienestar subjetivo, es la segunda preocupación de las personas mayores españolas después de la salud. La soledad hace referencia a aspectos más subjetivos, emocionales, profundos y globales, sus efectos son más devastadores en la vida de las personas que la mera falta de apoyo social. Aunque es posible que el bienestar o la felicidad se relacionan con la creación y el mantenimiento de relaciones sociales satisfactorias y que proporcionen apoyo como han evidenciado varios estudios (Cacioppo et al., 2010), también las relaciones sociales determinan la valoración que hacemos de nuestras vidas. Los seres humanos tenemos la necesidad de relacionarnos con las personas que nos rodean y esta necesidad, *necesidad de afiliación*, es una motivación intrínseca y constituye una de las metas más reforzantes que nos proponemos alcanzar. Ante los acontecimientos vitales estresantes, o las circunstancias adversas, las relaciones sociales pueden actuar como amortiguadores. La interacción social, la participación en actividades comunitarias o en grupos nos hace sentir valiosos, necesitados y de este modo, percibimos que nuestras vidas tienen sentido. Estas interacciones nos proporcionan apoyo social (emocional, material o tangible, informacional) y hacen que nos sintamos queridos y cuidados, y así, nos protegen de la depresión y la soledad.

El tamaño y el tipo de redes sociales también tienen un papel en la relación que se establece entre soledad y depresión. El aumento de la interacción social puede ser más beneficioso que otras medidas para paliar la soledad y reducir la prevalencia de la depresión entre las personas mayores españolas (según datos del Proyecto Europeo COURAGE, Doménech-Abella et al, 2017). Diversas investigaciones asocian una menor red social con el riesgo mucho mayor de sentirse solo tanto en hombres como en mujeres y estar insatisfecho con la frecuencia de contactos sociales, ya sean con familiares o amigos es predictor significativo de sentimientos de soledad, tal y como concluyeron Andrés Losada y colaboradores (2012) de la Universidad Rey Juan Carlos, Madrid.

Van Beljouw et al. (2014) en Holanda destacó la necesidad de prestar atención a los sentimientos de soledad en personas mayores con síntomas depresivos debido a su alta

prevalencia y sus consecuencias para la salud mental. Lindgren y col. (2014) detectaron altos niveles de estigma entre las personas que padecían trastornos mentales y soledad.

La soledad es resultado del déficit en las relaciones sociales y el apoyo social y se caracteriza por el sentimiento angustiante que acompaña la percepción de que las necesidades sociales que se tienen no son las esperadas. El sentimiento subjetivo de soledad no está determinado tanto por algo objetivo como es la frecuencia de contactos sino más bien por algo subjetivo como la satisfacción con dichas relaciones.

Podemos sentir soledad en cualquier momento de la vida. En las personas mayores son muchas las situaciones o cambios que pueden contribuir a que las personas mayores se sientan solas: la jubilación, la viudedad, el nido vacío... La muerte de la pareja es uno de los eventos que cambian la vida y contribuyen a la soledad en las personas mayores. Varios proyectos de intervención muestran que el apoyo social emocional es un elemento protector; las amistades estimulantes y el aumento del apoyo de las redes sociales son medidas eficaces para reducir la soledad, tal y como han demostrado investigadores de la Universidad de Groningen, Ellwardt, Aartsen, Deeg y Steverink (2013). La soledad social se puede atribuir en gran medida a los déficits en la red de apoyo, mientras que la soledad emocional se asocia con la ausencia de compañía.

Conocer los factores de riesgo que conducen a la soledad no deseada es siempre un primer paso para saber cuáles son los grupos de personas potencialmente más vulnerables a sentir soledad no deseada. Entre los factores de riesgo, se encuentran: pérdida de relaciones de apego, género, edad.

La soledad tiene un profundo impacto en la calidad de vida de las personas mayores. Las mujeres dicen sentirse más solas quizás por los problemas de salud, funcionalidad y dependencia de las mujeres, la mayor supervivencia y la mayor posibilidad de enviudar según los autores de la Universidad de Lundt (Taube, Kristensson, Midlöv, Holst, y Jakobsson, 2013) y esto es ocurre así también en España (Domènech-Abella et al., 2017; Losada et al., 2012). Una investigación longitudinal en personas mayores (*Amsterdam Study of the Elderly*, AMSTEL) ha obtenido interesantes resultados en relación a la soledad y la depresión, y cómo afectan ambas a la mortalidad en función del sexo. Tanto la soledad como la depresión se asociaron con un exceso de mortalidad en hombres y mujeres mayores, pero la depresión severa se asoció con un exceso de mortalidad en los hombres que estaban solos pero no en las mujeres, lo que indica una combinación letal de ambas

variables en este grupo (Holwerda et al., 2014). La soledad está asociada con una peor salud mental en los hombres, incluso se asocia con un mayor riesgo de desarrollar demencia en las personas mayores, riesgo que puede variar según sexo. Los hombres que se sentían solos tenían más probabilidades de sufrir demencia que las mujeres o que la soledad se asocia con mayor mortalidad y este efecto es ligeramente más fuerte en los hombres que en las mujeres (Proyecto Europeo COURAGE, Rico-Urbe et al, 2016), y hay evidencias de que los sentimientos de soledad, más que los factores de aislamiento social, son un importante factor de riesgo para aumentar la mortalidad en los hombres mayores (Estudio AMSTEL, Holwerda et al, 2012). Los participantes mayores que no tenían pareja en el *English Longitudinal Study of Ageing* (ELSA) habían mostrado niveles menores de satisfacción con la vida y sintieron más la falta de compañía (Demakakos et al. 2006). Sin embargo, otros estudios europeos apenas encuentran diferencias de sexo en la soledad, como el de Victor et al (2006) en Reino Unido, cuyos resultados muestran poca o ninguna diferencia entre hombres y mujeres.

Los factores de edad y género se han relacionado a menudo con un mayor declive en la salud, viudedad, duelo, y vivir solo, aspectos más comunes en las mujeres mayores que en los hombres y. más frecuentes también en personas mayores con discapacidad (Fokkema et al., 2012; Pinguart y Sorensen, 2001).

La soledad es un constructo multidimensional (Hawkley, et al, 2008), que afecta a las personas en diferentes momentos del ciclo vital y que es cambiante. De Jong Gierveld y Van Tilburg (2010) distinguieron entre “estado de soledad” (soledad estable y duradera), “situación de soledad” soledad actual y en ese momento pero no otros), y “soledad transitoria” (breves y ocasionales sentimientos de soledad en personas que antes tenían relaciones sociales satisfactorias pero que actualmente se han activado por crisis o transiciones vitales).

