

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**LA SOLEDAD Y EL AISLAMIENTO SOCIAL,  
UN MOTIVO DE PREOCUPACIÓN EN UNA SOCIEDAD CADA VEZ MÁS  
ENVEJECIDA**  
LONELINESS AND SOCIAL ISOLATION, A CAUSE FOR CONCERN IN AN  
AGED SOCIETY.

Alumno: **Lydia Lastra López**  
Directora: **Aída de la Fuente Rodríguez**  
Titulación: Grado de Enfermería  
Facultad: Facultad de Enfermería *Casa de Salud  
de Valdecilla*  
Universidad: Universidad de Cantabria  
Año académico: 2021-2022

**AVISO DE RESPONSABILIDAD DE UNIVERSIDAD DE CANTABRIA**

“Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido.

Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición.

Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido.

Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros,

La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.”

## ÍNDICE

<i>RESUMEN</i> .....	4
<i>PALABRAS CLAVE</i> .....	4
<i>ABSTRACT</i> .....	4
<i>KEY WORDS</i> .....	4
<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	5
1.1 Situación actual .....	5
1.2 Justificación del tema elegido .....	7
1.3 Objetivos .....	7
1.4 Estrategia de búsqueda.....	7
1.5 Descripción de los capítulos .....	8
<b>2. CAPÍTULO I: CONCEPTO DE SOLEDAD Y AISLAMIENTO SOCIAL, PREVALENCIA Y CAUSAS</b> .....	8
2.1 Conceptos de soledad y aislamiento social .....	8
2.2 Prevalencia de soledad emocional y social .....	10
2.3 Causas de la soledad y el aislamiento social .....	12
2.4 El impacto del confinamiento por COVID-19 en la soledad y aislamiento social .....	14
<b>3. CAPÍTULO II: EFECTOS DE LA SOLEDAD EN LA SALUD FÍSICA Y MENTAL</b> .....	15
<b>4. CAPÍTULO III: INSTRUMENTOS DE MEDIDA E INTERVENCIONES PARA PALIAR LA SOLEDAD</b> . .....	18
<b>5. CONCLUSIONES</b> .....	22
<b>6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	24

## **RESUMEN**

El envejecimiento poblacional es un hecho innegable que se está produciendo a nivel mundial y como consecuencia derivan problemas, entre ellos, la soledad y el aislamiento social. Son dos sucesos que afectan a todas las franjas de edad, si bien es cierto que los ancianos por sus características y su situación son más vulnerables a estos.

La soledad es una sensación subjetiva entendida como "sentirse solo", a diferencia del aislamiento social que es la ausencia objetiva de contar con una red social.

Existe más riesgo de que experimenten estos problemas las personas viudas, que viven solas, bajo nivel educativo y económico, con problemas crónicos y con una escasa red familiar y de amigos.

Ambos fenómenos son perjudiciales para la salud física y mental de las personas que lo sufren, provocando incluso en última instancia la muerte. La repercusión que tiene la soledad en la salud de los ancianos lleva a indagar sobre las intervenciones existentes para paliar estos problemas, hallando intervenciones individuales y grupales resultando más efectivas estas últimas. Se necesita la cooperación del adulto mayor, la familia, profesionales de la salud, recursos comunitarios y Administraciones Públicas para poner en marcha estas actividades.

## **PALABRAS CLAVE**

Soledad - Aislamiento Social – Salud- Adulto

## **ABSTRACT**

General population ageing is an undisputable fact that is taking place worldwide and as a result, it derives in certain problems, among others, loneliness, and social isolation. These are two events that can affect all age groups, although it is true that elderly people due to their characteristics and their personal situation are more vulnerable to these events.

Loneliness is a subjective feeling understood as "feeling alone", unlike social isolation which is the objective absenteeism of having a personal social network.

Widows, those who live alone, low educational and economic level, with chronic problems and with a reduced network of family and friends are at a higher risk of experiencing these problems. Both phenomena can be harmful to the physical and mental wellbeing of the people who suffer from them and are capable of ultimately causing their death. The implications that loneliness has on the health of the elderly leads us to explore about existing intervention methods available to lessen these problems, finding individual and group interventions, the latter being more effective. The cooperation of the elderly, the family, health professionals, community resources and Public Administrations is needed to put in place these activities.

## **KEY WORDS**

Loneliness – Social Isolation – health- adult

## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1 Situación actual

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1) “el envejecimiento es el resultado de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un mayor riesgo de enfermedad y, en última instancia, a la muerte” (1). Es un proceso biológico inevitable en el que se producen una serie de cambios fisiológicos que se inician en el nacimiento y tienen como resultado la muerte. Se considera la última etapa del ciclo vital de una persona.

El proceso de envejecimiento es universal, afecta a todos los seres vivos, irreversible, progresivo e inherente a la persona. Cada individuo envejece de una manera diferente y tanto la genética como el estilo de vida y otros factores influyen en el transcurso de esta etapa. De este modo, hay personas a los 70 años poseen una buena salud física y mental, sin embargo, otros adultos de su misma edad son dependientes para ciertas necesidades o sufren alguna enfermedad (1).

Una de las causas por lo que se está produciendo un envejecimiento de la población es por la disminución de la natalidad. España es considerado uno de los países con fecundidad más baja a nivel internacional (2). El número de nacimientos anuales ha descendido de una 18,7% en 1975 a 8,41% en el 2017. A ello se suma que la edad media del nacimiento del primer hijo ha pasado de 25,2 años a 30,9 años (2).

Otro motivo del aumento de población mayor es debido al fenómeno migratorio de las personas jóvenes en edad de trabajar a otros países, lo que conlleva un descenso de la población joven y, por lo tanto, un crecimiento de la población mayor (3).

La disminución de la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida son otros de los motivos por los que se está produciendo este envejecimiento poblacional. La esperanza de vida en España supera los 80 años. En 2018, la esperanza de vida al nacer de las mujeres es de 85,9 años y los hombres de 80,5 años (4). Por lo tanto, son las mujeres la población mayoritaria en la etapa de la vejez. Este aumento se relaciona con mejoras en la atención sanitaria básica, en la alimentación y en el control de las enfermedades infecciosas (1).

Se puede resumir que, gracias a la mejora de las condiciones sanitarias, la mejora de la calidad de vida de las personas y un estilo de vida saludable se ha producido un incremento de la esperanza de vida.

En 2019 en el mundo se encontraban 703 millones de personas mayores de 65 años, dato que ha ido aumentando con el paso de los años (5).

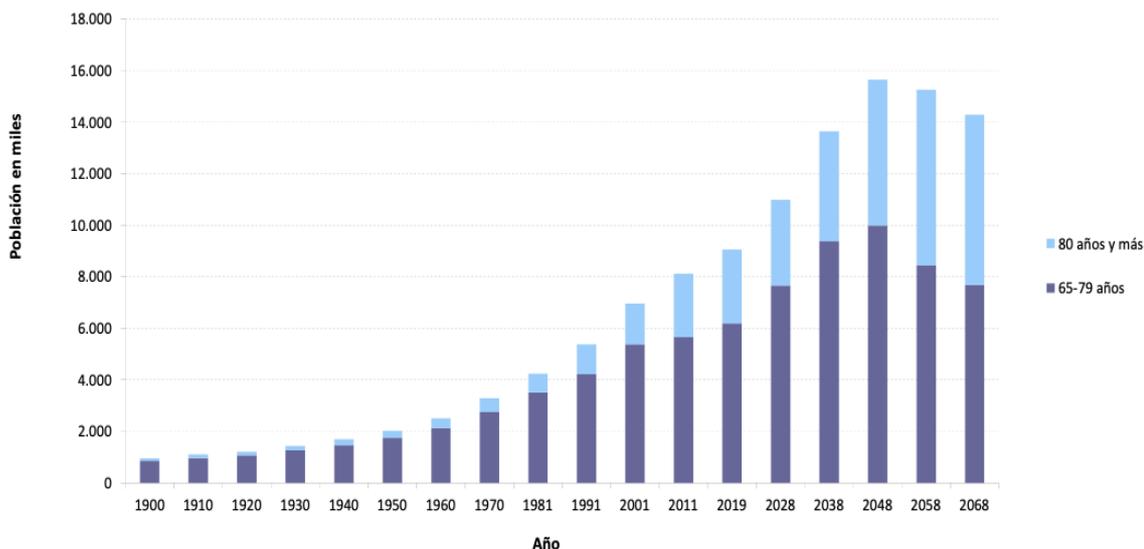
El envejecimiento de la población es un hecho que se está produciendo en la mayoría de los países. Entre ellos se encuentra España, un país en el que un 19,3% de la población constituye la franja de edad mayor de 65 años (4). Se ha multiplicado por nueve el número de personas de 65 años y más, desde 1900 hasta 2017 (2). Por ello, se puede decir que en apenas un siglo España se ha convertido en un país envejecido, que se prevé que siga aumentando su población mayor hasta el año 2050.

La OMS estima nivel mundial que para el 2050 el número de personas de 60 años o más será superior al de adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años. Además, entre 2020 y 2030, el porcentaje de habitantes del planeta mayores de 60 años aumentará un 34%. Se pronostica que en un futuro las personas más mayores, es decir los mayores de 80 años, incrementen su población.

En 2017 el 1,85% de la población mundial eran mayores de 80 años, se espera que este porcentaje en 2065 aumente a un 5,5%. En otras palabras, se está produciendo un sobre envejecimiento poblacional (2). En España en el año 2019, el 6,1% del total de la población

correspondía a los octogenarios (4). Este envejecimiento de la población se está produciendo en diferentes regiones del mundo. España se posiciona entre los países más envejecidos del planeta. Por delante, se encuentra Japón, que es el país con mayor proporción de población mayor. Entre los países de la Unión Europea, son Alemania, Italia, Francia y España los que tienen un mayor número de personas mayores (4). Además de estos países desarrollados también se están produciendo cambios en países en vías de desarrollo (2).

Este cambio demográfico puede llegar a convertirse en un problema, por ello los países deben de adoptar cambios en su gobierno para satisfacer las necesidades de los mayores.



Nota: de 1900 a 2018 los datos son reales; de 2028 a 2068 se trata de proyecciones.

