

TRABAJO DE FIN DE GRADO.

**“La soledad y el aislamiento social, dos grandes
problemas de salud pública que pasan
desapercibidos en una sociedad cada vez más
envejecida.”**

**“Loneliness and social isolation, two major public
health problems that go unnoticed in an
increasingly aging society.”**

AUTORA: CRISTINA FUENTEVILLA FERNÁNDEZ.

DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE GRADO – DAVID RAMOS SÁIZ.

ÁREA: ENFERMERÍA EN EL ENVEJECIMIENTO.

DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA: CARMEN MARÍA SARABIA COBO

GRADO DE ENFERMERÍA - CURSO ACADÉMICO: 2024/2025

ÍNDICE.

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE.....	4
ABSTRACT AND KEY WORDS	4
INTRODUCCIÓN.....	5
Justificación del tema.....	5
Objetivos del trabajo.....	6
Estrategia de búsqueda bibliográfica o metodología.	7
Descripción de los capítulos.	8
CAPÍTULO 1: SOLEDAD vs AISLAMIENTO SOCIAL	8
1.2 Definición del concepto de soledad y aislamiento social.	8
1.2 Sociodemografía.	10
1.3 Indicadores y consecuencias de la soledad y el aislamiento social.	12
CAPÍTULO 2: PREVALENCIA Y INDICADORES DE LA SOLEDAD Y EL AISLAMIENTO SOCIAL EN DIFERENTES GRUPOS POBLACIONALES.....	15
2.1 Prevalencia de los sentimientos de soledad y el aislamiento social en hombres y mujeres en España.	15
2.2 Indicadores y señales de alarma para detectar los sentimientos de soledad y el aislamiento social en hombres y mujeres en España.	15
2.3 Prevalencia de los sentimientos de soledad y el aislamiento social en el medio rural y en el medio urbano de España, indicadores y señales de alarma para detectarlos.	18
CAPÍTULO 3: PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA SOLEDAD Y EL AISLAMIENTO SOCIAL POR PARTE DE LA SOCIEDAD, EL EQUIPO DE ENFERMERÍA Y EL SISTEMA SANITARIO.....	20
3.1 Intervenciones anteriormente empleadas en la prevención, identificación y abordaje de la soledad y el aislamiento social en personas mayores, y sus limitaciones a nivel práctico.	20
3.2 Estrategias de intervención individual y grupal novedosas, iniciadas en la comunidad, organizaciones o desde los equipos sanitarios.	24
CONCLUSIONES	28
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	31

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE.

Resumen: El envejecimiento demográfico es un hecho cada vez más presente en España, que incrementa los problemas de salud física y mental, especialmente entre las personas mayores que experimentan sentimientos de soledad o aislamiento social.

Dos problemas de salud pública que, aunque son distintos, la soledad como experiencia subjetiva y el aislamiento social como situación objetiva, coexisten compartiendo graves consecuencias para la salud individual y colectiva. Cambios fisiológicos, psicológicos, sociales y del estado funcional progresivos, en algunos casos irreversibles.

Este trabajo examina cómo las características del individuo, el género, el entorno (rural o urbano), el estado civil, las redes de apoyo familiar y social y la disponibilidad de recursos determinan la vulnerabilidad de la población. Analiza estrategias de intervención existentes, sus limitaciones y propone otras nuevas basadas en la comunidad, la educación a la población y la disponibilidad de recursos, teniendo como base al sistema sanitario y a los profesionales de enfermería.

Finalmente, concluye destacando la necesidad de priorizar intervenciones individualizadas, multidisciplinarias y sostenibles que promuevan la implicación activa de la población general y las personas mayores, fomentando las redes de apoyo, participación social y detección precoz de situaciones de riesgo con el fin de evitar estos problemas de salud pública.

Palabras clave: Envejecimiento, soledad, aislamiento social, enfermería y estado funcional ⁽¹⁾.

ABSTRACT AND KEY WORDS

Abstract: Demographic aging is an increasingly present fact in Spain, which increases physical and mental health problems, especially among older people who experience feelings of loneliness or social isolation.

Two public health problems that, although they are different, loneliness as a subjective experience and social isolation as an objective situation, coexist, sharing serious consequences for individual and collective health. Progressive physiological, psychological, social and functional status changes, in some cases irreversible.

This work examines how the characteristics of the individual, gender, environment (rural or urban), marital status, family and social support networks and the availability of resources determine the vulnerability of the population. It analyzes existing intervention strategies, their limitations and proposes new ones based on the community, education of the population and the availability of resources, based on the health system and nursing professionals.

Finally, it concludes by highlighting the need to prioritize individualized, multidisciplinary and sustainable interventions that promote the active involvement of the general population and older people, promoting support networks, social participation and early detection of risk situations in order to avoid these public health problems.

Key words: Aging, loneliness, social isolation, nursing and functional status.

INTRODUCCIÓN.

Justificación del tema.

En los últimos años, la sociedad ha experimentado cambios importantes en su estructura demográfica y social. El rápido aumento de la población mayor de 65 años, el aumento de la esperanza de vida, la disminución de la tasa de natalidad y mortalidad, los fenómenos migratorios, los cambios en los estilos de vida y en los patrones de convivencia de la sociedad han llevado a España a una situación de envejecimiento demográfico que se espera que se mantenga en el tiempo o incluso aumente con los años.

El Instituto Nacional de Estadística (INE) recoge el porcentaje que representa la población mayor de 64 años sobre la población menor de 16 años a 1 de enero de un año concreto o índice de envejecimiento por año. En el caso de España, este sigue una tendencia continua ascendente, que justifica el proceso de envejecimiento demográfico generalizado desde el año 1975, primer registro del índice de envejecimiento en el Instituto Nacional de Estadística con un 34,99%. Años más tarde, en el año 2010, fue de un 106,12%; en 2020 de un 125,82%; en el año 2024 ha sido de un 142,55% y se estima que, dentro de 20 y 50 años, en 2044 y 2074, sea del 234,30% y 248,31% respectivamente ⁽²⁾.

Este incremento de población envejecida trae consigo problemas comunes asociados con la edad y salud de las personas como son la diabetes, hipertensión arterial (HTA), los problemas cardiovasculares, la pérdida de visión y audición, depresión, la aparición de síndromes geriátricos (inmovilidad, inestabilidad-caídas, incontinencia urinaria y deterioro cognitivo) o la osteoartritis.

Por otro lado, aparecen problemas que tienen un fuerte impacto en la sociedad, como son, el aumento de personas mayores con patologías crónicas, aumento de la población con problemas de salud mental, sobrecarga de trabajo para los cuidadores y para el sistema sanitario, aumento de las demandas asistenciales y comunitarias, y el aumento de los gastos sanitarios y sociales.

Y, por último, aunque no menos importante, el aumento de los niveles de soledad y el aislamiento social entre la población mayor, problemas que, aunque pueden pasar desapercibidos, afectan a todas las franjas de edad y constituyen dos grandes problemas potenciales cuya prevalencia va en aumento, en especial para la población mayor de 65 años, que ha de ser considerada como grupo potencialmente vulnerable por sus características y teniendo en cuenta sus situaciones personales. Puesto que, a largo plazo, las consecuencias derivadas de estos dos fenómenos no solo podrían afectar a nivel individual, sino que la sociedad en general, la salud pública y recursos comunitarios y administraciones públicas y privadas también se verían afectadas indirectamente, sufriendo las consecuencias de estos problemas que deberían de ser considerados como problemas de salud pública para la sociedad ^{(3) (4)}.

El instituto nacional de estadística (INE), en su última encuesta continua de hogares (ECH) del año 2020, recoge un total de 18.754.800 hogares en España, y de ellos, 4.849.900 personas viven solas. Si analizamos la edad, 2.131.400 o un 43.6% de hogares unipersonales tienen 65 o más años.

Estos datos se ven reforzados por la proyección de hogares del Instituto Nacional de Estadística para los años 2024-2039 que estima que España aumentará el número de hogares unipersonales pasando de 5.433.969 a 7.708.869 personas en 2039. En este sentido, se ve cómo el número de personas que viven solas pasaría de representar el 11,2% de la población total en 2024, al 14,3% en 2039 ⁽⁵⁾.

Todo esto podría señalar que existe un mayor riesgo de sufrir sentimientos de soledad o aislamiento social por parte de las personas mayores que viven solas, pues se sabe que los seres humanos, desde que nacemos somos seres sociales, necesitamos de las personas o de una figura de apoyo y apego para poder desarrollarnos, sobrevivir y entender cómo funciona nuestro universo y los vínculos sociales que en él desarrollamos ⁽⁴⁾. Como dijo Aristóteles: “El hombre es un ser social por naturaleza”, y como seres sociales que somos necesitamos de los otros para poder desarrollarnos y sobrevivir ⁽⁶⁾. Sin embargo, se sabe que en otros muchos casos la soledad y aislamiento social no lleva asociado que la persona viva o este sola en la sociedad. Como decía el actor Robin Williams: “Yo pensaba que lo peor de esta vida era acabar solo. Y no lo es. Lo peor es acabar con gente que te haga sentir solo” ⁽⁷⁾.

Existen diferencias entre la soledad o sensación subjetiva de tener menor afecto y cercanía de lo deseado en el ámbito íntimo o relacional, y el aislamiento social o situación objetiva e involuntaria de contar con mínimos contactos con otras personas.

En este sentido, determinar las causas y la presencia o no del sentimiento subjetivo de soledad, o determinar si el aislamiento social de la persona es voluntario o involuntario, se presentan como puntos de interés claros para investigar.

Numerosos estudios han señalado cómo el aislamiento social y los sentimientos de soledad no deseada tienen sobre la salud y la calidad de vida de la persona números efectos adversos que ocasionarían en la persona un claro deterioro global. Y, por otro lado, han descrito efectos adversos a nivel económico y relacionados con el consumo de recursos y servicios de salud. Por el contrario, se han encontrado otros muchos estudios que concluyen que ambos temas han de ser estudiados más en profundidad ⁽⁸⁾⁽⁹⁾.

Este trabajo pretende profundizar en la importancia de entender y aprender a identificar cómo estos fenómenos, que pueden presentarse en la vejez, afectan y llegan a determinar el curso y final de la vida de las personas mayores, pudiendo llegar a ocasionar un deterioro global de su salud. Y, en segundo lugar, pretende visibilizar la necesidad de que se busquen intervenciones y planes de detección, abordaje y actuación, para que desde el equipo de enfermería se ayude a la sociedad a identificarlos, afrontarlos y tratar de prevenirlos.

Objetivos del trabajo.

Objetivo general:

- Analizar los conceptos y diferencias de la soledad y el aislamiento social en el adulto mayor de 65 años.

Objetivos específicos:

- Definir y diferenciar los conceptos de soledad y aislamiento social como problemas potenciales para la vida de los pacientes mayores de 65 años.
- Identificar las diferencias, así como los principales factores de riesgo o factores protectores de soledad y aislamiento social en hombres y mujeres.
- Identificar los principales factores de riesgo y factores protectores de soledad y aislamiento social en el ámbito rural y en el ámbito urbano.
- Visibilizar la importancia de la detección precoz y el abordaje efectivo en cada caso.
- Determinar planes de mejora e intervenciones nuevas realizadas por parte del equipo de enfermería de manera autónoma, en colaboración con la sociedad o con otros profesionales, tanto a nivel individual como colectivo.

Estrategia de búsqueda bibliográfica o metodología.

Este trabajo constituye una reflexión sobre las diferencias y el impacto que conlleva la soledad y el aislamiento social en las personas mayores, y cómo estas no solo afectan a los propios individuos a nivel individual, sino que directa e indirectamente acaban afectando a todo el sistema sanitario y a la población general.

Además, pretende ahondar en intervenciones novedosas y establecer planes de mejora para las intervenciones ya existentes, con el fin de que la prevención y tratamiento de estos problemas y sus consecuencias resulten mucho más efectivas y eficientes.

Se ha realizado una revisión bibliográfica consultando la evidencia científica disponible sobre el tema de este TFG, llevada a cabo dentro del periodo de tiempo comprendido entre noviembre de 2024 y mayo de 2025.

Las bases de datos consultadas son las siguientes: Google Académico, ELSEVIER, ClinicalKey®, PubMed®, Dialnet, WILEY online library, SageJournals, Biblioteca Cochrane y SciELO.

Además, se han consultado diferentes páginas web de organismos nacionales e internacionales de referencia, donde se han observado sus aportaciones para el abordaje de la soledad y aislamiento social en las personas mayores, como la página oficial de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la Organización Mundial de la Salud (OMS), la revista española de salud pública, Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología (FECYT), el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMERSO), el Instituto Nacional de Estadística (INE), el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, el Boletín Oficial del Estado (BOE) y el buscador UNICO disponible en la Biblioteca de la Universidad de Cantabria (BUC).

Para la obtención de la información se ha realizado una búsqueda exhaustiva en todas las bases de datos, utilizando el lenguaje natural y términos DeCS (Descriptores de Ciencias de la Salud): Envejecimiento, soledad, aislamiento social, enfermería y estado funcional. Y los términos MeSH (Medical Subject Headings): Aging, loneliness, social isolation, nursing and functional status.

Además, para acotar la estrategia de búsqueda se han empleado operadores booleanos (AND), para unir los términos de búsqueda y filtros como “año de publicación comprendido entre 2020-2024” o “idioma inglés o castellano”.

Durante el proceso de búsqueda se encontraron aproximadamente 17.900 resultados en Google Académico, 111 artículos en PubMed, 133 resultados en ClinicalKey, 48 resultados en SciELO, 2 resultados en la Biblioteca Cochrane y 136 artículos en la FECYT, entre otros artículos encontrados en otras fuentes bibliográficas.

Cabe mencionar que a lo largo de este trabajo se ha empleado la estrategia de búsqueda de literatura basada en el principio de bola de nieve. Es decir, se han revisado diversas referencias bibliográficas citadas en algunos de los artículos identificados en esta revisión y en algún caso se ha considerado que eran relevantes a su vez para el desarrollo de este trabajo.

Finalmente, tras realizar el análisis bibliográfico, se excluyeron aquellos artículos que no estaban relacionados con el tema, no aportaban información relevante o novedosa, estaban repetidos o aquellos que tenían el acceso cerrado, seleccionándose 46 artículos con calidad e información suficiente para pasar a formar parte de la bibliografía final de este trabajo fin de grado.

Descripción de los capítulos.

El trabajo constará de tres capítulos principales.

- El 1º capítulo explica los conceptos y diferencias de los tipos de soledad y aislamiento social que pueden llegar a experimentar las personas mayores en el proceso de envejecimiento, sociodemografía, factores de riesgo y consecuencias en la salud poblacional.
- El 2º capítulo detalla cómo estos dos problemas potenciales se ha visto que pueden llegar a determinar el curso y final de la vida de las personas mayores. Analiza las diferencias relacionadas con los factores de riesgo, el impacto y las consecuencias, comparando entre mujeres y hombres, y por otro lado comparando la situación de la población mayor del medio rural con el medio urbano en España.
- Por último, el 3º capítulo referencia algunas de las intervenciones anteriormente empleadas en el registro y abordaje de la soledad y el aislamiento social, sus limitaciones, y se proponen planes de mejora y estrategias de intervención individuales y grupales novedosas, reforzando la necesidad de aumentar las investigaciones en esta área. Además, se destaca la importancia del equipo de enfermería como responsable de la educación y asesoramiento tanto al propio personal sanitario como al resto de la población en la detección precoz, prevención y tratamiento de estos sentimientos de aislamiento social y soledad en la población mayor de 65 años, para que de manera colectiva se obtengan resultados más efectivos y eficientes y se eviten consecuencias fatales.

