

VIVIR SOLO: MOTIVACIONES, FACTORES PROTECTORES Y FACTORES DE RIESGO EN ANCIANOS

Diego Andrés Chavarro-Carvaja^{1,3}
Julián Andrés Sucerquia Quintero²
Luis Carlos Venegas-Sanabria^{1,3}

Resumen

El envejecimiento de la población, los cambios culturales, así como las nuevas dinámicas y conformación de las familias, han llevado a que el número de ancianos que viven solos sea cada vez mayor. Vivir solo no es un problema para el anciano si cuenta con el soporte funcional, social, afectivo y cognitivo necesarios para poder evitar y afrontar los riesgos de no tener la compañía de otra persona. Sin embargo, no todos los ancianos que viven solos cuentan con los recursos necesarios para poder hacerlo. Algunos pueden presentar deterioro físico que impacta en su funcionalidad, otros pueden tener compromiso a nivel cognitivo o afectivo que los lleve al aislamiento; también puede haber quienes no cuenten con la red de apoyo social suficiente que les brinde asistencia en caso de ser necesario y otros no tienen los recursos económicos mínimos para solventar los gastos y necesidades básicas que implican el vivir solo. En el presente trabajo pretendemos hacer un resumen de las motivaciones, las condiciones que favorecen y los riesgos que pueden afrontar las personas ancianas que viven solas.

¹ Unidad de Geriátría, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia.

² Facultad de Medicina, Fundación Universitaria Juan N. Corpas, Bogotá, Colombia

³ Instituto de envejecimiento, facultad de medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

Autor para correspondencia: Diego Andrés Chavarro Carvajal

Dirección: Carrera 7 # 40 - 62, Facultad de Medicina Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá-Colombia. Teléfono: 32083820 ext. 2751. chavarro-d@javeriana.edu.co

Living alone: motivations, protective and risk factors in elderly

Abstract

The aging of the population, cultural changes as well as new dynamics and conformation of families have led to growing numbers of elderly people who are living alone. Living alone is not a problem to older people as long as they have functional, social, affective and cognitive support necessary to be able to avoid and face the risks of living without the company of another person. However, not all older people living alone have enough resources to do so. Some may present physical deterioration that affects their functionality, others may have cognitive or affective impairment that can lead to isolation. There could also be those who do not have the social support to assist them if necessary and others do not have the economic minimum resource to cover the expenses and the necessities that imply to live alone. In the present work, we intend to summarize the motivations, the favorable conditions and the risks that can affect the elderly people living alone.

Introducción

A lo largo del tiempo se ha observado un cambio poblacional muy importante

a nivel mundial, en especial en la población anciana. En la actualidad este grupo, alrededor del mundo, representa el 6.9% del total general, cifra que se aproxima a 7 mil millones de habitantes (1). Según proyecciones logísticas, para el 2020 la mayoría de países desarrollados tendrán el doble de la población anciana que existe hoy en día.

El proceso de transición demográfica no sólo se acompaña del envejecimiento poblacional, sino de cambios en el tipo de familia (2). Los países como Colombia tradicionalmente han tenido familias extensas, conformadas no solo por los padres y los hijos, sino también por los abuelos, tíos y primos. En el siglo XX se presentó una notoria modificación hacia familias nucleares completas (padres e hijos) y en las sociedades modernas hay incremento en las familias monoparentales o nucleares incompletas (uno de los padres e hijos) o unipersonales (3).

Se estima que a nivel mundial el 13% de la población adulta mayor vive sola; en América Latina y el Caribe el 9%, en África el 8% , en Asia el 7% y en Europa y América del Norte el 26%. En una reciente publicación, se sabe que uno de cada cinco españoles mayores de 65 años vive solo y de ellos el 75% son mujeres, existiendo diferencias importantes entre la zonas rurales y las

urbanas de grandes capitales, en donde hay un incremento importante de este fenómeno cada día más creciente (4). En Colombia, según datos de Naciones Unidas, para el año 2000 el 7.1% de los mayores de 60 años vivían solos (5).

Este prevalente grupo de personas parece ir tomando una identidad nosológica propia a nivel mundial; entender este fenómeno no es fácil y se han buscado varias explicaciones desde el punto de vista teórico, antropológico, demográfico y sociológico; unas relacionadas con las características sociodemográficas como la edad, el nivel de ingreso económico, el estado civil; otras relacionadas con la independencia física, social y material; y las últimas con las consecuencias y riesgos a las que se exponen estos individuos.

