



UNIVERSIDAD DE MURCIA
ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

TESIS DOCTORAL

**INTERSECCIONALIDAD
(FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y SANITARIOS)
DE LA SOLEDAD EN ADULTOS MAYORES
DE LA REGIÓN DE MURCIA.**

D.^a Berta Claramonte Clausell

2023



UNIVERSIDAD DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

TESIS DOCTORAL

**INTERSECCIONALIDAD
(FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y SANITARIOS)
DE LA SOLEDAD EN ADULTOS MAYORES
DE LA REGIÓN DE MURCIA.**

Autor: D.ª Berta Claramonte Clausell

Director/es: D.ª María Trinidad Herrero Ezquerro



DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD

DE LA TESIS PRESENTADA PARA OBTENER EL TÍTULO DE DOCTOR

Aprobado por la Comisión General de Doctorado el 19-10-2022

D./Dña. D./Dña. Berta Claramonte Clausell

doctorando del Programa de Doctorado en

Envejecimiento y fragilidad

de la Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad Murcia, como autor/a de la tesis presentada para la obtención del título de Doctor y titulada:

INTERSECCIONALIDAD (FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y SANITARIOS) DE LA SOLEDAD EN ADULTOS MAYORES DE LA REGIÓN DE MURCIA

y dirigida por,

D./Dña. María Trinidad Herrero Ezquerro

DECLARO QUE:

La tesis es una obra original que no infringe los derechos de propiedad intelectual ni los derechos de propiedad industrial u otros, de acuerdo con el ordenamiento jurídico vigente, en particular, la Ley de Propiedad Intelectual (R.D. legislativo 1/1996, de 12 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Propiedad Intelectual, modificado por la Ley 2/2019, de 1 de marzo, regularizando, aclarando y armonizando las disposiciones legales vigentes sobre la materia), en particular, las disposiciones referidas al derecho de cita, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

Si la tesis hubiera sido autorizada como tesis por compendio de publicaciones o incluyese 1 o 2 publicaciones (como prevé el artículo 29.8 del reglamento), declarar que cuenta con:

- *La aceptación por escrito de los coautores de las publicaciones de que el doctorando las presente como parte de la tesis.*
- *En su caso, la renuncia por escrito de los coautores no doctores de dichos trabajos a presentarlos como parte de otras tesis doctorales en la Universidad de Murcia o en cualquier otra universidad.*

Del mismo modo, asumo ante la Universidad cualquier responsabilidad que pudiera derivarse de la autoría o falta de originalidad del contenido de la tesis presentada, en caso de plagio, de conformidad con el ordenamiento jurídico vigente.

En Murcia, a 10 de Septiembre de 2023

BERTA|CLARAMONTE
CLAUSELL
Fdo.: Berta Claramonte Clausell

Firmado digitalmente por BERTA|
CLARAMONTE|CLAUSELL
Fecha: 2023.09.28 21:53:53 +02'00'

Esta DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD debe ser insertada en la primera página de la tesis presentada para la obtención del título de Doctor.

Responsable:	Universidad de Murcia. Avenida teniente Flomesta, 5. Edificio de la Convalecencia. 30003; Murcia. Delegado de Protección de Datos: dpd@um.es
Legitimación:	La Universidad de Murcia se encuentra legitimada para el tratamiento de sus datos por ser necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento. art. 6.1.c) del Reglamento General de Protección de Datos
Finalidad:	Gestionar su declaración de autoría y originalidad
Destinatarios:	No se prevén comunicaciones de datos
Derechos:	Los interesados pueden ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, limitación del tratamiento, olvido y portabilidad a través del procedimiento establecido a tal efecto en el Registro Electrónico o mediante la presentación de la correspondiente solicitud en las Oficinas de Asistencia en Materia de Registro de la Universidad de Murcia

ÍNDICE

Declaración de autoría y originalidad	v
Índice	vii
Resumen	xii
Abstract	xiv
Agradecimientos	xvi
Abreviaturas	xvii

CAPÍTULO I:

INTERSECCIONALIDAD (FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y SANITARIOS) DE LA SOLEDAD EN ADULTOS MAYORES DE LA REGIÓN DE MURCIA

1. ANTECEDENTES Y REVISIÓN	1
11 Introducción.....	1
12 Importancia del problema.....	1
13 Prevalencia.....	2
14 Conceptos y definiciones.....	5
15 Cuantificación de la soledad.....	9
16 Soledad y efectos sobre la salud	12
1.6.1. Soledad y morbilidad.....	13
1.6.2. Soledad y estado de salud física.....	15
1.6.3. Soledad y estado de salud psíquica.....	22
1.6.4. Soledad y estado cognitivo	27
1.6.5. Soledad y alteraciones fisiológicas e inmunológicas.....	28
1.6.6. Soledad y uso de servicios de salud.....	29
1.6.7. Vulnerabilidad social, género, salud, cultura y soledad.....	31
17 Interseccionalidad y factores de riesgo para la soledad y aislamiento social.....	39
1.7.1. Factores de riesgo sociodemográficos	40
1.7.2. Factores de riesgo sanitario.....	46
18 Mecanismos o vías que vinculan la soledad y el aislamiento social con la salud	47
1.8.1. Mecanismos biológicos.....	47
1.8.2. Mecanismos psicológicos	48
1.8.3. Mecanismos comportamentales	49
19 Intervenciones terapéuticas.....	51
1.9.1. Prestación de asistencia sanitaria y social.....	51
1.9.2. Intervenciones de facilitación social.....	52

1.9.3. Intervenciones de ocio/desarrollo de habilidades	53
1.9.4. Terapias psicológicas	53
1.9.5. Intervenciones de amistad.....	54
1.9.6. Intervenciones con animales	54
2. HIPOTESIS DE TRABAJO Y OBJETIVOS	56
11 Hipótesis de trabajo	56
12 Objetivos generales.....	56
13 Objetivos específicos	56
3. MATERIAL Y MÉTODO	57
11 Muestra	57
12 Procedimiento.....	57
13 Medidas:	58
3.3.1. Encuesta de profundización social (sociodemográfica).....	58
3.3.2. Escala Este II de Soledad Social	58
3.3.3. Escala de Soledad de la Universidad de California en Los Ángeles, UCLA (versión 3)	58
14 Variables	59
15 Análisis de los datos	60
3.5.1. Contraste bivalente de las variables a estudio con las escalas de grado de soledad.....	60
3.5.2. Regresión logística binomial.....	60
3.5.3. Regresión logística multinomial	60
4. RESULTADOS	61
11 Estadística descriptiva	61
4.1.1. Resultados descriptivos de la muestra: Edad, Sexo, Estado civil, Convivencia, Nivel socioeconómico, Nivel de estudios, Número total de hijos, Tiempo libre, Enfermedades crónicas, Vivir en medio rural/urbano, Religioso, Participación en actividades, Deseo de actividades.....	61
4.1.2. Resultado en las pruebas de grado de soledad.	63
12 Estadística inferencial y Regresión logística	64
4.2.1. Asociación entre la edad y el sentimiento de soledad percibido según las pruebas ESTE II y UCLA	65
4.2.2. Asociación entre el sexo y el sentimiento de soledad percibido según las pruebas ESTE II y UCLA	66

4.2.3. Asociación entre el estado civil y el sentimiento de soledad percibido según las pruebas ESTE II y UCLA	67
4.2.4. Asociación entre convivencia y el sentimiento de soledad percibido según las pruebas ESTE II y UCLA	67
4.2.5. Asociación entre el nivel socioeconómico y el sentimiento de soledad percibido según las pruebas ESTE II y UCLA	69
4.2.6. Asociación entre nivel de estudios y el sentimiento de soledad percibido según las pruebas ESTE II y UCLA	70
4.2.7. Asociación entre el número total de hijos y el sentimiento de soledad percibido según las pruebas ESTE II y UCLA	71
4.2.8. Asociación entre la compañía durante el tiempo libre y el sentimiento de soledad percibido según las pruebas ESTE II y UCLA	74
4.2.9. Asociación entre padecimiento de una enfermedad crónica y el sentimiento de soledad percibido según las pruebas ESTE II y UCLA.....	75
4.2.10. Asociación entre vivir en medio rural/urbano y el sentimiento de soledad percibido según las pruebas ESTE II y UCLA	76
4.2.11. Asociación entre ser o no creyente y el sentimiento de soledad percibido según las pruebas ESTE II y UCLA	77
4.2.12. Asociación entre la participación y el deseo de participación junto con otras variables de interés	78
4.2.13. Variables con mayor influencia y capacidad predictiva para sufrir soledad	91
4.2.14. Regresión logística binomial.....	92
4.2.15. Regresión logística multinominal	94
4.2.16. Soledad en los distintos tipos de estado civil y género.....	97
4.2.17. Soledad en los distintos tipos de convivencia y género	99
4.2.18. Diferencias de género en el tercer tramo de edad (83 a 99 años) y el sentimiento de soledad	100
4.2.19. Extrapolación del nivel medio-alto de soledad en mujeres y hombres de nuestro estudio a la población de la Región de Murcia	102
13 Nivel de soledad percibida en las diferentes áreas de la Región de Murcia	103
4.3.1. Estadística descriptiva por áreas de salud	103
4.3.2. Estadística inferencial por áreas de salud	115
4.3.3. Asociación entre las áreas de salud y los distintos niveles de soledad según las escalas ESTE II y UCLA.....	134
4.3.4. Asociación entre municipios y los distintos niveles de soledad según las escalas ESTE II y UCLA	136

5. DISCUSIÓN	143
11 Discusión del método.	143
5.1.1. Validez de la metodología.	143
5.1.2. Limitaciones del estudio.	143
12 Discusión de resultados.	144
5.2.1. Prevalencia del sentimiento de soledad.	144
5.2.2. Asociación entre edad y el sentimiento de soledad	147
5.2.3. Asociación entre el sexo y el sentimiento de soledad.	149
5.2.4. Asociación entre el estado civil y el sentimiento de soledad.	153
5.2.5. Asociación entre convivencia y el sentimiento de soledad.	159
5.2.6. Asociación entre el nivel socioeconómico y el sentimiento de soledad	163
5.2.7. Asociación entre el nivel de estudios y el sentimiento de soledad.	164
5.2.8. Asociación entre el número total de hijos y el sentimiento de soledad	165
5.2.9. Asociación entre la compañía durante el tiempo libre y el sentimiento de soledad	166
5.2.10. Asociación entre el padecimiento de una enfermedad crónica y el sentimiento de soledad	168
5.2.11. Asociación entre el medio rural/urbano y el sentimiento de soledad	164
5.2.12. Asociación entre religiosidad y el sentimiento de soledad	169
5.2.13. Asociación entre la participación en actividades de ocio y el deseo de participación junto a otras variables de interés	170
5.2.14. Vulnerabilidad social, género, salud, cultura y soledad.	173
5.2.15. Variables con mayor influencia y capacidad predictiva para sufrir soledad	176
5.2.16. Nivel de soledad percibida en las diferentes áreas de la región de Murcia	180
5.2.17. Estrategias de intervención para prevenir y tratar la soledad	181
5.2.18. Resumen de resultados.	185
6. CONCLUSIONES	189

CAPÍTULO II:

SOLEDAD SUBJETIVA Y VIDA SOCIAL ACTIVA EN INDIVIDUOS CON SÍNDROME DE DOWN EN EL PERIODO POST-PANDÉMICO.

Resumen	190
Abstract.....	191
1. INTRODUCCIÓN	192
2. MATERIAL Y MÉTODOS	193
2.1. Muestra	193
2.2. Encuesta	193
2.1.1 Encuesta de profundización social (sociodemográfica).....	194
2.1.2 Escala Este II de Soledad Social.....	194
2.1.3 Escala de Soledad de la Universidad de California en Los Ángeles, UCLA (versión 3)	194
2.3. Análisis de datos:	194
3. RESULTADOS	195
4. DISCUSIÓN	199
5. LIMITACIONES.....	202
6. CONCLUSIÓN	202
ANEXOS	203
1 Escala ESTE II de soledad social.....	203
2 Escala de soledad UCLA	204
3 Tabla de prevalencia soledad.....	205
4 Tabla de revisión artículos más citados	209
5 Tabla de correlación y predictores de soledad	222
BIBLIOGRAFÍA	228

RESUMEN

Antecedentes: La soledad no deseada está siendo una lacra en la sociedad. Las consecuencias de la soledad y el aislamiento social son muy comunes en los adultos mayores, asociándose con un empeoramiento de la salud tanto física como mental. Un metaanálisis demostró que la soledad y el aislamiento social se asocian con mayor riesgo de morbilidad y mortalidad del 26% y 29%, respectivamente. Este mayor riesgo de mortalidad se asemeja al riesgo de fumar 15 cigarrillos al día o al consumo elevado de alcohol. También se ha asociado a mayor depresión y deterioro cognitivo. La soledad, sobre todo en adolescentes y mayores, se ha hecho más evidente durante la pandemia de COVID-19 por las medidas de distanciamiento social adoptadas.

Hipótesis: La prevalencia subjetiva de la soledad en personas mayores de 60 años y sus condiciones demográficas, sociales y sanitarias en la Región de Murcia son comparables a las de España y Europa.

Objetivos generales: Investigar los factores sociodemográficos y sanitarios determinantes de la soledad subjetiva en la población mayor de 60 años de la Región de Murcia, por zonas y municipios. Identificar poblaciones con mayor riesgo de soledad y buscar estrategias de intervención adecuadas para prevenirla y tratarla.

Metodología: Se trata de un estudio transversal con una muestra de 1003 participantes mayores de 60 años (edad media de 77,32 (rango: 62-99) y 70,1% son mujeres y 29,9% hombres) de la Región de Murcia y que accedieron a realizar un cuestionario durante el intervalo de tiempo entre octubre de 2021 y febrero de 2022. Las variables independientes analizadas incluyeron indicadores sociodemográficos y condiciones de salud, y la soledad se evaluó mediante las escalas ESTE II y UCLA.

Resultados: Los resultados de prevalencia de soledad a nivel medio-alto fueron 52% (ESTE II) y 47,8% (UCLA). De todas las variables independientes analizadas como la convivencia, el estado civil (viudo seguido de soltero), la edad (mayor a mayor edad), el bajo nivel de estudios, la presencia de multimorbilidades y el nivel socioeconómico medio-bajo y vivir en un espacio urbano tuvieron una correlación positiva con la soledad, siendo la ausencia de tiempo libre la variable más significativa, que incrementó 4. 24 veces (ESTE II), 3,83 veces (UCLA) el riesgo de sentirse solo, y ésta era mayor entre aquellas personas que experimentaban barreras para la vida social y se sentían solas en comparación con las que se sentían acompañadas. Es importante destacar que el porcentaje del grado alto-medio de soledad es mayor en ascendientes que sólo han tenido hijos varones, en comparación con las que tienen al menos una hija.

Conclusión: El análisis de la soledad en personas mayores de 60 años, en todos los municipios de la Región de Murcia, pone de manifiesto que la soledad está relacionada con factores sociales y de estilo de vida que afectan a personas que pasan su tiempo libre en soledad no deseada y a personas que viven en un entorno urbano con un nivel socioeconómico y educativo limitado y con alguna enfermedad crónica. Pero al incluir una dimensión de género en el análisis, los resultados indican que la mayoría de las personas que sufren soledad son mujeres mayores y sin hijas, pero el mayor riesgo de soledad es un hombre mayor que vive solo y sin pareja. Estos resultados subrayan tanto la importancia de la desagregación por sexos al examinar la soledad en la población anciana como el interés de conocer los

factores de riesgo para desarrollar programas y estrategias que prevengan el aumento de la prevalencia de soledad.

ABSTRACT

Background: Unwanted loneliness is being a scourge on society. The consequences of loneliness and social isolation are very common in older adults, being associated with worsening of both physical and mental health. A meta-analysis showed that loneliness and social isolation are associated with an increased risk of morbidity and mortality of 26% and 29%, respectively. This increased mortality risk is similar to the risk of smoking 15 cigarettes a day or heavy alcohol consumption. It has also been associated with increased depression and cognitive decline. Loneliness, especially in adolescents and the elderly, has become more evident during the COVID-19 pandemic due to the social distancing measures adopted.

Hypothesis: The subjective prevalence of loneliness in people over 60 years of age and its demographic, social and health conditions in the Region of Murcia are comparable to those of Spain and Europe.

General objectives: To investigate the sociodemographic and health determinants of subjective loneliness in the population over 60 years of age in the Region of Murcia, by areas and municipalities. Identify populations at higher risk of loneliness and seek appropriate intervention strategies to prevent and treat it.

Methods: A cross-sectional study, data are from 1,003 participants over 60 years of age (mean age of 77.32 (range: 62-99) and 70.1% were women and 29.9% men) from the Region of Murcia, Spain. The independent variables analyzed included sociodemographic indicators and health conditions, and loneliness was assessed by both the ESTE II and UCLA scales.

Results: Loneliness prevalence results to the medium-high level were 52% (ESTE II) and 47.8% (UCLA). Of all the independent variables analyzed as coexistence, marital status (widowed followed by single), age (higher at older age), low level of education, presence of multi-morbidities and low-medium socioeconomic level and living in an urban space had a positive correlation with loneliness, being the absence of expending free time the most significant variable, which increased 4.24 times (ESTE II), 3.83 times (UCLA) the risk of being lonely, which was higher among those people who experiencing barriers to social life and were feeling alone compared to those who were feeling accompanied. Importantly, the percentage of average degree of loneliness is higher in ancestors who have only had sons, when compare with those who have at least one daughter.

Conclusion: The analysis of loneliness in people over 60 years of age, in all the municipalities of the Region of Murcia, underlines that loneliness is related with lifestyle and social factors affecting people who spend their free time in unwanted solitude and people who live in an urban environment with limited socioeconomic and educational level and with some chronic illness. But when including a gender dimension in the analysis the results indicate that even if the majority of people suffering loneliness are elderly women and those without daughters, the highest risk of loneliness is an elderly man who lives alone without any partner. These findings underline both the importance of gender disaggregation in examining loneliness in

elderly population and the interest of knowing the risk factors in order to develop programs and strategies preventing the increased prevalence of loneliness.

AGRADECIMIENTOS

A lo largo de esta investigación, he recibido un apoyo infinito de mi directora de tesis y familiares. Me gustaría dar las gracias sobre todo a la Dra. María Trinidad Herrero Ezquerro, tanto por la paciencia como por la confianza que ha depositado en mí a lo largo de todos estos años. Ha sido una suerte haber tenido la oportunidad de trabajar con ella porque sin su ayuda ni orientación no hubiese sido posible concluir esta tesis.

En segundo lugar, agradecer al Dr. Antonio García Tévar que desinteresadamente me ha apoyado en todos los análisis estadísticos. Sus comentarios y revisiones exhaustivas me han sido de gran utilidad en el desarrollo de esta investigación. También a la atención de Miguel Ángel Gallego Mompeán, por estar ahí y facilitarme siempre todas las tareas.

Y finalmente agradecer a mi familia y amigos por animarme a seguir y nunca quejarse por aquel tiempo que no les he dedicado.

La soledad y el sentimiento de no ser querido es la pobreza más terrible.

Madre Teresa

ABREVIATURAS:

ACL: análisis de clases latentes

ACV: Accidente cerebrovascular

AVD: Actividades de la vida diaria

cols.: colaboradores

DI: Discapacidad intelectual

dJG: Escala de soledad de De Jong Gierveld

EA: Enfermedad de Alzheimer

ECA: Ensayo clínico aleatorizado

ECH: Encuesta Continua de Hogares

ECV: Enfermedad cardiovascular

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

CESD: Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos sobre la Depresión

e. g.: por ejemplo (*exempli gratia*)

ESTE II: Escala de Soledad Social Este II

IC: Índice de confianza

IGF-1: Factor de crecimiento insulínico tipo 1

MG: médico general

INE: Instituto Nacional de Estadística

NSE: nivel socioeconómico

OMS: Organización Mundial de la Salud

OR: Odds ratio

PAS: Presión arterial sistólica

PCR: Proteína C reactiva

SD: Síndrome de Down

SES: estatus socioeconómico

SU: Servicio de urgencias

TID: Trastornos Intelectuales y del Desarrollo

UCLA: Escala de soledad de la Universidad de California en Los Ángeles

1. INTRODUCCIÓN, ANTECEDENTES Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

1.1. INTRODUCCIÓN

La soledad, definida como un sentimiento desagradable asociado con una deficiencia en las relaciones íntimas (1) o como la discrepancia percibida entre las relaciones sociales deseadas y reales, es muy común en los adultos mayores y actualmente se considera un importante problema de salud pública (2). La soledad y el aislamiento social se han asociado con una morbilidad y mortalidad comparable a factores de riesgo establecidos como el tabaquismo, el consumo de alcohol y la obesidad (3). Además, en revisiones sistemáticas se ha encontrado que la soledad y el aislamiento social en los adultos mayores se asocia con un aumento del 50% en el riesgo de desarrollar demencia (4), un 29% de mayor riesgo de enfermedad de las arterias coronarias, un 32% de accidente cerebrovascular (5,6), y un aumento del 26% en el riesgo de todas las causas de mortalidad (7).

Durante la pandemia de COVID-19 estos problemas se han hecho más evidentes por las medidas de distanciamiento social adoptadas(8). Los profesionales de la salud pronto reconocieron las consecuencias negativas de este aislamiento y su impacto en todos los grupos de edad, pero especialmente entre los adultos mayores más vulnerables (9–11). Una mayor comprensión de las causas, efectos y posibles intervenciones de la soledad nos puede conducir a una mejor atención al paciente, así como a mejores resultados en salud y calidad de vida en las personas mayores.

Este estudio pretende analizar en la Región de Murcia aquellos factores sociodemográficos y relacionados con la salud que pueden influir en la soledad para identificar aquellos pacientes de mayor riesgo y buscar estrategias de intervención apropiadas.

1.2. IMPORTANCIA DEL PROBLEMA

Cada vez la población europea es más añosa. En España, según el Instituto Nacional de Estadística (INE) de 2022, se estima que el 20.08% de la población es mayor de 65 años y este porcentaje alcanzaría un máximo del 31,4% en torno a 2050. Dentro de este porcentaje, un 6,08% corresponde a las personas entre los 80 y los 90 años. Dentro de España las regiones más envejecidas, según los datos del INE, son Asturias, Castilla y León, Cantabria y País Vasco con más de 200 mayores por cada 100 menores de 16 años (12). A medida que pasa el tiempo, las personas mayores se van quedando solas en sus respectivos domicilios, siendo la causa principal la viudedad. Según los datos relativos a la Encuesta Continua de Hogares (ECH), publicada por el Instituto Nacional de Estadística, en España había 4.849.900 personas viviendo solas en el año 2020. De esta cifra, 2.131.400 (un 43,6%) tenían 65 o más años. Y, de ellas, 1.511.000 (un 70,9%) eran mujeres (13). En el informe de España 2020 de la Universidad de Comillas indica que el 11% de las personas encuestadas sienten soledad grave, cuando antes de la pandemia era del 5,2% y un 21% de las personas no tiene un

grupo de amigos habitual. Durante el confinamiento por la pandemia, este porcentaje ascendía al 15% en las personas mayores de 60 años. Unos 400.000 españoles mayores de 85 años viven solos y se sienten solos. Su perfil es: mujer, con rasgos de dependencia y con ingresos bajos (14).

Dentro de la Región de Murcia, según el INE y los datos de la Dirección General de Pensiones y Valoración de la Dependencia, las personas mayores de 65 años corresponden al 16,9% de la población y de ellas destaca que 8.048 viven solas, de las que más de 3.000 son atendidas por el Servicio de Ayuda a Domicilio y de Teleasistencia (15).

Dada la alta prevalencia de esta soledad no deseada en las personas mayores, se debería considerar como una prioridad en la atención médica, incluyendo la soledad y la evaluación del riesgo de soledad como parte de los antecedentes de salud de rutina en todas las personas mayores de 60 años. Desde la pandemia COVID-19 hay una mayor concienciación de este problema y se han instaurado estrategias a nivel nacional y regional en el que intentan coordinar y optimizar los recursos existentes en las políticas públicas sociales y sanitarias con el objetivo de prevenir, detectar y tratar esta problemática. Se han desarrollado proyectos de acompañamiento e intervención impulsando actividades que favorezcan las relaciones sociales, la participación social o cultural de las personas mayores, destacando la promoción de un envejecimiento activo y saludable.

1.3. PREVALENCIA

Dado que los términos “solo” y “soledad” tienen un cierto estigma social asociado a ellos, los adultos mayores pueden no admitir estar solos, y estas tasas ser en realidad más altas que las reportadas hasta ahora (16). La prevalencia de la soledad entre las personas mayores varía en los distintos estudios en función de: a) la medida de soledad utilizada, b) las poblaciones estudiadas y c) el tamaño y rango de edad de la muestra (17).

En la población mundial tanto la soledad como el aislamiento social son muy comunes. En encuestas Europeas y de EE.UU., la prevalencia de soledad varía entre el 5% y el 43% en la población mayor (18) con cifras similares en China (19) y hasta un 50% reporta sentirse solo (20). A nivel europeo se han estimado prevalencias similares en todos los países. Por ejemplo, Yang y Victor (21) compararon estimaciones de soledad en adultos mayores de 60 años en 25 países europeos ($n = 47.099$). Usando una medida de soledad de un solo ítem (es decir, “¿Cuánto tiempo se sintió solo durante la semana pasada?”), los autores estimaron que la prevalencia de soledad crónica o frecuente era más alta en los antiguos estados soviéticos, incluidos Ucrania (34,0%), Rusia (24,4%), Hungría (21,1%) y Polonia (20,1%). En el estudio de Paúl y Ribero (22) realizado en Portugal, midiendo la soledad con una pregunta directa (“¿Diría que (1) siempre se siente solo, (2) a menudo se siente solo, (3) a veces se siente solo o (4) nunca se siente solo?”), la prevalencia de la soledad en una muestra comunitaria de 1.266 personas autónomas de 50 años o más fue de 16,3% ($n = 206$). Nicolaisen y Thorsen (23) utilizando datos de una gran muestra noruega ($n = 14.743$), obtuvieron que el

30,2% de los adultos noruegos mayores de 65 años reportaron estar solos, medido por una puntuación mayor o igual a 2 en la escala de soledad de De Jong Gierveld (dJG) de 6 ítems. Otros investigadores han informado estimaciones de prevalencia similares en los países del Mediterráneo. Stessman y cols. (24) investigaron los sentimientos de soledad en una muestra representativa de residentes israelíes en Jerusalén de 70 años o más. Usando una medida subjetiva de soledad global de un solo ítem (es decir, “¿Con qué frecuencia te sientes solo?”), los autores estimaron que la prevalencia de soledad en las edades de 70, 78 y 85 años, era de 27,9 % (n = 95), 23,9 % (n = 124) y 24 % (n = 169), respectivamente.

En el informe del *National Health and Aging Trends Study* (NHATS) de 2020, previo a la pandemia, los investigadores encontraron que un 24% de residentes de la comunidad de Estados Unidos mayores de 65 años (aproximadamente 7,7 millones de personas) estaban aislados socialmente y el 4% (1,3 millones de personas) estaban gravemente aislados a nivel social (25). Usando datos del *Health and Retirement Study* (HRS) de EE.UU., Perissinotto y cols. (26), usando la versión de la Escala de Soledad de UCLA de 3-ítems (27), encontraron que el 43% de los estadounidenses de 60 años o más informaron sentirse solos. De esta muestra, el 13% informó que estos síntomas ocurrieron “a menudo”. Theeke (28), en el estudio de *Health and Retirement Study* (HRS; n = 8.932), usando una pregunta directa de un solo ítem, estimó que el 19,3% de estadounidenses adultos mayores de 65 años no institucionalizados o que vivían en la comunidad decían sentirse solos durante gran parte de la semana anterior. Finalmente, los datos comparativos de una encuesta realizada por la *American Association of Retired Persons* (AARP; n = 3.012) usando una muestra representativa del país estimó que el 25% de los encuestados mayores de 70 años que viven en comunidades estaban solos (29), medido con una puntuación igual o mayor de 44 en la escala de soledad de UCLA de 20 ítems. Kotwal y cols. (30) con la cohorte de datos de HRS estudiaron la prevalencia entre adultos mayores en los últimos cuatro años de vida obteniendo que aproximadamente el 19% experimentó aislamiento social, el 18% soledad y el 5% ambos. Otros estudios muestran tasas de prevalencia de soledad en poblaciones adultas que oscilan entre el 17% en adultos de EE.UU. (31) y más del 31,5 % en adultos mayores en Australia (32).

En los estudios realizados en Asia, las estimaciones de prevalencia de soledad en relación con la edad son similares. En China, por ejemplo, una encuesta nacional realizada en 2000 (n = 20.255) encontró que el 29,6% de los adultos mayores (de 60 años o más) informaron que “a menudo se sentían solos” (19).

En España, disponemos de pocos estudios que analicen la prevalencia de la soledad (33). Entre ellos Andrés Losada y cols. (34) hallaron que el 23,1% de personas mayores se sentían solas, siendo el 17,1% los que se sentían solos a veces y el 6 % a menudo. Velarde-Mayol y cols. (35) hallaron que el 22,3% de la población anciana (edad media 70,7 años) viven solos, siendo fundamentalmente por la pérdida del cónyuge (61,7%) y correspondiendo el 82,7% a mujeres. Además, el 63,2% refieren sentirse solos. Sánchez-Rodríguez (36) halló tasas de soledad de un 58,7%, el 42% de la muestra informó de niveles bajos de soledad, mientras que el 16,8% sufría soledad moderada o grave. En el estudio de Yanguas (37) con una muestra de 1.688 personas mayores de 20 años, en ocho ciudades españolas, encontraron porcentajes de “riesgo”

de aislamiento social cercanos al 39,8% de la población y tasas de soledad cercanas al 24% que variaban según diversas variables sociodemográficas. Domènech-Abella (38), con una muestra de Sant Boi de Llobregat (Barcelona) de 1.124 adultos de 50 años o más, la prevalencia fue del 10,2%, que es relativamente constante con otro estudio de la población española que mostró una prevalencia del 13,1% (39).

En una revisión sistemática reciente, Chawla y cols. (40), presentan las estimaciones de prevalencia de la soledad entre las personas mayores en países con altos ingresos. La prevalencia estimada de soledad fue del 28,5% (IC del 95%: 23,9% - 33,2%), lo que sugiere que aproximadamente 1 de cada 4 adultos mayores de 60 años experimentan, al menos parte del tiempo, cierto grado de soledad. En los estudios que informaron la gravedad de la soledad, la prevalencia combinada fue del 25,9% (IC del 95%: 21,6% - 30,3%) para la soledad moderada y del 7,9% (IC del 95%: 4,8% - 11,6%) para soledad severa ($z = -6,1$, $p < 0,001$). Es decir, una proporción menor de personas, de alrededor de 1 de cada 12, experimenta soledad severa y aproximadamente 1 de cada 4 soledad moderada. No había ninguna sugerencia de que la soledad es más común en personas mayores de 75 años que en aquellas de 65 a 75 años. Sin embargo, hay evidencia de que la prevalencia de soledad es más baja en los países del norte de Europa y más alta en los países del Mediterráneo y Europa del Este. Las cifras en los países europeos oscilaron entre 11,6% a 56,0%. Los estudios norteamericanos informaron de 19,3 % a 32,0 %; Israel de 17,9% a 38,1%, Nueva Zelanda de 9,6% a 52% y Singapur de 55%. Parte de esta variación puede deberse a las diferencias en los puntos de corte de las mediciones de soledad, los métodos de recolección de datos y el tamaño de muestra (Anexo 3).

También se ha realizado un metaanálisis para examinar las tendencias temporales de la soledad en los países de todo el mundo con las estimaciones de prevalencia dentro de las regiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para estudiar los datos, las lagunas y los patrones de prevalencia de la soledad (41). La prevalencia más baja de soledad se observó sistemáticamente en los países del norte de Europa (2,9%, del 1,8% al 4,5% para los adultos jóvenes; 2,7%, del 2,4% al 3% para los adultos de mediana edad; y 5,2%, del 4,2% al 6,5% para los adultos mayores) y la más alta en los países del este de Europa (7,5%, del 5,9% al 9,4% para los adultos jóvenes; 9,6%, del 7,7% al 12,0% para los adultos de mediana edad; y 21,3%, del 18,7% al 24,2% para los adultos mayores). Observando que una proporción sustancial de la población de muchos países experimenta niveles problemáticos de soledad, con diferencias sustanciales en la cobertura de los datos entre los países de renta alta (especialmente Europa) y los países de renta baja y media lo que plantea una importante cuestión de equidad (41).

En la literatura generalmente el método típico para calcular las tasas de prevalencia de soledad se realiza considerando la soledad como un constructo unidimensional. En el estudio de Hyland y cols. (42) objetivan que el 17,1% de los adultos estadounidenses de 18 a 70 años habrían sido clasificados como solitarios. Sin embargo, al utilizar un análisis de clases latentes (ACL) indicaron que la soledad no era unidimensional por naturaleza. Identificaron cuatro clases de soledad que variaban cuantitativa y cualitativamente: "baja" (52,8%), "social" (8,2%), emocional" (26,6%) y "social y emocional" (12,4%). La clase "social y emocional" se caracterizaba por los

niveles más altos de malestar psicológico, seguida de la clase "emocional". La clase de soledad "social" tenía puntuaciones de salud mental similares a las de la clase "baja". Observando que la soledad "social" y la "emocional", diferían cualitativamente entre sí. Estos resultados no sólo apoyan la teoría de Weiss (43) y Russell y cols. (44), sino que también indicaron que clasificar a los individuos como solitarios en función de una puntuación de corte concreta puede ser erróneo dado que no se reconocen los subtipos naturales de soledad. Según los resultados de los ACL aproximadamente uno de cada ocho adultos estadounidenses (12,4%) se caracterizaba por la presencia simultánea de soledad social y emocional. Este grupo tenía unos niveles más altos de malestar psicológico, trastorno depresivo mayor (TDM) y trastorno de ansiedad generalizada (TAG), reflejando mayor morbilidad psiquiátrica. Además, aproximadamente uno de cada cuatro adultos estadounidenses de entre 18 y 70 años (26,6%) se caracterizaban exclusivamente por experimentar soledad emocional.

Existe la percepción de que la soledad ha aumentado en las últimas décadas (18) y sobre todo se . Las posibles causas son cambios en los tipos de convivencia, un aumento de personas que viven solas, familias más pequeñas, la pérdida de recursos comunitarios como bibliotecas y la llegada de Internet. Sin embargo, los análisis de estudios transversales repetidos en el Reino Unido (1946 a 1999) (45), y Suecia (1994 a 2014) (46) sugieren que la prevalencia de la soledad se ha mantenido estable a lo largo del tiempo. En cambio, tras la pandemia por COVID-19, muchos países han notificado un aumento de la prevalencia de la soledad y el aislamiento social de la población general (47) y especialmente en los adultos mayores. (48). La elevada prevalencia de la soledad y el aislamiento social está parcialmente asociada a diversas medidas de control de la salud pública (49). Se han hecho varios estudios examinando el impacto sobre la soledad y/o el aislamiento social y la importancia de factores de riesgo específicos (50–55). Durante la pandemia COVID-19, la prevalencia de la soledad severa fue del 21% en comparación con un 6% de soledad grave antes de la pandemia registrada en informes retrospectivos. Una quinta parte referían aislamiento social y menos contactos sociales, y el 13% informó de un aumento sustancial del aislamiento durante la pandemia. COVID-19 (56).

En general, a pesar de la naturaleza heterogénea de las medidas, los tamaños de las muestras y las edades, la prevalencia de la soledad en los adultos mayores es suficientemente alta como para justificar la preocupación del problema y desarrollar intervenciones o programas adecuados para su tratamiento y prevención.

1.4. CONCEPTOS Y DEFINICIONES

El concepto de soledad utilizado en los medios tiene diversas acepciones. En ocasiones se equipara únicamente al aislamiento social y se relaciona con la vulnerabilidad social (57,58). Recientemente, en la revisión realizada por el *National Academy of Science, Engineering, and Medicine Committee* (59), se reconoció una distinción clara entre estos términos. El **aislamiento social** se define comúnmente como tener un contacto bajo con los demás tanto en cantidad como en calidad. Es objetivo y se puede medir usando observaciones de la red social del individuo (60). La **soledad** es el sentimiento de aislamiento independientemente del tamaño objetivo de la red social.

La soledad se ve a menudo como la contrapartida subjetiva del aislamiento social. La **vulnerabilidad social** se refiere al grado por el cual la situación social de uno lo deja más susceptible a problemas sociales o relacionados con la salud y puede ayudar a explicar cómo ciertas circunstancias se relacionan con la salud (61). Así, se ha desarrollado el Índice de Vulnerabilidad social en el que se incluyen variables como el estatus socioeconómico, las relaciones, los apoyos, la educación y los eventos de la vida (61).

La **soledad** se ha definido de distintas formas siendo la más aceptada como el estado aversivo que se experimenta cuando existe una discrepancia entre las relaciones interpersonales que uno desea tener, y las que uno percibe que tiene actualmente (62). En esta definición destaca el carácter afectivo de la soledad, siendo una experiencia emocionalmente desagradable. Pero también enfatiza en el elemento cognitivo. Es decir, que la soledad requiere la percepción de que el propio entorno social y las relaciones no están a la altura de algunas expectativas (63). Es decir, existen diversos enfoques de la soledad como son el cognitivo, el afectivo y el social. Aunque la mayoría de autores estudian la soledad como un fenómeno multidimensional que varía en intensidad según las causas y circunstancias, otros le dan un enfoque unidimensional. Russell y cols. (64,65) consideran que la soledad se puede conceptualizar como una entidad unidimensional y asumen que la experiencia de la soledad es la misma en todas las circunstancias y causas. Por ejemplo, la soledad de un soldado sería la misma por los seres queridos que ha dejado en casa que la producida tras una ruptura sentimental. En cambio, Weiss (43) sugirió que hay dos tipos de soledad que pueden coexistir u ocurrir de forma independiente: la soledad social y la soledad emocional. La soledad social ocurre en ausencia de una red social atractiva, siendo causada por la falta de integración y arraigo social (66). Este tipo de soledad puede, por ejemplo, experimentarse después de un traslado a otra ciudad y podría resolverse mediante la adquisición de nuevos contactos. La soledad emocional surge de la pérdida o ausencia de un apego emocional cercano (cónyuge, hijo o amigo). De acuerdo con la teoría del apego de Bowlby (67), la ausencia o pérdida de una figura de apego sólo puede ser sustituida por otro vínculo íntimo o cercano y las amistades de apoyo o de contacto social no pueden compensar dicha pérdida. La distinción entre soledad emocional y social es particularmente relevante para los estudios entre personas mayores porque, debido a la muerte de familiares y amigos, la probabilidad de tener o encontrar una figura de apego íntima disminuye con la edad, y por tanto, la incidencia y prevalencia sobre todo de la soledad emocional se incrementa (68). Las conceptualizaciones anteriores de soledad no incluyen un componente temporal ni se refieren a la frecuencia o gravedad de la experiencia en sus definiciones. La duración, la frecuencia y la gravedad de la experiencia son de vital importancia para poder diferenciar la soledad normal de la patológica. Los sentimientos de soledad pueden ser persistentes o de corta duración. Los sentimientos transitorios de soledad a menudo están determinados por una situación determinada y son similares a los síntomas depresivos experimentados tras una reacción de adaptación. Sin embargo, los sentimientos de soledad crónicos o más severos pueden ser motivo de preocupación (69).

Dentro del enfoque cognitivo, teniendo en cuenta los valores, normas y estándares que prevalecen en la vida personal y en la sociedad en la que está involucrada una persona, Jong Gierveld (1) desarrolló la siguiente definición: “La

soledad es una situación vivida por el individuo como una falta desagradable o inadmisible de (calidad de) ciertas relaciones”. Incluye situaciones en las que el número de relaciones existentes es menor de lo que se considera deseable o admisible, así como situaciones en las que la intimidad que uno desea no se ha realizado. Así, se considera que la soledad involucra la forma en que la persona percibe, experimenta y evalúa su aislamiento y la falta de comunicación con otras personas. Esta definición de soledad también conceptualiza la soledad como un fenómeno multidimensional. Se distinguen tres dimensiones (70): a) La primera se refiere a los sentimientos asociados a la ausencia de un vínculo íntimo, sentimientos de vacío o abandono. Este componente llamado de "privación" es el núcleo central del concepto. b) El segundo componente se refiere a la perspectiva temporal (es decir, como interpretan las personas su situación de soledad si es irreversible o tratable o si culpan a los demás o a sí mismos por la situación en la que se encuentran). c) El tercer componente involucra diferentes aspectos emocionales como pena, tristeza y sentimientos de vergüenza, culpa, frustración y desesperación. Debido a la connotación emocional negativa del fenómeno de soledad y el estigma social, las personas con deficiencias en sus relaciones no siempre admiten que se sienten solas.

El **aislamiento social** se ha definido como un estado objetivo de tener un contacto social mínimo con otras personas, mientras que la soledad refleja un estado subjetivo de falta de afecto y deseo de cercanía a una persona íntima o significativa (es decir, soledad emocional) o a amigos cercanos y familia (es decir, soledad social). Además, aunque a veces la soledad se considera sinónimo de vivir solo, la soledad y vivir solos son categorías relacionadas, pero no superpuestas. Por ejemplo, la investigación con adultos mayores demuestra que vivir solo no necesariamente es indicativo de soledad, y muchos de los que viven solos tienen contacto social frecuente y participación social activa en organizaciones comunitarias (71). De manera similar, los investigadores han distinguido la soledad de la experiencia de estar solo. Esta última refleja un estado de aislamiento social que implica un distanciamiento voluntario de la red social, mientras que la soledad es involuntaria y está más estrechamente asociada con déficits en la calidad percibida de la propia red social (57).

Otros conceptos que pueden influir en la soledad son la vulnerabilidad social y la interseccionalidad. La **vulnerabilidad social** se refiere al grado por el cual la situación social de uno lo deja más susceptible a problemas sociales o relacionados con la salud y puede ayudar a explicar cómo ciertas circunstancias se relacionan con la salud (61). Está relacionada directamente con la exclusión social y la pobreza, situaciones de debilidad, de precariedad en la inserción laboral y de fragilidad en los vínculos sociales, que vienen dadas por razón de edad, sexo, estado civil, nacionalidad u origen étnico. Los adultos mayores presentan cambios en su vida social durante el envejecimiento, lidiando con varias adaptaciones sociales relacionadas con la edad. Es decir, otros factores distintos a las necesidades sociales contribuyen en la disminución funcional de los ancianos (72). La **interseccionalidad** es la interacción entre dos o más factores sociales que definen a una persona. El término fue acuñado por Kimberle Crenshaw y se remonta a los estudios feministas sobre las mujeres negras y las críticas a los prejuicios raciales (73–75). Desde el punto de vista de la interseccionalidad, los seres humanos están formados por la interacción de múltiples factores como la identidad de género, la raza/etnia, la ubicación geográfica, la clase social o incluso la edad que no afectan de

forma separada a las personas. Al contrario, estos factores se combinan de distintas formas, generando desigualdades (o ventajas) diversas (75). En otras palabras, podría reflejar mejor la naturaleza dinámica de las experiencias de los individuos y las interacciones con el contexto social (73), dado que se tiene en cuenta las experiencias de las poblaciones marginadas y puede ser útil para el desarrollo de intervenciones y programas de promoción de la salud (76). Por ello, dado el potencial de la interseccionalidad para identificar las causas de las desigualdades, existe una creciente tendencia a aplicarlo en el campo de la salud. La interseccionalidad se basa en los principios que probablemente desafiarán y transformarán las relaciones de poder, obligando a los sistemas de salud a ser responsables de las inequidades en salud (73). Estos principios centrales incluyen: i) las vidas humanas no se pueden reducir a características únicas; ii) las experiencias humanas no pueden ser entendidas con precisión al priorizar un solo factor o grupo de factores; iii) categorías sociales tales como raza/etnia, género, clase, sexo y capacidad son construidos socialmente y son flexibles; iv) las ubicaciones sociales son inseparables y están formadas por interacciones, procesos y estructuras sociales que se construyen mutuamente, que, a su vez, están moldeados por el poder y están influidos por el tiempo y el lugar; y iv) la promoción de la justicia social y la equidad es primordial (75).

Como se ha definido, la soledad es una experiencia resultante de una discrepancia percibida entre las relaciones sociales esperadas y las reales (77,78). Aunque en general se considera que esta discrepancia es el "mecanismo central" de la soledad, las investigaciones e intervenciones no han abordado suficientemente lo que los adultos mayores esperan específicamente de sus relaciones sociales. La investigación sobre la soledad de los adultos mayores dentro de las teorías más amplias del desarrollo a lo largo de la vida, se ha propuesto un marco teórico que esboza seis expectativas clave en cuanto a las relaciones sociales, basado en la investigación de la psicología, la gerontología y la antropología: i) disponibilidad de contactos sociales, ii) recibir atención y apoyo, iii) intimidad y comprensión, iv) disfrute e intereses compartidos, v) generosidad y solidaridad, vi) comprensión y ser respetado y valorado. Por tanto, a lo largo de la vida se requiere que se preste atención a los efectos de los factores contextuales (por ejemplo, la cultura, las limitaciones funcionales, los cambios en la red social) de las expectativas específicas de los adultos mayores. (79)

La OMS ha destacado la importancia de abordar la soledad como prioridades dentro de la iniciativa de las Naciones Unidas y ha definido el envejecimiento saludable destacando cinco dominios de capacidad funcional: i) satisfacer las necesidades básicas, ii) tomar decisiones, iii) tener movilidad, iv) establecer y mantener relaciones y v) contribuir a la sociedad. Se ha intentado elaborar un índice de envejecimiento saludable obteniendo que la movilidad, la creación y el mantenimiento de relaciones, y el aprendizaje, el crecimiento y la toma de decisiones se asociaron significativamente con una menor soledad entre los participantes (80). Aunque sabemos que el aislamiento social y la soledad son peores para las personas mayores más pobres y socialmente desfavorecidas, la base empírica existente carece de detalles sobre cómo adaptar las intervenciones a estas personas socialmente desfavorecidos (81). Mejorar las expectativas de las relaciones sociales podría ser la base de futuras investigaciones e intervenciones sobre la soledad en una población heterogénea que envejece (68). Esto las convertiría en el primer recurso de los responsables políticos a la hora de combatir el

aislamiento social y la soledad (81). Los responsables políticos están interesados en los factores que pueden influir en la eficacia en toda la población y en si las intervenciones promueven la equidad sanitaria (82). Los factores contextuales, como vivir en un entorno de escasos recursos, pueden dar lugar a diferencias en el acceso a la atención y a una distribución desigual de los determinantes sociales de la salud que contribuyen a las desigualdades subyacentes en salud. Las inequidades sanitarias se definen como diferencias innecesarias y evitables en la salud por factores de estratificación social que son injustas (83). Estos hallazgos ayudarían a los profesionales sanitarios a proporcionar una atención centrada en el paciente a la hora de identificar sus capacidades y necesidades integrales. (80) pero la falta de consideraciones de la equidad sanitaria en las revisiones sistemáticas es un obstáculo para su uso en la toma de decisiones (84).

1.5. CUANTIFICACIÓN DE LA SOLEDAD

Las medidas de soledad, por definición, generalmente se basan en informes subjetivos, existiendo muy diversas escalas con diferentes propiedades (Tabla 1). Las medidas de autoinforme, por su propia naturaleza, capturan sólo la experiencia declarada públicamente de soledad, que puede diferir del sentimiento real que uno siente en privado. La evaluación de la soledad se mide comúnmente ya sea utilizando escalas unidimensionales con un solo ítem o con enfoques multidimensionales. Las preguntas de soledad de un solo ítem, como las que se encuentran en las versiones más largas de la escala del Centro de Estudios Epidemiológicos sobre la Depresión (CESD), se pregunta a los encuestados “¿Se siente solo?”, son las medidas de soledad más comunes y ampliamente utilizadas. Aunque son válidas y adecuadas para estudios basados en la población a gran escala, es probable que el uso de medidas directas de un solo ítem resulte en una menor notificación debido al estigma asociado a ser identificado como solitario (16,85). Sin embargo, su simplicidad también es una debilidad. La pregunta supone una comprensión del concepto de soledad por parte de los pacientes y participantes, cuando es probable que la naturaleza y el significado del concepto varíen entre diferentes grupos de personas y con el tiempo. El uso de un instrumento de autoinforme de un solo ítem tampoco logra diferenciar entre la soledad emocional o social y los aspectos y características de la experiencia. A la hora de realizar acciones o tratamientos para la soledad, conocer el “tipo” de soledad puede ser importante para el éxito de la intervención (68).

Se han desarrollado escalas multidimensionales para medir la soledad utilizando cuestionarios. Entre las más comunes y ampliamente utilizadas se encuentran la Escala de Soledad de la Universidad de California en Los Ángeles (UCLA) (64) y la Escala de soledad de De Jong Gierveld (dJG) (86). A diferencia de las medidas directas de soledad de un solo ítem, estas escalas consisten en ítems que excluyen cualquier referencia a la soledad para reducir el sesgo de respuesta. La Escala de soledad de UCLA de 20 ítems (64) es el instrumento de soledad más utilizado, y preferido tanto por los investigadores como por los profesionales clínicos. Fue desarrollada para evaluar la satisfacción con las relaciones sociales. Los ítems de la Escala de soledad de UCLA evalúan los sentimientos subjetivos de soledad de una persona (por ejemplo, “¿Con qué frecuencia siente que hay personas que realmente no lo entienden?”, “¿Con

qué frecuencia siente que sus relaciones con los demás no son significativas?” y “¿Con qué frecuencia sientes que ya no estás cerca de nadie?”). Esta escala mide la soledad como un fenómeno unitario independientemente de la razón que lo haya causado (68). Cabe señalar también que la escala no especifica un marco de tiempo para los encuestados. Se dispone de una versión validada al español (87) y más recientemente, se ha desarrollado una versión abreviada de 3 ítems para su uso en encuestas a gran escala (27).

A diferencia de la escala de soledad de UCLA, se han desarrollado otras escalas (escala de De Jong-Gierveld (dJG) (86), escala de soledad emocional frente a social de Wittenberg (88), escala de soledad emocional y social de Russell (44) y escala de soledad social y emocional para adultos (89)) que pueden medir la soledad social y emocional. En la escala de De Jong-Gierveld (86), ampliamente utilizada en Europa, se identifican tres dimensiones de la soledad: intensidad, perspectiva temporal y características emocionales con ítems como “Experimento una sensación general de vacío” y “Hay suficientes personas con las que me siento cercano”. Mientras que la soledad emocional implica la ausencia de un vínculo íntimo (pareja, hermano, confidente cercano), la soledad social refleja la ausencia de una comunidad o red social más amplia (amigos, compañeros de trabajo y vecinos). Los ítems de soledad social que se encuentran en la escala de De Jong-Gierveld (dJG) (por ejemplo, “Siempre hay alguien con quien puedo hablar sobre mis problemas cotidianos”; “Hay suficientes personas con las que me siento cercano”) son paralelos con los ítems de la escala UCLA (p. ej., “No tengo con quién hablar”; “Ya no estoy cerca de nadie”). Ninguna de las escalas establece un marco de tiempo para las respuestas de los ítems. Finalmente, aunque tanto la escala de soledad de UCLA como la escala dJG conceptualizan la soledad como subjetiva, difieren en que ven la soledad principalmente como una construcción global unidimensional (UCLA) o como un fenómeno multifacético con componentes sociales y emocionales separados (dJG). En general, la evidencia disponible respalda la necesidad de realizar más investigaciones de medición con adultos mayores que aborden la dimensionalidad de las escalas UCLA y dJG.

Es de destacar que la “Escala de soledad emocional versus social de Wittenberg” (88) y la “Escala de soledad social y emocional para adultos” (89) están moderadamente correlacionadas con la escala de UCLA con las subsecciones que miden la soledad social. La Escala diferencial de soledad (DLS) (90) identifica áreas y dimensiones específicas de las relaciones en las que se puede experimentar la soledad y mide el grado en que una persona está satisfecha o insatisfecha con cada una de las cuatro relaciones sociales específicas: romántico, sexual, amistad, y relaciones con la familia o la comunidad.

La Escala de Soledad Social Este II pretende ser la continuidad de la Escala Este I, creada en 1999 por Rubio y Aleixandre (91) a través de un proyecto de Investigación entre la Universidad de Granada (Gabinete de Calidad de Vida y Envejecimiento) y el IMSERSO durante el año 2009, y recientemente revisada y actualizada (92). La Escala Este I mide cuatro factores (soledad conyugal, soledad familiar, soledad existencial y soledad social), mientras que la Escala Este II se centra en profundidad en el factor de Soledad Social es decir intenta analizar la percepción que tiene el sujeto del contenido social y la vivencia que él mismo experimenta. Se divide en tres factores: (1).

Percepción del apoyo social, (2). Uso de las nuevas tecnologías y (3). Índice de participación social. Consta de 15 ítems y cada ítem es calificado por cuatro alternativas (Nunca, Rara vez, A menudo y Siempre).

Cuando se trata de decidir si usar la “medida de autoinforme de pregunta única” o uno de los instrumentos de soledad, es importante considerar qué es lo que se desea evaluar sobre la experiencia de soledad. Si es simplemente para medir la prevalencia de la soledad, entonces la pregunta única de autoinforme puede ser suficiente. Sin embargo, si el tipo de soledad que padece la persona es importante porque se están considerando intervenciones terapéuticas, entonces es más adecuada una escala que evalúe los tipos de soledad. En un entorno de atención primaria donde el tiempo suele ser limitado, el uso de la “pregunta única” ahorra tiempo e identificará a las personas que experimentan soledad y alertará al médico sobre un problema potencial que debe investigarse. En clínicas de psiquiatría o entornos de investigación, las escalas de soledad se pueden utilizar para caracterizar la calidad de la soledad con más detalle.

Tabla 1.1. Escalas de soledad y sus propiedades.

Nombre de la escala	Autores y Año	Descripción	Propiedades psicométricas
Escala diferencial de soledad	Schmidt y Sermat (1983) (90)	Escala de verdadero-falso de sesenta ítems dividida en cuatro subescalas: soledad romántica, amistad, familia y grupo grande.	Alta consistencia interna a $> 0,89$ con estimaciones de subescala por encima de 0,70.
Escala de calificación de soledad	Scalise y cols. (1984) (93)	La escala Likert de cuarenta adjetivos evalúa cuatro dimensiones de diez ítems: agitación, abatimiento, agotamiento y aislamiento.	Altas consistencias internas para las cuatro subescalas ($0.82 < \alpha < 0.89$).
Escala de soledad emocional y social de Russell	Russell y cols. (1984) (44)	Elementos individuales, cada uno de los cuales consiste en una descripción de dos oraciones de un tipo de soledad (emocional o social) seguido de una escala de nueve puntos.	No se informaron datos de consistencia interna debido a la singularidad del artículo. Los autores informan una relación no significativa entre las puntuaciones de los ítems.
Escala de de Jong-Gierveld	de Jong-Gierveld (1987) (86)	Escala de once ítems: seis ítems evalúan la soledad emocional mientras que los otros cinco evalúan la soledad social.	Coefficiente α entre 0,7 y 0,76 para la escala de seis ítems. Correlación entre la escala de seis ítems y la escala de 11 ítems muy alta entre 0,93 y 0,95.

Escala de soledad emocional vs social de Wittenberg	Shaver y Brennan (1991) (77)	Escalas tipo Likert de cinco ítems para evaluar la soledad social y emocional.	Buenas consistencias internas para ambas subescalas ($\alpha = 0,78$ y $0,76$ respectivamente). Las dos Escalas estuvieron moderadamente correlacionadas ($r = 0.44$).
Escala de Soledad Social y Emocional para Adultos	DiTommaso y Spinner (1993, 1997) (89)	Escala Likert de treinta y siete ítems de siete puntos. Dividido en subescalas que miden la soledad romántica, familiar y social.	Consistencia interna de 0,89. Intercorrelaciones de subescala moderadas.
Escala de soledad de UCLA	Russell (1996) (64)	Escala de 20 ítems, cada ítem calificado de 1 (nunca) a 4 (frecuentemente).	Alta consistencia interna $\alpha = 0.92$. Buena fiabilidad de la prueba ($r = 0,73$ después de 12 meses).
Escala ESTE II	Pinel y cols. (2009) (92)	Se divide en tres factores: 1. Percepción del apoyo social, 2. Uso de las nuevas tecnologías y 3. Índice de participación social. Cada ítem calificado por cuatro alternativas (Nunca, Rara vez, A menudo y Siempre).	Fiabilidad de 0,72. Consta de 15 ítems con un Alfa de Cronbach de 0,72

1.6. SOLEDAD Y EFECTOS SOBRE LA SALUD

Mientras que los factores intrínsecos como la genética, las condiciones médicas y la fragilidad contribuyen a la salud, hay un creciente reconocimiento de que los determinantes sociales también tienen efectos sobre la salud (94). La soledad se ha definido, desde hace tiempo, como una experiencia negativa asociada con problemas físicos, psicológicos y sociales (95–97). Y cada vez existen más evidencias de que las personas que se sienten solas o socialmente aisladas tienen un mayor riesgo de problemas de salud física y mental, así como mayor uso de los servicios de salud, aunque la relación causal no se ha establecido completamente (Figura 1.1).