**Figura 1.** Evolución de la población de 65 años y más. España 1900-2068. Gráfico extraído del artículo. Fuente: Pérez Díaz J, Abellán Garía A, Aceituno Nieto P, Ramiro Fariñas D. Un perfil de las personas mayores en España, 2020. Indicadores estadísticos básicos [Internet]. Madrid; 2020 Mar. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2020.pdf> (4)

Dentro de los problemas que más experimentan los adultos mayores se encuentran la soledad y el aislamiento social, conceptos claves de este trabajo, y fenómenos asociados comúnmente con el proceso de envejecimiento.

En los países occidentales la soledad en personas mayores de 65 años tiene una prevalencia de 24-40% (6,7). En España, un 20% de las personas mayores de 65 años declara niveles altos de soledad y un 25% de aislamiento social (8). Por ello, con este trabajo se pretende analizar los conceptos de aislamiento social y soledad en el adulto mayor y su prevalencia en la actualidad, una de las principales preocupaciones en una sociedad cada vez más envejecida.

Para comprender la definición de soledad, hay que distinguir entre la soledad emocional y el aislamiento social ya que uno se orienta más a la experiencia subjetiva y el otro concepto se expresa de forma objetiva en el ámbito de las relaciones sociales. Aun así, ambos términos están interrelacionados. Además, se pretende identificar aquellos factores de riesgo y protectores de la soledad, al igual que los motivos por lo que puede manifestarse estos dos problemas.

Las personas mayores cuando llegan a la vejez experimentan una serie de acontecimientos como la jubilación, la desaparición de la figura del cónyuge o el distanciamiento de sus hijos que provocan un cambio en su vida llegando incluso al aislamiento social y/o soledad.

Uno de los retos en esta sociedad es ocuparse de lo que se ha denominado Epidemia de la Soledad, “el impacto negativo que la soledad no deseada y el aislamiento social tiene en la salud mental y la calidad de vida de los adultos mayores” (8).

La soledad y el aislamiento social se han convertido en un problema de salud pública con consecuencias negativas tanto a nivel físico como mental, desde el desarrollo de discapacidades físicas, hasta depresión.

Según Cacioppo, la soledad puede manifestarse como una enfermedad, por lo que sentir una soledad extrema puede repercutir en un 14% las probabilidades de experimentar una muerte temprana de un adulto mayor (9). Sin embargo, a veces el estado de salud propio de la persona es el desencadenante de que padezcan alguno de estos fenómenos.

## **1.2 Justificación del tema elegido**

Como se ha descrito anteriormente, con los años el número de personas mayores se está incrementando a pasos acelerados. Los adultos mayores constituyen una gran parte de la población mundial por lo que es importante brindarles los cuidados adecuados, al igual que detectar de forma precoz las posibles complicaciones que puedan surgir durante este periodo.

Debido a que es un problema que afecta a muchas personas mayores y que tiene un impacto negativo en la salud de éstos, nace la idea de realizar una revisión bibliográfica sobre la soledad y el aislamiento social, así como indagar en las causas y consecuencias de estos fenómenos.

Con la información aportada en este trabajo se pretende ampliar el conocimiento de estos dos conceptos, para así identificar a aquellas personas en riesgo de padecerlos. Además, es importante dar a conocer las intervenciones que se llevan a cabo para mitigar el sentimiento de soledad y aislamiento social.

## **1.3 Objetivos**

### Objetivo general:

- Analizar los conceptos de aislamiento social y soledad en el adulto mayor y su prevalencia en la actualidad según la evidencia disponible.

### Objetivos específicos:

- Conocer las causas del crecimiento poblacional de los adultos mayores en los últimos años.
- Identificar los factores de riesgo y factores protectores de la soledad en las personas mayores.
- Averiguar los efectos físicos y psíquicos que provoca la soledad en la salud de las personas mayores.
- Determinar intervenciones Individuales y de los profesionales de enfermería para paliar los sentimientos de soledad en la población mayor.

## **1.4 Estrategia de búsqueda**

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica consultando evidencia científica disponible en las siguientes bases de datos: Google Académico, Pubmed, Scopus, Cochrane Plus y Dialnet. Durante la búsqueda se han incluido trabajos tanto en inglés como en castellano. Además, se han consultado páginas web oficiales como; la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Instituto Nacional de Estadística (INE), Ministerio de Sanidad y el IMSERSO.

Para obtener la información, se ha realizado una búsqueda utilizando los términos DeCS (Descriptor de Ciencias de la Salud): “Soledad”, “Aislamiento Social”, “Adulto” y “Salud”. Los términos Mesh (Medical Subject Heading) correspondientes empleados son: “Loneliness”,

“Social Isolation”, “Adult” y “Health”. Además de estos términos mencionados, se empleó el booleano “Y/AND” para combinarlos.

En la primera búsqueda se limitó el número de años de publicación de los artículos, siendo el límite inferior 2015 y el límite superior 2022. Además de los documentos encontrados entre 2015-2022, también se añadió documentos de años anteriores (2005, 2008, 2009, 2010). A pesar de ser trabajos antiguos considero que son importantes para realizar el trabajo debido a la calidad de sus artículos, la información más extensa y la relevancia de los mismos en artículos de años posteriores.

Otra técnica empleada en este trabajo es la estrategia de búsqueda de literatura basada en el principio de bola de nieve. Es decir, se ha revisado referencias bibliográficas que se citan en los artículos identificados en esta revisión y que se consideran que son relevantes para esta.

Durante la primera búsqueda se encontraron un total de 16.700 artículos en Google Académico y 948 en Pubmed. Se excluyeron aquellos artículos que no estaban relacionados con el tema, los repetidos y los de acceso cerrado. El desarrollo del trabajo se ha realizado con un total de 59 referencias bibliográficas.

### **1.5 Descripción de los capítulos**

El trabajo constará de tres capítulos principales.

En primer lugar, un capítulo donde se abordan los conceptos de soledad y aislamiento social, de manera que queden reflejadas las diferencias. Se detallará la prevalencia de la soledad al igual que las causas de la soledad y el aislamiento social. Así mismo, se exponen los factores de riesgo y los protectores de la soledad de las personas mayores.

Un segundo capítulo, donde se detallan aquellos efectos que provoca la soledad en la salud tanto a nivel físico como psicológico. También se plantea la relación que existe entre la soledad y la depresión en los adultos mayores.

Por último, un tercer capítulo donde se analizan las diferentes escalas empleadas a nivel sanitario para medir e identificar soledad y el aislamiento social. Y se establecen intervenciones individuales y grupales para paliar estos sentimientos en la población mayor.

## **2. CAPÍTULO I: CONCEPTO DE SOLEDAD Y AISLAMIENTO SOCIAL, PREVALENCIA Y CAUSAS.**

### **2.1 Conceptos de soledad y aislamiento social**

La soledad y el aislamiento social son dos conceptos diferentes, pero estrechamente relacionados, que pueden crear confusión. Muchas personas mayores experimentan una situación, otra, o ambas.

Según el Diccionario de la Real Academia Española (10) la soledad se define como la “carencia voluntaria o involuntaria de compañía” o “pesar y melancolía que se sienten por la ausencia, muerte o pérdida de alguien o algo”.

Para Bermeja, existen dos tipos de soledad, la objetiva y la subjetiva. La primera corresponde a la soledad social o también denominada aislamiento social, mientras que la subjetiva pertenece a la soledad emocional o aislamiento emocional (11). Para esta autora, el aislamiento social es la falta de compañía permanente o temporal, la escasez de relaciones sociales, que no tiene que conllevar sentimientos negativos y puede ser buscada y enriquecedora. Sin embargo, la soledad subjetiva se relaciona con sentirse solo, no es una situación buscada y puede producir una sensación dolorosa, que puede ocurrir incluso en compañía de otras personas. Es una

experiencia que se produce cuando las relaciones no son suficientes o no son cómo se esperaban (12). Otros autores como Rubio y Bermejo dividen la soledad en estas dos dimensiones (12,13).

La soledad es una percepción subjetiva negativa, sentir la carencia de red social mientras que el aislamiento social es la falta objetiva de contactos con otras personas.

Desde un enfoque cognitivo, Peplau y Perlman (1982) y Jong Gierveld (1987) definen la soledad como “una discrepancia entre las relaciones sociales reales que tiene tanto cuantitativa como cualitativamente, de las que desea tener” (14,15).

Otros autores como Young (1982) defienden que la soledad no es un fenómeno solo cognitivo y que los individuos pueden experimentarla sin discrepar entre sus relaciones reales y deseadas. Young clasifica la soledad según la duración de ésta; soledad crónica, soledad situacional y la soledad pasajera. La soledad crónica tiene una duración de dos o más años y es debida a la insatisfacción de las relaciones sociales. La soledad situacional es temporal y surge después de un evento traumático como la muerte del cónyuge. Por último, la soledad pasajera que se caracteriza por episodios cortos de sentimientos de soledad (14,15).

Weiss (1973)(15) afirma que la soledad es un fenómeno natural y un sentimiento personal que puede surgir en algunos momentos de la vida y que puede afectar a cualquier persona independientemente de su género, edad u otra característica sociodemográfica. Además, propuso dos tipos de soledad dependiendo del tipo de aislamiento que una persona experimenta: social y emocional. La soledad emocional se origina cuando un individuo carece de una relación íntima y cercana con otra persona, mientras que la soledad social es la escasez de una red social satisfactoria. (14)

Por lo tanto, según los autores mencionados anteriormente, la soledad está compuesta por un componente afectivo ligado a las emociones negativas y un componente cognitivo unido a la discrepancia entre las expectativas y la realidad (16).

Por otro lado, la sensación de soledad puede referirse a echar de menos la compañía de otros, lo que se conoce como soledad social, o a no contar con personas en las que confiar y acudir cuando se necesita, soledad emocional. Mientras que el aislamiento social se puede dividir en aislamiento de la red familiar o aislamiento de la red de amigos (17).

En definitiva, la soledad es un sentimiento subjetivo no cuantificable que se conoce como “sentirse solo”, mientras que el aislamiento social es la ausencia de relaciones sociales.

Por lo tanto, se puede afirmar que la soledad y aislamiento social son conceptos diferentes, y a la vez dos fenómenos complejos interrelacionados que van aumentando su prevalencia con el paso de los años.