La principal preocupación radica en conocer las características de las personas adultas mayores que viven solas lo cual permite planear la necesidad de soportes sociales y sanitarios que ayuden a mantenerles en su medio de forma independiente en el caso de que sobrevenga una crisis en su transcurrir vital (6).

Para facilitar el entendimiento de los factores asociados a vivir solo en los adultos mayores, a continuación se exploran las motivaciones que pueden

existir para llegar a esta situación, los factores protectores que permiten que estas personas puedan seguir viviendo solas, los factores de riesgo a los que se exponen y las consecuencias que esto puede acarrear.

Motivaciones

Las motivaciones por las que una persona adulta mayor vive sola pueden ser diversas, desde una elección personal hasta no tener otra alternativa; estas han sido exploradas en algunos estudios. En California en el año 2004, se definieron tres categorías principales que explican la razón por la cual los adultos mayores tienden a vivir solos: la independencia física, la independencia material y aspectos sociales (7).

Independencia física: hace referencia a contar con las capacidades físicas necesarias para vivir solo. Se pueden considerar como capacidades físicas el caminar sin dificultad, poder salir de casa y hacer las compras (8).

Independencia material: cuando se cuenta con los recursos materiales como son la vivienda y la estabilidad económica, facilita que una persona mayor pueda seguir viviendo sola.

Sociales: desde el punto de vista social, se plantean varias razones. Desde la explosión demográfica

y la urbanización, la tendencia demográfica actual es a la disminución de la fertilidad, lo que lleva a un número reducido de hijos que puedan hacerse cargo de sus padres en la vejez, que posteriormente pueden enviudar y así, vivir solos. Adicionalmente, si se cuenta con los recursos económicos y materiales suficientes, la búsqueda de la privacidad es más frecuente en las personas mayores. Por último, los cambios en la dinámica familiar, en donde prima el individualismo, hay una disminución en el interés grupal lo que lleva al decaimiento de los valores familiares y culturales clásicos (7).

Factores protectores

Los factores protectores permiten que las personas mayores puedan seguir viviendo solas. Entre los más relevantes se mencionan ser funcionales, mantener relaciones sociales activas y algunas condiciones socioculturales tales como la espiritualidad y religiosidad, el género y la resiliencia.

Funcionalidad: una de las características generalmente descritas para que un adulto mayor viva solo es la funcionalidad. Esta se define como la independencia que tiene un individuo para completar las tareas relacionadas con el autocuidado (actividades básicas de la vida diaria), rol social básico (actividades instrumentales de la vida

diaria) e incluso actividades sociales complejas (actividades avanzadas de la vida diaria). Es indispensable, para vivir solo, mantener el cuidado personal, salir de casa, realizar tareas del cuidado del hogar (7) (9) (10).

Relaciones sociales activas: las relaciones sociales activas involucran la familia nuclear, la familia extensa, los amigos y agrupaciones sociales como la iglesia, grupos de apoyo y de entretenimiento. Cuando se cuenta con familia como los hijos, sobrinos, hermanos y nietos, afrontar situaciones relacionadas con el duelo por pérdida del cónyuge puede ser más fácil. Adicionalmente la comunicación constante y las reuniones permiten la socialización activa y el sentimiento de apoyo. Cuando no se tienen muchos familiares o se es parte de una familia pequeña, el hecho de no poseer hermanos, no haber tenido hijos o no haber contado con pareja, los amigos pueden jugar un rol fundamental en la vida de la persona adulta mayor (9).

Cuando no se cuenta con familia cercana o un grupo de amigos, muchas personas mayores han descubierto que el voluntariado es una buena manera de contribuir a la sociedad con sus conocimientos y experiencias, y de este modo evitar el aislamiento social. En muchos países existen cientos de organizaciones que reciben con

entusiasmo los conocimientos de las personas mayores. Un ejemplo de ello es Senior Corps, un programa en Estados Unidos de la Corporation for National and Community Service (Corporación para el Servicio Nacional y Comunitario). Los programas Senior Corps incluyen el Programa de Abuelos Adoptivos, y el Programa de Compañeros Mayores. Otra opción que tienen los adultos mayores es ingresar a programas de educación formal e informal. Muchas comunidades, distritos escolares y universidades ofrecen educación continuada para cualquier persona e incluso algunos cursos están dirigidos a personas mayores. Algunos redescubren una afición que dejaron de lado cuando no tenían tanto tiempo libre, debido al trabajo o a las responsabilidades familiares. Otros desean explorar nuevos intereses.