CAPÍTULO 1: SOLEDAD vs AISLAMIENTO SOCIAL

1.2 Definición del concepto de soledad y aislamiento social.

Como ya se ha mencionado antes, los conceptos de soledad, aislamiento social y “sentirse solo o estar solo” son conceptos estrechamente relacionados, pero que realmente no son lo mismo y en algunos casos pueden llevar a confusión.

En primer lugar, se puede empezar hablando del proceso de envejecimiento. Como se menciona en la introducción, España se encuentra en una situación de envejecimiento demográfico generalizado, cuyo índice de envejecimiento ha aumentado un 107,56% desde el primer registro de este índice en 1975 hasta la actualidad. Y se espera que dentro de 50 años llegue a alcanzar el 248,31% y con ello las cifras más altas de población mayor de 65 años hasta la fecha.

El proceso de envejecimiento, según la Real Academia Española, se define como la “acción y efecto de envejecer o envejecerse” ⁽¹⁰⁾. Por otro lado, desde un punto de vista biológico, podemos definir el proceso de envejecimiento como un conjunto de cambios a nivel celular que se acumulan a lo largo del tiempo, ocasionando un aumento de la morbilidad y de las discapacidades físicas y mentales, que se prolonga hasta el final de la vida. Siendo en algunos casos un proceso irreversible, continuo, no uniforme y heterogéneo, cuyo inicio se sitúa alrededor de los 30 años y puede llegar a suponer una serie de cambios fisiológicos; incluidos las patologías crónicas, patologías cardíacas, accidentes cerebrovasculares, enfermedades respiratorias, oncológicas, demencias, aparición de síndromes geriátricos o problemas de visión, audición o movilidad relacionados con la edad.

También aparecen cambios a nivel psicológico con la aparición de alteraciones en la memoria, lenguaje y expresión, y cambios a nivel social, por ejemplo, cambios en los roles sociales, la jubilación, pérdida o fallecimiento de amistades o cónyuges. Sin embargo, es importante destacar cómo la personalidad de la persona suele mantenerse intacta ⁽¹¹⁾.

Todo ello podría traducirse en sentimientos de soledad y en ocasiones situaciones de aislamiento social al tratarse de una etapa de la vida marcada por cambios y pérdidas tanto afectivas como de las facultades físicas, psíquicas, económicas y funcionales de la persona.

En un mundo cada vez más interconectado, es irónico que muchas personas se sientan solas o aisladas. Es importante conocer las definiciones y diferencias de estos términos, sus causas y efectos, y cómo impactan en nuestra salud mental y bienestar general.

Se encuentran diversas definiciones del concepto de soledad. Por ejemplo, Peplau y Perlman establecen que la soledad es el resultado de la discrepancia entre las relaciones sociales reales y las deseadas, una experiencia desagradable que ocurre cuando la red de relaciones sociales es insuficiente en cantidad porque el número de vínculos es inferior al deseado, o en calidad porque los vínculos existentes no proporcionan la intimidad, el afecto y la valoración positiva esperado por la persona ⁽¹²⁾. Otros autores la definen simplemente como una experiencia negativa y subjetiva que se manifiesta cuando existe una discrepancia entre las necesidades sociales reales y deseadas de una persona ⁽¹³⁾, una experiencia subjetiva aversiva que se siente en el momento que el individuo valora sus relaciones o contactos sociales como insuficientes en cantidad y/o calidad en el ámbito íntimo ⁽¹⁴⁾ o como sentimiento subjetivo de insatisfacción con el bajo número de contactos sociales mantenidos o aislamiento emocional ⁽¹⁵⁾.

Dentro de las definiciones del concepto de soledad, algunos autores hacen referencia a la existencia de 3 tipos de soledad; la soledad emocional o sensación subjetiva de tener menor afecto y cercanía de lo deseado en el ámbito íntimo, la soledad relacional o social como sentimiento de poca proximidad a familiares y amigos ⁽¹⁶⁾ o situación subjetiva en la que la persona no tiene la red social y el número de relaciones que le gustaría ⁽¹⁴⁾, y la soledad colectiva o sentimiento de sentirse poco valorado ⁽¹⁶⁾. Otros autores señalan también el concepto de soledad no deseada, que describen como un problema silente, que afecta cada vez a más personas en España (13,4%), Europa y en todo el mundo, y supone una gran fuente de sufrimiento y una limitación del derecho a la participación social para la persona que la sufre, privándola de establecer relaciones sociales satisfactorias ⁽¹⁷⁾.

En cuanto al aislamiento social, ocurre lo mismo. Algunos autores han definido el aislamiento social o “estar solo” como ausencia objetiva cuantificable de relaciones/contactos sociales, que supone la falta de integración o interacción social de la persona con otros miembros de la comunidad ⁽¹⁴⁾, un estado objetivo de tener pocas y/o poco frecuentes relaciones con otros ⁽¹³⁾ o como la situación de vivir sin compañía, apoyo o conexión social. Un estado en el que una persona o un grupo siente la necesidad o deseo de involucrarse más con otras personas, pero son incapaces de establecer ese contacto, haciendo que el individuo carezca del sentido de pertenencia social, vínculo o compromiso con los demás integrantes de la comunidad.

Todas estas definiciones dejan claro que la soledad y el aislamiento social son conceptos diferentes. Por un lado, la soledad o aislamiento emocional es subjetiva y supone el aislamiento emocional de la persona que lo sufre y, por otro lado, el aislamiento social o soledad objetiva es una situación objetiva que provoca aislamiento en la persona que carece de relaciones o contactos sociales con el resto de los individuos que le rodean ⁽¹⁵⁾. Ambos términos engloban dos fenómenos de gran complejidad que están interrelacionados y cuya prevalencia va en aumento con el paso de los años, constituyendo un problema de salud pública, especialmente tras la pandemia de la COVID-19.

En definitiva, es muy importante la investigación de cada caso en particular, así como los determinantes de la salud asociados a la persona y su entorno. Vivir solo o estar solo no es un problema, puesto que vivir solo en muchas ocasiones no significa no tener relaciones sociales, sentirse solo o infeliz. El problema real aparece cuando la persona, aun disponiendo de redes de apoyo social o familiar, se siente sola, incompleta o infeliz, y valora sus relaciones sociales como insuficientes, en cantidad y/o calidad.

1.2 Sociodemografía.

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE) en su última Encuesta Continua de Hogares (ECH) en 2020, el número de hogares en España aumentó en 129.100 hogares, alcanzando los 18.754.800 hogares como valor medio.

Los hogares más frecuentes fueron los formados por dos personas (30,4% del total) que suponían unos 5.703.680 hogares.

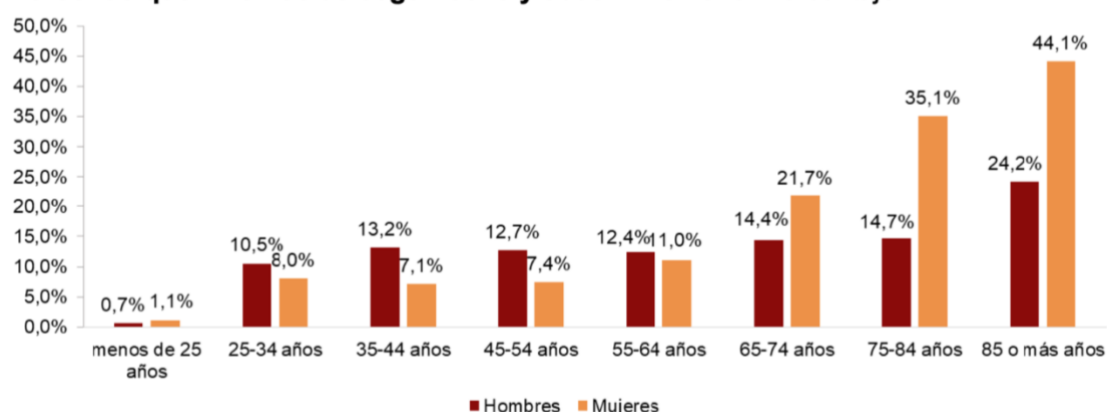
En segundo lugar, se encontraban los hogares unipersonales (26,1% del total) con unos 4.889.900 hogares en los que la persona vivía sola, aumentando un 2% respecto a los datos del 2019. De esa cifra, 2.131.400 personas (43,6% del total) tenían 65 años o más, y de ellas, 1.511.000 personas o el 70,9% eran mujeres y el 29,1% del eran hombres.

Comparando estos datos con los datos de los hogares unipersonales en personas menores de 65 años, se observó como en este caso el 59,1% estaban formados principalmente por hombres y 40,9% por mujeres ⁽⁵⁾.

Los 64-65 años constituyen un punto de inflexión. Hasta los 65 años había mayor número de hombres menores de 65 años viviendo solos (entorno al 12%) respecto a los porcentajes de mujeres menores de 65 años viviendo solas (entorno al 9%). A partir de los 65 años, estos porcentajes se invierten y pasa a haber mayor número de mujeres mayores de 65 años viviendo solas (entorno al 33%) en comparación con el número de hombres (entorno al 17%). Las causas no son exactas, pero se sabe que todo ello puede deberse a varios factores sociales, culturales y demográficos.

En primer lugar, la esperanza de vida al nacer: las mujeres tienden a vivir más que los hombres, lo que haría que la proporción de mujeres mayores que viven solas en la vejez fuera mayor que la de los hombres. Por otro lado, los roles de género, durante la juventud y adultez temprana. Antiguamente era más común que un hombre se independizara y se fuera a vivir o a trabajar fuera solo; en cambio, a las mujeres se les atribuía una vida mucho más casera e involucrada en la vida familiar y en relaciones estables, por lo que era menos común que en la juventud se fueran a vivir solas. También los cambios en las estructuras familiares, matrimonios y divorcios, que pueden llegar a influir en la cantidad de hombres y mujeres que optan por vivir solos tras una separación o, de lo contrario, optan por buscar otras relaciones más estables y dedicarse al cuidado de sus familias, y por último la disponibilidad de redes de apoyo, salud y cuidado.

Personas que viven solas según sexo y edad. Año 2020. Porcentaje

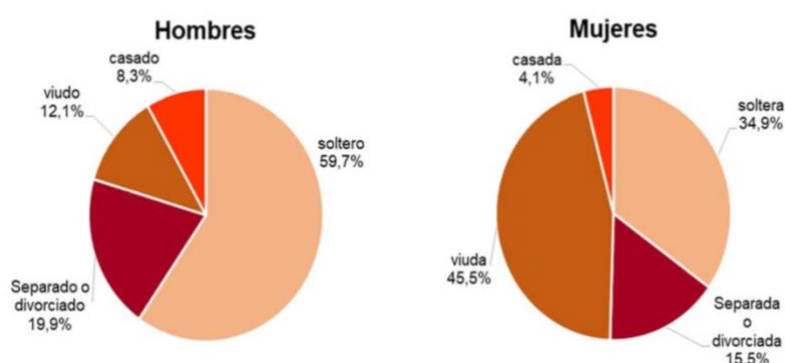


Gráfica 1: Distribución porcentual de los hogares unipersonales según el sexo y grupo de edad, año 2020 (ECH) ⁽⁵⁾.

Respecto al año anterior, en 2019 los hogares unipersonales de personas mayores de 65 años aumentaron un 6,5% en 2020, mientras que los hogares de personas menores de 65 años disminuyeron un 0,9%, suponiendo un aumento del número total de personas que están solas o que viven solas.

Otra diferenciación que realiza la encuesta es la organización de los hogares en función del estado civil y el sexo. Los hogares unipersonales de hombres más frecuentemente estaban formados por hombres solteros con un 59,7% del total, un 19,9% estaban separados o divorciados, un 12,1% viudos y un 8,3% casados y, en el caso de las mujeres, se trataban principalmente hogares de mujeres viudas (45,5%), el 34,9% estaban solteras, el 15,5% separadas o divorciadas y el 4,1% casadas.

Hogares unipersonales según estado civil. Año 2020.
Porcentaje



Gráfica 2: Distribución porcentual de hogares unipersonales según el sexo y estado civil en España, año 2020 (ECH) ⁽⁵⁾.

Hoy en día, se estima que el 13,4% de las personas en España sufren los sentimientos de soledad no deseada (SND), según la revista española de salud pública publicada en 2024. Atendiendo a la variable del sexo, destaca cómo presentan una mayor prevalencia de sufrir la soledad no deseada un 14,8% de las mujeres y un 12,1% de los hombres ⁽⁵⁾.

Sin embargo, la falta de consenso a la hora de medir la soledad hace que los datos recogidos por diversos estudios no sean particularmente sólidos.

Varios estudios señalan que las tasas de soledad entre las personas mayores de 65 años en España están entre un 14% o un 24%, llegando hasta el 40% en algunos casos ⁽¹⁴⁾.

Este sentimiento puede llevar asociados efectos negativos para la salud física y mental de la persona mayor, y el aislamiento social, que con frecuencia acompaña a la soledad, puede llevar a un aumento en las personas que sufran depresión, ansiedad y otros problemas de salud. En este sentido se estudió cómo las personas mayores que viven con sus hijos sorprendentemente expresaron mayores sentimientos de soledad, lo que indica cómo no todos los sentimientos de soledad se alivian en presencia de algún soporte de apoyo o compañía. Se debe destacar como lo importante no es la cantidad de relaciones sociales, sino más bien la calidad de las relaciones, las conexiones y relaciones significativas.

Un estudio de (Gené-Badia et al., 2016) señala cómo entre la población anciana, el 56% de los hombres y el 72% de las mujeres refieren sentir algún tipo de soledad en su vida diaria, aumentando estos datos a medida que avanza la edad ⁽⁷⁾.

Por otro lado, un estudio de (Mercedes Adelaida Hernández Gómez, s. f.) detectó como casi un tercio de las personas mayores de 65 años seleccionadas en la muestra de estudio sufría soledad. Sus resultados mostraron como tras la realización de 572 entrevistas a personas con edad media de 79 años se obtenía que la prevalencia de soledad declarada en base a la pregunta <<¿Se encuentra usted solo/sola?>> era del 32,7% del total de la muestra, el 17% vivían solas, el 18,9% no tenían contacto presencial con nadie durante la semana, el 8,6% no hablaba en ningún momento por teléfono y como el 1,4% vivía solo o sola y carecía de contactos presenciales o telefónicos. Este estudio diferenció tres franjas de edad con el fin de establecer diferencias en los niveles de soledad de diferentes grupos de edad y concluyó cómo estos sentimientos de soledad eran casi el doble en el intervalo de edad de 75-85 años, con un 51,2%, siendo el grupo poblacional con mayor número de personas que sufrían soledad, seguido de las personas mayores de 85 años con un 25,6% y, en última instancia, el grupo de personas de 65-75 años con un 23,3%. Por otro lado, este artículo hace referencia a cómo estos sentimientos de soledad también se dan en países occidentales, presentando una prevalencia del 40% en personas mayores de 65 años, que refleja cómo la soledad afecta a personas de cualquier edad y de cualquier comunidad ⁽¹⁸⁾.