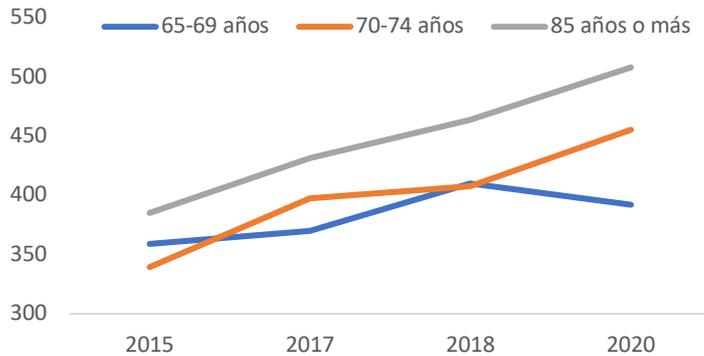
En un estudio en Barcelona, relacionan la soledad con la presencia de aislamiento social. Según esta investigación, existen 2 perfiles de soledad, una moderada que tiene poco riesgo de aislamiento social ya que poseen una red familiar y de amigos y otra severa que tiene un alto riesgo de aislamiento social (7).

Reseñar que vivir solo no significa padecer aislamiento social ni soledad. Estar solo no es un problema. Hay personas que viven solas y están plenamente felices, y otros individuos que viven en compañía, pero se sienten solas. A veces, se necesita estar solo para poder cumplir aquellos objetivos planteados. Por lo tanto, vivir solo no es sinónimo de sentirse solo o no tener relación con otras personas. El problema surge cuando alguien se siente solo incluso estando en compañía. En una encuesta desarrollada a los trabajadores sociales de un centro de salud de Barcelona, el 93,3% responden que la mayoría de las personas a las que atienden se sienten solas incluso contando con un soporte familiar (18).

## 2.2 Prevalencia de soledad emocional y social

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en el año 2015, el 25% de la población nacional vivía sola, correspondiendo el 40% a personas mayores de 65 años. De ellas 7 de cada 10 viven solas y son mujeres (16). En el año 2018, el 31% de las mujeres mayores de 65 años vivían en hogares unipersonales frente al 17,8% de hombres (4).

En 2020 el número de personas mayores de 85 años que viven solas eran 508.200 a diferencia del 2017 cuya cifra era de 431.600 individuos.



Con respecto a años previos, las cifras de adultos mayores que viven solos han ido en aumento, y, además se observa que, a mayor edad, mayor número de individuos viven solos, lo que a su vez conlleva a un mayor riesgo de aislamiento social y/o soledad (19).

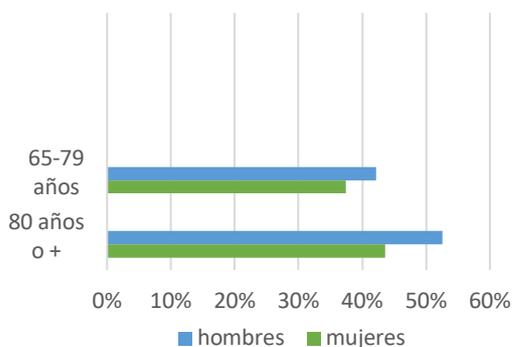
**Figura 2.** Personas que viven solas en España. Elaboración propia. Fuente: Instituto Nacional de Estadística (19).

En un estudio realizado a personas mayores de 65 años, el 22,3% viven solos, afectando significativamente a las mujeres. Casi el 30% de estas mujeres viven solas por la pérdida del cónyuge (20).

La soledad no afecta por igual a todas las franjas de edad. Los sentimientos de soledad, como el riesgo de sufrir aislamiento social aumentan a medida que las personas envejecen.

Según el estudio realizado por la Caixa (17), más de la mitad de la población encuestada siente algún tipo de soledad o tiene algún riesgo de sufrir aislamiento social. Esta muestra cuenta con personas de todas las edades, por lo que se puede afirmar que la soledad y el riesgo de estar aislado socialmente afecta a todos los estratos de población. Si bien, cabe destacar que las personas mayores de 65 años son las más perjudicadas, ya que sufren estos dos fenómenos en mayor proporción que el resto de la población.

Predomina la soledad emocional frente a la soledad social, las personas no cuentan con un



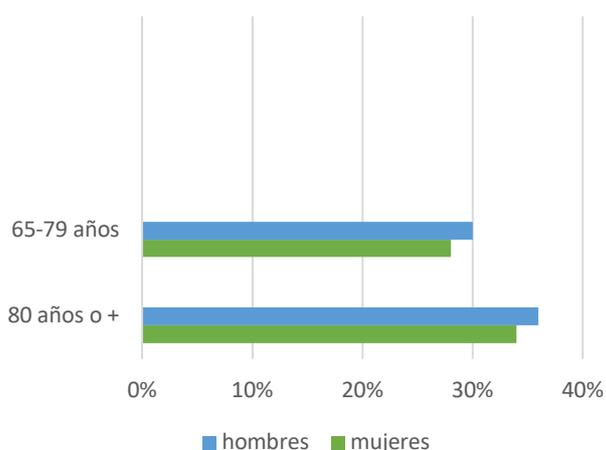
entorno al que recurrir o apoyarse en caso de necesidad. La franja de edad entre 65-79 años sufre de soledad emocional, un 42,2%, los hombres y un 37,4% las mujeres; frente al 30,3% de soledad social de los hombres y un 28% de las mujeres (17).

Con estos datos se puede afirmar que la soledad emocional tiene una mayor incidencia que la social.

**Figura 3.** Soledad emocional. Elaboración propia. Fuente: Yanguas J, Cilveti A, Segura C, De P, Mayores De "la Caixa P. Observatori Social de "la Caixa" ¿A quiénes afecta la soledad y el aislamiento social? [Internet]. 2019 Dec [cited 2022 Mar 21]. Available from: [https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/doc\\_sosa\\_soledad\\_lacaixa/eu\\_def/adjuntos/Observatorio-Social-Caixa\\_Soledad-personas-mayores\\_art\\_d3.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/doc_sosa_soledad_lacaixa/eu_def/adjuntos/Observatorio-Social-Caixa_Soledad-personas-mayores_art_d3.pdf) (17)

En un estudio realizado a 500 personas con una edad media de 70 años que participan en el programa "Vivir bien, Sentirse mejor" (21), el 52,84% presentan soledad moderada, el 9,9% soledad grave y el 2,1% soledad muy grave, con una mayor presencia de soledad emocional que social. Además, existen diferencias estadísticamente significativas entre la soledad emocional y el género, siendo un 10% mayor de media en hombres que en mujeres.

Sin embargo, según una investigación de Jong Gierveld y van Tilburg en 2010 (22), las mujeres mayores tienen más frecuentemente sentimientos de soledad emocional que los hombres, los cuales, padecen una mayor soledad social que las mujeres (15). En definitiva, los varones están más aislados socialmente y menos solos emocionalmente que las mujeres (15,23). En un estudio realizado a adultos mayores japoneses se observó que el sexo masculino tiene más probabilidades de aislarse (24).



**Figura 4.** Soledad social. Elaboración propia. Fuente: Yanguas J, Cilveti A, Segura C, De P, Mayores De "la Caixa P. Observatori Social de "la Caixa" ¿A quiénes afecta la soledad y el aislamiento social? [Internet]. 2019 Dec [cited 2022 Mar 21]. Available from: [https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/doc\\_sosa\\_soledad\\_lacaixa/eu\\_def/adjuntos/Observatorio-Social-Caixa\\_Soledad-personas-mayores\\_art\\_d3.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/doc_sosa_soledad_lacaixa/eu_def/adjuntos/Observatorio-Social-Caixa_Soledad-personas-mayores_art_d3.pdf) (17)

En cuanto a la población mayor de 80 años, los porcentajes de soledad son mayores que los del resto de la población. En un estudio realizado en el País Vasco a una población de 25 y más años, la prevalencia fue mayor en grupos de edad entre 80-84 años y 85 y más años. El 30,6% de hombres y 38,3% de mujeres entre 80-84 años presentaron sentimientos de soledad mientras que, a partir de los 85 años, la prevalencia fue de 36,6% y 42,5% respectivamente (25). Además, se observa que las mujeres tienen una prevalencia mayor de soledad no deseada que el sexo masculino (25).

El aislamiento social por parte de la red de amigos es un dato alarmante a partir de los 65 años. "Más de un cuarto de los mayores de entre 65 y 79 años están aislados de la red de amigos y casi la mitad lo está entre quienes tienen 80 años o más" (17). En la última etapa de la vida los familiares están más presentes que los amigos.

Todos estos datos corroboran que a medida que los individuos aumentan en años, se incrementa también el sentimiento de soledad y el aislamiento social, por lo que existe una relación directa entre edad y soledad.

Según un estudio en una ciudad de Ourense a 572 personas mayores de 65 años, se detectó mediante la pregunta "¿se encuentra usted solo/a?" que el 32,7 % de los entrevistados sufren soledad y un 1,4 % aislamiento social. Este último fue definido por vivir solo/a y carecer de contactos presenciales o telefónicos (6).

En otro estudio realizado a una población mayor de 65 años en el área básica de salud Casanova de Barcelona, un tercio de los 278 entrevistados se encuentran en riesgo de soledad y aislamiento social (7).

En otra investigación de personas mayores españolas (20) se dividieron dos grupos, uno compuesto por personas que vivían solas y otro por personas que vivían acompañadas. En el primer grupo, el 63,2% presentaron niveles de soledad entre moderado y grave, casi dos tercios de los primeros experimentaban una soledad mayor que aquellas personas que vivían acompañadas.

Dependiendo de los factores culturales y las diferencias en las condiciones de vida de las personas en los países, existen diferencias en la prevalencia de soledad.

En Europa las tasas de soledad suelen ser más elevadas en el sur y este que en el norte, atendiendo que en las sociedades más familiares hay mayor soledad que en las sociedades individualistas (16). También se encontraron diferencias entre los países de Europa Occidental y los de Europa Oriental, siendo más elevadas en éstos últimos (15,26).