En diferentes estudios, los ancianos que reportaron tener redes sociales adecuadas o comunicación continua con sus familiares mostraron presentar menor sintomatología depresiva e ideación suicida, mejor percepción de su estado de salud y de la calidad de vida (11).

Espiritualidad y religiosidad: la religión y la espiritualidad son conceptos similares, pero no idénticos. La religión suele considerarse un

término más institucionalizado, estructurado y tradicional y puede asociarse con creencias organizadas y bien establecidas. La espiritualidad se refiere a lo intangible y lo inmaterial y, en consecuencia, puede considerarse un término más general, no asociado con un grupo o una organización en particular. La religión tradicional implica presencia y responsabilidad, mientras que la espiritualidad tiene menos requisitos. Las personas pueden rechazar la religión tradicional, pero considerarse espirituales. En los Estados Unidos, más del 90% de los ancianos se considera religioso y espiritual, y alrededor del 5% espiritual pero no religioso. La mayoría de los investigadores realizan indagaciones sobre religión y no sobre espiritualidad a través de medidas como la concurrencia a servicios religiosos, la frecuencia de las prácticas religiosas privadas, el uso de mecanismos de adaptación religiosos (p. ej., orar, creer en Dios, transmitir los problemas a Dios, recibir apoyo de miembros de la comunidad religiosa). Sin embargo, no se ha podido determinar si la religión contribuye a la salud o si las personas atraídas a los grupos religiosos son más saludables, tanto en términos psicológicos como físicos. Si se considera que la religión resulta útil, aún no pudo definirse la causa de estos beneficios. La mayoría de estudios previos (12) (13) (14) han demostrado

la relación protectora entre un sistema de creencias religiosas y la aparición de síntomas depresivos; de tal forma, asistir a grupos religiosos o de meditación ha demostrado disminuir la aparición de síntomas depresivos y mejorar la percepción del estado de salud y de calidad de vida (15) (16).

Las creencias y las prácticas religiosas a menudo fomentan la creación de redes comunitarias y de apoyo social. El mayor contacto social en este grupo etario aumenta la probabilidad de detectar las enfermedades en forma temprana y de que estos individuos cumplan los tratamientos, dado que los miembros de la comunidad interactúan con ellos y les preguntan acerca de su salud y el cuidado médico. Las personas ancianas que forman parte de este tipo de redes comunitarias tienen menos probabilidades de descuidarse a sí mismos.

Género: una característica de las sociedades contemporáneas es el envejecimiento de la población que es el resultado de los cambios operados en las sociedades contemporáneas, especialmente en las más desarrolladas económicamente, al descender conjuntamente tanto las tasas de mortalidad como las de natalidad. Desde el punto de vista de las diferencias por género puede añadirse que desde 1950, y de forma progresiva,

se vislumbra un aumento del número de mujeres. Las mujeres siguen siendo las grandes supervivientes. Tenemos pues un segundo rasgo: la vejez es esencialmente femenina. Esta diferencia por género entraña tanto diferencias biológicas entre hombres y mujeres como culturales, de modo que las enfermedades en los hombres les llevan más a morir tempranamente en relación a las mujeres, mientras que las de éstas les conducen a vivir su vejez con discapacidad. En Europa como en los diversos países desarrollados económicamente, las mujeres tienden a vivir en buena salud menos años que los varones. En el caso de España y con datos del año 2012 del Instituto Nacional de Estadística en su publicación mujeres y hombres 2014, si se calcula el porcentaje de años en buena salud sobre el total de años vividos en cada sexo, se observa que para las mujeres el 77% de los años de su vida se viven en buena salud, mientras que para los hombres la proporción de años en buena salud es de 81%. La diferencia en años vividos en buena salud es de cuatro puntos porcentuales menos en las mujeres. Y ocurre lo mismo si se analiza a los 65 años la proporción de años en buena salud sobre el total de años. Los hombres pueden esperar vivir en buena salud el 50% de esos años, mientras que en las mujeres esa proporción es del 40%. Se puede concluir que las mujeres viven más,

pero en peores condiciones de salud y a lo largo de toda la vida, aunque en la vejez las desigualdades se acentúan. Y no sólo las desigualdades en salud, sino también en otros ámbitos, como el económico, o el de la convivencia (17) (18) (19) (20).