La publicación de la Mental Health Foundation (2010), *The Lonely Society*, mostró una distribución casi idéntica de la soledad en todos los grupos de edad. Por tanto, no existe consenso sobre la relación entre soledad y edad. Aunque en este trabajo nos centraremos en la soledad en personas mayores, algunos autores han investigado la soledad en otros grupos de edad, como los adolescentes. La soledad es un importante indicador de la calidad de vida de las personas y un importante determinante de la salud. Muchos estudios e intervenciones se han dirigido a aliviar la soledad en personas mayores y hay poca

investigación en otros grupos de edad. Los trabajos de Houghton et al (2013) y de Goosens et al (2009) analizaron la soledad en adolescentes. La soledad puede ser una condición psicológica debilitante caracterizada por un profundo sentimiento de aislamiento social, vacío, sensación de inutilidad, falta de control y amenaza personal. Al igual que el aislamiento social percibido, la soledad es un sentimiento negativo y estresante que acompaña a la percepción de que las necesidades sociales individuales no son satisfechas por la cantidad o la calidad de las relaciones que uno tiene. La investigación de Houghton et al (2013) encontró relaciones entre soledad y diversos efectos físicos, psicológicos, sociales y de salud mental adversos, como la depresión, ideas suicidas, autolesiones, problemas de alimentación, obesidad, problemas de sueño; quejas somáticas; bajos niveles de bienestar, mayores niveles de estrés, aumento de la presión arterial y peor función cardiovascular, problemas de personalidad y psicosis; deterioro cognitivo y demencia. Por todo esto, no hay ninguna duda de que si no se atiende, la soledad puede traer serias consecuencias en la cognición, emoción, conducta y salud. Se ha argumentado que no solo es importante la distinción entre estar solo y sentirse solo sino también la actitud hacia estar solo puede afectar a la vulnerabilidad de sentirse solo mientras se está solo (Goosens et al, 2009). Mientras que a algunos adolescentes les encanta quedarse solos, otros tienen aversión al hecho de estar solos (Marcoen et al, 1987). La actitud hacia estar solo se relaciona con una mayor o menor soledad (Vanhalst et al, 2013).

2. ESTUDIOS INTERNACIONALES SOBRE SOLEDAD REALIZADOS EN EUROPA

Varios de los estudios que incluyen preguntas sobre soledad realizados en Europa han incluido a España entre otros países. La soledad se ha medido a partir de dos indicadores: a veces se ha preguntado sobre el sentimiento subjetivo de soledad (número de personas que se sienten solas) y otras veces se ha medido la frecuencia de contactos con amigos u otras personas de la red social.

Algunos estudios internacionales han evaluado bienestar y calidad de vida en varios países y entre las medidas incluidas, una de ellas ha sido la soledad. Por ejemplo, Steptoe, Shankar, Demakakos y Wardle (2013), analizaron los datos de 2004-2005 del *English Longitudinal Study of Ageing* (ELSA) y obtuvieron datos de prevalencia de soledad similares a los hallados por Luo, Hawkey, Waite y Cacioppo (2012) en el *Health and Retirement Study* (HRS) realizado en USA con el mismo instrumento (UCLA-R Loneliness Scale).

La encuesta *Generations and Gender Survey* (que es una parte del *Generations and Gender Programme*), forma parte de una serie de encuestas nacionales y bases de datos que incluye a países europeos y no europeos. Su objetivo es entender el desarrollo social y demográfico personas de 18 a 80 años institucionalizadas y no institucionalizadas y los factores que en él influyen. Los hallazgos de esta encuesta indican una prevalencia de soledad del 30% al 55% en personas de Europa Central y Europa del Este y del 10% al 20% en el Norte y Oeste de Europa (Hansen y Slagsvold, 2016). El estudio se llevó a cabo entre 2004 y 2011, en once países con una muestra total de 132.319 personas siendo 33.832 de ellas del grupo de 60 a 80 años. La soledad es hasta cinco veces más prevalente en hombres que en mujeres en los países de Europa Central y del Este (30-35%) con respecto a los países de Europa del Norte y Oeste (10-20%). Noruega obtuvo los datos más bajos de soledad.

El estudio *Umeå85+/GERontological Regional DAtabase-Study* (GERDA) se realizó a lo largo de varios años, obteniendo datos de diez años, en tres rondas: 2000-2002 (304 participantes), 2005-2007 (329 participantes) y 2010-2012 (401 participantes) incluyendo a personas de más de 95 años. En la primera ronda los niveles de soledad encontrados fueron altos (49,3% reportaron soledad frecuente), pero no se vieron grandes cambios a lo largo de los diez años. Los niveles más altos de soledad se relacionaron con vivir solo, sintomatología depresiva y vivir en instituciones (Nyqvist et al, 2017).

El proyecto *Collaborative Reserearch on Ageing in Europe* (COURAGE) es un proyecto de investigación de tres años que incluyó a doce partners de cuatro países europeos y la OMS con la idea de validar un protocolo que permitiese evaluar a las redes sociales y el entorno como determinantes de salud y discapacidad en una población que envejece. El proyecto comenzó en 2011-2012 en Finlandia, Polonia y España, con una muestra total de 10.800 adultos. El seguimiento se realizó en el 2014-2015 sólo en España, con un diseño longitudinal. La soledad fue evaluada con la Escala de Soledad UCLA3. La red social de las personas se midió preguntando el número de miembros en la red, con qué frecuencia mantenían contacto y si tenían alguna relación cercana, estableciendo un *Índice de Aislamiento Social*. Las diferencias en soledad, los componentes de la red social y su relación con la salud fueron evaluadas con modelos de regresión lineal jerárquicos, controlando por covariables relevantes. Para el segundo estudio, 2.528 adultos fueron vueltos a entrevistar cara a cara tres años después. Durante el seguimiento se obtuvo información sobre el uso

de servicios de salud ambulatorios y el número de hospitalizaciones. En Finlandia, Polonia y España la soledad fue la variable que más correlacionaba con salud (controlando por depresión, edad y otras covariables), más que ningún otro aspecto de la red social. Las relaciones entre soledad y salud eran más fuertes en Finlandia que en Polonia o España. Sus resultados confirman los hallazgos de estudios previos sugiriendo que las personas de los países de Europa del Norte se sienten menos solas que los de los países de Europa Central o Europa del Sur (Fokkema, de Jong Gierveld y Dykstra, 2012; Sundström, Fransson, Malmberg y Davey, 2009).

Los resultados del estudio COURAGE en tres países de la Unión Europea sugieren que la percepción subjetiva de la soledad tiene una asociación más fuerte con el estado de salud que los componentes de la red social y es similar en los tres países analizados que tienen distintos sistemas de bienestar y características (Sundström et al, 2009; Rico-Uribe et al, 2016). Tobiasz-Adamczyk et al (2017) analizaron los datos de 5.099 participantes de 50 años o más, una muestra representativa de los tres países participantes en COURAGE, encontrando diferencias asociadas al género en red social (en personas mayores de 80 años), apoyo social (en personas de 50 a 64 años y de 65 a 79 años) y en participación social en personas de 65 a 79 años. La participación social se relacionó con mejor calidad de vida relacionada con la salud en ambos sexos y en todos los grupos de edad. El estudio también mostró que más allá de otros determinantes sociales considerados, una alta participación social es también un factor predictor de mejor calidad de vida.

La *Global Ageing Initiative* coordina un estudio de Indiana University Center on Aging and Aged sobre envejecimiento que incluye a Europa. El *European Study of Adult Well-Being* (ESAW), es la parte europea del estudio cuyo objetivo es identificar los factores que contribuyen a la satisfacción con la vida de las personas mayores y por ello incluye cinco elementos entre los cuales además de la parte de salud física y funcional, y la seguridad material se encuentran los recursos personales (familiares y de amistad), los recursos de apoyo social y la actividad. España no forma parte de este estudio. Reino Unido, Italia y Holanda puntuaron más alto en satisfacción con las relaciones familiares que Luxemburgo, Suecia o Austria. Y en referencia a las relaciones con los amigos, obtienen puntuaciones más altas Reino Unido, y Holanda, que Italia, Luxemburgo, Austria y Suecia. La satisfacción con las relaciones familiares era más alta que la satisfacción con las relaciones con los amigos en

Suecia, Italia, Luxemburgo. En Alemania y Reino Unido, la satisfacción con las relaciones con los amigos era más alta que las relaciones con la familia. En Austria no se observaron diferencias (Ferring et al, 2004).

