

Bakardadeak adineko pertsonen hauskortasun multidimentsionalarekin duen harremana

(The relationship of loneliness to the multidimensional fragility of the elderly)

Idoia Imaz*, Ana Belén Fraile, Amaia Irazusta

Erizaintza I Saila, Medikuntza eta Erizaintza Fakultatea (UPV/EHU)

LABURPENA: Bakardadea sentimendu subjektibo da, atxikimendu-figura orokor baten gabeziak edota gizarte-rolak galtzearen ondorioz sorturikoa eta bizitzako edozein momentutan ager daitekeena. Hauskortasuna giza funtzionamenduko eremu batean edo batzuetan (fisikoa, psikologikoa, soziala) galerak dituen pertsona bati eragiten dion egoera dinamikoa da, aldagai desberdinek eragindakoa eta osasunean kontrako emaitzak izateko arriskua areagotzen duena. Egoitzetan eta komunitatean bizi ziren 272 emakume eta gizonetan bakardadea sentitzeak hauskortasunarekin izan dezakeen harremana aztertu nahian zeharkako diseinu deskriptiboa duen azterlan bat egin zen Euskal Herriko Unibertsitateko Gizakiekin lotutako Ikerketetarako Etika Batzordearen onespina jaso ondoren. Banakako saioetan jasotako datuen analisi estatistikoa SPSS 27.0 programa informatikoaren bitartez egin zen. Ezaugarri soziodemografikoei dagokienez, egoitzan emakumeen batez besteko adina 87 ± 10 urte izan zen (+/- desbideratze estandarra), eta gizonena $81 \pm 17,5$ urte. Komunitatean, aldiz, emakumeen adina batez bestek $72 \pm 9,0$ urte izan zen, eta gizonena 76 ± 10 urte. Egoera zibilarri erreparaturik, egoiliarren erdiak baina gehiago alargunak ziren, eta komunitatean nagusien erdiak baina gehiago ezkonduak zeuden. Parte-hartzaileen erdiak lehen mailako ikasketak zituzten. Bakardade-sentimendua bi eremuetan bizi ziren emakume zein gizonen adierazi zuten, puntuazio altuagoak egoiliarrenak izanik. Egoitzetan bizi ziren pertsona nagusien ia bi herena eta komunitateko laurdena hauskorrak zirela behatu zen, bi eremuetan emakumeak hauskorragoak izanik. Bakardadea sentitzea hauskortasun multidimentsional handiagoa izatearekin erlazioanatu zen adinekoetan, bai egoiliar emakumeetan ($\beta = 0,761$; % 95 KT [0,519-1,002]; $p < 0,001$) zein komunitateko emakumeetan ($\beta = 0,634$; % 95 KT [0,452-0,815]; $p < 0,001$), lotura dimentsio guztietan nabarmenduz, fisikoa, psikologikoa zein sozialean. Gizonetan, aldiz, egoitzetan bizi zirenetan bakardadea hauskortasun sozialarekin ($\beta = 0,181$; % 95 KT [0,098-0,265]; $p < 0,001$) lotu zen, eta komunitatean bizi ziren gizonetan hauskortasun fisikorekin ($\beta = 0,239$; % 95 KT [0,002-0,476]; $p = 0,048$).

GAKO-HITZAK: bakardadea, hauskortasuna, adineko pertsonak, egoitza, komunitatea.

ABSTRACT: Loneliness is a subjective feeling derived from the loss of social roles or the lack of a general attachment figure and can manifest itself at any time in life. Frailty is a dynamic situation that affects a person with losses in one or more areas of human functioning (physical, psychological, social) caused by different variables and that increases the risk of adverse health outcomes. With the approval of the Human Research Ethics Committee of the University of the Basque Country, a cross-sectional descriptive study was carried out to analyse the relationship between feeling of loneliness and frailty in 272 women and men living in nursing homes and in the community. SPSS 27.0 software was used for statistical analysis of the data collected at each session. In terms of sociodemographic characteristics, the average age of women in residential care was 87 ± 10 years (+/- standard deviation) and that of men was 81 ± 17.5 years. In the community, the average age of women was 72 ± 9.0 years and that of men was 76 ± 10 years. Regarding marital status, more than half of the residents were widowed, and in the community, more than half of the elderly were married. Half of the participants had received a primary education. Feelings of loneliness were expressed by both women and men living in both areas, with higher scores among residents. It was observed that almost two-thirds of older people living in care homes and a quarter of the community were frail, with women being more frail in both settings. The feeling of loneliness was associated with greater multidimensional frailty in female residents ($\beta = 0.761$; 95% CI [0.519-1.002]; $p < 0.001$), as well as in women in the community ($\beta = 0.634$; 95% CI [0.452-0.815]; $p < 0.001$), highlighting the link in all dimensions, whether physical, psychological or social. On the other hand, loneliness was associated with social frailty in men living in residential care homes ($\beta = 0.181$; 95% CI [0.098-0.265]; $p < 0.001$) and physical frailty in men living in the community ($\beta = 0.239$; 95% CI [0.002-0.476]; $p = 0.048$).

KEYWORDS: loneliness, frailty, older people, nursing home, community.

* **Harremanetan jartzeko/Corresponding author:** Idoia Imaz, Erizaintza I Saila, Medikuntza eta Erizaintza Fakultatea (UPV/EHU). Sarriena kalea, z/g (48940 Leioa-Bizkaia-Euskal Herria).  <https://orcid.org/0000-0001-7581-156X>, Idoia.imaz@gmail.com

Nola aipatu/How to cite: Imaz, Idoia; Fraile, Ana Belén; Irazusta, Amaia (2026). «Bakardadeak adineko pertsonen hauskortasun multidimentsionalarekin duen harremana», *Ekaia*, 49, 2026, DOI: <https://doi.org/10.1387/ekaia.27308>

Jasoa: otsailak 23, 2025; Onartua: abenduak 18, 2025

ISSN 0214-9001-eISSN 2444-3255 / © UPV/EHU Press



Lan hau Creative Commons Aitortu-EzKomertziala-PartekatuBerdin 4.0 Nazioartekoa lizentzia baten mende dago

1. SARRERA

Bakardadea esperientzia konplexua da, eta azken hamarkadetan hainbat autorek jardun dute kontzeptu horren esanahia definitu nahian. Pearlman eta Peplau-k 1981ean adierazi bezala, harreman sozialen falta edo haien galera desatsegina izan daiteke [1], hots, beste pertsona batzuekin harremanetan ez egoteagatik edo harremanak galtzeagatik sortutako ondorioa [2]. Horren harira, Weiss-ek bakardadearen bi dimentsio definitu zituen 1983an: bakardade emozionala, atxikimendu-figura orokor baten gabeziari ematen zaion erantzun subjektibo gisa, eta bakardade soziala, gizarte-rolak galtzearen ondorio izan daitekeena, hala nola alarguntzeak, erretiroa hartzeak edo beste auzo batera bizitzera joatean arrotz sentiarazteak eragin dezakeena [3]. Beraz, esperientzia subjektiboa izaki [4], bakarrik egoteak ez du pertsona derrigorrez bakarrik sentiaraziko, nahiz eta faktore eragile bat izan daitekeen [5].

Datu epidemiologikoei erreparatuz, bakardadea azterketa sakonagoa eskatzen duen osasun-arazo bat dela adierazi da. Espainiar Estatuko bakardadearen behatokiak 2024an argitaratutako datuen arabera bakardadea fenomeno kronikoa edo iraupen luzekoa da, eta emakumeei (% 21,8) gizonei (% 18) baino gehiago eragiten die. Adin-tartearen arabera behatuz gero, U formako banaketa irudikatzen da; hau da, gazteak dira bakardade gehien adierazten dutenak, % 34 18-24 urte bitartean, helduaroan portzentajeak behera egiten du, eta ostera berriro igotzen da, % 14,5era 65-74 urte bitartean eta % 20raino 75 urtetik gorako pertsonetan [6]. Hain zuzen ere, Europako Osasunaren Zahartzeari eta Erretiroari buruzko inkestari so eginik, hegoaldeko eta ekialdeko herrialdeetan, 50 urtetik gorako pertsonen % 31-46k bakarrik sentitzen direla adierazten dute, Europako mendebaldeko eta iparraldeko herrialdeetan ehunekoa % 10-30 bitartean egonik [7].