En resumen, la evidencia disponible en los artículos y documentos científicos analizados muestra que la prevalencia de soledad en adultos mayores es cada vez más elevada en nuestro país y en otros países occidentales. Por ello, es importante que se realicen intervenciones desde los equipos sanitarios y la sociedad para evitar que sigan incrementándose estas cifras.

1.3 Indicadores y consecuencias de la soledad y el aislamiento social.

A lo largo del proceso de envejecimiento, el cuerpo humano y cada persona en particular atraviesan innumerables procesos de cambio o, en algunos casos, ciertos momentos de “crisis” que marcarán un punto de inflexión en sus vidas. Como se menciona en la introducción, los seres humanos somos seres sociales que necesitamos ayuda de nuestros iguales para desarrollarnos, sobrevivir y entender cómo funciona el universo social y los vínculos personales que se forjan a lo largo nuestra vida y que se encuentran relacionados con nuestra salud, tanto física como mental.

La búsqueda e identificación de soledad o aislamiento social entre la población no es universal. Algunos estudios hacen referencia a cómo algunos de los indicadores asociados al proceso de envejecimiento y ciertas características físicas, psicológicas, económicas, sociodemográficas y ambientales o, en algunos casos, determinadas situaciones vitales ayudan en la identificación de personas con alto riesgo de sufrir sentimientos de soledad o aislamiento social.

Entre los indicadores se incluyen; Indicadores físicos como la pérdida de la movilidad física, personas con problemas y declive a nivel físico o sensorial (pérdida de vista y audición), dependencia o incapacidad para salir de casa sin ayuda, con incontinencia urinaria, fatiga diurna provocada por el insomnio o alta comorbilidad. Indicadores psicológicos asociados con problemas de salud mental como la depresión, ansiedad, estrés, trastornos adaptativos activos, alzhéimer o demencia, carecer de apoyo social, tener una mala imagen corporal relacionada con la obesidad o el abuso de sustancias tóxicas como el alcohol o el tabaco. Indicadores económicos relacionados con atravesar dificultades financieras o cambio a nivel de ingresos y patrimonio. Indicadores sociodemográficos como vivir solo, presencia de dificultades para el transporte, vivir en un vecindario peligroso o de difícil acceso, barreras en el idioma o ser discriminado por la edad, raza, etnia, orientación sexual o identidad de género. Indicadores ambientales asociados con la contaminación o ruido ambiental que podrían ocasionar mayores niveles de estrés y reducir la interacción social de las personas o entornos físicos y sociales inadaptados, poco seguros o desprovistos de recursos que supondrían una limitación en la movilidad y acceso de las personas mayores o con discapacidad y un factor de riesgo para aumentar los niveles de aislamiento entre este grupo poblacional.

Por otro lado, es importante mencionar, las situaciones vitales o estresantes que experimentan o podrían experimentar las personas a lo largo de su vida. Cambios importantes en la vida, cómo la muerte del cónyuge, un ser querido o familiar, la etapa de jubilación, el divorcio, la separación de amigos o familiares, estar a cargo de un familiar que esté enfermo de manera repentina, afrontar un cambio repentino de domicilio, la etapa de emancipación de los hijos experimentando el síndrome del nido vacío en el que la persona puede llegar a sentirse indefensa, sola y sin nadie o presentar problemas en la relación con los hijos pueden llegar a desencadenar una serie de cambios en el organismo que provocan una respuesta humana de lucha o huida y nos permiten reaccionar rápidamente ante situaciones amenazantes ^{(3) (7) (16) (19)}.

En relación con los acontecimientos vitales previamente mencionados, cabe mencionar a los autores Thomas Holmes y Richard Rahe, que desarrollaron la escala de reajuste psicosocial (SRRS) con el fin de estimar la magnitud en la que algunos eventos vitales, se sospechaba que antecedian el inicio o agravaban el curso de una enfermedad. La escala investigaba 43 acontecimientos vitales asociados con diferentes grados de alteración y estrés en la vida de una persona normal, y concluía que cuanto mayor sería la puntuación y el peso del evento vital que experimentarían las personas, más probabilidades habría de que el paciente se pusiera enfermo ^{(20) (21)} (ver ANEXO 1). Por lo que al comparar la escala de Reajuste psicosocial (SRRS) con los acontecimientos vitales mencionados anteriormente, se observa que los eventos mencionados se corresponden con las situaciones vitales con mayor puntuación o peso dentro de la escala, y con ello las situaciones con más riesgo de desarrollar una enfermedad o agravar el curso de una patología establecida en la persona.

En una revisión de (Camargo Rojas et al., 2020) hacía referencia a la autora Marta Rodríguez Martín que refería como los factores causales de la soledad y el aislamiento social podían clasificarse dentro de tres momentos de crisis asociadas al proceso de envejecimiento: la crisis de identidad, la crisis de autonomía y la crisis de pertenencia. La primera relacionada con el conjunto de pérdidas individuales, familiares o sociales que se acumulan a lo largo de la vida y el impacto emocional que ellas suponen. La segunda caracterizada por el deterioro del propio organismo y la disminución de capacidad para realizar las actividades básicas de la vida cotidiana (ABVD). Y una última crisis, caracterizada por la pérdida de roles y grupos sociales y familiares por parte de la persona ⁽²²⁾.

Por todo ello, es importante el abordaje de todos estos indicadores de salud que pueden llegar a causar graves problemas a nivel físico, funcional, socioeconómico, emocional o psicológico para la persona que lo sufre.

José Manuel Jiménez Rodríguez, en un artículo para la Revista Española de Salud Pública en el año 2024, señala como consecuencias directas de la soledad no deseada (SND); un deficiente estado de ánimo, la aparición de sentimientos de insatisfacción con las necesidades vitales, mantener limitadas las relaciones sociales con el entorno de la persona, falta de acceso a bienes y servicios, la aparición de sentimientos de inseguridad o peor calidad de vida real y percibida por la persona.

Y señala en su artículo cómo todo ello se traduce en un deterioro de la salud, tanto a nivel físico como mental, aumentando con ello la prevalencia de depresión, hipertensión u otras enfermedades crónicas entre la población, que favorecen la pérdida anual de años de vida ajustados a la calidad (AVAC) o el número de años adicionales que vive una persona como resultado de un tratamiento, teniendo en cuenta además la calidad de vida de estos años ⁽¹⁷⁾.

Por otro lado, en un artículo de (Santos-Olmo et al., 2022) se menciona a autores como Courtin y Knapp, que se centraron en investigar el impacto del aislamiento social y/o la soledad en una variedad de resultados de salud en la vejez y descubrieron que en casi todos los estudios se encontraba un efecto perjudicial del aislamiento o la soledad en la salud poblacional. Y determinaron cómo estas situaciones podían llegar a conducir a varios trastornos físicos como

la diabetes, trastornos autoinmunes como la artritis reumatoide o el lupus, enfermedades cardiovasculares como la enfermedad cardíaca coronaria, hipertensión, obesidad, envejecimiento fisiológico, cáncer, mala audición y salud.

Otro autor mencionado en el artículo fue Mushtaq et al, que encontró cómo la soledad y el aislamiento social podían conducir a diversos trastornos psiquiátricos como depresión, trastorno por consumo de alcohol, abuso infantil, problemas de sueño, trastornos de la personalidad y enfermedad de Alzheimer, y que el tener apoyo social estaba relacionado con una menor percepción del dolor y experimentar una mayor satisfacción vital. Y una revisión de Crewdson, un autor que indicó cómo la soledad y el aislamiento social en la población de edad avanzada se había demostrado que era un factor de riesgo significativo y relacionado con varias afecciones, como con el inicio de malos hábitos de salud (tabaquismo y consumo de alcohol), problemas de salud física (hipertensión y deterioro motor) y afecciones psiquiátricas (depresión y deterioro cognitivo) ⁽¹⁵⁾.

En resumen, se puede concluir que la soledad y el aislamiento social son dos problemas potenciales para la salud poblacional que pueden llegar a suponer una serie de consecuencias negativas en las personas mayores en diversos ámbitos de su vida que se pueden clasificar en cuatro grupos.

En primer lugar, las consecuencias físicas como enfermedades cardiovasculares, mayor riesgo de hipertensión, enfermedades del corazón, otros problemas cardiovasculares derivados del estrés crónico, trastornos del sueño, mayor riesgo de deterioro cognitivo, demencia o alzhéimer relacionado con la falta de interacción social, pérdida de movilidad y equilibrio, aumento del sedentarismo, deterioro funcional, aumento de la dependencia y mayor riesgo de osteoporosis relacionado con la disminución de la movilidad y pérdida de masa muscular y fuerza, y riesgo de agravamiento de las enfermedades crónicas preexistentes como la diabetes o enfermedades pulmonares debido al estrés y falta de apoyo social.

En segundo lugar, consecuencias psicológicas o psíquicas que pueden suponer el inicio de una enfermedad de salud mental, problema psiquiátrico, depresión, ansiedad, sentimientos de tristeza, desesperanza, angustia por falta de apoyo emocional y miedo al abandono, baja autoestima y sensación de inutilidad fruto del aislamiento social, aumento de los niveles de estrés o riesgo de comportamientos autodestructivos en casos extremos con el abuso de sustancias tóxicas, casos de automutilación o ideación suicidas.

Consecuencias a nivel económico suponiendo el aumento de los costos en atención sanitaria tanto pública como privada, aumento del gasto público por ser pacientes con mayor riesgo de enfermedades que necesiten mayor nivel de atención asistencial (hospitalizaciones, consultas o visitas a urgencias) y un mayor consumo de recursos (servicios sociales, servicios de atención domiciliaria, residencias, ayudas económicas...) suponiendo un aumento de la carga asistencial para los sistemas de salud pública y seguros médicos, y también, puede suponer un impacto a nivel económico en las familias que en muchos casos pueden verse obligadas a asumir los costos de los cuidados adicionales, tratamientos médicos o apoyo emocional o psicológico que requiera la persona.

Y por último, las consecuencias a nivel social que afectan tanto al individuo como a la comunidad, con la interrupción de relaciones familiares y sociales, la desconexión de la persona aislada con la comunidad, disminución de las actividades recreativas, sociales y culturales, y la estigmatización y marginalización de personas que se sienten invisibles y se aíslan. Todo ello favorece la percepción de que este tipo de personas son una carga, y contribuye a que las personas afectadas agraven sus sentimientos de soledad y desconexión con la sociedad ⁽⁷⁾⁽²²⁾.

En una revisión de (Sepúlveda-Loyola et al., 2020), estudiaron los efectos negativos a nivel general sobre la salud de la población durante el aislamiento social por COVID-19. Obtuvieron que durante el confinamiento aumentaron los problemas de insomnio, empeoró la calidad del sueño, aumentaron los niveles de ansiedad, obteniendo una prevalencia del 8,3%-49,75% y un 14,6%-47,2% para la depresión. Y a nivel físico, se estimó que el distanciamiento social durante la pandemia por COVID-19 había supuesto importantes consecuencias negativas, especialmente en las personas mayores con enfermedades crónicas, síndromes geriátricos y discapacidades, demostrando la evidencia científica la relación existente entre el aislamiento social y la soledad con la discapacidad, la aparición de enfermedades crónicas, la inactividad física y el riesgo de mortalidad en la población de edad avanzada ⁽²³⁾.

CAPÍTULO 2: PREVALENCIA Y INDICADORES DE LA SOLEDAD Y EL AISLAMIENTO SOCIAL EN DIFERENTES GRUPOS POBLACIONALES.

2.1 Prevalencia de los sentimientos de soledad y el aislamiento social en hombres y mujeres en España.

La soledad y el aislamiento social afectan tanto a hombres como a mujeres. Sin embargo, es importante diferenciar en cómo y en cuanto se diferencian estas experiencias dentro de la sociedad, haciendo referencia a los factores sociales, culturales y psicológicos que pueden interferir en sus vidas.

Como se menciona en el punto 1.2 de sociodemografía, la encuesta continua de hogares (ECH) referencia como en España el número de hogares unipersonales de personas con 65 años o más, en 2020 fue de 2.131.400 personas (43,6% del total poblacional), de las cuales 1.511.000 personas o el 70,9% eran mujeres y el 29,1% o 620.400 personas eran hombres. Reflejando como la mayoría poblacional de personas de 65 años o más que vivía sola en hogares unipersonales eran mujeres ⁽⁵⁾.

En este sentido, según la Revista Española de Salud Pública publicada el 20/03/2024, atendiendo a la variable sexo, refuerza cómo las mujeres son quienes con mayor prevalencia sufren sentimientos de soledad no deseada (SND) en edades más avanzadas con un 14,8%, presentando un 12,1% en el caso de los hombres. Por otro lado, este artículo hace referencia a cómo la esperanza de vida al nacer se presenta como factor asociado a esta tendencia, pues el aumento de la esperanza de vida en España, hasta en casi 5 años, se vio reflejado de nuevo, con 85,7 años en el caso de las mujeres, y con 80,3 años en el caso de los hombres ⁽¹⁷⁾.

Por último, mencionar el manuscrito (*Aislamiento social y dependencia en la población anciana de una población rural - Dialnet*, s. f.) en el que se diferenció la situación de las mujeres y los hombres en función de los resultados obtenidos en la encuesta de salud de Asturias.

Se obtuvo que las mujeres presentaban menor porcentaje de independencia (70,8%), respecto al 78,3% que se presentaba en el caso de los hombres, igual que para el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), donde las mujeres (57,9%) presentaban un porcentaje menor de independencia en comparación con el porcentaje de los hombres (76,2%). Pese a ello, en el estudio se demostró cómo las mujeres sí que presentaban un mayor porcentaje de independencia para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) con un 73,7% de independencia, en comparación con el 26,3% de los hombres ⁽²⁴⁾.

2.2 Indicadores y señales de alarma para detectar los sentimientos de soledad y el aislamiento social en hombres y mujeres en España.

En relación con todo lo mencionado anteriormente, se encuentran artículos en los que se mencionan algunos de los indicadores y señales de alarma que se deben tener en cuenta para identificar a personas de riesgo o que estén atravesando una situación sufriendo sentimientos de soledad o aislamiento social.

En el artículo de (Vicente Arruebarrena & Sánchez Cabaco, 2020), el autor reafirma que, a mayor edad, mayor riesgo existe de sufrir aislamiento social, especialmente en el caso de los hombres y más aún en hombres solteros, viudos o divorciados, dado que con menor frecuencia presentan contactos sociales y, por tanto, tienen una menor red social a la que acudir en caso de necesidad o en caso de pérdida de la pareja.

Por ello, tanto el matrimonio como el haber tenido hijos ha de ser considerado como factor protector. En algunos artículos se destaca cómo, en el caso de los hombres viudos, se pueden llegar a multiplicar por 4 las probabilidades de sentir soledad, dado que generalmente la pérdida de pareja llevaba asociado que la persona carecía de una red social alternativa, al tratarse generalmente de hombres con redes sociales pequeñas, que les suele resultar más difícil expresar si se sienten solos y sus sentimientos e incapaces de suplir la pérdida del cónyuge ⁽¹⁴⁾. Sin embargo, en el caso de los hombres y mujeres que estaban casados y tenían hijos, se observaban menos probabilidades de soledad en la vejez ⁽²⁵⁾.