La *Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa (The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, SHARE)* tiene como objetivo desarrollar políticas públicas efectivas dirigidas a la población mayor europea. Conformar una base de datos micro, longitudinal y multidisciplinar que contiene datos sobre la salud, el estado socioeconómico y las redes sociales y familiares de más de 85.000 personas mayores de 50 años de 19 países europeos –Dinamarca, Suecia, Austria, Francia, Irlanda, Alemania, Suiza, Bélgica, Holanda, Polonia, República Checa, Estonia, Hungría, Eslovenia, España, Italia, Grecia, Portugal e Israel–. En la primera ronda solo se analizaron los datos de once países europeos que fueron clasificados geográficamente en países de Europa del Norte (Dinamarca, Suecia), Europa Central (Austria, Bélgica, Francia, Alemania, Holanda, Suiza) y Europa del Sur (Grecia, Italia y España). Más adelante, en posteriores rondas, se añadieron los países de Europa del Este (Polonia, República Checa, Estonia, Eslovenia, Hungría), Portugal, Irlanda e Israel.

Vozikaki, Papadaki, Linardakis y Philalithis (2018) analizaron los datos de la primera ronda del SHARE (2004) en once países europeos y estudiaron la frecuencia de sentimientos de soledad relacionada con condiciones adversas de salud, eventos vitales estresantes e indicadores de aislamiento social, realizando el primer estudio con múltiples variables de salud, psicológicas y sociales relevantes en el contexto del envejecimiento. La proporción de personas mayores que declararon sentirse solos la mayor parte del tiempo fue alta (50,5%). Entre sus resultados destaca que pertenecer al género femenino, tener más edad, menor nivel socioeconómico, vivir sin pareja, no tener hijos y no tener actividades de implicación social estaban asociados significativamente con sentimientos más frecuentes de soledad. La proporción de participantes que dijeron sentir soledad la mayor parte del tiempo, comparada con las que no sentían soledad nunca fue significativamente alta entre los de Europa del Sur con respecto a los de Europa del Norte. Sentimientos de soledad duradera (casi todo el tiempo y la mayor parte del tiempo) y frecuente (algunas veces) fueron reportados más por las mujeres que por los hombres (59,1% frente a 38%) y las mujeres tenían más posibilidades de considerarse a si mismas solas gran parte del tiempo. Estos hallazgos son similares a los encontrados en otras investigaciones en Europa, donde ser

mujer y ser de mayor edad se asociaba a tener más sentimientos de soledad (Tobiasz-Adamczyk et al., 2017). La prevalencia de sentimientos de soledad la mayor parte del tiempo fue mayor entre los participantes más mayores, los de más de 85 años (12,4%) comparados con los de 65-74 años (7,7%) y los de 75-84 años (11,9%). Fue más frecuente encontrar a personas de 75-84 años que se sentirán solos la mayor parte del tiempo comparado con los otros grupos de edad más jóvenes o de mayor edad. Altos niveles de soledad se encontraron también en las personas mayores que no tenían hijos (Koropeczy-Cox, 1998) y los menos integrados socialmente (Jylhä, 2004). La mayor prevalencia de soledad en sentimientos de soledad persistente se observó en los participantes con el menor nivel educativo (12,4 % frente a 7,3%). Autores como Hawkey et al (2008) con datos del *Chicago Health, Aging, and Social Relations Study* mostraron que la soledad entre personas de 50 a 68 años se relacionaba significativamente con el estatus socioeconómico y el nivel educativo, y lo mismo encontró Theeke (2009) en el *Health and Retirement Study*. El porcentaje de personas que se sentían solos la mayor parte del tiempo era significativamente más alto entre aquellos que vivían solos. Una proporción más alta de personas mayores de Europa del Sur (12,6%) declaró sentir soledad la mayor parte del tiempo, comparado con los de Europa Central (7,5%) y Europa del Norte (5,0%). Los participantes de Europa Central y del Sur tenían porcentajes mayores de sentimientos permanentes de soledad, comparado con los de países de Europa del Norte. Se encontraron diferencias significativas en función del país de pertenencia, con unas tasas más altas en Italia (27,8%) y menores en Suiza (5,0%). Los participantes que tenían una o más enfermedades crónicas, limitaciones para las actividades de la vida diaria (instrumentales) y problemas de salud reportaron sentimientos de soledad más frecuentes y persistentes.

A partir de los datos de la tercera ola de SHARE (ronda 3, 2008), Fokkema, de Jong Gierveld y Dykstra (2012) analizaron las variaciones en los niveles de soledad, y los determinantes de la misma, entre las personas mayores de 50 años en diferentes países europeos (N = 12.248). El análisis de las diferencias en soledad mostró que los países del Sur y del centro de Europa tenían una mayor prevalencia de soledad que los países del Este y los nórdicos. Esta misma diferencia en la prevalencia de la soledad entre los países nórdicos y del Sur y el Este de Europa se halló a partir de los datos de la quinta ola de SHARE (2012). En el último pase de SHARE (ronda 5, 2012), la variable soledad se midió mediante la pregunta: *¿Con qué*

frecuencia se siente solo? extraída de la escala de depresión CES-D, y con los 3 ítems de la UCLA-R: *¿Con qué frecuencia siente que le falta compañía?; ¿Con qué frecuencia se siente excluido?; ¿Con qué frecuencia se siente aislado de los demás?* Los datos mostraron una prevalencia baja de soledad a nivel europeo ($3,8 \pm 1,33$) (Börsch- Supan, 2015). Sin embargo, las diferencias entre algunos de los países son significativas, siendo República Checa, Italia y Estonia, los países que presentaron las tasas más elevadas de soledad, y Dinamarca, Suiza y Austria, los que tuvieron las tasas de soledad más bajas (Shiovitz-Ezra, 2013).

Un estudio holandés, el estudio *Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA)* (4.880 personas de 55 años o más a los que evaluó entre 1992 y 2016), encontró que las personas viudas y divorciadas de 2013 tenían mejores relaciones sociales y redes sociales más grandes que las viudas de 1993 y se sentían menos solas, encontrando algunas diferencias de género (Van Tilburg y Suanet, 2018). Las personas mayores más jóvenes se sentían menos solas que las personas mayores más mayores (comparando a las personas de 75 a 95 años de la cohorte nacida entre 1908-1917; con los de 55 a 78 de la cohorte nacida entre 1938-1947), concluyendo que no hay evidencias de una epidemia de soledad (Suanet y Van Tilburg, 2019).