En España, un país familiarista, los niveles de soledad y aislamiento social son significativamente más altos, entre un 20-25%, que en el resto de Europa que se sitúan cerca del 12% (8).

En Estados Unidos entre el 25% y el 29% de los adultos de 70 años o más manifiestan sentirse solos. En China un 29,6% de los participantes de un estudio, mayores de 60 años o más informaron que “a menudo se sentían solos” (27).

En resumen, la evidencia disponible muestra que la prevalencia de soledad en adultos mayores es cada vez más elevada en diversos países del mundo. Estos datos de soledad son importantes, y ante ello se debe de realizar intervenciones para evitar que sigan incrementándose las cifras.

### **2.3 Causas de la soledad y el aislamiento social**

Uno de los factores básicos de calidad de vida en la vejez es tener buenas relaciones con la familia y los amigos (14). El ser humano es un ser social por naturaleza, por lo tanto, necesita de los demás para vivir (13). Las relaciones sociales son esenciales para el bienestar de las personas además de mantener la salud de éstas.

Existe una reducción de la red social asociado con el hecho de envejecer; a medida que las personas se hacen mayores, el tamaño y la composición de las redes sociales disminuye, sin embargo, aumentan en calidad (16)

Existen evidencias de que lo primordial en las redes sociales es la calidad en vez de la cantidad (28). Es mejor tener relaciones que aporten seguridad, confort, confianza y placer a pesar de que el contacto sea poco frecuente, que tener más amigos poco íntimos con interacciones frecuentes (15).

La disminución de contactos puede ser debido a diversas circunstancias en la vida del adulto mayor, como las pérdidas involuntarias de algunos miembros de la red social o como al proceso adaptativo de selección (15). Los amigos y los familiares son la principal red de apoyo de los adultos mayores. No obstante, la red social de los mayores suele estar compuesta principalmente por familiares (15).

Se considera que las relaciones con los familiares son involuntarias, obligatorias, mientras que las relaciones de los amigos son voluntarias, por tanto, en el caso de que alguna red falle, la otra es el apoyo primordial (14). Aun así, el riesgo de sufrir aislamiento social por parte de la red de amigos es mayor que por parte de la red familiar (15).

En España, la soledad es el segundo aspecto vital más importante después de la preocupación por el estado de salud (14). En la encuesta de mayores realizada por el Imsero en el 2010 se observa que el 27,2% de las personas manifiestan preocupación por envejecer debido a la soledad (2) Cuando una persona llega a la etapa de la vejez experimenta una serie de cambios, que no solo suponen el aumento de años y el cambio físico corporal, sino que deben de acostumbrarse a una nueva vida. No es fácil para los adultos mayores adaptarse a este proceso, ya que hay muchos factores tanto personales, sociales, como familiares que influyen durante el envejecimiento pudiendo provocar el sentimiento de soledad.

Cuando los individuos envejecen se producen una serie de acontecimientos importantes en la vida de estas personas que propician el surgimiento de la soledad; la jubilación, la viudedad y el distanciamiento por parte de sus hijos.

Por un lado, la retirada del mundo laboral puede producir una disminución de las redes sociales (11,14). El trabajo permite mantener contactos y amistades, es una forma de participar en la vida social (13). Sin embargo, la jubilación produce una pérdida de esas relaciones que se conservaban en el lugar de trabajo. Esta reducción de contactos sociales puede provocar la experiencia de soledad en estas personas. No obstante, hay más factores que tienen que coincidir con este acontecimiento para que se produzca el sentimiento de soledad o aislamiento social, como la viudedad, malas relaciones con la familia, el distanciamiento de los hijos...

Por otro lado, la defunción del cónyuge es el suceso más determinante en el padecimiento de la soledad (13–15). Las personas viudas tienen más riesgo de padecer el sentimiento de soledad, ya que la pérdida de su pareja tras varias décadas juntos conlleva una reducción de contactos sociales y sentimientos de tristeza y vacío (14). Hay situaciones y momentos a lo largo del día donde se producen una serie de recuerdos de hechos pasados que el adulto mayor rememora junto a la pareja, un amigo o un familiar. Estos recuerdos surgen en fechas especiales en el calendario, en momentos del día concretos como la hora de la comida o la cena, que provocan melancolía y agudizan durante un tiempo el sentimiento de soledad.

Además, las personas mayores tienen más problemas para adaptarse a los nuevos cambios en su vida, tanto a nivel emocional como a nivel social tras la defunción de su pareja. Por ejemplo, el hecho de desahogar sus problemas o inquietudes e incluso realizar las propias tareas del hogar y de la vida doméstica se ven modificadas (13).

Se agudizan más los problemas de soledad y aislamiento social cuando ambos sucesos ocurren en un periodo de tiempo reducido.

Otra característica de la experiencia de la soledad en los mayores viene dada por el síndrome del nido vacío. Esto ocurre cuando los hijos e hijas comienzan su vida de manera independiente lo que genera una sensación de abandono en los padres. La carencia de relaciones cercanas con los hijos genera sentimiento de soledad debido a que en ocasiones los hijos no destinan mucho tiempo a sus padres y se desvinculan. Cuando las personas mayores no reciben el cariño de sus hijos, se acrecienta el sentimiento de soledad (29).

La escasez de relaciones con los familiares también puede generar estos sentimientos de soledad y aislamiento social (9,13,29).

Otro factor de riesgo sociodemográfico asociado a la soledad es el género. Hay disparidades entre unos estudios y otros en relación con quien sufre más soledad, si un hombre o una mujer. Debido a que las mujeres tienen una esperanza de vida mayor que los hombres, existe una mayor probabilidad de que enviuden y vivan solas, por lo que hay más factores que se asocian con la soledad (14,23). Sin embargo, en otros estudios los hombres al presentar una red social más reducida que las mujeres, se centran más en su pareja. Esto conlleva a que el momento en el que los hombres pierdan a su pareja pueden experimentar una mayor soledad que las mujeres.

En diversas investigaciones (14,28,30) se asocia un bajo nivel socioeconómico (6) y educativo con una mayor soledad (15,17,23,31). No obstante, no está esclarecida esta asociación. Una explicación de ello es que las personas con un nivel socioeconómico más alto tienen más recursos y posibilidades de poder participar en actividades y, por tanto, ampliar su red social (5,14).

Si se atiende al estado civil de las personas, la probabilidad de experimentar soledad es mayor o menor. Las personas viudas, solteras o separadas tienen una mayor probabilidad de sentir soledad que las casadas (14).

Vivir con una enfermedad crónica es un factor de riesgo de la soledad, ya que en ocasiones conlleva una limitación física, por lo que estos individuos disminuyen el contacto social con otras personas. Por ello los individuos que tienen una mala salud tienden a experimentar más soledad que aquellos que gozan de buena salud (32).

El hastío, es otra causa de la soledad en los adultos mayores (33). Ocurre principalmente cuando las personas viudas disminuyen las relaciones sociales y no realizan actividades fuera de su hogar por lo que permanecen gran parte del día en su casa y aburridos.

Los adultos mayores en ocasiones experimentan traslados de vivienda bien porque necesitan mayores comodidades en su hogar u otras veces para vivir con sus familiares. La institucionalización también puede llegar a conducir sentimientos de soledad (5,11,13). Esta mudanza genera un distanciamiento con su red de vecinos con los que mantienen vínculos importantes por lo que se considera otro factor predisponente de la soledad y aislamiento social (34).

En resumen, los factores predisponentes (riesgo) para la soledad o el aislamiento social son; la edad avanzada, ser mujer, la viudedad o soltería, baja calidad de las relaciones sociales, un nivel socioeconómico y un nivel educativo bajos, padecer una enfermedad crónica, la presencia de enfermedades mentales o depresión,(32) la carencia de red de apoyo y un estilo de vida poco saludable (27).

Por el contrario, son factores protectores de la soledad, el mayor nivel cultural, hogares con varios convivientes, la integración social, el número de contactos sociales, nivel económico y educativo medio-alto, la presencia de una red de apoyo, estar casado o tener una pareja y un buen estado de salud (5,6).

No se puede generalizar que la soledad solo afecta a la población anciana, aunque si se puede afirmar que son los más vulnerables de padecer soledad y/o aislamiento social. Los cambios que ocurren en su vida, como la viudedad y jubilación, afectan a su vida y son los principales causantes de que los adultos mayores experimenten estos fenómenos. Hoy en día, se está aumentando la prevalencia de soledad y aislamiento social influyendo de forma negativa en la vida de las personas. La soledad es un problema social y de salud pública a nivel mundial, causante de muchas enfermedades tanto físicas como mentales, pudiendo provocar en último lugar, la muerte. Por lo que se debe de prestar una mayor atención a aquellas personas más susceptibles de padecer estos sentimientos.

#### **2.4 El impacto del confinamiento por COVID-19 en la soledad y aislamiento social**

En diciembre de 2019, se confirmó el primer caso por SARS-CoV-2 en China, provocando en meses una pandemia a nivel mundial según la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Es una enfermedad que ha causado miles de muertes por lo que los gobiernos de diferentes países llevaron a cabo medidas como el confinamiento, para reducir el número de casos, la transmisibilidad del virus y la saturación de los sistemas sanitarios. Las restricciones de movimiento, el distanciamiento social, el carecer de contacto con amigos y familiares, no acudir a actividades como ir a la iglesia, a la peluquería o al cine son posibles desencadenantes del

aumento del sentimiento de soledad y aislamiento social durante la pandemia. La eliminación de estas actividades ha afectado negativamente, provocando una desvinculación social en las personas mayores (35).

En un estudio realizado en un condado de los Estados Unidos a participantes con una media de edad de 75 años, el 54% de los participantes atribuyeron el empeoramiento de los sentimientos de soledad a la pandemia de coronavirus. El 40% de los entrevistados informaron aislamiento social durante ese mismo periodo (36). Cuatro de cada cinco adultos tenían una interacción de video mínima; dos de cada cinco socializaban con amigos y familiar a través de internet con poca frecuencia, lo que aumentó el aislamiento social en San Francisco (36).

Los entrevistados mayores de 60 años que reportaron un aumento de la soledad, empeoraron también su salud psicológica. La depresión y la ansiedad empeoraron en un 62% y un 57% de los participantes respectivamente (36).

