

(05)

“CREANDO NEXOS”: ESTUDIO PILOTO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL PARA LA GENERACIÓN DE VÍNCULOS SOCIALES SIGNIFICATIVOS

“CREANDO NEXOS”:

A PILOT STUDY OF A PSYCHOSOCIAL INTERVENTION PROGRAM
FOR THE GENERATION OF SOCIAL SIGNIFICANT LINKS

Autor: Juan Lázaro Mateo

1Centro de Referencia Estatal de Atención Psicosocial para personas con trastorno mental grave (CREAP), perteneciente al Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

Datos de contacto: juanlazaro@imserso.es



Resumen

El presente estudio piloto evaluó la eficacia del programa de socialización Creando Nexos en la reducción de la soledad y los síntomas depresivos, así como en el fortalecimiento de la vinculación grupal en personas adultas. Treinta participantes fueron asignados a un grupo experimental, que recibió la intervención, o a un grupo control sin tratamiento. Ambos grupos completaron medidas pre y post intervención empleando la escala UCLA-3, el cuestionario PHQ-9 y la escala EVGL-7. Los análisis mostraron mejoras significativas en el grupo experimental en todos los indicadores evaluados, acompañadas de tamaños del efecto elevados, mientras que el grupo control no evidenció cambios relevantes. Asimismo, las comparaciones entre grupos revelaron diferencias significativas en las puntuaciones de cambio, confirmando la eficacia preliminar del programa. A pesar de las limitaciones asociadas al tamaño muestral y al carácter piloto del estudio, los resultados sugieren que Creando Nexos es una intervención prometedora para reducir la desconexión social y promover el bienestar emocional. Se discuten las implicaciones prácticas y las líneas de investigación futura necesarias para consolidar estos hallazgos.

Palabras clave:

Trastorno mental grave; Soledad; Depresión; Vinculación grupal; Intervenciones psicosociales; Estudio

Abstract

This pilot study evaluated the effectiveness of the Creando Nexos socialization program in reducing loneliness and depressive symptoms, as well as strengthening group bonding among adults. Thirty participants were assigned to an experimental group, which received the intervention, or to a control group without treatment. Both groups completed pre- and post-intervention assessments using the UCLA-3 Loneliness Scale, the PHQ-9 Depression Questionnaire, and the EVGL-7 Group Bonding Scale. The analyses revealed significant improvements in the experimental group across all outcome measures, accompanied by large effect sizes, whereas the control group showed no meaningful changes. Furthermore, between-group comparisons indicated significant differences in change scores, supporting the preliminary effectiveness of the program. Despite limitations related to the small sample size and the exploratory nature of the study, the findings suggest that Creando Nexos is a promising intervention for reducing social disconnection and promoting emotional well-being. Practical implications and future research directions needed to consolidate these results are discussed.

Keywords:

Several mental disorder; Loneliness; Depression; Group bonding; Psychosocial interventions; Pilot study; Social well-being.

Introducción

La soledad en sí misma, como situación objetiva, es el hecho de no compartir la cotidianidad con nadie, ni a nivel social, ni de familia, ni de pareja. La soledad en sí misma puede ser una situación deseada o no, por la persona. Pero más importante que la situación objetiva de si una persona pasa sus días en soledad o acompañada, es si se siente sola y hasta qué punto esto le afecta (Masi, Chen y Cacioppo, 2011). La cuestión relevante es la autopercepción que pueda tener sobre sentirse sola y lo grave que eso le pueda resultar, lo cual puede darse tanto si la persona cuenta con una red social como si no, porque el sentimiento o autopercepción de soledad es totalmente subjetivo. La soledad no deseada, como se la suele llamar en España, o soledad sin más, es un fenómeno relacional, que toma forma en el hecho mismo de la relación entre sujetos, por lo que no puede conceptualizarse como que la persona “esté sola” (Formoso, 2024), sino más bien que se sienta sola. Se puede compartir la cotidianidad con compañía, pero si esta no cubre las necesidades emocionales el sentimiento de soledad puede aparecer igualmente y verse gravemente afectada la salud mental en cualquier momento de la vida (Mund et al., 2020). Vivir solo o sola tiene una connotación positiva, ya que permite dedicar más tiempo de calidad a actividades personales y al bienestar. La soledad, por el contrario, tiene implicaciones más perjudiciales, ya que apunta a un desapego emocional de los demás y de la sociedad (Bosma et al., 2015; Tani et al., 2022).

Este fenómeno ha recibido muchas definiciones a lo largo de décadas. Sullivan (1953) ya lo describió como una experiencia desagradable que se asocia con la insatisfacción de la necesidad de intimidad interpersonal. Peplau y Perlman (1982) la definieron como la experiencia desagradable que ocurre cuando la red social de una persona es deficiente, bien cualitativa o cuantitativamente. West, Kellner y Moore-West (1986) la definieron como el resultado de las limitaciones percibidas en las relaciones sociales de la persona. Mikulincer y Segal (1990) la consideraban una experiencia subjetiva y multidimensional definida por el conjunto de afectos que experimentan las personas que la viven. Cacioppo y Patrick (2008), propusieron que la soledad no deseada es un mecanismo orgánico inscrito genéticamente, mediante el proceso evolutivo, que alerta al ser humano del aislamiento social que pondría en riesgo su reproducción en tanto que especie. Más recientemente ha sido definida como la percepción subjetiva de una insatisfacción por las relaciones existentes (Castro-Blanco, 2020). A lo largo de los años se han ido sucediendo los abordajes desde todos los prismas teóricos, tanto el biologicista, como el psicológico y el sociológico, pero una de las carencias notables es la de abordajes multidimensionales, más próximos a la realidad multifactorial humana (Formoso, 2024). Cuando la persona se autopercebe en situación de soledad, puede sufrir consecuencias psicológicas adversas como una mayor reactividad al estrés (Brown, Gallagher y Creaven, 2018), ansiedad, depresión, alteraciones del sueño o falta de energía (Luanai-gh y Lawlor, 2008). Incluso incrementa su riesgo de mortalidad temprana por suicidio (Holwerda et al., 2012; Holt-Lunstad et al., 2015; McClelland, et al., 2020; Gomboc et al., 2022).

Como principales causas se han identificado varias. Por un lado, en los países industrializados se evidencia un deterioro en la cantidad y en la calidad de las relaciones sociales. Esta situación es debida a diferentes factores, entre los que destacan: una reducción de la convivencia intergeneracional, la dificultad para relacionarse con los demás, derivada de factores intrínsecos o personales, una mayor movilidad social, un retraso en la edad de matrimonio, una mayor proporción de hogares unipersonales, un mayor número de divorcios o un envejecimiento poblacional unido a un aumento de las situaciones de dependencia (McPherson y Smith-Lovin, 2006; Putnam, 2000). A medida que aumenta la edad, también aumenta el número de factores de riesgo de soledad, como la viudez y las discapacidades físicas (Aartsen & Jylhä, 2011). Otro factor de riesgo es la pereza que algunas personas sienten por esforzarse en mantener candentes sus relaciones interpersonales. Este fenómeno ya fue estudiado hace décadas y fue acuñado como “pereza social” por Latané, Williams y Harkis (1979). La pereza social es más acusada en unas personas que en otras. Cuando la persona se siente plena aun viviendo sola, la pereza social es habitual, pero lleva al aislamiento y pérdida de vínculos personales, lo cual inicialmente no le importa, pero años más tarde, si aparece el sentimiento de soledad, quizá no le quede ninguna relación personal recuperable. Más allá de la antigüedad del término, la incidencia de este fenómeno ha sido ampliamente investigada (Karau y Williams, 1993; Liden et al., 2004; Simms y Nichols, 2014; Karau y Wilhau, 2020).

También es relativamente frecuente sentir soledad en el entorno laboral, ya que el 11% de la población activa se siente sola o aislada en su trabajo (Jopling, McClelland y Proffitt, 2023).