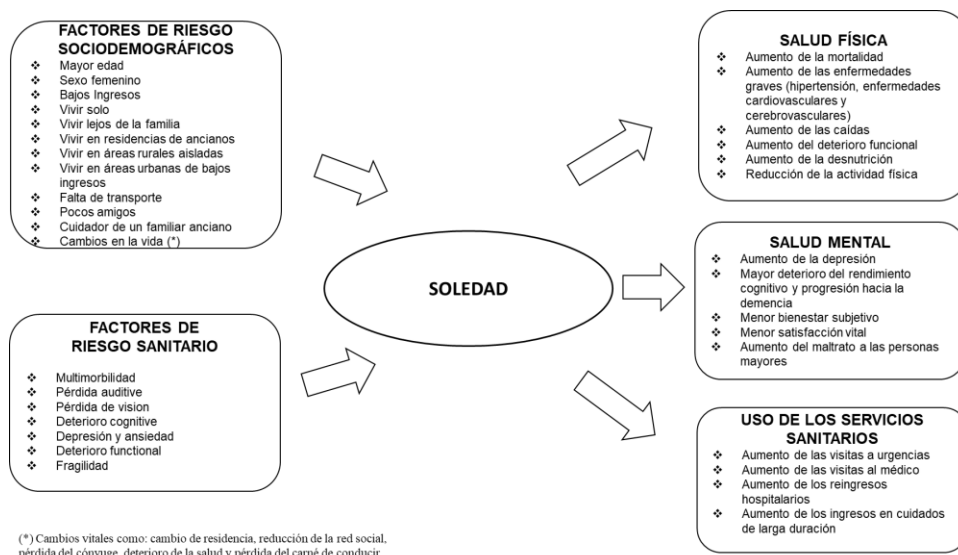


Figura 1.1: Causas y consecuencias de la soledad y el aislamiento social.

Datos procedentes de: Freedman (94); Keefe y cols. (60), Andrew y cols. (61), Menec y cols. (98), Holt-Lunstad y cols. (6), Kuiper y cols. (4), Eng y cols. (99), Mistry y cols. (100), Faulkner y cols. (101), Mendes de Leon y cols. (102) y Mick y cols. (103).

1.6.1. SOLEDAD Y MORBIMORTALIDAD

La soledad ha sido identificada como un predictor indirecto de mortalidad en personas mayores a través de vínculos con enfermedades crónicas y comportamientos frente a la salud (104), así como un predictor independiente de mortalidad (69,105). El riesgo asociado con el aislamiento social y la soledad es comparable con factores de riesgo de mortalidad bien establecidos tales como la actividad física, la obesidad, el abuso de sustancias y la salud mental. Un metaanálisis demostró que la soledad y el aislamiento social estaban asociados a un 26% y 29% de mayor riesgo de morbilidad y mortalidad, respectivamente (106). Este mayor riesgo de mortalidad es en la misma categoría que fumar 15 cigarrillos al día y tener un consumo elevado de alcohol. Además, el riesgo para la salud de la soledad superó a los asociados con la obesidad (106). Los medios de comunicación han difundido este hallazgo con el pegadizo titular “la soledad es el nuevo hábito de fumar” (94).

A edades más avanzadas, la soledad también es un factor de riesgo importante para la morbilidad tanto psicológica como física. Cacioppo y cols. (107) encuentran datos de morbilidad significativos en los adultos por la soledad que incluyen síntomas depresivos, alteraciones en la salud física, y limitaciones funcionales. De hecho, la evidencia indica que la soledad está asociada a un amplio número de alteraciones en la salud de las personas mayores, incluso después de ajustar los índices objetivos del aislamiento social. Por ejemplo, independientemente de las características objetivas de las relaciones sociales (número y frecuencia de contactos, presencia y proximidad de cuidadores), la soledad se ha asociado con deterioro del funcionamiento diurno, reducción de la actividad física, menor bienestar subjetivo y peor salud física. Además, más allá de asociaciones transversales, se ha demostrado que la soledad predice prospectivamente a un aumento de la sintomatología depresiva, mayor deterioro del rendimiento cognitivo y progresión a demencia, mayor probabilidad de ingreso en un

asilo de ancianos y aumento de múltiples enfermedades (p. ej., hipertensión, cardiopatías y accidentes cerebrovasculares en personas mayores) (107,108).

Para evaluar las asociaciones entre tanto la soledad como el aislamiento social y la mortalidad, se han realizado revisiones sistemáticas y metaanálisis (3,7,109,110). Varios investigadores han informado tasas más altas de mortalidad entre adultos mayores solitarios (26,111–113). Sin embargo, en todos los estudios, los hallazgos son mixtos en cuanto a si la soledad predice de forma independiente el riesgo de mortalidad después de ajustar el estado inicial de salud, los comportamientos de salud, la depresión y el aislamiento social. Por ejemplo, Steptoe y cols. (114) examinaron los efectos del aislamiento social (evaluado en términos de contacto con familiares y amigos y participación en organizaciones) y soledad (medida con la Escala de Soledad de UCLA abreviada) en la supervivencia de una muestra nacional de 6.500 hombres y mujeres mayores (de 52 años o más) que participaron en el *English Longitudinal Study of Ageing* (ELSA). Los hallazgos revelaron que tanto el aislamiento como la soledad estaban asociados con una mayor mortalidad; sin embargo, luego de los ajustes por factores demográficos, socioeconómicos y de salud, solo el aislamiento social continuó prediciendo significativamente la supervivencia. Por el contrario, un metaanálisis de 70 estudios prospectivos independientes realizados entre 1980 y 2014, con un total de 3.407.134 participantes, encontró que después de tener en cuenta múltiples covariables (p. ej., edad, género, nivel socioeconómico, estado de salud, actividad física, fumar), la mayor probabilidad de mortalidad prematura fue del 26% para la soledad informada, del 29% para el aislamiento social y del 32% para vivir solo, respectivamente (7). En un estudio reciente, Jensen y cols. (115) siguieron durante 32 años a la muestra de *The Copenhagen Male Study* compuesta por 3.346 hombres con una edad media de 62,9 años. Durante el seguimiento, el 89,4% de la población falleció, siendo el 38,9% por causas cardiovasculares. Concluyendo que vivir solo (9,6%) fue un factor de riesgo independiente para todas las causas de mortalidad y para la mortalidad cardiovascular en particular. Por tanto, vivir solo y el sentimiento de soledad se han asociado de forma independiente con un mayor riesgo de mortalidad (116). Estos factores pueden ser útiles como medidas psicosociales fácilmente disponibles para identificar la vulnerabilidad en adultos mayores que viven en la comunidad. Pueden existir varias formas de aislamiento social (p. ej., objetivo y subjetivo) que tienen distintos efectos sobre la salud, pero, hasta la fecha, el trabajo empírico no permite extraer inferencias sólidas sobre su importancia relativa para la mortalidad adulta. En particular, en los estudios de investigación, el tamaño general del efecto de la soledad en la mortalidad es difícil de cuantificar debido a la falta de medidas uniformes de soledad, las diferencias en la inclusión de controles y el uso de procedimientos analíticos que ignoran el tiempo de supervivencia y los datos censurados (111).

También se ha visto que pueden existir diferencias de género en la asociación entre la soledad y un mayor riesgo de mortalidad. La soledad muestra un efecto perjudicial para la mortalidad por todas las causas y este efecto es ligeramente más fuerte en hombres que en mujeres (109) y se asocia a un estilo de vida menos saludable en los individuos solitarios (117–120), así como una mayor proporción de hipertensión, cardiopatías y diabetes (121). Así, Christiansen y cols. (122) descubrieron que la soledad en las mujeres está asociada más a una mala salud, como la diabetes, que en los hombres solitarios, y que los mediadores de las enfermedades cardiovasculares son

diferentes en hombres y mujeres (104). En cambio, Henriksen y cols. (121) evaluaron la asociación entre la soledad y la mortalidad, incluidas las asociaciones con el sexo, en 1.363 adultos suecos. Encontrando que la muerte se produjo con una tasa de incidencia de 2,63 por 100 personas-año y 2,09 por 100 personas-año para los individuos solitarios y no solitarios, respectivamente. En el análisis bruto, la soledad se asoció con un aumento significativo del riesgo de mortalidad del 27% en comparación con los individuos no solitarios. Sin ajustar, las mujeres solitarias presentaban un aumento significativo del riesgo y un aumento insignificante del riesgo de mortalidad ajustado del 27%, en comparación con las mujeres no solitarias. Se observó que los varones solitarios tenían un riesgo de mortalidad ajustado significativamente menor, en comparación con los varones no solitarios.

Aunque la asociación adversa de la soledad con la salud y la mortalidad está bien documentada, se sabe menos sobre los factores moderadores de esta relación. Según la "teoría de la amortiguación", se argumenta que el afecto positivo modera las asociaciones negativas de los factores estresantes con la salud. Así surge la pregunta: "¿Modera también el afecto positivo la relación entre soledad y mortalidad?" (123). Se observó que mientras la soledad predecía significativamente un mayor riesgo de mortalidad, el afecto positivo predecía significativamente un menor riesgo de mortalidad. Además, surgió una interacción significativa entre la soledad y el afecto positivo en la predicción de la mortalidad. La fuerza de la asociación de la soledad con la mortalidad disminuyó al aumentar los niveles de afecto positivo (123).

En resumen, el aislamiento social ha sido reconocido como un importante factor de riesgo de morbilidad y mortalidad en humanos. Sin embargo, el papel casual de la soledad en los mecanismos neuronales y la mortalidad es difícil de probar y por tanto se necesitarán más estudios en animales para evaluar los efectos causales. Estudios experimentales muestran que el aislamiento social produce cambios significativos en las estructuras y procesos cerebrales en animales adultos. Estos efectos no son uniformes en el cerebro o entre las especies, sino que son más evidentes en las regiones del cerebro que reflejan las diferencias en las demandas funcionales de una vida solitaria versus social para una especie en particular (107).

1.6.2. SOLEDAD Y ESTADO DE SALUD FÍSICA

La soledad además de ser un importante predictor de problemas psicológicos como la depresión (124) y la ansiedad (125), parece ser un factor de riesgo para la mala salud física, estando relacionada con la morbilidad y la mortalidad general en las poblaciones adultas (111,126).

Los efectos perjudiciales del aislamiento social y la soledad sobre la salud física en la vejez están bien documentados, con metaanálisis recientes que reportan un aumento del 30% de peor calidad del sueño, niveles de estrés y riesgo de accidente cerebrovascular e infarto de miocardio (5). La literatura ha confirmado que estos efectos sobre la mortalidad del individuo son casi idénticos a otros factores de riesgo para la salud como el consumo de tabaco y alcohol, y supera al sedentarismo y la obesidad (5). Adultos con redes sociales pequeñas y menos contactos sociales, con más frecuencia adoptan una dieta poco saludable y con consumo excesivo de alcohol y tabaco (127). Además, la evidencia reveló que la participación social era un factor protector a la

fragilidad en personas mayores que tenían alto riesgo de fragilidad (128). Grant y cols. (129) en una serie de estudios experimentales, donde utilizaron tareas estresantes, encontraron que los participantes mayores socialmente aislados tuvieron una peor recuperación de la presión arterial sistólica y mayores aumentos en la relación colesterol total/HDL. También se informó que había un aumento del fibrinógeno y de la respuesta de las células naturales asesinas (NK) a las tareas de estrés en los participantes solitarios en comparación con los que no estaban solos (129). Una revisión sistemática reciente destacó que el aislamiento social y la soledad contribuyen a un sistema inmunológico más pobre, expansión selectiva de monocitos proinflamatorios, expresión potenciada de citocinas y mayor resistencia a los glucocorticoides (130), mecanismos que probablemente aumenten el riesgo de enfermedad coronaria (17).

Así, la literatura más reciente sugiere que la soledad está relacionada con múltiples enfermedades crónicas (131,132) como las enfermedades cardiovasculares (118), la aterosclerosis (133) y la hipertensión (118), a través de vías inflamatorias y neuroendocrinas. El artículo de Petitte y cols. (134) presenta una revisión sistemática de estudios que examinaron los vínculos entre la soledad y enfermedades crónicas comunes, entre ellas: enfermedades cardíacas, hipertensión, accidentes cerebrovasculares, enfermedades pulmonares y trastornos metabólicos.

1.6.2.1. Soledad y problemas de salud cardiovascular

La mala salud social se asocia a un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV) (135). En los siguientes estudios se examinaron las relaciones entre la soledad y los problemas cardíacos (136–138). Tomaka y cols. (136) estudiaron a 755 adultos mayores y concluyeron que la soledad es frecuente y que aquellos que pertenecían a un grupo tenían mejores resultados en salud. Theeke y Mallow (137) reportaron que la soledad es prevalente en una muestra de 60 adultos mayores con múltiples afecciones crónicas, incluidas las cardiopatías, y que las personas con cardiopatías tenían unas puntuaciones más altas de soledad. Finalmente, Patterson y Veenstra (138) investigaron el impacto de la soledad en la mortalidad por todas las causas y concluyó que la soledad aumentó significativamente las probabilidades de muerte por problemas cardiovasculares. También hay que considerar que entre los adultos mayores sanos el aislamiento social y el bajo apoyo social pueden ser más importantes que la soledad como factores de riesgo cardiovascular. Las personas con mala salud social tienen un 42% más de probabilidades de sufrir una ECV ($p=0,01$) y el doble de probabilidades de morir de una ECV ($p=0,02$) durante una media de 4,5 años de seguimiento (108). Los efectos de interacción indicaron que una peor salud social predecía más a los fumadores, a los habitantes de las grandes ciudades, y a adultos mayores más jóvenes. El aislamiento social y el escaso apoyo social, pero no la soledad, predijeron ECV incidente y todas las medidas de mala salud social predijeron el ictus isquémico (108).

1.6.2.2. Soledad, reactividad cardiovascular e hipertensión

Otros estudios se han centrado en las relaciones entre la soledad, la reactividad cardiovascular y la presión arterial. Estos estudios proporcionan evidencia, tanto en jóvenes como en adultos mayores, que la soledad está relacionada con problemas de la reactividad cardiovascular (139). Demuestran que los adultos solitarios tienen una mayor activación de la rama simpática del sistema nervioso autónomo en comparación

con los menos solitarios, y que las personas solitarias tienen mayor resistencia periférica total (140). Nausheen y cols. (141) estudiaron a mujeres de edades entre 18 y 29 años y reportaron que la soledad se correlacionó con una mayor reactividad de la presión arterial diastólica. O'Donovan y Hughes (142) estudiaron a mujeres adultas jóvenes y concluyó que aquellas con puntuaciones de soledad medias o altas tenían significativamente menos reactividad de la presión de pulso en comparación con aquellos con niveles de soledad baja. Norman y cols. (143) estudiaron los efectos de la oxitocina en el control autonómico cardíaco y evaluaron la influencia de la soledad en la respuesta de la oxitocina en una muestra de 40 adultos (20 mujeres y 20 hombres). Se demostró que la soledad predecía cambios en las vías respiratorias y la función cardiovascular en comparación con el grupo placebo. Este hallazgo es significativo porque este cambio existió incluso tras controlar la influencia de la depresión, la ansiedad y otros valores de laboratorio en suero, lo que lleva a la conclusión de que la soledad en realidad puede crear un cambio en la respuesta autonómica normal y como consecuencia una disminución de la salud. Finalmente, Momtaz y cols. (120) estudiaron a 1.880 malayos mayores y concluyeron que la soledad aumentó significativamente la probabilidad de hipertensión en la vejez.

1.6.2.3. Soledad y enfermedad coronaria

También se ha estudiado la relación entre la soledad y el desarrollo o tratamiento de aquellos pacientes con enfermedad coronaria (144). En 2009, Thurston y Kubzansky (119) informaron los hallazgos del *National Health and Nutrition Study* (NHANES) que evaluaba la soledad con la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD) de un solo ítem. En base a estos análisis, los adultos con niveles altos de soledad tenían mayor riesgo de tener enfermedad coronaria. Tobo-Medina y Canaval-Erazo (145) identificaron la soledad como una de las 10 características predominantes en un muestra de 65 hombres y mujeres con cardiopatía. Finalmente, en 106 pacientes que habían sido tratados por infarto de miocardio y que seguían rehabilitación cardíaca, los participantes desconocían que la soledad podría haber contribuido significativamente a su enfermedad coronaria, lo que indica una necesidad de educación en estos grupos (146). Por lo que la soledad también predice la calidad de vida relacionada con la salud física y mental. En un estudio durante 9 meses entre pacientes con cardiopatía coronaria observaron que la soledad basal influía en su evolución por lo que es importante evaluar la soledad de los pacientes con cardiopatía coronaria para fomentar el cumplimiento terapéutico a largo plazo y mejorar aún más la calidad de vida tanto física como mental (147).

1.6.2.4. Soledad e insuficiencia cardíaca

La insuficiencia cardíaca también se ha relacionado con la soledad (99). En una muestra de 149 pacientes con insuficiencia cardíaca, la soledad se identificó como un problema prevalente, estando presente en el 29% de la muestra (148). En esta misma población con insuficiencia cardíaca, la soledad se asoció con mayor utilización de la atención médica, incluyendo más días de hospitalización y más rehospitalizaciones (148). En un estudio longitudinal sobre la soledad y los biomarcadores de gravedad de la insuficiencia cardíaca (la muestra incluía 268 adultos que presentaban insuficiencia cardíaca), la soledad, que se evaluó de forma independiente de la depresión, se asoció a

niveles más altos al año de seguimiento (146). Finalmente, en un estudio de 464.773 participantes (edad media: $56,5 \pm 8,1$ años, 45,3% varones), se documentaron 12.898 casos incidentes de insuficiencia cardíaca durante un seguimiento de 12,3 años objetivaron que el aislamiento social y la soledad se asociaron significativamente con un mayor riesgo de insuficiencia cardíaca independientemente del riesgo genético (149).

1.6.2.5. Soledad y Accidente cerebrovascular isquémico

La soledad se ha asociado con mayor prevalencia de accidentes cerebrovasculares (ACV), mayor mortalidad, discapacidad y peor recuperación tras un accidente cerebrovascular (150). Los pacientes con ACV reportaron mayor percepción de aislamiento social en comparación con individuos sanos de la misma edad (151) y todas las medidas de mala salud social predijeron el ictus isquémico (108). Además, la soledad se relacionó con mayor riesgo de depresión posterior al ACV (152). La depresión posterior al ACV presenta factores estresantes emocionales, como trastornos del estado de ánimo y se asocia con un aumento de la mortalidad, recurrencia de accidentes cerebrovasculares, discapacidad y disminución de la calidad de vida. La duración y el tiempo de inicio de la depresión posterior al ACV son variables, de tan solo varias semanas en algunos, a persistir más de 20 meses en otros (153). Independientemente del tiempo de inicio o la duración de la depresión posterior al ACV, el efecto sobre la recuperación del ACV es peor. El resumen de estos estudios es que la soledad y la depresión tienen una mayor prevalencia en los sobrevivientes de ACV, y que ambas están asociadas con una disminución de la calidad de vida en general.

Se han identificado varios factores que influyen y predicen el grado de soledad y depresión entre los supervivientes de un ACV, siendo el más significativo la presencia de soledad o depresión antes del accidente cerebrovascular, la gravedad del accidente cerebrovascular y si el paciente fue o no a un centro de rehabilitación. La mayoría de los estudios demuestran que hay un aumento de la depresión y soledad y una disminución de la calidad de vida, el bienestar y del ánimo entre los supervivientes de un ACV en comparación con los controles (136,154–156). Theeke y cols. (137) informaron que la depresión y la soledad era mayor entre los pacientes con ACV dados de alta en un hogar de ancianos u otro centro de atención en comparación con los dados de alta a domicilio. Estos hallazgos sugieren que en la sociedad el apoyo en un entorno familiar se asocia con una mayor calidad de vida y ánimo, incluso en ausencia de accidente cerebrovascular. Penninx y cols. (157) entrevistó a 2.788 ciudadanos mayores en los Países Bajos, sobrevivientes de un ACV y controles sin ACV, para evaluar los sentimientos de soledad, como parte del *Longitudinal Aging Study Amsterdam* (LASA) (105). Este grupo informó que los sobrevivientes de un accidente cerebrovascular recibieron más apoyo social e instrumental en comparación con otras enfermedades crónicas, y, en consecuencia, los supervivientes de un ACV no tenían un mayor riesgo de soledad que los que no habían sufrido un ACV. Estos hallazgos contradictorios pueden ser el resultado de diferentes diseños de estudio, o diferencias culturales en las poblaciones objeto de estudio. Penninx y cols. excluyó a los participantes que vivían en hogares de ancianos porque el apoyo social en los centros de atención a largo plazo era incomparable a los adultos mayores que viven de forma independiente. Este criterio de exclusión hace los hallazgos de Penninx y cols. incomparables a los de Theeke y cols.

Además, Penninx y cols. utilizaron la escala de soledad de dJG en lugar de la escala de soledad de UCLA, más ampliamente utilizada, lo que también puede explicar los hallazgos discrepantes.

Hay otros factores que se han relacionado con la soledad en pacientes con accidente cerebrovascular, como son el estado socioeconómico (137), los déficits sensoriales después de un ACV (158) y la raza (136). Específicamente, Theeke y Barr (137) reportaron mayores sentimientos de soledad y disminución de la calidad de vida en sobrevivientes de accidentes cerebrovasculares en la región de los Apalaches de los Estados Unidos en comparación con las áreas más urbanas de los Estados Unidos. Esta región está asociada con un menor ingreso en residencias respecto al promedio nacional. También es importante considerar que muchos de los habitantes de la región de los Apalaches pueblan áreas rurales que están geográficamente aisladas de los centros de salud. Ambos factores pueden contribuir al aumento de la soledad, depresión e incidencia de accidente cerebrovascular en esta región, y estos hallazgos pueden extenderse a otras poblaciones rurales desatendidas. La correlación entre el estatus socioeconómico y la soledad después del accidente cerebrovascular puede estar relacionado con la raza o el origen étnico. Tomaka y cols. (136) encontraron que mientras la soledad es predictor del resultado de un derrame cerebral en los hispanos, la soledad no predice el resultado de un derrame cerebral en una población caucásica. Dado que los datos nacionales sugieren que la población hispana de EE.UU. tiene un menor estatus socioeconómico que los caucásicos, estos hallazgos pueden reflejar un sesgo de confusión en la salud.

El objetivo de todos estos estudios fue describir la soledad, la depresión y la calidad de vida tras un accidente cerebrovascular e identificar los factores que median estas condiciones, con el objetivo de desarrollar estándares de atención clínica que mejorasen el pronóstico del ACV al reducir la soledad y la depresión.

1.6.2.6. Soledad y enfermedad pulmonar

Las investigaciones sugieren que la soledad y el aislamiento social son problemas graves de salud pública. Sin embargo, nuestro conocimiento de las asociaciones de soledad y aislamiento social con enfermedades crónicas específicas es limitado. En el estudio de Christiansen y cols. (159) no se encontraron asociaciones significativas entre soledad o aislamiento social y el EPOC. Keele-Card y cols. estudiaron la prevalencia de la soledad, la depresión, el apoyo social y la satisfacción con el apoyo social en 30 personas con EPOC y sus cónyuges (160). La soledad fue medida usando la escala de UCLA. El 63% de las personas con EPOC y el 67% de los cónyuges reportaron niveles de soledad moderados a moderadamente altos. Un porcentaje mayor de personas con EPOC reportaron niveles de depresión más altos que sus cónyuges. El apoyo social y la satisfacción con el apoyo social se encontró que tenía una asociación con la soledad entre las personas con EPOC. Mayor número de pacientes (n=18) con EPOC calificaron su nivel de soledad como moderadamente alto, luego lo hicieron los cónyuges (n=11) y a la inversa. Menos pacientes calificaron su soledad como moderada o baja (n=12) que los cónyuges (n=19). El estudio de Kara y Mirici (161) es similar al de Keele-Card y cols. con un resultado significativamente positivo entre soledad y depresión en ambos grupos. En los pacientes con EPOC, existía una

pequeña asociación inversa entre la soledad y la percepción de apoyo social de la familia, y existió una fuerte asociación negativa entre la percepción social de amigos. En los cónyuges se reportó una asociación inversa moderada entre soledad y el apoyo social de familiares y amigos. Las puntuaciones medias de soledad para ambos grupos en este estudio fueron superiores a los informados por Keele-Card y cols.

Más recientemente, Marty y cols. publicaron un estudio sobre la soledad y las visitas al servicio de urgencias en pacientes crónicos con enfermedad pulmonar obstructiva (EPOC) (162). Se realizó entre 2002 a 2004, con un período de seguimiento de 5 años para evaluar la soledad y 24 meses para evaluar el uso de urgencias. Se analizaron 1.218 pacientes con una edad media de 65 años. El 47% eran mujeres y FEV1 de 41%. El 7,9% de los participantes informaron sentirse solos. Estos individuos tenían peores calificaciones en salud, en el test de caminar de 6 minutos (6MWTs) y mayor dificultad para respirar. La soledad se asoció de forma independiente con las visitas al servicio de urgencias después de ajustar por edad, función pulmonar, disnea, 6MWT, tratamiento y sexo (OR: 1,57; IC del 95 %:1,005-2,466). Este estudio sugiere que la soledad en pacientes con EPOC se asocia de forma significativa e independiente con las visitas al servicio de urgencias y la reducción de la percepción de la salud. Abordar la soledad de pacientes con EPOC en el ámbito ambulatorio puede contribuir a una mejor percepción de la salud y menos utilización de la atención sanitaria.

Durante la pandemia por COVID-19 se ha estudiado el efecto de las medidas de distanciamiento en pacientes con enfermedades crónicas como la EPOC. Scarlata y cols. (163) observaron que la dimensión de la soledad, más que el aislamiento físico, parecía representar el principal determinante del estado de salud alterado y el perfil psicocognitivo deprimido en adultos mayores con EPOC.

1.6.2.7. Soledad y obesidad

La obesidad y la soledad son condiciones que tienen un impacto negativo en la salud. Existe una asociación entre la obesidad y la soledad (164,165). Sin embargo, la naturaleza exacta y el alcance de la relación entre la obesidad y la soledad no está clara y merece más estudio (165).

La obesidad y la soledad parecen tener un impacto negativo sinérgico tanto en el aspecto físico como en la salud emocional. Por ejemplo, Jacobs y cols. (166) encontraron que la soledad estaba asociada con índices de sueño deficientes, y que los índices de sueño deficientes se asociaron con obesidad, bajo nivel de actividad física, depresión y otros resultados negativos para la salud. Además, el aumento de la soledad se observó en aquellos con un mayor estigma relacionado con el peso, que incluye tasas más bajas de contratación y promoción, mayores tasas de despido improcedente y aislamiento social (167). Morse y cols. (168) estudiaron los síntomas alimentarios nocturnos y encontraron una relación entre comer en respuesta a las emociones, como la ira, la tristeza, la soledad, la preocupación o el malestar. De los 714 pacientes estudiados, el 40,2% refirieron sentirse solos y de esos el 63,8% no comía de noche. En comparación con los pacientes sin alimentación nocturna, aquellos con síntomas de comer durante la noche eran significativamente más propensos a ser obesos.

Un estudio longitudinal siguió a pacientes de 70 hasta los 77 años y encontró que en ambas edades, el dolor de espalda crónico fue significativamente más frecuente entre los que reportaron soledad y el dolor de espalda crónico se asoció con la obesidad en ambas edades ($p=0,06$ y $p=0,59$, respectivamente) (169). Este estudio también informó que la soledad es un factor de riesgo independiente a la edad para el dolor de espalda crónico. Finalmente, un estudio de estudiantes universitarias obesas informó que la soledad es significativamente una experiencia emocional negativa. La soledad fue reportada como inversamente relacionada con la autoestima y una relación positiva con mayor percepción de los niveles de estrés (170). Los resultados de este estudio hacen lógico pensar que la experiencia de la soledad puede estar provocando una respuesta fisiológica al estrés que contribuye a la obesidad (164).

1.6.2.8. Soledad y diabetes

Hay pocos estudios que examinen la relación entre la soledad y la diabetes (164,171,172). La soledad y los resultados de la diabetes parecen tener una relación recíproca. Las complicaciones de la diabetes conducen a una disminución de la movilidad física que disminuye la capacidad de un individuo para buscar la interacción social y causa tensión en el matrimonio, relaciones familiares y de amistad, lo que conlleva a la soledad (168,171,172). Por el contrario, la inflamación sistémica inducida por estrés observada en personas con soledad es un conocido factor de riesgo de salud además de los asociados con la diabetes (164). Así, en el estudio de Christiansen y cols. (131) encontraron que la soledad y el aislamiento social se asociaron de forma independiente con un diagnóstico de enfermedad cardiovascular (ECV) y diabetes mellitus tipo 2 dentro de un período de seguimiento de 5 años. Estas asociaciones se explicaron por los factores psicológicos y conductuales iniciales. Y Hackett y cols. (172) observaron que la soledad es un factor de riesgo de diabetes tipo 2 en cambio, vivir solo y el aislamiento social no se asociaron significativamente con la aparición de diabetes tipo 2.

1.6.2.9. Soledad y desnutrición

Boulos y cols. (173) demostraron que el aislamiento social y la soledad subjetiva son dos factores de riesgo independientes para la desnutrición entre las personas mayores. Al igual que, Ramic y cols. (174) también informaron que la soledad es un importante predictor para de la anorexia nerviosa, el riesgo de desnutrición y la desnutrición.

Aunque los efectos perjudiciales del aislamiento social y la soledad sobre la salud física en la vejez están bien documentados, sólo un tercio de los estudios publicados utilizan un diseño longitudinal. Dado que la mayoría de los estudios son transversales hace que se sepa relativamente poco sobre los mecanismos y vínculos causales (175). Por tanto, se debe llevar a cabo mayor investigación con el fin de obtener una visión más clara sobre el pronóstico de diversas condiciones de salud (176).

1.6.3. SOLEDAD Y ESTADO DE SALUD PSÍQUICA

1.6.3.1. Soledad y depresión

La importancia de la conexión social y, a la inversa, el aislamiento social en la etiología de los trastornos de salud afectivos y problemas mentales ha sido ampliamente documentado en la literatura científica (50,177,178), como los que se describen en la tabla 3. Cornwell y cols. (179) relacionan una mejor salud mental con mayor número de lazos afectivos, una mejor estructura de la red social y una mayor participación en las actividades sociales; pero, la salud mental también puede verse afectada por la calidad y el significado que las personas dan a las relaciones sociales. Según las teorías de percepción del aislamiento, la necesidad de conexión social es una característica humana profundamente arraigada que implica tanto mecanismos genéticos, neuronales como hormonales, que están directamente asociados con la vinculación, el compañerismo y el comportamiento de grupo como un medio crucial para asegurar la supervivencia y la reproducción (180). Como consecuencia del estrés producido por los sentimientos de aislamiento o de pérdida, se ha demostrado que las relaciones sociales tienen implicaciones para la disminución de la cognición y el estado de ánimo (180), junto con un aumento de las concentraciones de cortisol, empeoramiento del sistema inmunitario, interrupción del sueño y aumento del peso corporal (140). De acuerdo con estos hallazgos, las personas que se sienten solas o aisladas, que reportan bajo apoyo social, y que experimentan mayor tensión en sus relaciones son más propensas a desarrollar síntomas de depresión (181). Además, se ha encontrado que los problemas afectivos pueden acelerar significativamente el envejecimiento cerebral (182). Por ello, es importante desarrollar estrategias para prevenir problemas afectivos durante la vejez en la población general.

Ya desde la década de los ochenta se describe que la depresión y la soledad en las personas mayores están fuertemente asociadas y a menudo coexisten (95,183,184). En la revisión de Cohen-Mansfield y cols. (185), la soledad se asoció con la depresión en 12 estudios (111,124,126,186–193). Stek y cols. (194) demostraron que, si bien la soledad por sí sola no afecta las tasas de mortalidad, aumenta significativamente las tasas de mortalidad en los ancianos (2,1 veces más de riesgo) cuando coexiste con la depresión. El mecanismo de este efecto sobre la mortalidad no está claro, pero puede estar mediado por respuestas inmunitarias o fisiológicas alteradas. Así, la soledad es un factor de riesgo consistente y fuerte para la depresión. Sin embargo, a pesar de la superposición, la soledad y la depresión se consideran entidades distintas. La asociación conceptual entre la soledad y los síntomas depresivos ha llevado a que ítems como “Me siento solo” se incluyan de forma incorrecta para la valoración de la sintomatología depresiva. Desde una perspectiva teórica, la soledad y la depresión son estados aversivos y desagradables superpuestos, pero Weiss (43) los distinguió al caracterizar la soledad como la forma de cómo se sienten las personas acerca de sus conexiones sociales en particular y la depresión como la forma de cómo se sienten las personas en general. Desde una perspectiva clínica, es bien sabido que las personas mayores que se sienten solas a menudo presentan síntomas depresivos, pero las personas deprimidas no siempre informan que se sienten solas.

Los estudios empíricos diseñados para determinar la relación entre la soledad y los síntomas depresivos han encontrado que son condiciones estadísticamente (57,195) y funcionalmente (118,196,197) distintas. Prince y cols. (198) exploraron la relación entre los déficits de apoyo social, la soledad y los eventos de la vida como factores de riesgo para la depresión en los ancianos y encontraron que la soledad era una de las asociaciones transversales más frecuente con la depresión. Se han llevado a cabo más estudios transversales que han analizado grupos específicos de personas mayores, como, personas en comunidades de jubilados que viven de forma independiente (199) o hombres mayores (200). La soledad nuevamente se asoció significativamente con la depresión y ambos estudios indicaron que la soledad era un factor de riesgo potencial para la depresión. Todos estos estudios apuntan a una asociación definitiva entre la soledad y la depresión, pero debido a su diseño no pueden discernir si la soledad causa depresión o la depresión causa soledad, o si la soledad es simplemente parte del síndrome depresivo.

Además, la soledad y los síntomas depresivos en adultos de mediana edad y mayores están correlacionados solo de forma moderada (195,200). La investigación longitudinal existente respalda todavía más la distinción entre soledad y sintomatología depresiva, además, la soledad predice aumentos en la sintomatología depresiva mayores de lo que podría explicarse por los niveles iniciales de sintomatología depresiva (124,195,201). Green y cols. (201) llevaron a cabo un estudio longitudinal durante 3 años y encontraron que los sentimientos de soledad estaban significativamente asociados con el desarrollo de depresión 3 años después. En el estudio de Cacioppo y cols. (195) se consideró la soledad como un factor de riesgo específico para la depresión utilizando enfoques transversales y longitudinales en una muestra de adultos. En el brazo transversal del estudio, los niveles más altos de soledad se asociaron con niveles más altos de síntomas depresivos, independientemente de los efectos de la edad, el género, el origen étnico, la educación, los ingresos, el estado civil, el apoyo social y el estrés percibido. En el brazo longitudinal del estudio que se llevó a cabo durante 3 años, la soledad se asoció nuevamente con más síntomas depresivos, independientemente de las covariables demográficas, el estado civil, el apoyo social, la hostilidad y el estrés percibido. El análisis mostró influencias recíprocas en el tiempo entre la soledad y la sintomatología depresiva, lo que sugiere que la soledad y la sintomatología depresiva pueden actuar de manera sinérgica para disminuir el bienestar en los adultos mayores. En un estudio de cohortes realizado por Lee y cols. (202) en Reino Unido con 4.211 participantes se encontró que independientemente de otras experiencias sociales, las puntuaciones más altas de soledad al inicio se asociaron con una mayor gravedad de los síntomas de depresión durante los 12 años de seguimiento entre adultos de 50 o más años. En cambio, Wilby observó que las personas mayores deprimidas no estaban socialmente aisladas, sino que, por el contrario, tenían más probabilidades de tener contactos que los encuestados no deprimidos (203). La discrepancia en los resultados podría entenderse mejor si se exploraran la calidad y el significado de los diferentes tipos de relaciones sociales en la vejez (176). Revisiones sistemáticas han explorado la relación entre las relaciones sociales y la depresión en población general (204,205), o en adultos mayores (206), pero incluyeron tanto estudios transversales como prospectivos. En la revisión de Wang y cols. (207) tras revisar 34 trabajos, objetivan que las personas con depresión perciben su apoyo social como más pobre y tienen peores resultados en

términos de síntomas, recuperación y funcionamiento social. Además, una mayor soledad predice peores resultados en la depresión (207–210), lo que justifica una mayor concienciación de ambos problemas entre los profesionales de la salud.

Tabla 1.2: La soledad como factor de riesgo para la depresión.

Autores	Tipo de estudio	Medida de soledad	Tamaño del estudio	Hallazgos principales
Adams y cols. (200)	Transversal	Escala UCLA	234 participantes (tasa de respuesta del 53 %)	La soledad fue un factor de riesgo para la depresión usando regresión múltiple en comparación con otras variables.
Alpass y cols. (199)	Transversal	Escala UCLA	217 hombres (72,3 % de respuesta)	La relación más sólida con la depresión mediante el análisis de regresión fue la soledad. La soledad (pero no el apoyo social) está relacionada con la depresión.
Cacioppo y cols. (195)	Transversal y longitudinal	Escala UCLA	-Estudio transversal: 1.945 participantes -Estudio longitudinal (> 3 años): 212 casos	Estudio 1 y 2: niveles más altos de soledad reportada asociados con niveles de síntomas depresivos más altos
Green y cols. (201)	Cohorte de 3 años	Pregunta de un solo ítem "¿Te sientes solo?"	1070 participantes	La baja satisfacción con la vida, la soledad y el tabaquismo se asociaron con el desarrollo de depresión después de 3 años. El análisis multivariante confirmó sus efectos independientes.
Stek y cols (194)	Cohorte de seguimiento regular de 1 año	Escala de De Jong Gierveld	599 (respuesta del 87 %)	El riesgo de mortalidad por depresión con soledad percibida fue dos veces mayor de lo normal, sin riesgo significativo de mortalidad por depresión en ausencia de soledad.
Isik y cols. (211)	Transversal	Escala de soledad del anciano	501 adultos >60 años	Se encontró una relación positiva entre la depresión y la soledad.
Lee y cols. (202)	Cohorte de 12 años	Escala UCLA	4.211 (46%) de 9.171 participantes	Existe asociación entre la soledad y la depresión. Los síntomas permanecieron después de 12 años de seguimiento, aunque los tamaños del efecto fueron menores con un seguimiento más prolongado.
Prince y cols. (198)	Transversal	Pregunta de un solo ítem "¿Te sientes solo?" extraído del programa AgeCat	654 participantes entrevistados	La soledad está fuertemente asociada con la depresión. OR:12.4 (7.6–20.0).

Aunque la evidencia sobre la asociación de la soledad y la depresión está bien establecida, se han identificado varias limitaciones en los estudios longitudinales existentes. En primer lugar, existen otros rasgos individuales que incluyen el aislamiento social objetivo, el estrés objetivo y percibido y el bajo apoyo social que pueden asociarse con la soledad y la depresión. Sin embargo, no está claro hasta qué punto cada una de estas características puede afectar los síntomas depresivos. En segundo lugar, la mayoría de los estudios anteriores se basaron en muestras de conveniencia sin tener en cuenta las implicaciones potenciales de género, etnia, educación, diagnóstico psiquiátrico, uso de medicamentos antidepresivos o funcionamiento físico. Finalmente, los análisis se basaron en modelos de regresión o de crecimiento latente en los que la sintomatología depresiva sirvió como criterio de medida (124).

1.6.3.2. Soledad y ansiedad

Los estudios han informado vínculos entre la soledad y la ansiedad social en adultos mayores (50). Como afirman Fry y Debats (212), algunas personas mayores con expectativas o creencias internalizadas sobre su envejecimiento pueden experimentar ansiedad severa relacionada con sentimientos de soledad. Un estudio longitudinal con más de 1.100 participantes adultos que midió la soledad en un período de seis meses reveló que un estado temprano de soledad podría predecir un estado posterior de ansiedad, paranoia social y depresión (213). Además, un estudio electroencefalográfico (EEG) de alto rendimiento que examinó los estímulos sociales en personas mayores solas y no solitarias apoyó la teoría evolutiva de la soledad que denota que las personas solitarias están constantemente alarmados y muestran mayor atención a la amenaza social durante las primeras etapas del procesamiento de estímulos sociales, al informar diferencias en el procesamiento de estímulos de amenazas sociales y no sociales en los primeros 116 ms del procesamiento de información (214,215). A pesar de la evidencia irrefutable que asocia la soledad con ansiedad social entre varios grupos de edad, los vínculos con otras formas de ansiedad siguen estando poco exploradas (176).

Durante la pandemia COVID se ha estudiado la asociación de la soledad con la ansiedad en las personas mayores observando que las personas mayores ingresadas en centros de acogida o que recibían asistencia sanitaria experimentaron niveles crecientes de ansiedad y soledad a medida que avanzaba la primera oleada de la pandemia (216). Una mala autoevaluación de la salud fue el factor que más influyó en la ansiedad y vivir solo fue el factor que más influyó en la soledad (216).

1.6.3.3. Soledad e ideación suicida

Se han observado niveles altos de mortalidad en el aislamiento social y la soledad y es significativamente posible que el comportamiento suicida pueda jugar un papel vital para estas puntuaciones altas (176). La conducta suicida es un proceso biopsicosocial complejo que se considera un problema mundial con casi 800.000 personas en todo el mundo muriendo por suicidio cada año (217). Los estudios que investigan los vínculos entre el aislamiento social, la soledad y la conducta suicida son escasos existiendo hallazgos que indican que los adolescentes y adultos mayores son vulnerables tanto a la soledad como a la conducta suicida (218). Las personas solitarias son propensas a percibir la vida como estresante e insoportable, estando el estrés

crónico también relacionado con niveles altos de conducta e ideación suicida (219). Un metaanálisis reciente encontró que no tener pareja, vivir solo, estar socialmente aislado, sentirse solo o alineado de los demás son las principales construcciones sociales que pueden contribuir en gran medida a los resultados suicidas (220). En este estudio, la soledad subjetiva tuvo el mayor impacto tanto en las ideas suicidas como en los intentos de suicidio (220). Este resultado fue corroborado por un metaanálisis que demostró que la función y la calidad de las relaciones sociales son predictivas de la conducta suicida (221). En vista de estos hallazgos, las relaciones sociales pueden constituir un factor protector contra el comportamiento suicida. Esto se hace evidente porque durante la pandemia por COVID-19, dado al distanciamiento social y soledad, se han observado profundos efectos psicológicos y sociales asociados a la angustia, ansiedad, miedo al contagio, depresión e insomnio en la población general. Y sus secuelas psicológicas persistirán probablemente durante meses y años tras la pandemia, incluido el comportamiento suicida (222).

1.6.3.4. Soledad y trastornos psicóticos

La soledad es un problema de salud mental pública. Cada vez hay más pruebas de que está asociada a la aparición de la depresión y otros problemas de salud mental comunes (223). Independientemente de los factores genéticos o biológicos, la evidencia revela que el aislamiento social y la soledad son factores de riesgo para desarrollar psicosis, si bien la relación entre soledad y psicosis sigue siendo poco conocida debido a la falta de estudios rigurosos.

En las personas con psicosis, la soledad puede estar influida por factores psicológicos y sociales como el aumento de la depresión, la psicosis y la ansiedad, el apoyo social escaso, la mala calidad de vida, el estigma interiorizado más grave y la discriminación percibida, así como la baja autoestima (224). Haj y cols. (225) encontraron en una muestra de participantes solitarios que los individuos ancianos con enfermedad de Alzheimer (EA) y los controles sanos presentaron una mayor incidencia de alucinaciones. Estos resultados podrían indicar que el inicio de los síntomas psicógenos puede estar determinado por la soledad incluso si las condiciones neurológicas o psiquiátricas están ausentes. Los estudios han sugerido que el aislamiento social hace que las personas mayores sean más susceptibles a las sensaciones aberrantes a través de las dimensiones exteroceptiva y propioceptiva, especialmente cuando el individuo experimenta perturbaciones propias y experiencias corporales anómalas (226). Quadt y cols. destacan la interocepción, es decir, la comunicación cuerpo-cerebro a través de distintos canales neuronales y humorales que pueden resultar en procesos cognitivos y emocionales deteriorados cuando las necesidades externas e internas no se satisfacen y el aislamiento social y la soledad sirven como sobrecargas sociales alostáticas (215).

Mientras que los efectos del aislamiento social y la soledad en la sintomatología depresiva están ampliamente reconocidos, los vínculos entre el trastorno psicótico, el aislamiento social y la soledad siguen siendo vagos y en gran medida poco explorados.

1.6.4. SOLEDAD Y ESTADO DE COGNITIVO

A lo largo de los años, hay estudios que han intentado relacionar el aislamiento social y la soledad con la aparición de la enfermedad de Alzheimer (EA). Investigaciones anteriores que analizaron la relación entre el aislamiento social, los sentimientos de soledad y el posterior deterioro cognitivo han destacado que la calidad de las relaciones sociales es mejor que la cantidad. Amieva y cols. (227) encontraron que las interacciones sociales que brindan sentimientos de satisfacción y reciprocidad pueden servir como factores protectores de demencia durante 15 años, mientras que el tamaño y la naturaleza de las redes sociales no se asociaron con el riesgo de demencia. Además, un estudio de cohorte de 12 años confirmó que tener un confidente puede proteger a las personas de la sintomatología de demencia (228).

Otros estudios que exploraron el impacto de la soledad en el inicio de la demencia encontraron que los adultos mayores que se sentían solos tenían más del doble de probabilidades de desarrollar un síndrome de demencia similar a la EA, que aquellos que no estaban solos (229). Tilvis y cols. (230) como parte del estudio sobre el envejecimiento en Helsinki encontraron que los ancianos con experiencia subjetiva de soledad presentaban con el tiempo un mayor deterioro cognitivo que las personas que no se sentían solas. Wilson y cols. (229) analizaron la asociación entre la soledad y la enfermedad de Alzheimer en 823 adultos mayores durante un período de 4 años y encontraron que el riesgo de desarrollar enfermedad de Alzheimer aumentó sustancialmente en aquellos que se sentían solos en comparación con los que no lo estaban, incluso cuando se controlaban por el nivel de actividad social. En la autopsia, la soledad durante la vida no estaba relacionada con la gravedad de la patología de la enfermedad de Alzheimer. Por lo que parece que la soledad puede aumentar el riesgo de expresión clínica de la demencia para el mismo grado de neuropatología de Alzheimer. Holwerda y cols. (231) en un estudio de cohorte de 2.173 personas mayores que viven en la comunidad sin demencia durante 3 años encontraron que sentirse solo, pero no estar sólo, se asocia con un mayor riesgo de demencia clínica y por tanto, puede considerarse un importante factor de riesgo independientemente de la enfermedad vascular, la depresión y otros factores de confusión. Es decir, los sentimientos de soledad pueden señalar una etapa prodrómica de demencia. En un metaanálisis realizado por Kuiper (4) que estudiaba la relación entre las relaciones sociales y el riesgo de demencia encontraron que la baja participación social, menos contactos sociales y la soledad se asociaron estadísticamente con el desarrollo de demencia incidente. Y en un estudio reciente, Fratiglioni y cols. (232) encontraron que las personas que vivían solas y las que no tenían vínculos sociales estrechos tenían un riesgo relativo de desarrollar demencia de 1,5 (IC del 95 %: 1,0–2,1 y 1,0–2,4, respectivamente) y el riesgo de demencia aumentó en un 60 % (95 % IC 1·2–2·1).

La investigación que explora la soledad en personas que ya tienen demencia es rara, probablemente porque es difícil determinar si alguien con problemas cognitivos puede evaluar con precisión cómo se siente de solo (231). Haj y cols. encontraron que los participantes con EA estaban significativamente más solos que los controles sanos y esto se correlacionó positivamente con la deprivación emocional (225).

1.6.5. SOLEDAD Y ALTERACIONES FISIOLÓGICAS E INMUNOLÓGICAS

Independientemente del aislamiento social objetivo o del apoyo social, la soledad se ha asociado con una mayor resistencia vascular (140), presión arterial elevada (117,140,233), aumento de la actividad hipotalámica-hipofisaria-adrenal (196,234), subexpresión de genes portadores de respuesta a glucocorticoides antiinflamatorios (GRE) y sobreexpresión de genes que contienen elementos de respuesta para factores de transcripción proinflamatorios NF- κ B/Rel (197), alteración del sueño (140,235) e inmunidad alterada (235,236). En la tabla 4 se enumeran algunos estudios que se han llevado a cabo para examinar la asociación de la soledad con varias medidas fisiológicas e inmunológicas.

En el estudio de Cacioppo y cols. (140) exploraron cuatro posibles mecanismos por los cuales la soledad puede tener efectos nocivos para la salud: conductas de salud, activación cardiovascular, niveles de cortisol y sueño. Encontraron que la resistencia periférica total fue mayor en los participantes solitarios que en los no solitarios, mientras que la contractilidad cardíaca, la frecuencia cardíaca y el gasto cardíaco fueron mayores en los participantes no solitarios que en los solitarios. Las personas solitarias también reportaron un sueño más pobre que las personas no solitarias. En una revisión, Brown y cols. (237) investigaron la asociación entre la soledad y las respuestas fisiológicas al estrés agudo. En la mayoría de los estudios informaron asociaciones positivas entre la soledad y las respuestas agudas al estrés, de modo que los niveles más altos de soledad predijeron reacciones fisiológicas exageradas. Un hallazgo clave de esta revisión fue que niveles más altos de soledad están asociados con presión arterial elevada y una mayor reactividad inflamatoria al estrés agudo. Sin embargo, hubo algunos indicios de que la soledad también puede estar relacionada con respuestas cardíacas, de cortisol e inmunitarias disminuidas. En general, esto sugiere que la reactividad al estrés podría ser uno de los mecanismos biológicos a través de los cuales la soledad afecta a la salud. Posteriormente los mismos autores estudiaron la relación entre la soledad y su asociación con la salud cardiovascular en mayores encontrando que la soledad no se asoció de forma fiable con la reactividad cardiovascular (233). Hawkley y cols. (117) encontraron que la soledad fue la única variable psicosocial que exhibió una asociación con la presión arterial sistólica (PAS) y que había una interacción significativa entre la edad y la soledad, lo que indicó que la soledad aumentaba las diferencias relacionadas con la edad en la PAS, concluyendo que la enfermedad cardiovascular contribuye a una mayor morbilidad y mortalidad entre los individuos solitarios. Adam y cols. (196) estudiaron los niveles de cortisol al día siguiente de encontrarse con sentimientos de soledad, tristeza y amenaza encontrando una mayor respuesta de cortisol al despertar. En el estudio realizado por Neresian y cols. (238) se obtuvieron datos de la encuesta *Midlife in the US* (MIDUS) del Biomarker Project de 927 participantes que tenían entre 35 y 64 años obteniendo que hubo una relación positiva significativa entre los biomarcadores de inflamación sistémica (interleucina-6, fibrinógeno, proteína C reactiva) y sentirse solo.

Estos hallazgos sugieren que la soledad se asocia negativamente con las respuestas fisiológicas e inmunitarias al estrés y que pueden explicar el exceso de morbilidad cardiovascular que se observa en las personas que se sienten solas. Aunque

todos estos estudios controlaron la depresión y otras variables del estilo de vida, ninguno controló la ansiedad, lo que podría ser un factor de confusión. Actualmente se conoce que hay muchas consecuencias inmunológicas y metabólicas relacionadas con la soledad. La literatura previa mostraba la soledad como una experiencia psicológica y un determinante de la salud, pero actualmente se propone la soledad como algo más que un sentimiento fugaz o un pensamiento negativo. La soledad no solo afecta a nuestro estado psicológico, sino que también influye en casi todas las vías reguladoras sistémicas de nuestro cuerpo y plantea serias amenazas a nuestro bienestar físico y mental. Por tanto, parece razonable introducir la soledad como un “síndrome inmunometabólico”, término que refleja las manifestaciones patológicas multifacéticas de este estado (239).

Tabla 1.3: Relación entre la soledad y las medidas fisiológicas

Medida de salud física	Autor	Medida de soledad	Hallazgos asociados con la soledad
Presión arterial	Cacioppo y cols.(140) Hawkey y cols.(118)	UCLA	• Aumento de la presión arterial sistólica en el anciano.
Sueño	Hawkey y cols. (240)	UCLA	• Reducción del tiempo en la cama que se pasa dormido. Aumento del tiempo de vigilia después del inicio del sueño. • Reducción de la calidad del sueño, aumento de la somnolencia diurna. • Soledad es un predictor de sueño fragmentado.
	Cacioppo y cols. (140) Kurina y cols. (241)	UCLA UCLA abrev.	
Sistema neuroendocrino/inmunitario	Steptoe y cols. (114)	UCLA	• Aumento del fibrinógeno y de la respuesta de las células Natural Killer (NK) al estrés. • La oxitocina aumenta el control cardíaco. • Aumento de los biomarcadores de inflamación sistémica (interleucina-6, fibrinógeno, proteína C reactiva).
	Norman y cols. (143) Nersesian y cols. (238)	UCLA Pregunta de 1 sólo ítem de escala CESD	
Estado cardíaco	Sorkin y cols. (242)	Escala UCLA	Soledad está asociada con un aumento de 3 veces en las probabilidades de tener una afección cardíaca.

Tabla modificada de Luanaigh y cols. (68)

1.6.6. SOLEDAD Y USO DE SERVICIOS DE SALUD

La soledad también puede ser particularmente importante para comprender la autogestión de la salud de los adultos mayores en el entorno de la comunidad, porque se argumenta que los sentimientos persistentes de soledad pueden llevar a cambios conductuales, emocionales y cognitivos (243). En este contexto, un conjunto importante de resultados ayuda a comprender el uso de la atención médica por parte de los adultos mayores. Un número limitado de estudios han examinado los vínculos entre la soledad y uso de los servicios de salud. En un estudio prospectivo de 232 grandes usuarios del servicio de urgencias (SU), se observó que el uso continuado durante el seguimiento se asoció con una mayor percepción de soledad (244). En un estudio transversal de 164

usuarios del SU, las puntuaciones de soledad se asociaron con el número de visitas total a urgencias durante el año anterior (245). En el estudio de Newal y cols. (246) demuestran que la soledad se asoció con un mayor número de visitas al médico, aunque esta relación estaba mediada por la salud. Ni la soledad ni la participación social se asociaron con el ingreso hospitalario. Sin embargo, para hospitalización al menos una vez en 2,5 años, la soledad se asoció a una mayor probabilidad de rehospitalización. Además, una mayor participación social se asoció a una menor probabilidad de hospitalización prolongada (246).

Además, se sabe que los factores relacionados con el sexo y el género están asociados con la soledad y el uso de los servicios sanitarios. En el estudio de Chamberlain y cols. (247), de las personas que habían acudido al servicio de urgencias el año anterior, el 27,2% (n=2793) se sentían solos y los encuestados solitarios tenían mayores probabilidades de acudir a urgencias. Además, la soledad se asoció a las visitas a urgencias en mayor medida en las mujeres que en los hombres (247). Otro estudio de 227 mujeres mayores encontró que la soledad estaba asociada con la frecuencia de las visitas al médico, independientemente de los factores sociodemográficos y el estado de salud (248). En dos estudios separados que examinaron la relación entre la soledad y la frecuencia de las consultas al médico general (MG), no surgió ningún patrón claro. Un estudio encontró que la soledad se asoció significativamente con la frecuencia de consultas al médico pero no con la frecuencia de visitas a domicilio en una muestra de 691 adultos (249), mientras que el otro estudio no encontró ninguna asociación entre la soledad y las consultas al médico de cabecera u otro tipo de asistencia médica en una muestra de 1.241 adultos en la comunidad (250). La soledad crónica se asoció de forma significativa con un aumento de las visitas al médico pero no se asoció con una mayor hospitalización (251). En el estudio de Molloy y cols. (252) estudiaron una muestra basada en adultos mayores de la comunidad, encontrando que una mayor soledad se asoció de forma independiente con una mayor hospitalización de urgencia, pero no con ingresos planificados. Un metaanálisis demostró que las personas con relaciones sociales más sólidas tenían una probabilidad de supervivencia mayor de un 50 % (7). Este hallazgo se mantuvo constante tras analizar la edad, el sexo, el estado de salud inicial, la causa de la muerte y el período de seguimiento (106). Se ha demostrado que las conexiones sociales mejoran la adherencia a los regímenes médicos (253) y reducen el tiempo de hospitalización (106). Un mayor compromiso social está asociado con una disminución de la discapacidad y una menor mortalidad (102).