Todo ello se podría justificar gracias a la educación, la situación financiera y las trayectorias altamente estandarizadas caracterizadas por el matrimonio de por vida y la maternidad que la población anciana que reside hoy en día en nuestro país vivió durante su infancia. Se enseñaba que los hombres eran los que abandonaban su casa en busca de trabajo desde jóvenes o se les enviaba al ejército con el fin de conseguir dinero para sacar a sus familias adelante, haciendo que con el paso de la vida presentaran una dependencia instrumental y funcional de su mujer para el desempeño de las actividades instrumentales de la vida diaria, y conllevaba a que, en caso de fallecimiento, el hombre se encontraría desvalido y a falta de recursos para afrontar dichas situaciones. Sin embargo, en el caso de la educación de la mujer, esta se basaba en que el matrimonio era el primer paso para abandonar el hogar paterno, seguido de la maternidad inmediata, centrando su vida en el cuidado de la casa y la familia, la realización de las tareas del hogar y del campo y la crianza de los hijos, haciendo que su dependencia instrumental o funcional fuera menor, pero en cambio su dependencia económica del marido o su padre sería mayor ⁽²⁵⁾⁽²⁶⁾.

El estudio de (Urbaniak et al., 2023) menciona a los autores Yee y Schulz, que demostraron cómo en las mujeres predominaba el papel de cuidadoras, presentando mayores probabilidades de involucrarse en el cuidado personal que los hombres, y realizando una amplia gama de tareas y brindando los cuidados necesarios tanto a los hombres como al resto del colectivo, siendo a menudo las cuidadoras preferidas por los receptores ⁽²⁶⁾.

Conviene tener en cuenta que, con el paso de los años, en un futuro se espera que los datos relacionados con la esperanza de vida se asemejen entre hombres y mujeres dado el actual estilo de vida en el que la mujer se ha hecho presente en el mundo laboral, ha aumentado su vida a nivel social y las tareas domésticas se han visto distribuidas de manera más equitativa entre los hombres y las mujeres. En el manuscrito mencionado anteriormente en el punto 2.1 sobre (*Aislamiento social y dependencia en la población anciana de una población rural - Dialnet*, s. f.), se menciona a un autor "Toumier" que dijo cómo la soledad era la enfermedad más devastadora que afecta a la vejez, recalando cómo formar parte de una red social fortalecida y consolidada es esencial, e influye en el proceso de discapacidad y en el proceso de riesgo de discapacidad, pudiendo llegar a evitar el declive funcional de una persona o facilitando su recuperación ⁽²⁴⁾.

En este sentido, cabe destacar cómo el hecho de ser mujer también ha de ser considerado como factor de riesgo para sufrir aislamiento social, dada su mayor esperanza de vida actualmente y dada la amplia franja temporal en la que la mujer puede que atraviese por más pérdidas en su red social, quedando con el paso de los años con una red social cada vez más reducida.

Su identificación puede llegar a realizarse con mayor facilidad, en comparación con los hombres, ya que estas disponen generalmente de más entornos donde pueden obtener apoyo social. Las mujeres suelen referir mayores niveles de soledad que los hombres dado que son más propensas a hablar sobre sus vivencias y sentimientos ya que generalmente se centran en los vínculos íntimos con los que pueden compartir sus experiencias más personales e íntimas fortaleciendo así su bienestar psicológico. Por el contrario, los hombres llegan a tener puntuaciones más altas de soledad y una salud psicológica subjetiva más baja, con mayores efectos en la salud mental, ya que los hombres buscan más contacto social en las esferas públicas y grupos donde es más difícil encontrar contactos personales estrechos y donde no hay espacio para compartir sus preocupaciones y sentimientos, haciendo que los hombres tiendan a intentar resolver sus problemas de manera independiente y con menor frecuencia soliciten apoyo o ayuda psicológica ⁽⁴⁾⁽¹¹⁾⁽¹⁴⁾ .

El estudio de (Esteve-Esteve et al., 2021), refuerza la existencia de un mayor riesgo de muerte solitaria y mayor vulnerabilidad en el caso de los hombres, sobre todo a edades tempranas, en verano y en áreas urbanas, donde los hombres tienden en mayor proporción a vivir aislados principalmente tras la jubilación. Señala, como personas de riesgo a hombres divorciados a edades tempranas que podrían experimentar dificultades a la hora de desarrollar una vida independiente tras acabar la vida en pareja, o personas en estado de viudez reciente que destacan de manera especial por presentar menos riesgo de muerte solitaria ya que una vez el cónyuge muere la persona podría recibir el apoyo final de la vida gracias a la consolidación de las relaciones familiares tras la pérdida de la pareja.

Un estudio observacional, transversal, aplicado en sujetos mayores de 64 años de la comunidad valenciana, que en sus resultados concluye que la media de edad en el momento del fallecimiento era de 76,3 años, en los hombres la media fue de 74,8 años y en las mujeres de 79 años. Obteniéndose que el 64,5% de las muertes solitarias del estudio eran hombres y el 35,5% de las muertes eran mujeres ⁽⁹⁾.

Por otro lado, investigaciones como la de (Beridze et al., 2020) que compara la situación de España y Suecia, respecto a si la soledad y el aislamiento social interfieren en la calidad de vida de los adultos mayores. Sugiere como en ambos países los niveles altos de soledad se mantienen estrechamente interrelacionados con personas de edad avanzada, género femenino, menor estatus económico, menor salud física y mental, así como mayores deficiencias cognitivas y sensoriales y una menor calidad de vida. Y en caso del aislamiento social, se observó como Suecia se asociaban los altos niveles de aislamiento social a personas mayores generalmente hombres, con menor nivel económico y educativo, más limitaciones de la actividad y una peor cognición y calidad de vida. Sin embargo, en el estudio se vio como en España se observó la asociación existente entre el aislamiento social y los hombres de mayor edad, menor riqueza, peor salud mental, audición, y calidad de vida ⁽¹³⁾.

Para finalizar este apartado, cabe mencionar como la Revista Española de Salud Pública, publicada el 16/10/2024, hace hincapié en que el análisis de género asociado a la soledad y el aislamiento social debe de ser un tema que ha de someterse a estudio, para que desde los planes de salud se aporten aproximaciones más específicas y adecuadas a la realidad del colectivo (mayor esperanza de vida, mayor porcentaje de hombres y mujeres frágiles, dependientes o en soledad...). Destacando la importancia de que se continúe con las investigaciones y se desarrollen artículos científicos rigurosos centrados en el análisis de género relacionado con la soledad y el aislamiento social en personas de 65 años o más ⁽⁸⁾.

2.3 Prevalencia de los sentimientos de soledad y el aislamiento social en el medio rural y en el medio urbano de España, indicadores y señales de alarma para detectarlos.

En las personas mayores de 65 años se presenta otro factor importante, como es el entorno o ambiente en el que viven las personas, que influye en los efectos que produce la soledad y el aislamiento social en las personas. Diferenciar la situación de la población anciana dentro del medio rural y dentro del medio urbano es importante, ya que, pese a que ambos entornos afectan bien sea al grupo poblacional del ámbito rural o del ámbito urbano sometido a estudio, se sabe que ambos presentan desafíos específicos con características y prevalencias distintas.

Un estudio de la población urbana del área básica de Barcelona (Gené-Badia et al., 2020) hace referencia a cómo un tercio de la muestra de su estudio podía ser considerada como población de riesgo para sentirse solas y sufrir aislamiento social, y diferenció a la población de riesgo en dos grupos. El primer grupo se correspondía con personas moderadamente solas, con poco riesgo de aislamiento social por poseer una red de apoyo por parte de familiares y amigos, siendo una muestra que presentaría problemas en la marcha, deterioro cognitivo o con barreras arquitectónicas en sus domicilios y que aceptarían mejor su situación de soledad. Y, por otro lado, un segundo grupo en el que las personas se sienten profundamente solas al convivir con menos personas, presentar un alto riesgo de aislamiento social y no presentan unos factores objetivos que expliquen su situación de aislamiento social y sentimiento de soledad severa. El estudio llegó a la conclusión de que dentro de las encuestas realizadas en los centros de salud o en los domicilios de la población sometida a estudio, había grandes dificultades para acceder a la totalidad de la población al presentarse dificultades comunicativas, problemas sensoriales o deterioro cognitivo entre la población lo que dificultaba sus seguimiento y evaluación ⁽²⁷⁾.

Por otro lado, en una revisión sobre los planes de salud de las comunidades autónomas de España publicada el 16/10/2024 en la revista española de salud pública (RESP), mostró cómo las ciudades con mayor número de hogares unipersonales formados por adultos mayores se correspondían con las grandes áreas urbanas de Cataluña (355.700 hogares), Andalucía (342.500 hogares) y la comunidad de Madrid (268.100 hogares) ⁽⁸⁾. Y otro estudio, como es el de (Magnitud y factores asociados al fenómeno de la muerte solitaria del anciano en la Comunidad Valenciana: e202103044 | Revista Española de Salud Pública, s. f.), apuntaba como factor de riesgo la alta densidad poblacional que se podría llegar a traducir en un debilitamiento de las redes próximas de apoyo. El artículo describía como el 39,6% de los casos fallecidos por muerte solitaria del anciano se concertaban en los núcleos urbanos o núcleos de población superiores a 100.000 habitantes de la población sometida a estudio, apuntando unos niveles de soledad mayores y menor existencia de redes sociales fuertes en los núcleos urbanos.

Estos estudios se pueden ver reforzados si se hace referencia a estudios realizados en grandes ciudades japonesas, donde se observaron repetidamente también altos niveles de soledad y aislamiento social debido a falta de comunicación y fruto de las desestructuraciones familiares y sociales ⁽⁹⁾.

En relación con estos temas, existe controversia en los estudios y entre los autores que señalan como es necesaria una mayor investigación para determinar con certeza si estas experiencias son más frecuentes en el medio rural o en el medio urbano.

Algunos autores señalan cómo las personas mayores de 65 años del ámbito rural experimentan mayores índices de soledad y mayor riesgo de exclusión social y aislamiento debido a su marcado envejecimiento poblacional, su baja densidad poblacional y debido al problema conocido como España “vacía” o España “ahuecada”. En su artículo (Gayol Fernández et al., 2020), sobre el aislamiento social y dependencia en la población anciana de una población rural, hace referencia a cómo en España dos de cada tres personas dependientes tienen más de 65 años (1.400.293 personas), siendo un 28,4% de la muestra residentes de municipios rurales o lo que viene a ser un 21,2% del total poblacional de España ⁽²⁴⁾.

Sin embargo, se presentan otras opiniones que hacen referencia a cómo los lazos comunitarios de las poblaciones pequeñas propias de los espacios rurales hacen que los sentimientos de soledad y aislamiento social no sean tan frecuentes, y sostienen que existe una mayor relación entre vivir en la ciudad y los sentimientos de soledad ⁽¹⁵⁾.

En resumen, se sabe que las personas que viven en el medio rural pueden llegar a experimentar en mayor proporción sentimientos de soledad y aislamiento social. La población rural con frecuencia vive en entornos y localidades pequeñas y dispersas, lo que hace que, como consecuencia, sus relaciones e interacciones sociales se vean limitadas y se agraven los riesgos para sufrir aislamiento social.

También cabe mencionar como factores específicos para sufrir soledad y aislamiento social el menor acceso a los diferentes bienes y servicios de la sociedad, el menor nivel educativo, la salud, el transporte y las diferentes actividades recreativas propuestas para la sociedad. Esto llevaría a unos mayores índices de aislamiento social y una menor accesibilidad a las personas mayores para poder forjar conexiones sociales. Dificultades que aumentarían la vulnerabilidad y los riesgos en la población anciana al carecer de apoyos cercanos o infraestructura que favorezca la participación social de las personas mayores en la comunidad. Y, también dificultades y consecuencias asociadas a las distancias y a la dispersión geográfica de las diferentes áreas, ya que, en las áreas rurales, la dispersión geográfica o las diferentes opciones de transporte disponibles en las diferentes zonas, puede llegar a dificultar las visitas y la interacción social con familiares y amigos de la persona mayor ⁽²⁷⁾.

Por último, si nos centramos en la situación social y emocional de las personas mayores en el medio urbano, a pesar de que se podría pensar que existe una gran interacción social debido a la gran densidad poblacional y la oferta de gran variedad de servicios en las grandes ciudades, esto no siempre ocurre. Las personas mayores del medio urbano llegan a experimentar también altos niveles de soledad y aislamiento social debido a varios factores específicos como pueden ser el envejecimiento poblacional, la falta de vínculos familiares cercanos, las viviendas o pisos de gran tamaño en los que las personas mayores viven solas aunque rodeadas de mucha gente alrededor con la que carecen de conexiones emocionales profundas, las dificultades económicas y, por último, las barreras arquitectónicas y falta de infraestructuras adecuadas asociadas a problemas de movilidad y acceso a los transportes públicos, centros médicos y las actividades de ocio que se ofrecen en la sociedad. Ante estas situaciones, las personas mayores pueden llegar a sentirse invisibles o desarraigadas en un ambiente en el que los estilos de vida son muy dinámicos y con constantes cambios, donde las relaciones interpersonales pueden llegar a ser más superficiales ⁽⁹⁾⁽¹⁵⁾⁽²⁵⁾⁽²⁸⁾.

Como conclusión, se podría decir que, después de analizar el impacto de la soledad y aislamiento social en las personas mayores de 65 años, tanto del medio rural como del medio urbano, existen grandes diferencias relevantes, pero también se pueden llegar a encontrar puntos en común entre ambos ámbitos poblacionales.

Por un lado, en el medio rural se ha visto cómo las personas mayores suelen enfrentar un mayor aislamiento social condicionado por las dificultades en el acceso a los diferentes recursos o la lejanía a los servicios y redes de apoyo que hace que se incrementen los sentimientos de soledad y dificulte el acceso a recursos esenciales con los que puede contar el medio urbano.

No obstante, en el medio urbano, aunque se pueda pensar que hay una mayor disponibilidad de servicios disponibles, las personas mayores pueden experimentar una soledad más emocional y psicológica, derivada de la falta de vínculos estrechos, la falta y dificultades a la hora de establecer conexiones sociales reales y el ritmo acelerado de la vida en la ciudad.

Por ello, es importante destacar y remarcar la necesidad de que se amplíen y se continúe investigando a fondo estas relaciones; con el fin de profundizar y abordar estos temas que se ha demostrado, como en ambos contextos, se presentan impactos negativos en la salud mental y en la salud física de las personas mayores de nuestra sociedad, resaltando la necesidad de que se establezcan medidas e intervenciones que fomenten la integración social y el acceso a servicios de apoyo para estos grupos vulnerables.

CAPÍTULO 3: PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA SOLEDAD Y EL AISLAMIENTO SOCIAL POR PARTE DE LA SOCIEDAD, EL EQUIPO DE ENFERMERÍA Y EL SISTEMA SANITARIO.

3.1 Intervenciones anteriormente empleadas en la prevención, identificación y abordaje de la soledad y el aislamiento social en personas mayores, y sus limitaciones a nivel práctico.

La soledad y el aislamiento social se han abordado de diversas maneras a lo largo de la historia, tanto a nivel social como a nivel sanitario.