En el caso de los más jóvenes, un factor de riesgo generador de soledad es el uso abusivo de las redes sociales virtuales en detrimento de las relaciones personales presenciales (Ros, y Gutiérrez, 2022). El consumo de contenidos en Internet, redes sociales y plataformas de emisión en directo o streaming, ha aumentado considerablemente en los últimos años. Una de las principales razones por las que las personas consumen este tipo de contenido es aburrimiento; la otra razón importante es la soledad no deseada. Ambos, la necesidad de entretenimiento y de compañía se satisface consumiendo contenido en streaming en comunidades virtuales como las que pueblan la plataforma Twitch (Velasco, y Manjón, 2022). En los jóvenes, la soledad no deseada provoca problemas adicionales a los ya citados. Por ejemplo, el sentimiento de soledad en adolescentes favorece el bajo rendimiento e incluso el fracaso académico (Jefferson, Barreto, Verity y Qualter, 2023). La alternativa para reducir el riesgo de soledad social en jóvenes es que estos reduzcan el uso de las redes virtuales e incrementen las actividades en la comunidad y las relaciones interpersonales (Goodfellow, 2022).

La población de personas mayores como colectivo es el que más número de personas tiene en situación de soledad, sin embargo respecto a proporción intragrupo, es la población psiquiátrica, es decir, las personas con trastornos mentales graves la que sufre un mayor índice de soledad (Pielage, Luteijn y Arrindell, 2005; Yarnoz, 2008). En España hay más de 1.400.000 personas que sufren problemas graves de salud mental. Teniendo en cuenta que el porcentaje de la población psiquiátrica que sufre soledad está actualmente cerca del 34% (Heron et al., 2022), la cifra aproximada es de unas 476.000 personas. También la población de personas sin hogar sufre una alta incidencia de casos de soledad no deseada, teniendo frecuentemente problemas de adicciones o trastornos mentales graves que han provocado que sus seres queridos los acaben abandonando (Bachiller, 2010).

Las personas que cursan con deterioro cognitivo moderado o severo o con demencias pueden buscar la soledad o el aislamiento, ya que les aporta cierta tranquilidad. Se trataría por un lado de respetando su tendencia, procurar que el aislamiento no se cronifique porque probablemente afecte a agravar su deterioro por un lado y por otro lado se debería garantizar su calidad de vida o grado de bienestar como medida de éxito (Gallego, 2025). Del mismo modo, las personas que sufren discapacidad psicosocial a causa de un trastorno mental grave, muestran a menudo tendencias voluntarias al aislamiento cuando se agravan los síntomas (Correll et al., 2020), pero su propio aislamiento voluntario a largo plazo es reforzador de la sintomatología negativa, estableciéndose una bidireccionalidad causal (da Rocha et al., 2017) que lleva una espiral de aislamiento voluntario y sintomatología derivada del mismo (Lim et al., 2018), que debe ser interrumpida de forma externa por profesionales o por seres queridos de la persona, para evitar la autodestrucción (Lim et al., 2018), mediante intervenciones que incrementen el apoyo social y la participación en redes familiares, comunitarias o profesionales, pueden romper este círculo, reduciendo la soledad y mejorando tanto los síntomas como el pronóstico en trastorno mental grave.

Yang y Víctor, (2011) realizaron en 2011 un estudio sobre soledad en 25 naciones europeas, analizada por tres rangos de edad: menores de 30 años, el siguiente tramo llega hasta los 59 años y por último de 60 en adelante. Los resultados de este estudio mostraron que 15 naciones, incluida España, tienen un índice de SND superior al 10% en las personas mayores, sufriendo los índices más altos Polonia (20,1%), Hungría (20,1%), Rusia (24%) y Ucrania (34%). El estudio dividió estas 25 naciones en tres grupos en función de los índices de SND.

Según los resultados de la encuesta publicada por el EUROSTAT en 2017, los hogares unipersonales han aumentado significativamente en Europa. La proporción de hogares con una o dos personas fue 3,6 puntos porcentuales mayor en 2016 que en 2007. Por el contrario, la proporción de hogares con cuatro miembros o más disminuyó 1,7 puntos. En 2016, los hogares unipersonales representaban el grupo más grande de la UE. El 32,5% de los hogares estaba formado por una sola persona, el 31,2% por dos personas y sólo el 14% por cuatro personas (EUROSTAT, 2017).

En cuanto a la repercusión económica en Europa de la soledad, el estudio de Burlina y Rodríguez-Pose (2023), muestra que las regiones con mayor proporción de personas sociables que interaccionan entre sí impulsa la actividad económica y el crecimiento, mientras que por el contrario, las regiones con mayor índice de personas con baja socialización tienen un menor desarrollo económico. Una situación similar a la descrita por Klinenberg (2012) para el caso de Estados Unidos. Ese menor desarrollo de la región también se refleja a nivel individual de esas mismas personas con bajos índices de interacción social, que a su situación de SND tienen que sumar

dificultades económicas. La soledad y la circunstancia que a menudo rodea a las personas que la sufren, frecuentemente las conduce a sufrir depresión e incluso a tener ideas de suicidio. Los estudios a nivel europeo demuestran también que las regiones con mayores índices de soledad tienen frecuentemente mayores tasas de suicidios (Lee, 2023).

En el caso de España, el estudio de 2011 de Yang y Víctor sobre la incidencia de la SOLEDAD en 25 países europeos, mostró que el 4,4% de los menores de 30 años en nuestro país la sufrían, además del 6,5% de las personas de hasta 59 años y el 11,5% de los mayores. En enero de 2022, el número de personas de 65 y más años en España era de 9.947.700 lo que supone un 21% de toda la población (INE, 2020). De estos, el 11,5% está en situación de SOLEDAD, es decir 1.143.985 y aproximadamente 200.000 de ellos sufren un trastorno mental grave. Lo que implica que cuando fallezcan sus familiares más cercanos no tendrán a nadie.

Más recientemente, uno de los acontecimientos mundiales de mayor relevancia sanitaria, la pandemia de Covid-19 y principalmente los confinamientos que se decretaron para atajarla, pusieron de manifiesto la gran cantidad de personas que sufren el problema de la soledad no deseada. Según el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) (2021a:6-7), durante la pandemia y confinamiento de 2020 los sentimientos de soledad afectaron de alguna manera a porcentajes importantes de la población española: un 35,9% de los españoles y españolas se sintieron en soledad en algún grado durante la pandemia, mientras que el 61,1% tuvo miedo en algún momento a estarlo. Estos datos, en su estratificación muestran una concentración de niveles de soledad muy alta en los grupos de edad de entre 18 y 34 años, de alrededor del 50% (CIS, 2021b:12).

En cuanto al impacto económico en España, según el Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada (SoledadES), los costes tangibles de la soledad no deseada se situaron en el año 2021 en torno a 14.141 millones de euros, representando esta cifra el 1,17 % del PIB de España para ese año. Del mismo modo, la soledad no deseada genera una reducción en la calidad de vida equivalente al 2,8 % del total de Años de Vida Ajustados por Calidad (AVAC) de la población española mayor de 15 años. (Casal, Rivera y Rodríguez, 2023).

Existen a día de hoy experiencias de intervención en soledad no deseada desde diferentes paradigmas y abordajes, como el mindfulness (Lindsay, Young, Brown, Smyth, Creswell, 2019), la terapia asistida con animales (Banks y Banks, 2002), terapias online (Saulsberry, et al., 2013; Lim et al., 2020), terapias artísticas (Pitkala, Routasalo, Kautiainen, Sintonen y Tilvis, 2011), muchas terapias con enfoques cognitivos (Conoley y Garber 1985; Ogrodniczuk, Joyce y Piper, 2003; Salloum y Overstreet, 2012; Mendelson et al., 2013; O'Mahen et al., 2014; Gawrysiak, Nicholas, Hopko, 2009; Zang, Hunt, Cox, 2013 y 2014).

Sin embargo, varias revisiones (Cattan, White, Bond y Learmouth, 2005; Fokkema y Van Tilburg, 2007; Masi, Chen, Hawkey y Cacioppo, 2010), indican que sólo unas pocas intervenciones son efectivas. Las que más eficacia han demostrado son las que tienen una base de intervención psicológica (Gardiner y Geldenhuys, 2016). Estas abordan prioritariamente la cognición social desadaptativa y en segundo lugar generan oportunidades para conocer a otros, enseñar habilidades sociales o aumentar el apoyo social (Masi et al., 2010). Pero más eficaces todavía son las intervenciones integradoras, que incluyen ambas partes, habiendo actualmente una carencia de programas integradores multidimensionales (Formoso, 2024).