Resiliencia: la resiliencia fue un concepto introducido en el estudio de las respuestas y la adaptación positiva de personas que vivían en entornos de riesgo, en contextos y situaciones que suponían amenazas potenciales al desarrollo normal como la pobreza, la enfermedad y la violencia. Posteriormente se ha introducido en el estudio de los fenómenos del desarrollo y los procesos que ocurren en todas las etapas y edades del ciclo vital, incluidas las etapas más tardías. La perspectiva de la resiliencia ha modificado el anterior modelo del envejecimiento que lo asociaba con pérdidas por otro más integral en el que las personas mantienen altos niveles de funcionamiento positivo, a pesar de las circunstancias adversas, las limitaciones y los deterioros. Esta concepción es convergente con el enfoque de la resiliencia y con la idea de que el resiliente es más una persona normal que alguien excepcional. A pesar de las discapacidades físicas o las patologías que limitan las actividades diarias de los ancianos, estos son capaces de adaptarse y

realizar actividades que no requirieran fuerza con el fin de mantenerse en forma (caminar largas distancias, salir al parque, nadar). Se ha observado que lo principal para sobrellevar las patologías y las discapacidades es aceptación de la condición actual en la cual los ancianos tienden a realizar una aceptación pasiva y resignada de la situación (21) (22).

Factores de riesgo

Vivir solo para los adultos mayores no implica, como tal, que estén disfrutando de una calidad de vida ni superior ni inferior que la que tendrían si optasen por alternativas como la convivencia con familiares o la institucionalización. Sin embargo, el que carezcan habitualmente de compañía en sus hogares los predispone a determinados problemas. Entre los factores asociados a vivir solo se mencionan la presencia de deterioro cognoscitivo, la dependencia funcional para actividades de la vida diaria, contar con mala red de apoyo, contar con enfermedades crónicas, cursar con enfermedades neoplásicas, la presencia de síntomas depresivos y un bajo nivel socioeconómico.

Deterioro cognitivo: la presencia de alteraciones cognoscitivas (deterioro cognoscitivo leve o demencia) favorece la pérdida del autocuidado,

el compromiso funcional y síntomas neuropsiquiátrico. Las personas con demencia que viven solas presentan con mayor frecuencia descuido en el arreglo personal, lesiones, depresión y desnutrición (23) (24) (25), lo cual compromete aún más su estado general.

Dependencia actividades de la vida diaria: el principal factor que influye en la sensación de vulnerabilidad que puede experimentar un anciano es el deterioro en la fuerza y la poca capacidad para respuesta física. La pérdida funcional en los aspectos físicos de las personas mayores compromete severamente su movilidad, lo que limita la capacidad de dar adecuada respuesta a los accidentes y retos caseros, más evidente en los ancianos que viven solos. Aquellos ancianos que viven solos presentan mayor dificultad para subir o bajar escaleras que aquellos que viven acompañados, reportando mayor inseguridad y miedo a sufrir contusiones al no contar con ayuda rápida y adecuada (26).

Mala red de apoyo: la red sociofamiliar es el determinante más importante a tener en cuenta en un anciano discapacitado. Dentro de los factores asociados a la pérdida de la capacidad funcional se encuentran la edad mayor de 75 años, la no participación en actividades sociales y la falta de contacto con vecinos o amigos (9).

Comorbilidades: los eventos cardiovasculares son las comorbilidades más frecuentes en la población anciana alrededor del mundo. Aproximadamente el 40% de los ancianos mayores cursa con alguna patología cardiovascular, y de estos el 12% muere a causa de falta de seguimiento o pobre acceso a servicios de salud dada la deficiente red de apoyo con la que cuentan. En el estudio de Bucholz et al, se buscó el efecto de vivir solo en pacientes luego de ser dados de alta tras sufrir un infarto agudo de miocardio. Se encontró que los pacientes que vivían solos tenían una mortalidad del 21.8% en los siguientes 4 años luego de un evento cardiovascular y la tasa de mortalidad fue de aproximadamente el 41.6% (27).