En otra investigación en Austria, se compara la soledad antes y durante la pandemia de la Covid 19, produciéndose un ligero aumento de la soledad en los encuestados durante la pandemia, con respecto a los encuestados antes de la pandemia (37).

Cabe destacar que las personas mayores que vivían solas mostraron una soledad mayor que aquellos que vivían en pareja. En cambio, estas personas que vivían solas no mostraron una soledad mayor que antes de la pandemia, lo cual puede ser fruto de su capacidad para adaptarse a estas medidas tan restrictivas y del hábito a estar solas (37).

El aislamiento social y la soledad son dos problemas que afectan a la población mayor incluso antes de la pandemia, pero, con las restricciones impuestas por los gobiernos frente a la Covid 19, se ha visto como ha repercutido negativamente en estos dos fenómenos.

### **3. CAPÍTULO II: EFECTOS DE LA SOLEDAD EN LA SALUD FÍSICA Y MENTAL**

El problema de la soledad y el aislamiento social no solo son las consecuencias que producen en la salud, sino los malos hábitos que conlleva en muchas ocasiones. Las personas que se sienten solas no cuidan de su salud física tanto como aquellas que reciben apoyo social sobre conductas saludables (14). Por ello, carecer de una red social promueve comportamientos y hábitos no saludables (32).

La soledad es un factor de riesgo para la morbilidad y la mortalidad (38,39).

Se asocia con un mayor consumo de sustancias psicoactivas como el alcohol y tabaco, inactividad física y una alimentación inadecuada, dando como consecuencia un aumento de la morbilidad y mortalidad del adulto mayor (40). Este consumo a su vez está relacionado con el estado de ánimo y un aumento de los niveles de ansiedad (30).

El riesgo de mortalidad prematura aumenta un 26% en personas que sienten soledad, en un 29% en personas con aislamiento social, y en un 32% personas que viven solas (40). En una investigación a adultos mayores estadounidenses, las que padecen niveles más altos de soledad tienen 1,96 más veces de probabilidades de morir dentro de los seis años posteriores que aquellos con niveles más bajos de soledad (38).

Las mujeres y varones que se sienten solos y además padecen enfermedad cardiovascular, tienen el doble de riesgo de sufrir una muerte prematura (18).

Cuando el anciano comienza a sentirse solo o comienza a disminuir las relaciones sociales con otras personas, se vuelve más vulnerable, por lo que se produce una serie de enfermedades tanto físicas como mentales.

Una mala salud mental también está estrechamente asociada a la soledad y el aislamiento social (8). Existe una relación bidireccional entre la soledad y la salud. Los sentimientos de soledad pueden ser la causa y el empeoramiento de varios problemas de salud, pudiendo el sentimiento de soledad aumentar los síntomas de la propia enfermedad (14). En el estudio realizado a una población del País Vasco la prevalencia de mala salud mental fue mayor en aquellas personas que refirieron sentirse solas, casi 4 veces mayor en los hombres y 3,5 veces mayor en las mujeres (25).

En otro sentido, un mal estado de salud, junto con problemas físicos o mentales como la depresión, pueden conducir a un aumento de la soledad debido a la reducción de la interacción social. La experiencia de la soledad puede ser característica de personas que ya tienen problemas de salud y movilidad (39). Por lo tanto, la soledad y el estado de salud son dos variables que se influyen mutuamente (5,14,30)

Se puede decir que el aislamiento social y la soledad influyen en el bienestar y la calidad de vida de los adultos mayores (39). Los efectos en la salud de la soledad no deseada y del aislamiento social son comparables a los de la obesidad, la inactividad física o el consumo de tabaco, tres de los problemas de salud que más gasto sanitario conllevan para los sistemas nacionales de salud (8,41).

Los efectos que produce en la salud física son:

- deterioro del sistema inmunológico, lo que conlleva una mayor vulnerabilidad de contraer más enfermedades (16,42).
- aumento de la inflamación crónica (16,18).
- activación del eje hipotálamo hipofisario adrenal, eje que controla la respuesta del cuerpo al estrés (30).
- disminución de la denominada la hormona social, oxitocina.
- mayor riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares (14,18,23,40,41,43).
- problemas digestivos y dolores de cabeza (13).
- disminución del ciclo del sueño y la calidad del sueño (13,16,44).
- disminución de la movilidad, limitaciones físicas, enfermedades crónicas y declive físico (30,45).
- cambios en la presión arterial (18,30) y mayor riesgo de sufrir accidentes cerebrovasculares. (16)
- aumento de la fragilidad en los ancianos (44–46) (47).

Por otro lado, la soledad y el aislamiento social repercuten en la salud psicológica produciendo:

- aumento de los síntomas depresivos, una disminución de la autoestima (16,30,40,41,43)
- sentimientos y pensamientos negativos que fomentan el estrés (5).
- aumento de miedo a las situaciones sociales, hasta el punto de no tener contacto con otras personas (18).
- disminución de la función cognitiva y ejecutiva por lo que hay más riesgo de padecer Alzheimer, deterioro cognitivo y demencia (16,18,46).
- deterioro de la velocidad de procesamiento y empeoramiento de la memoria visual e instantánea (16).

- trastornos de la personalidad y psicosis (30).
- aumento del suicidio (30,40,46).

La soledad, el aislamiento y las relaciones sociales están relacionados con la depresión. El 25% de la población de edad avanzada manifiestan síntomas psiquiátricos, siendo la depresión la sintomatología más frecuente (30).

La depresión inducida por la soledad, que según se informa tiene una incidencia del 2 al 25% en la población general, ocupa un lugar importante entre los problemas psiquiátricos observados en la vejez (48). Se intensifica en aquellas personas que viven solas, tienen menos relaciones sociales, padecen enfermedades físicas y crónicas.

La relación entre la soledad y la depresión es controvertida. En un estudio estadounidense realizado a una población que tenían entre 50 y 68 años de edad (49) ha demostrado que la soledad aumenta los síntomas depresivos en un intervalo de 1 año, sin embargo, estos síntomas no aumentan la soledad en ese mismo tiempo (49). En el estudio realizado en Ourense, las personas que padecen depresión tienen 3,4 veces más de probabilidad de experimentar soledad que aquellas que no lo padecen (6).

En otro estudio realizado a una población con una edad promedio de 69 años, (48) se demuestra que la depresión es el factor de riesgo más importante en la aparición de la soledad en los ancianos. Las personas mayores con depresión no muestran interés por las actividades diarias por lo que puede conducir a aislamiento social. El efecto de la depresión sobre la soledad puede ser hasta del 37% (48)

Por lo tanto, hay una relación significativa entre la soledad, aislamiento social y la depresión. Hay estudios que muestran que la soledad predice la depresión, (49,50) y otros en cambio, muestran la relación inversa (48).

La depresión juntos con otros trastornos psiquiátricos son factores de riesgo para que se produzca el suicidio en las personas mayores. La mayoría de las personas que cometen el suicidio viven solas, además, el riesgo de suicidio es alto durante el año siguiente al fallecimiento del cónyuge (46).

Más allá de este hecho, el sentimiento de soledad, lo que se conoce como soledad emocional, predice la aparición de demencia. Y los adultos mayores que sufren aislamiento social tienen más riesgo de padecer deterioro cognitivo (30,40).

Las personas con redes sociales satisfactoras y una vida social tienen menos riesgo de disminuir el funcionamiento cognoscitivo (30). La soledad además de afectar a la habilidad de aprender y recordar también repercute en la fluidez verbal, en la velocidad de procesamiento y en el recuerdo inmediato y diferido (30).

En un estudio realizado a animales se ha observado las consecuencias que genera el aislamiento social produciendo una disminución de las funciones cognitivas superiores como la memoria y el aprendizaje, una disminución de la esperanza de vida, un declive de la función de las células antitumorales lo que se traduce en un deterioro del sistema inmunológico (42).

Cabe destacar que otro motivo de preocupación en las personas mayores de 75 años es el suicidio. La depresión junto con otros problemas psiquiátricos son factores de riesgo de este suceso. La mayoría de los adultos mayores que se suicidan viven solas. Además, el aislamiento social tiene un impacto mayor que la soledad, y el riesgo de suicidio es más alto en aquellas personas que han perdido al cónyuge (46).

Hoy en día, la soledad es un problema de salud pública no solo porque afecta de forma negativa en la salud de las personas sino también por la repercusión que tiene en los sistemas sanitarios.

Los adultos mayores que se sienten solos acuden más a los servicios médicos con el objetivo de tener contacto social con otras personas independientemente o no de su estado de salud. En Reino Unido, 3 de cada 4 médicos confirman que a lo largo del día entre 1 y 5 personas acuden a consulta primordialmente porque se siente solas (41). También se produce un aumento de las hospitalizaciones y la estancia hospitalaria (40,46).

Es decir, buscan en los servicios sanitarios la atención y la comunicación necesaria para paliar su soledad (46,51). Según un estudio realizado a un equipo de profesionales sanitarios de la comunidad de Barcelona, respondieron un 66% de la plantilla que los adultos que viven solos son más hiperfrecuentadores de los servicios sanitarios (18). En otro estudio desarrollado a profesionales sanitarios en 13 centros de Atención Primaria en Córdoba mencionaban que la soledad y el aislamiento social aumentan la demanda clínica e hiperfrecuentación (52).

Enfermar atrae a aquellos seres queridos o cuidadores principales, por lo que los mayores se encuentran acompañados durante ese periodo de tiempo de dolencia, asocian el dolor con sentirse acompañados y atendidos. En ocasiones exageran las molestias de la enfermedad para atraer a las personas queridas (13).

#### **4. CAPÍTULO III: INSTRUMENTOS DE MEDIDA E INTERVENCIONES PARA PALIAR LA SOLEDAD.**

El problema de la soledad es que es una sensación subjetiva que solo el individuo que lo experimenta es capaz de describir. A diferencia del aislamiento social que es algo más objetivo, y se puede cuantificar a través de la cantidad de personas que componen la red social o la frecuencia de contacto que mantiene con ellos. Por otro lado, vivir solo se puede medir a través de una pregunta sobre la forma de convivencia.