Respecto a la duración habitual de las intervenciones en soledad no deseada, el promedio de duración de los programas de intervención es de 16,4 semanas (Masi, Chen y Cacioppo, 2011), habiendo programas que consiguen objetivos terapéuticos en unas pocas semanas, como el de Banks y Banks (2002) o el de Lim y sus colaboradores (2020) que tienen ambos una duración de 6 semanas y otros como el de Fokkema y Knipscheer (2007) que se prolonga hasta los 3 años.

Otro factor importante es el del tamaño del grupo. Como indica Alcover (1999), no hay un modo sencillo para determinar el tamaño ideal de un grupo, ya que depende de múltiples factores como los objetivos del grupo, la relación entre sus miembros o las características individuales. Para el objetivo de generar vínculos que reduzcan la soledad no deseada, los grupos grandes tienen desventajas, como la generación de subgrupos y divisiones con facilidad, algunos miembros quedarán excluidos, además de que el tiempo será insuficiente para examinar y comprender todas las interacciones de cada uno de los miembros (Vinogradov, 1996). Los grupos pequeños por otra parte, vienen mostrando un gran potencial desde hace décadas (Knobloch y Knoblochva, 1964), siendo una de las mejores opciones en el tratamiento de la soledad no deseada.

Se debe tener en cuenta que con dos personas no hay grupo, es una pareja, y en cuanto falle una de las dos, la otra se queda sola, por lo que el mínimo sería de tres personas, aunque es preferible un tamaño grupal de cuatro o cinco miembros (Vinogradov, 1996). Por otro lado, a partir de seis participantes ya se puede considerar grupo y no grupo reducido, con su consiguiente riesgo de segregación y desvinculación (Burlingame, McClendon y Alonso, 2011). Por lo tanto, el tamaño idóneo de los grupos de intervención comunitaria contra la soledad no deseada estaría entre 3 y 5 participantes.

En cuanto a la duración de las sesiones, se necesitan de veinte a treinta minutos para que el grupo vaya entrando en materia, superando las reticencias a expresarse con confianza y al menos son necesarios 60 minutos para trabajar en los temas más importantes de la sesión. Hay un punto de rendimiento decreciente, ya que al cabo de dos horas la mayoría de los terapeutas se dan cuenta de que empiezan a fatigarse, y el grupo se cansa y se vuelve repetitivo, por lo que la duración adecuada de las sesiones está entre 90 y 120 minutos (Yalom, 1985).

Para facilitar la cohesión, del grupo es de gran utilidad que este sea homogéneo, ya que en general las personas prefieren unirse a otras en las que perciben características, actitudes o rasgos parecidos a los suyos (Seminotti, 2001). Sin embargo, la heterogeneidad del grupo terapéutico ayuda a que se den menos situaciones de bloqueos o pensamientos monofocales, aportando pensamiento divergente (Alcover, 1999). Esto es útil cuando el grupo debe solucionar tareas o evolucionar, pero cuando se trata de generar cohesión contra la soledad no deseada, cuidar la fortaleza del vínculo es prioritario, por lo que en este caso son preferibles los grupos heterogéneos.

Los programas de intervención contra la soledad no deseada, plantean abordajes tanto de tratamientos individuales como grupales. Los programas individuales pueden ser eficaces, especialmente los tratamientos psicológicos (Barreto et al., 2020; Hickin et al., 2021; Jarvis et al., 2019; Masi et al., 2011). Pero a menudo no lo son tanto para personas que se encuentran en ciertas situaciones, como la soledad total objetiva, es decir, no tener pareja, no tener ningún familiar vivo y no tener ningún amigo. Tampoco son altamente eficaces para casos de personas marginadas por su condición, como ocurre con población psiquiátrica (Yarnoz, 2008), ni con migrantes en muchos casos (Delaruelle, 2023), personas mayores, etc. Para poder abordar los casos más difíciles se requiere un programa que combine intervenciones grupales con intervenciones individuales y que trabaje tanto aspectos cognitivos, como conductas sociales en el medio comunitario (Alba y Crespo, 2023).

El programa FEP (Friendship enrichment programme) es un programa dirigido y validado para mujeres mayores (Stevens, 2001). Este programa anima a las participantes a tomar conciencia de sus propias necesidades y deseos sociales, analizar su red social existente, reflexionar sobre sus expectativas de amistad, mejorar la calidad de las amistades existentes y desarrollar nuevas amistades. El programa combina el entrenamiento en habilidades sociales con debates guiados que brindan a los participantes la oportunidad de tomar conciencia de cogniciones sociales o comportamientos sociales desadaptativos. Bouwman, Aartsen, van Tilburg y Stevens (2017), realizaron una adaptación de este programa de enriquecimiento de la amistad, FEP por sus siglas en inglés, centrado en estimular diversas estrategias de afrontamiento para aliviar la sensación de soledad. Las tres estrategias trabajadas en este programa son: el desarrollo de redes, la adaptación de los estándares de relación y la reducción de la importancia de la discrepancia entre las relaciones reales y deseadas. Los resultados no mostraron una mejoría en las puntuaciones de soledad, por lo que, aunque el programa FEP sí es efectivo en formato presencial, no lo es tanto al aplicarlo mediante dispositivos digitales.

Aunque las herramientas telemáticas tienen su utilidad, no se deben obviar las ventajas de estar presente para reducir el malestar psicológico (Martín-Asuero y de la Banda, 2007). Debemos aprender de todos los estudios que están demostrando cómo las redes sociales virtuales, incluso las de interacción en directo, están propiciando el sentimiento de soledad en quienes las usan (Velasco, y Manjón, 2022; Ángel-Franco y Alzate-Marín, 2015). Estos estudios apuntan a que los recursos telemáticos no son la alternativa eficaz frente a los abordajes presenciales de la soledad no deseada, sino que a lo sumo podrían ser un complemento.

El programa Creando Nexos se diseñó en base a las necesidades señaladas en la bibliografía acerca de la soledad social que con frecuencia sufren las personas con discapacidad psicosocial causada por un trastorno mental grave. En este artículo se detalla el estudio piloto realizado en el Centro de Referencia Estatal de Atención Psicosocial a personas con trastorno mental grave (Creap), dependiente del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imsero), sobre la potencial eficacia terapéutica de este programa para la generación de vínculos sociales significativos.

- 1. Hipótesis principal:** El programa Creando Nexos reduce significativamente los sentimientos de soledad social de sus participantes respecto a sus puntuaciones previas a la intervención.
- 2. Hipótesis 2:** Los participantes que consigan generar una buena vinculación con el grupo, reducirán su ideación autolítica.
- 3. Hipótesis 3:** Los participantes que consigan generar una buena vinculación con el resto del grupo reducirán su sintomatología relacionada con afectividad depresiva.

Metodología

Para el diseño del programa, se realizó en primer lugar una revisión bibliográfica, teórica y metodológica, sobre teoría del vínculo, roles sociales, programas de socialización, programas de entrenamiento de habilidades sociales, programas de ocio y programas de entrenamiento emocional, a partir de la cual se construyó una estructura primordialmente centrada en la experiencia de los participantes y con baja carga psicoeducativa, ya que la bibliografía evidencia un panorama sobresaturado de intervenciones con una alta carga cognitiva, en detrimento de las intervenciones más centradas en la conducta prosocial en sí misma. En segundo lugar, se realizó una implementación prematura con un grupo pequeño de personas con trastornos mentales graves, a modo de estudio de viabilidad, el cual ya mostró resultados positivos y permitió perfeccionar el programa para la posterior ejecución del estudio piloto que refleja este artículo.