Si hablamos de la diabetes, cerca del 50% de la población no es consciente de su condición por lo que identificar a estos individuos es una prioridad en los sistemas de salud. Se encontró una asociación clara entre vivir solo y tener diabetes no diagnosticada. En un estudio prospectivo realizado en poblaciones orientales, vivir solo se consideró un factor de riesgo que incrementaba la mortalidad asociada con esta patología dado que individuos que vivían solos estaban más propensos a sufrir de sobrepeso y tener estilos de vida poco saludables (28).

Cáncer: en Australia aproximadamente 28-48% de los pacientes en cuidados paliativos vivían solos en el año 2013. Los pacientes que tenían cáncer y vivían solos tenían mayor número de admisiones al hospital y menos posibilidades de morir dignamente en casa (29). Las personas que viven solas con una enfermedad terminal tienen mayor número de admisiones a los hospitales y están más propensas a morir institucionalizadas. Los pacientes con cáncer que viven solos reportan un mayor estrés psicológico, pobre calidad de vida y alto estrés hacia el concepto de la muerte (30).

Depresión: la prevalencia de síntomas depresivos se encuentra claramente incrementada en las mujeres mayores de 65 años comparada con los hombres (18). En el Reino Unido en el censo de 2006, el 48% de la población mayor de 75 años que vivía sola reportaba síntomas depresivos (31). Contrario a lo demostrado en el estudio previo, en uno realizado en California, Estados Unidos, 45% de los individuos que vivían acompañados y 41% de aquellos que vivían solos reportaban aparición de síntomas depresivos, lo que permite reevaluar la asociación entre vivir solo y la aparición de síntomas depresivos (7). En otro estudio realizado en Shanghai China en el año 2013, se demostró que la exclusión social era el factor socio-demográfico más importante en

la aparición de síntomas depresivos (32). Lo anterior hace pensar que los síntomas depresivos se relacionarían más con las circunstancias sociales de la persona que con el hecho de vivir solo.

Consecuencias

Las consecuencias que acarrear vivir solo en las personas adultas mayores son variadas y entre ellas se encuentra la mayor frecuencia de aislamiento y soledad, la presencia de trastornos del afecto, la malnutrición, el inadecuado control del estado de salud y de las enfermedades crónicas, lo que lleva a una mala percepción del estado de salud y a un pobre acceso a los servicios de sanitarios.

Aislamiento y soledad: el término “soledad” está frecuentemente asociado al aislamiento y a la baja participación social. Estudios argumentan que los ancianos comparados con personas jóvenes pueden ser más susceptibles a la soledad dado el gran número de pérdidas que han tenido que enfrentar en su vida (33). La soledad influye negativamente en la calidad de vida de los adultos mayores, y adicionalmente disminuye la satisfacción de vida e incrementa el uso de los servicios de salud y de enfermedades mentales (34). La soledad está definida por factores emocionales y sociales, además de

factores culturales entre los cuales el más importante es vivir solo (35) (36) (37).

Trastornos del afecto: vivir solo está asociado con la aparición de factores emocionales y afectivos como la depresión, suicidio, auto-agresión, duelo, entre otros. Se ha considerado que vivir solo es uno de los factores de riesgo más importantes asociados con la depresión. Por otro lado se encontró que los adultos mayores que viven con familiares tienen mejor nivel de salud y autoestima, además de demostrar un impacto emocional positivo (38).

Desnutrición: el estado nutricional afecta directamente el proceso psicológico y biológico de envejecer. La incidencia de desnutrición en la población de adultos mayores se encuentra entre el 2 y el 51% a nivel mundial. Se ha identificado una relación entre el estado nutricional y la severidad de las enfermedades o comorbilidades asociadas, aparte de que existe una relación muy clara entre el déficit nutricional y un aumento en los requerimientos médicos y la mortalidad. Los problemas nutricionales pueden ser desencadenados por discapacidad mental o física, la pérdida reciente de la pareja o amigos, la polifarmacia, la pobreza y el consumo incrementado de alcohol (39).