Existen diferentes instrumentos que permiten medir y “diagnosticar” a aquellas personas que están padeciendo soledad. En dichas escalas se evita la palabra “soledad” con el objetivo de evitar la distorsión de las respuestas de lo que uno siente (53).

Las principales escalas que permiten medir la soledad son;

- La escala UCLA Loneliness Scale (la Escala de Soledad de la Universidad de California); clasifica el nivel de soledad según la puntuación obtenida desde bajo nivel de soledad hasta máximo nivel de soledad. Hay muchas versiones de esta escala, la más reciente es la UCLA-3 compuesta por 20 ítems de respuestas “nunca”, “raramente” “a veces” y “siempre” (15,18). Se trata de una de las escalas más utilizadas para medir de forma global el sentimiento de soledad (54).
- La escala de soledad de Jong-Gierveld; contiene 11 ítems. Ninguno utiliza la palabra soledad. Está compuesta por dos subescalas, la de soledad social y la de soledad emocional. (14,15).
- La escala Sesla; escala multidimensional que mide la relación con la pareja, la familia y los amigos. Por un lado, mide la soledad emocional y, por otro lado, la soledad social (12,14).
- La escala ESLI; mide los dos tipos de soledad, la emocional y la social (18,54).
- Pregunta única de soledad; varios autores utilizan una pregunta única ¿se siente usted solo? El problema es que el entrevistado lo niegue a pesar de que sí se sienta solo. Además, cada participante entiende el concepto de soledad de manera diferente (15).

A nivel nacional, la escala utilizada es la Escala Este de Granada, que consta de 34 ítems que se agrupan en cuatro factores; soledad familiar, soledad conyugal, soledad social y crisis existencial (12).

Otro problema para la detección de estos fenómenos es que las historias clínicas electrónicas no tienen incorporado las escalas diagnósticas de soledad por lo que no existe posibilidad de un

buen registro (40). En el estudio realizado en el área básica de salud Casanova (Barcelona), se muestra que no existen unas variables que ayuden a identificar a las personas que tienen problemas de soledad severa en la población que se atiende. Una solución es a través de cuestionarios o mediante la entrevista clínica en la consulta (7). Del mismo modo, en la investigación llevada a cabo en Córdoba, los profesionales de la salud comentan que no existen protocolos o programas específicos para la identificación o diagnóstico de estos dos problemas (52).

Estas escalas sirven de ayuda para detectar la soledad, si bien es cierto que solo nos orienta hacia la soledad. Por ejemplo, ante un fallecimiento de un familiar cada persona se adapta de manera diferente, unas experimentan soledad y para otras es un evento negativo al que se tienen que enfrentar (12).

Gracias a estas escalas, los profesionales de la salud pueden reconocer si una persona padece o no soledad. Una de las estrategias que tienen que llevar a cabo los profesionales de enfermería es una valoración a los adultos mayores sobre aspectos como la cultura, costumbres y estructura familiar para así detectar el riesgo de presentar síntomas de soledad (32). Además, existen unos factores de riesgo mencionados en los anteriores capítulos que ayudan a los profesionales de la salud a detectar aquellas personas más propensas de sufrir soledad. Un obstáculo para la detección de estos problemas es la confusión de los sanitarios sobre los conceptos de soledad y/o aislamiento social al igual que la distinción de estos fenómenos con el término de vivir solo, como se hace mención en el estudio realizado en Córdoba (52).

Una vez se detectan a los mayores en riesgo de experimentar este sentimiento, los equipos deben derivar a estos pacientes a intervenciones comunitarias o individuales. No obstante, no solo su función es la derivación de estos adultos a programas, sino que, deben de tratar los pensamientos sociales maladaptativos, con el objetivo de que estas personas accedan a las actividades y favorezcan su socialización. (40,46).

Las intervenciones dirigidas al entrenamiento sociocognitivo reducen la soledad, sin embargo, requieren tiempo y son costosas (16). Por ejemplo, el programa LISTEN (*Loneliness Intervention using Story Theory to Enhance Nursing-sensitive outcomes*) se focaliza en los procesos cognitivos de la soledad que incluyen, estigma, pensamientos negativos sobre uno mismo en relación con los otros a través de intervenciones como la escucha activa, el diálogo y la reestructuración cognitiva (15).

Existe una página web "<https://www.socialprescribingnetwork.com>" en donde los profesionales de la salud pueden remitir a sus pacientes para que reciban atención personalizada, y en conjunto con profesionales de la red, para mejorar su salud y bienestar (51). Con esta iniciativa se pretende que las personas tengan la oportunidad de conocer y compartir con otras personas asistiendo a actividades de la comunidad.

En la actualidad las intervenciones que ayudan a disminuir la soledad y el aislamiento social se centran en mejorar las habilidades sociales, aumentar las oportunidades para la interacción social, promover el soporte social y las dirigidas al entrenamiento sociocognitivo (15,40). Resultando más efectivas las intervenciones que tienen como objetivo mejorar el aislamiento social que la soledad (40). Sin embargo, las intervenciones tienen que ir dirigidas a fomentar la capacidad de disfrute de las actividades solitarias; transformar las ideas, creencias sobre la soledad desde un plano cognitivo; fomentar la creencia de afrontar situaciones de soledad y aislamiento social y disminuir los estereotipos negativos de la soledad (21).

Men's Sheds es un programa llevado a cabo en Australia e Irlanda con el objetivo de ofrecer a hombres en riesgo de aislamiento social a participar en tareas como la reparación de vehículos antiguos, torneado de madera... de manera que estos adultos participen en actividades atractivas para ellos (1).

En Barcelona se llevó a cabo el programa “Bajamos a la calle”, una actividad comunitaria, cuyo objetivo era realizar salidas semanales a las personas mayores aisladas en casa por carecer de ascensor. Estas salidas a la calle mejoraron el estado de salud percibida y su salud mental, conduciendo a una disminución de los síntomas de la ansiedad y la depresión (55).

Por otro lado, La Fundación bancaria “La Caixa” ha desarrollado dos programas que han mostrado eficacia (15);

- “*Vivir bien, sentirme mejor*”, programa con la estrategia de que las personas mayores sean capaces de manejar su soledad (15).
- “*Programa siempre acompañados*” (16), se realiza en colaboración con Cruz Roja y los Ayuntamientos. Primero se detecta a las personas con posible soledad no deseada y soledad social, luego, se llevan a cabo intervenciones psicoeducativas a las personas mayores para que sean capaces de gestionar su soledad. Finalmente, se realizan intervenciones comunitarias para crear nuevas relaciones sociales o reestablecerlas.

Algunas intervenciones en vez de reducir la soledad se han centrado en mejorar el capital social, permitiendo crear nuevos círculos de amistad, o la posibilidad de participar en programas de voluntariado o programas intergeneracionales. Hay que tener en cuenta que cuando se realizan estas intervenciones, cabe la posibilidad de que las relaciones con las personas del propio programa no sean suficientes y satisfactorias y, por lo tanto, se genere un sentimiento de soledad acompañada (53).

Otras intervenciones tienen como objetivo motivar la participación en actividades, como el *Upstream Healthy Living Center*, un programa en el que voluntarios hacen visitas semanales y llaman a los participantes con la finalidad de que inicien actividades comunitarias como; informática, cerámica, cocina, pintura, escritura, jardinería... (15).

Estas actividades comunitarias tienen un impacto mayor si se realizan con otros servicios sociales y sanitarios y con asociaciones civiles y religiosos (40).

Para ello es necesaria la participación de las Administraciones Públicas en colaboración con Fundaciones, organizaciones no gubernamentales y empresas para desarrollar programas de seguimiento y control de las personas expuestas a esta situación de soledad (32).

“*Enrédate*” es un proyecto de Cruz Roja destinado a las personas mayores de 65 años, con la finalidad de fomentar la participación en el entorno y mejorar las relaciones sociales evitando el sentimiento de soledad durante la vejez (15).

Entidades como Cruz Roja o Cáritas han desarrollado el programa “*Cerca de Ti*”, con el objetivo de acompañar personalmente y a través del teléfono a las personas mayores de 80 años que viven solas y que se encuentran en situación de soledad y aislamiento social (15).

Son más efectivas las terapias grupales que individuales, ya que mejoran las habilidades de comunicación, establecen nuevas relaciones e interactúan con el resto de las personas (11,56). En 2005, Cattán, White et al, revisaron 30 estudios de los cuales 17 eran intervenciones grupales y 10 individuales. De todas ellas las que mostraron una reducción de la soledad y aislamiento social fueron las grupales (57). Del mismo modo, en la revisión realizada por Dickens a 32 trabajos, las intervenciones grupales fueron más efectivas en comparación con las individuales. (56). Por tanto, las intervenciones orientadas a ofrecer soporte individual como el seguimiento domiciliario no son suficientes para paliar este sentimiento. Sin embargo, en una revisión se encontró que las intervenciones solitarias con mascotas y con tecnología como videoconferencias y el uso de Internet, reducen la soledad (58).

También resultan efectivas las intervenciones que van dirigidas a un grupo poblacional específico como, por ejemplo, a las mujeres y que engloban algún componente educativo y actividades sociales (15,57). Por lo tanto, las intervenciones que se realicen tienen que ajustarse

a las necesidades de los pacientes, de manera que tengan en cuenta las limitaciones físicas, sociales y económicas de los mismos (5).

Programas como “*Respira*”, que se centra en un grupo específico de población, las mujeres con el objetivo de romper la soledad y el aislamiento social, con la creación de grupos de relación interconectados (15).

Algunas intervenciones emplean el uso de tecnologías, como por ejemplo realizar videoconferencias con familiares y amigos, o realizar actividades que les interesen; esto permite mejorar la comunicación social, por lo que disminuye el aislamiento social, en cambio no actúa sobre la soledad (40). No obstante, con la llegada del Covid-19, la tecnología ha permitido a los adultos mayores mantener contacto con su familia al igual que acceso a los recursos médicos (35).

Es cierto que los avances tecnológicos ayudan a mantener el contacto con aquellos seres queridos que se encuentran lejos, sin embargo, muchas personas mayores tienen una posición negativa hacia la tecnología. Por un lado, carecen de habilidades para el uso de estos dispositivos y, por otro lado, la tecnología no sustituye la cercanía que brinda el afecto físico (51).