En la prueba de viabilidad se observaron además aspectos cualitativos que se tuvieron en cuenta después en la ejecución de este estudio piloto. Uno de los más relevantes fue el rechazo no explícito de los participantes a utilizar la terminología relacionada con la soledad. A pesar de que estaban participando voluntaria y explícitamente por ese motivo, ninguno nombró el programa como el programa contra la soledad, sino que utilizaron expresiones como "el grupete" y similares. Por ello, en la siguiente versión del programa se hizo apenas una mención mínima a la soledad, que se planteó únicamente como una de las diferentes problemáticas que este programa puede ayudar a mejorar. En la versión final implementada en este estudio piloto, en todo momento se hizo referencia al programa desde una perspectiva positiva, no focalizada en el problema sino en el objetivo, generar vínculos personales significativos. Al no nombrarles la soledad en absoluto, los participantes del estudio piloto fueron ciegos a los objetivos de la investigación, pero los profesionales sí los conocían, por lo que el blinding fue solamente de "simple ciego". [JL1.1] Para este estudio, se realizó un diseño experimental con grupo control y asignación aleatoria.

Participantes

Se hizo un cribado a 36 personas usuarias del Creap, a partir del cual se descartaron a 6 de ellas por los criterios de exclusión del estudio, de modo que finalmente se obtuvo una muestra válida de 30 personas con un diagnóstico psiquiátrico, atendidas en el Centro de Referencia Estatal de Atención Psicosocial para personas con trastorno mental grave (Creap), centro dependiente del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imsero). La edad media fue de 40.83 años (DT = 9.19), con un rango de 28 a 56 años. El 23.3% de la muestra se identificó como mujer (n = 7) y el resto como hombre (n = 23). Todos los participantes fueron evaluados con los mismos instrumentos antes y después de aplicar el programa. Se asignaron aleatoriamente a ambos grupos, control y experimental. El grupo control participó en un programa de ocio y socialización común, ofrecido habitualmente en este mismo centro como parte de la oferta terapéutica, en el que las actividades de socialización y ocio no tienen objetivos previstos de generar a propósito vínculos significativos, más allá de los que pudieran surgir espontáneamente. Posteriormente, dentro de los grupos experimentales, se repartieron aleatoriamente los participantes en subgrupos de 5 personas. El tamaño de estos subgrupos es una característica del programa, ya que se diseñó para ser implementado en grupos de entre 3 y 5 participantes, para facilitar la confianza y el vínculo. Los participantes no realizaron otras actividades relacionadas con la socialización, ocio o habilidades sociales durante el estudio, para reducir el riesgo de introducción de variables confundentes. [JL2.1]

- **Criterios de inclusión:** todas las personas con trastorno mental grave del centro que cumplieren criterios de soledad en la administración de la escala de cribado y quisiesen participar en el programa voluntariamente.
- **Criterios de exclusión:** personas a las que el cribado identificó como personas sin sentimientos de soledad.

Instrumentos

El diseño de la evaluación sigue la técnica multifactorial propuesta por Vlaming y sus colaboradores (2010). Se utilizó una batería de pruebas basadas en la evidencia, formada por las escalas descritas a continuación. Los ítems de las pruebas se introdujeron en un cuestionario digitalizado, administrado por profesionales del equipo sociosanitario transdisciplinar, mediante el cual las respuestas numéricas quedaron automáticamente registradas en una tabla, evitando así errores de tabulación de datos. Se impartió una formación extensa sobre la evaluación y también sobre el programa a los técnicos que lo implementaron, facilitándoles el material y posteriormente se les asesoró durante la implementación.

Escala UCLA-3

La UCLA-3 (Russell, 1996) es una versión breve derivada de la escala UCLA (Russell, Peplau y Cutrona, 1980) de 20 ítems, diseñada para grandes encuestas y entrevistas telefónicas. Se compone únicamente de los tres indicadores con mayor carga en el factor de soledad (“falta de compañía”, “sentirse excluido”, “sentirse aislado”), con un formato de respuesta de 3 puntos (1 = casi nunca, 2 = a veces, 3 = frecuentemente); la puntuación total es la suma (rango 3–9), donde valores más altos reflejan mayor soledad. En muestras poblacionales de EE. UU., el instrumento mostró consistencia interna adecuada para una escala de 3 ítems ($\alpha \approx .72$), alta correlación con la versión larga ($r \approx .82$) y validez convergente con síntomas depresivos y estrés, apoyando su uso como indicador global parsimonioso de soledad percibida. La adaptación española (Trucharte, 2023) confirma una estructura unifactorial, consistencia interna buena ($\alpha = .82$) y asociaciones en la dirección esperada con depresión, ansiedad, paranoia y bienestar en una muestra representativa nacional (N \approx 1950), además de proporcionar valores normativos. Los ítems en español recomendados son: “¿Con qué frecuencia sientes que te falta compañía?”, “¿...te sientes excluido?” y “¿...te sientes aislado de los demás?”, manteniendo el mismo esquema de respuesta y cómputo. Estos resultados avalan la equivalencia métrica y la idoneidad de la UCLA-3 para monitorización poblacional de la soledad y estudios epidemiológicos en España.

Cuestionario PHQ-9

El PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) es un instrumento de autoinforme desarrollado por Kroenke, Spitzer y Williams (2001) dentro del proyecto PRIME-MD para el cribado y la evaluación de la gravedad de la depresión en contextos clínicos y de atención primaria. Consta de nueve ítems que evalúan la frecuencia de los síntomas depresivos en las últimas dos semanas, cada uno correspondiente a los criterios diagnósticos del episodio depresivo mayor del DSM. Sus ítems se puntúan en una escala Likert de 0 a 3, permitiendo obtener un rango total de 0 a 27 puntos. Los autores proponen puntos de corte diferenciados que permiten clasificar la gravedad de la sintomatología, siendo ≥ 10 el umbral recomendado para identificar casos probables de depresión clínicamente relevante. Incluye además un ítem adicional sobre deterioro funcional que no contribuye a la puntuación total.

La adaptación española, realizada por Díez-Quevedo et al. (2001), ha mostrado consistencia interna elevada, adecuada validez convergente con otros instrumentos y diagnósticos clínicos, así como una estructura unidimensional estable. Estas propiedades se han replicado en diversas muestras hispanohablantes, consolidando al PHQ-9 como una herramienta breve, gratuita y eficaz para el cribado, la evaluación clínica, la investigación y el seguimiento de la depresión.

Escala EVGL-7

Se diseñó una escala ad hoc para esta investigación, para la evaluación del vínculo autopercebido de los participantes hacia el resto del grupo. Esta escala se utilizó para medir de forma cuantitativa el progreso de la vinculación subjetiva de los miembros participantes. La escala EVGL-7 (Evaluación del Vínculo Grupal de Lázaro) es una escala breve de autoinforme diseñada para medir la intensidad del vínculo afectivo, cognitivo y social que una persona experimenta hacia un grupo al que pertenece o desea pertenecer. El instrumento está compuesto por siete ítems que evalúan componentes clave del vínculo grupal, incluyendo apoyo percibido, confianza, disfrute de la compañía, cohesión y valoración positiva del grupo. Cada ítem se responde mediante una escala tipo Likert de cinco puntos (0 = Nada, 1 = POCO, 2 = Algo, 3 = Bastante, 4 = Mucho). La escala permitió cuantificar la fuerza autopercebida del vínculo a través de una puntuación total obtenida por el sumatorio directo de los ítems, con un rango posible de 0 a 28 puntos. Por el tamaño muestral no se pueden arrojar datos de validez de esta escala, pero debido a su practicidad demostrada en este estudio se continuará utilizando en posteriores implementaciones del programa hasta alcanzar un tamaño muestral suficiente para evaluar sus características psicométricas.

Descripción de las sesiones

El programa se divide en 10 fases. La primera es la de cribado y la última la de seguimiento, siendo el resto fases de intervención, que engloban un total de 17 sesiones de intervención grupal. De las 17 sesiones, 4 solamente son psicoeducativas, sobre las relaciones sociales y el resto son actividades grupales destinadas a generar un vínculo significativo entre los miembros del grupo, basadas en aquellos factores que las evidencias identifican como claves en la generación y fortalecimiento de vínculos interpersonales. Se estima que el tiempo total de intervención es de 30 horas por grupo.