Adultos mayores que carecen de relaciones sociales y se sienten aislados reportan una percepción de niveles más bajos de salud física (58), que puede llevarlos a consultar a un médico con más frecuencia que las personas socialmente conectadas (254). Buscar asistencia médica podría también ser una forma de satisfacer una necesidad insatisfecha de interacción social (249). Así, las personas mayores frágiles que se sienten solas utilizan significativamente más los servicios ambulatorios, incluidas las visitas al servicio de urgencias (SU), en comparación con los ancianos frágiles que no están solos (255). Intervenciones encaminadas a fortalecer las relaciones sociales (tanto en cantidad como en calidad) podrían ayudar a prevenir la utilización de la atención médica y consultas inadecuadas con los profesionales de la salud. Además, las personas solitarias tienen peores comportamientos de salud siendo más propensas a ser fumadores y a tener más sobrepeso u obesidad (250). Aquellos pacientes que estaban

socialmente aislados o con riesgo de aislamiento alto o moderado tenían 4-5 veces más probabilidades de ser rehospitalizados dentro del año que los pacientes con bajo riesgo de aislamiento social (100).

La soledad también se ha relacionado con una necesidad de atención médica insatisfecha (256). Una necesidad de atención médica insatisfecha ocurre cuando un individuo no puede recibir la atención necesaria (ya sea porque no está disponible o es inaccesible) y se ha asociado a resultados negativos para la salud (257). En un estudio español (258) se sugiere que las necesidades de atención sanitaria insatisfechas entre las personas mayores no institucionalizadas aumentan el riesgo de morir con una OR de 1,64 dentro de los siguientes 5 años. La mayor parte de la investigación sobre las necesidades de atención médica no satisfechas se ha centrado sobre predictores sociodemográficos como edad, sexo, condición de salud e ingresos (228,257,259–261). Algunos estudios han examinado el impacto de la conexión social en las necesidades de atención médica, utilizando medidas como el tamaño de la red social y/o disponibilidad de apoyo social (262). Estos estudios suelen incluir medidas objetivas de apoyo social (es decir, vivir solo, número de familiares/amigos) pero no examinan medidas subjetivas como la soledad. Por lo que todavía no está claro si la soledad está asociada con necesidades de salud no satisfechas. En el estudio de Chamberlain y cols. (256) cuyo objetivo principal fue estimar la asociación entre la soledad y las necesidades de atención médica insatisfechas observaron en una muestra de 44.423 encuestados, que el 8,5 % (n=3.755) informaron tener una necesidad de atención médica insatisfecha en los 12 meses anteriores. Los encuestados solitarios tenían un mayor porcentaje de necesidades de salud no satisfechas (14,4%, n=1.474) en comparación con los que no estaban solos (6,7%, n=2.281). La diversidad de género tuvo el porcentaje más alto de estar solo y con una mayor necesidad de salud insatisfecha (27,3%, n=3), seguido de las mujeres (15,4%, n=887) y los hombres (13,1%, n=583). Concluyendo que la soledad se relacionó con necesidades de atención médica insatisfecha en los últimos 12 meses, lo que puede sugerir que aquellos sin conexiones sociales sólidas experimentan dificultades para acceder a los servicios de salud. Los estudios que examinan la soledad, el uso de los servicios de salud y las necesidades de atención médica no satisfechas han encontrado importantes diferencias respecto al género y sexo (263). Más mujeres mayores reportan sentirse solas en comparación con los hombres mayores (247,264). En comparación con los hombres, las mujeres a menudo informan de más visitas al médico independiente de otros factores relacionados con la salud (263,265). En una gran encuesta canadiense basada en la población, el sexo femenino en oposición al masculino fue asociado con más necesidades de atención no satisfechas (266).

1.6.7. VULNERABILIDAD SOCIAL, GÉNERO, EDAD, SALUD, CULTURA Y SOLEDAD

La vulnerabilidad social puede ayudar a explicar cómo ciertas circunstancias se relacionan con la salud y se refiere al grado por el cual la situación social de uno lo deja más susceptible a problemas sociales o relacionados con la salud (61). Andrew y cols. (61) desarrollaron un Índice de vulnerabilidad social en el cual incluyeron las variables como el estatus socioeconómico, las relaciones, los apoyos, la alfabetización y las situaciones de la vida. La vulnerabilidad psicosocial se asocia con un alto riesgo de mortalidad (4,267–269,61). Está relacionado con múltiples factores, incluyendo vivir

solo y sentimientos de soledad, indicadores objetivos y subjetivos de aislamiento, respectivamente (126,270). Un metaanálisis de 148 estudios longitudinales informó una reducción del 50 % de mortalidad para individuos con fuerte apoyo social (3) y varios estudios epidemiológicos informaron que vivir solo y los sentimientos de soledad fueron factores de riesgo significativos de mortalidad (126,271–274). La distribución de la vulnerabilidad social es tal que ningún individuo se encuentra libre de déficits sociales, pero Andrew y cols. (61) vieron que la vulnerabilidad social aumentaba con la edad y que las mujeres tenían unos valores más altos que los hombres.

Barreto y cols. (275) examinaron las diferencias en la experiencia de la soledad entre culturas, edades y géneros, y la interacción entre estos factores. Usando los datos de *BBC Loneliness Experiment* analizaron la frecuencia de soledad en 46.054 participantes de 16 a 99 años, de 237 países, islas y territorios distintos. Los resultados mostraron que la soledad aumentaba con el individualismo, disminuía con la edad y era mayor en los hombres que en las mujeres. También encontraron que la edad, el género y la cultura interactuaron para predecir la soledad, aunque estas interacciones no predecían los efectos principales, sino que simplemente los acentuaron.

1.6.7.1. Vulnerabilidad social y género

Hay evidencia de que las mujeres mayores reportan más soledad que los hombres a edad similar. En una metaanálisis de 149 estudios de varios países, Pinquart y Sorensen (16) informaron que las mujeres entre las edades de 60 y 80 años tenían niveles más altos de soledad que los hombres. Prince y cols. (198), en una muestra de 654 personas mayores de 65 años, informaron que las mujeres (19%) se sentían más solas que los hombres (12%). Y en el estudio de Holmén y cols. (276) de personas mayores de 75 años, el 38% de las mujeres se sentían solas en comparación con el 24% de los hombres. Rokach y Brock (277) afirman que la forma en que se vive la soledad y las causas que se le atribuyen están influenciadas por el género y la etapa de la vida. Sin embargo, pocos estudios se centran exclusivamente en la soledad de las mujeres mayores, y gran parte del conocimiento sobre la soledad durante esta etapa de la vida proviene de estudios que incluyen a ambos sexos. Si bien estos estudios analizan cada vez más variables por género, no ofrecen una comprensión completa de la experiencia de la soledad en mujeres mayores (278).

Las mujeres pueden ser más vulnerables a la soledad porque viven más tiempo y experimentan eventos como la muerte de los cónyuges (276) y otras pérdidas (277) con mayor frecuencia. El resultado de estos cambios y pérdidas puede ser la interrupción de las redes sociales en las mujeres. Las redes sociales están formadas por las personas con las que interactuamos frecuentemente y son la principal fuente de apoyo y asistencia (279). Ya en 1986, Stokes y Levin (280) examinan las diferencias de género en la predicción de la soledad y postula que las mujeres ven la estructura de la red social de manera diferente a los hombres. Es decir, los hombres y las mujeres usan diferentes estándares para evaluar si están solos. Se sugiere que los hombres pueden usar criterios más orientados al grupo al evaluar la soledad, mientras que las mujeres se centran más en “vínculos sociales estrechos y diádicos” y menos relacionados con las grandes redes sociales. En una revisión sobre la soledad en mujeres mayores, Beal (278) revisó diez estudios de diversos países. La soledad se experimentó en distintos contextos como la

amistad en la vejez (281,282), ser soltero durante toda la vida (283), la viudez (284–286), la inmigración (287,288), las enfermedades crónicas (289) y las relaciones abusivas (290). La interrupción de la red social se produjo durante la viudez, las enfermedades crónicas y la inmigración. Estas interrupciones afectaron la capacidad de las mujeres mayores para satisfacer sus necesidades de compañía y apoyo. La etapa de la vida fue un factor en la evaluación de las relaciones de las mujeres solteras y aquellas en relaciones abusivas.

La distinción de Weiss (43,291) entre soledad emocional y social promueve la comprensión de cómo la ausencia de diferentes tipos de relaciones contribuye a los sentimientos de soledad en las mujeres mayores. La muerte del cónyuge a menudo provoca cambios en las redes sociales de las mujeres mayores que pueden contribuir a sentimientos de soledad. Parte de la experiencia de la viudez fue perder los aspectos sociales de la pareja, como tener un apoyo y poder asistir juntos a eventos sociales (292). Tanto la interrupción de la red social como una evaluación posterior de la red reconfigurada ocuparon un lugar destacado en las experiencias de las viudas ancianas. Durante las primeras etapas del duelo, las viudas de los pacientes de cuidados paliativos atribuyeron la causa de su soledad a recibir menor apoyo de familiares y amigos, además de la pérdida del apoyo conyugal (284). También surgieron necesidades de compañerismo que la red no pudo satisfacer. Las viudas que residían en residencias de ancianos atribuyeron los déficits en su red social al hecho de que la familia y los amigos estaban ocupados y “todos tenían sus propias vidas” (284). Las viudas afroamericanas describieron que renunciaban a los eventos sociales habituales en los cuales sentían que era necesaria una pareja (285).

Las mujeres mayores solteras informaron que la independencia era un aspecto positivo de estar sola (283). Sin embargo, el miedo a estar solos se describió como una de las razones para permanecer en relaciones abusivas (290). El deseo de evitar estar sola estaba relacionado con la percepción del envejecimiento junto con la preocupación de que no encontrarían otra pareja (290). Una vez que se perciben deficiencias en las relaciones sociales, los individuos pueden responder con resignación o intentar modificar la situación (1). La reconstrucción de redes sociales y el establecimiento de nuevas relaciones son formas habituales y eficaces de afrontar la soledad (277). Un componente central de la soledad son los “sentimientos asociados con la ausencia de un apego íntimo, sentimientos de vacío o abandono” (1). Estos sentimientos fueron parte integral de la experiencia de soledad en las viudas. A medida que avanzaba el período de duelo, se producía un aumento de la soledad, ya que los miembros de la familia evitaban hablar del cónyuge fallecido (284). Esta explicación es congruente con la perspectiva de Weiss (43) de que la soledad emocional está relacionada con un aspecto particular de la relación perdida y no puede mitigarse mediante la sustitución o el desarrollo de otras relaciones. La vejez se identifica como un momento en que las amistades pueden declinar debido a cambios como problemas de salud y reubicación (282). Las amistades son una parte integral de las redes sociales y, por lo general, se basan en la libertad de elección, los intereses compartidos y la provisión de un foro para discutir temas personales (1). En personas mayores, el contacto con amigos se asoció con niveles más bajos de soledad que el contacto con miembros de la familia (16). Para las mujeres mayores, las amistades brindan funciones tanto de compañía como de apoyo (286). Se cree que el compañerismo contribuye al bienestar porque proporciona un

escape de las preocupaciones laborales y familiares y es un vehículo para intereses y actividades compartidas. Las relaciones personales íntimas dentro de la red brindan un sentido de pertenencia y protegen contra la soledad (1).

1.6.7.2. Vulnerabilidad social, edad y soledad

En encuestas realizadas entre el público en general, la soledad suele ser nombrada como un problema importante para los adultos mayores (45,293). En un estudio estadounidense (294), los encuestados sobreestimaron en gran medida la prevalencia de soledad en la población de adultos mayores. El alcance de la soledad entre las personas mayores fue sobreestimado por los propios ancianos, aunque generalmente no al grado de sobreestimación entre los estadounidenses menores de 65 años. El 61% de las personas de 18 a 34 años, el 47% de los mayores, y el 33% de los mayores de 65 años percibe la soledad como un problema grave “para la mayoría de las personas mayores de 65 años”. El trece por ciento de los mayores de 65 años dio una respuesta afirmativa a la pregunta de si la soledad era “un problema grave... para [ellos] personalmente”. En otras palabras, las personas tienden a atribuir niveles más altos de soledad a las personas mayores que las que experimentan las personas mayores. Así, es una creencia común de que la soledad prevalece particularmente entre las personas mayores, pero la investigación no respalda siempre esta proposición (18). En el estudio de Griffin no se observaron diferencias significativas de soledad respecto a la edad (295). Otros estudios documentaron que los encuestados más jóvenes reportaron significativamente más soledad que los encuestados mayores (296,297), con una disminución lineal con la edad (297). Y otros estudios han mostrado una curva en forma de U (16,298), en la que los adultos jóvenes y las personas mayores reportan más soledad que aquellos de mediana edad (298–300). Por lo tanto, existe cierta inconsistencia en el patrón de efectos a lo largo de la ontogenia. Además, esos estudios incluyen datos de un pequeño número de culturas, lo que limita la comprensión de si tales diferencias de la edad en la soledad son universales. La investigación centrada en factores de soledad a nivel individual puede ayudar a aclarar cómo la soledad puede variar con la edad. En los estudios (1,16,18) donde analizan las diferencias de edad se sugiere que la soledad es común solo entre los muy ancianos. Entre el 20 y el 30% (dependiendo de la encuesta transversal) de los encuestados de mediana edad y jóvenes-ancianos reportan una soledad moderada o grave. Sin embargo, en edades avanzadas, la prevalencia de la soledad aumenta. De los mayores de 80 años, entre el 40% y el 50% dicen que se sienten solos "a menudo". Curiosamente, la prevalencia de la soledad también es alta entre los encuestados más jóvenes, entre 15 y 24 años.

La soledad está impulsada por una variedad de mecanismos que son en parte de desarrollo y en parte socioculturales (70,301). Por ejemplo, los adolescentes y adultos jóvenes son vulnerables a la soledad debido a la inestabilidad de sus redes sociales, relacionada con cambios en la escuela, búsqueda de identidad o cambios físicos que pueden hacer que los jóvenes sean vulnerables a la exclusión (301,302). La adolescencia está cargada de tensión entre la conexión social (la necesidad de pertenecer) y la individualización (303). Se espera que los adolescentes se ajusten al grupo y tengan amistades íntimas, pero también se espera que desarrollen la independencia de los amigos y la familia, lo que se considera una tarea central del desarrollo de los años de la adolescencia. Muchos adolescentes luchan en la búsqueda de un equilibrio entre esas

expectativas opuestas, lo que conduce a la soledad (301). Las personas de mediana edad pueden ser particularmente vulnerables a la soledad impulsada por el estado laboral, los ingresos, la separación o la reducida disponibilidad de tiempo debido al trabajo y las responsabilidades de cuidado (299,304–306). La soledad entre las personas mayores, a su vez, a menudo surge por la pérdida de personas de su red social (como resultado de la jubilación o el duelo), vivir solo o por condiciones de salud como las relacionadas con una movilidad reducida (186). Es decir, los diferentes grupos de edad experimentan desafíos específicos para la conexión social (307). Es importante destacar que algunos de ellos pueden ser universales, pero otros pueden ser culturales, lo que lleva a diferentes patrones de edad en muestras extraídas de diferentes culturas (21) que conceden un valor diferente a las relaciones con los compañeros y la comunidad. En resumen, si consideramos los impulsores de la soledad en diferentes grupos de edad, queda claro que algunos de ellos son culturales, lo que genera preguntas sobre la interacción entre la edad y la cultura en la soledad.

1.6.7.3. Vulnerabilidad social, enfermedades crónicas y soledad

Las enfermedades crónicas en las personas mayores parecen tener relación con los sentimientos de soledad aunque de poca intensidad (157). Los lazos de las redes sociales pueden ser de particular importancia para las personas con enfermedades crónicas porque pueden servir tanto para la protección de la salud como para el afrontamiento (308). Varios estudios epidemiológicos han señalado la importancia de una gran red social en relación con la morbilidad y la mortalidad (105,309). Especialmente en el caso de enfermedades crónicas, la red social puede proporcionar el apoyo necesario para mejorar la capacidad de las personas mayores para vivir de forma independiente, lo que puede constituir una alternativa a la institucionalización. Sin embargo, la comprensión de los patrones sociales entre las personas mayores con enfermedades crónicas es incompleta. Algunos investigadores encontraron que las personas con enfermedades crónicas tenían redes sociales más pequeñas que las personas sin enfermedades crónicas (309–311). Estos primeros estudios, sin embargo, se restringieron principalmente a enfermedades crónicas particulares, como la artritis (311,312) o la enfermedad coronaria (313). Además, los estudios realizados se centraron principalmente en las características estructurales de las redes sociales. Otras dimensiones, como el intercambio funcional de apoyo instrumental o emocional y la adecuación percibida del apoyo (e.g., medida por la experiencia de soledad), apenas se han examinado con respecto a su asociación con el estado de enfermedad crónica. Existe alguna evidencia de que las redes sociales y los patrones de apoyo están determinados, al menos en parte, por el tipo de enfermedad crónica. Esto puede deberse a diferencias en las características de la enfermedad, que tienen un impacto psicosocial diferencial (314). Algunos investigadores indicaron que las características de la enfermedad, como la progresión y la visibilidad de los síntomas (315) y la incapacidad funcional (316), determinan el apoyo necesario, dado, recibido y percibido por el paciente en gran medida. Por lo tanto, para comprender las diferencias y similitudes específicas de la enfermedad en la red social y los patrones de apoyo, es útil ser consciente de estas características distintivas. Las personas que padecen enfermedades con mucha incapacidad funcional, por ejemplo, ictus con hemiplejía o artritis, se muestran menos capaces de desempeñar determinados roles y tareas y requieren más apoyo instrumental, mientras que sus posibilidades de dar apoyo instrumental a otros

son más pequeñas (317). Como resultado, sus relaciones sociales están más desequilibradas (318). Además, debido a las dificultades para invertir en las propias relaciones sociales y las oportunidades limitadas para hacer nuevos contactos, las personas con discapacidad funcional pueden tener redes sociales más pequeñas que las personas sin discapacidad funcional (312). Esta disminución se refiere, en particular, a las relaciones con amigos y conocidos más que a las relaciones íntimas con parejas e hijos, porque es más probable que estas últimas persistan debido a la preocupación y afecto de los familiares (312). Asimismo, el curso de la enfermedad es un factor significativo con un claro impacto psicosocial. Enfermedades progresivas, como el cáncer terminal, llenan de preocupación continua a los miembros de la red social del paciente y los sensibiliza sobre las posibles consecuencias de la enfermedad. La red social de personas con enfermedades de curso relativamente constante, como accidente cerebrovascular, infarto de miocardio y diabetes, después de un período inicial de adaptación, a veces largo, se enfrenta a un cambio que es relativamente estable y predecible durante un período de tiempo considerable (319). Los pacientes con estas enfermedades se muestran satisfechos con el apoyo recibido (320,321). La enfermedad pulmonar (asma y EPOC), sin embargo, suele tener un curso episódico, por lo que el entorno social no está continuamente al tanto de las consecuencias o síntomas de la enfermedad. En ocasiones, esto puede ir acompañado de incomprensión mutua en estos pacientes (322). En resumen, aunque se pueden anticipar algunas diferencias específicas de la enfermedad en la red social y los patrones de apoyo, se carece en gran medida de la evidencia que respalde la especificidad.

1.6.7.4. Vulnerabilidad social, factores sociales y culturales y soledad

Las culturas difieren en la forma y el significado del comportamiento social y atribuyen diferentes valores y significados a las relaciones interpersonales (275,323,324). Las culturas a menudo se clasifican en diferentes niveles de individualismo y colectivismo, pero no está claro cuál de esos tipos de culturas tiene una tasa de soledad más alta. Las comparaciones transculturales de las relaciones sociales se hacen con mayor frecuencia en referencia al concepto de individualismo frente a colectivismo (325). Las culturas individualistas otorgan un gran valor a la autosuficiencia y están asociadas con redes sociales laxas, dominadas principalmente por relaciones elegidas; las culturas colectivistas fomentan la interdependencia y están modeladas por redes sociales más estrechas, dominadas por la familia y otros miembros del grupo (326). Si bien ambos tipos de cultura implican riesgos para la sociabilidad, tienden a estar vinculados a altas necesidades sociales en las sociedades colectivistas y a un bajo contacto social en las individualistas, lo que interfiere entre las relaciones ideales y las reales (325). Litwin (327) analiza las relaciones sociales en países mediterráneos y no mediterráneos. La literatura indica que la vida social en la región Mediterránea difiere sustancialmente de los países del Norte de Europa (328). Esto se debe a diferencias en el estilo de vida, la estructura y función de las redes sociales, y las distintas formas de atención a los mayores. Los datos muestran que las sociedades mediterráneas tienen una cultura más familiar (329) y que los hijos adultos de los países mediterráneos proporcionan más apoyo a los padres que sus homólogos en los países del norte de Europa (330). En un estudio en Italia encontró que sólo una pequeña proporción de ancianos encuestados carecían de lazos sociales frecuentes (46). Albertini y cols. (331) informan que las transferencias de recursos de padres a hijos son menos

frecuentes, pero más intensas en los países del sur de Europa que en los nórdicos. Por el contrario, se encontró que la participación en voluntariado es mayor en el norte de Europa, incluso después de tener en cuenta variaciones en edad y estado de salud (332). Actualmente, en los países mediterráneos esta mayor prevalencia en el cuidado de la familia puede cambiar produciendo cambios también en las redes sociales (333). En cuanto a las percepciones subjetivas de las relaciones, en los países mediterráneos como Italia se sienten más solos que los holandeses, aunque estos últimos viven más solos (334). Esto podría explicarse por la presencia de mayores expectativas de contacto entre los primeros y la correspondiente mayor sensación de decepción cuando estas expectativas no se han cumplido. Finalmente, algunas fuentes examinan los factores de las redes sociales en relación con los resultados del bienestar. El estudio de van Tilburg y cols. (334) encontró que, a pesar de la prevalencia de los lazos sociales entre los mayores, una baja frecuencia de relaciones con amigos se asoció con una disminución en la calidad de vida (335). Los datos de un estudio en España mostraron que el bajo apoyo emocional y la ayuda instrumental se asociaron con una mala percepción de la salud y síntomas depresivos. (336). En los estudios se demuestra que tener una pareja es un factor protector contra la depresión en la mayoría de los países, no así la frecuencia de contacto con los hijos que no está relacionada en la mayoría de países (337). En suma, la literatura muestra que las redes sociales de las personas mayores tienden a diferir en los países mediterráneos y no mediterráneos y parecen funcionar de manera diferente.

Otro factor que puede influir en la evaluación subjetiva de la red social y la intensidad de la soledad en edades avanzadas de la vida es la movilidad geográfica o la inmigración. La soledad es parte de la experiencia de reubicación, y la experiencia de la inmigración marca una transición significativa en la vida que asocia soledad (338). El estudio Choudhry (287) analiza la experiencia de desarraigo y reasentamiento de mujeres inmigrantes del sur de Asia. Para estas inmigrantes ancianas, equilibrar las creencias y tradiciones anteriores y al mismo tiempo adaptarse a una nueva cultura representaron desafíos importantes en el reasentamiento (287). La tensión entre culturas fue evidente en los relatos de mujeres mayores que emigraron de India a Canadá para vivir con sus hijos. Los emigrados atribuyeron su soledad en parte al hecho de que sus hijos estaban en proceso de adaptarse de forma acelerada a una cultura extranjera y tenían menos tiempo para estar con ellos. El choque entre las culturas del sudeste asiático, en las que la reciprocidad y la interdependencia caracterizan las interacciones sociales, y la sociedad occidental, en la que domina la autonomía, contribuye a la soledad de los inmigrantes. Las mujeres del sur de Asia del estudio de Choudhry carecían de la extensa red de familiares y amigos que anteriormente había sido una importante fuente de apoyo social. Los vecinos habían sido una parte tan importante de la red social en la India que se los describía “como parte de una gran familia. Las mujeres de este estudio percibían a sus nuevos vecinos como menos amistosos que los de la India, y las barreras del idioma obstaculizaban sus intentos de establecer nuevos lazos sociales (287).

Otro factor a tener en cuenta en la predicción de soledad son los rasgos de personalidad (neuroticismo, extraversión, apertura, amabilidad y responsabilidad) (339). Se ha encontrado que los niveles elevados de soledad están particularmente relacionados con niveles más altos de neuroticismo y niveles más bajos de extraversión

y amabilidad (135,340–345). Por el contrario, los resultados anteriores para la apertura y la responsabilidad son inconsistentes. En el caso de la apertura, los estudios anteriores han informado asociaciones negativas (343,345) como ausencia de asociación (341,342) con la soledad. Con respecto a la responsabilidad, se ha encontrado que la soledad no está relacionada (341,342), está relacionada positivamente (341,343) o negativamente (345) con la soledad.

En resumen, podemos concluir que la edad, el género, las enfermedades crónicas, la cultura y la personalidad interactúan para predecir la soledad, aunque esas interacciones no actúan como factores determinantes, sino únicamente los modulan.

1.6.7.5. Redes sociales y apoyo social

Las redes sociales y el apoyo social son dos conceptos diferentes (346). Una red social se define como un conjunto de vínculos entre un grupo identificado de personas, cuyas características tienen algún poder explicativo del comportamiento social de las personas involucradas (347). Es el conjunto de personas con las que se mantiene contacto y se tiene algún tipo de vínculo social. El apoyo social se define como el proceso interactivo en el que se obtiene ayuda emocional, instrumental o financiera de la propia red social. El apoyo existe solo si conduce a ciertas creencias en el receptor. Abarca “información que lleva al sujeto a creer que es cuidado y amado, estimado y miembro de una red de obligaciones mutuas” (348). Thoits (349) ha ampliado este modelo para incluir la ayuda instrumental. Cada vez se reconoce más que el concepto de salud abarca la salud social y psicológica, además de la física. Kaplan y cols. (350) plantearon la hipótesis de dos dimensiones en las redes sociales y el apoyo que son relevantes para la protección de la salud: el tamaño y la estructura de la red social y la naturaleza de los vínculos de la red (e.g., el significado de las relaciones, la fuerza de los compromisos). Los investigadores plantearon la hipótesis de que (i) cuanto mayor sea el número de enlaces en la red (por ejemplo, el número de personas significativas), mayor será la protección de la salud de los apoyos sociales; y (ii) cuanto mayor sean las funciones de soporte de los enlaces, más protectora de la salud será la red. Estas hipótesis han recibido apoyo empírico de Myers y cols. (351).

Las redes sociales de la mayoría de las personas mayores consisten principalmente en los familiares, y a su vez, los familiares proporcionan la mayor parte de la ayuda instrumental que requieren las personas mayores (352). Encuestas a personas mayores han documentado que la mayoría de la ayuda proviene de las esposas, seguido de las hijas (particularmente en el caso de padres viudos); las personas mayores mencionan menos a menudo a amigos y vecinos como fuente de ayuda (353–355). El estudio Stoller y Pugliesli (355) con una muestra de 461 personas mayores (edad promedio 78 años) que residían en el noreste de Nueva York informaron que aquellas personas mayores que dependían del cónyuge, en lugar de servicios sociales u otros familiares, eran menos propensos a reportar necesidades. Aunque no se debe suponer que un solo tipo de persona es capaz de satisfacer todas las necesidades del individuo (356,43). Seeman y Berkman (357), sobre la base de una muestra comunitaria de 42.806 personas de 65 años o más que vivían en New Haven, Connecticut, informaron que la presencia de un confidente estaba asociada con la disponibilidad de apoyo instrumental y emocional. También encontraron una serie de vínculos estrechos asociados con la

disponibilidad de ayuda práctica y apoyo emocional. Se ha enfatizado el papel de un confidente en la promoción de la satisfacción con la vida y la reducción de la morbilidad psiquiátrica (e.g. depresión) (358). Algunas investigaciones muestran que las personas que tienen un confidente son mucho más propensas a reportar satisfacción con sus vidas (359–361). Lowenthal y Haven (362) estudiaron el ajuste psicológico de las personas mayores y concluyeron que las personas con confidentes de cualquier tipo (no necesariamente cónyuges) podían sobrevivir mejor a las pérdidas sociales graduales en el rol y la interacción social (e.g., viudez, jubilación, etc.). Con el aumento de la probabilidad de enfermedad y discapacidad en la vejez, los lazos sociales, la ayuda y el apoyo que pueden brindar pueden convertirse en factores críticos en el mantenimiento de la independencia. Se ha demostrado que el apoyo familiar y social disminuye el uso de los servicios sociales y urgencias y, en menor medida, otros servicios de salud (363,364). Para los ancianos, las consecuencias informadas de un conjunto relativamente débil de relaciones sociales incluyen problemas de salud mental (362), mala adaptación a la viudez (365,366) y un mayor riesgo de institucionalización (252). La identificación de los lazos sociales y las condiciones bajo las cuales se brinda ayuda y apoyo es fundamental para una intervención exitosa en el contexto de las redes sociales.

1.7. INTERSECCIONALIDAD Y FACTORES DE RIESGO PARA LA SOLEDAD Y EL AISLAMIENTO SOCIAL

Un número considerable de estudios se han realizado para analizar la relación entre la vejez y la soledad y el aislamiento social. Aunque determinar la causalidad es difícil dado que la investigación se ha centrado en estudios observacionales, sí se ha observado que los factores sociales se asocian a ambos conceptos. Estos pueden dividirse como factores sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, ingresos) y factores relacionados con la salud (morbimortalidad, pérdida de audición y de visión y deterioro cognitivo) (367) (Figura 1.1).

1.7.1. FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRÁFICO

1.7.1.1. Edad

No existe una relación clara entre la soledad y el aumento de la edad (18), aunque en la mayoría de estudios se concluye que la soledad y el aislamiento social son más comunes en las personas más mayores (16,28,34,66,126,185,187,212,368–371). Esto puede ser debido a que las pérdidas son mayores a lo largo del curso de la vida, sobre todo de familiares y amistades, generalmente de sus coetáneos, y por tanto existe una mayor pérdida de contacto social (372). Sin embargo, aunque las tasas de soledad y aislamiento social aumentan con la edad, no está claro si esta asociación representa un verdadero “efecto de la edad” o, es de hecho el resultado de algún otro factor, como la salud o el género, que se relacionan independientemente del envejecimiento (71). Así por ejemplo, Holmén y cols. (276) estudiaron a 1.725 adultos mayores suecos y concluyeron que la prevalencia de la soledad aumentaba con la edad hasta los noventa años que disminuyó. Esto podría deberse a que es probable que el grupo de mayor edad tenga más contactos sociales con los cuidadores y que la soledad sea acogida como un

cambio producido por la edad (envejecimiento biológico). En cambio, Dykstra y cols. (373) concluyeron que no solo la edad avanzada está asociada con el aumento de la soledad, sino que los aumentos en la soledad son más altos para los adultos mayores. En cambio, Lauder y cols. (374) en una muestra australiana informó que la edad no se correlacionó significativamente con la soledad.

No solo se teoriza que la edad es un correlato de la soledad, sino que las causas de la soledad se perciben de manera diferente según la edad y la cultura (277,375). La soledad cambia a medida que una persona envejece y los efectos positivos de la soledad, como tener tiempo para la reflexión o el desarrollo personal, no son tan frecuentes en los adultos mayores y además la capacidad para hacer frente a la soledad también cambia a medida que se envejece. Es decir, la edad avanzada puede aumentar el riesgo de soledad, cambiar la experiencia de la soledad y disminuir la capacidad de afrontar la soledad.

1.7.1.2. Género

Los estudios de investigación han establecido que la ocurrencia y la experiencia de la soledad pueden variar según el género. Además, el género, en muchas sociedades, está relacionado con desigualdades como son el estatus socioeconómico, el poder, los roles y la política. Aunque hay controversia respecto a cuál es el género que tiene mayor grado de soledad, la mayoría de estudios describen que la soledad y el aislamiento social es mayor en mujeres de edad avanzada (2,16,28,126). Sin embargo, otros estudios afirman que la soledad se da más en los hombres (199,376) y que envejecer en soledad parece ser una experiencia más severa para los hombres que para las mujeres (377).

Las mujeres de todas las edades son más propensas a tener relaciones de más confianza que los hombres y es más probable que estas sean fuera del ámbito familiar, mientras que un hombre es más frecuente que sea más confidente con su esposa (367). Las mujeres dan mayor importancia a las pérdidas familiares que ocurren en ésta época de la vida y tienen una esperanza de vida más larga estando más expuestas a la viudez y a otras ausencias relacionadas con la edad (189). Tienen mayor probabilidad de vivir más tiempo solas, ser cuidadoras de la pareja enferma y de presentar problemas médicos con lo que reducen también sus contactos sociales. Además, muchas mujeres mayores pueden haber renunciado a oportunidades educativas o laborales durante sus años más jóvenes, por tanto, como resultado, es más probable que sufran algunos de los riesgos de la soledad, incluida la pobreza o la baja educación, en sus últimos años. Todo esto hace que no quede claro si esto puede ser debido a un sesgo de notificación (es más “aceptable” que las mujeres reporten soledad), o por confusión con los efectos de la edad, una peor salud o una mayor acumulación de pérdidas a lo largo del curso de la vida por parte de las mujeres.

1.7.1.3. Ingresos y nivel socioeconómico

Educación, ocupación e ingresos representan distintos factores socioeconómicos, cada uno de los cuales contribuyen de manera específica a las desigualdades en un envejecimiento exitoso (378). El estrato socioeconómico es reportado por varios estudios como factor asociado con la soledad (16,28,186,369,376,379); por un lado, la tensión económica pone en peligro el bienestar social y hace que las carencias

favorezcan el incremento de la soledad; por otra parte, mayores ingresos permiten el acceso a los bienes comerciales, oportunidades de ocio y una amplia gama de actividades. Además, un mayor nivel socioeconómico se asocia con una red social más amplia, es decir, las personas cuentan con más apoyo en caso de necesitarlo (16). En un estudio reciente, realizado por McDonald y cols. (380) se observó que los participantes de un grupo socioeconómico más bajo (ingreso familiar anual menor de £10,000) experimentaron niveles desproporcionadamente más altos de aislamiento social y soledad emocional en comparación con los otros grupos socioeconómicos. Además, tenían consistentemente más probabilidades de informar problemas de salud. Los hallazgos presentan la evidencia de que la socioeconomía y la soledad tienen un impacto perjudicial en la salud de una persona.

Hay poca evidencia para asociar la soledad con la clase social, sin embargo, las personas mayores de origen obrero tienen más probabilidades de experimentar aislamiento que las personas de edad similar de clases sociales más altas (2,28,126,187). Incluso el tipo de contacto social varía con la clase social, basándose en la familia para los grupos de clase socioeconómica más baja y en la amistad para aquellos de nivel socioeconómico más alto (381). Otro factor es el empleo, que brinda a las personas oportunidades de contacto fuera del hogar, oportunidades para reafirmar su autoestima y una remuneración financiera. Se ha demostrado consistentemente que el desempleo está relacionado con un mayor riesgo de ansiedad y trastornos afectivos (250).

1.7.1.4. Vivir solo

En la mayoría de los estudios que analizan el aislamiento social y la soledad, la soledad se asocia con vivir solo (31) o con vivir lejos de los familiares o tener pocos contactos (2,60,66,94,189,371,382,383). Incluso se incluye vivir solo en la definición de estos conceptos. La soledad no está directamente asociada con vivir solo. Muchos de los que viven solos viven vidas socialmente activas y totalmente integradas (303); sin embargo, la soledad es más común entre los que viven solos (71). La evidencia indica que las relaciones íntimas fuera de la familia pueden ser más importantes que las relaciones familiares (384) e incluso la presencia de relaciones de apoyo puede compensarlas. Hay pocas razones para suponer que el aumento en el número de personas mayores que están solas necesariamente conduzca a un aumento en el número de individuos solitarios en nuestra sociedad. En la medida en que los adultos mayores solteros sean capaces de crear y mantener relaciones mutuamente satisfactorias, es probable que se mantengan los mismos niveles de soledad (384).

1.7.1.5. Vivir lejos de la familia

Las redes sociales de las personas mayores están dominadas por la familia y se basan menos en las amistades que otros grupos de edad (385). La falta de hijos se ha asociado con la soledad y el aislamiento social (193,368,371,382,386). Aparte del cónyuge, los hijos adultos proporcionan un importante contacto social, además de afecto, apoyo y cuidados (387,388). Los cambios sociodemográficos han erosionado el tradicional sistema de apoyo familiar para los ancianos y muchos hijos se han trasladado a otras ciudades con lo que deben apoyarse de otros contactos sociales. En este caso los amigos y vecinos también pueden brindar apoyo emocional y asistencia en tareas como el transporte y ayuda en ciertas circunstancias. Las personas mayores cercanas a la

familia que tienen muchos amigos están psicológicamente mejor adaptadas que los que no tienen estas redes. Aunque otra investigación sugiere que las personas mayores que no tuvieron hijos es menos probable que sean solitarias que las que tienen hijos, porque las familias se adaptan y buscan otras fuentes de apoyo (384). La frecuencia del contacto con hijos o nietos tiene poca diferencia en las experiencias de soledad.

1.7.1.6. Vivir en residencias de ancianos

Relativamente pocos estudios han investigado la relación entre el entorno de vivir en una residencia de ancianos y la soledad. Aunque vivir en un hogar de ancianos o residencial, en algunos estudios se predijo mayor soledad de forma significativa (16,191,369), en cambio en otros no encontraron diferencias (368,373). El estudio de Prieto-Flores (191) intentó identificar diferencias en la soledad entre adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados mostrando un fuerte efecto de la institucionalización sobre la soledad. Generalmente las personas mayores que viven en residencias de ancianos, son más vulnerables a sentimientos de soledad existencial, por la sensación de pérdida de un papel significativo en la vida y la pérdida de los roles que han tenido previamente (389). A diferencia, en un estudio de casos y controles en Israel con usuarios de centros de día emparejados con otros que no lo eran, y tras evaluarlos con la escala de soledad de dJG, no se encontraron diferencias significativas entre usuarios y no usuarios de centros de día y el nivel de soledad (368). Dykstra y cols. (373) tampoco encontraron cambios en soledad asociados con de la entrada a un centro de atención residencial.

1.7.1.7. Vivir en áreas rurales aisladas

Un tema poco investigado hasta la fecha es si existen diferencias entre el aislamiento social y la soledad y vivir en áreas urbanas/rurales. Por un lado, se podría plantear la hipótesis de que las áreas rurales podrían estar asociadas con una mayor probabilidad de aislamiento social y soledad, dadas las regiones escasamente pobladas, las largas distancias y la falta de infraestructura, particularmente la falta de opciones de transporte que pueden interferir con la participación social (390). Además, la migración puede dar lugar a la separación de las familias (391,392), lo que también puede conducir al aislamiento social o soledad. Por otro lado, los residentes rurales a menudo tienen fuertes conexiones con la comunidad (393), lo que puede ser ventajoso en términos de reducir la probabilidad de aislamiento social y soledad.

De hecho, los hallazgos de la investigación sobre las diferencias urbanas/rurales en el aislamiento social y la soledad han sido inconsistentes. Mientras que algunos estudios indican que las tasas de soledad y aislamiento social son más altas en las zonas urbanas, en relación con las zonas más rurales (394), otros muestran una mayor soledad en las zonas rurales en los análisis bivariados (66,187,369) o ninguna diferencia entre zonas urbanas y rurales cuando se controlan otros factores (98,187). Además, los estudios muestran que los factores relacionados con la soledad o el aislamiento social son diferentes para las personas que viven en áreas rurales y urbanas (395,396). En general, la inconsistencia en los hallazgos sugiere la necesidad de más investigación sobre las posibles diferencias urbanas/rurales en el aislamiento social y la soledad, incluida la necesidad de examinar diferentes tipos de áreas urbanas.

1.7.1.8. Vivir en áreas urbanas de bajos ingresos

También se ha relacionado la soledad con vivir en barrios urbanos desfavorecidos y donde la población de inmigrantes es mayor. Esto es consistente con investigaciones previas que muestran que la exclusión social se agrupa en barrios socioeconómicamente más desfavorecidos (397) y con consecuencias negativas para la salud asociadas a vivir en barrios más pobres (398). Un estudio reciente que se centró en la soledad en un área metropolitana mostró que la probabilidad de soledad era mayor en las áreas más alejadas del centro de la ciudad, en relación con el centro de la ciudad (399), lo que sugiere que existen diferencias incluso dentro de los centros urbanos.

1.7.1.9. Falta de transporte

No tener acceso a transporte es un predictor significativo de soledad familiar (66), especialmente para las personas mayores que viven en comunidades rurales. En estudios previos, los factores que facilitan los contactos familiares y sociales incluyen un buen transporte, mientras que por el contrario la ausencia de transporte puede reducir las oportunidades de interacción de la persona mayor, lo que a su vez puede contribuir a la soledad (400). Conectar a los adultos mayores con un transporte confiable y asequible es a menudo un requisito previo para que permanezcan involucrados en la comunidad y en relaciones de apoyo (60).

1.7.1.10. Pocos amigos

La falta de apoyo social también se ha relacionado con la soledad. Las relaciones con amigos cercanos pueden ser más importantes para prevenir la soledad que las relaciones con los miembros de la familia (39). Mientras que la familia es más probable que ayude con el cuidado íntimo o a largo plazo, los amigos son más importantes si se considera el bienestar emocional y la satisfacción con la vida (357). Por tanto, tener una gran red social se asoció con menor soledad. La alta frecuencia de contacto con amigos indica un intercambio emocional positivo; el disfrute y el compartir buenos momentos se consideran factores importantes del bienestar en la vejez (16). Tener un número adecuado de amigos cercanos, es uno de los mejores métodos para evitar la soledad. En general, las personas sin amigos son las que sienten más la soledad (401). Es notorio que el tamaño de la red muestra una asociación inversa con la soledad y permite a las personas crear o gozar de oportunidades para formar relaciones sociales y es un mecanismo potencialmente protector frente a los sentimientos de soledad (376). A su vez, el apoyo social está relacionado con el hecho de que la persona se sienta menos sola (402). La importancia de la red social es referida por los adultos mayores cuando señalan la compañía como un mecanismo para afrontar la soledad (379) y recibir menos visitas de amigos predecía mayor soledad (200). En el estudio de Stevens y Westerhof (403) pudieron demostrar que tanto hombres como mujeres mayores informan que mantener contacto con otros compañeros (amigos, niños y otros familiares) en actividades de ocio fuera del matrimonio contribuye a mitigar la soledad. Para ambos, hombres y mujeres, las relaciones sociales cercanas más allá de la pareja contribuyó a aliviar la soledad. En cambio en otros estudios, el número de contactos sociales no influye en la experiencia de la percepción de la soledad (200), dado que la disminución en la cantidad de contactos puede reflejar la pérdida de relaciones periféricas. En cambio, las relaciones de calidad sí influyeron en el nivel de soledad, correspondiendo

relaciones de más baja calidad (16) y un menor contacto con amigos cercanos a mayor soledad (242,404). Aunque la pérdida de un cónyuge y de los hijos conducen a una mayor soledad, las amistades pueden sustituir a las relaciones familiares estrechas. Sin embargo, la soltería está vinculada a experiencias tanto de aislamiento como de soledad, a pesar de la presencia de redes de amistad. Las mujeres tienen más amistades que los hombres, y también hay una reducción de las amistades mantenidas por los hombres después de la jubilación.

1.7.1.11. Cuidadores de familiar anciano

La calidad de vida de los cuidadores mayores y sus relaciones sociales no han sido rigurosamente investigadas. Ser anciano y cuidar a otra persona mayor puede afectar varios aspectos de la vida, como la salud física y emocional (405) y la disminución del tiempo de descanso, lo que a su vez afecta la vida social entre los cuidadores, y contribuye al aislamiento social. Esta carga del cuidador, generalmente del cónyuge envejecido o con discapacidad, parece afectar de manera diferente a hombres y mujeres (406). En el estudio de Ekwall y cols. (407) realizado en 4.278 personas mayores de 75 años, residentes en Suecia de las que 783 (18%) eran cuidadores, éstos reportaron sentimientos de soledad con mayor frecuencia que los no cuidadores, habiendo diferencias de género en las experiencias de soledad y siendo mayores en las mujeres.

1.7.1.12. Cambios en la vida

- Cambio de residencia: Experiencias de la vida como la jubilación, la migración y el ingreso en una residencia se ha asociado con mayores niveles de soledad y aislamiento. Así, aquellos que se han mudado a un nuevo país corren el riesgo de soledad debido al proceso de inmigración y al tener que adaptarse a una nueva cultura (408). Estos sentimientos se atribuyeron al contraste entre sus experiencias de crecer y vivir en su país de origen, donde habían estado profundamente arraigados en sus creencias, valores y tradiciones culturales y las de sus nuevas vidas en un país nuevo.

- Reducción de la red social: Los datos epidemiológicos sugieren que tener más relaciones sociales y de mejor calidad está relacionado con menores riesgos para la salud y tener menos relaciones y de peor calidad aumenta el riesgo (7,106). Inicialmente, se planteó la hipótesis de que cuando mayor era la red social menor era la soledad/aislamiento, considerándose que las redes sociales grandes eran protectoras frente a la soledad (409). Posteriormente se vio que esta visión era simplista enfatizando más en la calidad de la red social que en su tamaño.

- Pérdida de un cónyuge: La pérdida de la pareja sentimental se ha relacionado consistentemente con experiencias de soledad y aislamiento social en diferentes culturas y contextos sociales (410). La soledad es a menudo más extrema en la viudez temprana y no parece estar mediada por la presencia de hijos o la frecuencia de visitas de hijos. Mientras que la mayoría de los ancianos viudos suelen ser mujeres, parece probable que la viudez es igual de propensa a causar soledad en hombres mayores (315). El grupo que reporta mayor frecuencia de soledad es el de los hombres solteros seguido de las mujeres solteras, luego las mujeres casadas y finalmente los hombres casados (29). Si bien esta asociación con diferentes grupos demográficos no es del todo consistente y

ocurren excepciones, estos hallazgos parecen indicar que el matrimonio es protector contra la soledad, lo que coincide con la opinión de Weiss de que la soledad emocional ocurre en ausencia de una figura de apego confiable, como un cónyuge. Además el duelo en los ancianos parece ser un factor de riesgo importante para el desarrollo de soledad (71,186). Es plausible que la soledad pueda resultar de la muerte de un ser querido a través de la pérdida de una figura de apego y que la persona viuda posteriormente viva sola y no encuentre otra figura de apego de reemplazo.

- Deterioro de la salud: Hay una relación consistente y duradera entre la soledad, el aislamiento y la mala situación física y la salud mental, especialmente la depresión (71,411). Sin embargo, existe cierto desacuerdo sobre si la mala salud causa soledad y/o aislamiento, o si el aislamiento o la soledad causan mala salud. El aumento de los problemas de salud puede causar restricción de contacto social que puede, a su vez, resultar en un aumento de los niveles de soledad y aislamiento (389). Así, la soledad y el aislamiento social son vistos como un síntoma de problemas de salud en lugar de una causa.

- Pérdida de la licencia de conducir: La pérdida de la capacidad de conducir puede disminuir la facilidad de transporte y por tanto disminuir las relaciones sociales al disminuir el contacto con familiares y amigos.

- Otros eventos de la vida: Otros eventos disruptivos de la vida (como mudarse a un lugar diferente (408) o las pérdidas relacionadas con la edad de todo tipo se han relacionado con la experiencia de soledad y aislamiento social en la edad adulta. Las pérdidas pueden referirse a pérdidas de seres queridos, mascotas, roles, trabajos, hijos y hogares. Se ha planteado la hipótesis de que la forma en el que las personas lidian con las pérdidas experimentadas en el curso de su vida afectan la probabilidad de experimentar soledad en la vida posterior (412). Así, la espiritualidad (413) y la propiedad de mascotas (414,415) se han sugerido como factores que pueden proteger contra la soledad y el aislamiento. A su vez, se ha informado que las experiencias culturales pueden tener un efecto significativo en las percepciones de la experiencia y las estrategias de afrontamiento de la soledad (375).

1.7.2. FACTORES DE RIESGO SANITARIO

1.7.2.1. Multimorbilidad

Como hemos descrito con anterioridad, la soledad y el aislamiento social se han asociado con mala salud, pero determinar la causalidad es difícil dado que la investigación se centra en estudios observacionales (1). La soledad además de ser un importante predictor de problemas psicológicos como la depresión (124) y la ansiedad (125), parece ser un factor de riesgo para la mala salud física estando relacionada con la morbilidad y la mortalidad general en las poblaciones adultas (111,126).

1.7.2.2. Pérdida auditiva y/o visual

Participar en muchas intervenciones solo es posible después de optimizar la movilidad, la visión y la audición. Por tanto, los déficits sensoriales como la pérdida de visión (416) o audición (417–419) se asocian con mayor sensación de soledad. Incluso aquellas personas con discapacidad se apartan de sus relaciones sociales por vergüenza

a que otros las vean en su estado actual. Así, en el estudio de Alma y cols. (190) se observa que la prevalencia de soledad entre los ancianos con discapacidad visual fue mayor en comparación con el grupo de referencia (50% vs. 29%; $p < 0.001$) y en el análisis multivariante mostró que ser independiente en las actividades, el estado de pareja y la autoestima fueron determinantes en la soledad. En el estudio de Pronk y cols. (420) estudiaron la relación entre el estado auditivo y la soledad en una población de adultos mayores. Encontraron efectos adversos significativos de una audición pobre sobre la soledad emocional y social para subgrupos específicos de personas mayores. Estos fueron, sobre todo, para quienes no usaban auxiliar auditivo y para hombres.

1.7.2.3. Deterioro cognitivo

Como se ha mencionado previamente la soledad es un factor de riesgo de un mayor deterioro del rendimiento cognitivo y progresión a demencia (229,230). Así en el metaanálisis de Kuiper y cols. (4) se reportó que el riesgo de desarrollar demencia para aquellos con altos niveles de soledad fue 1,58 veces mayor que para aquellos que tenían una red social adecuada.

1.7.2.4. Deterioro funcional

Múltiples estudios han demostrado una asociación entre la soledad y la disminución posterior del estado funcional y la longevidad (69,111,126). Por ejemplo Perissinotto y cols. (126), observaron que los sujetos solitarios tenían más probabilidades de experimentar una disminución en las actividades de la vida diaria (AVD), más dificultades con tareas de las extremidades superiores, mayor disminución de la movilidad o mayor dificultad para escalar. Al igual que Shankar y cols. (421) encontraron que el aislamiento social y la soledad estaban asociados con una disminución en la velocidad de la marcha y una mayor dificultad en la realización de las actividades de la vida diaria. Cohen-Mansfield y Parpura-Gill (188) también vieron que la movilidad reducida era un importante predictor de soledad en una población de personas mayores con bajos ingresos. En cambio, Stessman y cols. (24), no encontraron asociación entre la soledad y el posterior deterioro del estado funcional, el aumento de la comorbilidad o la mortalidad tras 7 años de seguimiento. En un estudio español, realizado por Gené-Badia y cols. (422) en el Área básica de Barcelona con una encuesta telefónica a 278 participantes (61,6% de respuesta) asociaba la soledad moderada a presentar dificultades para la marcha, deterioro cognitivo y barreras arquitectónicas, mientras que los que presentaban soledad severa no existía esta asociación. Esto último concuerda con los hallazgos de que aquellos que necesitan ayuda con las transferencias o para ir al baño reportan menos soledad (423). Una posible explicación podría ser que la naturaleza de la discapacidad requiere un contacto más frecuente con los cuidadores.

1.7.2.5. Fragilidad

La fragilidad se define como un estado de pérdida de la capacidad de reserva, derivado de disminuciones acumulativas en múltiples sistemas fisiológicos que pueden conducir a una mayor vulnerabilidad y peores resultados en salud como el deterioro cognitivo, demencia, depresión, hospitalización, discapacidad, caídas y muerte prematura. Por tanto, no todos los adultos mayores con discapacidades son frágiles, ni todos los adultos mayores frágiles tienen discapacidades. La evidencia es limitada al

examinar el papel del aislamiento social y la soledad como mediador de la fragilidad (128). La fragilidad se asocia con un funcionamiento social deficiente y con un aumento de la soledad con el tiempo (424). Gale y cols. (425) investigaron esta asociación encontrando que las personas mayores que experimentan altos niveles de soledad corren un mayor riesgo de volverse físicamente frágiles. La vulnerabilidad social también, se correlacionó de débil a moderadamente con la fragilidad; si bien los dos pueden estar relacionados, son claramente distintos, sobre todo porque cada uno contribuye de forma independiente a la mortalidad. El aumento de la vulnerabilidad social se asoció con una reducción de la supervivencia a mediano plazo (5 a 8 años) (61).

Se han descrito muchas variables que se asocian con un mayor riesgo de soledad, aislamiento social y vulnerabilidad social, sin embargo, la naturaleza de las relaciones con estos factores no están bien establecidas y, para comprender la naturaleza de estas interrelaciones, existe una clara necesidad de realizar modelos multivariantes de interrelaciones entre dichos factores, como el realizado por Wenger (71).

1.8. MECANISMOS O VÍAS QUE VINCULAN LA SOLEDAD Y EL AISLAMIENTO SOCIAL CON LA SALUD

El informe del *National Academy of Science, Engineering, and Medicine Committee* (59) resumió los mecanismos o vías que vinculan la soledad y aislamiento social con los resultados de salud. Se dividen en tres categorías según los mecanismos biológicos, psicológicos y comportamentales (Figura 1).

1.8.1. MECANISMOS BIOLÓGICOS

Los estudios biológicos que investigan la asociación entre el aislamiento social y la soledad con peor salud implican vías cardiovasculares, neuroendocrinas e inflamatorias, generalmente en condiciones de mayor estrés.

El aislamiento social y la soledad se han asociado con una resistencia vascular y presión arterial más elevadas, así como tasas más altas del síndrome metabólico (117,164,426). La soledad está asociada con cifras más altas de presión arterial y mayor reactividad inflamatoria al estrés agudo (237). El aislamiento social se ha asociado con una mayor tasa de calor en reposo, presión arterial sistólica más alta y parámetros de colesterol desfavorables en respuesta al estrés (129,427). Por tanto, hay fuertes evidencias tanto experimentales como observacionales que indican que el bajo apoyo social, la soledad, y el aislamiento social se asocian con elevaciones crónicas de la presión arterial y la frecuencia cardíaca.

La relación entre la vinculación social y el aislamiento social con la actividad del eje hipotálamo-pituitario-suprarrenal en humanos y animales ha sido ampliamente estudiado (428,429). En estudios de adultos mayores, la soledad se ha asociado con una menor producción de cortisol (430) y una menor respuesta del cortisol al estrés (133). En el paradigma experimental del estrés agudo, la soledad se asocia tanto con una baja reactividad al cortisol como con un mayor nivel de interleucina-6 y proteína quimiotáctica de monocitos 1 en mujeres mayores, lo que sugiere desregulación de procesos neuroendocrinos e inflamatorios (133). En el estudio de Walker y cols. (431)

se encontró que los niveles más altos de compromiso social y vivir con alguien se asociaron con niveles más bajos de PCR, fibrinógeno y glóbulos blancos, mientras que los niveles más bajos de soledad se asociaron con niveles más altos de IGF-1. Estas asociaciones son independientes de factores que no varían con el tiempo, como el género, el historial médico, los patrones previos de comportamiento social, la clase social y la genética, y de factores que varían con el tiempo, como los ingresos, la salud física, los comportamientos de salud y la depresión. Como conclusión vieron que los aspectos de compromiso social se asociaron con niveles más bajos de inflamación mientras que la soledad se relacionó inversamente con la regulación de la inflamación. Esto sugiere que podría haber diferentes vías biológicas involucradas en aspectos objetivos y subjetivos de las conexiones sociales.

Eisenberg y cols. (432) han revisado exhaustivamente la evidencia de la naturaleza recíproca del comportamiento social y procesos inflamatorios. La investigación tanto en animales como en humanos ha demostrado ser transitoria y, a veces, la activación a largo plazo de procesos inflamatorios se produce en respuesta a una serie de factores de estrés social o la separación o pérdida social y la exclusión social. Estos estudios incluyen investigaciones en adultos mayores socialmente aislados que muestran niveles más altos en la circulación de proteína C reactiva (marcador inflamatorio) (433–435) y niveles más altos de fibrinógeno (biomarcador de inflamación y riesgo cardíaco) (436). La soledad también se ha asociado con niveles más altos de interleucina-6, fibrinógeno y proteína C reactiva en un muestra de mediana edad (238). Se ha asociado la soledad con mayor expresión de genes proinflamatorios en adultos mayores (197), un efecto que fue regulado a la baja con la reducción del estrés tras terapia de “mindfulness” en un ensayo controlado (437).

1.8.2. MECANISMOS PSICOLÓGICOS

Los mecanismos psicológicos y relacionados con el estrés son una segunda categoría de mediadores que contribuyen en el impacto de la salud en la soledad y el aislamiento social. Las relaciones con los demás son importantes para adaptarse a las tensiones de la vida a través de la ayuda (apoyo informativo) y formas emocionales de apoyo social. Se ha demostrado que el apoyo atenúa la respuesta fisiológica al estrés, como la reducción de la presión arterial y la respuesta inflamatoria, en numerosos estudios. Por el contrario, una ausencia o bajo nivel de soporte aumenta la respuesta fisiológica al estrés (237). Como se señaló anteriormente, tanto la soledad como el aislamiento social se han relacionado con una mayor probabilidad de desarrollar ansiedad y síntomas depresivos (438–440) que, además, influyen en las respuestas fisiológicas al estrés y los resultados en la salud.