En último lugar, la *European Social Survey*, es una encuesta científica internacional que se realiza en Europa desde 2001 cada dos años. España ha participado en todas las ediciones de la ESS desde la primera a través del CIS. La *Encuesta Social Europea* es una fuente valiosa de datos para comparar las tasas de soledad en Europa y el mejor de los estudios para hacer análisis transculturales. La ronda 7 de la Encuesta Social Europea (2014), N= 11.389 personas de más de 60 de 20 países ofrece interesantes datos sobre condiciones de vida, nivel de integración social, soledad. Con respecto a las personas que declararon encontrarse en una soledad crónica y frecuente, es decir la mayor parte del tiempo, República Checa, Hungría, Polonia y Portugal tenían las tasas más altas cercanas al 11% y Finlandia, Dinamarca, Noruega las más bajas (cerca del 3%). Los datos de España mostraron un 8,71% de prevalencia de soledad frecuente. La muestra española estaba compuesta por 1.928 personas, que contestaron “algunas veces” (21,84%), “bastante a menudo” (5,91%), “casi siempre” (2,80%), por lo que un 30,55% de las participantes españolas declararon sentir soledad más o menos frecuente. El estudio también reveló que la ausencia de soledad estaba asociada con algunas variables como mejor salud autopercebida, tamaño del hogar,

sensación de seguridad, estado civil, frecuencia de contactos y número de confidentes o relaciones importantes. Las personas mayores de los países del modelo nórdico, anglosajón, y el continental con un régimen social más favorable, eran menos dependientes de los recursos individuales para afrontar la soledad en comparación con las personas que viven en países de regímenes en los que la soledad depende más del apoyo de la familia y otros lazos sociales (Nyqvist, Nygard y Scharf, 2018).

Todas estas investigaciones nos dan buenas pistas para realizar intervenciones eficaces, pero que necesariamente deberán ser distintas en función del objetivo que se quiera lograr, y las personas a las que vaya dirigido.

A continuación, veremos algunas intervenciones en soledad realizadas desde los gobiernos nacionales, regionales o locales y con diferentes entidades de la sociedad civil y organizaciones privadas que han mostrado sus beneficios y que enmarcan diversos proyectos. Por ejemplo, destacaremos las estrategias para hacer frente a la soledad de Países Bajos, Reino Unido y Francia.

3. INTERVENCIONES SOBRE SOLEDAD REALIZADAS EN EUROPA

Se han desarrollado muchas intervenciones en soledad en los últimos años utilizando intervenciones individuales o grupales, pero muchas de ellas no han sido evaluadas y unas han cometido los errores que otras habían tenido antes. La evidencia de la eficacia de las intervenciones en soledad hasta la fecha es pobre, quizás por los diseños de investigación realizados, por utilizar medidas de soledad sin fiabilidad o validez, y centradas en resultados a corto plazo. La implicación de las personas en el afrontamiento de la soledad, en la planificación y desarrollo de las intervenciones y la utilización de los recursos comunitarios ha mostrado mejores resultados.

No contamos con muchas revisiones de investigaciones que cuenten con intervenciones actuales realizadas en Europa. Las revisiones sistemáticas y los metanálisis a menudo se han centrado en las intervenciones realizadas principalmente fuera de la Unión Europea (Masi et al., 2011); o cuando han incluido estudios de estados miembros de la Unión Europea, estos pueden estar desactualizados. El metanálisis de Masi et al. en 2011 sugirió que aquellas intervenciones que buscan abordar los sentimientos subjetivos de soledad o tristeza (y que los autores describieron con el término “mala adaptación de la cognición social”) tuvieron más éxito en reducir la soledad que las que se enfocaron únicamente en mejorar el apoyo social o aumentar las oportunidades para la interacción social. Sin embargo, sí identificaron

algunos ejemplos de proyectos que abordaron estas otras tres áreas y mostraron algunos resultados positivos en la reducción de la soledad.

3.1.1. Países Bajos.

En Países Bajos se lanzó en 2014 el *Reinforced Action Plan against Loneliness* desde el Dutch Ministry of Health, Wellbeing and Sport y los municipios. El Proyecto *Neighbours Connected* contiene un subproyecto *Healthy Ageing* dirigido a motivar a que las personas mayores que viven en sus domicilios y pertenecen a grupos de riesgo (limitaciones físicas, pocos recursos económicos, viudedad reciente, problemas cognitivos leves) organicen y se impliquen en actividades sociales en el barrio y aumente su red social vecinal cercana; además pretende crear conciencia social en torno a la soledad.

En Holanda, el Proyecto *Esc@pe*¹ es un proyecto de inclusión digital para personas mayores con problemas de discapacidad física o enfermedad crónica. Dirigido por la asociación SeniorWeb y en colaboración con Cruz Roja y De Zonnebloem, busca aumentar las competencias digitales y de Internet para no nativos digitales, que las personas aumenten su participación social y reduzcan su soledad. El proyecto ofrece una buena forma de pasar el tiempo (por ejemplo, juegos, enviar correos electrónicos, buscar información) que puede distraer a las personas de los sentimientos de soledad.

Otros proyectos interesantes son los de *No Isolation*², que es una startup que trabaja con los gobiernos (alemán, holandés, noruego, británico) y ha desarrollado el sistema KOMP que ayuda simplificar la comunicación entre generaciones, con un uso muy sencillo a través de un robot (robot AV1). Permite compartir fotos, mensajes y hacer video llamadas para relacionar, por ejemplo, a abuelos con nietos o bien a niños con enfermedades crónicas que no pueden acudir a la escuela, con sus compañeros de clase y profesores.

Proyectos similares son: los de British Red Cross, la red Age UK (Reino Unido) que ha ejecutado una variedad de proyectos de inclusión digital incluyendo apoyo uno-a-uno, cursos en aulas grupales, sesiones de sensibilización comunitaria y proyectos intergeneracionales. En los últimos años, comenzó a desarrollarse el proyecto *Digital Angels*³ (dirigido por Age UK Leeds) y el proyecto *One Digital*.

¹ Para más información, ver: Fokkema T and Knipscheer K (2007). Escape loneliness by going digital: a quantitative and qualitative evaluation of a Dutch experiment in using ECT to overcome loneliness among older adults. *Aging Ment Health*, 11(5): 496-504.

² Ver: <https://www.noisolation.com/global/>

³ Para saber más sobre Digital Angels: <https://timetoshineleeds.org/blog/what-weve-learned-digital-angels>

3.1.2. Reino Unido

En Reino Unido, la Jo Cox Loneliness Commission produjo un documento estratégico en 2017 que subrayó maneras de combatir la soledad. Una de las recomendaciones de la Comisión fue nombrar un Ministerio de la Soledad en 2018 con programas apoyados por organizaciones como *End Loneliness* y la Campaña *End Loneliness y Be more us*⁴.

*Marmalade Trust*⁵ sugiere ideas para salir de casa y conectar con otros.

La *Silver Line initiative* de Reino Unido está coordinada por una organización de la sociedad civil. Es un servicio telefónico de amistad disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, gratuita dirigida a personas mayores de 55 años. Además de apoyo informacional, apoyo confidencial, consejos y referencias a otras organizaciones cuando corresponda, los profesionales ofrecen a las personas que llaman la oportunidad de tener una charla informal y amistosa, individual o grupal (que se facilitan para poner en contacto a personas con intereses similares, no más de seis personas). Los profesionales están específicamente capacitados para ayudar a las personas mayores: no leen guiones ni tienen instrucciones estandarizadas, y se les anima a proporcionar interacciones personalizadas. El servicio ofrece a las personas que llaman, la opción de que se les asigne un voluntario, que telefonea cada semana a una hora conveniente para ambos y con el objetivo de establecer una amistad.

Noone et al (2020) evaluaron la eficacia de las intervenciones en las que un componente central involucró el uso de Internet para facilitar videollamadas o videoconferencias a través del ordenador, smartphones o tablets con la intención de reducir la soledad o el aislamiento social. Las investigaciones compararon las intervenciones de videollamadas con la atención habitual en residencias de personas mayores. La evidencia no fue clara y sugiere que las videollamadas pueden dar lugar a poca o ninguna diferencia en las puntuaciones de la UCLA Loneliness Scale en comparación con la atención habitual, medido a los 3 meses y a los 12 meses y las videollamadas pueden tener un pequeño efecto sobre los síntomas de la depresión, aunque este hallazgo es impreciso pues la evidencia no fue robusta.