Análisis estadístico

Se calcularon estadísticos descriptivos para cada grupo y momento de medida. Para evaluar los cambios intra-grupo (pre-post) se realizaron pruebas t de Student para muestras relacionadas, tanto en el grupo experimental como en el grupo control, por separado para cada escala. El tamaño del efecto para los cambios intra-grupo se estimó mediante la d de Cohen para medidas repetidas, calculada como la media de las diferencias dividida por la desviación típica de las diferencias. Para comparar el cambio entre grupos se calcularon puntuaciones de cambio y se realizaron pruebas t para muestras independientes. En este caso, el tamaño del efecto entre grupos se expresó en términos de d de Cohen, utilizando la desviación típica combinada de las puntuaciones de cambio.

Resultados

En el grupo experimental se observó un cambio de la fase pre a la fase post. En las puntuaciones obtenidas mediante la administración de la escala de medición de la soledad UCLA-3, la media pasó de 7.93 (DT = 0.59) a 4.33 (DT = 1.63). La prueba t para muestras relacionadas fue significativa, $t(14) = 7.73$, $p = 0.000$, con un tamaño del efecto grande ($d_z = -1.99$). Se muestran a continuación los descriptivos en la tabla 1.

[Tabla 1]
Descriptivos de la evaluación de la soledad

Grupo	Momento	Media	DT	n
Experimental	Pre	7.93	0.59	15
Experimental	Post	4.33	1.63	15
Control	Pre	8.40	0.51	15
Control	Post	8.40	0.51	15

En el grupo control, la media de puntuación en soledad pre-tratamiento fue de 8.40 (DT = 0.51) y la media post de 8.40 (DT = 0.51). El cambio pre-post fue no significativo, $t(14) = 0.00$, $p = 1.000$, con un tamaño del efecto $d_z = 0.00$.

La comparación de las puntuaciones de cambio (post – pre) entre el grupo experimental y el grupo control mostró una diferencia significativa, $t(28) = -7.56$, $p < 0.000$ aproximadamente, con un tamaño del efecto entre grupos de $d = -2.76$.

Como se puede observar en los datos de la tabla 2, derivados de las mediciones obtenidas con el cuestionario PHQ-9 para evaluación de sintomatología depresiva, en el grupo experimental se observó un cambio de la fase pre a la fase post. En PHQ-9 (depresión), la media pasó de 14.93 (DT = 6.40) a 7.73 (DT = 5.51). La prueba t para muestras relacionadas fue significativa, $t(14) = 8.74$, $p = 0.000$, con un tamaño del efecto grande ($d_z = -2.26$).

[Tabla 2]**Descriptivos de la medición de síntomas depresivos**

Grupo	Momento	Media	DT	n
Experimental	Pre	14.93	6.40	15
Experimental	Post	7.73	5.51	15
Control	Pre	18.47	5.49	15
Control	Post	18.20	5.87	15

En el grupo control, la media pre fue de 18.47 (DT = 5.49) y la media post de 18.20 (DT = 5.87). El cambio pre–post fue no significativo, $t(14) = 0.26$, $p = 0.795$, con un tamaño del efecto $d_z = -0.07$. La comparación de las puntuaciones de cambio (post – pre) entre el grupo experimental y el grupo control mostró una diferencia significativa, $t(28) = -5.33$, $p < 0.000$ aproximadamente, con un tamaño del efecto entre grupos de $d = -1.95$.

Respecto a la evaluación de la vinculación grupal mediante la escala propia EVGL-7, se observó en el grupo experimental se observó un cambio de la fase pre a la fase post. La media pasó de 5.07 (DT = 0.96) a 25.47 (DT = 2.00). La prueba t para muestras relacionadas fue significativa, $t(14) = -46.98$, $p = 0.000$, con un tamaño del efecto grande ($d_z = 12.13$). En la tabla 3 se muestran los estadísticos relativos a la vinculación grupal en ambas condiciones experimentales.

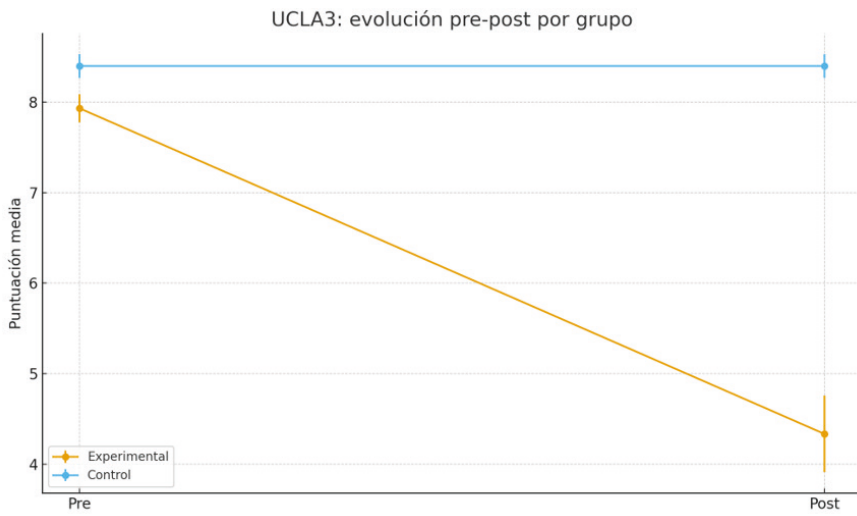
[Tabla 3]**Descriptivos de la vinculación grupal**

Grupo	Momento	Media	DT	n
Experimental	Pre	5.07	0.96	15
Experimental	Post	25.47	2.00	15
Control	Pre	4.67	0.98	15
Control	Post	4.53	0.52	15

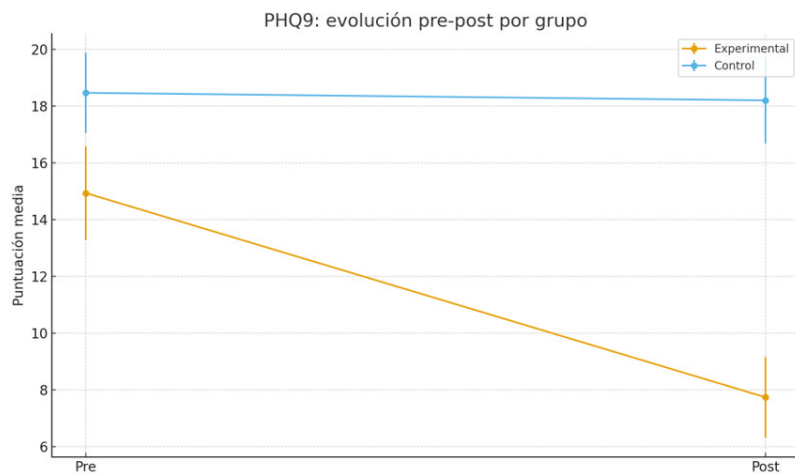
En el grupo control, la media pre fue de 4.67 (DT = 0.98) y la media post de 4.53 (DT = 0.52). El cambio pre–post fue no significativo, $t(14) = 0.41$, $p = 0.685$, con un tamaño del efecto $d_z = -0.11$. La comparación de las puntuaciones de cambio (post – pre) entre el grupo experimental y el grupo control mostró una diferencia significativa, $t(28) = 37.99$, $p < 0.000$ aproximadamente, con un tamaño del efecto entre grupos de $d = 13.87$.

Los siguientes gráficos muestran la evolución de las medias en ambas condiciones experimentales respecto a las tres variables evaluadas. Como se puede observar, el grupo control mantuvo unas puntuaciones medias en las evaluaciones post tratamiento, muy similares a las de la evaluación pre tratamiento, con variaciones estadísticamente insignificantes entre ambos momentos de medición, mientras que las medias grupales en la condición experimental, mostraron un claro descenso en las tres variables.

[Figura 1]
Evolución pre-post por grupo en UCLA3.



[Figura 2]
Evolución pre-post por grupo en PHQ9.



[Figura 3]
Evolución pre-post por grupo en EVGL.