1.8.3. MECANISMOS COMPORTAMENTALES

La soledad y el aislamiento social se han relacionado con resultados adversos para la salud a través del estilo de vida o comportamientos relacionados con la salud. La calidad y la cantidad de las relaciones sociales pueden ejercer influencias favorables o desfavorables en los comportamientos y resultados de salud. Un metaanálisis (253) asoció mayor adherencia al tratamiento médico cuando el paciente tenía mayor apoyo social. El apoyo social también se ha asociado fuertemente con resultados favorables de sueño (441), mientras que la soledad se ha asociado a una mayor fragmentación del

sueño, peor calidad del sueño y la consiguiente desregulación metabólica, neural y hormonal (5,57,140,166,241). Un estudio analizó la asociación de la soledad con las enfermedades cardiovasculares, diabetes y migraña entre 8,600 adultos mayores y encontraron efectos significativos atribuibles a variables de comportamiento tales como sueño pobre, inactividad física y tabaquismo diario (122).

Así, cada vez más investigaciones observan que una alta satisfacción con la vida se asocia con mejores resultados de salud, como un menor riesgo de enfermedades crónicas (e.g., enfermedades del corazón, diabetes) (442–444) y reducción de la mortalidad (445). Al considerar las posibles vías bio-conductuales a través de las cuales la satisfacción con la vida podría influir en los resultados de salud, hay al menos tres a considerar: (1) mejora de los recursos psicológicos y sociales para amortiguar los efectos tóxicos del estrés abrumador; (2) efectos indirectos a través de comportamientos de salud, y (3) efectos directos a través de cambios fisiológicos. La satisfacción con la vida está asociada con mejores comportamientos de salud (por ejemplo, mayor actividad física, dietas más saludables, y mayor uso de los servicios de salud preventiva; niveles más bajos de tabaquismo y menor abuso de alcohol) (446–448) y una función biológica más saludable (por ejemplo, niveles de inflamación más favorables [fibrinógeno, proteína C reactiva, interleucina-6] y menos hipertensión) (449–453). En el estudio de Kim y cols. (454) se observa que una mayor satisfacción con la vida conduce a un mejor estado físico, conductual y psicosocial en las personas mayores. Los participantes con una satisfacción con la vida más alta (frente a la más baja) tuvieron mejores resultados posteriores en algunos indicadores de salud física (menor riesgo de dolor, menores limitaciones del funcionamiento físico y mortalidad; menor número de condiciones crónicas; y una mejor percepción de la salud) y comportamientos de salud (menor riesgo de problemas de sueño y actividad física más frecuente), y de casi todos los indicadores psicosociales (mayor optimismo, mayores propósitos en la vida, mejor percepción de la salud, mejor estado financiero, más probabilidad de vivir con el cónyuge/pareja; menores síntomas depresivos, menor desesperanza, más afecto, menos limitaciones percibidas y soledad) durante el período de seguimiento de 4 años. Sin embargo, la satisfacción con la vida no se asoció posteriormente con muchas condiciones de salud específicas (es decir, diabetes, hipertensión, accidente cerebrovascular, cáncer, enfermedad cardíaca, enfermedad pulmonar, artritis, sobrepeso/obesidad o deterioro cognitivo), otros comportamientos de salud (es decir, beber en exceso o fumar), o la frecuencia de contacto con los niños, la familia o amigos.

Figura 1: Relación entre las conexiones sociales, recursos y acontecimientos vitales y los procesos inflamatorios.

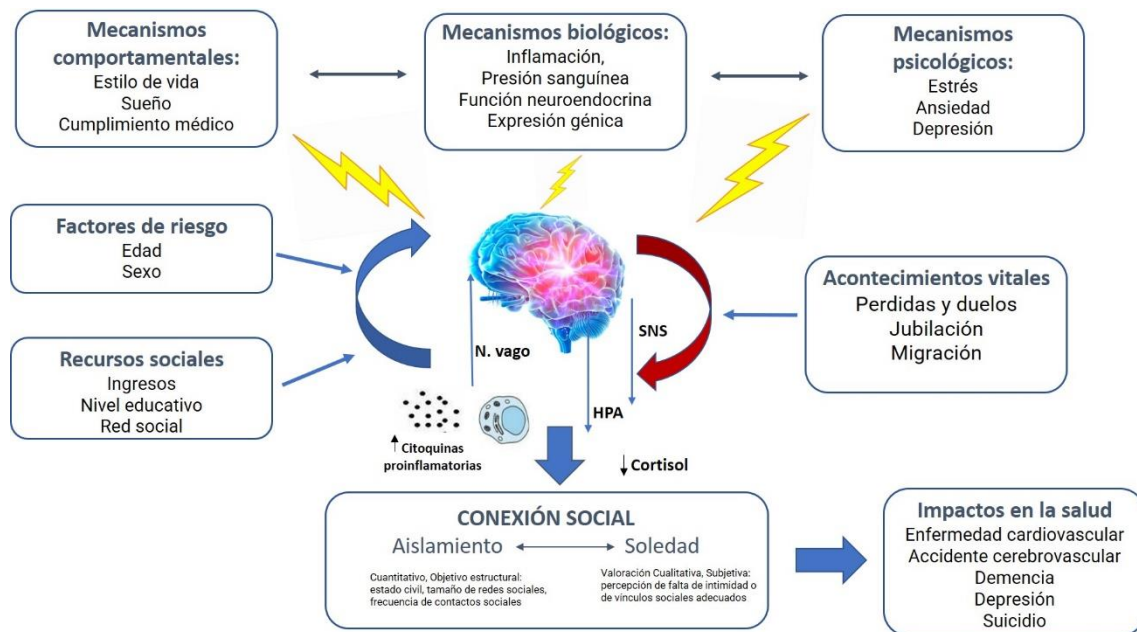


Figura 1.2: Relación entre las conexiones sociales, recursos y acontecimientos vitales y los procesos inflamatorios. En respuesta a una serie de factores de estrés social como la separación o pérdida social y la exclusión social se produce una activación a largo plazo de procesos inflamatorios. En el lado izquierdo de la figura muestra que las citoquinas proinflamatorias, al actuar sobre el nervio vago (entre otros mecanismos), pueden indicar al cerebro que altere la sensibilidad neuronal al entorno social, lo que lleva a un aumento de la sensibilidad a la amenaza social y a la conexión social. El lado derecho de la figura muestra que las experiencias que amenazan la conexión social (p. ej., rechazo y aislamiento) pueden activar ciertos sistemas (Sistema nervioso simpático (SNS), Eje hipotálamo-pituitario-adrenocortical (HPA)), que en última instancia pueden regular al alza la actividad proinflamatoria.

Se necesita una comprensión más profunda de los mecanismos neurobiológicos que subyacen a la soledad para identificar posibles objetivos de intervención. En los estudios publicados se demuestra una estructura anormal (volumen de materia gris o integridad de la materia blanca) y/o actividad (respuesta a imágenes agradables o estresantes en contextos sociales o no sociales) en el córtex prefrontal (sobre todo medial y dorsolateral), la ínsula (sobre todo anterior), la amígdala, el hipocampo y el córtex temporal posterior superior. También se ha relacionado la soledad con marcadores biológicos asociados a la enfermedad de Alzheimer (por ejemplo, la carga de amiloide y tau) (455). Aunque las investigaciones publicadas tienen limitaciones, se sugiere que hay una relación entre la soledad y la alteración de la estructura y la función en regiones cerebrales específicas (107,456,457).

1.9. INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

Las revisiones sistémicas de la literatura brindan evidencia significativa de que las relaciones, tanto en cantidad como en calidad, son un factor importante que contribuye a reducir la morbilidad y la mortalidad (7,106). Por el contrario, la soledad o la ausencia percibida de relaciones sociales positivas se ha relacionado con una longevidad disminuida (7), particularmente entre personas mayores en quienes la disminución de los recursos económicos, la enfermedad, la viudez, la discapacidad y la disminución de la movilidad puede resultar en un mayor riesgo de aislamiento social. Sin embargo, hay que subrayar que hacer propuestas de intervención nunca es fácil, y menos en una problemática tan compleja como es la soledad no deseada. De hecho, las

revisiones de intervenciones efectivas sobre este tipo de soledad chocan con dificultades para separar las intervenciones sobre la soledad objetiva (más relacionada con la red de relaciones de apoyo social que tiene la persona) de las que se hacen sobre la soledad subjetiva (el sentimiento de soledad), lo que dificulta la posterior comparación de los estudios y, sobre todo, la eficacia real de las diferentes propuestas de intervención existentes.

Para evaluar la eficacia de los programas de intervención en soledad, se ha utilizado habitualmente la metodología cualitativa, lo que conlleva una dificultad en la comparación de resultados. Sin embargo, algunas intervenciones en soledad han utilizado la metodología cuantitativa y muestran resultados con más o menos impacto. Otra forma de analizar intervenciones es el metaanálisis. En los últimos años se han hecho varias revisiones sistemáticas estudiando las intervenciones existentes contra el aislamiento social de los adultos mayores (458–462). Gardiner y cols. (458) en su revisión refieren que las intervenciones más exitosas son aquellas que comparten las siguientes características: i) capacidad de adaptación a un contexto local, ii) con un enfoque comunitario (las intervenciones son diseñadas e implementadas por los usuarios del servicio), y iii) actividades con participación productivas (individuales o en grupo) en lugar de actividades pasivas. Así mismo, se identificaron seis categorías de intervención en función de su propósito, sus mecanismos de acción y la intención de sus resultados. Las categorías fueron: 1) prestación de asistencia sanitaria y social, 2) intervenciones de facilitación social, 3) terapias psicológicas, 4) intervenciones de amistad, 5) intervenciones de ocio o desarrollo de habilidades y 6) intervenciones con animales. Si bien muchas intervenciones utilizaron mecanismos de más de una categoría, la mayoría tenía un enfoque principal en una de estas seis áreas (Tabla 6).

1.9.1. PRESTACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA Y SOCIAL

Estas intervenciones están caracterizadas por la implicación de profesionales de la salud o relacionados con la salud y/o atención social para el apoyo a las personas mayores y su inscripción en un programa formal de atención, ya sea en un hogar de ancianos (463,464) o en un entorno comunitario (465–467). Hay una diversa gama de modelos que incluyen una red comunitaria de profesionales capacitados (465) y rehabilitación geriátrica a cargo de médicos clínicos y otro personal de la salud (466,468). Nicholson y Shellman (467) evaluaron el programa CARELINK, una asociación entre universidad-comunidad, donde los estudiantes de enfermería visitaron a personas mayores para ayudarles a la socialización. Un estudio posterior a la prueba reveló que aquellos que recibieron la intervención tenían 12 veces menos probabilidades de informar aislamiento que los del grupo control. Sólo un estudio en esta categoría no pudo demostrar una reducción significativa de la soledad o el aislamiento social. Bergman-Evans (463) llevó a cabo una evaluación cuasi-experimental del modelo alternativo Eden, un modelo de atención residencial destinado a crear un entorno o “hábitat” más acogedor. Si bien no pudieron demostrar una reducción significativa de la soledad, medidos por la escala UCLA, informaron niveles significativamente más bajos de aburrimiento e impotencia en el grupo de intervención.

1.9.2. INTERVENCIONES DE FACILITACIÓN SOCIAL

La mayor parte de las intervenciones que se han llevado a cabo para combatir la soledad se han centrado en el fortalecimiento de los vínculos sociales y de amistad (469), pero algunas, en vez de dirigirse a reducir la soledad, han intentado mejorar el capital social de las personas mayores (470), especialmente a partir de su inclusión en programas de voluntariado. En la revisión de Gardiner y cols. (458) vieron que la intervención de facilitación social era la más utilizada con el objetivo principal de facilitar la interacción social con compañeros u otros que pueden estar solos. Las intervenciones de facilitación social generalmente presumen de un grado de reciprocidad, intentando proporcionar un beneficio mutuo a todos los participantes involucrados. Muchas de estas intervenciones fueron actividades grupales, por ejemplo, financiadas por organizaciones benéficas, clubes de amistad (471), grupos con temas de interés (472), centros de día (368) y programas de mejora de la amistad (473–475). Estas actividades grupales van dirigidas a la inclusión de las personas en busca de una mayor participación social. La participación social y cívica está muy relacionada con el bienestar, como indican muchos estudios previos (476). Algunos programas grupales intergeneracionales han demostrado que son eficaces, como el estudio realizado por Gaggioli et al. (477) a partir de una intervención de reminiscencia con grupos de seniors que, guiados por un psicólogo, eran animados a compartir sus memorias con niños, promoviendo la interacción entre ambas generaciones. Otra intervención de facilitación social se centró en la identidad cultural de pensionistas irlandeses aislados (478). También se han propuesto soluciones innovadoras basadas en tecnología para ayudar a la socialización utilizando videoconferencia y redes sociales (479–481). La mayoría de estas intervenciones de facilitación social tuvieron cierto éxito en la reducción del aislamiento social o soledad (471,472,474,475,478–480,482). Por ejemplo, Tsai y cols. (480) evaluaron un programa de videoconferencia destinado a facilitar el contacto entre una persona mayor y su familia. Se observaron niveles más bajos de soledad (medido por la escala UCLA) entre aquellos que utilizaban la videoconferencia. Los estudios cualitativos fueron más útiles para identificar los factores que apoyaron el éxito de las intervenciones incluyendo un ambiente de apoyo (479), un sentido de compañerismo (483), y la creación de un sentido de pertenencia al grupo (478). Dos estudios que evaluaron centros de día para ancianos frágiles y un programa de enriquecimiento de la amistad, fueron incapaces de demostrar ningún impacto sobre la soledad (368,473).

En la revisión sistemática de intervenciones contra el aislamiento social de los adultos mayores, Manjunath y cols. (460) también concluyen que las intervenciones en grupo y las intervenciones centradas en la persona eran los programas más eficaces, especialmente cuando se llevaban a cabo durante largos periodos de tiempo. Las intervenciones grupales mostraron resultados beneficiosos a largo plazo para aliviar el aislamiento social (271,484–488), produciendo mejores resultados de salud mental y física, así como un menor nivel de soledad. Además, hubo un mayor nivel de apoyo social percibido y activación social después de que se implementaran intervenciones grupales para aliviar el aislamiento. Estos estudios específicos realizaron seguimientos a largo plazo para reforzar aún más la eficacia de estas intervenciones. También, las intervenciones centradas en la persona mostraron importantes beneficios mentales y físicos, al tiempo que aliviaban el aislamiento social. mentales y físicos, a la vez que aliviaban el aislamiento social de las personas mayores (489). El enfoque centrado en la persona se dirige a la persona de forma empática y no directiva. Se sabe que capacita y

motiva a las personas a reconocer su individualidad (490). En este enfoque, los adultos mayores se sentían capaces de controlar su soledad, lo que se traducía en una reducción de las puntuaciones de aislamiento social.

1.9.3. INTERVENCIONES DE OCIO/DESARROLLO DE HABILIDADES

Esta categoría de intervención está centrada en actividades de ocio y/o desarrollo de habilidades. Las actividades fueron variadas e incluían programas de jardinería, uso de la computadora/Internet, trabajo de voluntariado, vacaciones y deportes (491–495). Las intervenciones solitarias basadas en computadora parecieron ser las más efectivas y mejor evaluadas. Un curso de formación en informática de 3 semanas y un programa de préstamo de computadoras/Internet fueron efectivos para reducir algunos aspectos de la soledad (496,497). También se encontró que un mayor uso de Internet es un predictor de niveles más altos de apoyo social y disminución de la soledad (494). Dos estudios bien diseñados evaluaron programas de jardinería en interiores para residentes de hogares de ancianos (483,495). Sin embargo, los hallazgos fueron mixtos, con un estudio que informó un efecto significativo sobre la soledad (491) y el otro sin efecto (495). La evidencia de un estudio cualitativo fue útil para identificar cómo las actividades de ocio redujeron la soledad, por ejemplo, manteniendo contactos sociales, pasando el tiempo de forma constructiva y teniendo interacción con otros (492). Toepoe y cols. (493) distinguen entre actividades productivas que se asociaron con una reducción de la soledad (por ejemplo, leer o participar en pasatiempos) y actividades pasivas de consumo que no lo eran (como ver la televisión o escuchar la radio).

1.9.4. TERAPIAS PSICOLÓGICAS

Esta categoría de intervención utilizó reconocidos enfoques terapéuticos proporcionados por terapeutas capacitados o profesionales de la salud. La revisión de Gardiner y cols. evidencia esta categoría como la intervención que tiene una evidencia más sólida hasta la fecha (458). Las terapias del humor (491), “mindfulness” y reducción del estrés (437), terapia grupal de reminiscencia (498), e intervenciones de apoyo cognitivo y social (271) tuvieron éxito en la reducción significativa de la soledad y un impacto positivo en el apoyo social, la felicidad y la satisfacción con la vida. Una característica común de todas estas intervenciones fue que estuvieron basadas en actividades de grupo. Sin embargo, como la mayoría involucraba un enfoque terapéutico además de algún tipo de interacción grupal, y los factores individuales que contribuyen al éxito de estas intervenciones no siempre fueron claros. Dos estudios no lograron demostrar una reducción significativa del aislamiento social o la soledad. Una evaluación cuasi-experimental de la terapia de mejora cognitiva no demostró una reducción significativa en la soledad, pero notó un aumento significativo en la soledad en el grupo control a lo largo del tiempo, tal vez indicando un efecto de mantenimiento de la intervención (441). Un ECA de una intervención de rehabilitación grupal psicológica tampoco logró demostrar una reducción de la soledad, pero mostró un aumento del número de amistades en el grupo de intervención (499).

1.9.5. INTERVENCIONES DE AMISTAD

Las intervenciones de amistad se definen como una forma de facilitación social con el objetivo de formular nuevas amistades. Las intervenciones de entablar amistad

suelen ser con voluntarios involucrados y a menudo uno a uno. Difieren de las intervenciones de facilitación social en que el objetivo principal es apoyar al individuo solitario, en lugar de promover una relación mutuamente beneficiosa (aunque esto puede ser una consecuencia secundaria importante). Los ejemplos incluyeron un Programa de Acompañantes para Personas Mayores (500) y el programa 'Llamar a tiempo' (469,501), un piloto nacional de proyectos de amistad telefónica en todo el Reino Unido. Una evaluación de métodos mixtos encontró que los proyectos telefónicos fueron exitosos en aliviar la soledad al hacer sentir que la vida vale la pena, generando un sentido de pertenencia y “saber que hay un amigo fuera de allí” (501). Sin embargo, los hallazgos cualitativos de los proyectos de amistad también identificaron una variedad de retos a superar incluyendo reclutamiento del voluntariado, control local en lugar de nacional de los proyectos, y cuestiones de promoción y publicidad (469).

1.9.6. INTERVENCIONES CON ANIMALES

En la terapia asistida por animales, se evalúan estudios que se centran principalmente en intervenciones con perros o gatos. En un estudio transversal, Krause-Parello (502) entrevistó a mujeres dueñas de mascotas, y concluyó que el apego a las mascotas podía aliviar la soledad actuando como un mecanismo de afrontamiento, posiblemente proporcionando apoyo social y compañía. En un ECA, Banks y Banks (503) intentaron determinar si la conexión animal-humano o una posterior conexión humano-humano era la responsable de una reducción de la soledad y concluyeron que la terapia asistida por animales era más efectiva en el entorno individual y, por lo tanto, la interacción humano-animal es la principal responsable de reducir la soledad. Banks y cols. (504) compararon un perro vivo con un perro robótico y encontró que mientras se encontró un mayor nivel de apego con los animales vivos, ambos grupos mostraron una reducción significativa de la soledad.

Múltiples revisiones sistemáticas que evalúan estas intervenciones han llegado a conclusiones diferentes y a menudo contradictorias (458,459,505,506). Por ejemplo, varias revisiones sistemáticas han encontrado mejores resultados con grupos de intervenciones educativas o sociales, o al combinar el ejercicio con una intervención de ocio o psicosocial (505). Otras revisiones, sin embargo, demuestran una mayor evidencia para las intervenciones individuales (como videoconferencias, uso de Internet y terapia con animales) (507–509). Las revisiones sistemáticas disertan sobre la pobre calidad metodológica de los estudios primarios, incluyendo tamaños pequeños de muestra, seguimientos cortos para valorar los beneficios para la salud, la falta de consistencia en la medición del uso de la atención médica y la forma de medir el aislamiento social o la soledad (272,458,505–511). La revisión realizada por la agencia para la investigación y la calidad de la atención médica (*Agency for Healthcare Research and Quality*) (512) calificaron que menos de la mitad de los estudios incluidos tenían una calidad regular o buena. Dada la mala calidad de los estudios, es difícil sacar conclusiones sobre qué factores contribuyen al éxito de las intervenciones. Se ha sugerido que el mecanismo por el cual la tecnología podría abordar el aislamiento es a través de la mejora de las conexiones con la familia y amigos, ganando apoyo social, participando en áreas de interés y aumentando la confianza en uno mismo (510).

Tabla 1.4: Comparación de intervenciones para abordar el aislamiento social y la soledad.

INTERVENCIÓN	EJEMPLOS	RESULTADOS RELEVANTES
Prestación de asistencia sanitaria y social	Identificación de personas en riesgo y rehabilitación geriátrica	• Involucrar a personas capacitadas o profesionales de la salud (458,509)
Intervenciones de facilitación social	<u>Grupo</u>: clubes sociales, programas diurnos <u>Individual</u>: videoconferencia con la familia, videojuegos interactivos, salas de chat	• Las intervenciones grupales más exitosas incluyen una educación o un enfoque psicosocial (272,505,506) • Tecnología estudiada principalmente a nivel individual, en la comunidad y en las instituciones (167,506–508)
Actividad física	Ejercicio, ejercicio más ocio, nutrición	• Es más probable que las intervenciones sean más exitosas cuando la implementación del cuidado de la salud sea mayor de una vez por semana (512)
Terapias psicológicas	Terapia del ánimo basada en mindfulness, reducción del estrés, programas de mejora cognitiva, terapia de grupo de reminiscencia	• Dirigido por profesionales de la salud • Difícil determinar el efecto de la terapia de grupo (458,509,511)
Intervenciones de amistad	Visitas de voluntarios, teléfono de apoyo	• A menudo para personas confinadas en el hogar • Dirigido por voluntarios • Menos efectivos, pero podría ser la única opción para algunos (272,505)
Ocio y desarrollo de habilidades	Jardinería, artes, cocina, deportes, formación en informática, música	• Capacitación en computación e Internet probablemente efectiva (167,458,506,509) • Las actividades de ocio son más efectivas con ejercicio o apoyo social (512)
Intervenciones con animales	Visitas de animales vivos, perros robóticos	• Ambos probablemente efectivos (458,506,507) • Se estudió principalmente en atención a largo plazo y atención residencial

Modificada del artículo de Freedman y cols. (94).

2. HIPÓTESIS DE TRABAJO Y OBJETIVOS

2.1. HIPÓTESIS DE TRABAJO

La prevalencia subjetiva de soledad en mayores de 60 años y sus condicionantes demográficos, de salud y sociales en la Región de Murcia son equiparables a los de España y de Europa.

2.2. OBJETIVOS GENERALES

1. Estudiar la prevalencia subjetiva de la soledad en la población mayor de 60 años del total de la Región de Murcia, por áreas y municipios, y los factores sociodemográficos y relacionados con la salud que pueden influir en ella.
2. Identificar las poblaciones con mayor riesgo de padecer soledad.
3. Proponer estrategias de intervención apropiadas para prevenirla y tratarla.

2.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Analizar la prevalencia subjetiva de soledad, por municipios, de la Región de Murcia.
2. Estudiar la correlación entre el grado de soledad (obtenido en dos escalas de medición) y los factores sociodemográficos y sanitarios:
 - Edad
 - Sexo
 - Estado civil – Convivencia
 - Nivel de estudios
 - Nivel socioeconómico
 - Número de hijos
 - Pasar el tiempo libre solo o acompañado
 - Padecer o no una enfermedad crónica
 - Vivir en un ambiente rural o urbano
 - Ser o no creyente religioso
3. Valorar asociaciones entre el grado de soledad (obtenido en dos escalas de medición) y los factores de riesgo y la participación y/o deseo de participación en actividades de ocio.
4. Averiguar las variables con mayor capacidad predictiva del riesgo de soledad.

3. MATERIAL Y MÉTODO

3.1. MUESTRA

Los datos para el presente estudio se obtuvieron de las respuestas proporcionadas por personas mayores de 60 años cuyo lugar de residencia se encontraba en la región de Murcia, España. El marco de muestreo constó de sujetos seleccionados de forma aleatoria, tanto institucionalizados como no institucionalizados, cuya edad superaba los 60 años, que accedieran a realizar un cuestionario durante el intervalo de tiempo entre octubre de 2021 y febrero de 2022.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Murcia (ID: 3751/2022)

La muestra estaba formada por 1003 participantes (N=1003), si bien se puso en contacto con un mayor número de personas, pero no todas desearon realizar los test correspondientes ni colaborar en el estudio. La edad media de la muestra fue de 77,3 años. Se excluyeron a personas que no residían en ningún municipio de la región de Murcia y/o que presentasen alguna limitación cognitiva, no admitiéndose la respuesta de un familiar o cuidador asalariado.

A continuación, se recogen las características descriptivas claves de la muestra del estudio (tabla 3.1).

Variables		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sexo	Mujeres	703	70,1
	Hombres	300	29,9
Edad	62-71 años	346	34,5
	72-82 años	325	32,4
	83-99 años	332	33,1
Estado Civil	Viudo/a	429	42,8
	Separado/a-Divorciado/a	66	6,6
Vive solo en el hogar		313	31,2
Estudios	Sin estudios	308	30,7
	Estudios básicos	444	44,3
Sin hijos		185	18,4
Con presencia de enfermedad crónica		615	61,3
Nivel socioeconómico	Bajo	151	15,1
	Medio	544	54,2
	Alto	308	30,7

Tabla 3.1. Estadísticas descriptivas de variables clave en la muestra del estudio (N=1003).

3.2. PROCEDIMIENTO

El estudio fue realizado por el grupo de Neurociencia Clínica y Experimental (NiCE) y dirigido por la Doctora María Trinidad Herrero Ezquerro, investigadora principal y catedrática de la Universidad de Murcia. Todos los participantes recibieron una explicación detallada del estudio previa a la realización de los test correspondientes. Además, todos ellos fueron anonimizados, careciendo de cualquier dato identificativo.

Previo al estudio, todos los profesionales encargados del desarrollo del proyecto recibieron una formación inicial y se les instruyó en cuestiones básicas de los test utilizados con el fin de garantizar la calidad de los resultados.

Los datos de los participantes se obtuvieron de forma telefónica, por vía email o, en su defecto, presencialmente, siendo recogidos y analizados por profesionales cualificados e instruidos en los test utilizados.

3.3. MEDIDAS

La encuesta administrada se compuso por un total de 41 preguntas procedentes de tres test validados. El primero fue creado para recoger factores sociodemográficos. El segundo se utilizó para evaluar los diferentes niveles de soledad subjetiva en adultos. Y, la tercera es una de las escalas más populares para medir la soledad. Los test fueron los siguientes:

3.3.1. Encuesta propia de profundización social (sociodemográfica).

La sección de características demográficas fue creada por los investigadores del estudio. Los factores sociodemográficos se recopilaron en la encuesta de profundización social, donde incluyeron sexo, edad, estado civil, convivencia, número de hijos, nivel de estudios y socioeconómico, creencias religiosas, compañía durante el tiempo libre, y la presencia o ausencia de enfermedades crónicas. Con respecto al nivel económico, se utilizaron tres abanicos monetarios que reflejaban el número de ingresos económicos recibidos por mes (<600€, entre 600€ y 800€, y >800€).

3.3.2. Escala Este II de Soledad Social (Pinel y Rubio, 2009) (92).

Se adoptó la Escala ESTE II de Soledad Social compuesta por 15 ítems para evaluar los diferentes niveles de soledad subjetiva en adultos mediante escalas Likert de 3 puntos ancladas con “nunca”, “a veces” y “siempre”. Esta escala, con un Alfa de Cronbach de 0,72, permite estudiar la soledad social como experiencia subjetiva de insatisfacción frente a la soledad que se vive en relación a tres factores, que explicarían el 42,86% de la varianza (379):

- Percepción de apoyo social (Factor 1): ítems 1,2,3,4,5,6,7,8.
- Uso de nuevas tecnologías (Factor 2): ítems 9,10,11.
- Índice de participación social subjetiva (Factor 3): ítems 12,13,14,15.

Para el análisis, se realiza la suma de la puntuación obtenida, la cual puede establecerse desde 0 puntos a una puntuación máxima de 30. En función a dicho resultado, se encuentran los puntajes de corte informados que indican la presencia de tres niveles de soledad, reflejando de 0 a 10 puntos un nivel bajo de soledad, de 11 a 20 puntos un nivel medio de soledad y, por último, un nivel alto de soledad cuando se obtiene un resultado de 21 a 30 puntos. La puntuación global se utilizó como medida clave de la percepción del sentimiento de soledad en este estudio, junto con la medida de los demás test utilizados.

3.3.3. Escala de Soledad de la Universidad de California en Los Ángeles, UCLA (versión 3) (Russell, 1996) (64).

Es una de las escalas más populares para medir la soledad. Formada por 10 ítems, este instrumento contempla 3 dimensiones: percepción subjetiva de soledad,

apoyo familiar y apoyo social; y 2 factores: la intimidad con otros y la sociabilidad. Es una medida altamente confiable, con un coeficiente alfa que va de 0.89 a 0.94. La validez de constructo es apoyada por relaciones significativas con medidas de adecuación de las relaciones interpersonales del individuo, y por correlaciones entre soledad y medidas de salud y bienestar (44).

Los ítems son puntuables entre 1 y 4 puntos, obteniendo una puntuación final mínima que oscila desde 10 puntos y una puntuación máxima de 40. Además, la escala carece de puntos de corte establecidos, es decir, puntuaciones que permitan clasificar el nivel de soledad en relación a la puntuación final obtenida. No obstante, puntuaciones <20 pueden sugerir un grado severo de soledad, y puntuaciones entre 20 y 30 puntos pueden indicar un grado moderado de soledad (35).

3.4. VARIABLES

Las variables estudiadas en la muestra incluyeron las características sociodemográficas y clínicas de los sujetos (tabla 3.2).

Variables	Valores
Sexo	- Femenino - Masculino
Edad (años; tramos de edad)	- 62-71 - 72-82 - 83-99
Estado civil Orden según el riesgo hipotético de sentir más soledad, de menor a mayor.	1- casado/a-pareja 2- soltero/a 3- divorciado/a-separado/a 4- viudo/a.
Convivencia Orden según el riesgo hipotético de sentir más soledad, de menor a mayor.	1- cónyuge-pareja e hijos 2- cónyuge-pareja 3- hijos 4- familiar 5- otros 6- solo/a
Número de hijos	- Ninguno - Único/a - Dos-tres - Más de tres
Nivel de estudios Orden según el riesgo hipotético de sentir más soledad, de menor a mayor.	1- sin estudios 2- estudios básicos 3- F.P. Bachiller 4- y estudios universitarios
Nivel socioeconómico Número de ingresos económicos recibidos por mes.	- Bajo: <600€ - Medio: entre 600€ y 800€ - Alto: >800€
Creencias religiosas	- Si - No
Compañía durante el tiempo libre	- Acompañado - Sólo
Presencia o ausencia de enfermedades crónicas	- Si - No
Vivir en un ambiente rural o urbano	- Rural - Urbano

Participación en actividades	- Siempre - A veces - Nunca
Deseo de participar en actividades	- Siempre - A veces - Nunca

Tabla 3.2. Variables estudiadas en la muestra del estudio.

3.5. ANÁLISIS DE LOS DATOS

Las características sociodemográficas y clínicas de los sujetos (estas últimas procedentes de las escalas UCLA y Este II), se analizaron mediante el análisis estadístico descriptivo e inferencial de toda la muestra.

El análisis estadístico se realizó con el programa estadístico SPSS v.28.

Se realizaron pruebas de contraste bivalente y de regresión logística.

3.5.1 Contraste bivalente de las variables a estudio con las escalas de grado de soledad.

Se realizaron comparaciones lineales de las cifras numéricas de las variables cuantitativas con las cifras numéricas de las dos escalas de soledad con la prueba de correlación de Spearman, una vez comprobado que las series numéricas no seguían una distribución normal por medio de la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

También se realizaron comparaciones de variables nominales y ordinales con las variables categorizadas a ordinales de las dos escalas de soledad. En los contrastes nominal-ordinal se utilizaron las pruebas U de Mann-Whitney y H de Kruskal-Wallis; y en los contrastes ordinal-ordinal se aplicaron la correlación de Spearman y la prueba Chi cuadrado de Pearson con las pruebas ordinales de direccionalidad y fuerza de asociación.

3.5.2. Regresión logística binomial

Este análisis estadístico selecciona las variables de mayor influencia y capacidad predictiva para calcular el riesgo de caer en un estado clínico de soledad, que corresponde a los grados medio y alto en conjunto, de ambas escalas.

3.5.3 Regresión logística multinomial

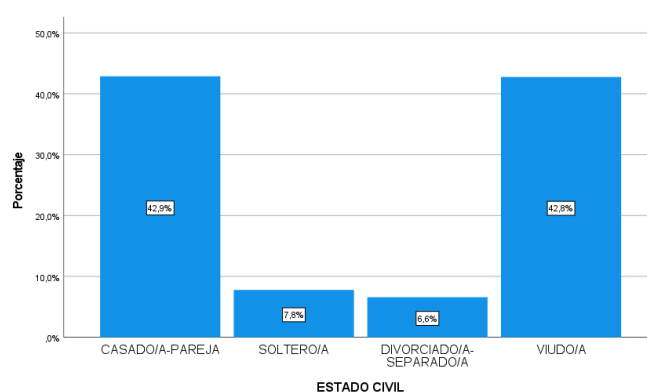
Este análisis estadístico selecciona las variables de mayor influencia y capacidad predictiva para calcular el riesgo de caer en un estado clínico de soledad, diferenciado por grados medio y alto en comparación, cada uno, con el nivel bajo, realizado para ambas escalas.

4. RESULTADOS

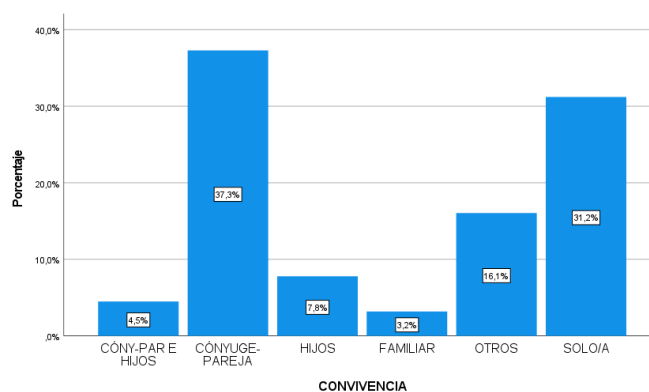
4.1. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA

4.1.1. Resultados descriptivos de la muestra

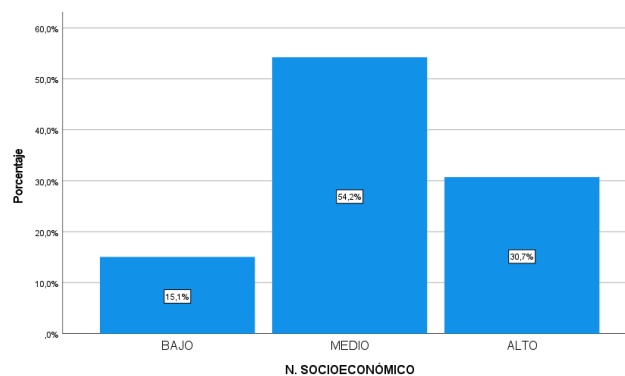
Se han realizado 1003 encuestas en una población con las siguientes características: un 70,1% de los participantes eran mujeres y un 29,9% hombres con una edad media de 77,32 (rango: 62-99) que por tramos de edad correspondían 34,5% al tramo de 62-71 años, 32,4% de 72-82 años y 33,1% de 83 a 99 años. A continuación se describen las frecuencias según estado civil, tipo de convivencia, el nivel socioeconómico, nivel de estudios, número total de hijos, participación en actividades y deseo de participar en actividades (Gráficas 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.5, 4.6, 4.7).



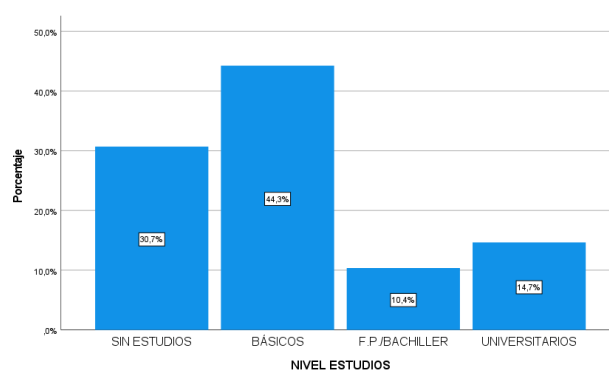
Gráfica 4.1. Frecuencias según el estado civil: 42,9% estaban casados o con pareja, 7,8% solteros, 6,6% divorciados o separados y 42,8% viudos.



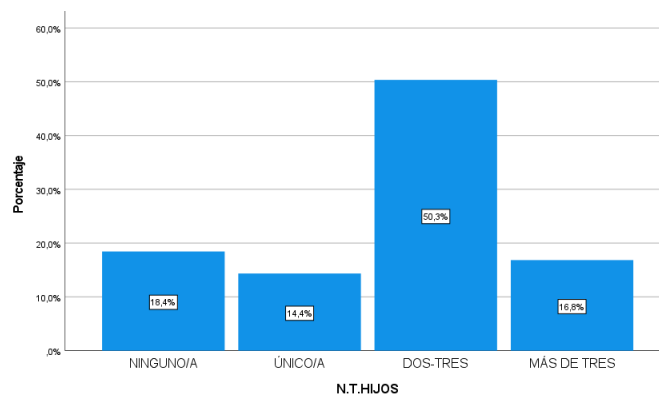
Gráfica 4.2. Frecuencias por tipo de convivencia: cónyuge-pareja-hijos: 4,5%, cónyuge- pareja: 37,3%, hijos: 7,8%, familiar: 3,2%, otros: 16,1%, solo/a: 31,2%.



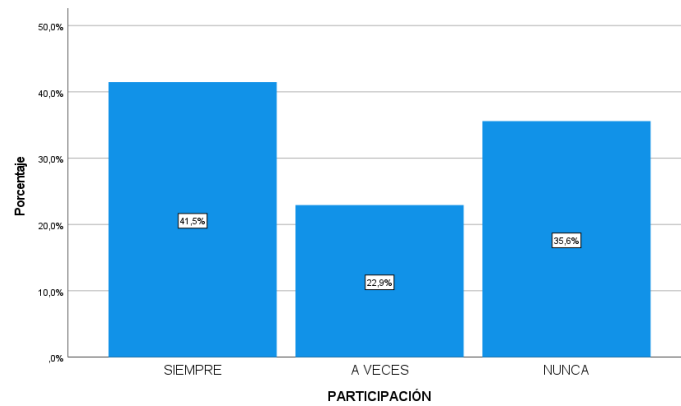
Gráfica 4.3. Frecuencias según nivel socioeconómico: bajo: 15,1%, medio: 54,2% y alto: 30,7%.



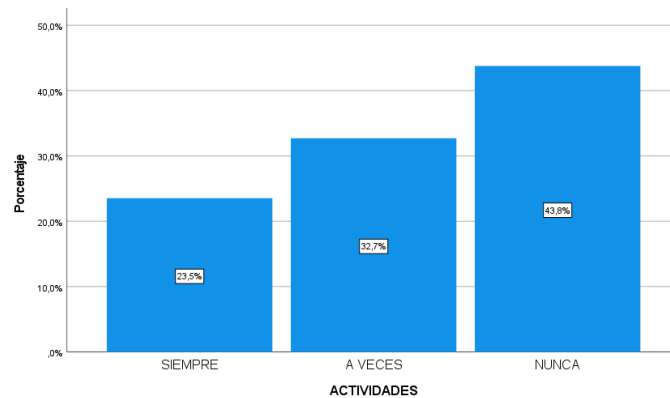
Gráfica 4.4. Frecuencias según el nivel de estudios: sin estudios: 30,7%, básicos: 44,3%, F.P./Bachiller: 10,4% y Universitarios: 14,7%.



Gráfica 4.5. Frecuencias según número total de hijos: ningún hijo/a: 18,4%, hijo/a único/a: 14,4%. Dos-tres hijos: 50,3% y más de tres hijos. 16,8%.



Gráfica 4.6. Frecuencias de la participación en actividades (siempre/a veces/nunca): 41,5% siempre, 22,9% a veces y 35,6% nunca.

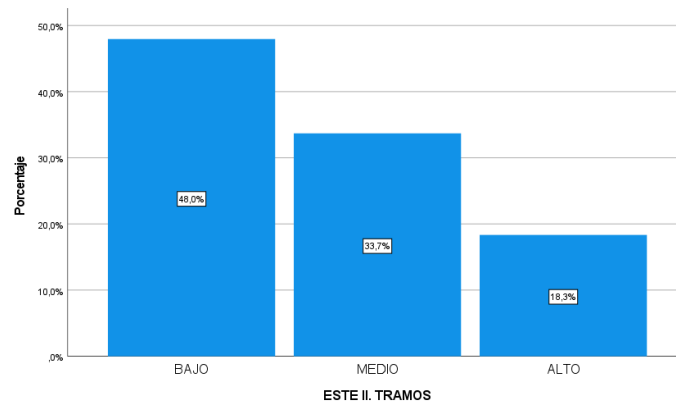


Gráfica 4.7. Frecuencias del deseo de participación en actividades (siempre/a veces/nunca): 23,5% siempre, 32,7% a veces y 43,8% nunca.

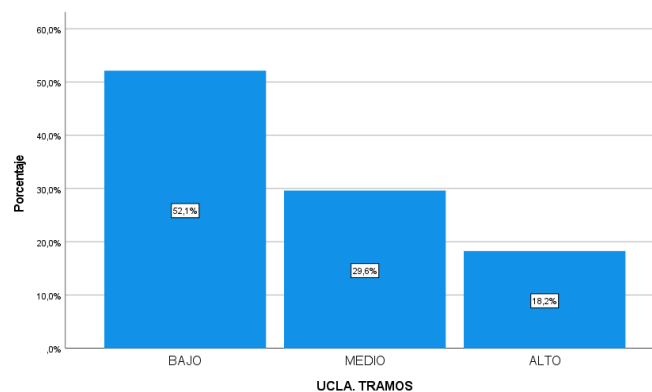
También se analizaron las siguientes características: si vivían solos o acompañados (64,1% vivían acompañados y 35,9% vivían solos), la frecuencia de padecer o no enfermedades crónicas (61,3% si padecían enfermedades crónicas y un 38,7% no las padecían), la frecuencias de vivir en medio rural/urbano (17,8% vivían en medio rural y un 82,2% en medio urbano) y si eran o no creyentes (83,1% eran religiosos y 16,9% no lo eran).

4.1.2. Resultado en las pruebas de grado de soledad

El resultado de las 1003 encuestas ofreció los siguientes resultados en las pruebas de grado de soledad en la escala ESTEL II y UCLA (Gráficos 4.8, 4.9).



Gráfica 4.8. Frecuencias según el grado de soledad (bajo/medio/alto) según la escala ESTE II: nivel bajo: 48%, medio: 33,7% y alto: 18,3%.



Gráfica 4.9. Frecuencias según el grado de soledad (bajo/medio/alto) según la escala UCLA: nivel bajo: 52,1%, medio: 29,6% y alto: 18,2%.

4.2. ESTADISTICA INFERENCIAL

Para estudiar la relación entre determinadas variables sociodemográficas y el sentimiento subjetivo de soledad en una muestra de 1003 personas ($N=1003$) >60 años que residían en la región de Murcia, se decidió utilizar las escalas ESTE II y UCLA debido a la alta correlación entre ambas pruebas, con un coeficiente de correlación de Spearman de 0,805 de entre 0 y 1 (el signo negativo en la tabla es debido a que la correlación es negativa, es decir, que una asigna los puntos en la escala de depresión en un sentido y la otra en el contrario, pero el resultado final es concordante) (Tabla 4.1).

CORRELACIONES			ESTE II PUNTOS	UCLA PUNTOS
Rho de Spearman	ESTE II puntos	Coefficiente de correlación	1,000	-,805**
		Sig. (bilateral)	.	<,001
		N	1003	1003
	UCLA puntos	Coefficiente de correlación	-,805**	1,000
		Sig. (bilateral)	<,001	.
		N	1003	1003

Tabla 4.1: Correlaciones entre el test ESTE II y el test UCLA.

Contraste de variables con las pruebas de grado de soledad.

Se realizaron comparaciones lineales de las cifras numéricas de algunas variables con las cifras numéricas de las dos escalas de soledad con la prueba de correlación de Spearman, una vez comprobado que las series numéricas no seguían una distribución normal por medio de la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

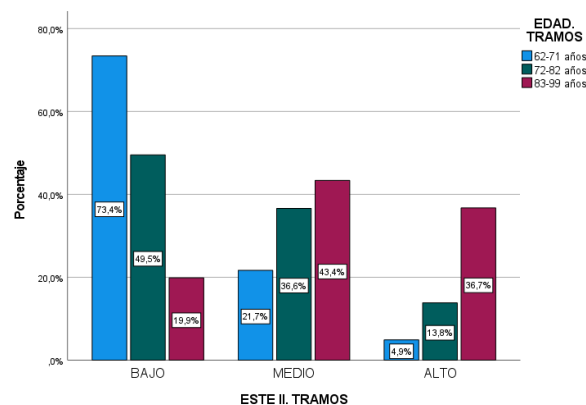
También se realizaron comparaciones de variables nominales y ordinales con las variables categorizadas a ordinales de las dos escalas de soledad. En los contrastes nominal-ordinal se utilizaron las pruebas U de Mann-Whitney y H de Kruskal-Wallis; y en los contrastes ordinal-ordinal se aplicaron la correlación de Spearman y la prueba Chi cuadrado de Pearson con las pruebas ordinales de direccionalidad y fuerza de asociación.

Los distintos cruces de variables ofrecieron los siguientes resultados:

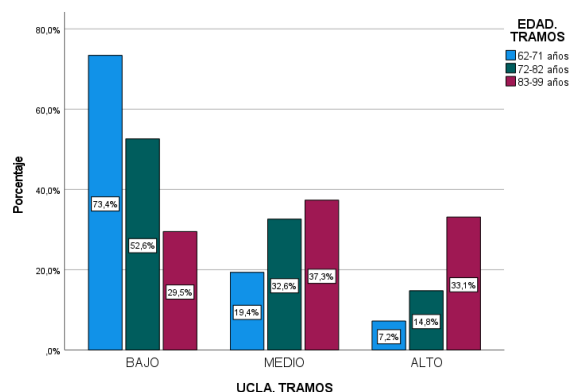
4.2.1 Asociación entre la edad y el sentimiento de soledad percibido de las pruebas ESTE II y UCLA.

En la comparación directa de los tramos de edad y las puntuaciones de las pruebas, existe una correlación positiva entre ambas, tanto para ESTE II como UCLA, presentando mayor puntuación de soledad a mayor edad de la muestra: ESTE II. Correlación de Spearman, coeficiente 0,534, $p < 0,001$; UCLA. Correlación de Spearman, coeficiente 0,439, $p < 0,001$.

Por tramos de edad (distribuidos según los percentiles 33,33 y 66,66) y niveles de soledad, se encontró que son variables dependientes en las dos escalas (Gráficas 4.10 y 4.11).



Gráfica 4.10. Relación entre los tramos de edad y el nivel de soledad en la escala ESTE II: En el tramo de 62-71 años: nivel bajo: 73,4%, nivel medio: 21,7% y nivel alto: 4,9%; en el tramo 72-82 años: nivel bajo: 49,5%, nivel medio: 36,6% y nivel alto: 13,8% y en el tramo 83-99 años: nivel bajo: 19,9%, nivel medio: 43,4% y nivel alto: 36,7% con una Correlación de Spearman, coeficiente 0,466, $p < 0,001$ y un Chi cuadrado de Pearson $p < 0,001$; d de Somers 0,421, $p < 0,001$.

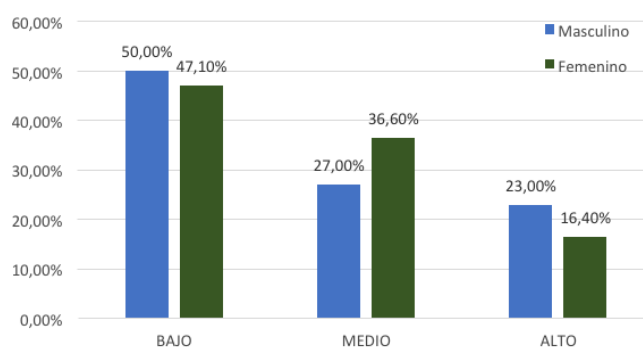


Gráfica 4.11. Relación entre los tramos de edad y el nivel de soledad en la escala UCLA: En el tramo de 62-71 años: nivel bajo: 73,4%, nivel medio: 19,4 % y nivel alto: 7.2%; en el tramo 72-82 años: nivel bajo: 52.6%, nivel medio: 32,6% y nivel alto: 14.8% y en el tramo 83-99 años: nivel bajo: 29,5 %, nivel medio: 37,3% y nivel alto: 33,1% con una Correlación de Spearman, coeficiente 0,378, $p < 0,001$ y Chi cuadrado de Pearson $p < 0,001$; d de Somers 0,341, $p < 0,001$.

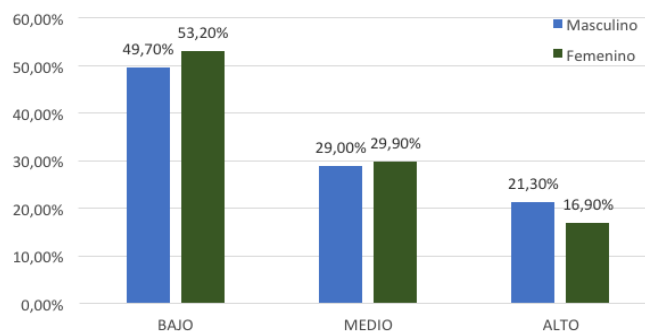
4.2.2. Asociación entre el sexo y el sentimiento de soledad percibido de las pruebas ESTE II y UCLA.

No se encontró ninguna diferencia significativa entre las puntuaciones de las pruebas de uno u otro sexo. Esto se obtuvo mediante la prueba U de Mann-Whitney, donde el rango promedio masculino en la escala ESTE II fue de 505,15 y el femenino de 500,66; $p < 0,822$. En el test UCLA, el rango promedio masculino fue 502,74 y el femenino de 500,26; $p < 0,901$.

En cuanto a los tres niveles de soledad (bajo, medio y alto), tampoco hubo correlación con ninguna de las dos pruebas. Esto se obtuvo mediante la prueba de U. de Mann-Whitney donde los rangos promedios en la escala ESTE II fueron: masculino, 505,78; femenino, 500,39; $p = 0,168$ y en la escala UCLA: masculino, 505,15; femenino, 500,66; $p = 0,168$ (Gráficas 4.12, 4.13).



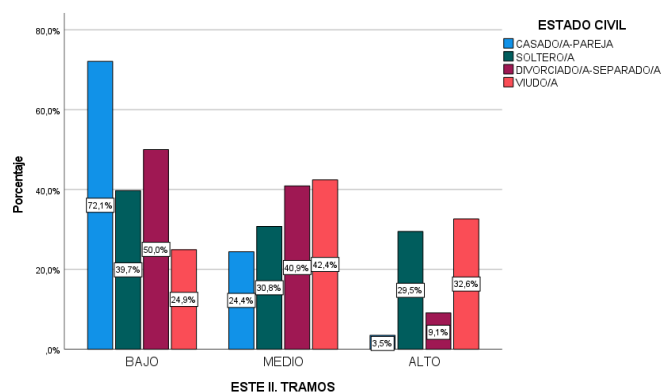
Gráfica 4.13. Relación entre sexo y el nivel de soledad en la escala ESTE II: sexo masculino: nivel bajo: 50%, nivel medio: 27% y nivel alto: 23%; sexo femenino: nivel bajo: 47,1%, nivel medio: 36,6% y nivel alto: 16,4% con una Correlación de Spearman, coeficiente -0,009, $p < 0,769$; y Pearson de tendencia lineal $p < 0,477$; d de Somers -0,009, $p < 0,776$.



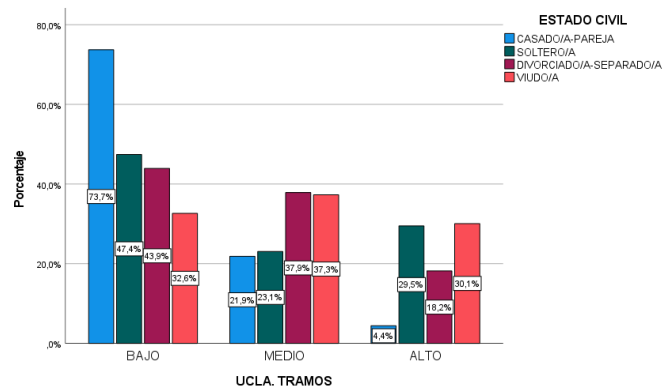
Gráfica 4.14. Relación entre sexo y el nivel de soledad en la escala UCLA: sexo masculino: nivel bajo: 49,7%, nivel medio: 29% y nivel alto: 21,3%; sexo femenino: nivel bajo: 53,2%, nivel medio: 29,9% y nivel alto: 16,9% con un coeficiente $-0,044$, $p < -0,168$ en la correlación de Spearman, Pearson de tendencia lineal $p < 0,134$; y d de Somers $-0,041$, $p < 0,173$.

4.2.3. Asociación entre el estado civil y el sentimiento de soledad percibido de las pruebas ESTE II y UCLA.

Se ordenaron las variables según el riesgo hipotético de sentir más soledad, de menor a mayor, de la siguiente forma: 1- casado/a-pareja, 2- soltero/a, 3- divorciado/a-separado/a, y 4- viudo/a. Se comprobó que existe una correlación positiva entre el incremento del número de orden y el grado de soledad en las dos pruebas. Esto se obtuvo mediante la prueba de H de Kruskal-Wallis donde los rangos promedios en la escala ESTE II fueron: casado/a-pareja, 364,38; soltero/a, 564,71; divorciado/a-separado/a, 469,48; viudo/a, 633,54; $p < 0,001$ y en la escala UCLA: casado/a-pareja, 380,35; soltero/a, 548,28; divorciado/a-separado/a, 535,48; viudo/a, 610,37; $p < 0,001$ (Gráficas 4.15 y 4.16).



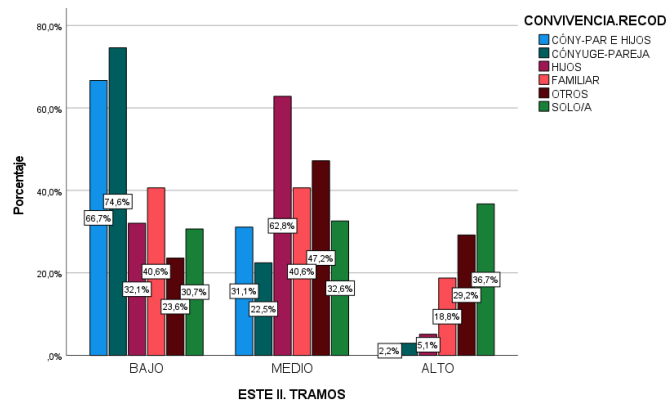
Gráfica 4.15 Relación entre el estado civil y el nivel de soledad según la escala ESTE II.



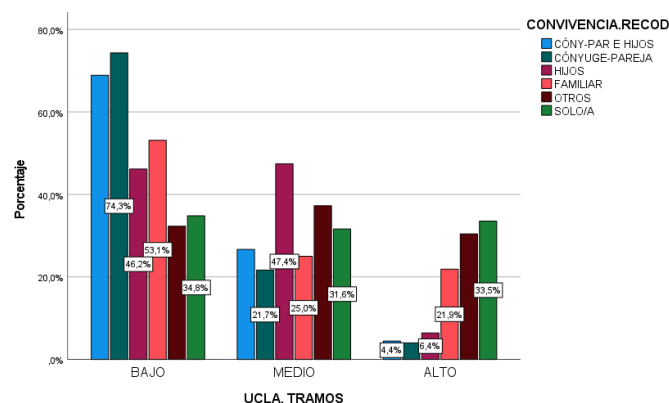
Gráfica 4.16. Relación entre el estado civil y el nivel de soledad según la escala UCLA.