Estrategias y enfoques que han de tenerse en cuenta, así como sus beneficios y sus limitaciones, a la hora de mirar hacia el futuro. Todo ello con el fin de que se puedan investigar nuevas estrategias y métodos de prevención, detección e intervención de estas situaciones de soledad y aislamiento social en la población mayor de 65 años.

A lo largo de los años, se ha implementado una gran variedad de programas e intervenciones comunitarias, tanto a nivel grupal como a nivel individual, para fomentar el fortalecimiento de las redes comunitarias o las redes de apoyo social y familiar.

La familia, los amigos, los centros comunitarios, los grupos o asociaciones de apoyo son esenciales para prevenir o abordar los sentimientos de soledad y el aislamiento social de las personas mayores. Estas personas juegan un papel clave a la hora de promover la integración y participación de personas aisladas en la comunidad y les ayudan a mantener un buen nivel de funcionamiento físico, con el fin de reducir los sentimientos de soledad y fortalecer las redes de apoyo social a través de actividades educativas, sociales, culturales y recreativas en la comunidad, que se basan en la influencia social, el propósito, el significado basado en roles, la autoestima, la pertenencia y el compañerismo ⁽⁹⁾⁽²⁹⁾.

En este sentido, algunos artículos señalaban cómo este tipo de intervenciones resultaban mucho más eficaces si se empoderaba a la persona mayor para que se implicara y participara activamente en la toma de decisiones de todos los pasos de planificación, implementación y evaluación de las intervenciones relacionadas con aspectos motivacionales, educativos, entrenamiento en habilidades y de reactivación física ⁽¹⁵⁾⁽³⁰⁾.

En su artículo (Juma et al., 2025), hace referencia a cómo cualquier intensidad de cuidado de los abuelos junto con el mantenimiento de unos roles de cuidado estables se asocia generalmente con una menor soledad de las personas mayores.

Los resultados del estudio mostraban cómo el mero acto de que los abuelos o las personas mayores, cuidaran de los nietos, podía llegar a tener un impacto positivo en los sentimientos de soledad y el bienestar de las personas mayores. Siempre y cuando estos cuidados se mantuvieran estables, y se contara con el apoyo adecuado y los recursos necesarios.

Ya que en el caso de los abuelos que aumentaron su intensidad de cuidado y no contaban con los mecanismos de afrontamiento o mecanismos de apoyo necesarios para gestionar sus responsabilidades mediante una rutina estable, se observó que podían llegar a experimentar lo que se conoce como teoría de la tensión del rol, que implica que el aumento de las demandas de cuidado puede generar en la persona mayor un aumento del nivel de estrés y puede llegar a restringir sus oportunidades de interacción social fuera del contexto de cuidado, lo que contribuye con un aumento de los sentimientos de soledad. En consonancia, el artículo propone intervenciones de atención de relevo, servicios de salud mental y programas comunitarios destinados a fortalecer los sistemas de apoyo y aliviar el estrés y la soledad asociados. ⁽³¹⁾

Durante el siglo XX, muchas ciudades de España implementaron programas de voluntariado. Los ciudadanos acudían a visitar a personas que se encontraban o se sentían solas, especialmente aquellas que se encontraban en situaciones de enfermedad o edad avanzada que les impedía salir de sus casas. El voluntariado se ha visto como una estrategia de aproximación que mejora las redes de conexión social entre la población anciana, ayudándoles a reducir sus niveles de ansiedad y soledad, haciéndoles sentirse parte del grupo y facilitándoles apoyo emocional y el acompañamiento ⁽¹⁵⁾.

Varios artículos mencionan cómo existe una influencia positiva que deriva de este acompañamiento de las personas cercanas o de los vínculos sociales fuera del hogar. Y como las personas cercanas o voluntarios servían como modelo y como propulsores de conductas sanas para los pacientes que estaban atravesando una situación de aislamiento social o soledad, proporcionándoles un estado psicológico agradable que les permitía regular sus mecanismos de afrontamiento frente al estrés. Una conexión social entre los usuarios, especialmente entre personas mayores, útil para fomentar un envejecimiento saludable, permitiendo a la persona vivir la vida al máximo posible, manteniendo tanto su salud física y emocional como su capacidad funcional y cognitiva ⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾⁽²⁹⁾⁽³²⁾.

Sin embargo, se debe mencionar cómo este tipo de intervenciones también presentaba ciertas limitaciones relacionadas con la disponibilidad de recursos comunitarios (voluntarios, vecinos, centros de mayores, personal cualificado, materiales para las intervenciones...), la sobrecarga de trabajo de los profesionales con poca disponibilidad de tiempo para las intervenciones, y la accesibilidad de los participantes, que podían estar socialmente muy aislados por pertenecer a medios rurales alejados o por encontrarse en situaciones de vulnerabilidad económica, haciendo que les resultara imposible disponer del acceso y los recursos necesarios para acceder a estas redes de apoyo en sus entornos inmediatos.

Además, también se ha visto cómo pueden aparecer limitaciones relacionadas con la participación ciudadana voluntaria y la confianza de los usuarios en las intervenciones y en los profesionales, que en ocasiones resultaban insuficientes para llevar a cabo intervenciones viables en la comunidad que necesitaban de la predisposición, compromiso, confianza y proactividad de los usuarios mayores para obtener mejores rendimientos en los efectos de las intervenciones ⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾⁽³³⁾.

Por otro lado, aparecieron con la expansión del internet y las nuevas tecnologías programas que utilizaban la tecnología como medio de comunicación social para reducir los niveles de soledad y/o aislamiento en personas mayores.

Las videollamadas y aplicaciones de inteligencia artificial (IA) como robots o asistentes de voz. Las redes sociales (RRSS) como WhatsApp, Facebook, Instagram o TikTok. O los e-mails y plataformas virtuales o incluso programas y dispositivos informáticos de acompañamiento telefónico (smartphones, tablets, iPads, pulseras inteligentes, teleasistencia...) empleados para mantener el contacto con familiares y amigos, ofreciendo una forma rápida y accesible para todos los individuos que les permitiera mantener y establecer relaciones con personas que de otro modo no podrían interactuar por problemas de movilidad o proximidad, ayudando en la inserción de la población anciana en el mundo digital ⁽³³⁾⁽³⁴⁾.

Un artículo de (Kusumota et al., 2022) compara la efectividad de la correspondencia escrita y las videollamadas, destacando cómo en su estudio las videollamadas telefónicas resultaban uno de los mejores recursos para reducir los sentimientos de soledad y aislamiento social, pues permitían el contacto visual del lenguaje corporal, reduciendo la distancia social percibida y la distancia psicológica ⁽³⁴⁾. Del mismo modo, (Silva et al., 2022) en su artículo sobre la contribución de internet en la reducción del aislamiento social en personas de 50 años o más en Europa, señalaba cómo en la mayoría de los países analizados, los usuarios de internet mostraban unos menores niveles de aislamiento social con un 12,9%, en comparación con el grupo de personas que no eran usuarios de internet que experimentaron en un 31,4% un alto aislamiento social ⁽³⁵⁾.

Sin embargo, otros autores no estaban de acuerdo con estas teorías, como es el caso de (Noone et al., 2020) que remarca en su artículo cómo, tras haber realizado 3 ensayos cuasialeatorizados, la evidencia de que las videollamadas resultaran eficaces para reducir la soledad y los síntomas de depresión en adultos de edad avanzada era muy incierta ⁽³⁶⁾.

Se debe tener en cuenta que las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) no siempre se adaptan a las necesidades de las personas mayores. La exclusión y brecha digital existente en el proceso de diseño de los programas informáticos y el estigma asociado al proceso de envejecimiento, afectan gravemente a la accesibilidad y usabilidad de las personas mayores con bajo nivel de alfabetización digital. En este sentido, la educación tecnológica, reforzada por el apoyo intergeneracional y la inclusión digital pasan a ser unas herramientas que garantizan el disfrute de la vida, observándose cómo las personas con un mayor nivel educativo mostraban mayor nivel de alfabetización digital y contaban con más recursos para afrontar una situación compleja, mantener vínculos sociales, aumentar la frecuencia de contacto y optimizar el efecto de las redes sociales en la calidad de vida de las personas mayores; demostrando cómo vivir solo no siempre era el desencadenante de un menor bienestar de los participantes, sino que influían en mayor medida la disponibilidad de recursos adaptados a la persona, el nivel educativo y la debilidad emocional de la persona mayor ^{(33) (35)}.

Todo ello hace que nos demos cuenta de que la relación entre el uso de internet, el aislamiento social y los sentimientos de soledad no está clara y existe un debate abierto en la literatura científica que requiere más investigaciones.

Por todo ello, y especialmente desde la pandemia del COVID-19 que evidenció el gran impacto emocional negativo del confinamiento y todas las restricciones de movimiento en la población, cuyas consecuencias fueron el aumento del aislamiento social por la falta de contactos físicos, el miedo, el estrés, la incertidumbre, los sentimientos de soledad y la tristeza por la pérdida de familiares. Se debe hacer hincapié en el estudio y búsqueda de datos con evidencia científica sobre el papel emocional, humanizador y operativo de las TIC, que ayuden a mejorar las redes de comunicación con la familia, amigos y la sociedad, que reduzcan los comportamientos sedentarios o el aislamiento social, mejoren la autoestima y satisfacción de las personas mayores, y ayuden a encontrar estrategias de inclusión digital e intervenciones efectivas para mitigar la soledad emocional y el aislamiento social en personas mayores ⁽³³⁾.

Además, en el caso de las nuevas tecnologías, cabe mencionar cómo también se han observado limitaciones relacionadas con la disponibilidad de recursos, el acceso y la necesidad de habilidades y destrezas para utilizar las nuevas tecnologías. En algunos casos, se observó cómo los contactos virtuales no servían para reemplazar de ninguna manera la conexión emocional profunda de los contactos presenciales, y también se observaron casos en los que no resultaban eficaces para aliviar los sentimientos de soledad y aislamiento social. Por otro lado, también se vio cómo la baja autoestima o la falta de confianza disminuían la participación de la persona mayor que, asociado con la baja participación de la familia y sus soportes sociales, actuaban como barreras para el uso adecuado y productivo de las tecnologías e internet que favorecieran un buen envejecimiento activo ⁽¹⁶⁾⁽³⁴⁾.

Otras herramientas que se emplearon para el abordaje del aislamiento social fueron la institucionalización de personas mayores en asilos, centros de día o residencias de mayores. El objetivo de estos centros o instituciones era que los ancianos y personas mayores encontraran un hogar en el que vivir acompañados de otras personas con las que no se sentirían solos, estuvieran atendidos y bien cuidados. Facilitándoles o proporcionándoles los cuidados que no podrían realizar para vivir de forma independiente, teniendo en cuenta su edad o necesidades de salud, fomentando una interacción social y desarrollo autónomo dentro de un entorno controlado.

Pero estas medidas también se observaron como tenían sus limitaciones, pues no siempre se observaban beneficios a largo plazo relacionados con el nivel de autonomía y calidad de vida de la persona, ya que muchas veces los residentes habían sido llevados a las residencias engañados y sentían que se encontraban en un entorno hostil que no identificaban como un hogar en el que vivir felices, viéndose la integración social limitada y restringida. A esto, se le sumaba que las interacciones entre los residentes no siempre eran genuinas o espontáneas, lo que hacía que las personas mayores se aislaran más y no llegaran a obtener ese sentido de pertenencia o vínculo con los demás residentes ⁽⁸⁾⁽³⁷⁾.

La psicoterapia y la psiquiatría, también participaron en el tratamiento de la soledad y el aislamiento social, mediante el uso de la terapia cognitivo-conductual, las terapias de grupo, los fármacos y otras alternativas que los profesionales de la salud mental fueron adaptando e individualizando en cada individuo para tratar de ayudarles a comprender y tratar los aspectos emocionales de los sentimientos de soledad. Esto les permitía reflexionar sobre el origen de sus emociones, y les ofrecía otra oportunidad para establecer relaciones sociales y obtener apoyo social por parte de otros individuos que habían atravesado o se encontraban atravesando por su misma situación. Sin embargo, estas intervenciones no siempre resultaban eficaces o viables, pues se encontraban limitaciones en la disposición o el acceso a servicios terapéuticos necesarios, especialmente en contextos rurales o con pocos recursos, como se menciona en el punto 2.3 del capítulo 2, debido a la falta de investigación clínica, la falta de conocimiento, la falta de evidencia clínica sobre la efectividad y manejo de los tratamientos con fármacos, y ya que algunas personas no percibían la soledad como un problema que necesitara de intervenciones terapéuticas con profesionales experimentados ⁽¹⁵⁾⁽³⁸⁾.

Por último, cabe mencionar las comunidades, las iglesias, las sinagogas, mezquitas, la fe y otras instituciones u organizaciones religiosas que han supuesto también para la sociedad una fuente de apoyo social y emocional, sobre todo para aquellas personas que estaban atravesando un momento de aislamiento o soledad social en su día a día, tal y como sucedió durante la pandemia del COVID-19 y sus restricciones sociales, o una vez finalizado el confinamiento con sus consecuencias.

Estas instituciones organizaban actividades grupales y sesiones de apoyo para integrar y fortalecer la autoestima de las personas solas, ayudándoles a adquirir ese sentimiento de pertenencia, consuelo espiritual y apoyo emocional, promoviendo la creación de redes sociales de apoyo estables entre los miembros de la comunidad. Sin embargo, todas estas intervenciones religiosas en ocasiones se veían limitadas a aquellas personas que compartían las mismas creencias religiosas y también se observaba cómo la disponibilidad y acceso a estos recursos podían no ser suficientes para abordar las necesidades de la persona mayor de 65 años en riesgo o que estaba atravesando una situación de soledad o aislamiento social fuera de estos ámbitos religiosos ⁽⁷⁾⁽¹⁶⁾⁽³⁷⁾.

En resumen, a lo largo de la historia se han dado una gran variedad de estrategias para abordar la soledad y el aislamiento social, cada una de ellas con sus limitaciones y diferentes grados de éxito. Todo ello, refleja la necesidad de que se fomenten las investigaciones que propongan nuevas intervenciones con evidencia científica de que son efectivas, y que a la hora de escoger una intervención se trabaje en colaboración con otras organizaciones y se combine la intervención escogida con otras estrategias planteadas, manera de adaptarse a las necesidades individuales de cada usuario teniendo en cuenta la disponibilidad de recursos.

En este sentido, las intervenciones, el tiempo y los materiales necesarios dependerán de la salud física y mental de la persona mayor, teniendo en cuenta la edad, las necesidades sociales individuales de la persona y la disponibilidad de recursos por parte de la comunidad y los profesionales sanitarios ⁽²⁹⁾⁽³⁸⁾.

3.2 Estrategias de intervención individual y grupal novedosas, iniciadas en la comunidad, organizaciones o desde los equipos sanitarios.

Las relaciones sociales están vinculadas directamente con la salud física y mental, e influyen decisivamente en el bienestar y calidad de vida de los ancianos. En ese sentido, la propia persona, la familia, las amistades, la comunidad, los servicios sociales y de salud pública tienen un papel central que se debe aprovechar y emplear en la detección, prevención e intervención sobre los sentimientos de soledad y aislamiento social en las personas mayores de nuestra sociedad mediante actividades comunitarias y de educación sanitaria, tanto individuales como grupales.