También se llevan a cabo programas de apoyo para las familias con el objetivo de fortalecer las redes familiares de las personas mayores (8). Se produce una disminución significativa de la soledad en aquellos adultos mayores que viven con familiares, comparten tiempo con sus hijos o nietos, y que poseen una buena relación con los mismos. Esta relación cercana con los familiares genera sentimientos de ser queridos y no abandonados por su circunstancia de ser personas mayores (32).

Por otra parte, vivir en un pueblo pequeño permite disminuir el aislamiento social por el hecho de tener relaciones sociales cercanas con los vecinos, ya que tienden a estar pendientes de los demás miembros de la comunidad (32). Las personas que viven en entornos verdes se sienten menos solas que aquellas que viven más lejos de ellos, ya que permite que puedan interactuar con otros miembros de la comunidad (6).

Los adultos mayores que intervienen en actividades sociales del vecindario se encuentran más satisfechos con su vida. Percibir cariño por parte de los vecinos incita a participar en más actividades y, por lo tanto, aumentar las relaciones sociales (6).

Un programa denominado “*Grandes Vecinos*”, ha puesto en contacto a personas mayores con síntomas de soledad con personas que viven cerca de ellos y que están interesados en compartir tiempo y actividades con ellos. Es decir, los vecinos voluntarios están pendientes de esta persona con soledad (59).

La mayoría de las intervenciones se han realizado en el contexto comunitario, sin embargo, apenas hay intervenciones realizadas en el ámbito institucional. En una revisión realizada por Bermeja y Ausín (11) se confirmó que existen intervenciones como los programas asistidos con animales, talleres de jardinería, programas de ejercicio físico, las videoconferencias, terapia de humor y de reminiscencia que son eficaces para reducir la soledad en el ámbito institucional.

Además de mejorar la soledad, estos programas influyen tanto en la calidad de vida de las personas, el bienestar psicológico, los síntomas depresivos y la socialización (11).

No obstante, se necesita una actitud positiva y activa por parte de esta población mayor para aliviar la soledad. Una vez se den cuenta de que este problema lo pueden superar, establecerán nuevas relaciones con otras personas y participarán en las intervenciones. El primer paso es asumirlo, luego, participar en actividades. Muchas personas adultas consideran que la soledad y el envejecimiento van unidos de la mano, es decir, que la soledad es algo característico de la edad (34). El 71,1% de la muestra de un estudio, cree que la soledad es inherente al hecho de vivir (21).

En definitiva, las peculiaridades que debe tener una intervención para que sea efectiva ante la soledad en las personas mayores se encuentran; que sean grupales, con un objetivo concreto, que tenga un componente educativo, que incluya actividades sociales, que permita la participación de los individuos y que tengan cierto control en la intervención.

## **5. CONCLUSIONES**

Con el presente estudio se ha tratado de conocer los conceptos de soledad y el aislamiento de social de la población mayor. Actualmente está en auge el envejecimiento de la población mundial y con ello la soledad y el aislamiento social, ya que son dos problemas que afecta principalmente a este estrato poblacional.

A lo largo del estudio se han encontrado una diversidad de definiciones en cuanto a la soledad y el aislamiento social por parte de diferentes autores.

Mediante la revisión literaria acerca de la soledad y el aislamiento social se pueden entender que son dos conceptos complejos, íntimamente relacionados. Por un lado, la soledad es una emoción subjetiva desagradable que depende de cada individuo, mientras que el aislamiento social es la ausencia objetiva de una red social. Hay que destacar que vivir solo no es sinónimo de soledad y que las personas pueden vivir solas sin que comprometa a su vida y otros mayores pueden vivir acompañados y sentirse solos. Además, la prevalencia de la soledad y el aislamiento es un dato alarmante que afecta a nivel mundial y está incrementándose con los años.

Durante la etapa de la vejez los mayores experimentan una serie de cambios en su vida que predisponen a la soledad. Aspectos como la retirada en el mundo laboral y a viudedad influyen, produciendo una disminución de las redes sociales, junto con sentimientos de tristeza. Se han podido identificar otros factores de riesgo de presentar este problema que son las personas que viven solas, ser viuda/o, pluripatológicas y con un bajo nivel educativo y adquisitivo.

La soledad y el aislamiento social son responsables de consecuencias que afectan principalmente a las dimensiones emocional, psicológica y física. Estos fenómenos ocasionan sentimientos de tristeza, dolor, ansiedad, depresión incluso ideas suicidas. También, físicamente su nutrición se ve afectada, se producen cambios en el patrón de sueño y en la tensión arterial por lo que su salud se ve comprometida.

Añadido a esto, ambos fenómenos repercuten directamente en los sistemas sanitarios siendo los profesionales sanitarios una fuente de interacción social y de distracción para las personas que se sienten solas.

Por ello, y dada las consecuencias negativas que provocan, se debieran de desarrollar mecanismos para detectar de forma precoz los problemas de soledad y aislamiento social, mediante la coordinación de servicios sociales y sanitarios, y profesionales sanitarios cualificados y dedicados en la resolución de estos dos problemas.

Reducir tanto la soledad como el aislamiento social es importante para conseguir mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas mayores. La labor de enfermería tiene un papel importante para la resolución de estos dos problemas, por un lado, derivando a las personas que sufren este problema a intervenciones y, por otro lado, modificando los pensamientos mal adaptativos de estas.

Las intervenciones encontradas durante la revisión afirman que las actividades grupales tienen una eficacia mayor que las individuales ya que permiten la interacción, comunicación y participación con otras personas.

Intervenir sobre la soledad no deseada y aislamiento social no es únicamente una responsabilidad del adulto mayor o de su familia, sino que recae también en la sociedad, los

profesionales de salud, las asociaciones civiles y religiosas y los servicios sociales y de Salud Pública.

El principal motivo de este trabajo es concienciar del problema que supone tanto la soledad como el aislamiento social, en una población cada vez más envejecida y cada vez más olvidada. No hay que descuidar a los mayores, aquellas personas que dieron vida a las nuevas generaciones.

Aún con la ayuda de las Administraciones Públicas, se necesita la voluntad de las propias personas que sufren este sentimiento, como dice la autora Castro (34):

*“El primer paso para aliviar nuestra soledad es no rendirse ante ella. Esto se traduce en que no esperemos que el problema se solucione por sí sólo, o que lo hagan los demás, sino que tomemos una actitud activa y de esfuerzo por buscar formas de aliviarlo”*

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2015 [cited 2022 Feb 24]. 1–282 p. Available from: <https://apps.who.int>
2. Imsero. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas. Madrid; 2018. 1–545 p.
3. Naciones Unidas. Envejecimiento [Internet]. [cited 2021 Dec 20]. Available from: <https://www.un.org/es/global-issues/ageing>
4. Pérez Díaz J, Abellán Garía A, Aceituno Nieto P, Ramiro Fariñas D. Un perfil de las personas mayores en España, 2020. Indicadores estadísticos básicos [Internet]. Madrid; 2020 Mar. Available from: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2020.pdf>
5. Rueda Sáez M. La soledad en el proceso de envejecimiento. Loneliness in the aging process [Internet] [Trabajo Fin de Grado]. Universidad de Almería; 2020 [cited 2021 Dec 4]. Available from: <http://repositorio.ual.es/handle/10835/9850#.Yauo9GeJK-w.mendeley>
6. Hernández Gómez MA, Fernández Domínguez MJ, Sánchez Sánchez NJ, Blanco Ramos MÁ, Perdiz Álvarez MC, Castro Fernández P, et al. Soledad y envejecimiento. Revista Clínica de Medicina de Familia [Internet]. 2021 [cited 2021 Dec 4];14(3):146–53. Available from: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2021000300005&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2021000300005&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
7. Gené-Badia J, Comice P, Belchín A, Erdozain MÁ, Cáliz L, Torres S, et al. Profiles of loneliness and social isolation in urban population. Atención Primaria. 2020 Apr 1;52(4):224–32.
8. Forjaz MJ, Araújo L, Ayala A, Calderón-Larrañaga A, Fernández-Mayoralas G, Gonzalez-Herrera A, et al. Sumando calidad de vida a los años: propuestas para combatir la soledad y promover la una buena salud mental en personas mayores. Policy Brief, Proyecto QASP [Internet]. 2021 [cited 2021 Dec 5];1–4. Available from: <http://hdl.handle.net/20.500.12105/13246>
9. López Suarez A, Mora Mora LL, Adita Ortega C, Sepúlveda Niño G. La soledad en el adulto mayor. [Proyecto de Investigación para el Cuidado]. Universidad Cooperativa de Colombia. Facultad de Enfermería; 2019.
10. Real Academia Española [Internet]. 2022 [cited 2022 Mar 22]. Available from: <https://dle.rae.es/soledad>
11. Bermeja AI, Ausín B. Programas para combatir la soledad en las personas mayores en el ámbito institucionalizado: una revisión de la literatura. Vol. 53, Revista Española de Geriatria y Gerontología. Ediciones Doyma, S.L.; 2018. p. 155–64.
12. Pinel Zafra M, Rubio Rubio L. La soledad en los mayores, una alternativa de medición a través de la escala Este. [Internet]. Universidad de Granada; 2009 [cited 2022 Apr 15]. Available from: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-02.pdf>
13. Bermejo Higuera JC. La soledad en los mayores. ARS MEDICA Revista de ciencias médicas [Internet]. 1984;13(3). Available from: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/su>
14. Sánchez Rodríguez MM. Determinantes sociales de la soledad en las personas mayores españolas: Dar y recibir apoyo en el proceso de envejecer [Tesis Doctoral] [Internet]. [Salamanca]: Universidad de Salamanca; 2009 [cited 2021 Dec 4]. Available from: <http://hdl.handle.net/10366/76320>
15. Pinazo Hernandis S, Donio Bellegarde Nunes M. La soledad de las personas mayores Conceptualización, valoración e intervención. Fundación Pílares, editor. Valencia; 2018. 1–176 p.