4.2.4. Asociación entre la convivencia y el sentimiento de soledad percibido de las pruebas ESTE II y UCLA.

Se ordenaron las variables, según el riesgo hipotético de sentir más soledad, de menor a mayor, de la siguiente forma: 1- cónyuge, pareja e hijos, 2- cónyuge-pareja, 3- hijos, 4- familiar, 5- otros, y 6- solo/a. Existía correlación positiva entre el incremento del número de orden y el grado de soledad en las dos pruebas. Esto se obtuvo mediante la prueba de H de Kruskal-Wallis donde los rangos promedios en la escala ESTE II fueron: cónyuge-pareja e hijos, 383,30; cónyuge-pareja, 352,69; hijos, 532,63; familiar, 533,08; otros, 630,04; solo/a, 620,80; $p < 0,001$ y en la escala UCLA: cónyuge-pareja e hijos, 400,22; cónyuge-pareja, 376,87; hijos, 498,15; familiar, 506,69; otros, 612,62; solo/a, 609,73; $p < 0,001$ (Gráficas 4.17 y 4.18).



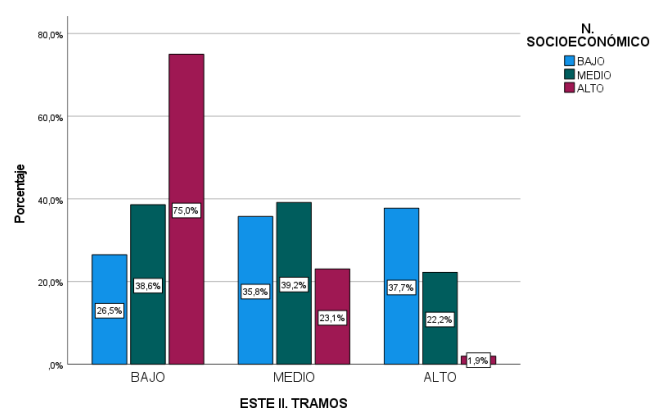
Gráfica 4.17 Relación entre la convivencia y el nivel de soledad según el test ESTE II.



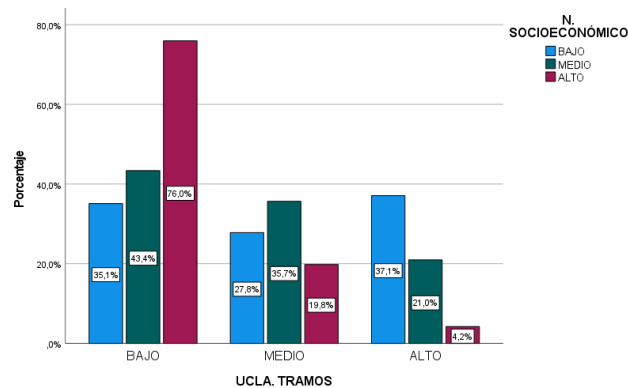
Gráfica 4.18 Relación entre la convivencia y el nivel de soledad según el test UCLA.

4.2.5. Asociación entre el nivel socioeconómico y el sentimiento de soledad percibido de las pruebas ESTE II y UCLA.

Se ordenaron las variables según el riesgo hipotético de sentir más soledad, de mayor a menor, de la siguiente forma: 1-nivel socioeconómico bajo, 2-nivel socioeconómico medio, y 3-nivel socioeconómico alto. Se observó la existencia de una correlación negativa entre el incremento del número de orden y el grado de soledad en las dos pruebas: mayor grado de soledad con menor nivel socioeconómico. Esto fue debido al coeficiente -0.395 , $p < 0.001$ de la correlación de Spearman, Pearson de tendencia lineal $p < 0.001$; y d de Somers 0.361 , $p < 0.001$ en el test ESTE II. Además, en el test UCLA se obtuvo un coeficiente de -0.339 , $p < 0.001$ en la correlación de Spearman, Pearson de tendencia lineal $p < 0.001$; y d de Somers -0.312 , $p < 0.001$ (Gráficas 4.19 y 4.20).



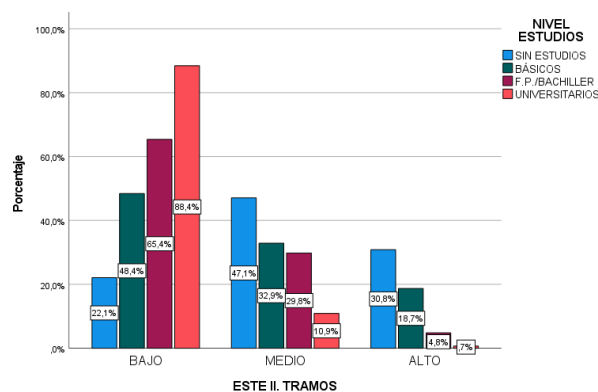
Gráfica 4.19. Relación entre nivel socioeconómico y nivel de soledad según el test ESTE II.



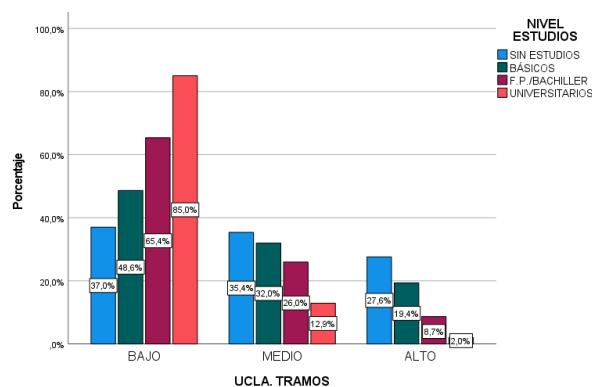
Gráfica 2.20. Relación entre nivel socioeconómico y nivel de soledad según el test UCLA.

4.2.6. Asociación entre el nivel de estudios y el sentimiento de soledad percibido de las pruebas ESTE II y UCLA.

Se dispusieron las variables según el riesgo hipotético de sentir más soledad, de mayor a menor, de la siguiente forma: 1- sin estudios, 2- estudios básicos, 3-F.P. Bachiller, y 4- estudios universitarios. Se comprobó que existía una correlación negativa entre el incremento del número de orden y el grado de soledad en las dos pruebas: mayor grado de soledad con menor nivel de estudios. Esto se observó en el test ESTE II con un coeficiente de $-0,435$, $p < 0,001$ en la correlación de Spearman, Chi cuadrado de Pearson de tendencia lineal $p < 0,001$; y d de Somers $-0,385$, $p < 0,001$. En el test UCLA se obtuvo un coeficiente de $-0,309$, $p < 0,001$ en la correlación de Spearman, Chi cuadrado de Pearson de tendencia lineal $p < 0,001$; y d de Somers $-0,275$, $p < 0,001$ (Gráficas 4.21 y 4.22).



Gráfica 4.21 Relación entre el nivel de estudios y el nivel de soledad según el test ESTE II.



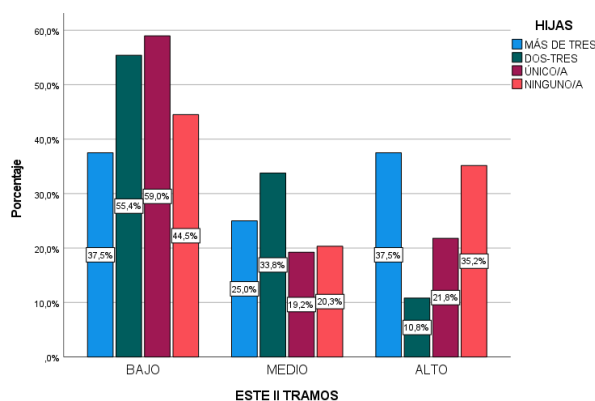
Gráfica 4.22. Relación entre el nivel de estudios y el nivel de soledad según el test UCLA.

4.2.7. Asociación entre el número total de hijos y el sentimiento de soledad percibido de las pruebas ESTE II y UCLA.

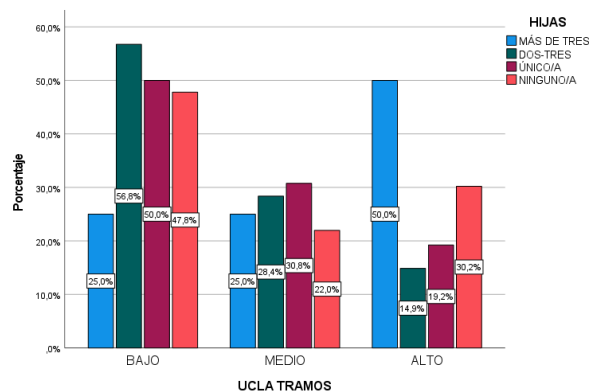
Tras realizar los correspondientes análisis, se comprobó que no existía correlación entre el grado de soledad y el número de hijos/as, debido a que en el test ESTE II se obtuvo un coeficiente de $-0,054$, $p < 0,087$ en la correlación de Spearman, Pearson de tendencia lineal $p < 0,004$; y d de Somers $-0,046$, $p < 0,120$. En el test UCLA, se puntuó con un coeficiente de $-0,042$, $p < 0,185$, Pearson de tendencia lineal $p < 0,027$; y d de Somers $-0,036$, $p < 0,218$.

Para los ascendientes que han tenido solo hijas, el grado de soledad aumenta, significativamente, a menor número de hijas para la escala ESTE II, pero no para la UCLA. Para el caso de solo hijos varones, no hubo correlación con ninguna de las dos escalas:

- En el caso de que sólo hayan tenido hijas, se obtuvo en el test ESTE II un coeficiente de $0,152$, $p = 0,005$ de la correlación de Spearman, Chi cuadrado de Pearson $p = 0,002$; d de Somers $0,134$, $p = 0,004$ y en el test de UCLA un coeficiente $0,078$, $p = 0,152$ de la correlación de Spearman, Chi cuadrado de Pearson $p = 0,063$; d de Somers $0,070$, $p = 0,151$ (Gráficas 4.23 y 4.24).



Gráfica 4.23 Relación entre el número de hijas y el nivel de soledad según el test ESTE II.

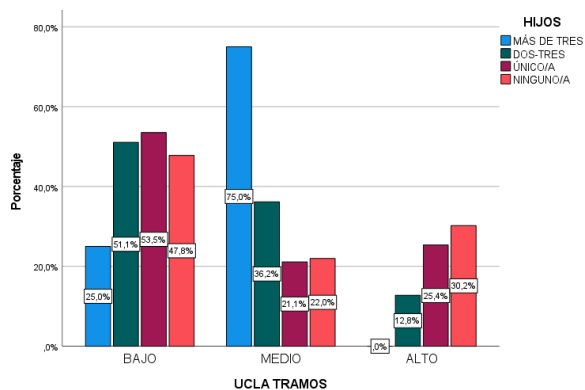


Gráfica 4.24. Relación entre el número de hijas y el nivel de soledad según el test UCLA.

- En el caso de que sólo hayan tenido hijos, se obtuvo en el test ESTE II un coeficiente de 0,073, $p=0,174$ de la correlación de Spearman, Chi cuadrado de Pearson $p<0,001$; d de Somers 0,065, $p=0,159$ y en el test de UCLA un coeficiente 0,087, $p=0,102$ de la correlación de Spearman, Chi cuadrado de Pearson $p=0,005$; d de Somers 0,077, $p=0,089$ (Gráficas 4.25 y 4.26).



Gráfica 4.25. Relación entre el número de hijos y el nivel de soledad según el test ESTE II.



Gráfica 4.26. Relación entre el número de hijos y el nivel de soledad según el test UCLA.

Además de las anteriores pruebas para valorar la influencia del número de solo hijas y el número de solo hijos en el grado de soledad de sus ascendientes, se llevaron a cabo otras comparativas.

Para valorar la posible existencia de diferencias significativas en las pruebas de soledad entre ascendientes con hijos-hijas en las diferentes combinaciones posibles (sin hijos ni hijas, solo hijas, solo hijos y con hijos e hijas), se llevaron a cabo los siguientes cálculos:

- Separando los componentes de las variables solo hijos y solo hijas, se obtuvo que 182 familias no tuvieron ningún hijo ni ninguna hija.
- De entre las familias que tenían hijos e hijas, separando las que no tuvieron ningún hijo, restaban 342 familias que tenían entre 0 y más de tres hijas; es decir 160 familias que habían tenido, al menos, 1 hija.
- Del mismo modo, de entre las familias que tenían hijos e hijas, separando las que no tuvieron ninguna hija, restaban 351 familias que tenían entre 0 y más de tres hijos; es decir 169 familias que habían tenido, al menos, 1 hijo.
- En el otro extremo, descartando las familias sin ninguna descendencia, se encontraban 492 familias que tenían hijos e hijas conjuntamente.

En base a todo lo expuesto, se obtuvieron los resultados de las pruebas ESTE II y UCLA para cada grupo:

- **Sin hijos ni hijas:** la relación entre familias sin hijos ni hijas y el grado de soledad según el test ESTE II fue: nivel bajo: 44,5%, nivel medio: 20,3% y nivel alto 35,2%; para el test UCLA: nivel bajo: 47,8%, nivel medio 22% y nivel alto 30,2%.
- **Con sólo hijas:** la relación entre familias con sólo hijas y el grado de soledad según el test ESTE II fue: nivel bajo: 56,3%, nivel medio: 26,3% y nivel alto 17,5%; para el test UCLA: nivel bajo: 51,9%, nivel medio 29,4% y nivel alto 18,8%.
- **Con sólo hijos:** la relación entre familias con sólo hijos y el grado de soledad según el test ESTE II fue: nivel bajo: 42%, nivel medio: 38,5% y nivel alto 19,5%, para el test UCLA: nivel bajo: 51,5%, nivel medio 30,8% y nivel alto 17,8%.
- **Con hijos e hijas:** la relación entre familias con hijos e hijas y el grado de soledad según el test ESTE II fue: nivel bajo: 48,6%, nivel medio: 39,4% y nivel alto 12%, para el test UCLA: nivel bajo: 54,1%, nivel medio 32,1% y nivel alto 13,8%.

Existe una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$), en el porcentaje de nivel bajo de soledad, entre los ascendientes que han tenido solo hijas o solo hijos, para la prueba ESTE II, aunque no para la UCLA. Es decir, que el porcentaje de grado de

soledad medio y alto es mayor en ascendientes que han tenido solo hijos, que en los que han tenido solo hijas.

Comparando los grupos sin hijos ni hijas, solo hijas, solo hijos y con hijos e hijas, no se obtienen diferencias estadísticamente significativas entre ellos en los grados bajo y medio-alto de soledad de las pruebas ESTE II y UCLA (Tabla 4.2).

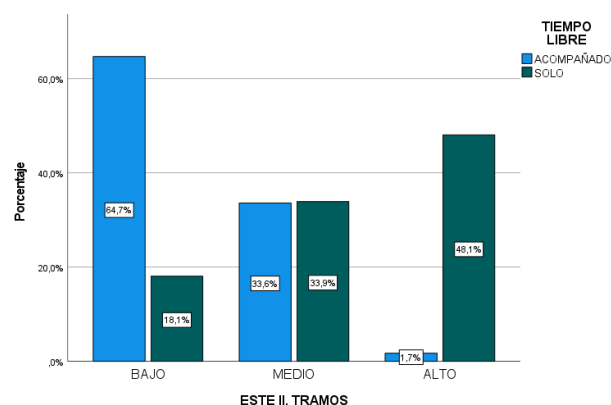
PRUEBA SOLEDAD	ESTE II	PRUEBA SOLEDAD	UCLA
	GRADO BAJO		GRADO BAJO
Solo hijas	56,3	Con hijos e hijas	54,1
Con hijos e hijas	48,6	Solo hijas	51,9
Sin hijos ni hijas	44,5	Solo hijos	51,5
Solo hijos	42	Sin hijos ni hijas	47,8

Tabla 4.2. Comparativa de porcentajes del grado bajo de soledad, de los diferentes grupos en cuanto al número de hijos-hijas, en las dos pruebas ESTE II y UCLA. Diferencias no estadísticamente significativas ($p>0,05$).

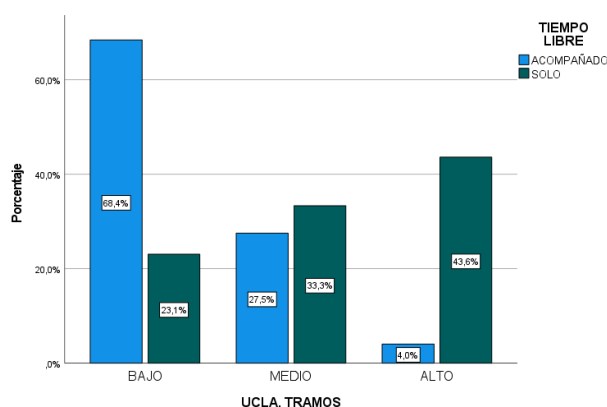
4.2.8. Asociación entre la compañía durante el tiempo libre y el sentimiento de soledad percibido de las pruebas ESTE II y UCLA.

Según los resultados obtenidos, se hallaron diferencias significativas entre las puntuaciones de ambas pruebas entre las personas que están acompañadas y solas durante el tiempo libre, teniendo puntuaciones más elevadas de soledad en las personas que están solas. Esto se obtuvo con una prueba de U de Mann-Whitney donde los rangos promedios en la escala fueron: en la escala ESTE II. Rango promedio: acompañado, 375,45; solo 728,03; $p<0,001$ y en la escala UCLA. Rango promedio: acompañado, 299,77; solo 615,22; $p<0,001$.

Por niveles de soledad, resultaron ser variables dependientes en las dos escalas obteniendo un coeficiente de 0,562, $p<0,001$ en la correlación de Spearman del test ESTE II, Pearson de tendencia lineal $p<0,001$; y d de Somers 0,529, $p<0,001$. En el test UCLA, se obtuvo un coeficiente 0,512, $p<0,001$ en la correlación de Spearman, Pearson de tendencia lineal $p<0,001$; y d de Somers 0,483, $p<0,001$. Esto se obtuvo con una prueba U de Mann-Whitney donde rangos promedios en la escala fueron: en la escala ESTE II. Rango promedio: acompañado, 390,03; solo 701,99; $p<0,001$ y en la escala UCLA. Rango promedio: acompañado, 401,14; solo 682,14; $p<0,001$ (Gráficas 4.27 y 4.28).



Gráfica 4.27. Relación entre la compañía durante el tiempo libre y el nivel de soledad según el test ESTE II: Acompañado: nivel bajo: 64,7%, nivel medio: 33,6% y nivel alto: 1,7%. Solo: nivel bajo: 18,1%, nivel medio: 33,9%, nivel alto: 48,1%.

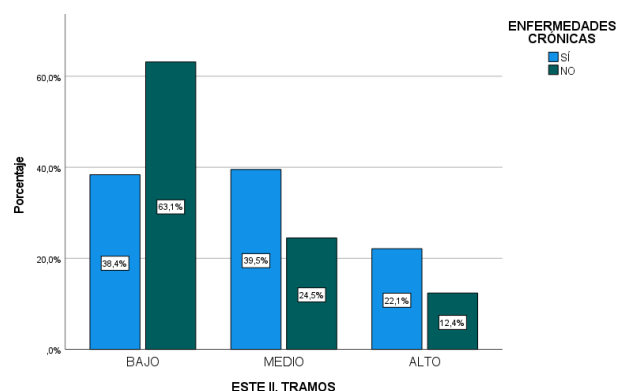


Gráfica 4.28. Relación entre la compañía durante el tiempo libre y el nivel de soledad según el test UCLA: Acompañado: nivel bajo: 68,4%, nivel medio: 27,5% y nivel alto: 4%. Solo: nivel bajo: 23,1%, nivel medio: 33,3%, nivel alto: 46,3%.

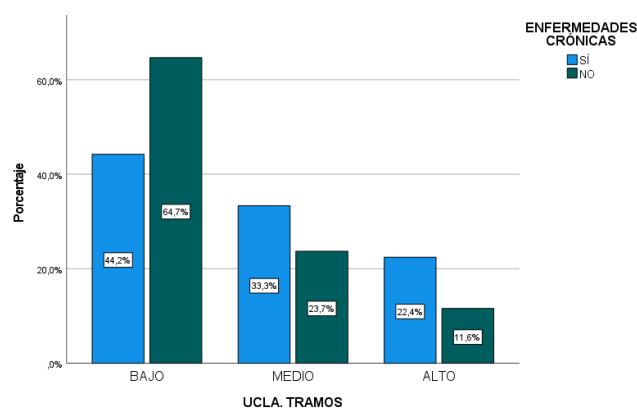
4.2.9. Asociación entre el padecimiento de una enfermedad crónica y el sentimiento de soledad.

Se encontraron diferencias significativas entre las puntuaciones de las pruebas de los que tienen y no tienen patologías crónicas, más elevadas las puntuaciones de soledad en los que sí presentan las patologías. Esto se obtuvo mediante una prueba de U de Mann-Whitney donde los rangos promedios en la escala ESTE II fueron: sí, 567,59; no, 398,03; $p < 0,001$ y en la escala UCLA: sí, 583,12; no, 450,82; $p < 0,001$.

Por niveles de soledad, resultaron ser variables dependientes en las dos escalas. Esto se obtuvo mediante la prueba de U de Mann-Whitney donde los grados promedios en la escala ESTE II fueron: sí, 551,08; no, 424,21; $p < 0,001$ y en la escala UCLA: sí, 544,52; no, 434,60; $p < 0,001$. Esto se obtuvo un coeficiente de $-0,232$, $p < 0,013$ en la correlación de Spearman, Pearson de tendencia lineal $p < 0,005$; y d de Somers en el test ESTE II; y un coeficiente de $-0,219$, $p < 0,007$ en la correlación de Spearman, Pearson de tendencia lineal $p < 0,001$; d de Somers $-0,192$, $p < 0,001$ en el test UCLA (Gráficas 4.29 y 4.30).



Gráfica 4.29. Asociación entre la presencia de patologías crónicas y el sentimiento de soledad en el test ESTE: sí: nivel bajo: 38,4%, nivel medio: 39,5% y nivel alto: 22,1%; no: nivel bajo: 63,1% nivel medio: 24,5%, nivel alto: 12,4%.

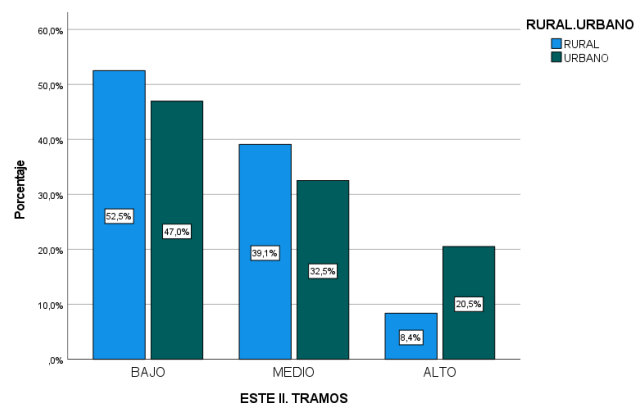


Gráfica 4.30. Asociación entre la presencia de patologías crónicas y el sentimiento de soledad en el test UCLA: sí: nivel bajo: 44,2%, nivel medio: 33,3% y nivel alto: 22,4%; no: nivel bajo: 64,7% nivel medio: 23,7%, nivel alto: 11,6%.

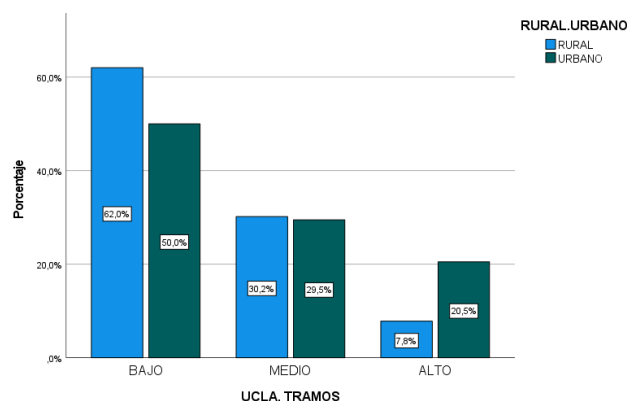
4.2.10. Asociación entre el medio rural/urbano y el sentimiento de soledad.

Según la prueba U de Mann-Whitney, se hallaron diferencias significativas entre las puntuaciones de las pruebas de los que viven en ambiente rural o urbano, más elevadas en los que viven en zonas urbanas. En el test ESTE II se obtuvo un rango promedio de 456,21 en el ámbito rural, mientras que el rango promedio del rango urbano es de 511,95; $p < 0,020$. En el test UCLA se obtuvo un rango promedio rural de 486,89 y 571,57 urbano; $p < 0,001$.

Por niveles de soledad, resultaron ser variables dependientes en las dos pruebas con un coeficiente de 0,078, $p < 0,013$ en la correlación de Spearman, Pearson de tendencia lineal $p < 0,005$; y d de Somers 0,069, $p < 0,007$ en el test ESTE II, y un coeficiente de 0,116, $p < 0,007$ en la correlación de Spearman, Pearson de tendencia lineal $p < 0,001$; y d de Somers 0,104, $p < 0,001$, en el test UCLA. Esto se obtuvo mediante la prueba de U de Mann-Whitney donde los rangos promedios en la escala ESTE II fueron rural: 457.33: urbano: 511.7; $p = 0.013$ y rural, 436,53; urbano, 516,22; $p < 0,001$ en la escala UCLA (Gráficas 4.31 y 4.32).



Gráfica 4.31. Asociación entre el medio rural/urbano y los niveles de soledad según el test ESTE II: rural: nivel bajo: 52,5%, nivel medio: 39,1% y nivel alto: 8,4%; urbano: nivel bajo: 63,1% nivel medio: 24,5%, nivel alto: 12,4%.

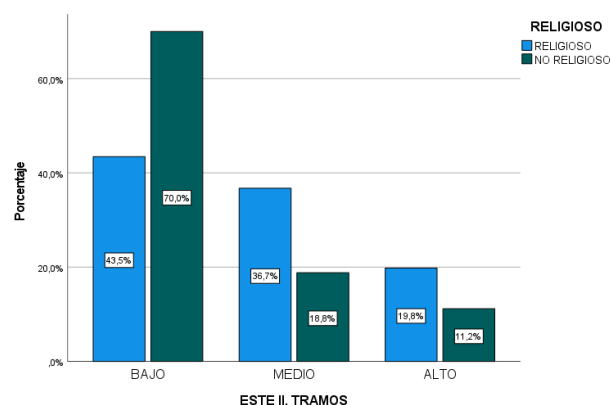


Gráfica 4.32. Asociación entre el medio rural/urbano y los niveles de soledad según el test UCLA: rural: nivel bajo: 62%, nivel medio: 30,2% y nivel alto: 7,8%; urbano: nivel bajo: 50% nivel medio: 29,5%, nivel alto: 20,5%.

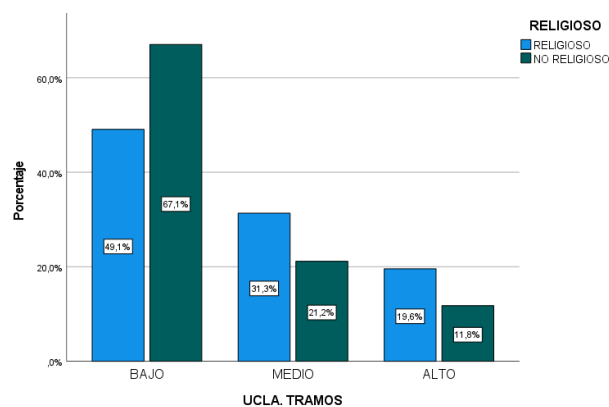
4.2.11. Asociación entre ser o no creyente y el sentimiento de soledad.

Existen diferencias significativas en los porcentajes de ambas escalas de los creyentes y no creyentes, más elevados en los creyentes. Esto se obtuvo mediante la prueba U de Mann-Whitney donde los rangos promedios en la escala ESTE II fueron: creyentes, 531,33; no creyentes, 358,29; $p < 0,001$ y en la escala UCLA: creyentes, 620,31; no creyentes, 477,85; $p < 0,001$.

Por niveles de soledad, resultaron ser variables dependientes en las dos escalas, que se obtuvo con la U de Mann-Whitney (Gráficas 4.33 y 4.34).



Gráfica 4.33. Asociación entre el ser o no creyente y los niveles de soledad según el test ESTE II: nivel bajo: 43,5%, nivel medio: 36,7% y nivel alto: 19,8%; No religioso: nivel bajo: 70%, nivel medio: 18,8%, nivel alto: 11,2% con un rango promedio: creyentes, 524,24; no creyentes, 393,02; $p < 0,001$.



Gráfica 4.34. Asociación entre el ser o no creyente y los niveles de soledad según el test UCLA: nivel bajo: 49,1, nivel medio: 31,3% y nivel alto: 19,6%; No religioso: nivel bajo: 52,1%, nivel medio: 29,6%, nivel alto: 18,2% con un rango promedio: creyentes, 517,65; no creyentes, 425,29; $p < 0,001$.

4.2.12. Asociación entre la participación en actividades de ocio y el deseo de participación junto con otras variables de interés.

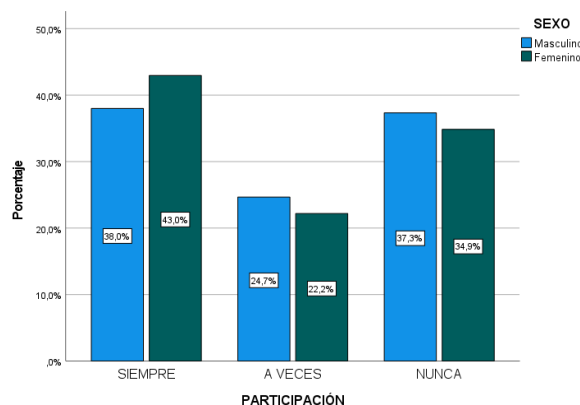
Se quiso estudiar la frecuencia de sujetos que participaban en actividades de ocio para poder relacionarlo, posteriormente, con otras variables de interés (tabla 4.3).

Participación	Frecuencia	Porcentaje (%)
Siempre	416	41,5
A veces	230	22,9
Nunca	357	35,6
Total	1003	100,0

Tabla 4.3. Participación total en actividades.

4.2.12.1. Participación en actividades y sexo

No hay diferencias en cuanto a la participación por sexos. Esto se obtuvo mediante una prueba de U de Mann-Whitney con un rango promedio: masculino, 518,33; femenino, 495,03; $p=0,211$. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la participación en actividades por sexos: Correlación de Spearman, coeficiente $-0,039$, $p=0,212$; Pearson de tendencia lineal $p=0,218$; d de Somers $-0,036$, $p=0,209$ (Gráfica 4.35).



Gráfica 4.35. Relación participación total en actividades y sexo: sexo masculino: siempre: 38%, A veces: 24,7% y nunca: 37,3%; sexo femenino: siempre: 43%, A veces: 22,2% y nunca: 34,9%.

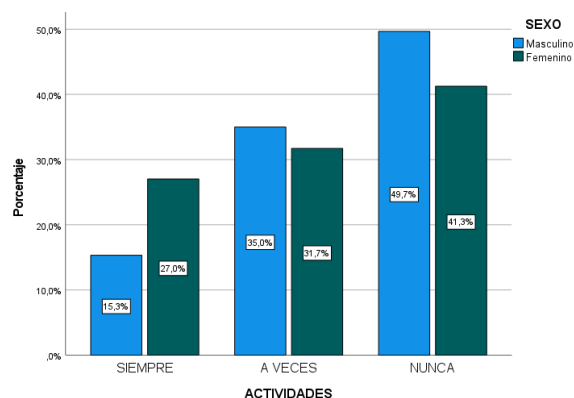
Además, se quiso estudiar el deseo de participación en actividades organizadas por el barrio o ciudad que impliquen interacción social (Tabla 4.4).

Deseo participación	Frecuencia	Porcentaje (%)
Siempre	236	23,5
A veces	328	32,7
Nunca	439	43,8
Total	1003	100,0

Tabla 4.4. Deseo de participación en actividades sociales organizadas por el barrio.

Destacar la existencia de diferencias significativas en relación al sexo y el deseo de participación en actividades sociales del barrio, encontrándose mayor en mujeres (Correlación de Spearman, coeficiente $-0,111$, $p<0,001$, Pearson de tendencia lineal $p<0,001$; y d de Somers $-0,102$, $p<0,001$).

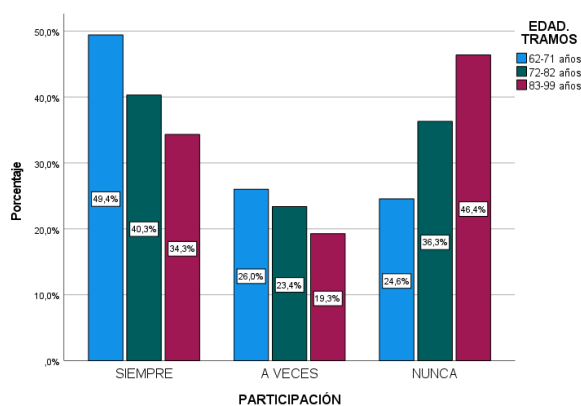
El porcentaje de personas que les gustaría de participar siempre en actividades es bajo (23,5%) y sensiblemente menor que el de las personas que, actualmente, dice participar siempre (41,5%). La relación entre el deseo de participación en actividades sociales organizadas por el barrio y sexo se obtuvo con una prueba de U de Mann-Whitney donde los rangos promedios fueron: masculino, 547,73; femenino, 482,48; $p<0,001$ (Gráfica 4.36).



Gráfica 4.36. Relación entre el deseo de participación en actividades sociales organizadas por el barrio y sexo: sexo masculino: siempre: 15,3%, A veces: 35% y nunca: 49,7%; sexo femenino: siempre: 27%, A veces: 31,7 y nunca: 41,3%.

4.2.12.2. Participación y edad

Relativo a los grupos de edad, la participación disminuye, significativamente, con el aumento de la edad: Correlación de Spearman, coeficiente 0,172, $p < 0,001$; Pearson de tendencia lineal $p < 0,001$; d de Somers 0,153, $p < 0,001$ (Gráfica 4.37).

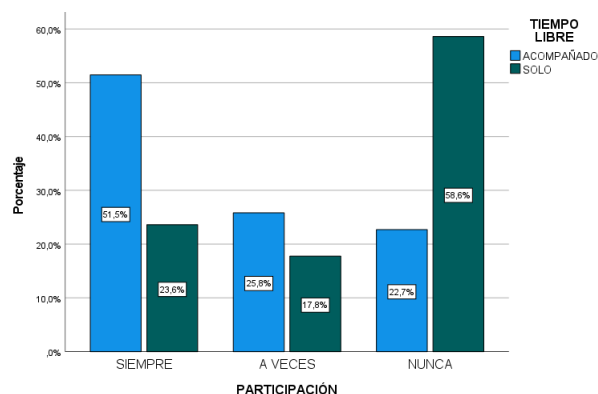


Gráfica 4.37. Relación entre participación en actividades y tramos de edad: tramo de 62-71 años: Siempre: 49,4%, A veces: 26%, Nunca: 24,6%; tramo 72-82 años: Siempre: 40,3%, A veces: 23,4%, Nunca: 36,6%; tramo 83-89 años: Siempre: 41,5%, A veces: 22,9%, Nunca: 35,6%.

El gusto por las actividades también disminuye, significativamente, con el aumento de la edad: Correlación de Spearman, coeficiente 0,184, $p < 0,001$; Pearson de tendencia lineal $p < 0,001$; d de Somers 0,164, $p < 0,001$.

4.2.12.3. Participación y tiempo libre

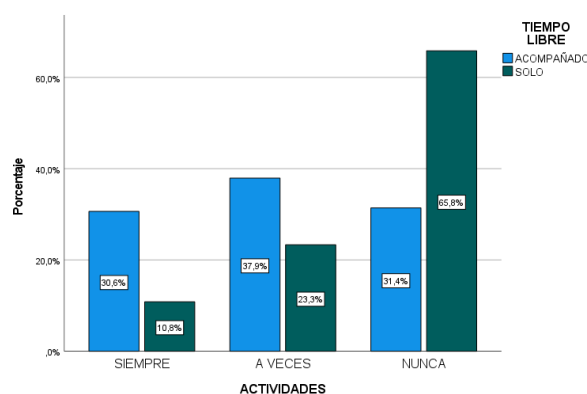
La participación disminuye, significativamente, cuando se está solo durante el tiempo libre. Esto se obtuvo mediante la prueba U de Mann-Whitney donde los rangos promedios eran: acompañado, 431,87; solo, 627,26; $p < 0,001$ (Gráfica 4.38).



Gráfica 4.38. Relación entre participación y tiempo libre: Siempre: 51,5%, A veces: 25,8%, Nunca: 22,7%; solo: Siempre: 23,6%, A veces: 17,8%, Nunca: 58,6%.

4.2.12.4. Deseo de actividades y tiempo libre

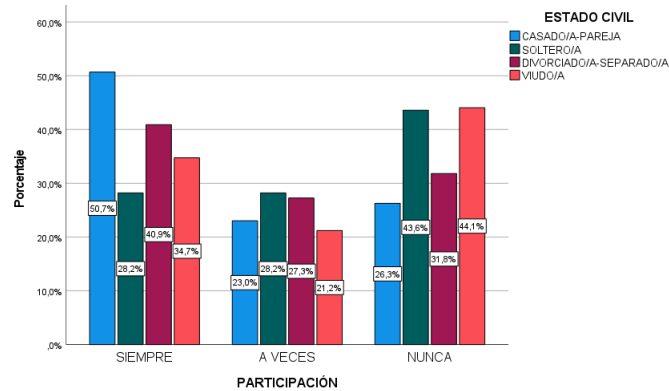
El gusto por las actividades también disminuye, significativamente, cuando se está solo durante el tiempo libre. Esto se obtuvo mediante la prueba de U de Mann-Whitney donde los rangos promedios eran: acompañado, 434,58; solo, 622,42; $p < 0,001$ (Gráfica 4.39).



Gráfica 4.39. Relación entre deseo de actividades y tiempo libre: acompañado: Siempre: 30,6%, A veces: 37,9%, Nunca: 31,4%; solo: Siempre: 10,8%, A veces: 23,3%, Nunca: 65,8%.

4.2.12.5. Participación y estado civil

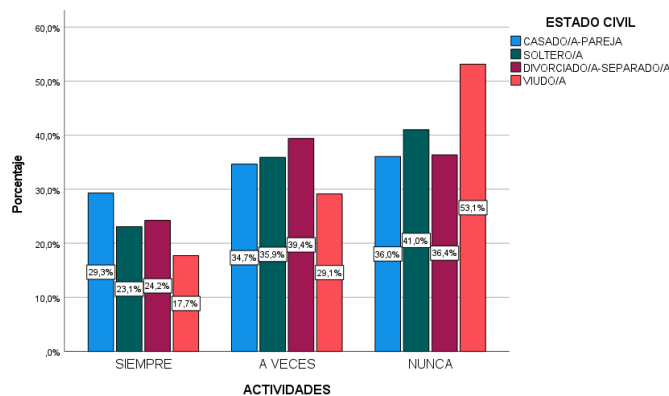
La participación disminuye, significativamente, con el estado civil de los que no tienen pareja. Esto se obtuvo mediante la prueba de H de Kruskal-Wallis obteniendo unos rangos promedio: casado/a-pareja, 444,88; soltero/a, 568,33; divorciado/a-separado/a, 492,75; viudo/a, 548,62; $p < 0,001$ (Gráfica 4.40).



Gráfica 4.40. Relación entre participación y estado civil: Siempre: 50,7%, A veces: 23%, Nunca: 26,3%; soltero/a: Siempre: 28,2%, A veces: 28,2%, Nunca: 43,6%; divorciado/a-separado/a: Siempre: 40,9%, A veces: 27,3%, Nunca: 31,8%; viudo/a: Siempre: 34,7%, A veces: 21,2%, Nunca: 44,1%.

4.2.12.6. Deseo de actividades y estado civil

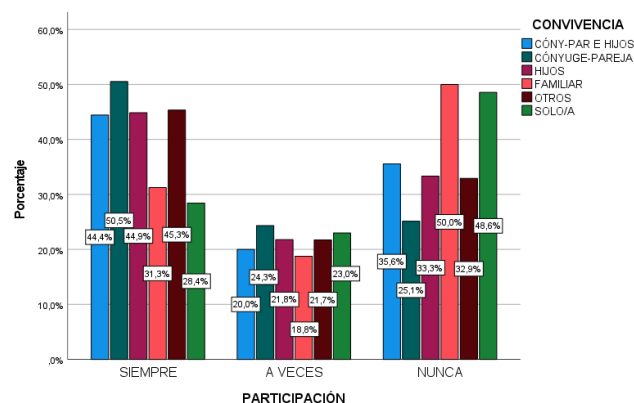
El gusto por las actividades también disminuye, significativamente, con el estado civil de los que no tienen pareja. Esto se obtuvo mediante la prueba de H de Kruskal-Wallis donde los rangos promedios eran: casado/a-pareja, 456,11; soltero/a, 492,76; divorciado/a-separado/a, 471,59; viudo/a, 554,36; $p < 0,001$ (Gráfica 4.41).



Gráfica 4.41. Relación entre deseo de actividades y estado civil: casado/a-pareja: Siempre: 29,3%, A veces: 34,7%, Nunca: 36%; soltero/a: Siempre: 23,1%, A veces: 36,9%, Nunca: 41%; divorciado/a-separado/a: Siempre: 24,2%, A veces: 39,4%, Nunca: 36,4%; viudo/a: Siempre: 17,7%, A veces: 29,1%, Nunca: 53,1%.

4.2.12.7. Participación y convivencia

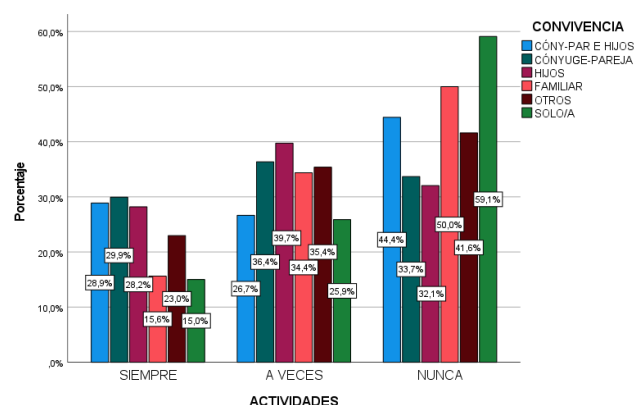
La participación disminuye, significativamente, con una situación de convivencia menos cercana. Esto se obtuvo mediante la prueba de H de Kruskal-Wallis donde los rangos promedios eran: cónyuge-pareja e hijos, 383,30; cónyuge-pareja, 352,69; hijos, 532,63; familiar, 533,08; otros, 630,04; solo/a, 620,80; $p < 0,001$ (Gráfica 4.42).



Gráfica 4.42. Relación entre participación y convivencia: Siempre: 44,4%, A veces: 20%, Nunca: 35,6%; cónyuge-pareja: Siempre: 50,5%, A veces: 24,3%, Nunca: 25,1%; hijos: Siempre: 44,9%, A veces: 21,8%, Nunca: 33,3%; familiar: Siempre: 33,1%, A veces: 18,8%, Nunca: 50%; otros: Siempre: 45,3%, A veces: 21,7%, Nunca: 32,9%; sólo/a: Siempre: 28,4%, A veces: 23%, Nunca: 48,6%.

4.2.12.8. Deseo de actividades y convivencia

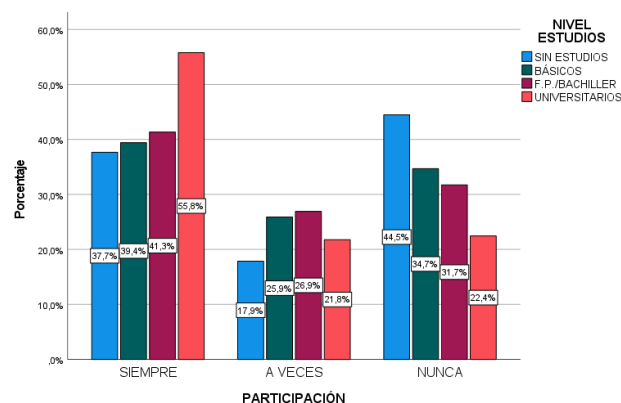
El gusto por las actividades también disminuye, significativamente, con una situación de convivencia menos cercana. Esto se obtuvo con la prueba H de Kruskal-Wallis donde los rangos promedios eran: cónyuge-pareja e hijos, 400,22; cónyuge-pareja, 376,87; hijos, 498,15; familiar, 506,69; otros, 612,62; solo/a, 609,73; $p < 0,001$ (Gráfica 4.43).



Gráfica 4.43. Relación entre deseo de actividades y convivencia: Siempre: 28,9%, A veces: 26,7%, Nunca: 44,4%; cónyuge-pareja: Siempre: 29,2%, A veces: 36,4%, Nunca: 33,7%; hijos: Siempre: 28,2%, A veces: 39,7%, Nunca: 32,1%; familiar: Siempre: 15,6%, A veces: 34,4%, Nunca: 50%; otros: Siempre: 23%, A veces: 35,4%, Nunca: 41,6%; sólo/a: Siempre: 15%, A veces: 25,9%, Nunca: 59,1%.

4.2.12.9. Participación y nivel de estudios

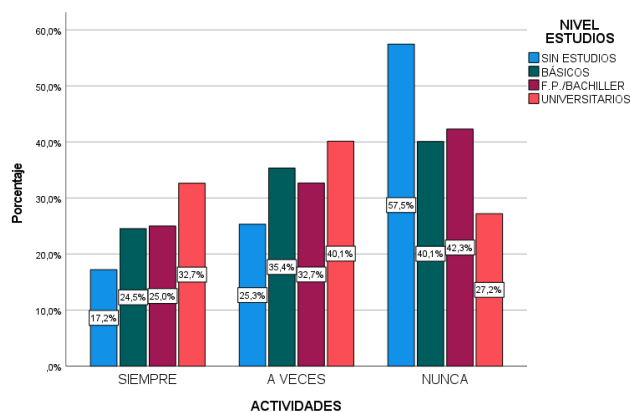
La participación disminuye, significativamente, con el menor nivel de estudios con una Correlación de Spearman, coeficiente -0,132, $p < 0,001$. Chi cuadrado de Pearson $p < 0,001$; d de Somers -0,118, $p < 0,001$ (Gráfica 4.44).



Gráfica 4.44. Relación entre participación y nivel de estudios: Siempre: 37,7%, A veces: 17,9%, Nunca: 44,5%; básicos: Siempre: 39,4%, A veces: 25,9%, Nunca: 34,7%; FP/Bachiller: Siempre: 41,3%, A veces: 26,9%, Nunca: 31,7%; universitarios: Siempre: 55,8%, A veces: 21,8%, Nunca: 22,4%.

4.2.12.10. Deseo de actividades y nivel de estudios

El gusto por las actividades disminuye, significativamente, a menor nivel de estudios con una Correlación de Spearman, coeficiente -0,186, $p < 0,001$; Chi cuadrado de Pearson $p < 0,001$; d de Somers -0,164, $p < 0,001$ (Gráfica 4.45).



Gráfica 4.45. Relación entre deseo de actividades y nivel de estudios: Siempre: 17,2%, A veces: 25,3%, Nunca: 57,5%; básicos: Siempre: 24,5%, A veces: 35,4%, Nunca: 40,1%; FP/Bachiller: Siempre: 25%, A veces: 32,7%, Nunca: 42,3%; universitarios: Siempre: 32,7%, A veces: 40,1%, Nunca: 27,2%.

4.2.12.11. Participación y nivel socioeconómico

La participación disminuye, significativamente, con un menor nivel socioeconómico con una Correlación de Spearman, coeficiente -0,170, $p < 0,001$; Chi cuadrado de Pearson $p < 0,001$; d de Somers -0,154, $p < 0,001$ (Gráfica 4.46).

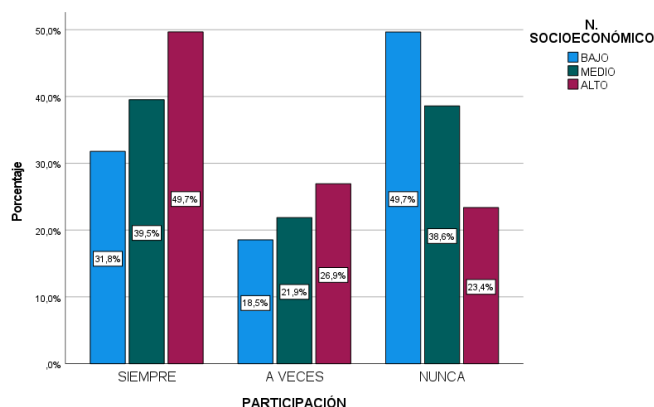
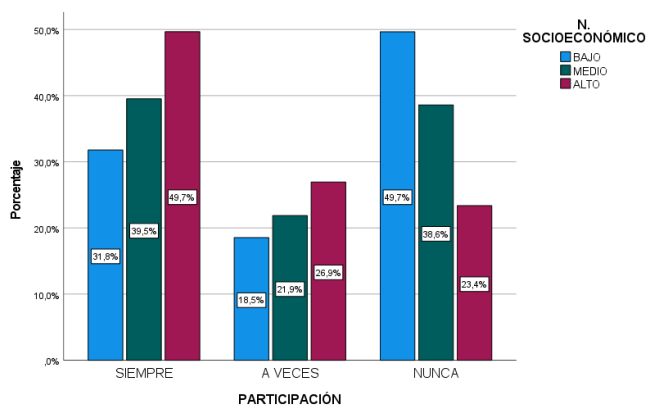


Gráfico 4.46. Relación entre participación y nivel socioeconómico: bajo: Siempre: 31,8%, A veces: 18,5%, Nunca: 49,7%; medio: Siempre: 39,5%, A veces: 21,9%, Nunca: 38,6%; alto: Siempre: 49,7%, A veces: 26,9%, Nunca: 23,4%.

4.2.12.12. Deseo de actividades y nivel socioeconómico

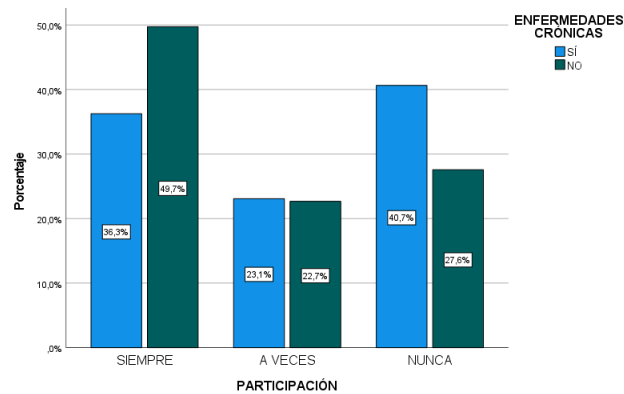
El gusto por las actividades también disminuye, significativamente, con un menor nivel socioeconómico: Correlación de Spearman, coeficiente -0,179, $p < 0,001$; Chi cuadrado de Pearson $p < 0,001$; d de Somers -0,163, $p < 0,001$ (Gráfica 4.47).



Gráfica 4.47. Relación entre el deseo de actividades y nivel socioeconómico: : Siempre: 16,6%, A veces: 24,5%, Nunca: 58,9%; medio: Siempre: 21,3%, A veces: 32,5%, Nunca: 46,1%; alto: Siempre: 30,8%, A veces: 37%, Nunca: 32,1%.

4.2.12.13. Participación y patologías crónicas

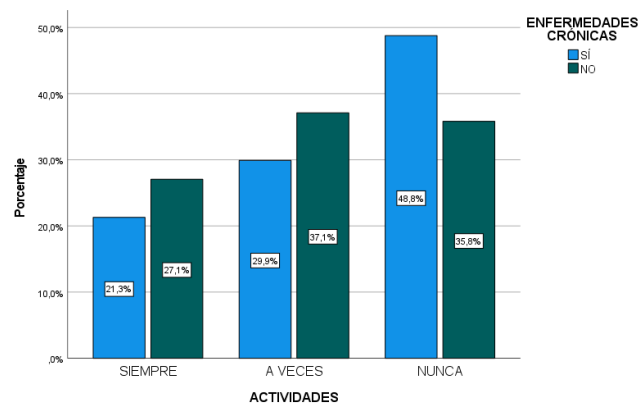
La participación disminuye, significativamente, con la presencia de patologías crónicas. Esto se obtuvo con la prueba de U de Mann-Whitney donde los rangos promedios eran: sí, 551,08; no, 424,21; $p < 0,001$ (Gráfica 4.48).



Gráfica 4.48. Relación entre participación y patologías crónicas: sí: Siempre: 36,3%, A veces: 23,1%, Nunca: 40,7%; no: Siempre: 49,7%, A veces: 22,7%, Nunca: 27,6%.

4.2.12.14. Deseo de actividades y patologías crónicas

El gusto por las actividades también disminuye, significativamente, con la presencia de patologías crónicas. Esto se obtuvo mediante la prueba de U de Mann-Whitney donde los rangos promedios eran. sí, 544,52; no, 434,60; $p < 0,001$ (Gráfica 4.49).



Gráfica 4.49. Relación entre deseo de actividades y patologías crónicas: sí: Siempre: 21,3%, A veces: 29,9%, Nunca: 48,8%; no: Siempre: 27,1%, A veces: 37,1%, Nunca: 35,8%.

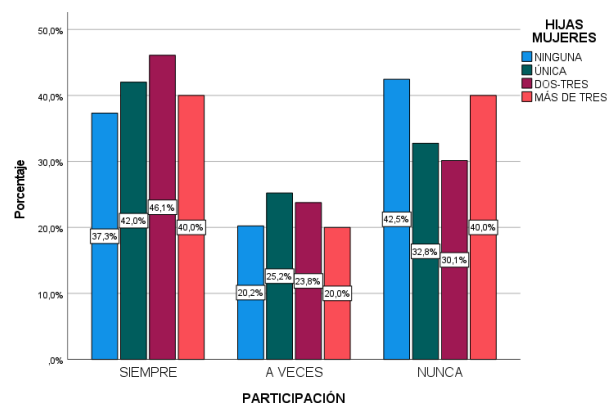
En el aspecto religioso no hubo diferencias en la participación y sí, aunque de forma marginal, en un mayor deseo de las actividades entre los no creyentes.

En lo relativo al ambiente rural/urbano, no hubo diferencias en ninguno de los dos aspectos.

Ni para el número total conjunto de hijos, ni para el de solo hijos hombres hubo diferencias en la participación y el deseo de actividades, en función del número de hijos. Sí las hubo cuando las descendientes eran hijas.

4.2.12.15. Participación y número de hijas

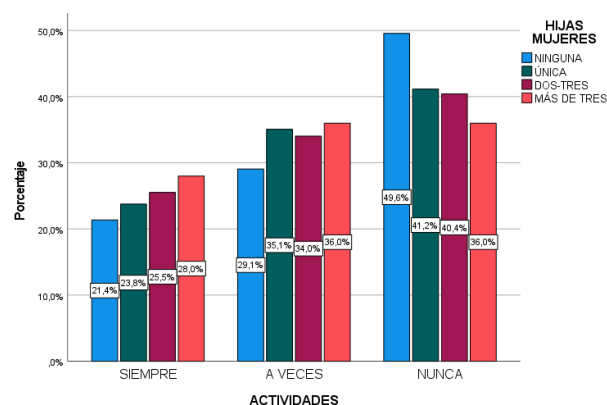
La participación aumenta, significativamente, con mayor número de hijas: Correlación de Spearman, coeficiente -0,089, $p = 0,005$; Chi cuadrado de Pearson $p = 0,044$; d de Somers -0,079, $p = 0,005$ (Gráfica 4.50).



Gráfica 4.50. Relación entre participación y el número de hijas: Siempre: 37,3%, A veces: 20,2%, Nunca: 42,5%; única: Siempre: 42%, A veces: 25,8%, Nunca: 32,8%; dos-tres: Siempre: 46,1%, A veces: 23,8%, Nunca: 30,1%; más de tres: Siempre: 40%, A veces: 20%, Nunca: 40%.

4.2.12.16. Deseo de actividades y número de hijas

El gusto por las actividades aumenta, significativamente, con mayor número de hijas: Correlación de Spearman, coeficiente -0,075, $p=0,017$; Chi cuadrado de Pearson $p=0,241$; d de Somers -0,067, $p=0,017$ (Gráfica 4.51).



Gráfica 4.51. Relación entre deseo de actividades y número de hijas: Siempre: 21,4%, A veces: 29,1%, Nunca: 49,6%; única: Siempre: 23,8%, A veces: 35,1%, Nunca: 41,2%; dos-tres: Siempre: 25,5%, A veces: 34%, Nunca: 40,4%; más de tres: Siempre: 28%, A veces: 36%, Nunca: 36%.