Halaber, sentimendu hori bizi-zikloko edozein momentutan ager daitekeen arren, pertsona nagusiak zaurgarriagoak dira euren harremanetan bizi dituzten aldaketak direla eta [8]. Pertsona nagusiak, edo hirugarren adineko helduak, bizi-zikloaren etapa aurreratu batera iristea lortu dutenak dira, normalean 60 edo 65 urtetik aurrera [9], nahiz eta faktore kultural, sozial, funtzional eta emozionalen arabera adin-tarte hori aldatu egin daitekeen. Europar Batasunean, esaterako, nagusitzat 65 urtetik gorakoak jotzen dira, eta aurreikusten da 2050erako biztanleria guztiaren % 28,1 izatera iritsiko direla [10]. Dena den, denbora gehiago bizitzeak ez du esan nahi bizimodu osasuntsuagoa, aktiboagoa eta independenteagoa izan behar denik. Munduko Osasun Erakundeak (MOE) azaldu bezala, zahartzaroak eragin ditzakeen aldaketa biologikoez haratago (gaitasun fisiko eta mentalak pixkanaka apaltzea edota gaixotasun-arrisku handiagoa izatea, esate baterako), zahartzea bizi-zikloko beste trantsizio batzuekin lotuta egon ohi da, hala

nola erretiroarekin, etxebizitza egokitueta lekualdatzearekin eta lagunen eta bikotekideen heriotzarekin [9]. Beraz, pertsona nagusiei erreparatzean osasunaren dimentsioetan ezaugarri desberdinak dituzten pertsonak ikus daitezke, baita bizilekuari dagokionez ere. Zentzu horretan, bi dira testuinguru nagusiak: komunitatean etxean bizitzea eta erakunde soziosanitario edo egoitza batean bizitzea. Adineko gehienak etxean bizi dira, bakarrik edo lagunduta, eta, autonomia-maila desberdina izan arren, independentzia funtzional handiagoa dute, gizarte- eta familia-sare aktiboagoa eta narriadura kognitibo edo mendetasun larri gutxiago, instituzionalizatuta bizi diren adinekoekin alderatuta. Bestetik, erakunde soziosanitarioetan edo egoitzetan bizi diren adinekoek profil desberdina izan ohi dute; mendekotasun funtzional handiagoa eta etengabeko zainketa profesionalak eskatzen dituzten gaixotasun kroniko anizkoitzak edo narriadura kognitibo aurreratuak [11, 12].

Horren ildotik, ohikoa izan da zahartzaroa bakardadearekin erlazionatzea, sare sozialetako babesa gutxitu eta gizarte isolamendua areagotzen duten bizitzako egoeren aurrean arrisku handiagoa dutelako [13]. Osasunaren narriadura bera bakardadea eragin dezakeen arrisku-faktore gisa azpimarratu da [14]. Alderantziz ere, bakardade-sentimendua osasun-arazoak pairatzeko arrisku-faktore gisa aurkeztu da [15, 16] osasun-emaitezkin loturiko osasun-egoera kaskarragoari erreparatuz [17]. Bakardadeak, besteak beste, egoera fisiko zein funtzionalaren asalduran eragina duela ikusi da [18, 19], eta hainbat autorek osasunaren arlo psikologikoan duen eragina azpimarratu dute [20]. Dena den, gutxiago dira bakardadeak osasunarekin duen harremana atzeman duten ikerketak [21], eta, bizilekuari erreparatuta, egoitza-eremuan zehazki bakardadearen eraginari buruzko ebidentzia urria da [22, 23]. Hori dela eta, ikerketa honetan bakardadea aldagai aske gisa aztertzea erabaki zen testuingurua kontuan izanik, komunitateko zein egoitzetako pertsona nagusiak barneratuz.

Bestalde, zahartzaroarekin lotu ohi den beste kontzeptu bat hauskortasuna da. Sistema fisiologiko askotan gainbeherak metatzearen ondorioz, estres faktoreekiko erresistentzia eta osasunaren kontrako emaitzekiko zaurgarritasuna eragiten duen erreserba-murrizketaren sindrome biologiko gisa definitu dute adituek, arlo klinikoan hiru irizpide hauetako bat edo gehiago gainjartzen direla adieraziaz batera: nahi gabe pisua galtzea ($\geq 4,5$ kg azken urtean), akidura autoinformatua, ahultasuna (heltzeko indarra), ibilera-abiadura motela eta jarduera fisiko txikia [24]. Hala ere, geroz eta ikertzaile gehiagok kontzeptu honen izaera multidimentsionala azpimarratzen dute honela definituz: «giza funtzionamenduko eremu batean edo batzuetan (fisikoa, psikologikoa, soziala) galerak dituen pertsona bati eragiten dion egoera dinamikoa da, aldagai anitzen elkarreraginaren ondorioz eratzen dena eta osasunean kontrako emaitzak izateko arriskua areagotzen duena» [25, 26].

Geriatría eta gerontologia arloan, hauskortasuna adinean gora egitearekin, komorbiditatearekin, desgaitasunarekin eta erortzeko arrisku altuarekin erlazionatu izan da [27]. Are gehiago, hauskorrak diren pertsonen epe luzeko arreta behar izateko eta hiltzeko arrisku handiagoa dute, baina hauskorrek ez diren artean ere hainbat galdera sortzen dira, hauskortasuna nola garatzen den, nola antzeman eta saihestu daitekeen hausnartze aldera [28].

Hauskortasunak duen eraginaren harira, mundu mailan duen prebalentzia biztanleriaren % 12-24 artean kokatu daiteke, kontuan izanik hauskortasuna balioesteko erabilitako tresnaren arabera eta behatutako populazioaren arabera gorabeherak egon daitezkeela [26, 29]. Espainiako Osasun Ministerioak 2022an eguneratutako Adinekoen hauskortasunaren prebentzioari buruzko adostasun-dokumentuaren arabera 65 urte edo gehiagoko en hauskortasunaren prebalentzia % 15-21 artekoa da, eta % 45era igo daiteke egoitzen eremuan [30, 31].

Egun pertsona nagusien bizi-kalitatea hobetu eta biztanleriaren zahartzarok dakarren erronkari aurre egiteko hainbat ikerketa abian daude. Horrela, bada, bakardadeak eta hauskortasunak pertsona nagusietan izan dezaketen eragina ezagutzeko, zeharkako azterlan deskriptibo bat egin da, helburu orokorra hauxe izanik: pertsona nagusietan bakarrik sentitzeak hauskortasun multidimentsionalarekin harremana duen aztertzea. Gainera, adineko pertsonen errealtatea ezagututa, harreman hori bi testuingurutan, egoitzetan eta komunitatean, aztertzea garrantzitsua dela erabaki da.

2. MATERIAL ETA METODOAK

2.1. Lagina

Ondoren aurkeztutakoa zeharkako diseinu deskriptiboa duen azterlana da. Helsinkiko adierazpena oinarri hartuta eta Euskal Herriko Unibertsitateko Gizakiekin lotutako Ikerketetarako Etika Batzordearen onespene jaso ondoren garatu zen (M10_2019_095 kodea). Lagina osatzen duten pertsonen harremanetan jartzeko bi testuinguru desberdin hartu ziren oinarritzat, egoitzetako eta komunitatea. Izan ere, adinekoen bizilekua izateaz gain, ezaugarri orokorrekin erreparatuz, bi errealtateak barne biltzen ditu. Egoitzetako testuinguruan 969 egoiliarri eta komunitatearenean 418 nagusiri parte hartzeko aukera aurkeztu ondoren, lagina Bizkaiko eta Gipuzkoako 60 urtetik gorako 272 emakume eta gizonek osatu zuten. Horietatik 126 pertsona egoitzetan bizi ziren, eta 146 komunitatean (hau da, norbere etxebizitzan modu independentean bizi ziren nagusiak ziren). Parte-hartzaileek bete beharreko barne-irizpideak hauek izan ziren; 60 urte edo gehiago izatea, narriadura kognitiborik ez izatea (Mini Examen Cognoscitivo (MEC) >23 edo Mini Mental State Examination (MMSE) >20), ezta na-

riadura funtzional larririk ere (Barthel indizea >50). Baztertzeko irizpideei dagokienez, eskizofrenia, psikosi ez-eskizofrenikoak edo eldarniozko sintomatologia zuten beste nahasmendu psikiatriko batzuk izatea.