Discusión

El presente estudio piloto tuvo como objetivo evaluar la eficacia inicial del programa de socialización Creando Nexos para reducir la soledad y los síntomas depresivos, así como para promover la vinculación grupal entre los participantes. En consonancia con las hipótesis, los resultados mostraron mejoras significativas en el grupo experimental respecto a su propio rendimiento pre y post intervención, mientras que el grupo control no experimentó cambios relevantes. Además, las diferencias observadas en las puntuaciones de cambio entre grupos fueron consistentes y se acompañaron de tamaños del efecto elevados, lo que respalda la utilidad del programa como intervención psicosocial orientada a disminuir la desconexión social.

En primer lugar, los participantes del grupo experimental mostraron una reducción sustancial en las puntuaciones de soledad evaluadas con la UCLA-3. El descenso significativo en la fase post, junto con un tamaño del efecto grande, sugiere que la intervención favoreció la percepción de conexión con otras personas. Dado que la soledad constituye un factor de riesgo bien establecido para el bienestar psicológico, esta mejora constituye un indicador temprano del valor del programa. Por el contrario, el grupo control mantuvo niveles estables de soledad a lo largo del estudio, lo que refuerza la interpretación de que los cambios observados se deben al programa y no a fluctuaciones temporales o a factores externos no controlados.

En relación con los síntomas depresivos medidos mediante el PHQ-9, también se halló una reducción significativa en el grupo experimental, incluyendo el ítem 9, sobre ideación autolítica, mientras que el grupo control permaneció sin cambios. Estos resultados coinciden con estudios previos que han demostrado que las intervenciones centradas en la interacción social y el apoyo grupal pueden amortiguar el malestar emocional y reducir la sintomatología depresiva. El tamaño del efecto observado sugiere que Creando Nexos podría constituir una herramienta prometedora para complementar intervenciones clínicas o comunitarias tradicionales.

Por último, los datos referentes a la vinculación grupal (EVGL-7) revelaron un incremento notable en el grupo que participó en el programa. Esta mejora fue particularmente marcada en comparación con el grupo control y se acompañó de un tamaño del efecto muy elevado en las puntuaciones de cambio. Este aspecto es especialmente relevante, dado que la sensación de pertenencia y cohesión grupal ha sido relacionada en la literatura con mejoras en el bienestar subjetivo, la participación social y la adherencia a programas psicoeducativos.

A pesar de la solidez de los hallazgos preliminares, el estudio presenta limitaciones que deben ser consideradas. La muestra reducida, característica de un estudio piloto, limita la generalización de los resultados y la estabilidad de las estimaciones estadísticas. Asimismo, la ausencia de aleatorización estricta en la asignación a los grupos podría introducir sesgos no controlados. Futuras investigaciones deberían incorporar muestras más amplias, diseños experimentales robustos y evaluaciones de seguimiento que permitan determinar la persistencia de los efectos del programa a lo largo del tiempo.

En conjunto, los resultados obtenidos sugieren que Creando Nexos es un programa con un impacto positivo sobre la soledad, los síntomas depresivos y la vinculación grupal. Este estudio piloto aporta evidencia preliminar que apoya su implementación y justifica la realización de ensayos experimentales de mayor escala para consolidar su eficacia y establecer sus mecanismos de acción.

En el transcurso y finalización de este estudio piloto, se observaron aspectos que no se midieron, pero que serán tenidos en cuenta para el diseño de la versión definitiva del programa. Por ejemplo, se observó que desarrollaron un vínculo más fuerte los participantes que parecían compartir rasgos de personalidad, en consonancia con lo que indican las evidencias (Campbell, Holderness, & Riggs, 2015).

Limitaciones

A pesar de los resultados prometedores obtenidos en este estudio piloto, es importante considerar varias limitaciones que pueden afectar la interpretación y generalización de los hallazgos. En primer lugar, el tamaño reducido de la muestra ($N = 30$) limita la potencia estadística y aumenta el riesgo de inestabilidad en las estimaciones, especialmente en los tamaños del efecto. Aunque los resultados fueron significativos en varias medidas, estudios con un mayor número de participantes permitirían confirmar con mayor fiabilidad la magnitud de los cambios observados.

Asimismo, el estudio careció de medidas de seguimiento longitudinal que permitan evaluar la estabilidad de los efectos del programa a largo plazo. Es posible que los beneficios detectados inmediatamente después de la intervención disminuyan con el tiempo si no se mantienen oportunidades de socialización o estrategias de vinculación grupal. Por ello, se recomienda que investigaciones posteriores incluyan evaluaciones de seguimiento a medio y largo plazo.

Otra limitación metodológica fue el proceso de blinding o cegado, que no fue más que un simple ciego, puesto que los implementadores, evaluadores y analista de datos conocíamos las características de las condiciones experimentales y los objetivos del estudio. En la planificación del estudio de eficacia para la validación del programa, cuya implementación comenzará próximamente, se ha diseñado un blinding de triple ciego, ya que ni los participantes, ni los implementadores, ni los analistas de datos, conocerán las diferencias entre las condiciones, ni las hipótesis del estudio. Se está formando a un extenso grupo de profesionales de la salud mental de diferentes partes de España, para que supervisen y evalúen la implementación del programa en sus centros y recursos. Ya se les ha explicado el procedimiento diseñado para que no pueda haber filtración de esta información a participantes ni implementadores.

Por último, el estudio se enmarcó en un contexto sociocultural específico, lo que puede limitar la extrapolación de los resultados a poblaciones con características distintas. Factores como las normas sociales sobre la interacción, el grado de apoyo comunitario o el perfil demográfico de los participantes podrían modular los efectos del programa en otros entornos.

En conjunto, estas limitaciones subrayan la necesidad de llevar a cabo investigaciones futuras más amplias y controladas que permitan consolidar y refinar la evidencia preliminar aportada por este estudio piloto.

Conclusiones

El presente estudio piloto proporciona evidencia preliminar del potencial del programa de socialización significativa Creando Nexos para mejorar el bienestar psicosocial de los participantes. Los resultados mostraron reducciones significativas en la soledad y los síntomas depresivos en el grupo experimental, acompañadas de un notable incremento en la vinculación grupal. En contraste, el grupo control no experimentó cambios relevantes en ninguna de las variables evaluadas, lo que refuerza la interpretación de que las mejoras observadas se relacionan directamente con la participación en la intervención.

La magnitud de los efectos encontrados, especialmente en la disminución de la soledad y en el aumento de la cohesión grupal, sugiere que Creando Nexos constituye una herramienta prometedora para promover la conexión social y el bienestar emocional en personas que presentan dificultades de integración o sentimientos de aislamiento. Estos resultados son coherentes con la literatura que destaca el papel fundamental de las intervenciones grupales como mecanismos efectivos para combatir la soledad y fortalecer el sentido de pertenencia comunitaria.

No obstante, las conclusiones deben interpretarse con cautela debido a las limitaciones propias de un estudio piloto, como el tamaño muestral reducido y la falta de aleatorización completa. Aun así, los hallazgos justifican la realización de investigaciones posteriores con diseños experimentales más robustos, muestras más amplias y evaluaciones de seguimiento que permitan determinar la estabilidad y generalización de los efectos en el tiempo.

En conjunto, los resultados sugieren que Creando Nexos es una intervención viable y potencialmente eficaz, con un impacto positivo en varios indicadores clave del bienestar psicológico y social. Este estudio constituye un primer paso importante para el desarrollo y validación de programas destinados a reducir la soledad, mejorar la salud mental y fortalecer la vinculación comunitaria en poblaciones vulnerables.

Las administraciones públicas tienen la responsabilidad de liderar un enfoque integrador para la prevención e intervención en materia de soledad, con atención particular en la prevención primaria a nivel poblacional (Crowe, Liu, Bagnarol, y Fried, 2024), promoviendo la creación e implementación de programas de intervención orientados a la eficacia. Mediante la aplicación de este programa, desarrollado en el seno de la red de centros del Imsero, las diferentes entidades, centros y recursos del sector de los servicios sociales, podrán funcionar como nexos de unión entre personas que sufren el problema de la soledad no deseada.

Propuestas futuras

Actualmente el Creap está iniciando una coordinación multicéntrica para realizar la siguiente fase de validación del programa Creando Nexos. En colaboración con distintas entidades del ámbito de la rehabilitación psicosocial ubicadas por todo el territorio español, a las que se les impartirá la correspondiente formación técnica, las próximas acciones irán encaminadas a la implementación con una muestra de gran tamaño.