Los ancianos, particularmente los hombres que viven solos, han sido identificados como un grupo en alto riesgo de desnutrición como consecuencia de sus malos hábitos alimentarios y nutricionales (40). Datos en EEUU sugieren que los hombres ancianos que viven solos consumen menor cantidad de alimentos ricos en nutrientes. Por otro lado, en Australia los hombres mayores que viven con sus esposas tienen mejor calidad en la dieta, con mayor densidad de nutrientes tales como granos, frutas y vegetales. Sin embargo, en los países europeos los ancianos que viven solos tienen una ingesta de alimentos más favorable según estudio de 1999 (40).

Pobre acceso a los servicios de salud: los ancianos que viven solos tienden a tener un acceso limitado a los servicios de salud. Los procesos administrativos complejos, los sistemas de autorizaciones e incluso los procedimientos que se realizan a través de plataformas tecnológicas se pueden convertir en barreras para que un anciano que vive solo pueda acceder a los servicios. Adicionalmente, las situaciones que requieren de manera pronta la atención médica pueden pasarse por alto, lo que puede poner en riesgo la salud e incluso la vida del anciano.

Conclusiones

El porcentaje de ancianos que viven solos alrededor del mundo varía dependiendo de las características culturales y los modos de concebir el concepto de familia en cada región; sin embargo, el número de ancianos que viven solos está en aumento en todos los países. El vivir solo no se constituye en un factor de riesgo para desenlaces adversos por sí mismo. Depende de la adecuada valoración del profesional de salud definir si la persona está en las condiciones físicas, cognitivas, afectivas, sociales, económicas y locativas mínimas para vivir solo. Es el conjunto de déficits en estas áreas lo que puede hacer que el vivir solo para un anciano se constituya en un riesgo. Sin embargo, el anciano que está en la capacidad de continuar viviendo solo, con el suficiente soporte, puede preservar su independencia y tener una adecuada calidad de vida. Es deber del equipo de salud determinar los riesgos e intervenirlos de manera oportuna con el fin de garantizar que el anciano preserve su funcionalidad y viva en un ambiente seguro.

Bibliografía

1. Shin SH, Sok SR. A comparison of the factors influencing life satisfaction between Korean older people living with family and living alone. *International nursing review* 2012; 59(2): 252-258. e-pub ahead of print 2012/05/18; doi: 10.1111/j.1466-7657.2011.00946.
2. Parodi G. JF. La atención primaria de salud como estrategia para el bienestar de las personas mayores. *Acta Médica Peruana* 2009; 26: 267-270.
3. Valdivia C. La familia: concepto, cambios y nuevos modelos, vol. 1. La revue du REDIF, 2008.
4. Saad PM. Transferencias informales de apoyo de los adultos mayores en América latina y el Caribe: Estudio comparativo de encuestas SABE. In: CEPAL.
5. Abellán AV, J; Pujol, R Un perfil de las personas mayores en España, 2013. Indicadores estadís. In: Informes Envejecimiento en red no 6. 14/02/2014, 2014.
6. Liu N, Zeng L, Li Z, Wang J. Health-related quality of life and long-term care needs among elderly individuals living alone: a cross-sectional study in rural areas of Shaanxi Province, China. *BMC public health* 2013; 13: 313. e-pub ahead of print 2013/04/10; doi: 10.1186/1471-2458-13-313.