Un artículo de (Gené-Badia et al., 2016), refleja como el primer paso ante todo es identificar la soledad y el aislamiento social en nuestros pacientes. Un registro e identificación de pacientes a través de escalas diagnósticas que queden recogidas en las historias clínicas electrónicas de los pacientes, para prevenir el impacto y las consecuencias que la soledad y el aislamiento social tienen sobre la salud de las personas mayores⁽⁷⁾. En este sentido, diversos artículos han señalado diferentes herramientas de medición y detección de la soledad y el aislamiento social que deberían ser utilizadas por parte de los profesionales sanitarios como punto de partida junto con otras herramientas diagnósticas como la entrevista a los pacientes.

Algunas de ellas son:

- **Escala de Red Social de Lubben (Lubben Social Network Scale)** validada en castellano empleada para la medición del aislamiento social, dispone de una versión extensa de 18 preguntas y una abreviada de 6 preguntas, midiendo los 3 aspectos esenciales de la red social: el emocional, la tangibilidad y el tamaño, describiendo como las puntuaciones inferiores a 12 puntos indicaban la presencia de aislamiento social⁽⁷⁾⁽²⁷⁾⁽³⁹⁾ (ver ANEXO 2).
- **La adaptación Española de la Escala revisada de soledad de la UCLA** para evaluar la soledad subjetiva emocional y relacional mediante 10 ítems, pudiéndose obtener una puntuación total que va desde 40 puntos (baja soledad) a 10 puntos (alta soledad)⁽⁴⁾⁽⁴⁰⁾ (ver ANEXO 3).
- **La Encuesta abreviada de calidad de vida de la Organización Mundial de la salud**, en la que la versión española utiliza cuatro dominios que evalúan la percepción de la salud psicológica, la salud física, las relaciones sociales de la persona y el ambiente en una escala de 26 ítems donde no hay puntos de corte propuestos. A mayor puntuación, mayor calidad de vida⁽⁴⁾⁽⁴¹⁾ (ver ANEXO 4).
- **La Escala de Soledad de Jong Gierveld** diseñada especialmente para la población mayor se emplea para predecir la aparición del sentimiento de soledad subjetiva emocional y relacional que evalúa la red social, variables situacionales, variables disposicionales, y la evaluación subjetiva de la situación, mediante 6 ítems donde las puntuaciones más altas indican un mayor sentimiento de soledad⁽¹⁴⁾⁽⁴²⁾ (ver ANEXO 5).
- **La Escala Este II** que constaba de 15 preguntas pudiéndose obtener de 0 puntos (baja soledad) a 30 puntos (alta soledad) para medir la soledad social basándose en 3 factores: percepción de apoyo social, uso que el mayor hace de las nuevas tecnologías e índice de participación social⁽²⁴⁾⁽⁴³⁾ (ver ANEXO 6).
- Preguntando a las personas directamente “¿Se siente solo?” durante los encuentros clínicos con los profesionales de Atención Primaria (AP)⁽²⁹⁾.
- Búsqueda de pacientes socialmente aislados en los registros médicos utilizando palabras clave⁽²⁹⁾.

Una vez identificado el problema, el siguiente paso es abordar el problema y solucionarlo. En su artículo (Gené-Badia et al., 2016) menciona que se debe abordar desde el origen la raíz de los problemas, bien sea de forma individual o a nivel comunitario, sin focalizar tanto la atención en las manifestaciones.

El autor destaca cómo en España, principalmente los servicios de salud pública se deben encargar de desarrollar iniciativas centradas en eliminar diferentes barreras arquitectónicas presentes en la sociedad, desarrollando programas de inclusión y protección social comunitarios. Y, por otro lado, menciona cómo también el resto de las organizaciones, como los servicios sociales, asociaciones ciudadanas y la propia iglesia, se deben encargar de apoyar las intervenciones previamente mencionadas y, además, deben continuar realizando ellas mismas diversas actividades que favorezcan la socialización y aumenten el capital social ⁽⁷⁾.

Las intervenciones se ven condicionadas por factores tanto organizacionales, estructurales, profesionales y personales tanto de la persona mayor como de los profesionales ⁽⁷⁾. En este sentido, la colaboración entre las organizaciones, la comunidad en general, los servicios sociales y los servicios sanitarios y no sanitarios de la comunidad es esencial para llegar a promover actuaciones que han demostrado ser efectivas, como son las actividades sociales o de soporte en formato grupal, o las intervenciones a nivel individual en las que los ancianos se comprometan y participen de manera activa fomentando su envejecimiento saludable y llevar a cabo el abordaje de estos factores que conducen el aislamiento social y a la soledad, basándose en vías bien definidas, diseños colaborativos e intervenciones duraderas y accesibles que reduzcan los costes y favorezcan la sostenibilidad ⁽²⁹⁾.

Desde la década de los ochenta, las intervenciones se han basado principalmente en mejorar las habilidades sociales de los individuos, promover sus redes de apoyo social, aumentar las oportunidades de aprendizaje y para la interacción social, y actuar sobre los pensamientos sociales maladaptativos. (Gené-Badia et al., 2016) destaca la importancia de que no debemos solo limitarnos a dar soporte social a las personas aisladas, sino que se debe conseguir que sean ellas mismas las que devuelvan el soporte, se comprometan y participen en las actividades de autoayuda curativas y preventivas encaminadas a mejorar sus niveles de autonomía y reducir sus niveles de soledad y aislamiento social, mediante intervenciones duraderas que creen redes sociales significativas ⁽⁷⁾.

El enfoque prioritario es normalizar la atención y conectar o reconectar a la persona con redes sociales y sanitarias normalizadas, donde se pueda dar solución a aquellos problemas sociales (problemas proximidad, educación, económicos, barreras arquitectónicas...) o de salud que pueda presentar la persona ⁽¹⁵⁾.

Los equipos de atención primaria no deben ser simples derivadores, sino que deben potenciar la planificación preventiva y abordar los pensamientos sociales maladaptativos, ayudando a los pacientes a identificar estos sentimientos que experimentan ante la sociedad y ante el contacto con otros. Promoviendo la reestructuración cognitiva de los sentimientos distorsionados que les aíslan e impiden socializarse, mediante el uso de intervenciones estructuradas ^{(7) (9)}. Además, otro aspecto fundamental que se debe tener en cuenta es que los profesionales sanitarios deben mencionar explícitamente al inicio y deben recordar a lo largo de todo el proceso el momento explícito de finalización de la intervención, con el fin de no ocasionar expectativas erróneas en la persona mayor y así evitar las gestiones ineficaces del apego con los agentes de cuidado que en ocasiones se ha visto que podrían llegar a ocasionar en la persona mayor aislada o con sentimientos de soledad mayores sensaciones de abandono y sentimientos de frustración ⁽³⁸⁾.

La revista española de salud pública, en un artículo publicado el 16/10/2024 sobre la (Vista de Fragilidad, dependencia y soledad no deseada en personas mayores. Una revisión de planes de salud, s. f.) enumeró diferentes intervenciones de detección y valoración e intervención de la soledad y el aislamiento social, extraídas de los diferentes planes de salud de las comunidades autónomas, que podían aplicarse a la población mayor.

En el artículo se mencionan varios ejemplos novedosos de intervención que se pusieron en marcha. En Cataluña implementaron un programa de bienestar espiritual y salud comunitaria que buscaba priorizar a las personas en situación de soledad no deseada, hicieron hincapié en la colaboración y elaboración de propuestas en colaboración con las residencias, y también propusieron reflejar la situación de dependencia en la historia clínica para posteriormente compartirla con los centros residenciales, aportando datos e información relevante desde diferentes organizaciones sanitarias para garantizar cuidados continuos de calidad a los pacientes ⁽⁸⁾.

Por otro lado, en la Comunidad Valenciana potenciaron las redes comunicativas y de participación ciudadana de apoyo y soporte. Castilla-La Mancha empleó políticas de inclusión para salvar las desventajas sociales. Aragón impulsó la participación ciudadana en el ámbito local, haciendo que fueran los propios vecinos quienes avisaran si observaban alguna situación o sospecha de soledad o aislamiento social, y Extremadura puso en marcha el desarrollo, seguimiento y evaluación de un programa específico de prevención y atención a la soledad ⁽⁸⁾.

Autores como (Daban et al., 2021) mencionaron otro ejemplo de intervención novedosa, en este caso en Barcelona. La estrategia buscaba reducir las desigualdades en salud a través de intervenciones de salud comunitaria gracias a la colaboración del Plan de Desarrollo Comunitario, Atención Primaria de Salud, los Servicios Sociales, la Agencia de Salud Pública de Barcelona, el Departamento de Salud del ayuntamiento de Barcelona, la Cruz Roja de Barcelona, y las entidades y vecinos del barrio que desarrollaron una intervención que consistía en salidas grupales (visitas a la ciudad, actividades culturales y dinámicas de grupo) una vez al mes, para fomentar nuevas relaciones sociales entre los participantes, y por otro lado también organizaron salidas semanales individuales (caminatas cortas, salidas al mercado, realizar visitas a amigos, asistir a la iglesia...) utilizando sillas de ruedas portátiles por cinco barrios desfavorecidos de Barcelona para aliviar la soledad de las personas mayores que vivían aisladas en sus hogares durante largos periodos de tiempo principalmente debido a limitaciones en la movilidad y/o la falta de ascensor en sus edificios.

Estas intervenciones resultaron ser muy efectivas para reducir los sentimientos de soledad y el aislamiento social, pues hacían que las personas mayores adquirieran ese sentimiento de tener un propósito en sus vidas, promovían su participación, favorecían la creación y consolidación de las relaciones sociales, fomentaban el sentimiento de pertenencia y reducían el estigma asociado a las personas mayores o al envejecimiento, ayudándoles a mejorar su salud, bienestar y apoyo social ⁽⁴⁴⁾.

Cabe mencionar a otro autor, como es Jordi Ramón Rizo. Un autor que, en su estudio cuantitativo realizado en un centro de salud mental de Barcelona, mostró cómo las intervenciones comunitarias grupales con carácter educativo y de apoyo realizadas en personas mayores que se encontraban en situación de soledad o aislamiento, eran las intervenciones que mostraban mejor efectividad. El estudio mostró cómo estas intervenciones disminuían los principales factores de riesgo de salud, favorecían una disminución del uso de fármacos (antidepresivos, ansiolíticos, analgésicos, antihipertensivos, anticolésterolémicos y antidiabéticos orales), disminuían el número de visitas al Área Básica de Salud o al Centro de Salud Mental y también mejoraban significativamente los resultados sobre la percepción de soledad ⁽⁴⁵⁾.

Otros ejemplos de intervenciones efectivas para potenciar el envejecimiento saludable y para paliar los efectos la soledad y el aislamiento social que se citan en diversos artículos son:

(3)(7)(8)(9)(34)(29)(46)

- Implicar a jubilados en la recolección y distribución de comida para los más necesitados.
- Programas de mindfulness, yoga y coaching (para reducir el estrés).
- Tertulias en grupos de apoyo sobre necesidades y problemas del envejecimiento.
- Sesiones grupales semanales de jardinería y talleres de cocina.
- Terapia asistida con animales, jugar y pasear con perros de forma semanal.
- Lectura de libros infantiles en escuelas de forma semanal o quincenal.
- Grupo de discusión, sesiones 2 días/semana en centro de día (grupos comunales).
- Grupos de apoyo durante el duelo o las transiciones vitales (jubilación, independencia de los hijos...).
- Talleres grupales de actividades manuales y estimulación cognitiva.
- Grupo psicosocial de cuidado que incluye arte, actividades inspiradoras, ejercicio y escritura terapéutica.
- Programa de voluntarios y participación ciudadana que realicen visitas domiciliarias basándose en la atención integrada en el domicilio.
- Mayor número de dispositivos tecnológicos dirigidas a personas mayores (sistemas de fácil acceso y desing utilizando letras mayores, mayores pantallas...), ofreciendo mano de obra cualificada para su capacitación y soporte.
- Incorporación de programas específicos de prevención, atención y rehabilitación de patologías que generan dependencia, garantizando la atención integral de calidad y equidad de las personas mayores.
- Terapia de reminiscencia individual o en grupo en la que se estimule la memoria autobiográfica.
- Disponibilidad de material ortoprotésico en los domicilios de personas con elevada dependencia. Ofreciendo transporte o alojamiento de estacionamiento.
- Envío de recordatorios de asistencia periódicos antes de las intervenciones.
- Centros de mayores que favorezcan la mejora en la forma física y cognitiva de sus participantes, promoviendo actividades que prevengan la dependencia y mejoren las situaciones de fragilidad.
- Formación de pacientes dependientes en sus domicilios para mejorar sus autocuidados.
- Promover programas de apoyo a familias con programas de respiro, formación y empoderamiento de los cuidadores de pacientes dependientes en autocuidados y estilo de vida. Para que aprendan a cuidar y a cuidarse mejor, lo que redundaría en un buen estado de salud, prevención de la claudicación familiar y en un buen mantenimiento de la relación sana y productiva entre todos los implicados.

En resumen, es imprescindible tener en cuenta que todas las intervenciones se deben ajustar a las necesidades de los pacientes y a los recursos locales.

Se deben abordar y tener en cuenta todos los condicionantes económicos, geográficos, físicos y sociales que podrían presentar los pacientes o la sociedad, de manera que se garantice en todo momento la existencia de las facilidades necesarias para garantizar la adherencia a las intervenciones y el acceso de los usuarios a todo tipo de intervenciones. Pues se sabe que cuando un anciano tiene facilidad de acceso a las intervenciones o actividades, dispone de las habilidades y los conocimientos necesarios, y mantiene una buena red de apoyo tanto social como familiar. La persona mayor se mostrará muy comprometida, motivada e implicada en la propuesta de intervención, haciendo que los hallazgos que se obtengan sean significativamente mejores y más duraderos ⁽³⁸⁾.

CONCLUSIONES

Tras el análisis de la información desarrollada en este trabajo, se puede concluir que envejecer es un hecho innegable, que lleva asociada una disminución del funcionamiento físico, pudiendo provocar una pérdida de la independencia funcional, aparición de discapacidad y un aumento de la multimorbilidad o mortalidad, suponiendo importantes costos personales, comunitarios y económicos para la sociedad.

La evidencia científica reseña cómo existe heterogeneidad en el deterioro del funcionamiento físico entre los adultos mayores, bien sea entre mujeres u hombres, o entre la población del medio rural y el medio urbano, destacando cómo dicho deterioro puede retrasarse o incluso prevenirse.

Por ello, se debe tener muy en cuenta la relación existente entre el envejecimiento, la soledad, el aislamiento social y la discapacidad, pues es una relación que merece una mayor investigación en profundidad, pues se sabe que los procesos de envejecimiento son modificables. Esto quiere decir, que las personas podrían llegar a vivir más tiempo sin comorbilidades; en definitiva, con mayor vitalidad. Sin embargo, se sabe que en algún caso esto no es así y esta situación supone para la persona mayor, un mayor tiempo en soledad, un aumento de las probabilidades de morir solo y una mayor probabilidad de experimentar enfermedades tanto a nivel físico como mental.