Conflicto de intereses

No existe ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Journal of Ageing, 8, 31–38.
- Alcover, C.M. (1999). El entorno personal y social de los grupos. en F. Gil, & C. M. Alcover (Eds.), *Introducción a la psicología de los grupos* (pp. 161-190). Madrid: Pirámide.
- Alba y Crespo, (2023). Soledad no deseada, desempleo y vulnerabilidad. Carabanchel se mueve, una intervención en red y comunitaria. *Trabajo social hoy*, (98), 77-88.
- Ángel-Franco, M. B., & Alzate-Marín, Y. E. (2015). Relaciones familiares y sociales en adolescentes usuarios de redes sociales virtuales (RSV). *Katharsis*, (20), 79-99.
- Atkinson, JM, Coia, DA, Gilmour, WH y Harper, JP (1996). El impacto de los grupos educativos para personas con esquizofrenia en el funcionamiento social y la calidad de vida. *The british journal of psychiatry*, 168 (2), 199-204.
- Bachiller, S. (2010). Exclusión, aislamiento social y personas sin hogar. Aportes desde el método etnográfico. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria. Revista de servicios sociales*, 47(1), 63-73.
- Badía Corbella, M., Orgaz Baz, B. M., Verdugo Alonso, M. Á., Ullán de la Fuente, A. M., Martínez Aguirre, M. M., & Longo Araújo de Melo, E. (2011). El Inventario de Evaluación del Ocio en jóvenes y adultos con discapacidad intelectual. *Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 42(239), 7–22.
- Banks MR, Banks WA (2002). The effects of animal-assisted therapy on loneliness in an elderly population in long-term care facilities. *Journal of Gerontology*. 57^a (7):M428–M432.
- Bosma H, Jansen M, Schefman S, et al. (2015) Lonely at the bottom: A cross-sectional study on being ill, poor, and lonely. *Public Health* 129(2): 185–187.
- Bouwman, TE, Aartsen, MJ, van Tilburg, TG y Stevens, NL (2017). ¿Estimular diversas estrategias de afrontamiento alivia la soledad? Resultados de un programa de enriquecimiento de amistad en línea. *Revista de relaciones sociales y personales*, 34 (6), 793-811.
- Brawley, L. R., Carron, A. V., & Widmeyer, W. N. (1987). Assessing the cohesion of teams: Validity of the Group Environment Questionnaire. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 9(3), 275-294.
- Brown E., Gallagher S. and Creaven A., (2018). Loneliness and acute stress reactivity: A systematic review of psychophysiological studies. *Psychophysiology* 55.5 (2018).
- Burlina, C., & Rodríguez-Pose, A. (2023). Solo y solitario. El coste económico de la soledad para las regiones de Europa. *Medio Ambiente y Planificación A: Economía y Espacio*.
- Burlingame, GM, McClendon, DT y Alonso, J. (2011). Cohesión en la terapia de grupo. *Psychotherapy*, 48 (1), 34.
- Burlingame, GM, McClendon, DT y Yang, C. (2018). Cohesión en la terapia de grupo: un metanálisis. *Psychotherapy*, 55 (4), 384.
- Buz, J., Urchaga, D., & Polo, M. E. (2014). Análisis factorial confirmatorio de la escala de soledad de De Jong Gierveld en personas mayores españolas. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 30(2), 588-596.
- CaCioppo, John T. y patriCK, William (2008). *Loneliness. Human nature and the need for social connection*. Nueva York: Norton.
- Casal B., Rivera C., Rodríguez-Míguez E (2023). El coste de la soledad no deseada en España. *Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada: Madrid*.
- Cattan M., White M., Bond J., Learmouth A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: A systematic review of health promotion interventions. *Ageing and Society*, 25, 41–67.
- Castro-Blanco, M.P. (2020). La soledad y las personas mayores. *Labor Hospitalaria*, 326, 67-79.
- Centro de Investigaciones Sociológicas (2021a). Encuesta sobre la salud mental de los/as españoles/as durante la pandemia de la COVID-19. Avance de resultados. CIS: Madrid.
- Centro de Investigaciones Sociológicas (2021b). Encuesta sobre la salud mental de los/as españoles/as durante la pandemia de la COVID-19. Avance de resultados. Tabulación por variables sociodemográficas. CIS: Madrid.
- Conoley CW, Garber RA (1985). Effects of reframing and self-control directives on loneliness, depression, and controllability. *J Couns Psychol* 32(1):139–142.
- Correll CU, Schooler NR (2020). Negative Symptoms in Schizophrenia: A Review and Clinical Guide for Recognition, Assessment, and Treatment. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. Volume 16. 519–534.
- Crowe, CL, Liu, L., Bagnarol, N. y Fried, LP (2024). Prevención de la soledad y el papel del sistema de Salud Pública. *Perspectivas en salud pública*, 144 (1), 31-38.
- Da Rocha, B.M., Rhodes, S., Vasilopoulou, E. y Hutton, P. (2018). Soledad en la psicosis: una revisión metaanalítica. *Schizophrenia bulletin* , 44 (1), 114-125.
- Delaruelle, K. (2023). Desigualdades en soledad relacionadas con la migración entre grupos de edad: un estudio comparativo transnacional en Europa. *European Journal of Ageing* 20, 35.
- Díez-Quevedo, C., Rangil, T., Sánchez-Planell, L., Kroenke, K., & Spitzer, R. L. (2001). Validation and utility of the Patient Health Questionnaire in diagnosing mental disorders in 1003 general hospital Spanish inpatients. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29(1), 22–29.
- DiTomasso E y Spinner B (1993). The development and initial validation of the Social and Emotional Loneliness Scale for adults (SESLA). *Personality and Individual Differences*, 14, 127-134.