7. Gustavson K, Lee CD. Alone and content: frail seniors living in their own homes compared to those who live with others. *Journal of Women and Aging* 2004; 16(3-4): 3-18.
8. Eshbaugh EM. Perceptions of living alone among older adult women. *Journal of community health nursing* 2008; 25(3): 125-137. e-pub ahead of print 2008/08/19; doi: 10.1080/07370010802221685.
9. Saito E, Sagawa Y, Kanagawa K. Social support as a predictor of health status among older adults living alone in Japan. *Nurs.Health Sci.* 2005; 7(1): 29-36.
10. Mahoney JE, Eisner J, Havighurst T, Gray S, Palta M. Problems of older adults living alone after hospitalization. *J Gen Intern Med* 2000; 15(9): 611-619. e-pub ahead of print 2000/10/13.
11. Purcell B, Heisel MJ, Speice J, Franus N, Conwell Y, Duberstein PR. Family connectedness moderates the association between living alone and suicide ideation in a clinical sample of adults 50 years and older. *The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry* 2012; 20(8): 717-723. e-pub ahead of print 2011/11/04; doi: 10.1097/JGP.0b013e31822ccd79.
12. Braam AW, Beekman AT, Deeg DJ, Smit JH, van Tilburg W. Religiosity as a protective or prognostic factor of depression in later life; results from a community survey in The Netherlands. *Acta psychiatrica Scandinavica* 1997; 96(3): 199-205. e-pub ahead of print 1997/09/20.
13. Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA. Religion, psychopathology, and substance use and abuse; a multimeasure, genetic-epidemiologic study. *The American journal of psychiatry* 1997; 154(3): 322-329. e-pub ahead of print 1997/03/01; doi: 10.1176/ajp.154.3.322.
14. Koenig HG, George LK, Peterson BL. Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. *The American journal of psychiatry* 1998; 155(4): 536-542. e-pub ahead of print 1998/04/18; doi: 10.1176/ajp.155.4.536.
15. Moon YS, Kim do H. Association between religiosity/spirituality and quality of life or depression among living-alone elderly in a South Korean city. *Asia-Pacific psychiatry: official*

- journal of the Pacific Rim College of Psychiatrists 2013; 5(4): 293-300. e-pub ahead of print 2013/07/17; doi: 10.1111/appy.12025.
16. You KS, Lee HO, Fitzpatrick JJ, Kim S, Marui E, Lee JS et al. Spirituality, depression, living alone, and perceived health among Korean older adults in the community. *Archives of psychiatric nursing* 2009; 23(4): 309-322. e-pub ahead of print 2009/07/28; doi: 10.1016/j.apnu.2008.07.003.
17. Kharicha K, Iliffe S, Harari D, Swift C, Gillmann G, Stuck AE. Health risk appraisal in older people 1: are older people living alone an “at-risk” group? *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners* 2007; 57(537): 271-276. e-pub ahead of print 2007/03/31.
18. Lin PC, Wang HH. Factors associated with depressive symptoms among older adults living alone: an analysis of sex difference. *Aging & mental health* 2011; 15(8): 1038-1044. e-pub ahead of print 2011/07/05; doi: 10.1080/13607863.2011.583623.
19. Kim SY, Sok SR. Factors influencing the life satisfaction in the older Korean women living alone. *Contemporary nurse* 2013; 44(1): 111-119. e-pub ahead of print 2013/06/01; doi: 10.5172/conu.2013.44.1.111.
20. Porter EJ. Contemplating what I would do if someone got in my house: intentions of older homebound women living alone. *ANS. Advances in nursing science* 2008; 31(2): 106-118. e-pub ahead of print 2008/05/24; doi: 10.1097/01.ANS.0000319561.84007.f9.
21. Birkeland A, Natvig GK. Coping with ageing and failing health: a qualitative study among elderly living alone. *International journal of nursing practice* 2009; 15(4): 257-264. e-pub ahead of print 2009/08/26; doi: 10.1111/j.1440-172X.2009.01754.
22. Tsai LT, Rantakokko M, Portegijs E, Viljanen A, Saajanaho M, Eronen J et al. Environmental mobility barriers and walking for errands among older people who live alone vs. with others. *BMC public health* 2013; 13: 1054. e-pub ahead of print 2013/11/12; doi: 10.1186/1471-2458-13-1054.
23. Eichler T, Hoffmann W, Hertel J, Richter S, Wucherer D, Michalowsky B et al. Living Alone with Dementia: Prevalence Correlates and the Utilization of Health and Nursing Care Services. *Journal of Alzheimer's*