2.2. Aztertutako aldagaiak

Ikerketarako datuak metodo desberdinak erabiliz jaso ziren. Ezaugarri sozioekonomikoei buruzko datuak jasotzeaz gain, bakardadea balioesteko De Jong Gierveld eta Kamphuis-en eskala erabili zen [32]. Europa mailan pertsona nagusien artean bakardadea neurtzeko gehien erabiltzen den eskala izateaz gain, Espainiako testuinguruan erabili ahal izateko tresna fidagarria da [33]. Eskalak 11 itemen bitartez bakardadearen bi dimentsio balioesten ditu, emozionala (6 item) eta soziala (5 item). 0 puntuk bakardade eza adierazten du eta 11 puntuk bakardade handia. Eskalak ez du sailkapenik adierazten, baina, pertsonen arteko afektu eta intimitateari dagokionez, bakoitzak nahi lukeenaren eta daukanaren arteko desadostasuna zenbat eta handiagoa izan, bakardade-sentimendua handiagoa izango da eta eskalan puntuazio altuagoarekin adieraziko da [34]. Hauskortasuna balioesteko, al-diz, Tilburg indizea deritzon tresna erabili zen [35]. Hori pertsona nagusietan hauskortasun-maila balioesteko balioztatua dago, eta arlo fisikoa, psikologikoa eta soziala barne biltzen ditu. Ikerlanean parte hartu zuten pertsonen Tilburg indizea osatzen duten 15 galderak egin zitzaizkien: 8 arlo fisikoari lotuak, beste 4 arlo psikologikoaren eremukoak, eta 3 galdera arlo sozialarekin erlazionatuak. Galdera bakoitzak bi erantzun posible dituenek, «Bai / Batzuetan» edo «Ez», zentzuaren arabera erantzun bakoitzari 0-1 puntu bitartean gehitzen zaio. Gehienera 15 puntu lor daitezke, eta ≥ 5 puntutik gora pertsona hauskorra dela adierazten du. Datuak jasotzeko prozedura banaka egin zen, parte-hartzaileekin eguna, ordua eta tokia adostu ondoren.

2.3. Analisi estatistikoa

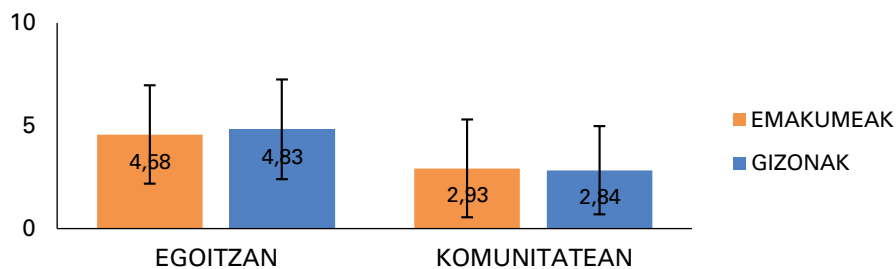
Bildutako informazioa kudeatzeko Office Excel 2016 bertsioa erabili zen, eta datuen azterketa estatistikoa egiteko SPSS 27.0 programa informatikoa baliatu zen. Aldagai kuantitatiboen normaltasuna aztertzeko Kolmogorov-Smirnov proba erabili zen $n \geq 50$ zenean, eta Shapiro Wilk proba, $n < 50$ zenean. Lehenik eta behin, aldagaiak deskribatzeko, aldagai kuantitatiboak batezbestekoen (Bb) eta desbideratze estandarren (De) bidez adierazi ziren. Aldagai kualitatiboak, berriz, maiztasun absolutuen (n) eta porzentajeen bitartez (%) aurkeztu ziren. Lagina bi testuinguruetan, egoitzan zein komunitatean, oro har hartuta aztertu zen, bien arteko konparaziorik gabe, eta ondoren sexuaren arabera behatu zen, emakume eta gizonek adierazitako emaitzen arteko aldean estatistikoki adierazgarritasunik zegoen jakiteko. Aldagai bakarreko analisia egin zen menpeko aldagaien eta askeen zein kontrol-aldagaien arteko lotura identifikatzeko. Aldagai kuantitatiboen

normaltasunaren arabera, bi talde zirenean Studet t proba edo U-Mann-Whitney proba erabili zen, eta talde gehiago zirenean, ANOVA edo Kruskal-Wallis-en testa erabiliz alderatu ziren. Aldiz, bi aldagai kuantitatiboen arteko lotura-analisia Pearson-en testaren (normalak) edo Spearman-en (ez-normalak) bidez egin zen. Bestalde, bi aldagai kualitatiboak zirenean Txi karratu (χ^2) testa erabili zen. Horrela, pertsona nagusietan bakardadearekin adierazgarritasun estatistikoa adierazi zuten osasunari loturiko aldagaiak eta horietariko bakoitzean eragina izan zezaketen kontrol-aldagaiak (ikasketa-maila, lanbidea eta adina) eredu lineal orokortuetan sartu ziren, bakardadeak pertsona nagusien osasun-aldagaiekin zuen erlazioa behatzeko.

3. EMAITZAK

3.1. Estatistika deskriptiboa

Sexuaren araberako banaketa eginik, emakumeak nagusitu ziren, % 61,9 egoitzan bizi zirenen artean eta % 78,8 komunitatean bizi ziren pertsona nagusien taldean. Adinaren batezbestekoa eta desbideratze estandarra ($Bb \pm De$) egoiliar emakumeetan 87 ± 10 urtera iristen zen, eta gizonetan, $81 \pm 17,5$ urteraino. Komunitateko nagusien taldea gazteagoa zen: emakumeen adinaren batezbestekoa $72 \pm 9,0$ urtekoa zen, eta gizonena 76 ± 10 urtekoa. Bakardadearen balioespenari dagokionez, jasotako puntuazioen batezbestekoaren eta desbideratze estandarren arabera, egoiliar emakume ($4,58 \pm 2,39$) zein gizonak ($4,83 \pm 2,42$) bakardade-sentimentuari lotutako adierazpena egin zuten, baina bien arteko aldeak, aldagai ez-parametrikotarako U-Mann-Whitney estatistikoa erabiliz, ez zuen adierazgarritasun estatistikorik lortu. Komunitatearen eremuan ere, emakume ($2,93 \pm 2,37$) eta gizonak ($2,84 \pm 2,14$) lortutako puntuazioek gorabehera gutxi izan zuten (3.1 irudia).

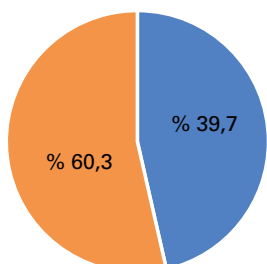


3.1 irudia. Pertsona nagusien bakardadeari loturiko puntuazioa ($Bb \pm De$) Gier-veld eskalan.

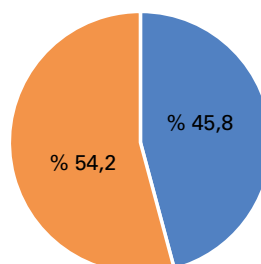
Hauskortasunarekin jarraituz, Tilburg indizearen sailkapenaren bitartez lagina osatu zuten pertsona nagusien hauskortasunarekin erlazonatutako

emaitzak deskribatzen dira testuinguruaren eta sexuaren arabera. 3.2 irudian aurkeztu bezala, egoitzen eremuan emakumeen % 60,3 eta gizonen % 54,2 hauskorra zela behatu zen, kontuan izanik 0tik 15era doan puntutartean ≥ 5 puntutik gora izateak pertsona hauskorra dela adierazten duela. Komunitatean, aldiz, portzentaje txikiagoa jaso zen: emakumeen % 26,1 eta gizonen % 12,9 hauskorra zela (3.3 irudia).

EGOITZETAKO EMAKUMEAK



EGOITZETAKO GIZONAK

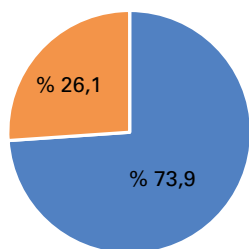


■ Hauskortasun eza <5 ■ Hauskortasuna >5

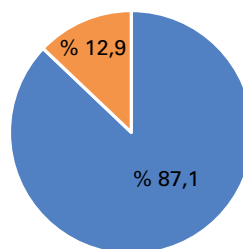
$p = 0,501$ Txi karratua emakume eta gizonen artean

3.2 irudia. Egoitzetako emakume eta gizonen hauskortasun-sailkapena Tilburg indizean.

KOMUNITATEKO EMAKUMEAK



KOMUNITATEKO GIZONAK



$p = 0,123$ Txi karratua emakume eta gizonen artean

3.3 irudia. Egoitzetako eta komunitateko emakume eta gizonen hauskortasun-sailkapena Tilburg indizean.