Ninguno de estos estudios se realizó durante la pandemia de COVID-19.

⁴ Para conocer más sobre Campaign to end loneliness en Reino Unido, ver: <http://www.campaigntoendloneliness.org.uk>.

⁵ Para más información ver: <https://marmaladetrust.org/loneliness-where-did-the-stigma-begin/>

Proyectos similares son el *Call in Time* (coordinado por Age UK) ⁶11; *Ouderenlijn* en Países Bajos; *Silbernetz* en Alemania. En España hay que destacar el proyecto realizado en País Vasco por Nagusilan, *Hilo de plata*⁷.

3.1.3. Francia

En Francia comenzó en 2013 un programa nacional dirigido a reducir la soledad de las personas mayores llamado MONALISA (*MObilisation NAtionale contre L'isolement des Agés*)⁸. El Ministerio responsable de las personas mayores y autonomía implementó el programa en todo el país en 2017. Ofrece diferentes tipos de apoyo: apoyo individual, intervenciones grupales, implicación de la comunidad

También *Foundation de France*, *Acodege* y *Petis Frères des Pauvres* llevan años trabajando en este tema, fortaleciendo vínculos desde las relaciones intergeneracionales.

4. REFLEXIONES FINALES

Se ha relacionado la soledad con un estado de salud deficiente y limitaciones en las actividades, una conexión social limitada y una peor calidad de vida en general y se ha demostrado que la soledad afecta a algunos grupos de población más que a otros, como las personas mayores, los migrantes, los viudos y quienes brindan cuidados. Los esfuerzos políticos para abordar la soledad deben dirigir la atención a grupos vulnerables específicos de la comunidad y la sociedad y centrarse en ciertos eventos vitales (p.ej, jubilación, pérdida de la familia, desempleo, deterioro de la salud, etc.) para construir una barrera protectora a la soledad.

Abordar la soledad requiere un trabajo conjunto de la teoría con los resultados de investigación de diferentes profesionales. La mayor parte de las intervenciones se centran en un análisis a nivel micro, cuando los factores ecológicos son cruciales para comprender el alcance y magnitud del impacto de la soledad y el aislamiento en la salud. Las revisiones sistemáticas de intervenciones para reducir la soledad han identificado algunas estrategias exitosas: aumentar las habilidades sociales, fortalecer el apoyo social, incrementar las oportunidades de interacción social y modificar la cognición social desadaptativa.

⁶ Para más información sobre *Call in time*: <https://www.ageuk.org.uk/wiganborough/our-services/call-in-time/>

⁷ Para más información sobre Nagusilan: <http://nagusilan.org/hilo-de-plata/>

⁸ Para saber más sobre Monalisa initiative in France (<https://www.monalisa-asso.fr>)

Se necesitan estudios longitudinales que permitan considerar las asociaciones temporales y la causalidad, junto con estudios cualitativos que exploren si el discurso sobre la soledad cambia según las condiciones sanitarias y sociales.

También se necesita investigar y evaluar más y mejor las intervenciones. La soledad está influida por el ambiente social y las intervenciones que modifiquen esto pueden tener impacto positivo.

Siguiendo a Diez Nicolas y Morenos (2015: 7) el interés por investigar la soledad no radica solo en el conocimiento por el conocimiento, sino que se plantea proponer líneas de actuación, políticas para ser aplicadas tanto por los particulares, los ciudadanos, como por organizaciones e instituciones privadas y por las instituciones y organizaciones públicas. No se trata de una investigación para saber, sino para saber y actuar.

3.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Börsch- Supan, A, Kneip, T, Litwin, H, Myck, M, Weber, G (2015). *Supporting policies for an inclusive society*. EC: De Gruyter.
- Cacioppo, JT, Hawkley, LC, Thisted, RA (2010). Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychology & Aging*, 25, 2, 453-63. doi: 10.1037/a0017216.
- 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. *Eur J Ageing*, 7:121–130. doi:10.1007/s10433-010-0144-6
- Demakakos P, Nunn S, Nazroo J (2006) Loneliness, relative deprivation and life satisfaction (297-318). In: Banks J, Breeze E, Lessof C, Nazroo J (eds) Retirement, health and relationships of the older population in England: the 2004 English Longitudinal Study of Aging. Institute of Fiscal Studies, London.
- Diez Nicolas, J., Morenos, M. (2015), La soledad en España. Madrid: Fundación ONCE y Fundación AXA
- Domènech-Abella, J., Lara, E., Rubio-Valera, M. et al. (2017), Loneliness and depression in the elderly: the role of social network. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 52: 381. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1339-3>
- Ellwardt L, Aartsen M, Deeg D, Steverink N. Does loneliness mediate the relation between social support and cognitive functioning in later life?. *Soc Sci Med*. 2013;98:116-124. doi:10.1016/j.socscimed.2013.09.002
- Ferring, D, Balducci, C, Burholt, V, Wenger, C, Thissen, F, Weber, G, Hallberg, I (2004). Life satisfaction of older people in six european countries: findings from the European Study on Adult Well-being. *European Journal of Ageing*, 1 (1), 15-25.doi: 10.1007/s10433-004-0011-4
- Fokkema T, de Jong Gierveld J, Dykstra PA (2012). Cross-national differences in older adult loneliness. *J Psychol*, 146 (1-2): 201-28 doi:10.1080/00223980.2011.631612

- Goossens L, Lasgaard M, Luyckx K, Vanhalst J, Mathias S, Masy E (2009) Loneliness and solitude in adolescence: a confirmatory factor analysis of alternative models. *Pers Individ Diff*, 47: 890-894. doi:10.1016/j.paid.2009.07.011
- Hansen, T, Slagsvold, B (2015). Late-life loneliness in 11 European counties: Results from the Generations and Gender Survey. *Social Indicators Research*, 1-20. doi: 10.1007/s11205-015-1111-6
- Hawkley, LC Hughes, ME, Waite, LJ, Masi, CM, Thisted, RA, Cacioppo, JT (2008). From social structural factors to perceptions of relationships quality and loneliness: the Chicago Health, Aging and Social Relations Study. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 63B, 6, S375-S384.
- Holwerda TJ, Beekman AT, Deeg DJ, et al. (2012). Increased risk of mortality associated with social isolation in older men: only when feeling lonely? Results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *Psychol Med*, 42(4):843-853. doi:10.1017/S0033291711001772
- Holwerda, T. J., Deeg, D. J. H., Beekman, A. T. F., 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 and Psychiatry*, 85(2), 135-142. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2012-302755>
- Houghton, S., Hattie, J., Wood, L., Carroll, A., Martin, K., Tan, C. (2013). Conceptualising Loneliness in Adolescents: Development and Validation of a Self-report Instrument. *The Journal of Early Adolescence*, 44 (6). doi: 10.1007/s10578-013-0429-z
- Jylhä M (2004) Old Age and Loneliness: Cross-sectional and Longitudinal Analyses in the Tampere Longitudinal Study on Aging. *Canadian Journal on Aging*, 23 (2):157-168. doi:10.1353/cja.2004.0023
- Koropecj-Cox T (1998) Loneliness and depression in middle and old age: are the childless more vulnerable? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 53 (6):S303-312
- Lindgren BM, Sundbaum J, Eriksson M, Graneheim UH (2014) Looking at the world through a frosted window: Experiences of loneliness among persons with mental ill-health. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 21:114-120.
- Losada A, Márquez-González M, García-Ortiz L, Gómez-Marcos MA, Fernández-Fernández V, Rodríguez-Sánchez E. (2012). Loneliness and mental health in a representative sample of community-dwelling Spanish older adults. *J Psychol*, 146(3):277-292. doi:10.1080/00223980.2011.582523
- Masi, CM, Chen, HY, Hawkley, LC, Cacioppo, JT (2011). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and Social Psychology Review*, 15(3), 219-266.
- Mental Health Foundation (2010). *The Lonely Society*. London: The Mental Health Foundation.
- Noone, C, McSharry, J, Smalle, M, Burns, A, Dwan, K, Devane, D, Morrissey, E (2020). Video calls for reducing social isolation and loneliness in older people: a rapid review. The Cochrane database of systematic reviews. doi:10.1002/14651858.CD013632
- Nyqvist, F, Nygard, M, Scharf T (2018). Loneliness amongst older people in Europe: a comparative study of welfare regimes. *Eur J Ageing*. 16(2):133-143. doi: 10.1007/s10433-018-0487-y.
- Nyqvist, F, Cattan, M, Conradsson M, Näsman M, Gustafsson Y (2017). Prevalence of loneliness over ten years among the oldest old. *Scand J Public Health*, 45(4): 411-418. doi: 10.1177/1403494817697511.