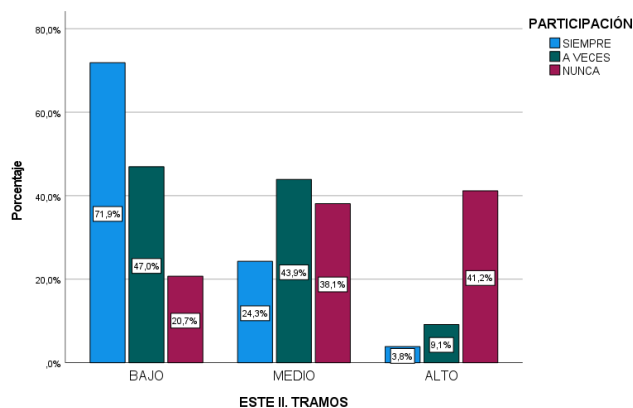
4.2.12.17. Participación y pruebas de grado de soledad

Por último, se observó que la menor participación tiene correlación positiva significativa con un mayor grado de soledad en las dos pruebas y una correlación positiva significativa entre un menor deseo de actividades y mayor grado de soledad.

En la escala ESTE II se obtuvo un coeficiente 0,501, $p<0,001$ en la correlación de Spearman, Pearson de tendencia lineal $p<0,001$; Chi cuadrado de Pearson $p<0,001$; d de Somers 0,458, $p<0,001$ para la participación en actividades de ocio y un coeficiente 0,524 en la correlación de Spearman, $p<0,001$; Chi cuadrado de Pearson $p<0,001$; d de Somers 0,479, $p<0,001$ en deseo de participación social (Tablas 4.5 y 4.6 y gráficas 4.52 y 4.53).

			ESTE II. TRAMOS			
			BAJO	MEDIO	ALTO	Total
PARTICIPACIÓN	SIEMPRE	Recuento	299	101	16	416
		% dentro de PARTICIPACIÓN	71,9%	24,3%	3,8%	100,0%
	A VECES	Recuento	108	101	21	230
		% dentro de PARTICIPACIÓN	47,0%	43,9%	9,1%	100,0%
	NUNCA	Recuento	74	136	147	357
		% dentro de PARTICIPACIÓN	20,7%	38,1%	41,2%	100,0%
Total		Recuento	481	338	184	1003
		% dentro de PARTICIPACIÓN	48,0%	33,7%	18,3%	100,0%

Tabla 4.5. Asociación entre la participación social y el nivel de soledad experimentada según el test ESTE II.

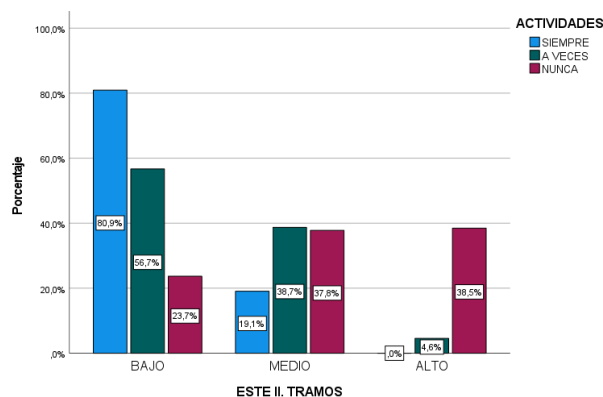


Gráfica 4.52. Asociación entre la participación social y el nivel de soledad experimentada según el test ESTE II.

			ESTE II. TRAMOS			
			BAJO	MEDIO	ALTO	Total
ACTIVIDADES	SIEMPRE	Recuento	191	45	0	236
		% dentro de ACTIVIDADES	80,9%	19,1%	0,0%	100,0%
	A VECES	Recuento	186	127	15	328
		% dentro de ACTIVIDADES	56,7%	38,7%	4,6%	100,0%
	NUNCA	Recuento	104	166	169	439
		% dentro de ACTIVIDADES	23,7%	37,8%	38,5%	100,0%

	% dentro de ACTIVIDADES	23,7%	37,8%	38,5%	100,0%
Total	Recuento	481	338	184	1003
	% dentro de ACTIVIDADES	48,0%	33,7%	18,3%	100,0%

Tabla 4.6. Asociación entre deseo de participación social y el nivel de soledad experimentada según el test ESTE II.



Gráfica 4.53. Asociación entre deseo de participación social y el nivel de soledad experimentada según el test ESTE II.

En la escala UCLA, en el estudio de la participación en actividades sociales se obtuvo un coeficiente de 0,367, $p < 0,001$ en la correlación de Spearman, Pearson de tendencia lineal $p < 0,001$; y d de Somers 0,336, $p < 0,001$. En el deseo de participación en actividades de ocio, se obtuvo un coeficiente 0,393, $p < 0,001$ en la correlación de Spearman, Pearson de tendencia lineal $p < 0,001$; y d de Somers 0,358, $p < 0,001$ (Tablas 4.7 y 4.8 y gráficas 4.54 y 4.55).

			UCLA. TRAMOS			
			BAJO	MEDIO	ALTO	Total
PARTICIPACIÓN	SIEMPRE	Recuento	295	93	28	416
		% dentro de PARTICIPACIÓN	70,9%	22,4%	6,7%	100,0%
	A VECES	Recuento	107	94	29	230
		% dentro de PARTICIPACIÓN	46,5%	40,9%	12,6%	100,0%
	NUNCA	Recuento	121	110	126	357
		% dentro de PARTICIPACIÓN	33,9%	30,8%	35,3%	100,0%
Total		Recuento	523	297	183	1003
		% dentro de PARTICIPACIÓN	52,1%	29,6%	18,2%	100,0%

Tabla 4.7. Asociación entre la participación social y el nivel de soledad experimentada según el test UCLA.

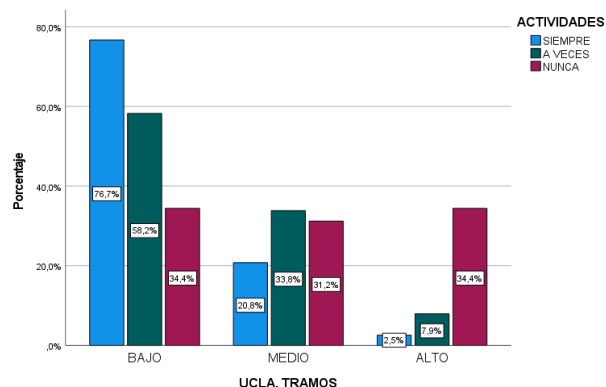


Gráfico 4.54. Asociación entre la participación social y el nivel de soledad experimentada según el test UCLA.

			UCLA. TRAMOS			
			BAJO	MEDIO	ALTO	Total
ACTIVIDADES	SIEMPRE	Recuento	181	49	6	236
		% dentro de ACTIVIDADES	76,7%	20,8%	2,5%	100,0%
	A VECES	Recuento	191	111	26	328
		% dentro de ACTIVIDADES	58,2%	33,8%	7,9%	100,0%
	NUNCA	Recuento	151	137	151	439
		% dentro de ACTIVIDADES	34,4%	31,2%	34,4%	100,0%
Total		Recuento	523	297	183	1003
		% dentro de ACTIVIDADES	52,1%	29,6%	18,2%	100,0%

Tabla 4.8. Asociación entre el deseo de participación social y el nivel de soledad experimentada según el test UCLA.

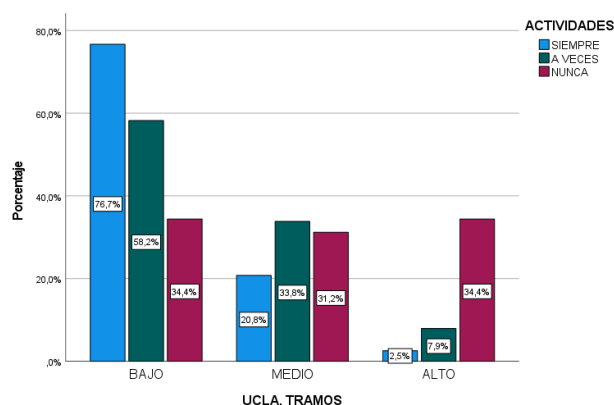


Gráfico 4.55. Asociación entre el deseo de participación social y el nivel de soledad experimentada según el test UCLA.

4.2.13. Variables con mayor influencia y capacidad predictiva para sufrir soledad.

Regresión logística multivariante:

Para conocer cuáles son las variables que presentan mayor influencia y capacidad predictiva para calcular el riesgo de caer en un estado clínico de soledad, que corresponde a los grados medio y alto en conjunto de ambas escalas (ESTE II y UCLA), se realizó una regresión logística. El modelo de regresión multivariante selecciona las variables en función de cómo clasifica los casos cada una de las pruebas, ESTE II o UCLA, y es por lo que en una de ellas puede priorizar unas variables distintas que en la otra.

- En la escala ESTE II: las variables con mayor influencia y capacidad predictiva para calcular el riesgo de sufrir soledad fueron: tiempo libre, convivencia, edad, nivel de estudios, patologías crónicas y nivel socioeconómico (Tabla 4.9).
- En la escala UCLA: las variables con mayor influencia y capacidad predictiva para calcular el riesgo de sufrir soledad fueron: tiempo libre, estado civil, nivel socioeconómico, edad, patologías crónicas, vivir en medio rural/urbano y sexo (Tabla 4.10).

ESTE II	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
							Inferior	Superior
TIEMPO LIBRE(1)	1,445	,190	57,573	1	<,001	4,243	2,921	6,163
CONVIVENCIA(1)	,867	,175	24,595	1	<,001	2,379	1,689	3,351
EDAD	,688	,108	40,214	1	<,001	1,989	1,608	2,461
NIVEL ESTUDIOS	,547	,111	24,133	1	<,001	1,729	1,390	2,151
PATOLOGÍAS CRÓNICAS(1)	,466	,172	7,335	1	,007	1,594	1,138	2,234
N. SOCIOECONÓMICO	,346	,149	5,407	1	,020	1,413	1,056	1,892

Tabla 4.9. Variables con mayor influencia y capacidad predictiva para calcular el riesgo de sufrir soledad según el test ESTE II.

UCLA	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
							Inferior	Superior
TIEMPO LIBRE(1)	1,342	,172	61,122	1	<,001	3,826	2,733	5,357
ESTADO CIVIL(1)	,777	,167	21,594	1	<,001	2,175	1,567	3,019
N. SOCIOECONÓMICO	,540	,123	19,378	1	<,001	1,716	1,349	2,182
EDAD	,538	,099	29,339	1	<,001	1,712	1,409	2,080

PATOLOGÍAS CRÓNICAS(1)	,472	,161	8,579	1	,003	1,603	1,169	2,197
RURAL/URBANO(1)	,455	,200	5,190	1	,023	1,575	1,066	2,329
SEXO(1)	,390	,169	5,332	1	,021	1,478	1,061	2,058

Tabla 4.10. Variables con mayor influencia y capacidad predictiva para calcular el riesgo de sufrir soledad según el test UCLA.

Conviene señalar que el estado civil y la convivencia, el modelo las discrimina como entre vivir en pareja o no, esencialmente; luego elegir una u otra tiene el mismo sentido y podría decirse que son equivalentes.

El mayor predictor en ambas escalas es el tiempo libre y su OR, lo que significa que quienes pasan el tiempo libre solos tienen 4,243 veces (ESTE II) o 3,826 veces (UCLA) más riesgo de sufrir un estado clínico de soledad que quienes lo pasan acompañados. El mismo significado, con sus OR correspondientes, para los que no viven en pareja (ESTE II= 2,379) o no están casados (UCLA=2,175), los que tienen patologías crónicas (ESTE II=1,594) (UCLA=1,603) o los viven en medio urbano (UCLA=1,575).

En cuanto a la edad, el nivel de estudios o el nivel socioeconómico, su OR significa el riesgo que tiene una persona de un nivel de sufrir soledad con respecto al nivel anterior. Por ejemplo, la OR de la edad significa que las personas del rango 83-99 años tienen 1,989 (ESTE II) o 1,712 (UCLA) veces más riesgo de sufrir soledad que las del rango 72-82 años y lo mismo de las de este rango con respecto a las de 62-71 años. En el caso de los niveles de estudios y socioeconómico es el riesgo de un nivel más bajo con respecto al anterior.

4.2.14. Regresión logística binomial.

Este análisis estadístico selecciona las variables de mayor influencia y capacidad predictiva para calcular el riesgo de caer en un estado clínico de soledad, que corresponde a los grados medio y alto en conjunto, de ambas escalas. La odds ratio (OR) corresponde en la tabla a Exp(B).

- En la escala ESTE II: las variables con mayor influencia y capacidad predictiva para calcular el riesgo de sufrir soledad de los grados medio y alto fueron: convivencia-sexo, tiempo libre, edad (tramos), nivel de estudios, enfermedades crónicas, convivencia y nivel socioeconómico (Tabla 4.11).
- En la escala UCLA: las variables con mayor influencia y capacidad predictiva para calcular el riesgo de sufrir soledad de los grados medio y alto fueron: tiempo libre, estado civil- sexo, edad (tramos), vivir medio rural/urbano, estado civil, enfermedades crónicas, nivel socioeconómico y nivel de estudios (Tabla 4.12).

ESTE II NIVEL MEDIO-ALTO								95% C.I. para	
	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	Inferior	Superior
CONVIVENCIA.R2(1)	,502	,204	6,082	1	,014	1,652		1,109	2,463

TIEMPO LIBRE(1)	1,368	,193	50,360	1	<,001	3,928	2,692	5,731
ENFERMEDADES CRÓNICAS(1)	,524	,175	8,990	1	,003	1,689	1,199	2,379
SEXO(1)	-,553	,275	4,043	1	,044	,575	,336	,986
EDAD TRAMOS	,720	,110	42,907	1	<,001	2,054	1,656	2,548
NIVEL ESTUDIOS	,558	,113	24,531	1	<,001	1,746	1,401	2,177
N. SOCIOECONÓMICO	,342	,150	5,186	1	,023	1,407	1,049	1,888
CONVIVENCIA.R2(1) by SEXO(1)	1,398	,389	12,895	1	<,001	4,047	1,887	8,679
Constante	- 4,708	,382	152,255	1	<,001	,009		

Tabla 4.11. Variables con mayor influencia y capacidad predictiva para calcular el riesgo de sufrir soledad de los grados medio y alto según el test ESTE II: El modelo de regresión logística para la escala ESTE II fue estadísticamente significativo, $X^2=471,133$, $p<0,001$. El modelo explica el 50% (R^2 de Nagelkerke) de la varianza en el grado de soledad y clasifica correctamente el 77,3% de los casos, con una sensibilidad del 77,2% y una especificidad del 77,3%.

UCLA NIVEL MEDIO-ALTO	Error					95% C.I. para EXP(B)		
	B	estándar	Wald	Gl	Sig.	Exp(B)	Inferior	Superior
E.CIVIL.R(1)	,482	,177	7,433	1	,006	1,619	1,145	2,289
TIEMPO LIBRE(1)	1,311	,173	57,192	1	<,001	3,710	2,642	5,212
ENFERMEDADES CRÓNICAS(1)	,458	,165	7,723	1	,005	1,580	1,144	2,182
RURAL/URBANO(1)	,492	,201	5,956	1	,015	1,635	1,102	2,426
EDAD TRAMOS	,505	,104	23,639	1	<,001	1,656	1,351	2,030
NIVEL ESTUDIOS	,205	,103	3,924	1	,048	1,227	1,002	1,503
N. SOCIOECONÓMICO	,391	,141	7,676	1	,006	1,478	1,121	1,948
E.CIVIL.R(1) by SEXO(1)	,917	,248	13,688	1	<,001	2,501	1,539	4,064
Constante	- 3,978	,364	119,164	1	<,001	,019		

Tabla 4.12. Variables con mayor influencia y capacidad predictiva para calcular el riesgo de sufrir soledad de los grados medio y alto según el test UCLA: El modelo de regresión logística para la escala UCLA fue estadísticamente significativo, $X^2=346,814$, $p<0,001$. El modelo explica el 39% (R^2 de Nagelkerke) de la varianza en el grado de soledad y clasifica correctamente el 72,3% de los casos, con una sensibilidad del 68,1% y una especificidad del 76,1%.

Se ha profundizado más en las regresiones logísticas, explorando la interacción entre pares de variables, lo que ha dado lugar a un nuevo modelo de regresión con mayor poder predictivo y mejor clasificación de los casos. También modifica el nivel de significación de algunas de las variables y sus OR, pero ha permitido obtener datos

ampliados, como los aportados por la confluencia de sexo masculino y convivencia sin pareja (CONVIVENCIA Y SEXO) en la escala ESTE II, evidenciando que los hombres tienen 4,047 veces más riesgo de caer en un estado clínico de soledad que las mujeres en esa situación. Y, de forma equivalente para la escala UCLA, que la confluencia del género masculino y el estado civil sin pareja (E. CIVIL Y SEXO) evidencia que los hombres tienen 2,501 veces más riesgo de caer en un estado clínico de soledad que las mujeres en esa situación. Estas han sido las únicas interacciones encontradas con significado estadístico.

El mismo significado, con sus OR correspondientes, para los que pasan solos el tiempo libre, no viven en pareja o no están casados, los que tienen patologías crónicas o los viven en medio urbano.

En cuanto a la edad, el nivel de estudios o el nivel socioeconómico, su OR significa el riesgo que tiene una persona de un nivel de sufrir soledad con respecto al nivel anterior. Por ejemplo, la OR de la edad significa que las personas del rango 83-99 años tienen 2,054 (ESTE II) o 1,656 (UCLA) veces más riesgo de sufrir soledad que las del rango 72-82 años y lo mismo de las de este rango con respecto a las de 62-71 años. En el caso de los niveles de estudios y socioeconómico es el riesgo de un nivel más bajo con respecto al anterior.

4.2.15. Regresión logística multinomial.

Este análisis estadístico selecciona las variables de mayor influencia y capacidad predictiva para calcular el riesgo de caer en un estado clínico de soledad, diferenciado por grados medio y alto en comparación, cada uno, con el nivel bajo, realizado para ambas escalas. La odds ratio (OR) corresponde en la tabla a Exp(B).

- En la escala ESTE II: las variables con mayor influencia y capacidad predictiva para calcular el riesgo de sufrir soledad comparando grado medio con nivel bajo de soledad fueron: sexo-convivencia, tiempo libre, edad (tramos), nivel de estudios, convivencia y enfermedades crónicas (Tabla 4.13).
- En la escala ESTE II: las variables con mayor influencia y capacidad predictiva para calcular el riesgo de sufrir soledad comparando grado alto con nivel bajo de soledad fueron: tiempo libre, sexo y convivencia, sexo-convivencia, edad (tramos), medio rural/urbano, Nivel socioeconómico, nivel de estudios y número total de hijos (Tabla 4.14).

		95% de intervalo de confianza						
		para Exp(B)						
ESTE II	Desv.							
TRAMOS	B	Error	Wald	Gl	Sig.	Exp(B)	Límite inferior	Límite superior
Nivel medio								
Sexo y convivencia	1,272	,403	9,967	1	,002	3,566	1,620	7,853
Tiempo libre	,825	,206	16,069	1	<,001	2,282	1,525	3,417
Edad tramos	,606	,114	28,394	1	<,001	1,832	1,466	2,290

Nivel estudios	,533	,115	21,633	1	<,001	1,704	1,361	2,133
Convivencia	,507	,206	6,037	1	,014	1,660	1,108	2,488
Enfermedades crónicas	,475	,181	6,909	1	,009	1,609	1,129	2,293

Tabla 4.13. Variables con mayor influencia y capacidad predictiva para calcular el riesgo de sufrir soledad comparando grado medio y alto con nivel bajo de soledad según el test ESTE II.

ESTE II TRAMOS	B	Desv. Error	Wald	Gl	Sig.	Exp(B)	95% de intervalo de confianza para Exp(B)	
							Límite inferior	Límite superior
Nivel alto								
Tiempo libre	3,844	,379	102,724	1	<,001	46,718	22,215	98,250
Sexo y convivencia	1,927	,867	4,939	1	,026	6,871	1,256	37,601
Edad tramos	1,304	,196	44,235	1	<,001	3,685	2,509	5,412
Rural/urbano	1,160	,383	9,152	1	,002	3,189	1,504	6,759
N. Socioeconómico	1,116	,259	18,583	1	<,001	3,053	1,838	5,071
Nivel estudios	,716	,208	11,831	1	<,001	2,046	1,361	3,078
Número total hijos	,419	,141	8,812	1	,003	1,521	1,153	2,005

Tabla 4.14. Variables con mayor influencia y capacidad predictiva para calcular el riesgo de sufrir soledad comparando grado alto con nivel bajo de soledad según el test ESTE II.

- En la escala UCLA: las variables con mayor influencia y capacidad predictiva para calcular el riesgo de sufrir soledad comparando grado medio con nivel bajo de soledad fueron: sexo-estado civil, tiempo libre, edad (tramos), estado civil y enfermedades crónicas (Tabla 4.15).
- En la escala UCLA las variables con mayor influencia y capacidad predictiva para calcular el riesgo de sufrir soledad comparando grado alto con nivel bajo de soledad fueron: tiempo libre, sexo-estado civil, vivir medio rural/urbano, nivel socioeconómico, edad (tramos) y enfermedades crónicas (Tabla 4.16).

UCLA TRAMOS	B	Desv. Error	Wald	Gl	Sig.	Exp(B)	95% de intervalo de confianza para Exp(B)	
							Límite inferior	Límite superior
NIVEL MEDIO								
SEXO Y E.CIVIL	,879	,371	5,621	1	,018	2,410	1,165	4,985
TIEMPO LIBRE	,810	,190	18,208	1	<,001	2,247	1,549	3,260
EDAD TRAMOS	,442	,110	16,191	1	<,001	1,555	1,254	1,929
E.CIVIL	,429	,206	4,336	1	,037	1,536	1,026	2,299
ENFERMEDADES CRÓNICAS	,372	,174	4,554	1	,033	1,451	1,031	2,042

Tabla 4.15. Variables con mayor influencia y capacidad predictiva para calcular el riesgo de sufrir soledad comparando grado medio con nivel bajo de soledad según el test UCLA.

UCLA TRAMOS	B	Desv. Error	Wald	Gl	Sig.	Exp(B)	95% de intervalo de confianza para Exp(B)	
							Límite inferior	Límite superior
NIVEL ALTO								
TIEMPO LIBRE	2,635	,271	94,834	1	<,001	13,949	8,207	23,709
SEXO Y E.CIVIL	1,916	,703	7,417	1	,006	6,792	1,711	26,964
RURAL/URBANO	1,313	,351	14,009	1	<,001	3,719	1,869	7,397
N. SOCIOECONÓMICO	,864	,213	16,493	1	<,001	2,373	1,564	3,602
EDAD TRAMOS	,682	,160	18,228	1	<,001	1,978	1,446	2,705
ENFERMEDADES CRÓNICAS	,620	,253	6,009	1	,014	1,858	1,132	3,049

Tabla 4.16. Variables con mayor influencia y capacidad predictiva para calcular el riesgo de sufrir soledad comparando grado alto con nivel bajo de soledad según el test UCLA.

El modelo de regresión logística para la escala ESTE II fue estadísticamente significativo, $X^2=750,941$, $p<0,001$. El modelo explica el 60,4% (R^2 de Nagelkerke) de la varianza en el grado de soledad y clasifica correctamente el 68,9% de los casos.

El modelo de regresión logística para la escala UCLA fue estadísticamente significativo, $X^2=494,098$, $p<0,001$. El modelo explica el 44,8% (R^2 de Nagelkerke) de la varianza en el grado de soledad y clasifica correctamente el 63,8% de los casos.

En el modelo de regresión multinomial también se han incluido los resultados de interacción entre pares de variables, mejorando con ellos su capacidad predictiva y mostrando, además, un papel relevante. Aquí también la única interacción estadísticamente significativa ha sido la del sexo con la convivencia o el estado civil y la interpretación es la misma en todos los casos: la confluencia del sexo masculino y la convivencia o estado civil sin pareja siempre muestran un OR de los más elevados.

A destacar que, tras la regresión multinomial, donde entran en consideración los tres niveles de soledad diferenciados y evidencian riesgos de caer en un nivel alto de soledad, en comparación con el nivel bajo, el mayor predictor de soledad es el tiempo libre solo, de hasta 46,718 veces más para la escala ESTE II y de 13,949 veces más para la escala UCLA.

La confluencia de sexo masculino y convivencia sin pareja (CONVIVENCIA Y SEXO) en la escala ESTE II, evidencia que los hombres tienen 6,871 veces más riesgo de caer en un nivel alto de soledad, en comparación con el nivel bajo de soledad que las mujeres en esa situación. Y, de forma equivalente para la escala UCLA, que la confluencia del género masculino y el estado civil sin pareja (E. CIVIL Y SEXO) evidencia que los hombres tienen 6,792 veces más riesgo de un nivel alto de soledad, en comparación con el nivel bajo de soledad que las mujeres en esa situación.

El mismo significado, con sus OR correspondientes, para los que tienen patologías crónicas (UCLA: 1,858) o los viven en medio urbano (ESTE II: 3,189; UCLA: 3,719).

En cuanto a la edad, el nivel de estudios o el nivel socioeconómico, su OR significa el riesgo que tiene una persona de sufrir soledad de un nivel alto con respecto al nivel bajo. Por ejemplo, la OR de la edad significa que las personas del rango 83-99 años tienen 3,685 (ESTE II) o 1,978 (UCLA) veces más riesgo de sufrir soledad en un nivel alto de soledad, en comparación con el nivel bajo soledad, que las del rango 72-82 años y lo mismo de las de este rango con respecto a las de 62-71 años. En el caso de los niveles de estudios (ESTE II: 2,046) y socioeconómico (ESTE II: 3,053; UCLA: 2,373); más riesgo de sufrir soledad en un nivel alto de soledad, en comparación con el nivel bajo soledad.

4.2.16. Soledad en los distintos tipos de estado civil y género.

En base a la muestra de 1003 casos, la composición por sexos es: 70,1% (n=703) mujeres y el 29,9% (n=300) hombres.

4.2.16.1. Casada/pareja

En base a la muestra de 1003 casos, el total de 430 personas casadas, que suponen un 42.9% de casados/as. Las 279 mujeres casadas de entre 703 suponen un 39,68% y los 151 hombres casados de entre 300 un 50,3%. Estar casado se da más en los hombres. Dentro del grupo casado/a: 62,8% (n= 279) eran mujeres y el 37,2% (n=151) eran hombres.

El contraste de casados/casadas con las escalas de riesgo de soledad arrojó los siguientes resultados: en la escala ESTE II se observó que el número de hombres casados en el nivel de riesgo medio-alto es de 120 de un total de 430, con un porcentaje del 21,2% y el número de mujeres de 88 de un total de 279, con un porcentaje del 31,6%; en la escala UCLA, el número de hombres solteros en el nivel de riesgo medio-alto es de 113 de un total de 430, con un porcentaje del 23,8% y el número de mujeres de 77 de un total de 279, con un porcentaje del 27,6%.

Tras realizar la Prueba de Chi-cuadrado se obtuvieron diferencias significativas para la escala ESTE II ($p<0,05$) con un OR de 1,713 pero no para la escala UCLA ($p=0,398$). Esto quiere decir que las mujeres casadas o que viven en pareja, en el tramo medio-alto de la escala de soledad ESTE II, tienen 1,713 veces más riesgo de caer en un estado clínico de soledad que los hombres en esta misma situación.

4.2.16.2. Soltero/a

En base a la muestra de 1003 casos, el total de 78 personas solteras, que suponen un 7,78% de solteros/as. Las 49 mujeres solteras de entre 703 suponen un 6,97% y los 29 hombres solteros de entre 300 un 9,67%. La soltería se da más en los hombres. Dentro del grupo soltero/a: 62,8% eran mujeres y el 37,2% eran hombres.

El contraste de solteros y solteras con las escalas de riesgo de soledad arrojó los siguientes resultados: en la escala ESTE II se observó que el número de hombres solteros en el nivel de riesgo medio-alto es de 23 de un total de 29, con un porcentaje

del 79,3% y el número de mujeres de 24 de un total de 49, con un porcentaje del 49%; en la escala UCLA, el número de hombres solteros en el nivel de riesgo medio-alto es de 21 de un total de 29, con un porcentaje del 72,4% y el número de mujeres de 20 de un total de 49, con un porcentaje del 40,8%.

Tanto en porcentajes como en números absolutos (UCLA), hay más hombres solteros en riesgo medio-alto, siendo una muestra un 40% menor. La prueba de Kruskal-Wallis que demuestra diferencias significativas para ambas escalas (ESTE II: $p < 0,05$).

4.2.16.3. Divorciado/a-Separado/a

En base a la muestra de 1003 casos, el total de 66 personas divorciadas/separadas, que suponen un 6,6% de divorciadas/separadas. Las 41 mujeres divorciadas/separadas de entre 703 suponen un 5,8% y los 25 hombres divorciados/separados de entre 300 un 8,33%. Estar divorciado/separado se da más en los hombres. Dentro del grupo divorciado/separado: 62,1% eran mujeres y el 37,9% eran hombres.

El contraste de divorciados/separados con las escalas de riesgo de soledad arrojó los siguientes resultados: en la escala ESTE II se observó que el número de hombres divorciados/separados en el nivel de riesgo medio-alto es de 12 de un total de 25, con un porcentaje del 48% y el número de mujeres de 21 de un total de 41, con un porcentaje del 51,2%; en la escala UCLA, el número de hombres divorciados/casados en el nivel de riesgo medio-alto es de 17 de un total de 25, con un porcentaje del 68% y el número de mujeres de 20 de un total de 41, con un porcentaje del 48,8%.

La prueba de Kruskal-Wallis demuestra que no hay diferencias significativas para ambas escalas (ESTE II: $p=0,842$, UCLA: $p=0,314$).

4.2.16.4. Viudo/a

En base a la muestra de 1003 casos, el total de 429 personas viudas, suponen un 42,8% viudos/as. Las 334 mujeres viudas de entre 703 suponen un 47,5% y los 95 hombres viudos de entre 300 un 31,6%. La viudez se da más en las mujeres. Dentro del grupo viudo/a: 77,9% eran mujeres y el 22,1% eran hombres.

En la escala ESTE II se observó que las mujeres tenían un grado de soledad bajo del 28,4% y un grado medio-alto de soledad del 71,6%. Y los hombres tenían un grado de soledad bajo del 12,6% y un grado de soledad alto del 87,4% que tras realizar una prueba de Chi-cuadrado se obtuvo un OR de 2,759. Y en la escala UCLA se observó que las mujeres tenían un grado de soledad bajo del 36,5% y un grado medio-alto de soledad del 63,5%. Y los hombres tenían un grado de soledad bajo del 18,9% y un grado de soledad alto del 81,1% que tras realizar una prueba de Chi-cuadrado se obtuvo un OR de 2,462.

Esto significa que los hombres viudos tienen en la escala ESTE II 2,749 veces y en la escala UCLA 2,562 veces más riesgo de sufrir un estado clínico de soledad.

4.2.17. Soledad en los distintos tipos de convivencia y género.

4.2.17.1. Convivencia con Hijos

En base a la muestra de 1003 casos, el total de 78 personas conviven con los hijos, lo que supone el 7,8% del tipo de convivencia. Las 58 mujeres que conviven con hijos de entre 703 suponen un 8,25% y los 20 hombres que conviven con hijos de entre 300 un 6,67%. Las mujeres conviven más con los hijos. Dentro del grupo que conviven con hijos: 74,4% eran mujeres y el 25,6% eran hombres.

En la escala ESTE II se observó que las mujeres tenían un grado de soledad bajo del 36,2% y un grado medio-alto de soledad del 63,7%. Y los hombres tenían un grado de soledad bajo del 20% y un grado de soledad alto del 80%. Y en la escala UCLA se observó que las mujeres tenían un grado de soledad bajo del 51,7% y un grado medio-alto de soledad del 48,3%. Y los hombres tenían un grado de soledad bajo del 30% y un grado de soledad alto del 70%.

La prueba de Kruskal-Wallis demuestra que no hay diferencias significativas para ambas escalas (ESTE II: $p=0,121$, UCLA: $p=0,088$).

4.2.17.2. Convivencia solo/a

Dentro del grupo solo/a: 73,2% eran mujeres y el 26,8% eran hombres.

En la escala ESTE II se observó que las mujeres tenían un grado de soledad bajo del 32,8% y un grado medio-alto de soledad del 67,2%. Y los hombres tenían un grado de soledad bajo del 25% y un grado de soledad medio-alto del 75%, tras realizar una prueba de Chi-cuadrado no se obtuvieron diferencias significativas. Y en la escala UCLA se observó que las mujeres tenían un grado de soledad bajo del 39,3% y un grado medio-alto de soledad del 60,7%. Y los hombres tenían un grado de soledad bajo del 22,6% y un grado de soledad medio-alto del 77,4%, tras realizar una prueba de Chi-cuadrado no se obtuvieron diferencias significativas.

Por lo que podemos concluir que no hay diferencias de género respecto a la soledad en a los que viven solos, tras realizar una prueba de Chi-cuadrado en las dos escalas.

4.2.18. Diferencias de género en el tercer tramo de edad (83 a 99 años) y el sentimiento de soledad.

4.2.18.1. Tercer tramo de edad: 83 a 99 años.

En el 3º tramo de edad, de 83 a 99 años, se encontraban 332 personas, 89 (26,81%) del sexo masculino y 243 (73,19%) del sexo femenino, con los siguientes resultados, para la escala ESTE II y UCLA, en el contraste bivariante de tablas cruzadas: en la escala ESTE II: Sexo masculino: nivel bajo de soledad: 16,9%, Nivel medio de soledad: 39,3% y nivel alto de soledad: 43,8%. Sexo femenino: nivel bajo de soledad: 21%, Nivel medio de soledad: 44,9% y nivel alto de soledad: 34,2%; y en escala UCLA: Sexo masculino: nivel bajo de soledad: 28,1%, Nivel medio de soledad: 31,5% y nivel alto de soledad: 40,4%. Sexo femenino: nivel bajo de soledad: 30%, Nivel medio de soledad: 39,5% y nivel alto de soledad: 30,5%.

Como puede observarse, en este tramo de edad hay un mayor porcentaje de hombres que de mujeres afectados de soledad en el grado medio-alto; 83,1% frente a 79,1% para la escala ESTE II, $p=0,119$ y 71,9% frente 70% para escala UCLA; Tras realizar una prueba H. de Kruskal-Wallis, las diferencias no son estadísticamente significativas en ninguna de las dos escalas: $p=0,119$ en la escala ESTE y $p=0,216$ en la escala UCLA.

4.2.18.2. Tercer tramo de edad y presencia de enfermedades crónicas entre los dos sexos.

Dentro del tercer tramo de edad encontramos los siguientes datos según género: sexo masculino: 71,9% con enfermedades crónicas y 28,1% sin enfermedades crónicas; sexo femenino: 72,4% con enfermedades crónicas y 27,6% sin enfermedades crónicas.

En este 3º tramo de edad tampoco hubo diferencias significativas en cuanto a la presencia de enfermedades crónicas entre los dos sexos. Esto se obtuvo con una prueba de Chi-cuadrado ($p=0,09$)

4.2.18.3. Subconjunto de personas en el tercer tramo de edad y presencia de enfermedades crónicas.

Se encontraron 240 personas, 64 (26,67%) del sexo masculino y 176 (73,33%) del sexo femenino, con los siguientes resultados, para la escala ESTE II y UCLA, en el contraste bivariante de tablas cruzadas: en la escala ESTE II: Sexo masculino: nivel bajo de soledad: 10,9%, Nivel medio de soledad: 35,9% y nivel alto de soledad: 53,1%. Sexo femenino: nivel bajo de soledad: 14,8%, Nivel medio de soledad: 47,7% y nivel alto de soledad: 37,5%; y en la escala UCLA: Sexo masculino: nivel bajo de soledad: 23,4%, Nivel medio de soledad: 26,6% y nivel alto de soledad: 50%. Sexo femenino: nivel bajo de soledad: 24,4%, Nivel medio de soledad: 43,2% y nivel alto de soledad: 32,4%.

En ambas escalas el porcentaje de soledad medio-alto es mayor en los hombres, pero tras realizar una prueba de Kruskal-Wallis se encuentra que es estadísticamente significativo en la escala ESTE II ($p < 0,05$), pero no en la UCLA ($p=0,077$).

4.2.18.4. Subconjunto de personas en el tercer tramo de edad sin presencia de enfermedades crónicas.

Se encontraron 92 personas, 25 (27,17%) del sexo masculino y 67 (72,83%) del sexo femenino, con los siguientes resultados, para la escala ESTE II y UCLA, en el contraste bivariante de tablas cruzadas: en la escala ESTE II: Sexo masculino: nivel bajo de soledad: 32%, Nivel medio de soledad: 48% y nivel alto de soledad: 20%. Sexo femenino: nivel bajo de soledad: 37,3%, Nivel medio de soledad: 37,3% y nivel alto de soledad: 25,4%; y en la escala UCLA: Sexo masculino: nivel bajo de soledad: 40%, Nivel medio de soledad: 44% y nivel alto de soledad: 16%. Sexo femenino: nivel bajo de soledad: 44,8%, Nivel medio de soledad: 29,9% y nivel alto de soledad: 25,4%.

En ambas escalas el porcentaje de soledad medio-alto es mayor en los hombres; pero tras realizar una prueba de Kruskal-Wallis en ninguna escala el resultado es estadísticamente significativo (ESTE II, $p=0,963$; UCLA, $p=0,899$).

4.2.18.6. Subconjunto de personas en el tercer tramo de edad y en situación de viudedad.

Se encontraron 242 personas, 58 (23,97%) del sexo masculino y 184 (76,03%) del sexo femenino, con los siguientes resultados, para la escala ESTE II y UCLA, en el contraste bivariante de tablas cruzadas: en la escala ESTE II: Sexo masculino: nivel bajo de soledad: 5,2%, Nivel medio de soledad: 37,9% y nivel alto de soledad: 56,9%. Sexo femenino: nivel bajo de soledad: 17,4%, Nivel medio de soledad: 42,4% y nivel alto de soledad: 40,2%; y en la escala UCLA: Sexo masculino: nivel bajo de soledad: 19%, Nivel medio de soledad: 31% y nivel alto de soledad: 50%. Sexo femenino: nivel bajo de soledad: 25,5%, Nivel medio de soledad: 38% y nivel alto de soledad: 36,4%.

En ambas escalas el porcentaje de soledad medio-alto es mayor en los hombres; tras realizar una prueba de Kruskal-Wallis es estadísticamente significativo en la escala ESTE II ($p < 0,05$), pero no en la escala UCLA ($p = 0,79$)

4.2.18.7. Subconjunto de personas en los tres tramos de soledad y en situaciones de como pasan el tiempo libre.

Dentro del subconjunto de personas que se encuentran en los distintos niveles de soledad de ambas escalas, se ha obtenido, en cada uno de los tres niveles, el número y porcentaje de ellos que pasan el tiempo libre solos o acompañados (Tabla 4.17):

PERSONAS DE LOS TRES NIVELES DE LAS ESCALAS DE SOLEDAD QUE SE ENCUENTRAN SOLAS O ACOMPAÑADAS						
TIEMPO LIBRE	ESTE II NIVEL BAJO		ESTE II NIVEL MEDIO		ESTE II NIVEL ALTO	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
ACOMPAÑADO	416	86,50%	216	63,90%	11	6%
SOLO	65	13,50%	122	36,10%	173	94%
Total	481	100%	338	100%	184	100%
TIEMPO LIBRE	UCLA NIVEL BAJO		UCLA NIVEL MEDIO		UCLA NIVEL ALTO	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
ACOMPAÑADO	440	84,10%	177	59,60%	26	14,20%
SOLO	83	15,90%	120	40,40%	157	85,80%
Total	523	100%	297	100%	183	100%

Tabla 4.17: Subconjunto de personas que se encuentran en los distintos niveles de soledad de ambas escalas, número y porcentaje de ellos que pasan el tiempo libre solos o acompañados.

Como puede observarse, en ambas escalas, el número de personas que pasan el tiempo libre solos aumenta exponencialmente con el aumento del nivel de soledad. O, lo que es lo mismo, el número de personas que pasan el tiempo libre acompañados disminuye dramáticamente con el aumento del nivel de soledad. Ello explica que sea un factor tan determinante para calcular el riesgo de soledad, especialmente en la regresión multinomial, donde entran en consideración los tres niveles de soledad diferenciados y evidencian riesgos de caer en un nivel alto de soledad, en comparación con el nivel bajo, para este predictor, de hasta 46,718 veces más para la escala ESTE II y de 13,949 veces más para la escala UCLA.

4.2.18.8. Subconjunto de personas en el tercer tramo de edad y en situación de como pasan el tiempo libre.

Se ha llevado a cabo un contraste bivalente de tablas cruzadas entre las personas del nivel alto de soledad de ambas escalas, por sexos y situación de solo o acompañado, para valorar si existen diferencias entre hombres y mujeres. Las diferencias entre sexos no son estadísticamente significativas.

Esto se obtuvo tras realizar una prueba de Chi-cuadrado con los siguientes datos: en la escala ESTE II: Sexo femenino: acompañado: 6,1%; solo 93,9% y Sexo masculino: acompañado 5,8%; solo: 94,2%, obteniendo una $p=0,936$; y en la escala UCLA: Sexo femenino: acompañado: 16,8%; solo: 83,2% y Sexo masculino: acompañado: 9,4%; solo: 90,6%, obteniendo una $p=0,170$.

Como se observa no existen diferencias significativas entre el género tras realizar las tablas cruzadas entre las personas del nivel alto de soledad de ambas escalas, por sexos y situación de solo o acompañado. Consecuentemente, las diferencias del riesgo de soledad entre hombres y mujeres han de explicarse por otros factores de riesgo, como son la confluencia de no vivir en pareja y sexo masculino.

4.2.19. Extrapolación del nivel medio-alto de soledad en mujeres y hombres de nuestro estudio a la población de la Región de Murcia.

En la Región de Murcia, la población mayor de los 60 años a 1 de enero de 2021 era de 302.588 personas, siendo 135.926 hombres (44,92%) y 166.660 mujeres (55,08%), lo que supone 30.734 mujeres más, es decir, un 22,61% más de mujeres.

Aplicando los porcentajes de soledad de ambas escalas (Escala ESTE II: porcentaje de hombres en el nivel medio-alto de soledad: 50% y porcentaje de mujeres en el nivel medio alto de soledad: 53%; Escala UCLA: porcentaje de hombres en el nivel medio-alto de soledad: 50,3% y porcentaje de mujeres en el nivel medio alto de soledad: 46,8%) y extrapolando los datos del estudio a la población general vemos:

Extrapolación		Hombres		Mujeres			
Número hombres y mujeres afectados	ESTE II	67.963		88.330		20.367	mujeres afectadas más que hombres
Número hombres y mujeres afectados	UCLA	68.004		77.997		9.993	mujeres afectadas más que hombres

Observando que hay entre 10.000 y 20.000 más mujeres afectadas de soledad que hombres en la población de Murcia.

Si analizamos los porcentajes de soledad del nivel alto para hombre y mujeres en la escala ESTE II son: hombres: 23% y mujeres 16,4% y en la escala UCLA: 21,3% hombres y 16,9% mujeres.

Extrapolando estos datos de nuestro estudio a la población general encontramos:

Extrapolación		Hombres		Mujeres			
Número hombres y mujeres afectados		31.263		27.332		3.931	hombres afectados más que mujeres
Número hombres y mujeres afectados		28.952		28.166		787	hombres afectados más que mujeres

Observando que hay 3931 y 787 hombres más afectados de soledad del nivel alto que mujeres en la escala ESTE II y UCLA, respectivamente. Lo que quiere decir que hay entre 800-4000 más hombres afectados de soledad en nivel alto que mujeres.

4.3. NIVEL DE SOLEDAD PERCIBIDA EN LAS DIFERENTES ÁREAS DE LA REGIÓN DE MURCIA.

La muestra se dividió en tres grandes áreas que abarcaban toda la región de Murcia, completando un total de 6 áreas (Tabla 4.18).

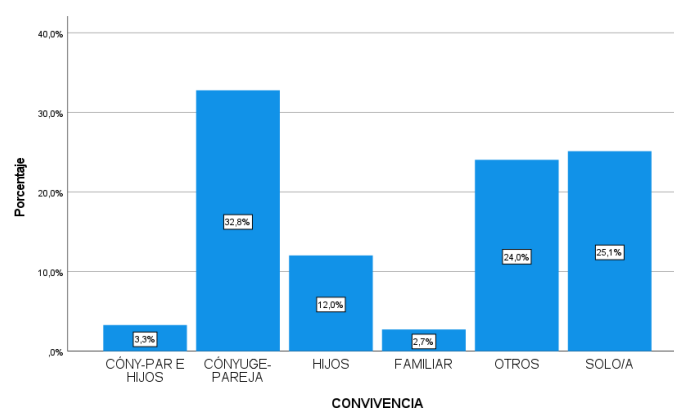
Área	Municipios	Frecuencia personas (n)
1	Los Alcázares, Cartagena, Fuente Álamo de Murcia, San Javier, Torre Pacheco, La Unión y San Pedro del Pinatar	183
2	Murcia	148
3	Águilas, Aledo, Alhama de Murcia, Librilla, Lorca, Mazarrón, Puerto Lumbreras y Totana	183
4	Bullas, Calasparra, Campos del Río, Caravaca de la Cruz, Cehegín, Cieza, Moratalla y Mula	122
5	Jumilla y Yecla	105
6	Abanilla, Abarán, Albudeite, Alcantarilla, Alguazas, Archena, Beniel, Blanca, Ceutí, Fortuna, Lorquí, Molina de Segura, Ojós, Pliego, Ricote, Santomera, Ulea, Las Torres de Cotillas y Villanueva del Río Segura	262

Tabla 4.18. Frecuencia de personas pertenecientes a cada área de la región.

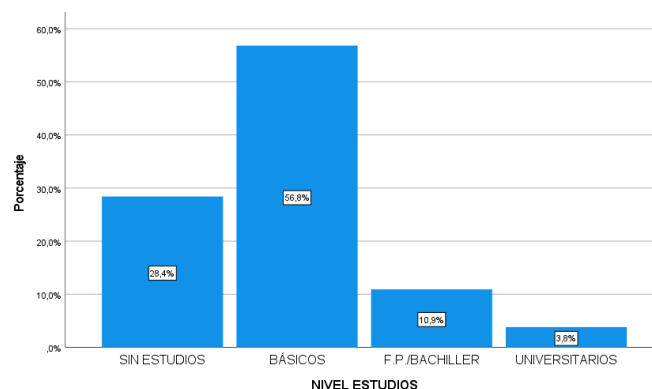
4.3.1 ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA POR ÁREAS DE SALUD

4.3.1.1 ÁREA 1: CARTAGENA/MAR MENOR.

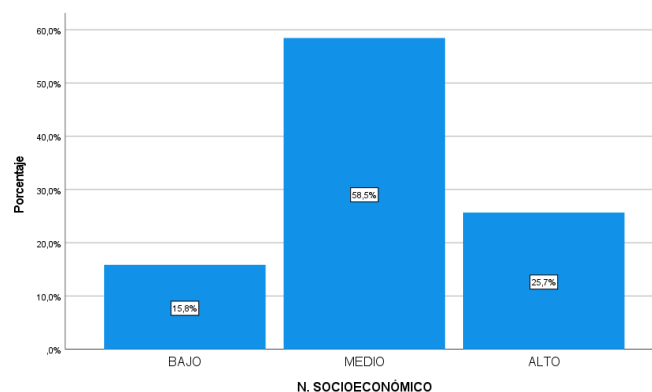
La población del Área 1-Cartagena/Mar menor presenta las siguientes características: 72,1% eran mujeres y un 27,9% hombres con una edad media de 78,25 años (rango: 65-97). Las frecuencias por tipo de convivencia, nivel de estudios y nivel socioeconómico se describen a continuación (Gráficas 4.56, 4.57, 4.58).



Gráfica 4.56. Frecuencias por tipo de convivencia en el área 1: 3,3% vivían cónyuge-pareja-hijos, 32,8% cónyuge-pareja, 12% hijos, 2,7% familiar, 24% otros y 25,1% solo/a.



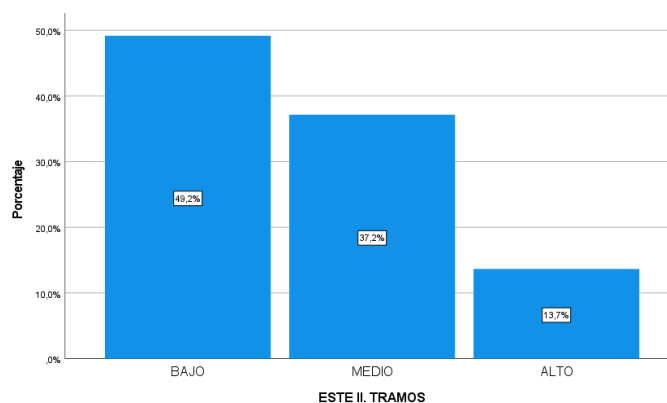
Gráfica 4.57. Frecuencias según el nivel de estudios en el área 1: 28,4% sin estudios, 56,8% con estudios básicos, 10,9% F.P/Bachiller, 3,8% universitarios.



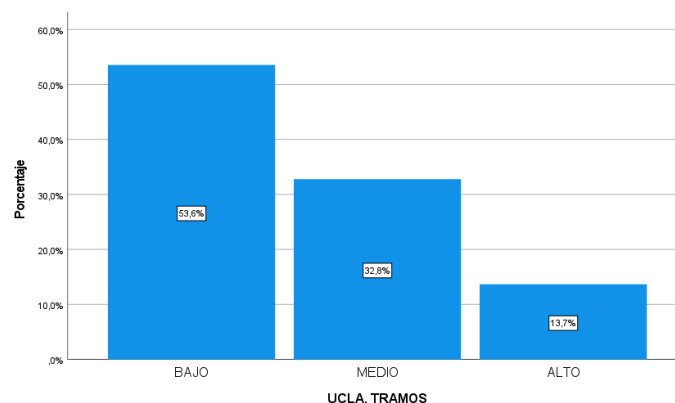
Gráfica 4.58. Frecuencias según el nivel socioeconómico en el área 1: nivel bajo: 15,8%, nivel medio: 58,5% y nivel alto: 25,7%.

Los resultados de las pruebas de grados de soledad por las personas del área 1 fueron:

La soledad percibida por las personas del área 1 según el test ESTE II y UCLA por grados de soledad se describe a continuación (Gráficas 4.59 y 4.60).



Gráfica 4.59. Soledad percibida por las personas del área 1 según el test ESTE II: nivel bajo: 49,2%, nivel medio: 37,2% y nivel alto: 13,7%.

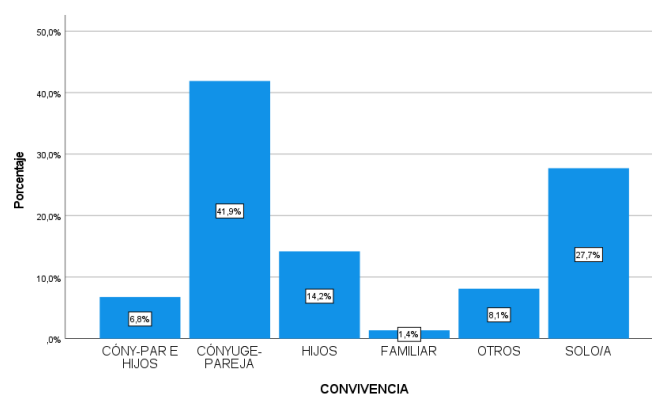


Gráfica 4.60. Soledad percibida por las personas del área 1 según el test UCLA: nivel bajo: 53,6%, nivel medio: 32,8% y nivel alto: 13,7%.

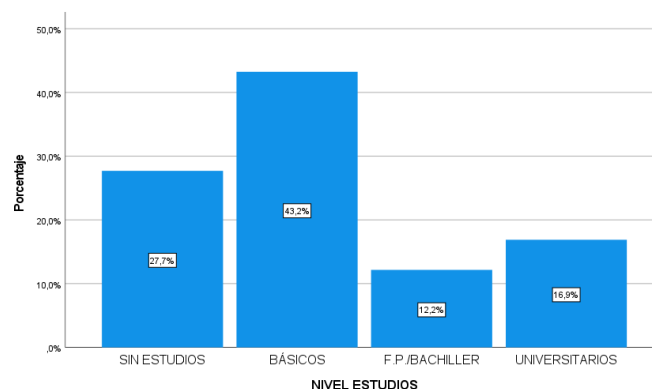
Según los datos arrojados por las pruebas, el 49,2% (ESTE II) y el 53,6% (UCLA) de las personas pertenecientes al área 1 han puntuado un nivel bajo de soledad, mientras que el 50,2% (ESTE II) y el 46,5% (UCLA) restantes confiesan sentir una soledad media o alta.

4.3.1.2. ÁREA 2: METROPOLITANA DE MURCIA.

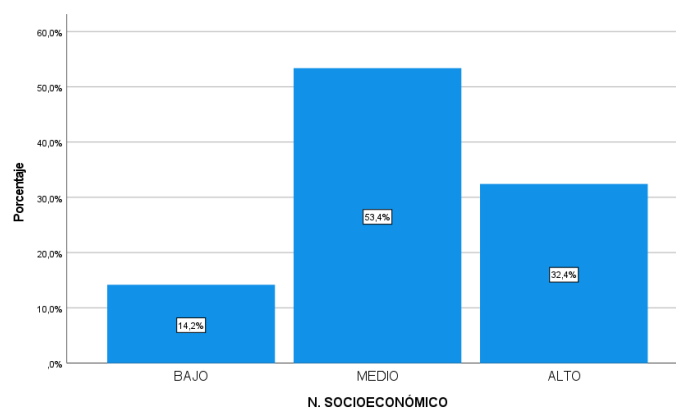
La población del Área 2-Metropolitana de Murcia presenta las siguientes características: 68,2% eran mujeres y un 31,8% hombres con una edad media de 77,43 años (rango: 62-98). Las frecuencias por tipo de convivencia, nivel de estudios y nivel socioeconómico se describen a continuación (Gráficas 4.61, 4.62, 4.63).



Gráfica 4.61. Frecuencias por tipo de convivencia en el área 2: 6,8% vivían cónyuge-pareja-hijos, 41,9% cónyuge-pareja, 14,2% hijos, 1,4% familiar, 8,1% otros y 27,7% solo/a.



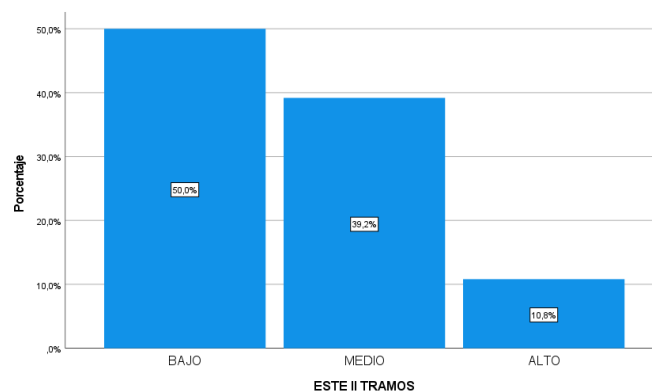
Gráfica 4.62. Frecuencias según nivel de estudios en el área 2: 27,7% sin estudios, 43,2% con estudios básicos, 12,2% F.P/Bachiller, 16,9% universitarios.



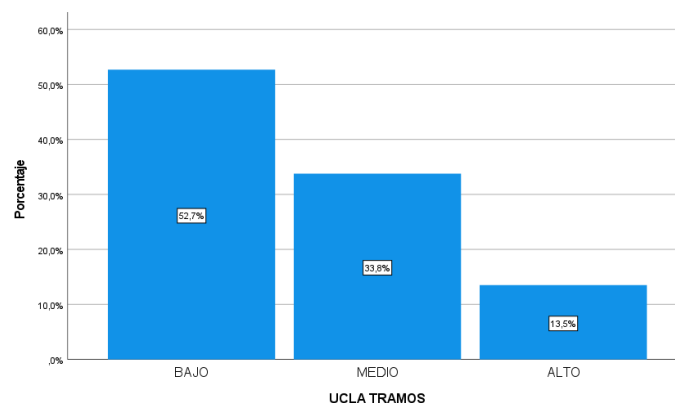
Gráfica 4.63. Frecuencias según el nivel socioeconómico en el área 2: nivel bajo: 14,2%, nivel medio: 53,4% y nivel alto: 32,4%.

Los resultados de las pruebas de grados de soledad por las personas del área 2 fueron:

La soledad percibida por las personas del área 2 según el test ESTE II y UCLA por grados de soledad se describe a continuación (Gráficas 4.64 y 4.65).



Gráfica 4.64. Soledad percibida por las personas del área 2 según el test ESTE II: nivel bajo: 50%, nivel medio: 39,2% y nivel alto: 10,8%.