Tras la revisión bibliográfica llevada a cabo, se puede considerar que la vejez y el proceso de envejecimiento ya no pueden ser considerados como un simple momento de jubilación o un momento de la vida que lleva asociado imperiosamente un aumento de las discapacidades.

Se debe remarcar que el proceso de envejecimiento es un momento en la vida privilegiado, en el que la combinación de una buena atención sanitaria junto con una buena red social y familiar constituyen la piedra angular que permite disfrutar a la persona mayor de esos años adicionales de vida de una forma productiva y cómoda. De esta manera, la persona se sentirá útil y realizada.

Todo lo anterior expuesto, permitirá a la persona mayor asimilar todos aquellos cambios o eventos traumáticos que se pueden llegar a producir a lo largo del proceso de envejecimiento (pérdida de amistades y/o familiares, fallecimiento del cónyuge, jubilación, emancipación de los hijos...) y que podrían llegar a suponer un importante impacto negativo en la vida de la persona mayor, produciendo alteraciones en el comportamiento y en los hábitos de vida (sedentarismo, aislamiento social, tabaco, abuso de alcohol, cambios en el patrón del sueño...), que podrían acabar desembocando en la aparición de alguna enfermedad o deterioro funcional de la persona (enfermedades cardiovasculares, respiratorias, depresión, estrés, ansiedad, deterioro cognitivo, demencia...).

Tras el estudio de la bibliografía empleada en este trabajo, queda claro cómo los conceptos de soledad y aislamiento social que, en numerosos casos afectan a la población mayor de nuestra sociedad, son dos términos complejos, multicausales, no equivalentes, pero que se mantienen interrelacionados y en ocasiones coexisten en el curso de la vida de las personas.

Por un lado, la soledad es una emoción subjetiva desagradable que depende de cada individuo, y se asocia con la fatiga, agotamiento autoinformado, actividad física insuficiente, deterioro cognitivo, edad, sexo, número de enfermedades crónicas, menor nivel educativo y depresión, mientras que el aislamiento social es la ausencia objetiva de una red social cuantificable.

En este sentido, es importante reseñar cómo el vivir solo no implica sentirse solo o estar aislado socialmente, ya que hay personas que viven solas, pero disponen de una amplia red de apoyo y contactos que para la persona son suficientes y satisfactorias y, por el contrario, también hay personas que viven acompañadas, pero que en su caso se sienten solos y sienten que sus redes de apoyo no son satisfactorias y suficientes para el desarrollo de su vida.

En la actualidad, los datos relacionados con el envejecimiento de la población española están creciendo exponencialmente y con ello los sentimientos de soledad y el aislamiento social. Por ello, es necesario que los esfuerzos se centren en abordar de una forma más compleja el proceso de envejecimiento, a través de una detección temprana de los factores de riesgo, teniendo en cuenta si la persona es hombre o mujer, o si vive en el medio rural o en el medio urbano, para llevar una implementación rápida de intervenciones prácticas para tratar de contrarrestarlos y revertirlos de manera eficaz. Dando más peso a las acciones dirigidas a la prevención y a la raíz de los problemas, para evitar fases más avanzadas y complejas.

Tras la revisión bibliográfica realizada, se ha visto cómo las intervenciones que demostraron mayor efectividad fueron aquellas relacionadas con la educación, actividades sociales o grupales, que contaban con personal cualificado y bien formado, facilitaban la actividad social o el apoyo a las personas mayores.

Por otro lado, otro aspecto que se debe tener muy cuenta a la hora de elaborar y escoger las intervenciones, es la importancia del fomento de la actividad física regular, salir de casa y participar en actividades con otras personas, que se ha visto como contribuyen a la prevención de la muerte prematura, reducen la aparición de varios problemas de salud, mejoran funcionamiento físico, y está asociada con una mejor salud física y mental.

Se debe destacar la importancia de que todas y cada una de las intervenciones sean individualizadas y adaptadas a la persona mayor y sus necesidades, optando preferiblemente por un abordaje domiciliario por parte de los profesionales, con el fin de realizar una mejor aproximación y posterior evaluación de la salud y las necesidades de la persona mayor en soledad o aislamiento social. Sin embargo, se debe tener en cuenta que no todos los usuarios se beneficiarían de este tipo de intervenciones. Por ejemplo, los pacientes extrovertidos se beneficiarían más de una alta exposición social, en cambio, los pacientes más introvertidos se beneficiarían más de estas intervenciones domiciliarias más íntimas, con una menor participación social, que les ayudaría a reducir sus niveles de ansiedad social.

Por ello, se debe hacer hincapié en la necesidad de invertir en recursos y contar con los recursos económicos, materiales y personales, y el apoyo institucional necesarios para llevar a cabo intervenciones de prevención, detección y abordaje de los sentimientos de soledad y aislamiento social que faciliten el acceso y favorezcan el compromiso de la población anciana, con el fin de que profesionales encargados de dirigir las intervenciones sirvan de enlace entre las necesidades de la persona mayor y la disponibilidad de recursos sociales, comunitarios y sanitarios y no sanitarios de la comunidad y; en base a ellas, establezcan intervenciones que sean viables y efectivas que satisfagan las necesidades de los usuarios.

Se debería intentar priorizar que las políticas a nivel nacional y europeo consideren estas necesidades a la hora de orientar los apoyos y los recursos para quienes experimenten estas situaciones o transiciones vitales en la vejez.

Cabe mencionar, como también tras el estudio de la bibliografía, se ha observado como varios artículos han reseñado la importancia de que en un futuro se profundicen las investigaciones relacionadas con el análisis de género y la comparativa entre hombres y mujeres respecto a la soledad y el aislamiento social, que hasta ahora se ha visto como en los estudios existentes no se ha proporcionado una comprensión profunda y detallada de las experiencias vividas en función de si se era hombre o mujer en el ámbito de las relaciones sociales, ni en el momento de las transiciones importantes de las relaciones sociales, estando este tipo de investigaciones subdesarrolladas. Y en esta misma línea, se debería ahondar en la necesidad de profundizar en las investigaciones relacionadas con la comparativa de la situación de la población que reside en el medio rural y el medio urbano en España, y cómo la soledad y el aislamiento social condicionan sus vidas; puesto que, a lo largo de este trabajo de investigación se han encontrado escasos artículos que aportaran datos e información sólida y rigurosa, observándose mucha ambigüedad.

Por todo ello, para futuras investigaciones se debería hacer hincapié en la necesidad imperiosa de que se contara con investigaciones rigurosas basadas en la evidencia científica, ante la falta de conocimientos y datos sólidos en algunos artículos seleccionados que establecen la relación entre la situación del hombre y la mujer o entre el medio rural y el medio urbano respecto a los sentimientos de soledad y situación aislamiento social de la población mayor de 65 años, que facilitarían la implementación de intervenciones y programas sólidos que funcionarían mejor para reducir el aislamiento social y los sentimientos de soledad entre este colectivo.

Para finalizar, me gustaría concluir este trabajo destacando la importancia que juega el papel de la enfermería en todo este trabajo de investigación.

El equipo de enfermería juega un papel crucial en la educación y el asesoramiento tanto al propio personal sanitario, como al resto de la población y a organizaciones públicas y privadas que se encuentran en la comunidad.

Son un elemento clave en la detección precoz, prevención y tratamiento estos sentimientos de aislamiento social y soledad en la población mayor de 65 años. Gracias a sus habilidades de observación y valoración enfermera en las entrevistas, su ojo clínico, y gracias a que cuentan con el apoyo de otros recursos como la historia clínica, los cuestionarios y la información de fuentes secundarias. La detección precoz y posterior abordaje de estos problemas de salud pública, son mucho más eficaces en la práctica diaria mediante actividades grupales, programas de acompañamiento, entrenamiento en habilidades sociales o el fomento de la participación comunitaria de los pacientes desde diferentes entornos (hospitalario, domiciliario, comunitario...). Siempre sin olvidar, la importancia que desde la sociedad, familia, amigos, ámbito religioso... se trabaje y se luche también para que en colaboración con el personal de enfermería se obtengan resultados más efectivos y eficientes y se eviten consecuencias fatales.

Por todo ello, considero que reforzar la formación y educación en términos de abordaje del envejecimiento y situaciones de soledad y aislamiento social, tanto de los usuarios, como de los profesionales sanitarios y no sanitarios, incluidas las enfermeras. Son aspectos esenciales para garantizar las intervenciones realmente eficaces para la detección, prevención y el tratamiento de la soledad y el aislamiento social en la población mayor que protejan a las personas mayores y cuyas actuaciones sean capaces de empoderarles y proporcionarles la educación y recursos necesarios para dar una respuesta adecuada a sus necesidades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alves B / O / OM. DeCS – Descriptores em Ciências da Saúde [Internet]. Disponible en: <https://decs.bvsalud.org/es/>
2. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. INE. 2016 [citado 2025 Feb 26]. Disponible en: https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=36667#_tabs-grafico
3. Aranda Rubio Y. Is loneliness the future geriatric syndrome of the 21st century?. Revista española de salud pública [Internet]. 2024 Mar [citado 2025 Feb 26];98:e202409047. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39225320/>
4. Crespo-Sanmiguel I, Zapater-Fajarí M, Garrido-Chaves R, Hidalgo V, Salvador A. Loneliness and Health Indicators in Middle-Aged and Older Females and Males. Frontiers in Behavioral Neuroscience [Internet]. 2022 Mar 10 [citado 2025 Feb 26];16. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/behavioral-neuroscience/articles/10.3389/fnbeh.2022.809733/full>
5. INEbase / Demografía y población /Cifras de población y Censos demográficos /Encuesta continua de hogares / Últimos datos [Internet]. INE. [citado 2025 Feb 26]; Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176952&menu=ultiDatos&idp=1254735572981
6. Bueno M, Bueno M. Aristóteles y el ciudadano. Tópicos (México) [Internet]. 2018 Jun 1 [citado 2025 Feb 26];(54):11–45. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-66492018000100011
7. 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? Atención Primaria [Internet]. 2016 Nov 1 [citado 2025 Feb 26];48(9):604–9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6877840/>
8. Vista de Fragilidad, dependencia y soledad no deseada en personas mayores. Una revisión de planes de salud [Internet]. Sanidad.gob.es. 2025 [citado 2025 Feb 26]. Disponible en: <https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/929/1269>
9. Esteve-Esteve M, Melchor-Alós I, Pérez-Panadés J, Herrero-Huertas L, Botella-Rocamora P, Alberich-Martí C, et al. Magnitude and factors associated with the solitary death phenomenon of the elderly in the Valencian Community. Revista española de salud pública [Internet]. 2021 [citado 2025 Feb 26];95:e202103044. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33759874/>
10. ASALE R -, RAE. envejecimiento | Diccionario de la lengua española [Internet]. “Diccionario de la lengua española” - Edición del Tricentenario. [citado 2025 Feb 26]; Disponible en: <https://dle.rae.es/envejecimiento?m=form>
11. Rueda Sáez, Marina. La soledad en el proceso de envejecimiento. Repositoriouales [Internet]. 2019 [citado 2025 Feb 26]; Disponible en: <https://repositorio.ual.es/handle/10835/9850>
12. Gallardo-Peralta L, Sánchez-Moreno E, Rodríguez VR, García Martín MD. La investigación sobre soledad y redes de apoyo social en las personas mayores: una revisión sistemática en Europa. Revista Española Salud Publica [Internet]. 2023 [citado 2025 Feb 26];97:20 páginas-20 páginas. Disponible en: <https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/86>

13. Beridze G, Ayala A, Ribeiro O, Fernández-Mayoralas G, Rodríguez-Blázquez C, Rodríguez-Rodríguez V, et al. Are Loneliness and Social Isolation Associated with Quality of Life in Older Adults? Insights from Northern and Southern Europe. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [Internet]. 2020 Nov 20 [citado 2025 Feb 26];17(22):8637. Disponible en: <http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=33233793&S=R&D=mdc&EbscoContent=dGJyMNxb4kSep644xNvgOLCmsEmep7RSs6q4SLSWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPHl4Xnq2e2EuePfgeyx44Dt6fIA>
14. Arruebarrena AV, Cabaco AS. La soledad y el aislamiento social en las personas mayores. *Studia Zamorensia* [Internet]. 2020 [citado 2025 Feb 26]; (19 (Studia Zamorensia (segunda etapa))):15–32. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7718190>
15. Santos-Olmo AB, Ausín B, Muñoz M. People over 65 Years Old in Social Isolation: Description of an Effective Community Intervention in the City of Madrid (Spain). *International Journal of Environmental Research and Public Health* [Internet]. 2022 Feb 25 [citado 2025 Feb 26];19(5):2665. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8910530/>
16. 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* [Internet]. 2022 Feb [citado 2025 Feb 26];54(2):102218. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102218>
17. Jiménez Rodríguez JM. Unwanted loneliness in Spain: a problem for the management of Public Health and family care. *Revista española de salud pública* [Internet]. 2024 [citado 2025 Feb 26];98:e202403025. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38516896/>
18. Adelaida M, Fernández Domínguez, María José, Javier, Ángel M, Celsa, Pedro CF, et al. Soledad y envejecimiento. *Revista Clínica de Medicina de Familia* [Internet]. [citado 2025 Feb 26]; 14(3):146–53. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2021000300005&lng=es
19. Soledad y aislamiento social: Consejos para mantenerse conectado [Internet]. National Institute on Aging. [citado 2025 Feb 26]; Disponible en: <https://www.nia.nih.gov/espanol/soledad-aislamiento-social/soledad-aislamiento-social-consejos-mantenerse-conectado>
20. Universitaria F, Lorenz K, Bruner C, Acuña C, Gallardo L, Atri L, et al. *Revista Latinoamericana de Psicología* [Internet]. 1994 [citado 2025 Feb 26];26(2):253–69. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/805/80526204.pdf>
21. Escala de reajuste psicosocial de Thomas Holmes y Richard Rahe [Internet]. Disponible en: https://extension.uned.es/archivos_publicos/webex_actividades/4805/bienestarivj3.pdf
22. Camargo-Rojas CM, Chavarro-Carvajal DA, Camargo-Rojas CM, Chavarro-Carvajal DA. El sentimiento de soledad en personas mayores: conocimiento y tamización oportuna. *Universitas Medica* [Internet]. 2020 Jun 1 [citado 2025 Feb 26];61(2):64–71. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-08392020000200007