- Marcoen A, Goossens L, Caes P (1987) Loneliness in pre-through late adolescence: exploring the contributions of a multidimensional approach. *J Youth Adolesc*, 16: 561-576
- Pinquart M, Sorensen S (2001) Influences on Loneliness in Older Adults: A Meta-Analysis. *Basic and Applied Social Psychology*, 23 (4):245-266. doi:10.1207/s15324834basp2304_2
- Rico-Urbe LA, Caballero FF, Olaya B, Tobiasz-Adamczyk B, Koskinen S, Leonardi M, et al. (2016) Loneliness, Social Networks, and Health: A Cross-Sectional Study in Three Countries. *PLoS ONE*, 11(1): e0145264. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0145264>
- Shiovitz-Ezra, S (2013). Confidant networks and loneliness. In A. Borsch-Supan, M. Brandt, H. Litwin, W. Guglielmo (Eds.), *Active ageing and solidarity between generations in Europe: First results from SHARE after the economic crisis* (pp. 349–358). Berlin: DeGruyter.
- Steptoe A, Shankar A, Demakakos P, Wardle J (2013). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proc Natl Acad Sci* 110(15):5797-801. doi: 10.1073/pnas.1219686110.
- Suanet, B., van Tilburg, T. G. (2019). Loneliness declines across birth cohorts: The impact of mastery and self-efficacy. *Psychology & Aging*, 34(8), 1134–1143. <https://doi.org/10.1037/pag0000357>
- Sundström G, Fransson E, Malmberg B, Davey A. (2009). Loneliness among older europeans. *European Journal of Aging*. 6(4):267-75.
- Taube, E, Kristensson, J, Midlöv, P, Holst, M, Jakobsson, U (2013). Loneliness Among Older People: Results from the Swedish National Study on Aging and Care-Blekinge. *The Open Geriatric Medicine Journal*, 4: 1-10. doi: 10.2174/1874827901306010001
- Theeke LA (2009). Predictors of loneliness in US adults over age sixty-five. *Arch Psychiatr Nurs*, 23: 387-396.
- Tobiasz-Adamczyk B, Galas A, Zawisza K, Chatterji S, Haro JM, Ayuso-Mateos JL, Koskinen S, Leonardi M (2017) Gender-related differences in the multi-pathway effect of social determinants on quality of life in older age-the COURAGE in Europe project. *Qual Life Res*, 26 (7):1865-1878. doi:10.1007/s11136-017-1530-8
- Van Beljouw IMJ, van Exel E, de Jong Gierveld J, et al. (2014) “Being all alone makes me sad”: loneliness in older adults with depressive symptoms. *Int Psychogeriatr*, 26:1-11
- Vanhalst J, Goossens L, Luyckx K, Scholte R, Engels R (2013). The development of loneliness from mid- to late adolescence: trajectory classes, personality traits, and psychosocial functioning. *J Adolesc*, 36 (6), 1305-1312. doi:10.1016/j.adolescence.2012.04.002
- Van Tilburg, T, Havens, B, De Jong Gierveld, J (2004). Loneliness among older adults in the Netherlands, Italy and Canada: A multifaceted comparison. *Canadian Journal of Aging*, 23(2), 169-180. doi:10.1353/cja.2004.0026
- Victor, C, Scambler, S, Bowling, A, Bond, J (2005). The prevalence of, and risk factors for, loneliness in later life: a survey of older people in Great Britain. *Ageing & Society*, 25, 357–375. doi:10.1017/S0144686X04003332.
- Vozikaki, M, Papadaki, A, Linardakis, M, Philalithis, A (2018). Loneliness among older European adults: Results from the survey of health, aging and retirement in Europe. *Journal of Public Health*, 1-12. doi: <https://doi.org/10.1007/s10389-018-0916-6>



LA SOLEDAD EN EUROPA: ESTUDIOS E INTERVENCIONES EN DIFERENTES PAÍSES

Dra. Sacramento Pinazo Hernandis

Universidad de Valencia. Fundación Pílares

1

RELACIONES SOCIALES
Y SOLEDAD

2

ESTUDIOS INTERNACIONALES
SOBRE SOLEDAD REALIZADOS
EN EUROPA

3

INTERVENCIONES SOBRE
SOLEDAD REALIZADAS EN
EUROPA

1

**RELACIONES SOCIALES Y
SOLEDAD**

La soledad: indicador de bienestar subjetivo (-)

Bienestar/felicidad se relacionan con la creación y el mantenimiento de relaciones sociales satisfactorias y proporcionan apoyo

Relaciones sociales determinan la valoración que hacemos de nuestras vidas.

+interacción social – soledad (COURAGE Project)

Menor red social mayor riesgo de sentirse solo tanto en hombres como en mujeres y estar insatisfecho con la frecuencia de contacto sociales, con familiares o amigos y es predictor de sentimientos de soledad.

La soledad se relaciona con depresión (*Amsterdam Study of the Elderly, AMSTEL*). Y trastornos mentales y soledad con estigma.

La soledad es resultado del déficit en las relaciones sociales y el apoyo social y se caracteriza por el sentimiento angustiante que acompaña la percepción de que las necesidades sociales que se tienen no son las esperadas. El sentimiento subjetivo de soledad no está determinado tanto por algo objetivo como es la frecuencia de contactos sino más bien por algo subjetivo como la satisfacción con dichas relaciones.

Entre los factores de riesgo, se encuentran: pérdida de relaciones de apego, edad, **género** (*English Longitudinal Study of Ageing, ELSA*)

Podemos sentir soledad en cualquier momento de la vida.