Egoitzetan bizi ziren nagusiak guztira aztertuta, Tilburg indizean lortutako emaitza totalaren batezbestekoa (Bb) eta desbideratze estandarra (De) $6,21 \pm 3,03$ puntukoa izan zen, eta komunitatearen eremuan, $3,48 \pm 2,80$ puntukoa. Tilburg indizeak barne hartzen dituen hiru dimentsioei erreparaturaz, egoitzetan bizi ziren emakume eta gizonek lortutako puntuen arteko aldean, Tilburg fisikoan zein sozialean ez zen adierazgarritasun estatistikorik azaldu. Tilburg psikologikoan, aldiz, sexuaren arabera aztertuta, emakumeek ($1,73 \pm 1,20$) gizonek ($1,25 \pm 1,31$) baino hauskortasun handiagoa adierazi zuten, estatistikoki adierazgarria izanik ($p = 0,021$). Komunitateko eremuaren harira, Tilburg fisikoan zein psikologikoan jasotako puntuazioen arteko aldea ez zen adierazgarria izan; bai, ordea, Tilburg sozialean, non emakumeek ($0,78 \pm 0,75$) eta gizonek ($0,45 \pm 0,51$) lortutako batez besteko puntuazioen arteko aldea estatistikoki adierazgarria izan zen ($p = 0,036$), emakumeak dimentsio sozialean hauskorragoak zirela islatuz (3.1 taula).

3.1 taula. Pertsona nagusien hauskortasuna egoitzan eta komunitatean.

Egoitzan	Guztiak (<i>n</i> = 126)	Emakumeak (<i>n</i> = 78)	Gizonak (<i>n</i> = 48)	<i>p</i>
	Bb ± De	Bb ± De	Bb ± De	
Tilburg				
Fisikoa (/8pt)	$3,61 \pm 1,95$	$3,81 \pm 2,03$	$3,29 \pm 1,77$	0,189
Psikologikoa (/4pt)	$1,55 \pm 1,26$	$1,73 \pm 1,20$	$1,25 \pm 1,31$	0,021
Soziala (/3pt)	$1,06 \pm 0,89$	$1,08 \pm 0,91$	$1,02 \pm 0,86$	0,789
Tilburg puntuazio totala (/15pt)	$6,21 \pm 3,03$	$6,62 \pm 3,11$	$5,56 \pm 2,79$	0,083
Komunitatean	Guztiak (<i>n</i> = 146)	Emakumeak (<i>n</i> = 115)	Gizonak (<i>n</i> = 31)	<i>p</i>
	Bb ± De	Bb ± De	Bb ± De	
Tilburg				
Fisikoa (/8pt)	$1,69 \pm 1,82$	$1,78 \pm 1,85$	$1,35 \pm 1,68$	0,263
Psikologikoa (/4pt)	$1,08 \pm 1,06$	$1,16 \pm 1,11$	$0,77 \pm 0,76$	0,129
Soziala (/3pt)	$0,71 \pm 0,71$	$0,78 \pm 0,75$	$0,45 \pm 0,51$	0,036
Tilburg puntuazio totala (/15pt)	$3,48 \pm 2,80$	$3,72 \pm 2,92$	$2,58 \pm 2,11$	0,078

U-Mann Whitney emakume eta gizonen artean; Pt (puntuazioa); Bb (batezbestekoa); De (desbideratze estandarra).

3.2. Bakardadearen eta hauskortasun multidimentsionalaren arteko harremana

Bakardadea eta hauskortasun multidimentsionalaren arteko harremana aztertzerakoan, ikasketa-maila, lanbidea eta adina kontrol-aldagai gisa era-

bili ziren, aurretik eginiko bi aldagaien arteko analisisan, adierazgarritasun estatistikoa islatu baitzuten (3.2, 3.3, 3.4 taulak).

3.2 taula. Ikasketa-maila, lanbidea eta adina kontrol-aldagaiak hauskortasunarekin duten erlazioa egoitzan.

Egoitza	Guztiak (n = 126)	Emakumeak (n = 78)	Gizonak (n = 48)
Ikasketa-maila	Tilburg Totala		
	0,343	0,858	0,135
	Tilburg Fisikoa		
	0,118	0,776	0,051
Lanbidea	Tilburg Psikologikoa		
	0,929	0,976	0,916
	Tilburg Soziala		
	0,879	0,537	0,463
Adina	Tilburg Totala		
	0,038	0,128	0,169
	Tilburg Fisikoa		
	0,026	0,094	0,197
	Tilburg Psikologikoa		
	0,068	0,407	0,232
	Tilburg Soziala		
	0,656	0,338	0,827
	Tilburg Totala		
	0,054	0,788	0,018
	Tilburg Fisikoa		
	0,018	0,337	0,012
	Tilburg Psikologikoa		
	0,260	0,824	0,524
	Tilburg Soziala		
	0,844	0,112	0,235

Kruskal Wallis testa aldagai kualitatibo eta kuantitatibo ez-parametrikoen artean (Ikasketa-maila, Lanbidea); Rho Spearman testa aldagai kuantitatibo ez-parametrikoen artean (Adina).

3.3 taula. Ikasketa-maila, lanbidea eta adina kontrol-aldagaiak hauskortasunarekin duten erlazioa komunitatean.

Komunitatea	Guztiak (n = 146)	Emakumeak (n = 115)	Gizonak (n = 31)
Ikasketa-maila	Tilburg Totala		
	<0,001	<0,001	0,065
	Tilburg Fisikoa		
	<0,001	<0,001	0,002
Lanbidea	Tilburg Psikologikoa		
	0,504	0,103	0,249
	Tilburg Soziala		
	0,017	0,037	0,283
Adina	Tilburg Totala		
	0,842	0,796	0,011
	Tilburg Fisikoa		
	0,810	0,768	0,197
	Tilburg Psikologikoa		
	0,601	0,614	0,261
	Tilburg Soziala		
	0,965	0,738	0,001
	Tilburg Totala		
	0,132	0,140	0,257
	Tilburg Fisikoa		
	0,056	0,210	0,076
	Tilburg Psikologikoa		
	0,730	0,946	0,773
	Tilburg Soziala		
	0,007	0,004	0,318

Kruskal Wallis testa aldagai kualitatibo eta kuantitatibo ez-parametrikoko artean (Ikasketa-maila, Lanbidea); Rho Spearman testa aldagai kuantitatibo ez-parametrikoko artean (Adina).

3.4. taula. Ikasketa-maila, lanbidea eta adina kontrol-aldagaiak bakardadearekin duten erlazioa.

Egoitza	Guztiak (n = 126)	Emakumeak (n = 78)	Gizonak (n = 48)
Gierveld			
Ikasketa-maila	0,630	0,598	0,782
Lanbidea	0,474	0,205	0,800
Adina	0,396	0,153	0,619
Komunitatea	Guztiak (n = 146)	Emakumeak (n = 115)	Gizonak (n = 31)
Ikasketa-maila	<0,001	0,005	0,072
Lanbidea	0,332	0,212	0,416
Adina	0,063	0,071	0,703

Kruskal Wallis testa aldagai kualitatibo eta kuantitatibo ez-parametrikoen artean (Ikasketa-maila, Lanbidea); Rho Spearman testa aldagai kuantitatibo ez-parametrikoen artean (Adina).

Horrela, bada, eredu lineal orokortuetan jasotako emaitzek bakardadea sentitzeak hauskortasunarekin harremana zuela azaleratu zuten (3.5 taula).

Egoitzen eremuan, bakardadearen eta **Tilburg indizearen emaitza totala** jasotzen duen hauskortasunaren artean erlazioa positiboa eta estatistikoki adierazgarria zela ikusi zen emakumeetan ($\beta = 0,761$; % 95 KT [0,519-1,002]; $p < 0,001$), eta horren eraginez baita talde guztia aztertzean ere. Hau da, egoiliar emakumeetan bakarrik sentitzearen eta hauskorrare izatearen artean harremana zegoela islatu zen. Tilburg indizeak barne biltzen dituen 3 dimentsioei dagokienez, egoitzan **bakarrik sentitzearen eta hauskortasun fisikoaren** artean erlazioa zegoela behatu zen emakumeetan ($\beta = 0,209$; % 95 KT [0,023-0,395]; $p = 0,028$), estatistikoki adierazgarria izanik. **Bakarrik sentitzearen eta hauskortasun psikologikoaren artean** ere lotura zegoela ikusi zen egoiliar emakumeetan ($\beta = 0,275$; % 95 KT [0,181-0,368]; $p < 0,001$), eta erlazio horren eraginez talde osoa aztertzean ere emaitza estatistikoki adierazgarria islatu zen. Hirugarren dimentsioari jarraikiz, **bakardadea hauskortasun sozialarekin** erlazionatzeko zela egiaztatu zen, talde guztian ez ezik, egoiliar emakume ($\beta = 0,223$; % 95 KT [0,154-0,291]; $p < 0,001$) eta gizonetan ($\beta = 0,181$; [0,098-0,265]; $p < 0,001$) ere bai (3.5 taula).