16. Yanguas Lezaun J, Cilveti Sarasola A, Hernández Chamorro S, Pinazo-Hernandis S, Roig i Canals S, Segura Talavera C. El reto de la soledad en la vejez. ZERBITZUAN. 2018;(66):61–75.
17. Yanguas J, Cilveti A, Segura C, De P, Mayores De "la Caixa P. Observatori Social de "la Caixa" ¿A quiénes afecta la soledad y el aislamiento social? [Internet]. 2019 Dec [cited 2022 Mar 21]. Available from: [https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/doc\\_sosa\\_soledad\\_lacaixa/eu\\_def/adjuntos/Observatorio-Social-Caixa\\_Soledad-personas-mayores\\_art\\_d3.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/doc_sosa_soledad_lacaixa/eu_def/adjuntos/Observatorio-Social-Caixa_Soledad-personas-mayores_art_d3.pdf)
18. Martínez Salas V. La soledad y el aislamiento en la gente mayor. El papel del TSS en atención primaria [Trabajo Final de Máster Trabajo Social Sanitario]. Cataluña; 2020.
19. INE. Instituto Nacional de Estadística Encuesta Continua de Hogares (ECH) [Internet]. [cited 2022 Mar 24]. Available from: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/p274/serie/prov/p04/10/&file=01004.px>
20. Velarde-Mayol C, Fragua-Gil S, García-de-Cecilia JM. Validación de la escala de soledad de UCLA y perfil social en la población anciana que vive sola. Semergen. 2016 Apr 1;42(3):177–83.
21. Yanguas Lezaun J, Galdona Erquicia N, Segura Talavera C, García Soler Á. Soledad en personas mayores: propuesta para una nueva conceptualización e intervención. Loneliness in elderly people: a proposal for a new conceptualization and intervention. AGING & END OF LIFE. 2018 Nov 20;03:35–48.
22. de Jong Gierveld J, van Tilburg T. The De Jong Gierveld short scales for emotional and social loneliness: Tested on data from 7 countries in the UN generations and gender surveys. European Journal of Ageing. 2010;7(2):121–30.
23. Vicente Arruebarrena A, Sánchez Cabaco A. La soledad y el aislamiento en las personas mayores. Studia Zamorensia. 2020;XIX:15.
24. Takahashi T, Nonaka K, Matsunaga H, Hasebe M, Murayama H, Koike T, et al. Factors relating to social isolation in urban Japanese older people: A 2-year prospective cohort study. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2020 Jan 1;86.
25. Martín Roncero U, González-Rábago Y. Soledad no deseada, salud y desigualdades sociales a lo largo del ciclo vital. Gaceta Sanitaria [Internet]. 2021 Sep 1 [cited 2022 Apr 2];35(5):432–7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.07.010>
26. de Jong Gierveld J, Tesch-Römer C. Loneliness in old age in Eastern and Western European societies: Theoretical perspectives. Vol. 9, European Journal of Ageing. 2012. p. 285–95.
27. Ong AD, Uchino BN, Wethington E. Loneliness and Health in Older Adults: A Mini-Review and Synthesis. Vol. 62, Gerontology. S. Karger AG; 2016. p. 443–9.
28. Hawkey LC, Hughes ME, Waite LJ, Masi CM, Thisted RA, Cacioppo JT. From Social Structural Factors to Perceptions of Relationship Quality and Loneliness: The Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. 2008.
29. Villar Pestaña M. Las personas mayores en soledad. Revisión bibliográfica y conclusiones [Trabajo Fin de Grado]. [Jaén]: Universidad de Jaén. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.; 2018.
30. Montes Reula L. Soledad y salud mental en los adultos mayores: Ámbito comunitario vs ámbito residencial [Tesis Doctoral]. [Zaragoza]: Universidad de Zaragoza; 2021.
31. Hawkey LC, Kocherginsky M. Transitions in Loneliness Among Older Adults: A 5-Year Follow-Up in the National Social Life, Health, and Aging Project. Research on Aging. 2018 Apr 1;40(4):365–87.
32. Chaparro Díaz L, Carreño Moreno S, Arias-Rojas M. Soledad en el adulto mayor: implicaciones para el profesional de enfermería. Revista Cuidarte [Internet]. 2019 May 3 [cited 2022 Jan 12];10(2):1–12. Available from: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i2.633>

33. Baiza Molina JS. Conductas de afrontamiento ante la soledad en adultos mayores institucionalizados y en situación de abandono [Tesis de Grado]. [Guatemala]: Universidad Rafael Landívar; 2015.
34. Castro Blanco M del P. La autonomía personal y la dependencia en el proceso de envejecimiento. In Bilbao: Hartu-Emanak; 2010. p. 33–44.
35. Sánchez-Ordóñez R, Francisco Sánchez-Vázquez J. El aislamiento del adulto mayor por el COVID-19: consecuencias e intervenciones psicosociales durante la cuarentena Isolation of the elderly by COVID-19: consequences and psychosocial interventions during quarantine. Vol. XIX, Studia Zamorensia. 2020.
36. Kotwal AA, Holt-Lunstad J, Newmark RL, Cenger I, Smith AK, Covinsky KE, et al. Social Isolation and Loneliness Among San Francisco Bay Area Older Adults During the COVID-19 Shelter-in-Place Orders. *J Am Geriatr Soc.* 2021 Jan 1;69(1):20–9.
37. Heidinger T, Richter L. The Effect of COVID-19 on Loneliness in the Elderly. An Empirical Comparison of Pre-and Peri-Pandemic Loneliness in Community-Dwelling Elderly. *Frontiers in Psychology.* 2020 Sep 30;11.
38. Luo Y, Hawkey LC, Waite LJ, Cacioppo JT. Loneliness, health, and mortality in old age: A national longitudinal study. *Social Science and Medicine.* 2012 Mar;74(6):907–14.
39. Steptoe A, Shankar A, Demakakos P, Wardle J. Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proceedings of the National Academy of Sciences [Internet].* 2013 Apr 9 [cited 2021 Dec 4];110(15):5797–801. Available from: <https://www.pnas.org/content/110/15/5797>
40. Gené-Badia J, Ruiz-Sánchez M, Obiols-Masó N, Oliveras Puig L, Lagarda Jiménez E. Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria? *Atencion Primaria.* 2016 Nov 1;48(9):604–9.
41. Freedman A, Nicolle J. Social isolation and loneliness: the new geriatric giants Approach for primary care. *Canadian Family Physician.* 2020 Mar;66:176–82.
42. Arranz L, Giménez-Llort L, de Castro NM, Baeza I, de La Fuente M. El aislamiento social durante la vejez empeora el deterioro cognitivo, conductual e inmunitario. *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia.* 2009;44(3):137–42.
43. Courtin E, Knapp M. Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. Vol. 25, *Health and Social Care in the Community.* Blackwell Publishing Ltd; 2017. p. 799–812.
44. Oñate José Gerardo M, Banenelli Rodolfo L, Moreno Alejandra Alicia S, de Jesús Jiménez González M, Mancera Abraham Esaú T, Jaime Francisco OV, et al. Efecto del aislamiento social en la actividad física y salud del adulto mayor. 2021 Sep 7 [cited 2022 Mar 28];10. Available from: <https://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/3283>
45. Philip KEJ, Polkey MI, Hopkinson NS, Steptoe A, Fancourt D. Social isolation, loneliness and physical performance in older-adults: fixed effects analyses of a cohort study. *Scientific Reports.* 2020 Dec 1;10(1).
46. Palma-Ayllón E, Escarabajal-Arrieta MD, Palma-Ayllón E, Escarabajal-Arrieta MD. Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. *Gerokomos [Internet].* 2021 Mar [cited 2022 Mar 10];32(1):22–5. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2021000100022&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2021000100022&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
47. Gale CR, Westbury L, Cooper C. Social isolation and loneliness as risk factors for the progression of frailty: The English Longitudinal Study of Ageing. *Age and Ageing.* 2018 May 1;47(3):392–7.
48. Aylaz R, Aktürk Ü, Erci B, Öztürk H, Aslan H. Relationship between depression and loneliness in elderly and examination of influential factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics.* 2012 Nov;55(3):548–54.

49. Cacioppo JT, Hawkley LC, Thisted RA. Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychology and Aging*. 2010;25(2):453–63.
50. Dahlberg L, Agahi N, Lennartsson C. Lonelier than ever? Loneliness of older people over two decades. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2018 Mar 1;75:96–103.
51. Fonseca Céspedes I. Factores relacionados al sentimiento de soledad durante la vejez. *Anales en Gerontología*. 2019;11:141–57.
52. Hernández-Ascanio J, Perula-de Torres LÁ, Rich-Ruiz M, Roldán-Villalobos AM, Perula-de Torres C, Ventura Puertos PE. Condicionantes para el abordaje del aislamiento social y la soledad de adultos mayores no institucionalizados desde atención primaria de salud. *Atención Primaria*. 2022 Feb 1;54(2).
53. Castro Blanco MP. La soledad de las personas mayores: retos para la intervención. *Documentación Social, España*. 2021 Jun 15;(8).
54. Llobet Puig M, Lluch Canut MT, Rodríguez Ávila N. Valoración de enfermería: detección de la soledad y del aislamiento social en los ancianos de riesgo. *GEROKOMOS*. 2009;20(1):9–14.
55. Díez E, Daban F, Pasarín M, Artazcoz L, Fuertes C, López MJ, et al. Evaluación de un programa comunitario para reducir el aislamiento de personas mayores debido a barreras arquitectónicas. *Gaceta Sanitaria [Internet]*. 2014 Sep [cited 2022 Feb 15];28(5):386–8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213911114001344>
56. Dickens AP, Richards SH, Greaves CJ, Campbell JL. Interventions targeting social isolation in older people: A systematic review [Internet]. Vol. 11, *BMC Public Health*. 2011 [cited 2022 Mar 16]. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/647>© 2011 Dickens et al; licensee BioMed Central Ltd. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.
57. Cattan M, White M, Bond J, Learmouth A. Preventing social isolation and loneliness among older people: A systematic review of health promotion interventions. *Ageing and Society*. 2005 Jan;25(1):41–67.
58. Gardiner C, Geldenhuys G, Gott M. Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. Vol. 26, *Health and Social Care in the Community*. Blackwell Publishing Ltd; 2018. p. 147–57.
59. Fundación Pílares. *Grandes Vecinos [Internet]*. [cited 2022 Apr 14]. Available from: [www.grandesvecinos.org](http://www.grandesvecinos.org)