La soledad es un constructo multidimensional que afecta a las personas en diferentes momentos del ciclo vital y que es cambiante

2

ESTUDIOS INTERNACIONALES
SOBRE SOLEDAD REALIZADOS
EN EUROPA

ELSA, *English Longitudinal Study of Ageing* (ELSA)

Generations and Gender Survey

132.319 participantes UE

Estudio *Umeå85+/G*erontological Regional *D*atabase-*S*tudy (GERDA)

COURAGE
Collaborative research on Ageing in Europe

10.800 participantes
UE: Finlandia, Polonia, España

European Study of Adult Well-Being (ESAW)

SHARE, Study of Health, Ageing and Retirement in Europe

140.000 participantes
27 países de UE
7 oleadas de datos (wave 8, octubre 2019)

Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA)

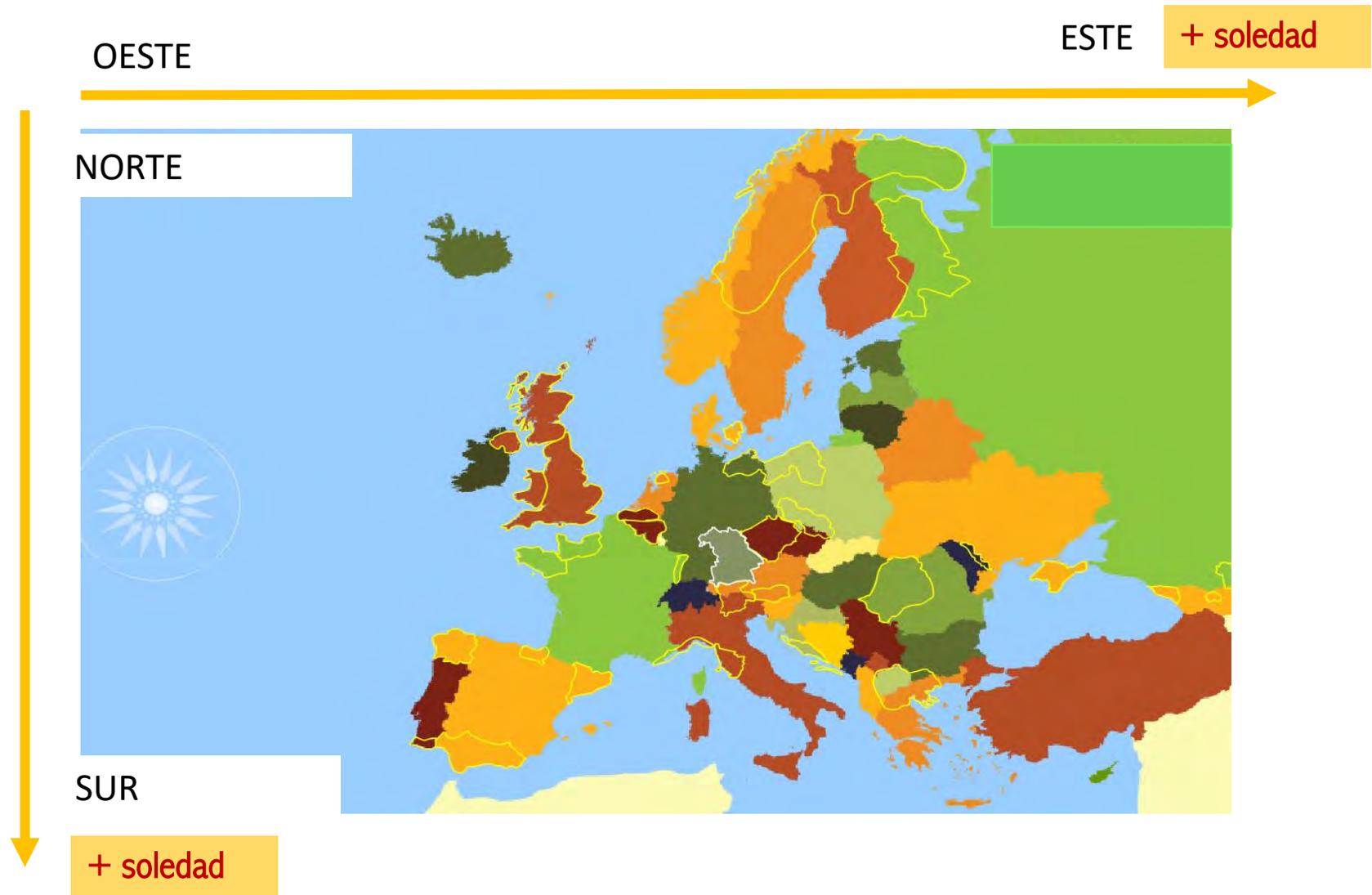
4,880 holandeses de 55 años o más (1992-2016)

European Study of Adult Well-Being (ESAW)

EUROPEAN SOCIAL SURVEY

106.000 europeos, 30 países
(Desde 2001)

Oleadas 2010, 2012, 2014



EUROPEAN SOCIAL SURVEY

106.000 europeos, 24 países
(2010, 2012, 2014)

- soledad

+ bienestar

+ cohesión social

EUROPEAN SOCIAL SURVEY

106.000 europeos, 24 países
(2010, 2012, 2014)

solos

- conductas saludables

- salud mental

+ deterioro cognitivo

+ pensamientos pesimistas

+ pensamientos pesimistas

+ estigma de ser socialmente inadaptados

+ víctimas de maltrato

3

INTERVENCIONES
SOBRE SOLEDAD REALIZADAS
EN EUROPA

Intervenciones en soledad realizadas desde los gobiernos nacionales, regionales o locales y con diferentes entidades de la sociedad civil y organizaciones privadas que han mostrado sus beneficios y que enmarcan diversos proyectos.

Destacaremos las estrategias para hacer frente a la soledad de Países Bajos, Reino Unido y Francia.

NEIGHBOURS CONNECTED: HEALTHY AGEING



frontiers
in Sociology | Sociological Theory

SECTION ABOUT ARTICLES RESEARCH TOPICS FOR AUTHORS EDITORIAL BOARD ARTICLE ALERTS

< Articles

ORIGINAL RESEARCH ARTICLE
Front. Sociol., 30 May 2019 | <https://doi.org/10.3389/fsoc.2019.00046>

Check for updates

Download Article Export citation

Help From and Help to Neighbors Among Older Adults in Europe

 Alexander Seifert^{1,2*} and  Ronny König²

¹University Research Priority Program "Dynamics of Healthy Aging", University of Zurich, Zurich, Switzerland
²Institute of Sociology, University of Zurich, Zurich, Switzerland

2,798
TOTAL VIEWS

Altmetrics 3

View Article Impact

NO ISOLATION

126,000 personas de 75 años o más en Holanda tienen contacto con sus familiares una vez al mes o menos.

NO ISOLATION es una startup que trabaja con los gobiernos (alemán, holandés, noruego, británico) ha desarrollado el sistema KOMP que ayuda simplificar la comunicación entre generaciones, con un uso muy sencillo a través de un robot (robot AV1). Permite compartir fotos, mensajes y hacer video llamadas para relacionar a abuelos con nietos.

Se ha utilizado para reducir el aislamiento de los niños que tienen enfermedades de larga duración y no pueden acudir a la escuela. De este modo, pueden relacionarse con sus compañeros de clase sin acudir al aula. En UE son 500.000 los niños que no pueden acudir a clase.