Komunitateko nagusiei dagokienez, **Tilburg indize totalaren** emaitzetatik hasita, **bakarrik sentitzearen eta hauskortasunaren** artean erlazio positiboa eta estatistikoki adierazgarria zela islatu zen taldea guztira aztertuta. Sexuaren arabera behatuta, emakumeetan ($\beta = 0,634$; % 95 KT [0,452-0,815]; $p < 0,001$) zein gizonetan ($\beta = 0,420$; [0,119-0,720];

3.5 taula. Bakardadearen eta hauskortasunaren arteko erlazioa egoitzan zein komunitatean.

EGOITZAN											
Guztiak (n = 126)				Emakumeak (n = 78)				Gizonak (n = 48)			
β	% 95 KT	<i>p</i>		β	% 95 KT	<i>p</i>		β	% 95 KT	<i>p</i>	
BM	GM			BM	GM			BM	GM		
Gierveld TILBURG TOTALA											
0,514	0,322	0,706	<0,001	0,761	0,519	1,002	<0,001	0,153	-0,132	0,437	0,292
Gierveld TILBURG Fisikoa											
0,096	-0,037	0,230	0,157	0,209	0,023	0,395	0,028	-0,092	-0,266	0,082	0,302
Gierveld TILBURG Psikologikoa											
0,191	0,105	0,277	<0,001	0,275	0,181	0,368	<0,001	0,072	-0,079	0,224	0,350
Gierveld TILBURG Soziala											
0,214	0,161	0,267	<0,001	0,223	0,154	0,291	<0,001	0,181	0,098	0,265	<0,001
KOMUNITATEAN											
Guztiak (n = 146)				Emakumeak (n = 115)				Gizonak (n = 31)			
β	% 95 KT	<i>p</i>		β	% 95 KT	<i>p</i>		β	% 95 KT	<i>p</i>	
BM	GM			BM	GM			BM	GM		
Gierveld TILBURG TOTALA											
0,634	0,474	0,795	<0,001	0,634	0,452	0,815	<0,001	0,420	0,119	0,720	0,006
Gierveld TILBURG Fisikoa											
0,288	0,174	0,402	<0,001	0,265	0,136	0,394	<0,001	0,239	0,002	0,476	0,048
Gierveld TILBURG Psikologikoa											
0,223	0,159	0,288	<0,001	0,245	0,172	0,318	<0,001	0,115	-0,003	0,233	0,057
Gierveld TILBURG Soziala											
0,124	0,078	0,170	<0,001	0,142	0,091	0,193	<0,001	0,031	-0,036	0,098	0,369

Eredu lineal orokortuak. Gierveld egokitua Tilburg Totalaren, Tilburg Fisikoaren eta Tilburg Sozialaren arteko erlazioan egoitzan zein komunitatean. Kontrol-aldagaiak: ikasketa-maila, lanbidea eta adina; KT (konfiantza-tartea); BM (beheko maila); GM (goiko maila).

$p = 0,006$) bakardadea hauskortasunarekin lotzen zela islatu zen. Hauskortasunaren 3 dimentsioei banaka erreparatuz gero, **bakardadearen eta hauskortasun fisikoaren** arteko erlazioa positiboa zela ikusi zen komu-

nitateko talde guztian, eta sexuaren arabera emakumeetan ($\beta = 0,265$; % 95 KT [0,136-0,394]; $p < 0,001$) zein gizonetan ($\beta = 0,239$; [0,002-0,476]; $p = 0,048$). **Bakarrik sentitzearen eta hauskortasun psikologikoaren** artean ere lotura zegoela nabarmendu zen emakumeetan ($\beta = 0,245$; % 95 KT [0,172-0,318]; $p < 0,001$), eta horren eragina talde guztiari behatzean ere ikusi zen. Azkenik, 3. dimentsioarekin jarraituz, **bakarrik sentitzearen eta hauskortasun sozialaren** artean erlazioa zegoela azaleratu zen emakumeetan ($\beta = 0,142$; % 95 KT [0,091-0,193]; $p < ,001$), eta horren kontura nagusien taldea guztira aztertzean ere bai (3.5 taula).

4. EZTABAIDA

Azterlaneko datu deskriptiboekin bat eginez, beste autore batzuek egoitzetan bizi diren nagusietan bakardadea komunitatean bizi direnetan baino ohikoagoa dela behatu dute [21, 36, 37], eta laginean parte hartu zuten emakume eta gizonak adierazitako bakardadearen artean alde esanguratsurik nabarmendu ez arren, ikerketa desberdinetan emakumeek bakardade-sentimendua gizonak baino gehiago agertzen dutela aditzera eman da [38, 39]. Hauskortasunaren inguruan jasotako emaitzei jarraikiz, Europako herrialde desberdinetan egin diren ikerketetan ere hauskortasunaren balioespen-emaitzak desberdinak direla dio ebidentzia zientifikoak, handiagoa izanik egoitzen eremuan komunitatean baino [31, 40]. Sexuaren araberrako desberdintasunen ildotik, azterlan honetako laginean emakumeetan islatutako hauskortasuna nabarmenagoa izan zen gizonekin alderatuta, egoitzan zein komunitatean egindako beste ikerketa batzuetan adierazi bezala [41, 42, 43].

Aztertuturiko bi aldagaien arteko harremanari dagokionez, aurretik argitaratutako ikerketetan ere bakardadea sentitzea hauskortasunarekin lotu izan da bai komunitatearen eremuan [39, 44, 45] eta baita egoitzen testuinguruan ere, bakardadea, beste aldagai esanguratsu batzuen artean, hauskortasunean gehien eragiten zuena zela adieraziz [46, 47]. Are gehiago, bakardadearen eta hauskortasunaren arteko erlazioa bi noranzkoetan agertzen dela behatu dute ikertzaileek [39, 48]. Orain gutxi aurkeztuturiko berrikuspen sistematiko batek aldagai horietako baten presentziak bestea pairatzeko arriskua nabarmen handitzen duela baieztatu du, eta, pairatuz gero, bizkortu egiten duela haren aurreratzea. Elkarrekin agertzen direnean, egoera fisiko eta kognitiboan narriadura handiagoa eragiten dutela adierazi du, baita heriotza-arrisku handiagoa ere [48].

Hauskortasun fisikoari helduz, azterlaneko emaitzetan behatu bezala, nagusiek sentitzen duten bakardadeak hauskortasun fisikoarekin duen harremanaz hitz egin dute hainbat autorek [39, 47]. Horrela, bakardade-maila altua eta mugikortasunaren beherakada, edo eguneroko bizi-

tzako jarduera konplexuetarako zailtasunaren areagotzea, lotzen dituzten aurkikuntza prospektiboek, bakardadeak sarkopeniaren probabilitatea areagotu dezakeela iradoki dute [19, 49]. Hau da, sistema muskulu-eskeletikoaren muskulu-masaren eta indarraren galera [50]. Horren ildotik, pertsona bakartiek jarduerarik ez egiteko joera handiagoa dutela aditzera eman da [49], batez ere emakumeetan [51], eta aktibitate ezak hauskortasun fisikoareagotzen duela ikusi da [52]. Are gehiago, bakardadeak eta hauskortasunak mekanismo fisiopatologiko berberak partekatu ditzaketela adierazi da, hala nola hantura eta funtzio endokrinoko aldaketak [39].

Aipatutako ikerketek, Gale eta lankideenak (2018) izan ezik, ez zuten sexuaren araberrako konparaziorik egin, bakardadearen eta hauskortasun fisikoaren arteko lotura aztertzerakoan. Azterlan honetako emaitzetan, berriaz, egoitzetako zein komunitateko emakumeetan bakardadearen eta hauskortasunaren dimentsio fisikoaren arteko harreman positiboa behatu zen. Komunitateko gizonetan ere erlazioa islatu arren, emakumeetan azaleratutakoa sendoagoa izan zen. Gale eta lankideen ikerketak, aldiz, bakardadearen eta hauskortasun fisikoaren arteko erlazioari dagokionez ez zuen emakumeen eta gizonen artean alderik adierazi komunitatean [39].