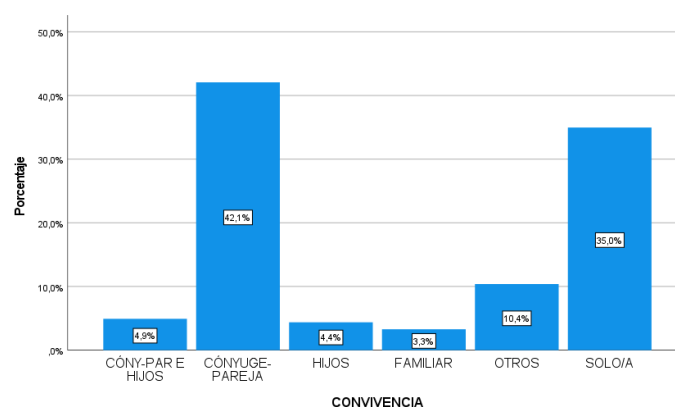


Gráfica 4.64. Soledad percibida por las personas del área 2 según el test UCLA: nivel bajo: 52,7%, nivel medio: 33,8% y nivel alto: 13,5%.

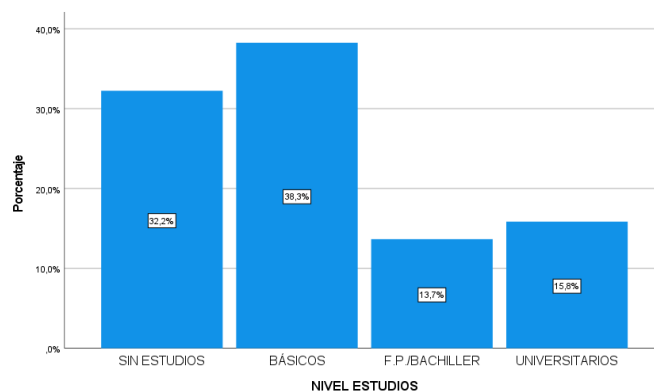
Tras los análisis, se obtuvo que un 50% (ESTE II) y un 52,7% (UCLA) de personas experimentan un nivel de soledad bajo, siendo el 50% (ESTE II) y el 47,3% restantes las personas que sienten un nivel medio y alto de soledad en el área 2 de la región.

4.3.1.3. ÁREA 3: LORCA/VALLE DEL GUADALENTÍN.

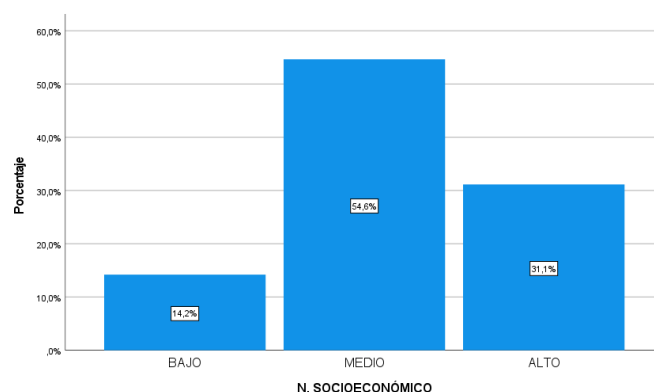
La población del Área 3-Lorca/Valle del Guadalentín presenta las siguientes características: 70,5% eran mujeres y un 29,5% hombres con una edad media de 77,31 años (rango: 65-98). Las frecuencias por tipo de convivencia, nivel de estudios y nivel socioeconómico se describen a continuación (Gráficas 4.65, 4.66, 4.67).



Gráfica 4.65. Frecuencias por tipo de convivencia en el área 3: 4,9% vivían cónyuge-pareja-hijos, 42,1% cónyuge-pareja, 4,4% hijos, 3,3% familiar, 10,4% otros y 35% solo/a.



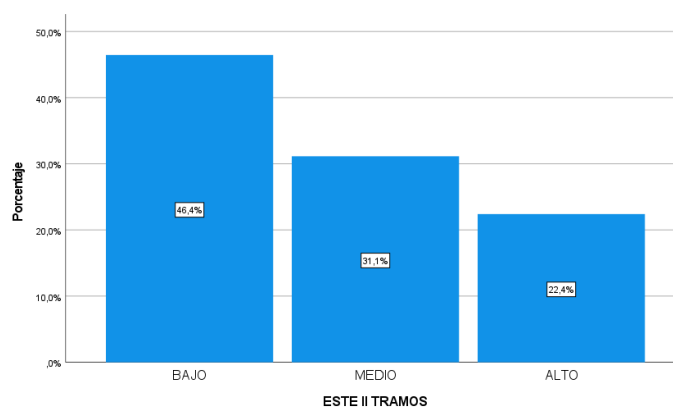
Gráfica 4.66. Frecuencias según el nivel de estudios en el área 3: 32.2% sin estudios, 38.3% con estudios básicos, 13.7% F.P/Bachiller, 15.8% universitarios.



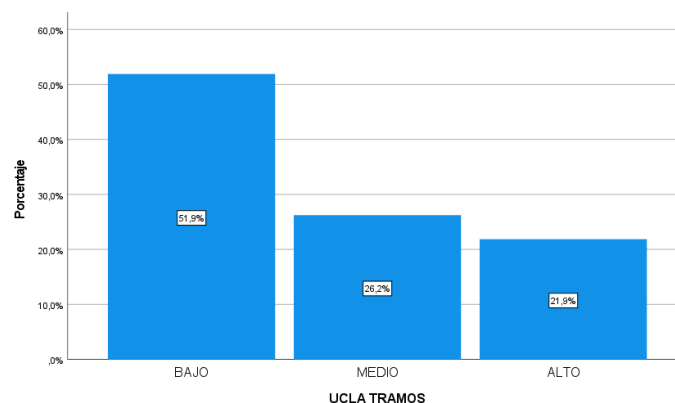
Gráfica 4.67. Frecuencias según el nivel de socioeconómico en el área 3: nivel bajo: 14,2%, nivel medio: 54,6% y nivel alto: 31,1%.

Los resultados de las pruebas de grados de soledad por las personas del área 3 fueron:

La soledad percibida por las personas del área 3 según el test ESTE II y UCLA por grados de soledad se describe a continuación (Gráficas 4.68 y 4.69).



Gráfica 4.68. Soledad percibida por las personas del área 3 según el test ESTE II: nivel bajo: 46,4%, nivel medio: 31,1% y nivel alto: 22,4%.

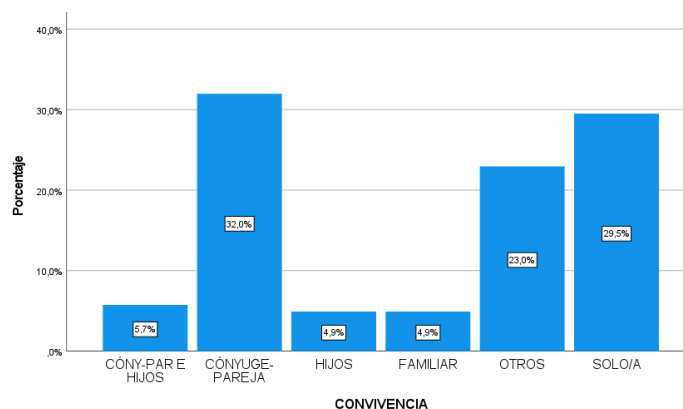


Gráfica 4.69. Soledad percibida por las personas del área 3 según el test UCLA: nivel bajo: 51,9%, nivel medio: 26,2% y nivel alto: 21,9%.

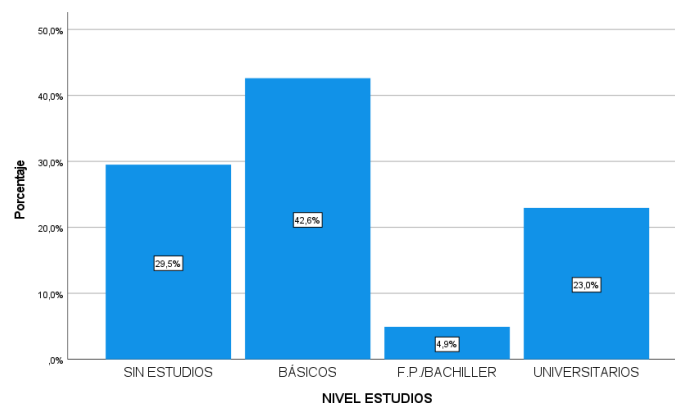
Según los datos recogidos por el test ESTE II, el 46,4% de las personas pertenecientes al área 3 de la región confiesan experimentar un nivel bajo de soledad, mientras que el 53,2% restante sienten un nivel medio o alto de soledad. Según el test UCLA, el 51,9% de personas han puntuado un nivel bajo de soledad, y el 48,1% restante ha puntuado una soledad media o alta.

4.3.1.4. ÁREA 4: NOROESTE.

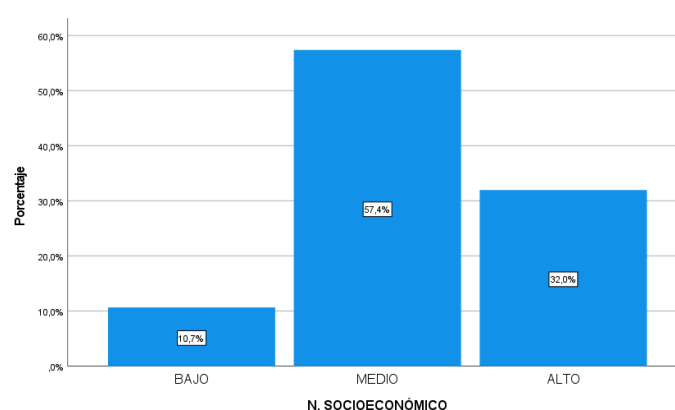
La población del Área 4-Noroeste presenta las siguientes características: 68,9% eran mujeres y un 31,1% hombres con una edad media de 77,31 años (rango: 65-96). Las frecuencias por tipo de convivencia, nivel de estudios y nivel socioeconómico se describen a continuación (Gráficas 4.70, 4.71, 4.72).



Gráfica 4.70. Frecuencias por tipo de convivencia en el área 4: 5,7% vivían cónyuge-pareja-hijos, 32% cónyuge-pareja, 4,9% hijos, 4,9% familiar, 23% otros y 29,5% solo/a.



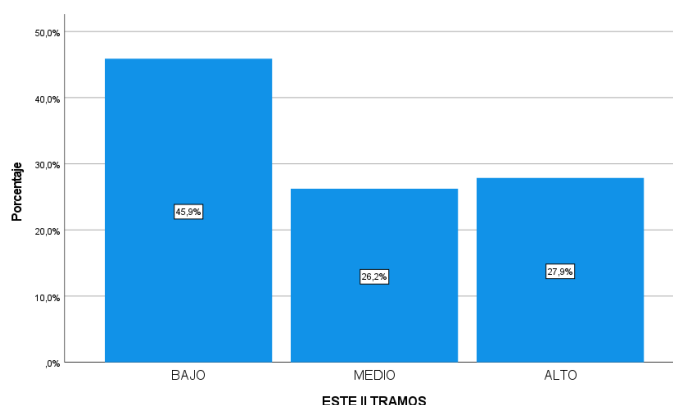
Gráfica 4.71. Frecuencias según el nivel de estudios en el área 4: 29,5% sin estudios, 42,6% con estudios básicos, 4,9% F.P/Bachiller, 23% universitarios.



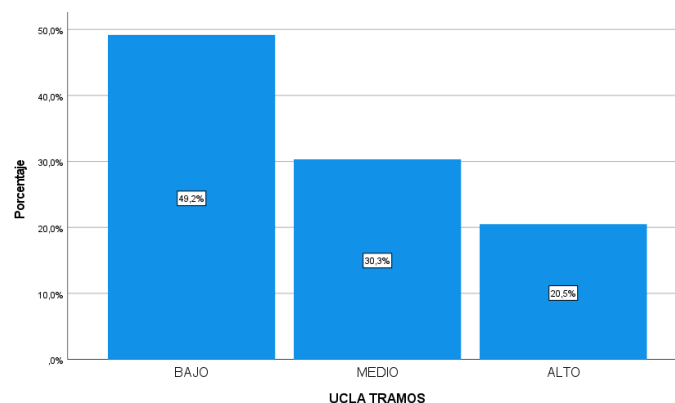
Gráfica 4.72. Frecuencias según el nivel socioeconómico en el área 4: nivel bajo: 10,7%, nivel medio: 57,4% y nivel alto: 32%.

Los resultados de las pruebas de grados de soledad por las personas del área 4 fueron:

La soledad percibida por las personas del área 4 según el test ESTE II y UCLA por grados de soledad se describe a continuación (Gráficas 4.73 y 4.74).



Gráfica 4.73. Soledad percibida por las personas del área 4 según el test ESTE II: nivel bajo: 45,9%, nivel medio: 26,2% y nivel alto: 27,9%.

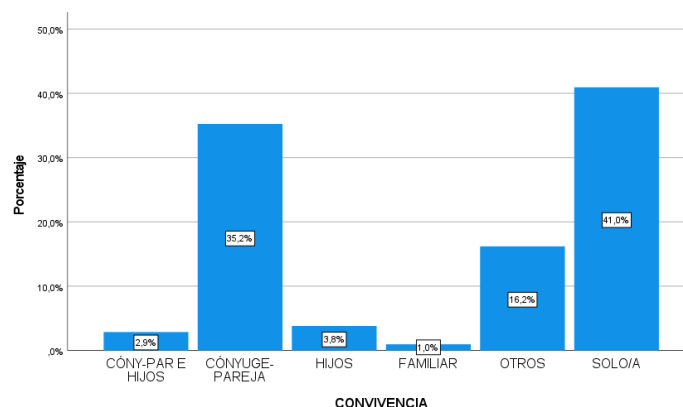


Gráfica 4.74. Soledad percibida por las personas del área 4 según el test UCLA: nivel bajo: 49,2%, nivel medio: 30,3% y nivel alto: 20,5%.

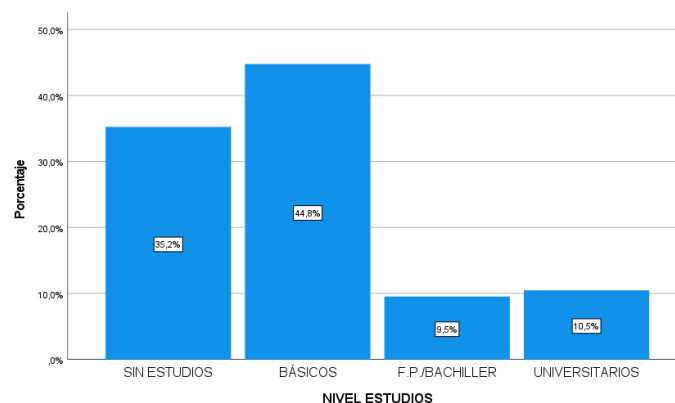
Según los datos recogidos por el test ESTE II, el 45,9% de las personas pertenecientes al área 4 de la región confiesan experimentar un nivel bajo de soledad, mientras que el 54,1% restante sienten un nivel medio o alto de soledad. Según el test UCLA, el 49,2% de personas han puntuado un nivel bajo de soledad, y el 50,8% restante ha puntuado una soledad media o alta.

4.3.1.5. ÁREA 5: ALTIPLANO.

La población del Área 5-Altiplano presenta las siguientes características: 75,2% eran mujeres y un 24,8% hombres con una edad media de 79,06 años (rango: 65-96). Las frecuencias por tipo de convivencia, nivel de estudios y nivel socioeconómico se describen a continuación (Gráficas 4.75, 4.76, 4.77).



Gráfica 4.75. Frecuencias por tipo de convivencia en el área 5: 2,9% vivían cónyuge-pareja-hijos, 35,2% cónyuge-pareja, 3,8% hijos, 1% familiar, 16,2% otros y 41% solo/a.



Gráfica 4.76. Frecuencias según el nivel de estudios en el área 5: 35,2% sin estudios, 44,8% con estudios básicos, 9,5% F.P/Bachiller, 10,5% universitarios.

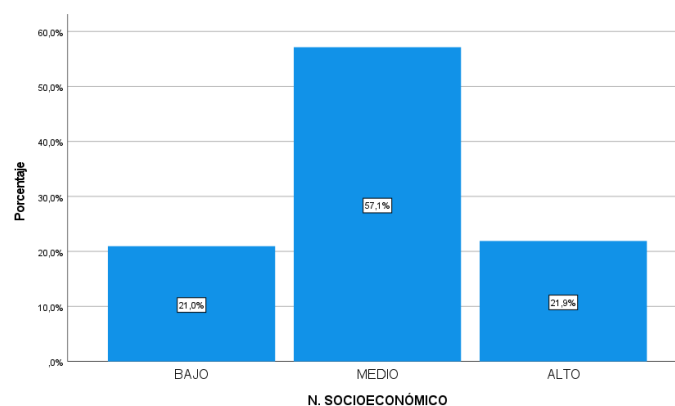
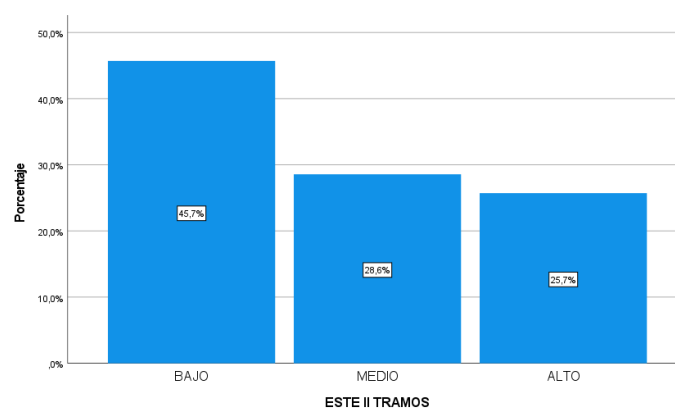


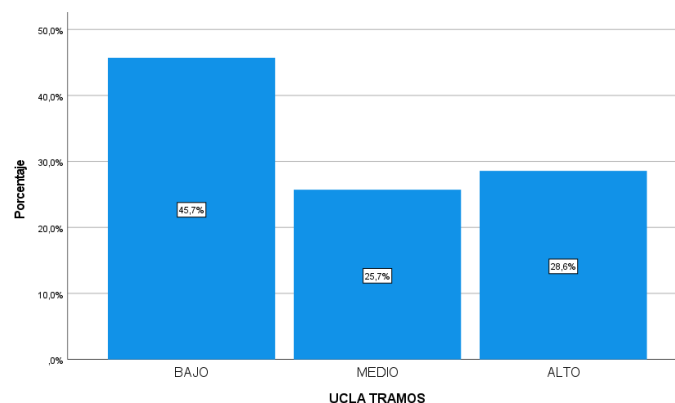
Gráfico 4.77. Frecuencias según el nivel socioeconómico en el área 5: nivel bajo: 21%, nivel medio: 57,1% y nivel alto: 29,1%.

Los resultados de las pruebas de grados de soledad por las personas del área 5 fueron:

La soledad percibida por las personas del área 5 según el test ESTE II y UCLA por grados de soledad se describe a continuación (Gráficas 4.78 y 4.79).



Gráfica 4.78. Soledad percibida por las personas del área 5 según el test ESTE II: nivel bajo: 45,7%, nivel medio: 28,6% y nivel alto: 25,7%.

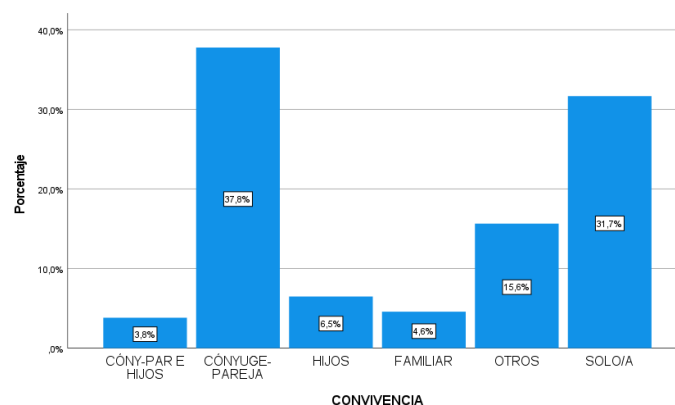


Gráfica 4.79. Soledad percibida por las personas del área 5 según el test UCLA: nivel bajo: 45,7%, nivel medio: 25,7% y nivel alto: 28,6%.

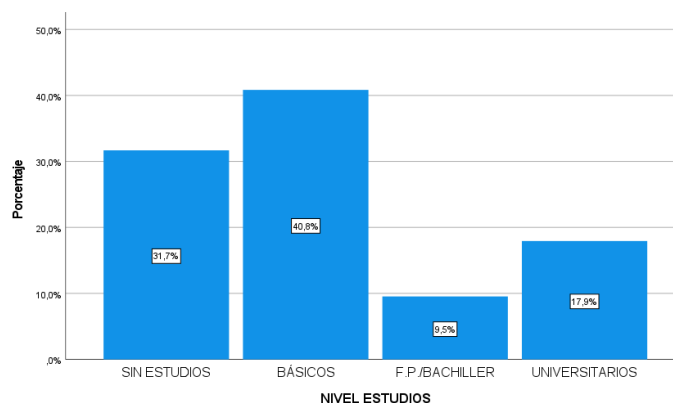
Tanto el test UCLA como el ESTE II han recogido que el 45,7% de las personas que viven en el área 5 han puntuado bajo en nivel de soledad, mientras que el 54,3% restante confiesa experimentar un nivel de soledad medio o alto.

4.3.1.6. ÁREA 6: VEGA DEL SEGURA.

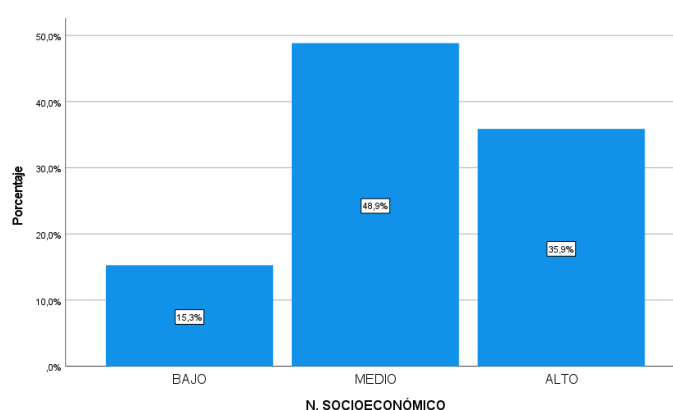
La población del Área 6-Vega del Segura presenta las siguientes características: 67,9% eran mujeres y un 32,1% hombres con una edad media de 75,92 años (rango: 65-99). Las frecuencias por tipo de convivencia, nivel de estudios y nivel socioeconómico se describen a continuación (Gráficas 4.80, 4.81, 4.82).



Gráfica 4.80. Frecuencias por tipo de convivencia en el área 6: 3,8% vivían cónyuge-pareja-hijos, 37,8% cónyuge-pareja, 6,5% hijos, 4,6% familiar, 15,6% otros y 31,7% solo/a.



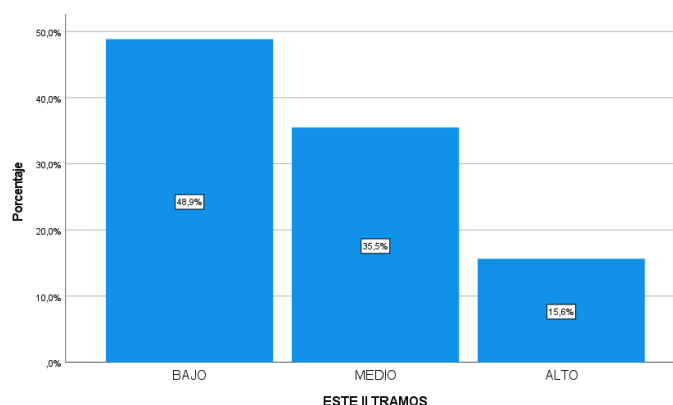
Gráfica 4.81. Frecuencias según el nivel de estudios en el área 6: 31,7% sin estudios, 40,8% con estudios básicos, 9,5% F.P/Bachiller, 17,9% universitarios.



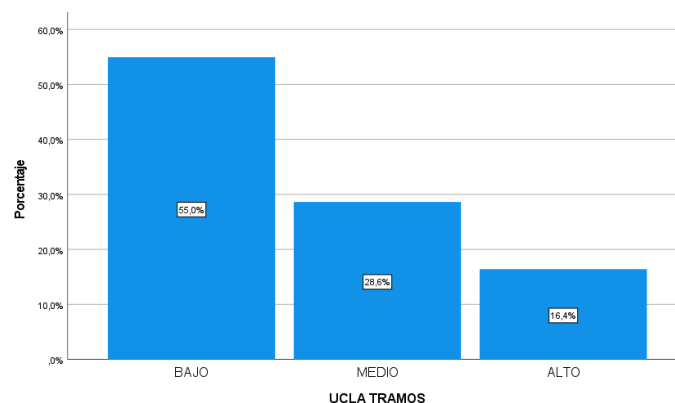
Gráfica 4.82. Frecuencias según el nivel socioeconómico en el área 6: nivel bajo; 15,3%, nivel medio: 48,9% y nivel alto: 35,9%.

Los resultados de las pruebas de grados de soledad por las personas del área 6 fueron:

La soledad percibida por las personas del área 6 según el test ESTE II y UCLA por grados de soledad se describe a continuación (Gráficas 4.83 y 4.84).



Gráfica 4.83. Soledad percibida por las personas del área 6 según el test ESTE II: nivel bajo: 48,9%, nivel medio: 35,5% y nivel alto: 15,6%.



Gráfica 4.84. Soledad percibida por las personas del área 6 según el test UCLA: nivel bajo: 55%, nivel medio: 28,6% y nivel alto: 16,4%.

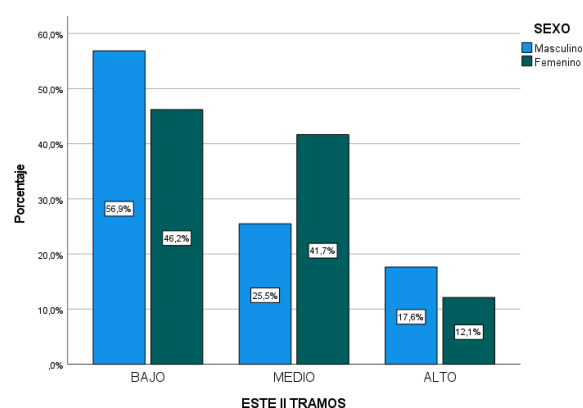
En el área 6 se recoge un 48,9% (ESTE II) y un 55% (UCLA) de personas que han puntuado bajo en nivel de soledad, mientras que el 51,1 (ESTE II) % y el 45% (UCLA) restantes experimentan un nivel medio y alto de soledad.

4.3.2. ESTADÍSTICA INFERENCIAL POR ÁREAS DE SALUD: Contraste de variables con las pruebas de grado de soledad.

4.3.2.1. ÁREA 1: CARTAGENA/MAR MENOR.

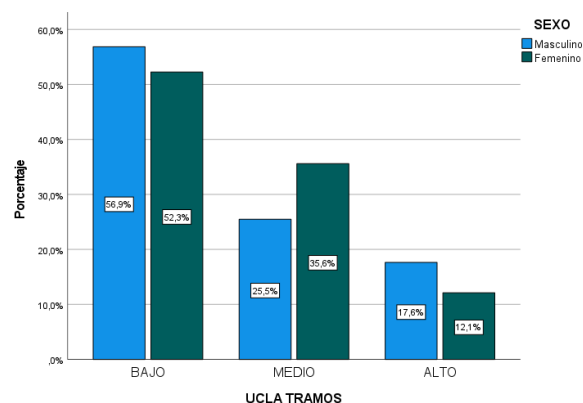
4.3.2.1.1. Relación entre sexo y nivel de soledad

No se observó correlación entre sexo y nivel de soledad en el área 1 según el test ESTE II. Esto se obtuvo mediante la prueba U de Mann-Whitney donde los rangos promedios eran: masculino, 87,78; femenino, 93,63; $p=0,462$ (Gráfica 4.85).



Gráfica 4.85. Relación entre el sexo y el nivel de soledad en el área 1 según el test ESTE II.

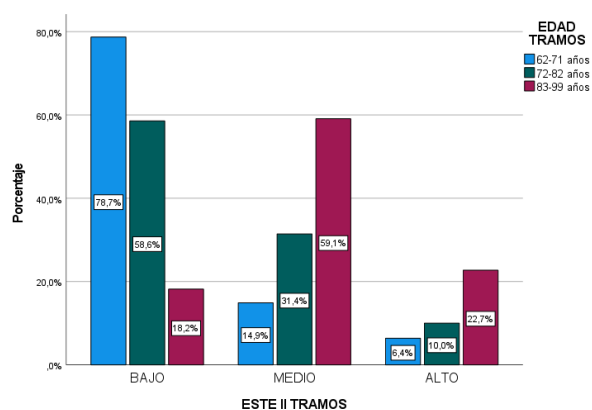
No se observó correlación entre sexo y nivel de soledad en el área 1 según el test UCLA. Esto se obtuvo mediante la prueba U de Mann-Whitney donde los rangos promedios eran: masculino, 91,08; femenino, 92,36; $p=0,871$ (Gráfica 4.86).



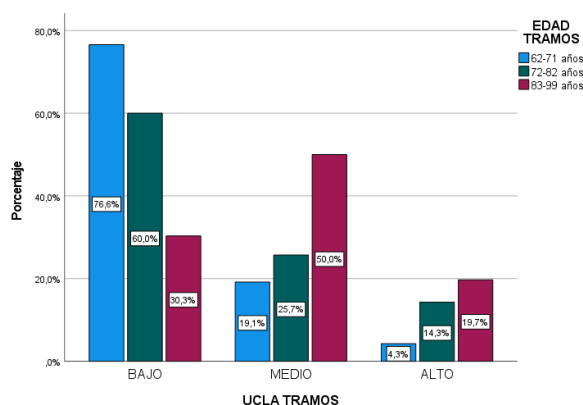
Gráfica 4.86. Relación entre el sexo y el nivel de soledad en el área 1 según el test UCLA.

4.3.2.1.2. Relación entre edad y nivel de soledad

Se observó la existencia de una correlación entre la edad y el nivel de soledad en el área 1 en las dos pruebas. Esto fue debido al coeficiente 0,464, $p < 0,001$ de la Correlación de Spearman; Chi cuadrado de Pearson $p < 0,001$; d de Somers 0,421, $p < 0,001$ en el test ESTE II y un coeficiente de 0,360, $p < 0,001$ de la Correlación de Spearman; Chi cuadrado de Pearson $p < 0,001$; d de Somers 0,323, $p < 0,001$ en el test UCLA (Gráficas 4.87 y 4.88).



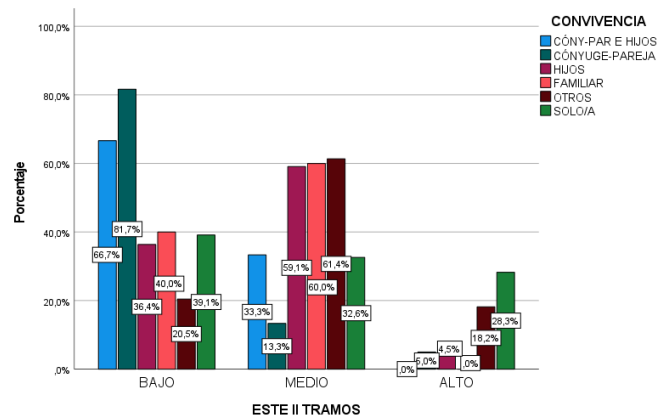
Gráfica 4.87. Relación entre la edad y el nivel de soledad en el área 1 según el test ESTE II.



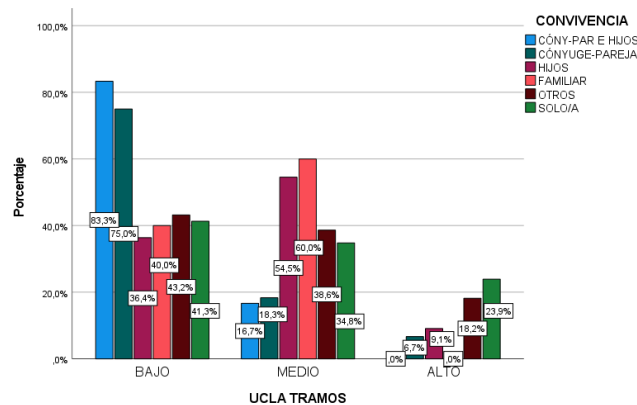
Gráfica 4.88. Relación entre la edad y el nivel de soledad en el área 1 según el test UCLA.

4.3.2.1.3. Relación entre convivencia y nivel de soledad

Existe una correlación positiva con las dos pruebas. A peor convivencia mayor grado de soledad. Esto se obtuvo mediante una Prueba H de Kruskal-Wallis donde los rangos promedios fueron en la escala ESTE II: Rango promedio: cónyuge-pareja e hijos, 71,83; cónyuge-pareja, 62,31; hijos, 97,89; familiar, 92,90; otros, 116,80; solo/a, 106,73; $p < 0,001$; y en la escala UCLA: Rango promedio: cónyuge-pareja e hijos, 62,67; cónyuge-pareja, 72,08; hijos, 103,64; familiar, 96,90; otros, 102,11; solo/a, 106,03; $p = 0,001$ (Gráficas 4.89 y 4.90).



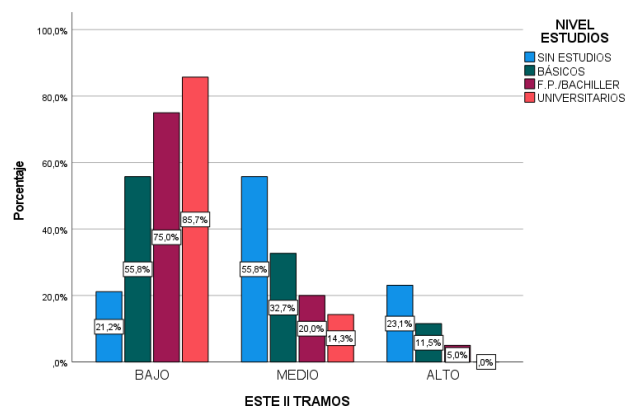
Gráfica 4.89. Relación entre la convivencia y el nivel de soledad en el área 1 según el test ESTE II.



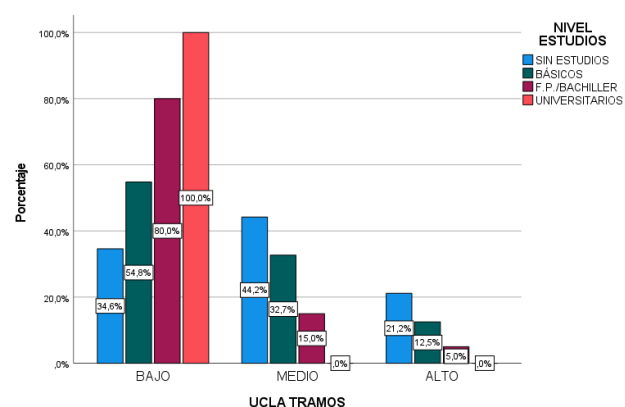
Gráfica 4.90. Relación entre la convivencia y el nivel de soledad en el área 1 según el test UCLA.

4.3.2.1.4. Relación entre nivel de estudios y nivel de soledad

Existe una correlación positiva con las dos pruebas. A menor nivel de estudios mayor nivel de soledad. Esto se observó en el test ESTE II con un coeficiente -0,378, $p < 0,001$ de Correlación de Spearman; Chi cuadrado de Pearson $p < 0,001$; d de Somers -0,345, $p < 0,001$ y en el test UCLA con un coeficiente -0,310, $p < 0,001$ de Correlación de Spearman; Chi cuadrado de Pearson $p = 0,003$; d de Somers -0,283, $p < 0,001$ (Gráficas 4.91 y 4.92).



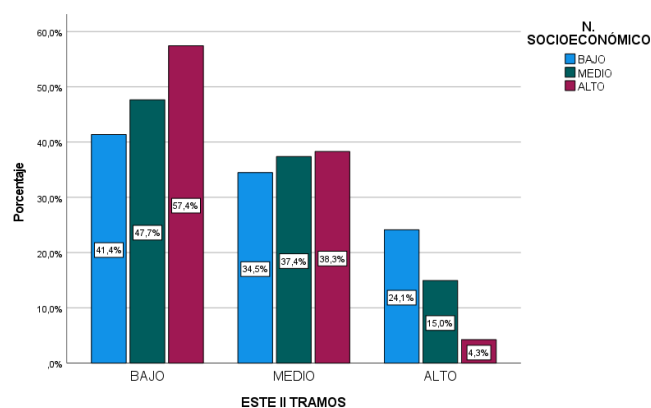
Gráfica 4.91. Relación entre el nivel de estudios y el nivel de soledad en el área 1 según el test ESTE II.



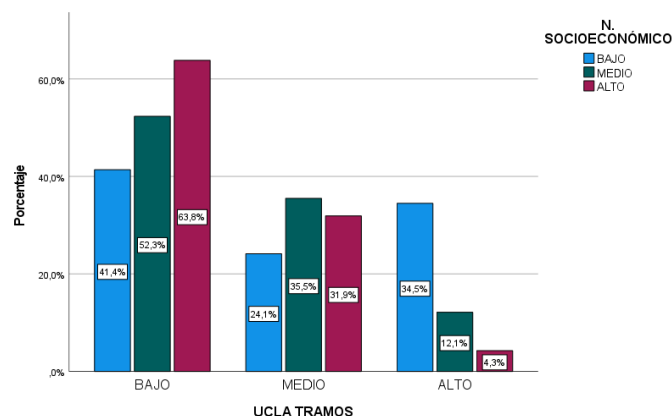
Gráfica 4.92. Relación entre el nivel de estudios y el nivel de soledad en el área 1 según el test UCLA.

4.3.2.1.5. Relación entre nivel socioeconómico y nivel de soledad

Existe correlación en las dos pruebas. A menor nivel socioeconómico mayor grado de soledad. Esto se observó en el test ESTE II con un coeficiente $-0,149$, $p=0,044$ de Correlación de Spearman; Chi cuadrado de Pearson $p=0,156$; lineal $p=0,026$; d de Somers $-0,137$, $p=0,038$ y en el test UCLA con un coeficiente $-0,198$, $p=0,007$ de Correlación de Spearman; Chi cuadrado de Pearson $p=0,004$; d de Somers $-0,183$, $p=0,008$ (Gráficas 4.93 y 4.94).



Gráfica 4.93. Relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de soledad en el área 1 según el test ESTE II.

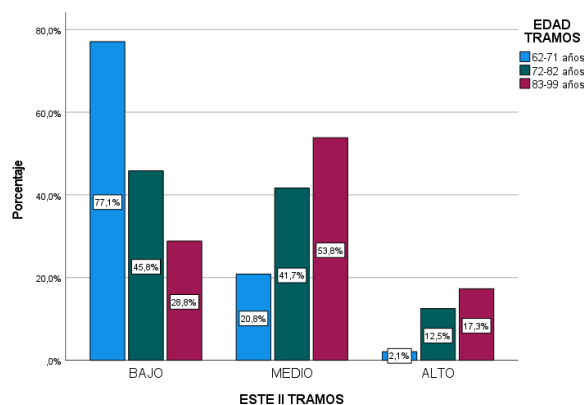


Gráfica 4.94. Relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de soledad en el área 1 según el test UCLA.

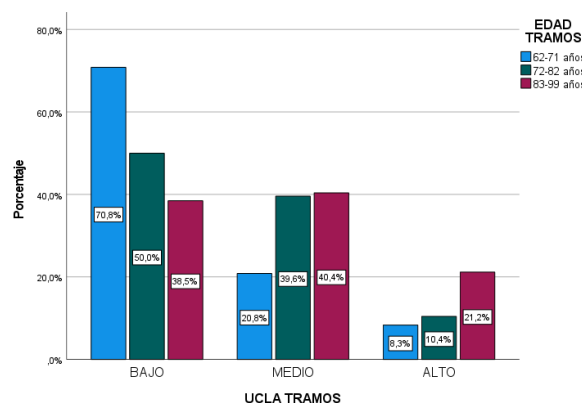
4.3.2.2. ÁREA 2: METROPOLITANA DE MURCIA.

4.3.2.2.1. Relación entre edad y nivel de soledad

Existe correlación positiva entre el aumento de edad y el mayor grado de soledad. Esto se observó con en el test ESTE II con un coeficiente 0,397, $p < 0,001$ de Correlación de Spearman; Chi cuadrado de Pearson $p < 0,001$; d de Somers 0,359, $p < 0,001$ y en el test UCLA con un coeficiente 0,268, $p < 0,001$ de Correlación de Spearman; Chi cuadrado de Pearson $p = 0,016$; d de Somers 0,244, $p < 0,001$ (Gráficas 4.95 y 4.96).



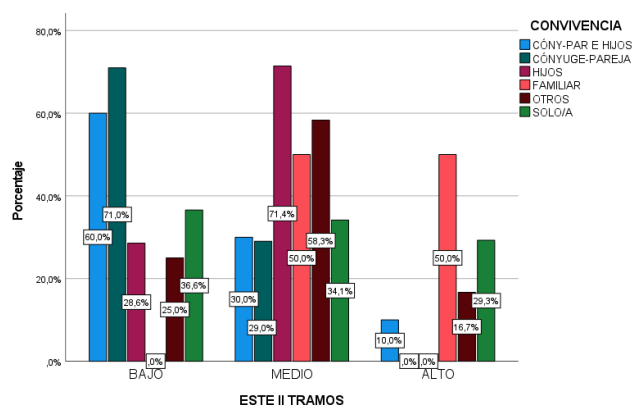
Gráfica 4.95. Relación entre edad y el nivel de soledad en el área 2 según el test ESTE II.



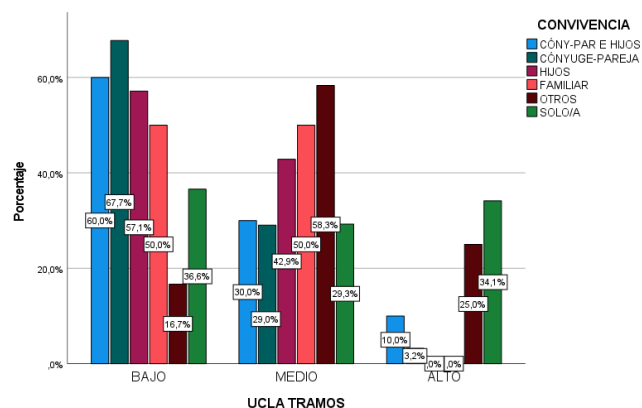
Gráfica 4.96. Relación entre la edad y el nivel de soledad en el área 2 según el test UCLA.

4.3.2.2.2. Relación entre convivencia y nivel de soledad

Existe correlación, en el sentido de que, a menor convivencia, mayor grado de soledad. Esto se obtuvo mediante una Prueba H de Kruskal-Wallis donde los rangos promedios fueron en la escala ESTE II: Rango promedio: cónyuge-pareja e hijos, 67,60; cónyuge-pareja, 56,66; hijos, 84,64; familiar, 122,00; otros, 93,17; solo/a, 90,18; $p < 0,001$ y en la escala UCLA: Rango promedio: cónyuge-pareja e hijos, 68,60; cónyuge-pareja, 61,27; hijos, 66,93; familiar, 71,50; otros, 101,58; solo/a, 92,04; $p < 0,001$ (Gráficas 4.97 y 4.98).



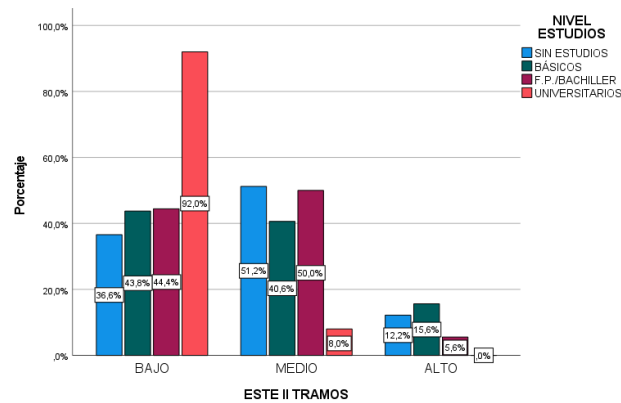
Gráfica 4.97. Relación entre la convivencia y el nivel de soledad en el área 2 según el test ESTE II.



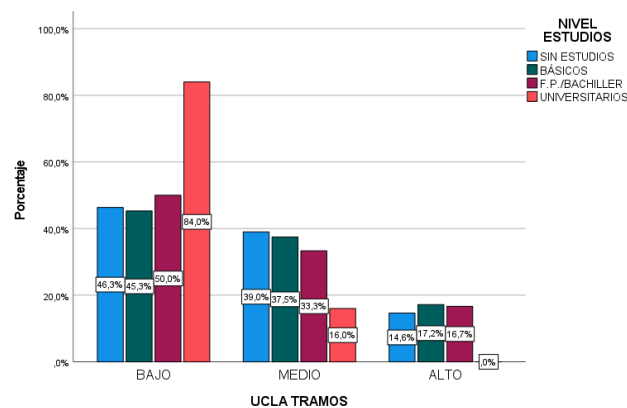
Gráfica 4.98. Relación entre la convivencia y el nivel de soledad en el área 2 según el test UCLA.

4.3.2.2.3. Relación entre nivel de estudios y nivel de soledad

A menor nivel de estudios, mayor grado de soledad, de forma significativa. Esto se observó en el test ESTE II con un coeficiente $-0,298$, $p < 0,001$ de la Correlación de Spearman; Chi cuadrado de Pearson $p < 0,001$; d de Somers $-0,264$, $p < 0,001$. Y en el test UCLA con un coeficiente $-0,201$, $p = 0,014$ de la Correlación de Spearman; Chi cuadrado de Pearson $p = 0,047$; d de Somers $-0,177$, $p = 0,009$ (Gráficas 4.99 y 4.100).



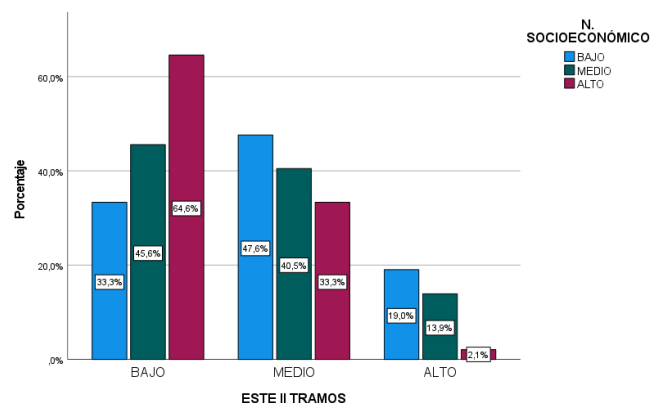
Gráfica 4.99. Relación entre el nivel de estudios y el nivel de soledad en el área 2 según el test ESTE II.



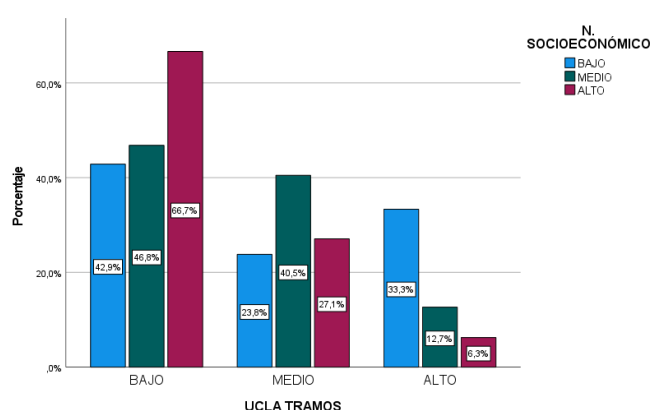
Gráfica 4.100. Relación entre el nivel de estudios y el nivel de soledad en el área 2 según el test UCLA.

4.3.2.2.4. Relación entre nivel socioeconómico y nivel de soledad

Existe correlación en las dos pruebas. A menor nivel socioeconómico, mayor grado de soledad, de forma significativa. Esto se observó en el test ESTE II con un coeficiente: $-0,246$, $p = 0,003$ de Correlación de Spearman; Chi cuadrado de Pearson $p = 0,045$; d de Somers $-0,226$, $p < 0,001$ y en el test UCLA con un coeficiente: $-0,223$, $p = 0,006$ de Correlación de Spearman; Chi cuadrado de Pearson $p = 0,011$; d de Somers $-0,208$, $p = 0,007$ (Gráficos 4.101 y 4.102).



Gráfica 4.101. Relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de soledad en el área 2 según el test ESTE II.

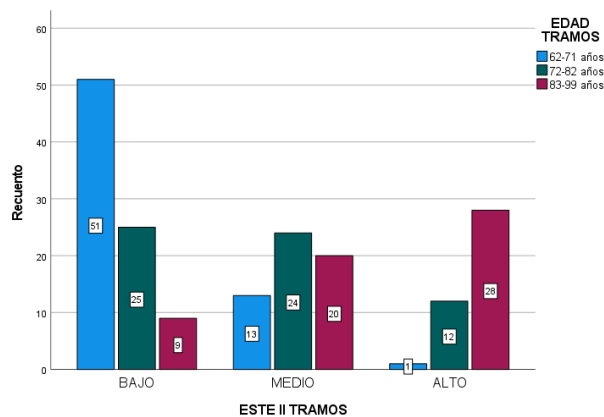


Gráfica 4.102. Relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de soledad en el área 2 según el test UCLA.

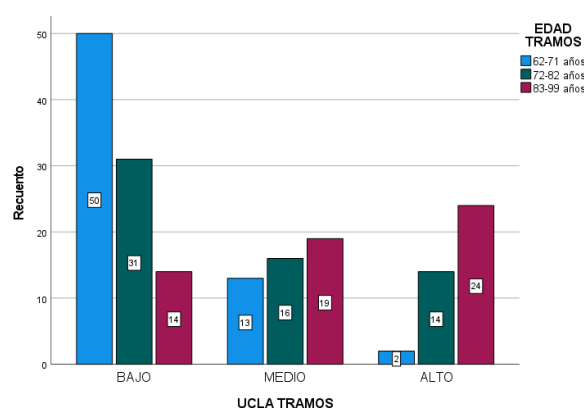
4.3.2.3. ÁREA 3: LORCA/VALLE DEL GUADALENTÍN.

4.3.2.3.1. Relación entre edad y nivel de soledad

Se observó la existencia de una correlación entre la edad y el nivel de soledad: A mayor edad, mayor grado de soledad, de forma significativa. Esto fue debido al coeficiente 0,566, $p < 0,001$ de Correlación de Spearman; Chi cuadrado de Pearson $p < 0,001$; d de Somers 0,513, $p < 0,001$ en el test ESTE II y al coeficiente 0,462, $p < 0,001$ de Correlación de Spearman; Chi cuadrado de Pearson $p < 0,001$; d de Somers 0,413, $p < 0,001$ en el test UCLA (Gráficas 4.103 y 4.104).



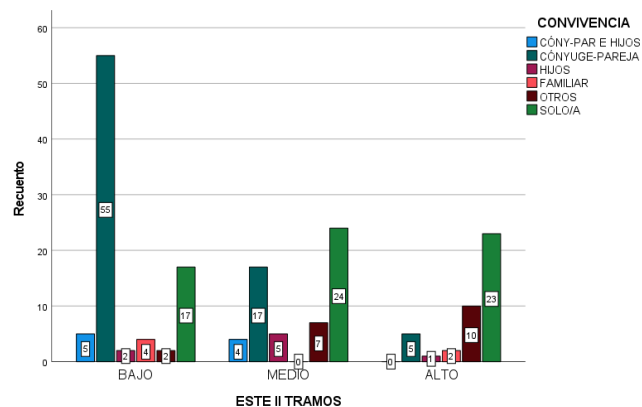
Gráfica 4.103. Relación entre la edad y el nivel de soledad en el área 3 según el test ESTE II.



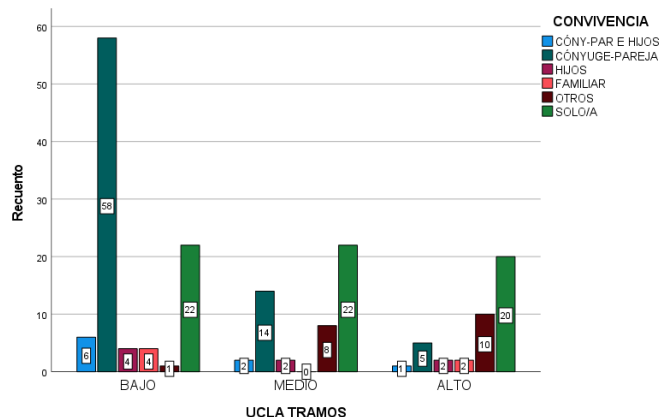
Gráfica 4.104. Relación entre la edad y el nivel de soledad en el área 3 según el test UCLA.

4.3.2.3.2. Relación entre convivencia y nivel de soledad

Existe una correlación positiva con las dos pruebas. A peor situación de convivencia, mayor grado de soledad, de forma significativa. Esto se obtuvo mediante una Prueba H de Kruskal-Wallis donde los rangos promedios fueron en la escala ESTE II. Rango promedio: cónyuge-pareja e hijos, 74,56; cónyuge-pareja, 66,47; hijos, 102,38; familiar, 83,00; otros, 132,32; solo/a, 112,75; $p < 0,001$; en la escala UCLA. Rango promedio: cónyuge-pareja e hijos, 76,72; cónyuge-pareja, 68,50; hijos, 94,75; familiar, 86,50; otros, 138,89; solo/a, 108,67; $p < 0,001$ (Gráficas 4.105 y 4.106).



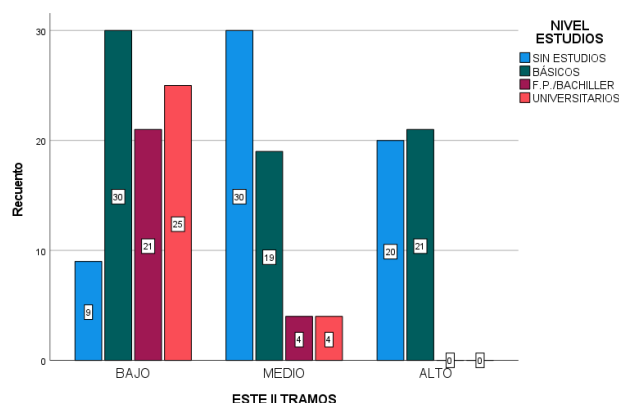
Gráfica 4.105. Relación entre la convivencia y el nivel de soledad en el área 3 según el test ESTE II.



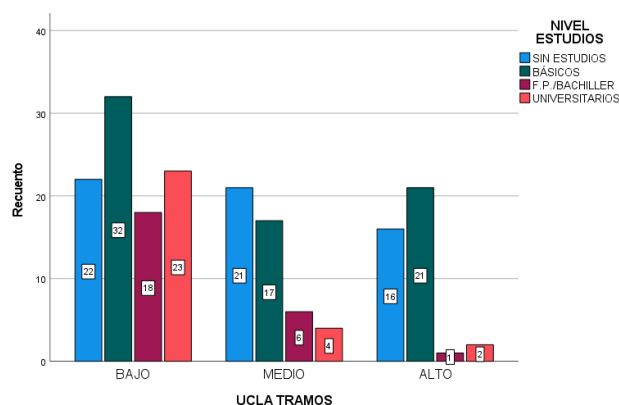
Gráfica 4.106. Relación entre la convivencia y el nivel de soledad en el área 3 según el test UCLA.

4.3.2.3.3. Relación entre nivel de estudios y nivel de soledad

Existe una correlación positiva con las dos pruebas. A menor nivel cultural, mayor grado de soledad, de forma significativa. Esto se observó en el test ESTE II con un coeficiente -0,523, $p < 0,001$ de Correlación de Spearman; Chi cuadrado de Pearson $p < 0,001$; d de Somers -0,450, $p < 0,001$ y en el test UCLA un coeficiente -0,297, $p < 0,001$; Chi cuadrado de Pearson $p < 0,001$; d de Somers -0,258, $p < 0,001$ (Gráficas 4.107 y 4.108).



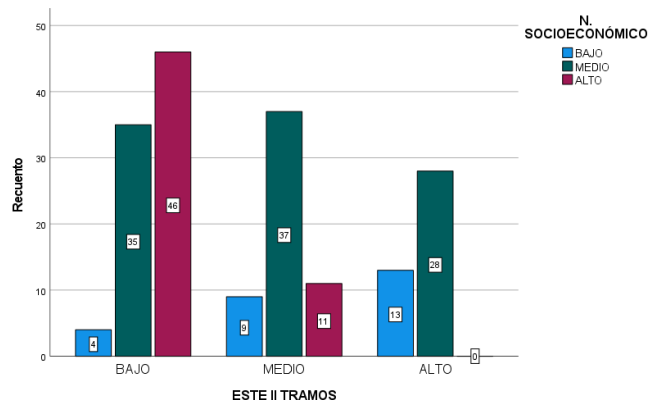
Gráfica 4.107. Relación entre el nivel de estudios y el nivel de soledad en el área 3 según el test ESTE II.