Reino Unido

Minister for Loneliness



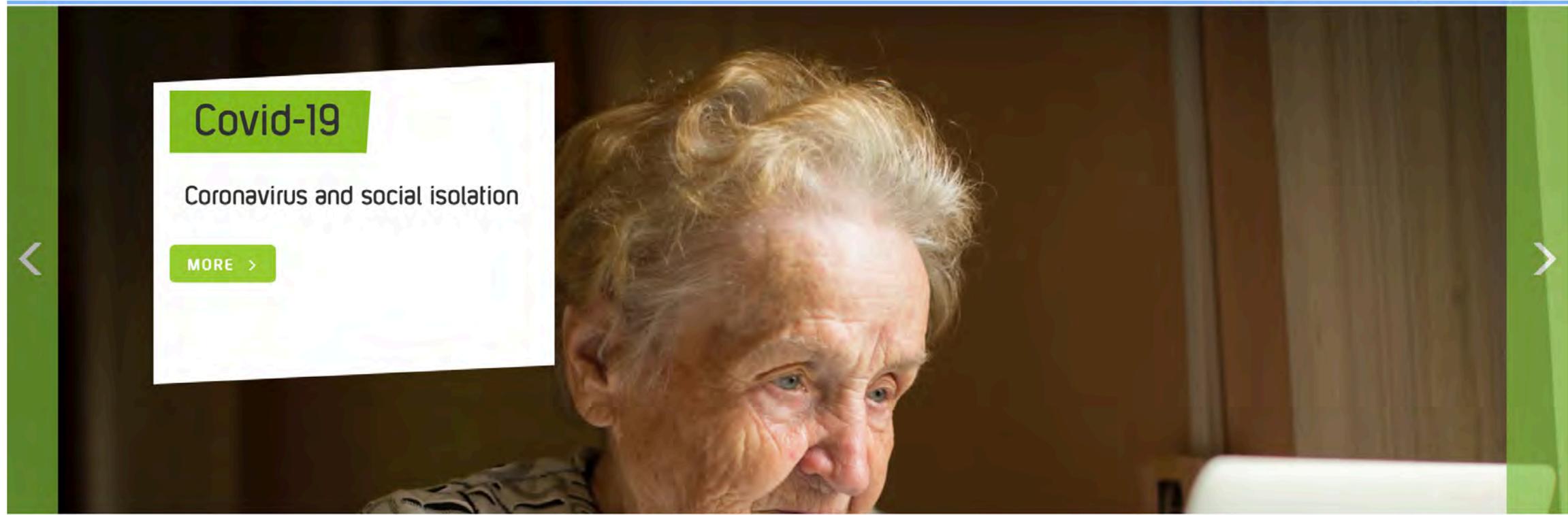
Loneliness Strategy

Tackling the stigma of loneliness
Promoting the importance of social connections
Social prescribing scheme

LONELINESS CAMPAIGN

#LetsTalkLoneliness campaign was born, to encourage everyone to start the conversation and say it's OK to feel lonely and it's okay to talk about it.

END LONELINESS, UK y más



MARMALADE TRUST

-Christmas Day Lunch & Loneliness Awareness Week, June.

-**Buddy Scheme**, connects volunteers with people experiencing loneliness, round to help people to reach out and make positive changes within their own lives and communities.

Sugiere ideas para salir de casa y conectar con otros

invite neighbours around for tea

arrange a street party

instigate a group lunch at work

organise a picnic with new mums

plan a games night

arrange a group cycle

MARMALADE TRUST

Sugieren dos líneas de trabajo:

Hablar de la soledad

Reducir el estigma asociado a la soledad

reconoce

identifica

acción

SILVER LINE

The Silver Line

helpline for older people

0800 4 70 80 90

[What we do](#)

[Who We Are](#)

[Get Involved](#)

[Coronavirus](#)

[Contact Us](#)

[Donate now](#)



'I long for the sweetness of a grandchild's hug' - read Dame Esther Rantzen's latest blog

Need help? Call us ANYTIME on: **0800 4 70 80 90**

MONA LISA

[Accueil](#)

[Solitude](#)

[Gouvernance](#)

[Equipes citoyennes](#)

[Partenariat](#)

[Actualités](#)

[Formation](#)

[Documentation](#)

[Accès réservé](#)

[Projet Regarde-moi](#)

[Contact](#)



MONALISA GARD

Ensemble, mobilisés contre l'isolement de nos aînés

MONALISA GARD

Mobilisation nationale contre l'isolement des âgés

La Mobilisation nationale contre l'isolement des âgés du Gard rassemble depuis 2014 ceux qui font cause commune contre l'isolement social des personnes âgées à travers un partenariat inédit entre la société civile et la puissance publique.



FONDATION DE FRANCE

Desde 1975

Luchando contra el aislamiento de las personas mayores y los guettos desde la intergeneracionalidad

Barrio intergeneracional: **Atout'age**, Saint-Apollinaire, Côte d'Or

Radio intergeneracional Europe 1, en Rhodéz

Proyectos culturales de diferentes edades con artistas e interpretes, en EHPAD

Poner en valor la participación de las personas mayores en la vida social, en la **Semaine Bleue**, Semana nacional de las personas mayores

Destaca la Intergeneracionalidad en los proyectos de la Fondation de France contra la soledad

y el trabajo que realizan con todas las edades, pues los jóvenes y las personas con enfermedades crónicas, que también se sienten solos.

LES PETITES FRÈRES DES PAUVRES

PETITS FRÈRES
DES PAUVRES
Non à l'isolement de nos aînés



Nos actions

Qui sommes-nous

DEVENIR BÉNÉVOLE

FAIRE UN DON

LES PERSONNES ÂGÉES,
POPULATION LA PLUS EXPOSÉE
AU RISQUE DE SUICIDE

[EN SAVOIR PLUS ↗](#)



Resumiendo:

¿Dónde?	¿Quién?	Tema central
PAISES BAJOS	<i>NO ISOLATION</i>	Robots
	<i>PROJECT ESC@PE</i>	Aumento de competencias digitales
	<i>NEIGHBOURS CONNECTED</i>	HEALTHY AGEING
REINO UNIDO	<i>MARMALADE TRUST</i>	Reducir el estigma Hablar de soledad
	<i>END LONELINESS</i>	BE MORE US
	<i>SILVER LINES INITIATIVE</i>	Videollamadas
FRANCIA	<i>FONDATION DE FRANCE</i>	Intergeneracionalidad Aislamiento de los jóvenes Personas con enfermedad crónica
	<i>ACODEGE</i>	Arquitectura asociativa
	<i>PETITS FRERES DES PAUVRES</i>	Vinculos
	<i>MONALISA</i>	Voluntariado

Resumiendo...

- Que la soledad afecta a muchas personas de todos los grupos de edad en todos los países.
- Que se conocen ya los factores de riesgo.
- Que son necesarios más estudios nacionales sobre la soledad, longitudinales, en población de diferentes grupos de edad.
- Que aún debemos saber más acerca de cómo afecta la soledad y el aislamiento a variables psicosociales, emocionales, cognitivas y de salud.
- Que es necesario desestigmatizar la soledad para que las personas puedan hablar de ella.
- Que son muchos y muy variados los modos de luchar contra la soledad no deseada, pero que hay poca evaluación de las intervenciones realizadas. Se necesitan más intervenciones coste-eficaces.
- Que es un tema relevante para las políticas públicas, pero es necesario que los esfuerzos sean coordinados y el trabajo se realice en red optimizando los recursos.

“Nadie debería sentirse solo o abandonado sin nadie a quien acudir. La soledad es un asunto importante que afecta a personas de todas las edades y entornos y es correcto que lo abordemos desde el Gobierno de manera prioritaria”

Minister for Loneliness, Tracey Crouch