Hauskortasunaren dimentsio psikologikoari erreparatuz, memoria-arazoekin, gainbehera sentitzearekin, urduritasuna edo antsietatea sentitzearekin eta arazoei aurre egiteko ezintasunaren balioespenarekin lotzen da [35]. Azterlan honetan deskribatutako emaitzen harira, bakardadearen eta hauskortasun psikologikoaren artean behatutako harremana egoitzetako eta komunitateko emakumeetan islatu zen. Gizonen artean, ordea, egoitzetan, estatistikoki adierazgarria den erlazioari egon ez arren, komunitateko gizonetan bakardadea sentitzeak psikologikoki hauskorra izateko joera bat izan zezakeela behatu zen, nahiz eta aurrera begira lagin handiagoa duen ikerketa batekin baieztatu beharko litzatekeen. Zebhauser eta lankideen ikerketan, esaterako, komunitateko gizonetan bakardadearen eta hauskortasun psikologikoaren arteko erlazioa nabarmendu zen [51]. Bakarrik sentitzeak gizonetan osasun mentaleko baldintza txarrak izatearekin lotura sendoagoa zuela ikusi zuten, emakumeekin konparatuz gero. Gainera, bakardadea pairatzen zuten gizonek, bizitzarekiko gogobetetasun txikiagoa izateaz gain, emakumeek baino deprimituago egoteko eta erresilientzia gutxiago izateko joera zutela ikusi zen [51]. Beste ikerketa batean ere, bakardadeak gizonetan eragiten duen estresa azpimarratu zen, hanturazko erantzunak areagotuz eta gizonen kasuan hiltzeko arriskua handituz [53]. Beraz, kontuan izan behar da laginean parte hartu zuten gizonen kopuru txikia, azterlanean lortutako emaitzen inguruko hausnarketa egiterakoan, are gehiago zeharkako lan deskriptiboa.

Egoitzetan zein komunitatean bizi ziren adineko emakumei dagokionez, azterlaneko emaitzetan deskribatu den bakardadearen eta hauskortasun psikologikoaren arteko loturan zeresana izan dezake hainbat autorek

adierazitakoak; alegia, antsietatea eta depresioa izateko joera gehiago dutela [51, 54], eta bakardade-sentimenduak onartu eta adierazteko erraztasun handiagoa dutela [38], horiek azterlaneko emaitzetan islatzea bultzatuz. Zahartzaroan gertatzen diren aldaketek (ahaide eta lagunen heriotzak, alarguntzeak, zaintza-jarduerak, mendekotasunak eragindako instituzionalizatzek), tarte luzeagoan eragiten dietenez, bakardadearekiko zaurgarriago bihurtzen dituzte. Horren ildotik, depresioa, antsietatea, bizitzako faktore estresagarriak, gizartearen babesik eza eta bakardadea bera hauskortasunaren parte gisa ulertu behar direla aditzera eman dute [55].

Gaiaren inguruan argitaratutako ikerketetan bakardadea hainbat nahaste psikologikorekin, bizitzarekiko gogobetetasun txikiarekin eta erresilientzia baxuarekin lotzen dela adierazi da [51, 56]. Bestetik, autoestimua baxuarekin, norberarekiko pentsamendu ezkorrekin, antsietatearekin, depresioarekin eta aldakortasun emozionalarekin ere erlazionatzen dela ikusi dute [57, 58]. Hau da, bakarrik sentitzea hauskortasun psikologikoaren ezaugarriekin erlazionatzen dela iradoki daiteke.

Hauskortasun sozialaren ildotik, lehenik eta behin, bakarrik bizitzeari, giza harremanik ez edukitzeari eta gizarte-babesik ez izateari erreparatzen zaiola adierazi behar da [35]. Azterlan honetan behatu den bakardadearen eta hauskortasun sozialaren arteko erlazioa egoitzetako emakume zein gizonetan islatu zen; komunitatearen eremuan, aldiz, emakumeetan soilik islatu zen. Beraz, harremana emakumeetan nabarmenagoa izan zen, nahiz eta jasotako emaitzen esanahia interpretatzerakoan parte-hartzaile gizonen kopuru baxua eta parte-hartzaileen profila kontuan hartu beharreko ezaugarriak izan.

Literatura zientifikoan, azterlaneko emaitzetan deskribatutakoarekin bat, komunitatean zein egoitzetan bizi diren nagusietan bakardadea hauskortasun sozialarekin lotzen dela islatu da [46, 47, 56]. Badirudi bakardadeak eta sozialki isolatuta egoteak osasun kaskarragoa izatera bideratzen duten mekanismoei dagokienez antzekotasun batzuk partekatzen dituztela [20], estresari aurre egiteko erresistentzia murriztuz eta funtzionamendu immunitarioa ahulduz [59]. Bakarrik sentitzea osasunarekiko portaerarekin edo bizi-estilo okerragoarekin ere erlazionatu da, bizipen horiek hauskortasun soziala areagotu dezaketela adieraziaz batera [56]. Horrek azterlaneko emaitzetan islatu den bakardadearen eta hauskortasun sozialaren arteko erlazioa azaltzen lagundu dezake.

Hala ere, komunitateko gizonetan azaleratutako emaitzei dagokienez, bakardadea ez zen hauskortasun sozialarekin lotu, nahiz eta, halakoek sare sozial txikiagoak eraikitzen dituztela aditzera eman den [60]. Emaitzen esanahia azaltzerakoan parte hartu zuten gizonen kopurua txikia izan zela kontuan izan behar da, baita bakardadea eta hauskortasun soziala adierazterakoan gizonetan egon daitekeen ohitura falta ere [61]. Gainera, laginaren

profilari eta datuak jasotzeko erari erreparatuta, parte-hartzaileekin kontaktua hainbat udalerritako gizarte-zentroetan egin zela azpimarratu behar da. Hau da, azterlanean parte hartu zuten komunitateko emakume eta gizon nagusiek zentroek antolatutako kiroleko, kulturako edo aisialdiko jardueretan parte hartzen zuten jada. Beraz, komunitateko beste nagusi batzuk baino sare sozial hobea izan zezaketela pentsa daiteke, edo, gutxienez, beste nagusi batzuekin harremanetan jartzeko edo kontaktua izateko aukera gehiago zutela. Horrela, komunitateko beste profil bateko nagusiei galdetu izan balitzaie baliteke emaitza desberdinak jaso izana. Azkenik, ikerketaren diseinuari dagokionez, lagina osatu duten pertsona nagusien artean dagoen heterogeneotasunak ez du laguntzen behatutako erlazioak sakonago azaltzen, eta horrek xede-populazioa ezaugarri desberdinen arabera sailkatu beharra iradoki dezake. Zeharkako azterlanak dituen mugak ere aitortu behar dira bai bakardadeak eta bai hauskortasunak denboran zehar izan ditzaketen aldaketak behatu ezin dituelako, ezta islatu diren erlazioen kausalitatea azaldu ere. Dena den, abiapuntu bat izan daiteke beste diseinu bateko ikerketak egiteko edo osasun-heziketako programak prestatzeko. Arlo klinikora begira zainketen plangintzan fokua jartzeko balio diezaguke bakardadea pairatuz gero, eta baita prebentzio-ikuspegitik ere. Egoitzan zein komunitatean (osasun-zentroetan) lan egiten duten profesionalek (erizain, psikologo, mediku) gaiaren inguruan difusioa egin, eta bakardadea sentitzen duten pertsonak identifika ditzakete balioztatutako eskalak erabiliz, ondoren baliabide desberdinak bideratzeko.

5. ONDORIOAK

Bakardadea sentitzea hauskortasun multidimentsional handiagoa izatearekin erlazionatu da adinekoetan. Bakardadearen eta hauskortasunaren arteko harremanak desberdin eragiten die emakumeei eta gizonei. Egoitzetako eta komunitateko emakumeetan, bakardadea sentitzeak hauskortasunaren dimentsio guztietan eragiten du, maila fisiko, psikologiko zein sozialean. Gizonetan, ordea, bakarrik sentitzea hauskortasun sozialarekin lotu da egoitzen eremuan, eta komunitatean bizi ziren gizonetan bakardadea sentitzea hauskortasun fisikoarekin erlazionatu zen. Dena den, emakumeetan harremana sendoagoa izan da.

Testuinguru desberdinetan bizi diren adineko pertsonen zahartze osainsu baten alde egitekotan agerian geratzen da beharrezkoa dela osasun-arloko profesionalen eta gizarte-eragileen arteko elkarlana. Batetik, bakardadea balioesteko eta hauskortasuna ikuspuntu multidimentsional batetik balioesteko. Bestetik, bakardadea sentitzeko arrisku gehien duten pertsonak hautemateko eta hori ekiditeko jarduerak diseinatu eta ezartzeko.