- disease: JAD 2016. e-pub ahead of print 2016/04/01; doi: 10.3233/jad-151058.
24. Miranda-Castillo C, Woods B, Orrell M. People with dementia living alone: what are their needs and what kind of support are they receiving? *International psychogeriatrics / IPA* 2010; 22(4): 607-617. e-pub ahead of print 2010/03/11; doi: 10.1017/s104161021000013.
25. de Witt L, Ploeg J, Black M. Living alone with dementia: an interpretive phenomenological study with older women. *Journal of advanced nursing* 2010; 66(8): 1698-1707. e-pub ahead of print 2010/06/19; doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05295.
26. Hairi NN, Bulgiba A, Peramalah D, Mudla I. Do older people with visual impairment and living alone in a rural developing country report greater difficulty in managing stairs? *Preventive medicine* 2013; 56(1): 8-11. e-pub ahead of print 2012/10/30; doi: 10.1016/j.ypmed.2012.10.016.
27. Bucholz EM, Rathore SS, Gosch K, Schoenfeld A, Jones PG, Buchanan DM et al. Effect of living alone on patient outcomes after hospitalization for acute myocardial infarction. *The American journal of cardiology* 2011; 108(7): 943-948. e-pub ahead of print 2011/07/30; doi: 10.1016/j.amjcard.2011.05.023.
28. Heianza Y, Arase Y, Kodama S, Hsieh SD, Tsuji H, Saito K et al. Association of living alone with the presence of undiagnosed diabetes in Japanese men: the role of modifiable risk factors for diabetes: Toranomon Hospital Health Management Center Study 13 (TOPICS 13). *Diabetic medicine : a journal of the British Diabetic Association* 2013; 30(11): 1355-1359. e-pub ahead of print 2013/06/13; doi: 10.1111/dme.12255.
29. O'Connor M. A qualitative exploration of the experiences of people living alone and receiving community-based palliative care. *Journal of palliative medicine* 2014; 17(2): 200-203. e-pub ahead of print 2014/02/13; doi: 10.1089/jpm.2013.0404.
30. Aoun S, O'Connor M, Skett K, Deas K, Smith J. Do models of care designed for terminally ill 'home alone' people improve their end-of-life experience? A patient perspective. *Health & social care in the community* 2012; 20(6): 599-606. e-pub ahead of print 2012/07/19; doi: 10.1111/j.1365-2524.2012.01074.

31. Wilson K, Mottram P, Sixsmith A. Depressive symptoms in the very old living alone: prevalence, incidence and risk factors. *International journal of geriatric psychiatry* 2007; 22(4): 361-366. e-pub ahead of print 2006/10/18; doi: 10.1002/gps.1682.
32. Tong HM, Lai DW, Zeng Q, Xu WY. Effects of social exclusion on depressive symptoms: elderly Chinese living alone in Shanghai, China. *Journal of cross-cultural gerontology* 2011; 26(4): 349-364. e-pub ahead of print 2011/08/05; doi: 10.1007/s10823-011-9150-1.
33. Utz RL, Swenson KL, Caserta M, Lund D, deVries B. Feeling lonely versus being alone: loneliness and social support among recently bereaved persons. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences* 2014; 69(1): 85-94. e-pub ahead of print 2013/09/24; doi: 10.1093/geronb/gbt075.
34. Chou KL, Ho AH, Chi I. Living alone and depression in Chinese older adults. *Aging & mental health* 2006; 10(6): 583-591. e-pub ahead of print 2006/10/20; doi: 10.1080/13607860600641150.
35. Lou VW, Ng JW. Chinese older adults' resilience to the loneliness of living alone: a qualitative study. *Aging & mental health* 2012; 16(8): 1039-1046. e-pub ahead of print 2012/06/14; doi: 10.1080/13607863.2012.692764.
36. Koc Z. Determination of older people's level of loneliness. *Journal of clinical nursing* 2012; 21(21-22): 3037-3046. e-pub ahead of print 2012/10/23; doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04277.
37. Kirkevold M, Moyle W, Wilkinson C, Meyer J, Hauge S. Facing the challenge of adapting to a life 'alone' in old age: the influence of losses. *Journal of advanced nursing* 2013; 69(2): 394-403. e-pub ahead of print 2012/04/25; doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06018.
38. Sok SR, Yun EK. A comparison of physical health status, self-esteem, family support and health-promoting behaviours between aged living alone and living with family in Korea. *Journal of clinical nursing* 2011; 20(11-12): 1606-1612. e-pub ahead of print 2011/03/04; doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03551.
39. Hsieh YM, Sung TS, Wan KS. A survey of nutrition and health status of solitary and non-solitary elders in Taiwan. *The journal of nutrition, health & aging* 2010; 14(1): 11-14. e-pub ahead of print 2010/01/19.
40. Charlton KE. Elderly men living alone: are they at high nutritional risk? *The journal of nutrition, health & aging* 1999; 3(1): 42-47. e-pub ahead of print 2000/07/11.