23. Sepúlveda-Loyola W, Rodríguez-Sánchez I, Pérez-Rodríguez P, Ganz F, Torralba R, Oliveira DV, et al. Impact of Social Isolation Due to COVID-19 on Health in Older People: Mental and Physical Effects and Recommendations. *The journal of nutrition, health & aging* [Internet]. 2020 Sep 25 [citado 2025 Feb 26];24(9). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7514226/>
24. Fernández MG, Juncal del, Díez YC. Aislamiento social y dependencia en la población anciana de una población rural. *RqR Enfermería Comunitaria* [Internet]. 2020 [citado 2025 Feb 26];8(1):12–22. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7397027>
25. Fernández-Carro C, Gumà Lao J. A life-course approach to the relationship between education, family trajectory and late-life loneliness among older women in Europe. *Soc Indic Res* [Internet]. 2022 [citado 2025 Feb 26];162(3):1345–63. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11205-022-02885-x>
26. Urbaniak A, Walsh K, Batista LG, Kafková MP, Sheridan C, Serrat R, et al. Life-course transitions and exclusion from social relations in the lives of older men and women. *Journal of Aging Studies* [Internet]. 2023 Dec 1 [citado 2025 Feb 26]; 67:101188. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaging.2023.101188>
27. Gené-Badia J, Comice P, Belchín A, Erdozain MÁ, Cáliz L, Torres S, et al. Perfiles de soledad y aislamiento social en población urbana. *Atención Primaria* [Internet]. 2020 Apr 1 [citado 2025 Feb 26];52(4):224–32. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656718303810>
28. Gallardo-Peralta L, Sánchez-Moreno E, Rodríguez-Rodríguez V, Higuera AS, Angulo JT, Galvez LV. Prevalencia de la soledad en las personas mayores que viven en zonas rurales. Diferencias por grupos étnicos y variables predictivas. *Revista médica de Chile* [Internet]. 2023 Aug 1 [citado 2025 Feb 26];151(8):1010–8. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872023000801010
29. Galvez-Hernandez P, González-de Paz L, Muntaner C. Primary care-based interventions addressing social isolation and loneliness in older people: a scoping review. *BMJ Open* [Internet]. 2022 [citado 2025 Feb 26];12(2):e057729. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057729>
30. Rivero Jiménez B, Conde-Caballero D, Juárez LM. Loneliness Among the Elderly in Rural Contexts: A Mixed-Method Study Protocol. *International Journal of Qualitative Methods* [Internet]. 2021 Jan 1 [citado 2025 Feb 26]; 20:160940692199686. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1609406921996861>
31. Juma F, Fernández-Sainz A, Vercauteren T, Stegen H, Häussermann F, De Donder L, et al. Intensity and changes in grandparental caregiving: Exploring the link to loneliness in Europe. *Archives of Gerontology Geriatrics* [Internet]. 2025 [citado 2025 Feb 26];128:105630. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2024.105630>
32. Del Pozo Cruz B, Perales F, Alfonso-Rosa RM, Del Pozo-Cruz J. Impact of social isolation on physical functioning among older adults: A 9-year longitudinal study of a U.s.-representative sample. *American Journal of Preventive Medicine* [Internet]. 2021 [citado 2025 Feb 26];61(2):158–64. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2021.02.003>
33. Llorente-Barroso C, Kolotouchkina O, Mañas-Viniegra L. The enabling role of ICT to mitigate the negative effects of emotional and social loneliness of the elderly during COVID-19 pandemic. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 [citado 2025 Feb 26];18(8):3923. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18083923>

34. Kusumota L, Diniz MAA, Ribeiro RM, Silva ILC da, Figueira ALG, Rodrigues FR, et al. Impact of digital social media on the perception of loneliness and social isolation in older adults. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2022 [citado 2025 Mar 24];30. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.5641.3526>
35. Silva P, Delerue Matos A, Martinez-Pecino R. The contribution of the internet to reducing social isolation in individuals aged 50 years and older: Quantitative study of data from the Survey of health, Ageing and Retirement in Europe. *J Med Internet Res* [Internet]. 2022 [citado 2025 Mar 24];24(1):e20466. Disponible en: <https://www.jmir.org/2022/1/e20466>
36. Noone C, McSharry J, Smalle M, Burns A, Dwan K, Devane D, et al. Video calls for reducing social isolation and loneliness in older people: a rapid review. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2020 [citado 2025 Mar 24];5(7):CD013632. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD013632> (Art 25)
37. Lozano Benito A, Gallardo Peralta LP. Soledad y bienestar emocional en mujeres mayores. Diversas experiencias durante el confinamiento en Bilbao. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social* [Internet]. 2022 [citado 2025 Mar 24];29(2):208–35. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/124931/1/Alternativas_2022_29-2_02.pdf
38. Hernández-Ascanio J, Ventura-Puertos PE, Rich-Ruiz M, Cantón-Habas V, Roldán-Villalobos AM, Pérula-de Torres LÁ. Conditions for Feasibility of a Multicomponent Intervention to Reduce Social Isolation and Loneliness in Noninstitutionalized Older Adults. *Healthcare* [Internet]. 2022 Jun 14 [citado 2025 Mar 24];10(6):1104. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2227-9032/10/6/1104>
39. Granero M, Perman G, Vazquez Peña F, Barbaro CA, Zozaya ME, Martinez Infantino VS, et al. Vista de Validación de la versión en español de la Escala de Red Social Lubben-6 [Internet]. *Unc.edu.ar*. 2025 [citado 2025 Mar 24]. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/med/article/view/28775/32420>
40. 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 - Medicina de Familia* [Internet]. 2016 Apr [citado 2025 Mar 24];42(3):177–83. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-validacion-escala-soledad-ucla-perfil-S1138359315001896>
41. ESCALA DE CALIDAD DE VIDA WHOQOL-BREF [Internet]. 2010 [citado 2025 Mar 24]. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sinfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2020/18-WHOQOL-BREF.pdf
42. Escala de Soledad de De Jong Gierveld. SoledadES. Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada [Internet]. 2023 [citado 2025 Mar 24]. Disponible en: <https://www.soledades.es/recursos/escala-de-soledad-de-de-jong-gierveld>
43. Alonso JCD. ¿Cómo medimos la soledad no deseada? | SOM Salud Mental 360 [Internet]. 2024 [citado 2025 Mar 24]; Disponible en: <https://www.som360.org/es/monografico/soledad-no-deseada/articulo/como-medimos-soledad-no-deseada>

44. Daban F, Garcia-Subirats I, Porthé V, López M, de-Eyto B, Pasarín MI, et al. Improving mental health and wellbeing in elderly people isolated at home due to architectural barriers: A community health intervention. *Atención Primaria* [Internet]. 2021 May [citado 2025 Mar 24];53(5):102020. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33774346/>
45. Rizo JR. Acompañando a la Soledad. Estudio Cuantitativo. *Revista ROL de enfermería* [Internet]. 2021 [citado 2025 Mar 24];44(6):43–51. Disponible en: <https://enfispo.es/servlet/articulo?codigo=7983938>
46. Silberman-Beltramella M, Ayala A, Rodríguez-Blázquez C, Forjaz MJ. Social relations and health in older people in Spain using SHARE survey data. *BMC Geriatr* [Internet]. 2022 [citado 2025 Mar 24];22(1):276. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12877-022-02975-y>

ANEXOS

ANEXO 1: Escala de reajuste psicosocial de Thomas Holmes y Richard Rahe ⁽²¹⁾.

Escala de reajuste psicosocial de Thomas Holmes y Richard Rahe

Esta escala de reajuste social investiga 43 acontecimientos asociados con diferentes grados de alteración y estrés, en la vida de una persona normal.

Instrucciones

Anote el valor que corresponde con cada una de las situaciones enumeradas a continuación si se han presentado durante el último año y sume el total obtenido..

1.	Muerte del cónyuge	100
2.	Divorcio	73
3.	Separación	65
4.	Privación de la libertad	63
5.	Muerte de un familiar próximo	63
6.	Enfermedad o incapacidad, graves	53
7.	Matrimonio	50
8.	Perder el empleo	47
9.	Reconciliación de la pareja	45
10.	Jubilación	45
11.	Enfermedad de un pariente cercano	44
12.	Embarazo	40
13.	Problemas sexuales	39
14.	Llegada de un nuevo miembro a la familia	39
15.	Cambios importantes en el trabajo	39
16.	Cambios importantes a nivel económico	38
17.	Muerte de un amigo íntimo	37
18.	Cambiar de empleo	36
19.	Discusiones con la pareja (cambio significativo)	35
20.	Pedir una hipoteca de alto valor	31
21.	Hacer efectivo un préstamo	30
22.	Cambio de responsabilidades en el trabajo	29
23.	Un hijo/a abandona el hogar (matrimonio, universidad)	29
24.	Problemas con la ley	29
25.	Logros personales excepcionales	28
26.	La pareja comienza o deja de trabajar	26
27.	Se inicia o se termina el ciclo de escolarización	26
28.	Cambios importantes en las condiciones de vida	25
29.	Cambio en los hábitos personales	24
30.	Problemas con el jefe	23
31.	Cambio en el horario o condiciones de trabajo	20
32.	Cambio de residencia	20
33.	Cambio a una escuela nueva	20
34.	Cambio en la forma o frecuencia de las diversiones	19
35.	Cambio en la frecuencia de las actividades religiosas	19
36.	Cambio en las actividades sociales	18
37.	Pedir una hipoteca o préstamo menor	17
38.	Cambios en los hábitos del sueño	16
39.	Cambios en el número de reuniones familiares	15
40.	Cambio en los hábitos alimentarios	15
41.	Vacaciones	15
42.	Navidades	12
43.	Infracciones menores de la ley	11

Valoración

La unidad de puntuación se denomina “unidad de cambio vital” (UCV). La persona está en riesgo de experimentar trastornos psicosomáticos si la suma es de 200 o más unidades en un solo año, estos valores aumentan la incidencia de trastornos Psicosomáticos.

ANEXO 2: Escala de Red Social de Lubben abreviada (Lubben Social Network Scale) ⁽³⁹⁾.

FAMILIA

(Considerando como tal a las personas con las que usted tiene algún parentesco)

1. ¿Con cuántos familiares tiene usted contacto personal o telefónico al menos una vez por mes?

- 0 = 0 puntos
- 1 = 1 punto
- 2 = 2 puntos
- 3 o 4 = 3 puntos
- de 5 a 8 = 4 puntos
- 9 o más = 5 puntos

2. ¿Con cuántos familiares se siente usted cómodo para conversar con facilidad sobre los asuntos privados que a usted le preocupan?

- 0 = 0 puntos
- 1 = 1 punto
- 2 = 2 puntos
- 3 o 4 = 3 puntos
- de 5 a 8 = 4 puntos
- 9 o más = 5 puntos

3. ¿A cuántos familiares los siente usted lo suficientemente cercanos como para llamarlos en caso de necesitar ayuda?

- 0 = 0 puntos
- 1 = 1 punto
- 2 = 2 puntos
- 3 o 4 = 3 puntos
- de 5 a 8 = 4 puntos
- 9 o más = 5 punto

AMIGOS

(Considerando como tales a aquellos con quienes tiene algún vínculo pero no son familiares)

4. ¿Con cuántos amigos tiene usted contacto personal o telefónico al menos una vez por mes?

- 0 = 0 puntos
- 1 = 1 punto
- 2 = 2 puntos
- 3 o 4 = 3 puntos
- de 5 a 8 = 4 puntos
- 9 o más = 5 puntos

5. ¿Con cuántos amigos se siente usted cómodo para conversar con facilidad sobre los asuntos privados que a usted le preocupan?

- 0 = 0 puntos
- 1 = 1 punto
- 2 = 2 puntos
- 3 o 4 = 3 puntos
- de 5 a 8 = 4 puntos
- 9 o más = 5 puntos

6. ¿A cuántos amigos los siente usted lo suficientemente cercanos como para llamarlos en caso de necesitar ayuda?

- 0 = 0 puntos
- 1 = 1 punto
- 2 = 2 puntos
- 3 o 4 = 3 puntos
- de 5 a 8 = 4 puntos
- 9 o más = 5 puntos

Preg. 1	Preg. 2	Preg. 3	Preg. 4	Preg. 5	Preg. 6	TOTAL

Punto de corte sugerido = 12 puntos

ANEXO 3: La adaptación Española de la Escala revisada de soledad de la UCLA ⁽⁴⁰⁾.

Indique en qué grado le describen a usted cada una de las afirmaciones siguientes.

Señale con un número del 1 al 4 cada una de ellas.

1. Indica: «me siendo así a menudo».
2. Indica: «me siento así con frecuencia».
3. Indica: «raramente me siento así».
4. Indica: «nunca me siento de ese modo».

Con qué frecuencia se siente infeliz haciendo tantas cosas solo	1	2	3	4
Con qué frecuencia siente que no tiene a nadie con quien hablar	1	2	3	4
Con qué frecuencia siente que no puede tolerar sentirse solo	1	2	3	4
Con qué frecuencia siente que nadie le entiende	1	2	3	4
Con qué frecuencia se encuentra a sí mismo esperando que alguien le llame o le escriba	1	2	3	4
Con qué frecuencia se siente completamente solo	1	2	3	4
Con qué frecuencia se siente incapaz de llegar a los que le rodean y comunicarse con ellos	1	2	3	4
Con qué frecuencia se siente hambriento de compañía	1	2	3	4
Con qué frecuencia siente que es difícil para usted hacer amigos	1	2	3	4
Con qué frecuencia se siente silenciado y excluido por los demás	1	2	3	4

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

SIGA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semana ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida

		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

¿Le ha ayudado alguien a rellenar el cuestionario?

¿Cuánto tiempo ha tardado en contestarlo?

¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?

Gracias por su ayuda

ANEXO 5: La Escala de Soledad de Jong Gierveld ⁽⁴²⁾.

La Escala de Soledad de De Jong Gierveld es una herramienta empleada para medir el grado de soledad que siente una persona en su vida diaria. Fue desarrollada por investigadores holandeses en la década de 1980 y se ha utilizado ampliamente en la investigación sobre la soledad en todo el mundo.

Aunque en el pasado contaba con más ítems, la versión más actualizada tiene 6, que pueden ser divididos en dos grandes grupos. Por un lado, aquellos que hacen referencia a la **soledad emocional**, que ocurre cuando se echa de menos una relación íntima y; por otro, los que miden la **soledad social**, que tiene lugar cuando se añora una red social más amplia:

Las posibilidades de respuesta son Sí / Más o menos / No, y los ítems son los siguientes:

1. Experimento una sensación general de vacío
2. Extraño tener gente a mi alrededor
3. A menudo me siento rechazado
4. Hay muchas personas en las que puedo confiar cuando tengo problemas
5. Hay muchas personas en las que puedo confiar completamente
6. Hay suficientes personas con las que me siento cercano

ANEXO 6: Escala Este II de soledad social ⁽⁴³⁾.

Factor 1: Percepción de apoyo social	Siempre	A veces	Nunca
1. ¿Tiene a alguien con quien puede hablar de sus problemas cotidianos?	0	1	2
2. ¿Cree que hay personas que se preocupan por usted?	0	1	2
3. ¿Tiene amigos o familiares cuando le hacen falta?	0	1	2
4. ¿Siente que no le hacen caso?	2	1	0
5. ¿Se siente triste?	2	1	0
6. ¿Se siente usted solo?	2	1	0
7. ¿Y por la noche, se siente solo?	2	1	0
8. ¿Se siente querido?	0	1	2
Factor 2: Uso de nuevas tecnologías	Siempre	A veces	Nunca
9. ¿Utiliza usted el teléfono móvil?	0	1	2
10. ¿Utiliza usted el ordenador (consola, juegos de la memoria)?	0	1	2
11. ¿Utiliza usted Internet?	0	1	2
Factor 3: Índice de participación social subjetiva	Siempre	A veces	Nunca
12. Durante la semana y los fines de semana ¿le llaman otras personas para salir a la calle?	0	1	2
13. ¿Le resulta fácil hacer amigos?	0	1	2
14. ¿Va a algún parque, asociación, hogar del pensionista donde se relacione con otros mayores?	0	1	2
15. ¿Le gusta participar en las actividades de ocio que se organizan en su barrio/pueblo?	0	1	2

Puntuación en soledad social: _____ puntos.