BIBLIOGRAFIA

- [1] PERLMAN, D. eta PEPLAU, L. A. 1981. Toward a social psychology of loneliness. S. DUCK eta R. GILMOUR (ed.), *Personal relationships in disorder* (1.^a ed., pp. 31-56). London: Academic Press.
- [2] LOPEZ DOBLAS, J. eta DIAZ CONDE, M. P. 2018. «El sentimiento de soledad en la vejez». *Revista Internacional de Sociología*, 76, (1), 85-e085. doi: 10.3989/ris.2018.76.1.16.164
- [3] WEISS, R. S. 1983. *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge: MIT Press.
- [4] DE JONG GIERVELD, J., KEATING, N., eta FAST, J. 2015. «Determinants of loneliness among older adults in Canada». *Canadian Journal on Aging*, 34(2), 125-136. doi: 10.1017/S0714980815000070
- [5] VICTOR, C., SCAMBLER, S., BOND, J., eta BOWLING, A. 2000. «Being alone in later life: Loneliness, social isolation and living alone». *Reviews in Clinical Gerontology*, 10(4), 407-417. doi: 10.1017/S0959259800104101
- [6] OBSERVATORIO SOLEDADES, FUNDACIÓN ONCE, eta FUNDACIÓN AXA. 2024. *Barómetro de la soledad no deseada en España*. Madril: https://www.soledades.es/sites/default/files/contenidos/Informe_Barometro%20soledad-v2.pdf
- [7] CASABIANCA, E., eta KOVACIC, M. 2022. Loneliness among older adults - A European perspective, European Commission, *Ispira*, JRC129421. <https://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/handle/JRC129421>
- [8] NICOLAISEN, M., eta THORSEN, K. 2014. «Who are lonely? loneliness in different age groups (18-81 years old), using two measures of loneliness». *International Journal of Aging and Human Development*, 78(3), 229-257. doi: 10.2190/AG.78.3.b
- [9] OMS. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 2025. *Envejecimiento y salud*. 2025eko urriaren 1ean [kontsulta-data: 2025eko urriaren 3a]. Eskuragarri: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- [10] EC. EUROPEAN COMMISSION. 2019. *Ageing Europe: Looking at the lives of older people in the EU*. 2019th ed. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2019 (Statistical books / Eurostat). doi: 10.2785/811048 [kontsulta-data: 2025eko urriaren 3a]. Eskuragarri: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/10166544/KS-02-19%E2%80%91EN-N.pdf/c701972f-6b4e-b432-57d2-91898ca94893>
- [11] INE. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. 2023. *Encuesta sobre discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia*. [kontsulta-data: 2025eko urriaren 3a]. Eskuragarri: <https://www.ine.es/dyngs/Prensa/EDAD2023.htm>
- [12] MOSQUERA LOSADA, M. E., GONZALEZ CABANACH, R., eta GOMEZ-CONESA, A. 2023. «Deterioro cognitivo en ancianos de centros residenciales. Causas y variables sociodemográficas». *Gerokomos*, 34(3), 158-163. Eskuragarri: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X202300300002&lng=es&nrm=iso. Epub 04-Mar-2024. ISSN 1134-928X

- [13] PINAZO, S., eta BELLEGARDE, M. D. 2018. *La soledad de las personas mayores, conceptualización, valoración e intervención*. Fundación Pilares. <https://www.fundacionpilares.org/docs/publicaciones/fpilares-estudio05-Soledad-PersonasMayores-Web.pdf>; Fundación Pilares para la Autonomía Personal.
- [14] BURHOLT, V. eta SCHARF, T. 2014. «Poor health and loneliness in later life: The role of depressive symptoms, social resources, and rural environments». *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 69(2), 311-324. doi: 10.1093/geronb/gbt121
- [15] LUANAIGH, C. Ó. eta LAWLOR, B. A. 2008. «Loneliness and the health of older people». *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(12), 1213-1221. doi: 10.1002/gps.2054
- [16] LOSADA, A., MÁRQUEZ-GONZÁLEZ, M., GARCÍA-ORTIZ, L., GÓMEZ-MARCOS, M. A., FERNÁNDEZ-FERNÁNDEZ, V., eta RODRÍGUEZ-SÁNCHEZ, E. 2012. «Loneliness and mental health in a representative sample of community-dwelling spanish older adults». *The Journal of Psychology*, 146(3), 277-292. doi : 10.1080/00223980.2011.582523
- [17] MACDONALD, S. J., NIXON, J. eta DEACON, L. 2018. «“Loneliness in the city”: Examining socio-economics, loneliness and poor health in the north east of England». *Public Health*, 165, 88-94. doi:10.1016/j.puhe.2018.09.003
- [18] LUO, Y., HAWKLEY, L. C., WAITE, L. J., eta CACIOPPO, J. T. 2012. «Loneliness, health, and mortality in old age: A national longitudinal study». *Social Science & Medicine* (1982), 74(6), 907-914. doi: 10.1016/j.socsci-med.2011.11.028
- [19] PERISSINOTTO, C. M., STIJACIC CENZER, I., eta COVINSKY, K. E. 2012. «Loneliness in older persons: A predictor of functional decline and death». *Archives of Internal Medicine*, 172(14). doi: 10.1001/archinternmed.2012.1993
- [20] HAWKLEY, L. C., eta CACIOPPO, J. T. 2010. «Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms». *Annals of Behavioral Medicine*, 40(2), 218-227. doi: 10.1007/s12160-010-9210-8
- [21] PRIETO-FLORES, M., FORJAZ, M. J., FERNANDEZ-MAYORALAS, G., ROJO-PEREZ, F., eta MARTINEZ-MARTIN, P. 2011. «Factors associated with loneliness of noninstitutionalized and institutionalized older adults». *J Aging Health*, 23(1), 177-194. doi: 10.1177/0898264310382658
- [22] JANSSON, A. H., KARISTO, A., eta PITKÄLÄ, K. H. 2021. «Time- and place-dependent experiences of loneliness in assisted living facilities». *Ageing and Society*, 41(3), 628-644. doi: 10.1017/S0144686X19001211
- [23] VICTOR, C. R. 2012. «Loneliness in care homes: A neglected area of research?». *Aging Health*, 8(6), 637-646. doi: 10.2217/ahe.12.65
- [24] FRIED, L. P., TANGEN, C. M., WALSTON, J., NEWMAN, A. B., HIRSCH, C., GOTTDIENER, J. eta MCBURNIE, M. A. 2001. «Frailty in older adults: Evidence for a phenotype». *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(3), M146-M157. doi: 10.1093/gerona/56.3.M146

- [25] GOBBENS, R., LUIJKX, K., WIJNEN-SPONSELEE, M. eta SCHOLS, J. 2010. «In search of an integral conceptual definition of frailty: Opinions of experts». *Journal of the American Medical Directors Association*, 11(5), 338-343. doi: 10.1016/j.jamda.2009.09.015
- [26] DLIMA, S. D., HALL, A., AMINU, A. Q., AKPAN, A., TODD, C. eta VARDY, E. R. 2024. «Frailty: A global health challenge in need of local action». *BMJ Global Health*, 9(8), 1-11. doi: 10.1136/bmjgh-2024-015173
- [27] GIACOMINI, S. B., FHON, J. R., eta RODRIGUES, R. A. 2020. «Frailty and risk of falling in the older adult living at home». *Acta Paul Enferm*, 33. doi:10.37689/acta-
- [28] CLEGG, A., YOUNG, J., ILIFFE, S., RIKKERT, M. O., eta ROCKWOOD, K. 2013. «Frailty in elderly people». *The Lancet*, 381(9868), 752-762. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62167-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62167-9)
- [29] O'CAOIMH, R., SEZGIN, D., O'DONOVAN, M. R., MOLLOY, D. W., CLEGG, A., ROCKWOOD, K. eta LIEW, A. 2021. «Prevalence of frailty in 62 countries across the world: A systematic review and meta-analysis of population-level studies». *Age and Ageing*, 50(1), 96-104. doi: 10.1093/ageing/afaa219
- [30] ESPAINIAKO OSASUN MINISTERIOA. *Actualización del documento de consenso sobre prevención de la fragilidad en la persona mayor* (2022) [kontsultadata: 2025eko otsailaren 18a]. Eskuragarri: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/envejecimientoSaludable/jornadas/docs/SoleddadJusto1.pdf>
- [31] O'CAOIMH, R., GALLUZZO, L., RODRÍGUEZ-LASO, A., VAN DER HEYDEN, J., RANHOFF, A. H., LAMPRIINI-KOULA, M. eta LIEW, A. 2018. «Prevalence of frailty at population level in european ADVANTAGE joint action member states: A systematic review and meta-analysis». *Istituto Superiore di Sanita*, 54(3), 226-238. doi: 10.4415/ANN_18_03_10
- [32] DE JONG-GIERVELD, J. eta KAMPHUIS, F. 1985. «The development of a rasch-type loneliness scale». *Applied Psychological Measurement*, 9(3), 289-299. doi: <https://doi.org/10.1177/014662168500900307>
- [33] BUZ, J., & PÉREZ-ARECHAEDERRA, D. (2014). «Psychometric properties and measurement invariance of the spanish version of the 11-item de jong gierveld loneliness scale». *International Psychogeriatrics*, 26(9), 1553-1564. doi: 10.1017/S1041610214000507
- [34] DE JONG-GIERVELD, J., & TILBURG, T. 1999. «Manual of the loneliness scale». *Methoden en technieken*. doi: 10.17605/OSF.10/U6GCK
- [35] GOBBENS, R., VAN ASSEN, M., LUIJKX, K., WIJNEN-SPONSELEE, M., & SCHOLS, J. 2010. «The tilburg frailty indicator: Psychometric properties». *Journal of the American Medical Directors Association*, 11(5), 344-355. doi: 10.1016/j.jamda.2009.11.003
- [36] DRAGESET, J., KIRKEVOLD, M. eta ESPEHAUG, B. 2011. «Loneliness and social support among nursing home residents without cognitive impairment: A questionnaire survey». *International Journal of Nursing Studies*, 48(5), 611-619. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.09.008