- Donnellan, M. B., Oswald, F. L., Baird, B. M., & Lucas, R. E. (2006). The Mini-IPIP scales: Tiny-yet-effective measures of the Big Five factors of personality. *Psychological Assessment*, 18(2), 192–203.
- EUROSTAT (2017). People in the EU—Statistics on household and family structures. EUROSTAT: Luxembourg.
- Fokkema C. M., Van Tilburg T. G. (2007). Zin en onzin van eenzaamheidsinterventies bij ouderen [Loneliness interventions among older adults: Sense or nonsense?]. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 38, 161–177.
- Fokkema, T. y Knipscheer, K. (2007). Escapar de la soledad mediante la digitalización: una evaluación cuantitativa y cualitativa de un experimento holandés sobre el uso de la TEC para superar la soledad entre los adultos mayores. *Envejecimiento y salud mental*, 11, 496-504.
- Formoso, Ó. B. (2024). Hacia una cartografía teórica de la soledad: Una revisión de los acercamientos teóricos a la soledad. *Papers. Revista de Sociologia*, 109(1), e3207-e3207.
- Gallego, M., (2025). Aproximación a la soledad en los centros del Imsero. Madrid: Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030. Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- Gardiner C, Geldenhuys G, Gott M (2016) Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. *Health Soc Care Community* 1–11.
- Gawrysiak M, Nicholas C, Hopko DR (2009) Behavioral activation for moderately depressed university students: randomized controlled trial. *Journal Couns Psychol* 56(3):468–475.
- Gomboc, V., Krohne, N., Lavrič, M., Podlogar, T., Poštuvan, V., Zdravec Šedivy, N., & De Leo, D. (2022). Emotional and social loneliness as predictors of suicidal ideation in different age groups. *Community mental health journal*, 1-10.
- Goodfellow C., et al, (2022). Loneliness and personal wellbeing in young people: Moderating effects of individual, interpersonal, and community factors, *Journal of Adolescence* 94.4 pp. 554-568, (p.555).
- Hawkins, B. A., Ardivino, P., Rogers, N. B., Foose, A., & Olsen, N. (2002). *Leisure assessment inventory*. Ravensdale, WA: Idyll Arbor.
- Hernández-Ascanio J, Perula-de Torres LÁ, Rich-Ruiz M, RoldánVillalobos AM, Perula-de Torres C, Ventura Puertos PE, et al. (2022). Condicionantes para el abordaje del aislamiento social y la soledad de adultos mayores no institucionalizados desde atención primaria de salud. *Atención Primaria*; 54:102218.
- Heron, P., Spanakis, P., Crosland, S., Johnston, G., Newbronner, E., Wadman, R., ... & Peckham, E. (2022). Loneliness among people with severe mental illness during the COVID-19 pandemic: Results from a linked UK population cohort study. *PloS one*, 17(1), e0262363.
- Hickin, N., Käll, A., Shafran, R., Sutcliffe, S., Manzotti, G., & Langan, D. (2021). The effectiveness of psychological interventions for loneliness: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 88, 102066.
- Holt-Lunstad J. et al., (2015), 'Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review', *Perspectives on psychological science* 10.2 pp. 227-237.
- Holwerda T. J., Beekman A. T. F., Deeg D. J. H., Stek M. L., Van Tilburg T. G., Visser P. J. ... Schoevers R. A. (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). *Psychological Medicine*, 42, 843–853.
- INE (2020). Censo de Población. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- INJUVE (2014). Cifras jóvenes. Sondeo de Opinión. Jóvenes, ocio y consumo. Madrid: Observatorio de la juventud en España.
- Jefferson, R., Barreto M., Verity L. and Qualter P., (2023), 'Loneliness During the School Years: How It Affects Learning and How Schools Can Help', *Journal of School Health* 93.5 pp.428-435.
- Jopling, McClelland and Proffitt (2023). Loneliness at work, British Red Cross (pp.7-11).
- Karau, S. J., & Williams, K. D. (1993). Social loafing: A meta-analytic review and theoretical integration. *Journal of personality and social psychology*, 65(4), 681.
- Karau, S. J., & Wilhau, A. J. (2020). Social loafing and motivation gains in groups: An integrative review. *Individual motivation within groups*, 3-51.
- Klinenberg E (2012) *Going solo: The extraordinary rise and surprising appeal of living alone*. New York: Penguin.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613.
- Knobloch, F., & Knoblochva, J. (1964). Psicoterapia en términos de la teoría de pequeños grupos sociales. *Revista Cubana de Medicina*, 3(1), 78–91.
- Latané, B., Williams, K., & Harkins, S. (1979). Many hands make light the work: The causes and consequences of social loafing. *Journal of personality and social psychology*, 37(6), 822.
- Lee, S. (2023). Passive Suicidal Ideation in Older Adults from 12 European Countries. *Journal of Population Ageing*, 16(1), 137-154.
- Liden, R. C., Wayne, S. J., Jaworski, R. A., & Bennett, N. (2004). Social loafing: A field investigation. *Journal of management*, 30(2), 285-304.
- Lim, MH, Gleeson, JFM, Alvarez-Jimenez, M. et al. Soledad en la psicosis: una revisión sistemática. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 53, 221–238 (2018).
- Lim, MH, Gleeson, JF, Rodebaugh, TL, Eres, R., Long, KM, Casey, K., y Penn, DL (2020). Una intervención digital piloto dirigida a la soledad en jóvenes con psicosis. *Psiquiatría social y epidemiología psiquiátrica*, 55, 877-889.

- Lindsay, E. K., Young, S., Brown, K. W., Smyth, J. M., & Creswell, J. D. (2019). Mindfulness training reduces loneliness and increases social contact in a randomized controlled trial. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 116(9), 3488-3493.
- Luanaigh C. Ó., Lawlor B. A. (2008). Loneliness and the health of older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 1213–1221.
- Mann, F., Bone, JK, Lloyd-Evans, B., Frerichs, J., Pinfold, V., Ma, R., ... y Johnson, S. (2017). Una vida menos solitaria: el estado del arte en intervenciones para reducir la soledad en personas con problemas de salud mental. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 52, 627-638.
- Martín-Asuero, A., & de la Banda, G. G. (2007). Las ventajas de estar presente: desarrollando una conciencia plena para reducir el malestar psicológico. *International journal of clinical and health psychology*, 7(2), 369-384.
- Martínez-Molina, A., & Arias, V. B. (2018). Balanced and positively worded personality short-forms: Mini-IPIP validity and cross-cultural invariance. *PeerJ*, 6 (9), e5542.
- Masi C., Chen H., Hawkey L., Cacioppo J. A (2011). A Meta-Analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and Social Psychology Review*. Aug; 15(3).
- McClelland, H., Evans, J. J., Nowland, R., Ferguson, E., & O'Connor, R. C. (2020). Loneliness as a predictor of suicidal ideation and behaviour: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Journal of affective disorders*, 274, 880-896.
- McPherson, M., Smith-Lovin, L., & Brashears, M. E. (2006). Social isolation in America: Changes in core discussion networks over two decades. *American sociological review*, 71(3), 353-375.
- Mendelson T, Leis JA, Perry DF, Stuart EA, Tandon SD (2013) Impact of a preventive intervention for perinatal depression on mood regulation, social support, and coping. *Arch Women Ment Health* 16(3):211–218.
- Mikulincer, M. y Segal, J. (1990). «A multidimensional analysis of the experience of loneliness». *Journal of social and personal relationships*, 7, 209-230.
- Mund, M., Freuding, M. M., Möbius, K., Horn, N., & Neyer, F. J. (2020). The stability and change of loneliness across the life span: A meta-analysis of longitudinal studies. *Personality and Social Psychology Review*, 24(1), 24- 52.
- O'Mahen HA, Richards DA, Woodford J, Wilkinson E, McGinley J, Taylor RS et al (2014) Netmums: a phase II randomized controlled trial of a guided Internet behavioural activation treatment for postpartum depression. *Psychol Med* 44(8):1675–1689.
- Ogrodniczuk JS, Joyce AS, Piper WE (2003) Changes in perceived social support after group therapy for complicated grief. *Journal of Nervious Mental Disorders*. 191(8):524–530.
- Oslé, J. E. T. (2022). Diseño de la escala de cohesión grupal para contextos escolares de Enseñanza Media. *Revista Cubana de Psicología*, 4(6), 36-57.
- Peplau LA y Perlman D (1982). Perspectives on loneliness. En LA Peplau y D Perlman (Eds.) *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp 1-18). New York: Wiley.
- Pitkala, K. H., Routasalo, P., Kautiainen, H., Sintonen, H., & Tilvis, R. S. (2011). Effects of socially stimulating group intervention on lonely, older people's cognition: a randomized, controlled trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(7), 654-663.
- Putnam RD (2000). *Bowling Alone: The collapse and revival of American community*. New York: Simon & Schuster.
- Ros J., y Gutiérrez S. (2022). La Expresión Del Aburrimiento Y La Soledad No Deseada En Twitch. *Revista ICONO 14. Revista Científica De Comunicación Y Tecnologías Emergentes* 20 (2).
- Rubenstein C, Shaver P y Peplau LA (1979). Loneliness. *Human Nature*, 2, 59-65.
- Rubio, R., Rubio, L., & Pinel, M. (2009). *Un instrumento de medición de soledad social, Escala Este II*. Madrid: IMSER-SO.
- Russell D, Peplau, LA y Cutrona CE (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 472-480.
- Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of personality assessment*, 66(1), 20-40.
- Saulsberry A, Marko-Holguin M, Blomeke K, Hinkle C, Fogel J, Gladstone T et al (2013) Randomized clinical trial of a primary care internet-based intervention to prevent adolescent depression: one-year outcomes. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 22(2):106–117.
- Salloum A, Overstreet S (2012) Grief and trauma intervention for children after disaster: exploring coping skills versus trauma narration. *Behav Res Ther* 50(3):169–179
- Simms, A., & Nichols, T. (2014). Social loafing: A review of the literature. *Journal of Management Policy and Practice*, 15(1), 58.
- Stevens, N. A. N. (2001). Combating loneliness: a friendship enrichment programme for older women. *Ageing & Society*, 21(2), 183-202.
- Sullivan HS (1953). *The interpersonal theory in Psychiatry*. New York: Norton.
- Schwartz S. H. (1987). An invitation to collaborate in cross-cultural research on values. Manuscrito inédito. Jerusalén, The Hebrew University.
- Schwartz, S. H. y Bilsky, W. (1987). Towards a structural model of human values. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 550–562.