- [37] VICTOR, C. eta BOWLING, A. 2012. «A longitudinal analysis of loneliness among older people in Great Britain». *The Journal of Psychology*, 146(3), 313-331. doi: 10.1080/00223980.2011.609572
- [38] DAHLBERG, L., ANDERSSON, L., MCKEE, K. J. eta LENNARTSSON, C. 2015. «Predictors of loneliness among older women and men in sweden: A national longitudinal study». *Aging & Mental Health*, 19(5), 409-417. doi: 10.1080/13607863.2014.944091
- [39] GALE, C. R., WESTBURY, L. eta COOPER, C. 2018. «Social isolation and loneliness as risk factors for the progression of frailty: The english longitudinal study of ageing». *Age and Ageing*, 47(3), 392-397. doi: 10.1093/ageing/afx188
- [40] MELO, R. C., CIPOLLI, G. C., BUARQUE, G. L. A., YASSUDA, M. S., CESARI, M., OUDE VOSHAAR, R. C. eta APRAHAMIAN, I. 2020. «Prevalence of frailty in brazilian older adults: A systematic review and meta-analysis». *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 24(7), 708-716. doi: 10.1007/s12603-020-1398-0
- [41] ARIZAGA-IRIBARREN, N., IRAZUSTA, A., MUGICA-ERRAZQUIN, I., VIRGALA-GARCÍA, J., AMONARRAIZ, A. eta KORTAJARENA, M. 2022. «Sex differences in frailty factors and their capacity to identify frailty in older adults living in long-term nursing homes». *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1) doi: 10.3390/ijerph20010054
- [42] CARRASCO-RIBELLES, L. A., ROSO-LLORACH, A., CABRERA-BEAN, M., COSTA-GARRIDO, A., ZABALETA-DEL-OLMO, E., TORAN-MONSERRAT, P. eta VIOLÁN, C. 2022. «Dynamics of multimorbidity and frailty, and their contribution to mortality, nursing home and home care need: A primary care cohort of 1 456 052 ageing people». *EClinicalMedicine*, 52, 101610. doi: 10.1016/j.eclinm.2022.101610
- [43] MANFREDI, G., MIDÃO, L., PAÚL, C., CENA, C., DUARTE, M. eta COSTA, E. 2019. «Prevalence of frailty status among the european elderly population: Findings from the survey of health, aging and retirement in Europe». *Geriatrics & Gerontology International*, 19(8), 723-729. doi:10.1111/ggi.13689
- [44] SHA, S., PAN, Y., XU, Y. eta CHEN, L. 2022. «Associations between loneliness and frailty among older adults: Evidence from the china health and retirement longitudinal study». *BMC Geriatrics*, 22(1), 1-537. doi: 10.1186/s12877-022-03044-0
- [45] JARACH, C. M., TETTAMANTI, M., NOBILI, A. eta D'AVANZO, B. 2021. «Social isolation and loneliness as related to progression and reversion of frailty in the survey of health aging retirement in europe (SHARE)». *Age and Ageing*, 50(1), 258-262. doi: 10.1093/ageing/afaa168
- [46] TSE, M. M. Y., LAI, C., LUI, J. Y. W., KWONG, E. eta YEUNG, S. Y. 2016. Frailty, pain and psychological variables among older adults living in hong kong nursing homes: Can we do better to address multimorbidities? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(5), 303-311. doi: 10.1111/jpm.12303

- [47] ZHAO, X., eta SI, H. 2021. «Loneliness and frailty among nursing home older adults: The multiple mediating role of social support and resilience». *Psychogeriatrics*, 21(6), 902-909. doi: 10.1111/psyg.12765
- [48] HANLON, P., WIGHTMAN, H., POLITIS, M., KIRKPATRICK, S., JONES, C., ANDREW, M. K. eta HOOGENDIJK, E. O. 2024. «The relationship between frailty and social vulnerability: A systematic review». *The Lancet Healthy Longevity*, 5(3), e214-e226. doi: 10.1016/S2666-7568(23)00263-5
- [49] SHANKAR, A., MCMUNN, A., DEMAKAKOS, P., HAMER, M., eta STEP-TOE, A. 2017. «Social isolation and loneliness: Prospective associations with functional status in older adults». *Health Psychology*, 36, 179-187. doi: 10.1037/hea0000437
- [50] COOPER, C., FIELDING, R., VISSER, M., VAN LOON, L. J., ROLLAND, Y., ORWOLL, E. eta KANIS, J. A. 2013. «Tools in the assessment of sarcopenia». *Calcified Tissue International*, 93(3) doi:10.1007/s00223-013-9757-z
- [51] ZEBHAUSER, A., HOFMANN-XU, L., BAUMERT, J., HÄFNER, S., LACRUZ, M. E., EMENY, R. T. eta LADWIG, K. H. (2014). «How much does it hurt to be lonely? mental and physical differences between older men and women in the KORA-age study». *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(3), 245-252. doi:10.1002/gps.3998
- [52] SONG, J., LINDQUIST, L. A., CHANG, R. W., SEMANIK, P. A., EHRLICH-JONES, L. S., LEE, J. eta DUNLOP, D. D. 2015. «Sedentary behavior as a risk factor for physical frailty independent of moderate activity: Results from the osteoarthritis initiative». *American Journal of Public Health*, 105(7), 1439-1445. doi:10.2105/AJPH.2014.302540
- [53] HOLWERDA, T. J., BEEKMAN, A. T. F., DEEG, D. J. H., STEK, M. L., VAN TILBURG, T. G., VISSER, P. J. eta 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(4), 843-853. doi: 10.1017/S0033291711001772
- [54] SHI, J., YANG, Z., SONG, X., YU, P., FANG, X., TANG, Z. eta ROCKWOOD, K. 2014. «Sex differences in the limit to deficit accumulation in late middle-aged and older Chinese people: Results from the Beijing longitudinal study of aging». *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 69(6), 702-709. doi: 10.1093/gerona/glt143
- [55] WHITESIDES, L. eta LYNN, J. 2021. «The psychosocial effects of frailty on women». *Clinics in Geriatric Medicine*, 37(4), 543-552. doi: 10.1016/j.cger.2021.05.003
- [56] DAVIES, K., MAHARANI, A., CHANDOLA, T., TODD, C. eta PENDLETON, N. 2021. «The longitudinal relationship between loneliness, social isolation, and frailty in older adults in England: A prospective analysis». *The Lancet Healthy Longevity*, 2(2), e70-e77. doi:10.1016/S2666-7568(20)30038-6
- [57] MARTÍN-MARÍA, N., CABALLERO, F. F., LARA, E., DOMÈNECH-ABELLA, J., HARO, J. M., OLAYA, B. eta MIRET, M. 2021. «Effects of transient and chronic loneliness on major depression in older adults: A longitudinal study».

- International Journal of Geriatric Psychiatry*, 36(1), 76-85. doi: 10.1002/gps.5397
- [58] AUSÍN, B., MUÑOZ, M. eta CASTELLANOS, M. A. 2017. «Loneliness, sociodemographic and mental health variables in spanish adults over 65 years old». *The Spanish Journal of Psychology*, 20, E46. doi:10.1017/sjp.2017.48
- [59] BELLER, J., eta WAGNER, A. 2018. «Loneliness, social isolation, their synergistic interaction, and mortality». *Health Psychology*, 37(9), 808-813. doi:10.1037/hea0000605
- [60] PINQUART, M., eta 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
- [61] VICTOR, C. R., SCAMBLER, S. J., MARSTON, L., BOND, J. eta BOWLING, A. 2006. «Older people's experiences of loneliness in the UK: Does gender matter?». *Social Policy and Society*, 5(1), 27. doi:10.1017/S1474746405002733