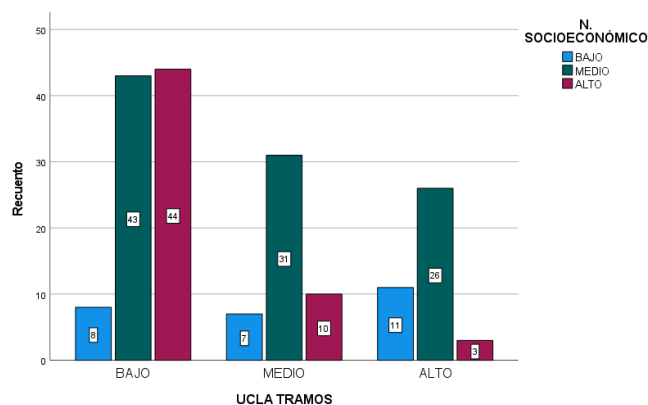
Gráfica 4.108. Relación entre el nivel de estudios y el nivel de soledad en el área 3 según el test UCLA.

4.3.2.3.4. Relación entre nivel de socioeconómico y nivel de soledad

Existe correlación en las dos pruebas. A menor nivel socioeconómico, mayor grado de soledad, de forma significativa. Esto se observó en el test ESTE II con un coeficiente -0,510, $p < 0,001$ de Correlación de Spearman; Chi cuadrado de Pearson $p < 0,001$; d de Somers -0,466, $p < 0,001$ y en el test UCLA con un coeficiente -0,367, $p < 0,001$; Chi cuadrado de Pearson $p < 0,001$; d de Somers -0,336, $p < 0,001$ (Gráficas 4.109 y 4.110).



Gráfica 4.109. Relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de soledad en el área 3 según el test ESTE II.

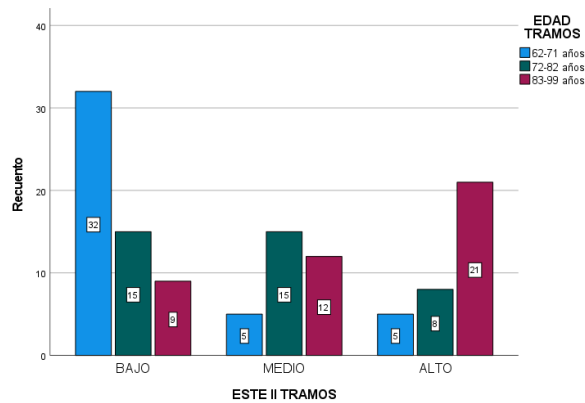


Gráfica 4.110. Relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de soledad en el área 3 según el test UCLA.

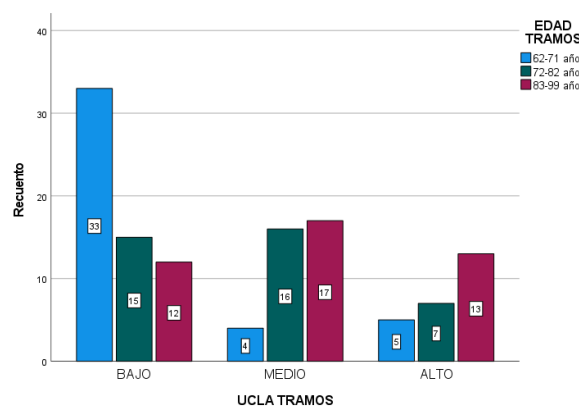
4.3.2.4. ÁREA 4: NOROESTE.

4.3.2.4.1. Relación entre edad y nivel de soledad

Se observó la existencia de una correlación entre la edad y el nivel de soledad en el área 4 en las dos pruebas. A mayor edad, mayor grado de soledad, de forma significativa. Esto fue debido al coeficiente 0,465, $p < 0,001$ de Correlación de Spearman; Chi cuadrado de Pearson $p < 0,001$; d de Somers 0,425, $p < 0,001$ en el test ESTE II y al coeficiente 0,387, $p < 0,001$ de Correlación de Spearman; Chi cuadrado de Pearson $p < 0,001$; d de Somers 0,351, $p < 0,001$ en el test UCLA (Gráficas 4.111 y 4.112).



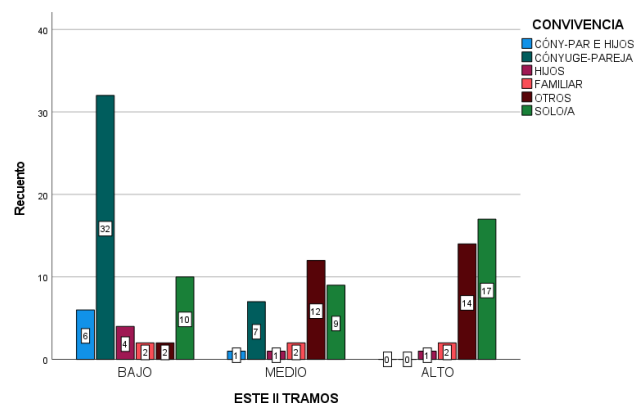
Gráfica 4.111. Relación entre la edad y el nivel de soledad en el área 4 según el test ESTE II.



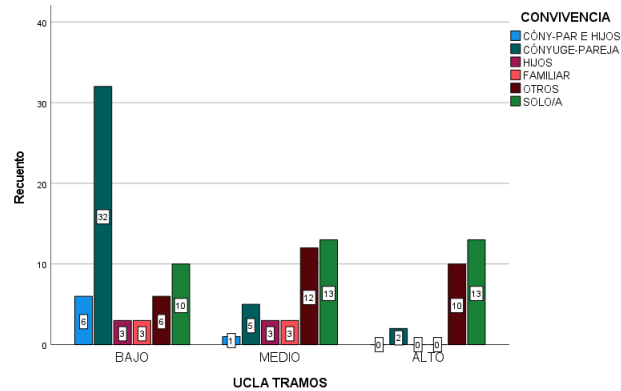
Gráfica 4.112. Relación entre la edad y el nivel de soledad en el área 4 según el test UCLA.

4.3.2.4.2. Relación entre convivencia y nivel de soledad

Existe una correlación positiva con las dos pruebas. A peor nivel de convivencia, mayor grado de soledad, de forma significativa. Esto se obtuvo mediante la Prueba H de Kruskal-Wallis donde los rangos promedios fueron en la escala ESTE II. Rango promedio: cónyuge-pareja e hijos, 34,79; cónyuge-pareja, 36,40; hijos, 48,67; familiar, 68,83; otros, 85,86; solo/a, 75,86; $p < 0,001$; y en la escala UCLA. Rango promedio: cónyuge-pareja e hijos, 37,43; cónyuge-pareja, 40,79; hijos, 54,75; familiar, 54,75; otros, 79,68; solo/a, 76,72; $p < 0,001$ (Gráficas 4.113 y 4.114).



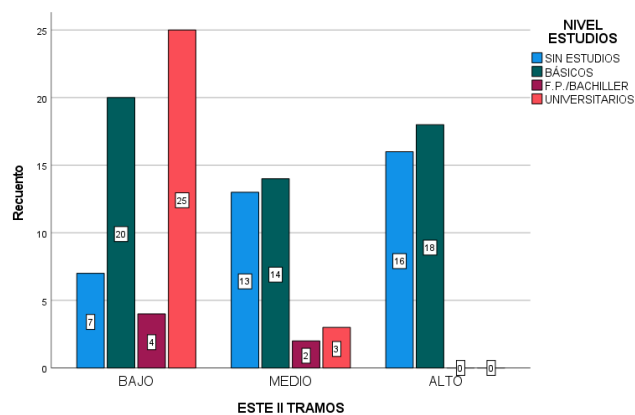
Gráfica 4.113. Relación entre la convivencia y el nivel de soledad en el área 4 según el test ESTE II.



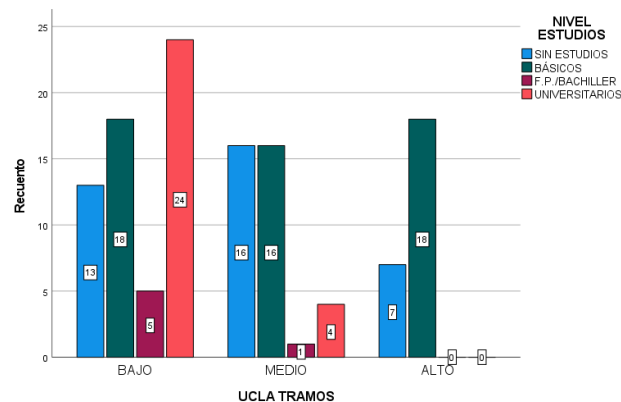
Gráfica 4.114. Relación entre la convivencia y el nivel de soledad en el área 4 según el test UCLA.

4.3.2.4.3. Relación entre nivel de estudios y nivel de soledad

Existe una correlación con las dos pruebas. A menor nivel de estudios, mayor grado de soledad, de forma significativa. Esto se observó en el test ESTE II con un coeficiente $-0,504$, $p < 0,001$ de Correlación de Spearman; Chi cuadrado de Pearson $p < 0,001$; d de Somers $-0,446$, $p < 0,001$ y en el test UCLA con un coeficiente $-0,340$, $p < 0,001$ de Correlación de Spearman; Chi cuadrado de Pearson $p < 0,001$; d de Somers $-0,294$, $p < 0,001$ (Gráficos 4.115 y 4.116).



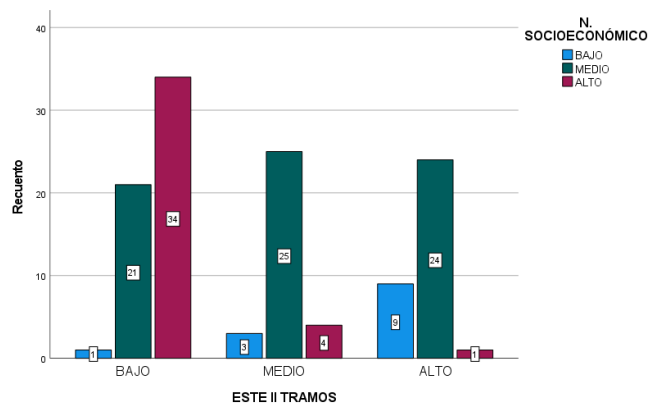
Gráfica 4.115. Relación entre el nivel de estudios y el nivel de soledad en el área 4 según el test ESTE II.



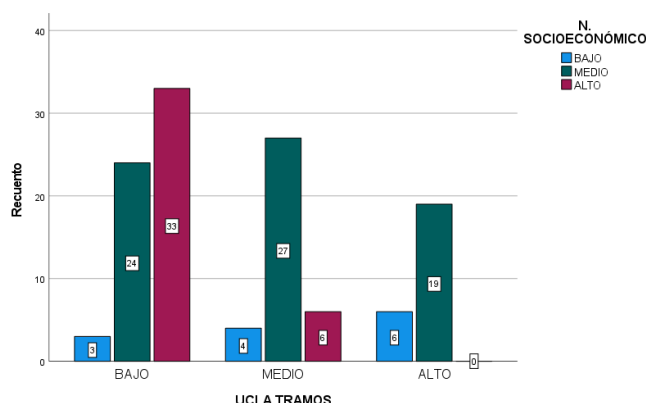
Gráfica 4.116. Relación entre el nivel de estudios y el nivel de soledad en el área 4 según el test UCLA.

4.3.2.4.4. Relación entre nivel socioeconómico y nivel de soledad

Existe correlación en las dos pruebas. A menor nivel socioeconómico, mayor grado de soledad, de forma significativa. Esto se observó en el test ESTE II con un coeficiente -0,587, $p < 0,001$ de Correlación de Spearman; Chi cuadrado de Pearson $p < 0,001$; d de Somers -0,543, $p < 0,001$ y en el test UCLA un coeficiente -0,499, $p < 0,001$ de Correlación de Spearman; Chi cuadrado de Pearson $p < 0,001$; d de Somers -0,460, $p < 0,001$ (Gráficas 4.117 y 4.118).



Gráfica 4.117. Relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de soledad en el área 4 según el test ESTE II.

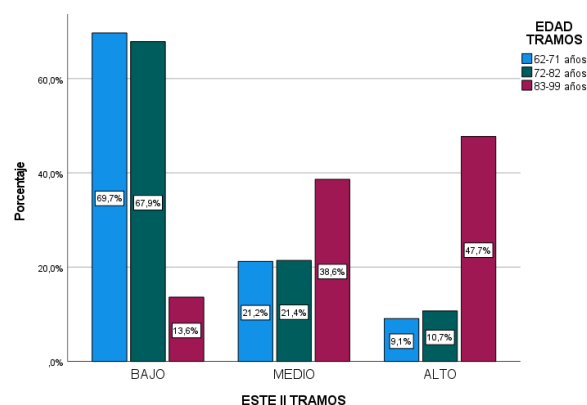


Gráfica 4.118. Relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de soledad en el área 4 según el test UCLA.

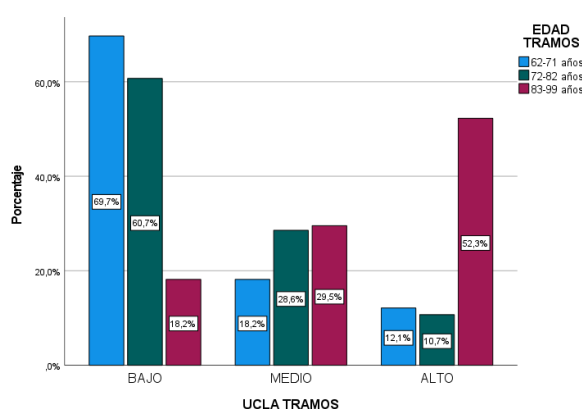
4.3.2.5. ÁREA 5: ALTIPLANO.

4.3.2.5.1. Relación entre edad y nivel de soledad.

Se observó la existencia de una correlación entre la edad y el nivel de soledad en el área 5 en las dos pruebas. A mayor edad, mayor grado de soledad, de forma significativa. Esto fue debido al coeficiente 0,523, $p < 0,001$ de Correlación de Spearman; Chi cuadrado de Pearson $p < 0,001$; d de Somers 0,468, $p < 0,001$ en el test ESTE II y al coeficiente 0,486, $p < 0,001$ de Correlación de Spearman; Chi cuadrado de Pearson $p < 0,001$; d de Somers 0,439, $p < 0,001$ en el test UCLA (Gráficas 4.119 y 4.120).



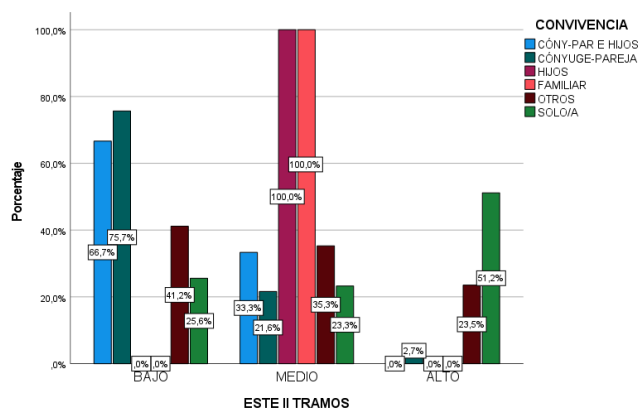
Gráfica 4.119. Relación entre la edad y el nivel de soledad en el área 5 según el test ESTE II.



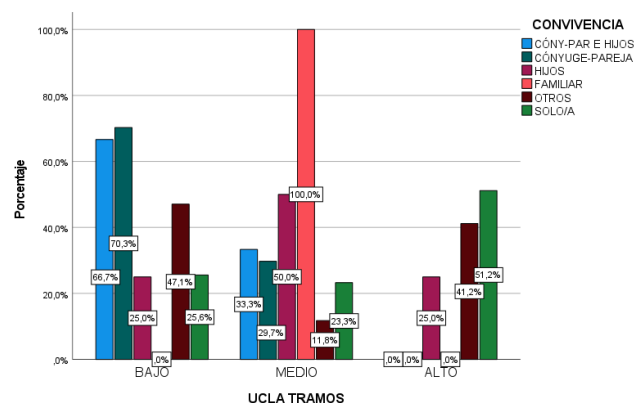
Gráfica 4.120. Relación entre la edad y el nivel de soledad en el área 5 según el test UCLA.

4.3.2.5.2. Relación entre convivencia y nivel de soledad.

Existe una correlación con las dos pruebas. A peor convivencia mayor grado de soledad, de forma significativa. Esto se obtuvo mediante una Prueba H de Kruskal-Wallis donde los rangos promedios fueron en la escala ESTE II: Rango promedio: cónyuge-pareja e hijos, 37,50; cónyuge-pareja, 34,76; hijos, 63,50; familiar, 63,50; otros, 54,15; solo/a, 68,10; $p < 0,001$; en la escala UCLA. Rango promedio: cónyuge-pareja e hijos, 37,00; cónyuge-pareja, 35,65; hijos, 59,75; familiar, 62,00; otros, 56,09; solo/a, 66,99; $p < 0,001$ (Gráficas 4.121 y 4.122).



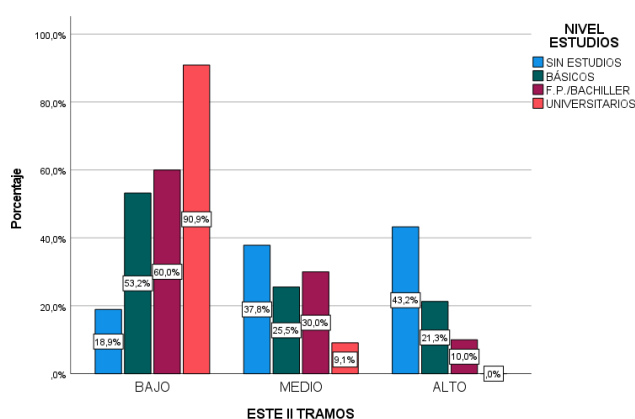
Gráfica 4.121. Relación entre la convivencia y el nivel de soledad en el área 5 según el test ESTE II.



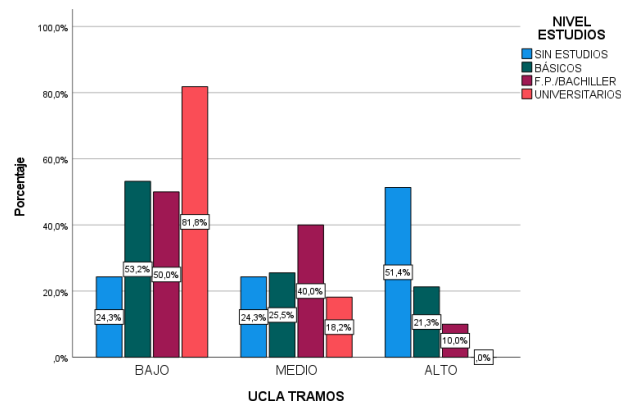
Gráfica 4.122. Relación entre la convivencia y el nivel de soledad en el área 5 según el test UCLA.

4.3.2.5.3. Relación entre nivel de estudios y nivel de soledad.

Existe una correlación positiva con las dos pruebas. A menor nivel de estudios mayor nivel de soledad, de forma significativa. Esto se observó en el test ESTE II con un coeficiente -0,451, $p < 0,001$ de Correlación de Spearman; Chi cuadrado de Pearson $p < 0,001$; d de Somers -0,400, $p < 0,001$ y en el test UCLA con un coeficiente -0,406, $p < 0,001$ de Correlación de Spearman; Chi cuadrado de Pearson $p = 0,002$; d de Somers -0,361, $p < 0,001$ (Gráficas 4.123 y 4.124).



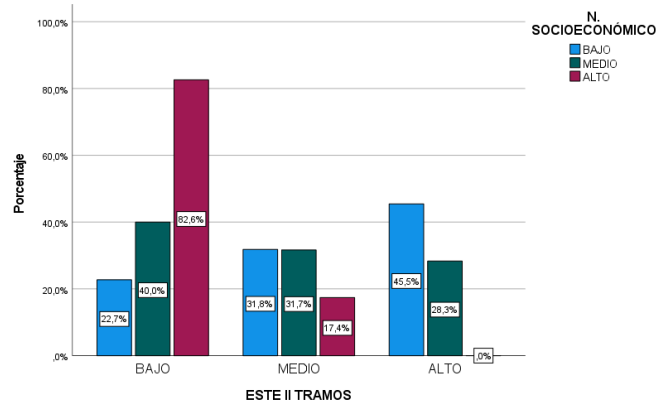
Gráfica 4.123. Relación entre el nivel de estudios y el nivel de soledad en el área 5 según el test ESTE II.



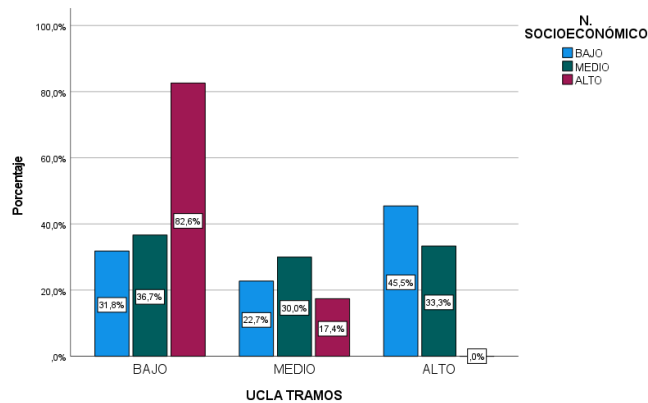
Gráfica 4.124. Relación entre el nivel de estudios y el nivel de soledad en el área 5 según el test UCLA.

4.3.2.5.4. Relación entre nivel de socioeconómico y nivel de soledad.

Existe correlación en las dos pruebas. A menor nivel socioeconómico, mayor grado de soledad, de forma significativa. Esto se observó en el test ESTE II con un coeficiente -0,424, $p < 0,001$ de Correlación de Spearman; Chi cuadrado de Pearson $p < 0,001$; d de Somers -0,384, $p < 0,001$ y en el test UCLA con un coeficiente -0,376, $p < 0,001$; Chi cuadrado de Pearson $p < 0,001$; d de Somers -0,342, $p < 0,001$ (Gráficas 4.125 y 4.126).



Gráfica 4.125. Relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de soledad en el área 5 según el test ESTE II.

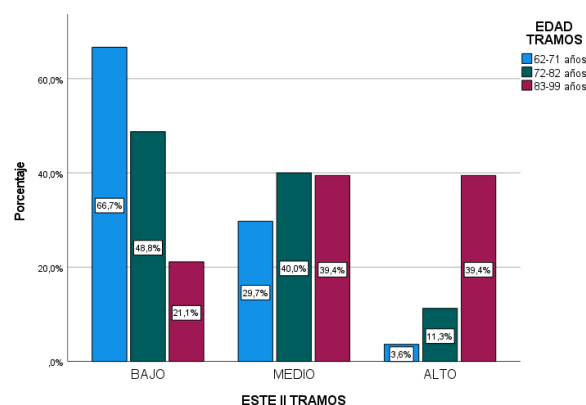


Gráfica 4.126. Relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de soledad en el área 5 según el test UCLA.

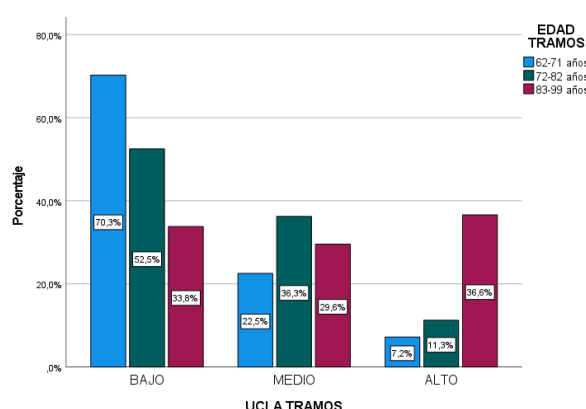
4.3.2.6. ÁREA 6: VEGA DEL SEGURA.

4.3.2.6.1. Relación entre edad y nivel de soledad.

Se observó la existencia de una correlación entre la edad y el nivel de soledad en el área 6 en las dos pruebas. A mayor edad, mayor grado de soledad, de forma significativa. Esto fue debido al coeficiente 0,424, $p < 0,001$ de Correlación de Spearman; Chi cuadrado de Pearson $p < 0,001$; d de Somers 0,386, $p < 0,001$ en el test ESTE II y el coeficiente 0,336, $p < 0,001$ de Correlación de Spearman; Chi cuadrado de Pearson $p < 0,001$; d de Somers 0,307, $p < 0,001$ en el test UCLA (Gráficas 4.127 y 4.128).



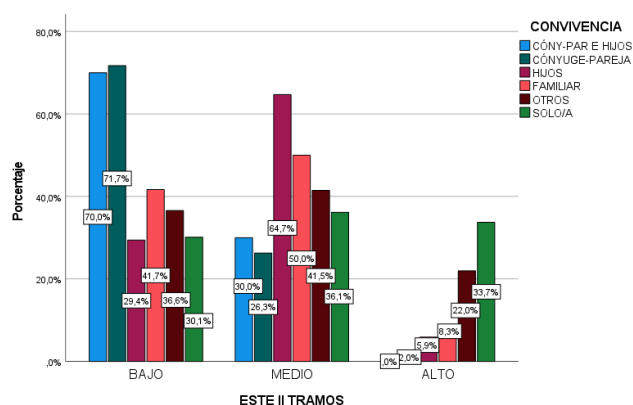
Gráfica 4.127. Relación entre la edad y el nivel de soledad en el área 6 según el test ESTE II.



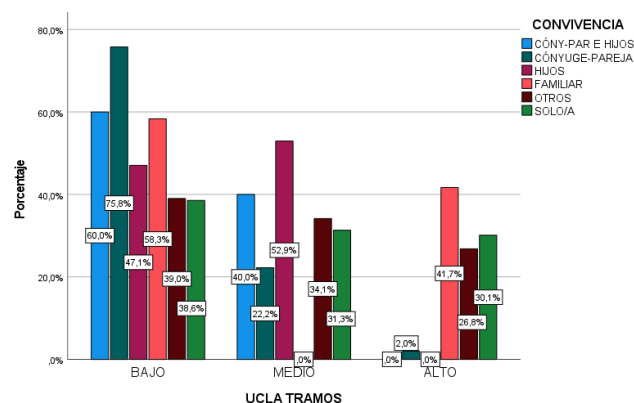
Gráfica 4.128. Relación entre la edad y el nivel de soledad en el área 6 según el test UCLA.

4.3.2.6.2. Relación entre convivencia y nivel de soledad.

Existe una correlación positiva con las dos pruebas. A peor nivel de convivencia, mayor grado de soledad, de forma significativa. Esto se obtuvo mediante una prueba H de Kruskal-Wallis donde los rangos promedios fueron en la escala ESTE II: Rango promedio: cónyuge-pareja e hijos, 97,65; cónyuge-pareja, 97,11; hijos, 146,44; familiar, 134,54; otros, 149,28; solo/a, 164,32; $p < 0,001$; y en la escala UCLA. Rango promedio: cónyuge-pareja e hijos, 116,30; cónyuge-pareja, 100,24; hijos, 130,47; familiar, 142,71; otros, 155,10; solo/a, 157,55; $p < 0,001$ (Gráficas 4.129 y 4.130).



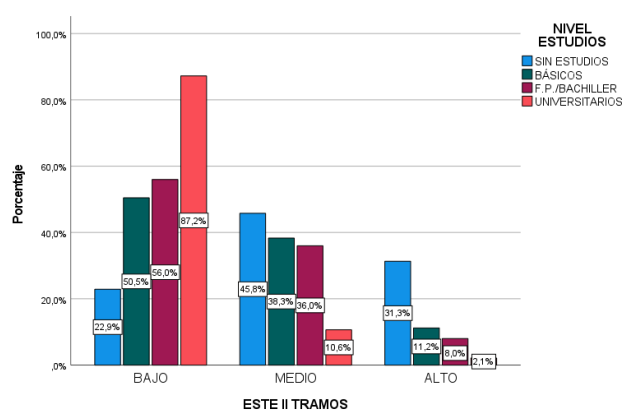
Gráfica 4.129. Relación entre la convivencia y el nivel de soledad en el área 6 según el test ESTE II.



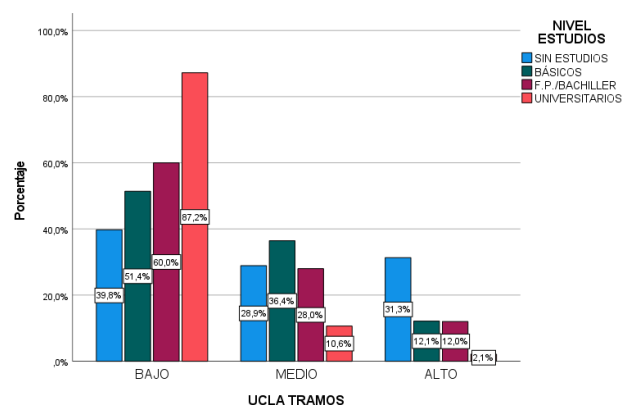
Gráfica 4.130. Relación entre la convivencia y el nivel de soledad en el área 6 según el test UCLA.

4.3.2.6.3. Relación entre nivel de estudios y nivel de soledad.

Existe una correlación positiva con las dos pruebas. A menor nivel de estudios mayor nivel de soledad, de forma significativa. Esto se observó en el test ESTE II con un coeficiente -0,446, $p < 0,001$ de Correlación de Spearman; Chi cuadrado de Pearson $p < 0,001$; d de Somers -0,399, $p < 0,001$ y en el test UCLA con un coeficiente -0,333, $p < 0,001$ de Correlación de Spearman; Chi cuadrado de Pearson $p < 0,001$; d de Somers -0,300, $p < 0,001$ (Gráficas 4.131 y 4.132).



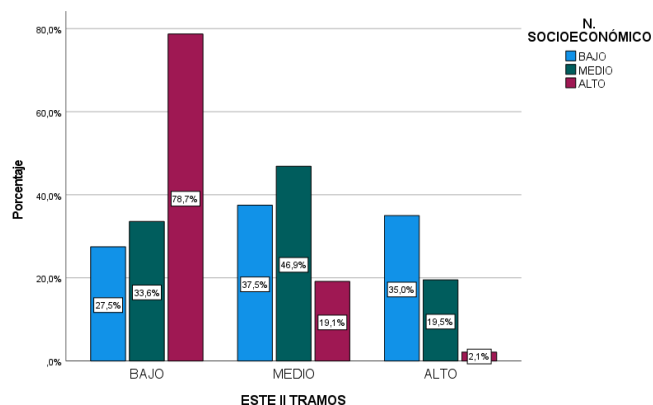
Gráfica 4.131. Relación entre el nivel de estudios y el nivel de soledad en el área 6 según el test ESTE II.



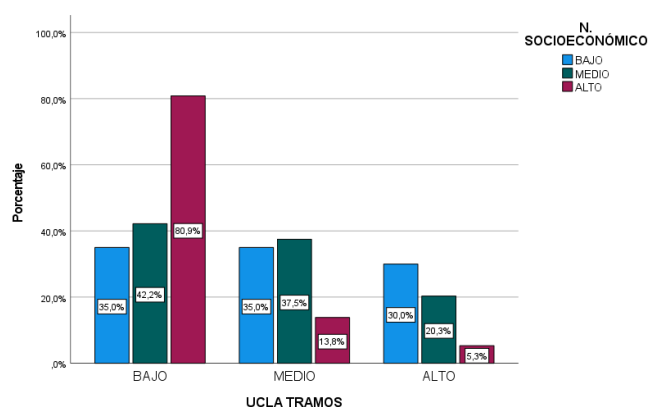
Gráfica 4.132. Relación entre el nivel de estudios y el nivel de soledad en el área 6 según el test UCLA.

4.3.2.6.4. Relación entre nivel de socioeconómico y nivel de soledad.

Existe correlación en las dos pruebas. A menor nivel socioeconómico, mayor grado de soledad, de forma significativa. Esto se observó en el test ESTE II con un coeficiente -0,449, $p < 0,001$ de Correlación de Spearman; Chi cuadrado de Pearson $p < 0,001$; d de Somers -0,415, $p < 0,001$ y en el test UCLA con un coeficiente -0,378, $p < 0,001$ de Correlación de Spearman; Chi cuadrado de Pearson $p < 0,001$; d de Somers -0,347, $p < 0,001$ (Gráficas 4.133 y 4.134).



Gráfica 4.133. Relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de soledad en el área 6 según el test ESTE II.



Gráfica 4.134. Relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de soledad en el área 6 según el test UCLA.

4.3.3. ASOCIACIÓN ENTRE LAS ÁREAS DE SALUD Y LOS DISTINTOS NIVELES DE SOLEDAD SEGÚN LAS ESCALAS ESTE II Y UCLA.

De las 6 áreas de salud estudiadas según el nivel de soledad bajo, medio y alto en la escala ESTE II y UCLA se observa que tras la realización de la Prueba de Kruskal-Wallis: no hay diferencias significativas entre las 6 áreas de salud de la Región de Murcia para la escala ESTE II; $p = 0,248$ ni para la escala UCLA; $p = 0,232$ (Tablas 4.19-4.22).

ÁREAS SALUD*ESTE II TRAMOS

			ESTE II TRAMOS			
			BAJO	MEDIO	ALTO	Total
ÁREAS SALUD	1-CARTAGENA/MAR MENOR	Recuento	90	68	25	183
		% dentro de ÁREAS SALUD	49,2%	37,2%	13,7%	100,0%
	2-METROPOLITANA MURCIA	Recuento	74	58	16	148
		% dentro de ÁREAS SALUD	50,0%	39,2%	10,8%	100,0%
	3-LORCA/VALLE DEL GUADALENTÍN	Recuento	85	57	41	183
		% dentro de ÁREAS SALUD	46,4%	31,1%	22,4%	100,0%
	4-NOROESTE	Recuento	56	32	34	122
		% dentro de ÁREAS SALUD	45,9%	26,2%	27,9%	100,0%
	5-ALTIPLANO	Recuento	48	30	27	105
		% dentro de ÁREAS SALUD	45,7%	28,6%	25,7%	100,0%
	6-VEGA DEL SEGURA	Recuento	128	93	41	262
		% dentro de ÁREAS SALUD	48,9%	35,5%	15,6%	100,0%
	Total	Recuento	481	338	184	1003
		% dentro de ÁREAS SALUD	48,0%	33,7%	18,3%	100,0%

Tabla 4.19. Asociación entre las áreas de salud y los distintos niveles de soledad según la escala ESTE II.

ÁREAS SALUD*UCLA TRAMOS

			UCLA TRAMOS			
			BAJO	MEDIO	ALTO	Total
ÁREAS SALUD	1-CARTAGENA/MAR MENOR	Recuento	98	60	25	183
		% dentro de ÁREAS SALUD	53,6%	32,8%	13,7%	100,0%
	2-METROPOLITANA MURCIA	Recuento	78	50	20	148
		% dentro de ÁREAS SALUD	52,7%	33,8%	13,5%	100,0%
	3-LORCA/VALLE DEL GUADALENTÍN	Recuento	95	48	40	183
		% dentro de ÁREAS SALUD	51,9%	26,2%	21,9%	100,0%
	4-NOROESTE	Recuento	60	37	25	122
		% dentro de ÁREAS SALUD	49,2%	30,3%	20,5%	100,0%
	5-ALTIPLANO	Recuento	48	27	30	105

	% dentro de ÁREAS SALUD	45,7%	25,7%	28,6%	100,0%
6-VEGA DEL SEGURA	Recuento	144	75	43	262
	% dentro de ÁREAS SALUD	55,0%	28,6%	16,4%	100,0%
Total	Recuento	523	297	183	1003
	% dentro de ÁREAS SALUD	52,1%	29,6%	18,2%	100,0%

Tabla 4.20. Asociación entre las áreas de salud y los distintos niveles de soledad según la escala UCLA.

ÁREAS DE SALUD	Rangos. ESTE	Rangos. UCLA
1-CARTAGENA/MAR MENOR	484,76	485,22
2-METROPOLITANA MURCIA	473,97	488,35
3-LORCA/VALLE DEL GUADALENTÍN	518,77	511,62
4-NOROESTE	535,27	519,54
5-ALTIPLANO	530,41	553,14
6-VEGA DEL SEGURA	491,28	486,05

Tabla 4.21. Rangos promedios por áreas de salud según la escala ESTE II y UCLA.

4.3.4. ASOCIACIÓN ENTRE MUNICIPIOS Y LOS DISTINTOS NIVELES DE SOLEDAD SEGÚN LAS ESCALAS ESTE II Y UCLA.

De los 45 municipios estudiados según el nivel de soledad bajo, medio y alto en la escala ESTE II y UCLA se observa que tras la realización de la Prueba de Kruskal-Wallis existen diferencias significativas entre los 45 municipios de la Región de Murcia para la escala ESTE II; $p < 0,001$ según los rangos promedios de cada municipio y tras la realización de la Prueba de Kruskal-Wallis existen diferencias significativas entre los 45 municipios de la Región de Murcia para la escala UCLA; $p < 0,001$ según los rangos promedios de cada municipio. Los rangos promedios de los distintos municipios según las escalas ESTE II y UCLA se describen a continuación (Tabla 4.23).

MUNICIPIOS	ESTE II TRAMOS		UCLA TRAMOS	
	Recuento	Rango	Recuento	Rango
ABANILLA	14	424,54	14	413,43
ABARÁN	16	629,69	16	618,88
ÁGUILAS	13	335,5	13	406,62
ALBUDEITE	10	579,85	10	597
ALCANTARILLA	23	383,43	23	389,83
ALEDO	14	512,29	14	472
ALGUAZAS	10	565	10	474
ALHAMA DE MURCIA	18	646,5	18	642
ARCHENA	19	327,21	19	404,11
BENIEL	12	498,63	12	547

BLANCA	12	296,88	12	418,67
BULLAS	13	510,31	13	506,62
CALASPARRA	10	594,7	10	590
CAMPOS DEL RÍO	10	416,05	10	385
CARAVACA DE LA CRUZ	19	503,66	19	450,95
CARTAGENA	66	468,93	66	490,94
CEHEGÍN	25	547,9	25	532,8
CEUTÍ	11	599,77	11	582
CIEZA	20	511	20	506,5
FORTUNA	10	281,95	10	262
FUENTE ÁLAMO	16	604,09	16	663,88
JUMILLA	63	572,64	63	600,73
LA UNIÓN	14	568,21	14	547,71
LAS TORRES DE COTILLAS	20	520,23	20	561
LIBRILLA	11	437,36	11	373,82
LORCA	69	476,3	69	491,42
LORQUÍ	11	657,45	11	454,73
LOS ALCÁZARES	14	493,64	14	396,29
MAZARRÓN	28	582,84	28	611,29
MOLINA DE SEGURA	33	454,27	33	462
MORATALLA	11	525,32	11	529,27
MULA	15	663,1	15	674,67
MURCIA	147	475,55	147	489,89
OJÓS	9	750	9	759,78
PLIEGO	11	623,5	11	544,73
PUERTO LUMBRERAS	16	678,63	16	563,25
RICOTE	9	481	9	524,22
SAN JAVIER	25	503,08	25	409,6
SAN PEDRO DEL PINATAR	21	382,86	21	418,19
SANTOMERA	10	404,8	10	385
TORRE PACHECO	21	416,5	21	468,67
TOTANA	20	518,42	20	453,5
ULEA	10	594,7	10	515
VILLANUEVA DEL RÍO SEGURA	12	557,5	12	472,83
YECLA	42	467,07	42	481,76
Total	1003		1003	

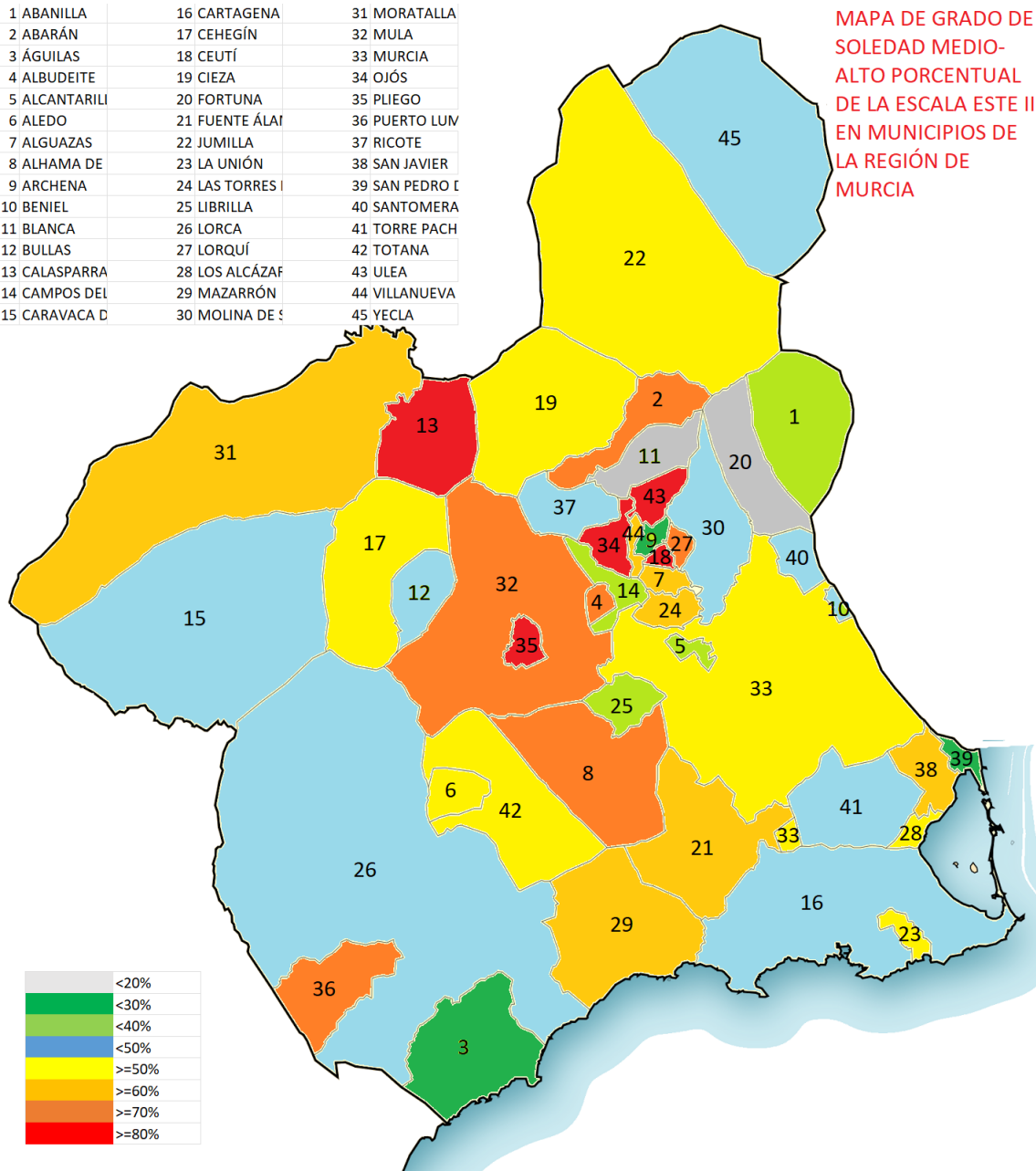
Tabla 4.23. Rangos promedios de los distintos municipios según la escala ESTE y UCLA.

Tras analizar las prevalencias entre los distintos municipios según el test ESTE y UCLA se observa que en la escala ESTE II: 27 municipios tienen nivel medio-alto de

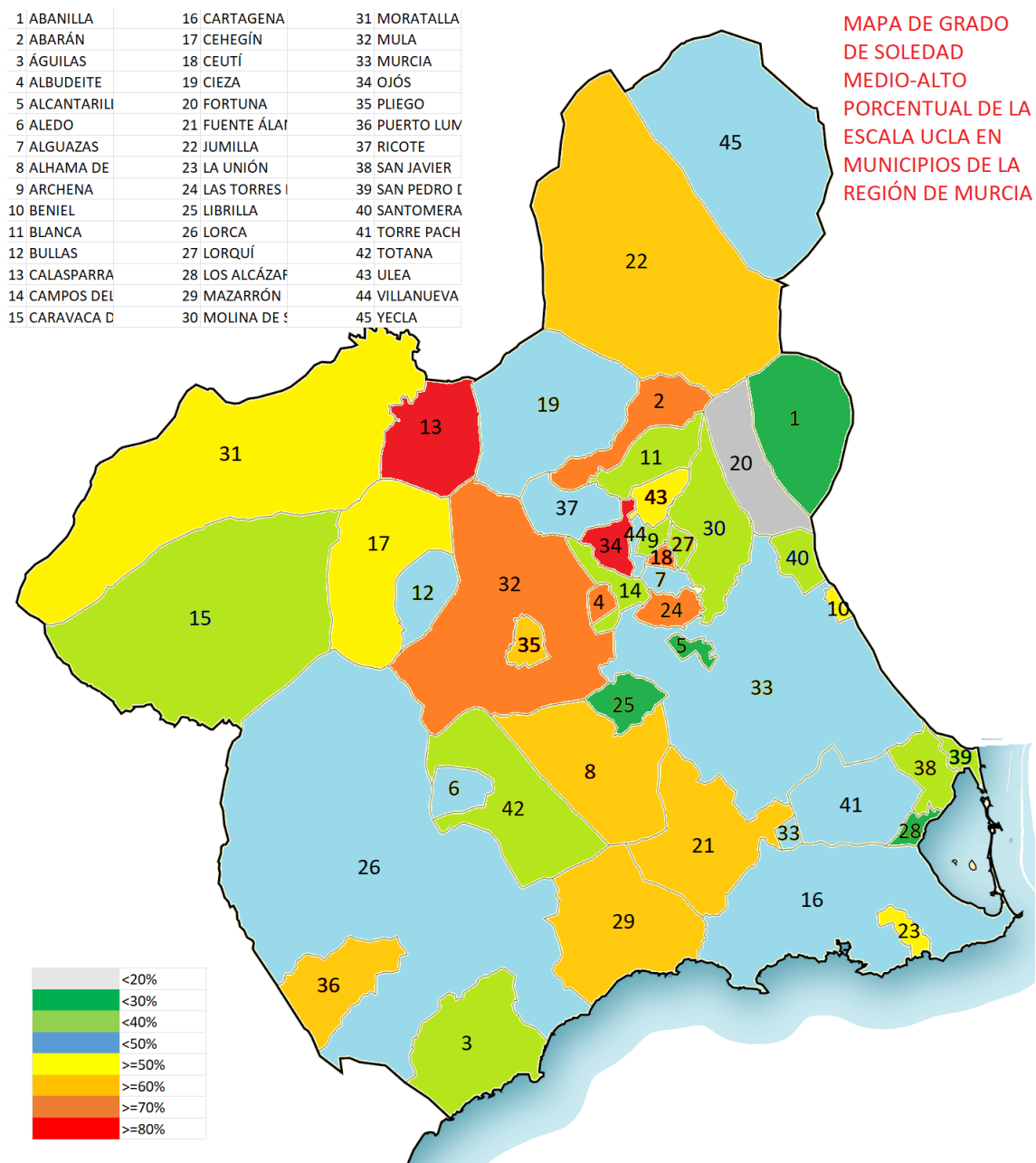
soledad $\geq 50\%$, de los cuales: 9 entre 50-59%, 7 entre 60-69%, 6 entre 70-79% y 5 $\geq 80\%$ y en la escala UCLA: 18 municipios con nivel medio-alto de soledad $\geq 50\%$, de los cuales: 5 entre 50-59%, 7 entre 60-69%, 4 entre 70-79% y 2 $\geq 80\%$ (Tabla 4.22).

MUNICIPIOS*ESTE II TRAMOS							MUNICIPIOS*UCLA TRAMOS						
ESTE II TRAMOS							UCLA TRAMOS						
		BAJO	MEDIO	ALTO	Total	MEDIO-ALTO			BAJO	MEDIO	ALTO	Total	MEDIO-ALTO
ABANILLA	Recuento	9	3	2	14		ABANILLA	Recuento	7	2	2	14	
	% dentro de MUNICIPIOS	64,30%	21,40%	14,30%	100,00%	35,70%		% dentro de MUNICIPIOS	71,40%	14,30%	14,30%	100,00%	28,60%
ABARÁN	Recuento	4	7	5	16		ABARÁN	Recuento	5	6	5	16	
	% dentro de MUNICIPIOS	25,00%	43,80%	31,30%	100,00%	75,10%		% dentro de MUNICIPIOS	31,30%	37,50%	31,30%	100,00%	68,80%
AGUILAS	Recuento	10	3	0	13		AGUILAS	Recuento	9	3	1	13	
	% dentro de MUNICIPIOS	76,90%	23,10%	0,00%	100,00%	23,10%		% dentro de MUNICIPIOS	69,20%	23,10%	7,70%	100,00%	30,80%
ALBUDEITE	Recuento	3	5	2	10		ALBUDEITE	Recuento	3	5	2	10	
	% dentro de MUNICIPIOS	30,00%	50,00%	20,00%	100,00%	70,00%		% dentro de MUNICIPIOS	30,00%	50,00%	20,00%	100,00%	70,00%
ALCANTARILLA	Recuento	15	8	0	23		ALCANTARILLA	Recuento	17	4	2	23	
	% dentro de MUNICIPIOS	65,20%	34,80%	0,00%	100,00%	34,80%		% dentro de MUNICIPIOS	73,90%	17,40%	8,70%	100,00%	26,10%
ALEDÓ	Recuento	6	6	2	14		ALEDÓ	Recuento	8	4	2	14	
	% dentro de MUNICIPIOS	42,90%	42,90%	14,30%	100,00%	57,20%		% dentro de MUNICIPIOS	57,10%	28,60%	14,30%	100,00%	42,90%
ALGUAZAS	Recuento	4	3	3	10		ALGUAZAS	Recuento	6	2	2	10	
	% dentro de MUNICIPIOS	40,00%	30,00%	30,00%	100,00%	60,00%		% dentro de MUNICIPIOS	60,00%	20,00%	20,00%	100,00%	40,00%
ALHAMA DE MURCIA	Recuento	4	8	6	18		ALHAMA DE MURCIA	Recuento	6	4	8	18	
	% dentro de MUNICIPIOS	22,20%	44,40%	33,30%	100,00%	77,70%		% dentro de MUNICIPIOS	33,30%	22,20%	44,40%	100,00%	66,60%
ARCHENA	Recuento	15	4	0	19		ARCHENA	Recuento	13	5	1	19	
	% dentro de MUNICIPIOS	78,90%	21,10%	0,00%	100,00%	21,10%		% dentro de MUNICIPIOS	68,40%	26,30%	5,30%	100,00%	31,60%
BENIEL	Recuento	7	1	4	12		BENIEL	Recuento	6	2	4	12	
	% dentro de MUNICIPIOS	58,30%	8,30%	33,30%	100,00%	41,60%		% dentro de MUNICIPIOS	50,00%	16,70%	33,30%	100,00%	50,00%
BLANCA	Recuento	11	0	1	12		BLANCA	Recuento	8	3	1	12	
	% dentro de MUNICIPIOS	91,70%	0,00%	8,30%	100,00%	8,30%		% dentro de MUNICIPIOS	66,70%	25,00%	8,30%	100,00%	33,30%
BULLAS	Recuento	7	2	4	13		BULLAS	Recuento	7	3	3	13	
	% dentro de MUNICIPIOS	53,80%	15,40%	30,80%	100,00%	46,20%		% dentro de MUNICIPIOS	53,80%	23,10%	23,10%	100,00%	46,20%
CALASPARRA	Recuento	2	7	1	10		CALASPARRA	Recuento	2	8	0	10	
	% dentro de MUNICIPIOS	20,00%	70,00%	10,00%	100,00%	80,00%		% dentro de MUNICIPIOS	20,00%	80,00%	0,00%	100,00%	80,00%
CAMPOS DEL RIO	Recuento	7	1	2	10		CAMPOS DEL RIO	Recuento	7	3	0	10	
	% dentro de MUNICIPIOS	70,00%	10,00%	20,00%	100,00%	30,00%		% dentro de MUNICIPIOS	70,00%	30,00%	0,00%	100,00%	30,00%
CARAVACA DE LA CRUZ	Recuento	10	4	5	19		CARAVACA DE LA CRUZ	Recuento	12	4	3	19	
	% dentro de MUNICIPIOS	52,60%	21,10%	26,30%	100,00%	47,40%		% dentro de MUNICIPIOS	63,20%	21,10%	15,80%	100,00%	36,90%
CARTAGENA	Recuento	35	22	9	66		CARTAGENA	Recuento	35	21	10	66	
	% dentro de MUNICIPIOS	53,00%	33,30%	13,60%	100,00%	46,90%		% dentro de MUNICIPIOS	53,00%	31,80%	15,20%	100,00%	47,00%
CEHEGÍN	Recuento	12	4	9	25		CEHEGÍN	Recuento	12	7	6	25	
	% dentro de MUNICIPIOS	48,00%	16,00%	36,00%	100,00%	52,00%		% dentro de MUNICIPIOS	48,00%	28,00%	24,00%	100,00%	52,00%
CEUTI	Recuento	2	8	1	11		CEUTI	Recuento	3	7	1	11	
	% dentro de MUNICIPIOS	18,20%	72,70%	9,10%	100,00%	81,80%		% dentro de MUNICIPIOS	27,30%	63,60%	9,10%	100,00%	72,70%
CIEZA	Recuento	10	5	5	20		CIEZA	Recuento	11	4	5	20	
	% dentro de MUNICIPIOS	50,00%	25,00%	25,00%	100,00%	50,00%		% dentro de MUNICIPIOS	55,00%	20,00%	25,00%	100,00%	45,00%
FORTUNA	Recuento	9	1	0	10		FORTUNA	Recuento	10	0	0	10	
	% dentro de MUNICIPIOS	90,00%	10,00%	0,00%	100,00%	10,00%		% dentro de MUNICIPIOS	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%
FUENTE ÁLAMO	Recuento	5	6	5	16		FUENTE ÁLAMO	Recuento	5	3	8	16	
	% dentro de MUNICIPIOS	31,30%	37,50%	31,30%	100,00%	68,80%		% dentro de MUNICIPIOS	31,30%	18,80%	50,00%	100,00%	68,80%
JUMILLA	Recuento	26	15	22	63		JUMILLA	Recuento	25	14	24	63	
	% dentro de MUNICIPIOS	41,30%	23,80%	34,90%	100,00%	58,70%		% dentro de MUNICIPIOS	39,70%	22,20%	38,10%	100,00%	60,30%
MUNICIPIOS LA UNIÓN	Recuento	6	3	5	14		MUNICIPIOS LA UNIÓN	Recuento	6	5	3	14	
	% dentro de MUNICIPIOS	42,90%	21,40%	35,70%	100,00%	57,10%		% dentro de MUNICIPIOS	42,90%	35,70%	21,40%	100,00%	57,10%
LAS TORRES DE COTILLAS	Recuento	7	12	1	20		LAS TORRES DE COTILLAS	Recuento	6	13	1	20	
	% dentro de MUNICIPIOS	35,00%	60,00%	5,00%	100,00%	65,00%		% dentro de MUNICIPIOS	30,00%	65,00%	5,00%	100,00%	70,00%
LIBRILLA	Recuento	7	2	2	11		LIBRILLA	Recuento	8	3	0	11	
	% dentro de MUNICIPIOS	63,60%	18,20%	18,20%	100,00%	36,40%		% dentro de MUNICIPIOS	72,70%	27,30%	0,00%	100,00%	27,30%
LORCA	Recuento	37	20	12	69		LORCA	Recuento	38	18	13	69	
	% dentro de MUNICIPIOS	53,80%	29,00%	17,40%	100,00%	46,40%		% dentro de MUNICIPIOS	55,10%	26,10%	18,80%	100,00%	44,90%
LORQUÍ	Recuento	3	3	5	11		LORQUÍ	Recuento	7	2	2	11	
	% dentro de MUNICIPIOS	27,30%	27,30%	45,50%	100,00%	72,80%		% dentro de MUNICIPIOS	63,60%	18,20%	18,20%	100,00%	36,40%
LOS ALCÁZARES	Recuento	6	7	1	14		LOS ALCÁZARES	Recuento	10	3	1	14	
	% dentro de MUNICIPIOS	42,90%	50,00%	7,10%	100,00%	57,10%		% dentro de MUNICIPIOS	71,40%	21,40%	7,10%	100,00%	28,50%
MAZARRÓN	Recuento	11	7	10	28		MAZARRÓN	Recuento	10	8	10	28	
	% dentro de MUNICIPIOS	39,30%	25,00%	35,70%	100,00%	60,70%		% dentro de MUNICIPIOS	35,70%	28,60%	35,70%	100,00%	64,30%
MOLINA DE SEGURA	Recuento	19	9	5	33		MOLINA DE SEGURA	Recuento	21	5	7	33	
	% dentro de MUNICIPIOS	57,60%	27,30%	15,20%	100,00%	42,50%		% dentro de MUNICIPIOS	63,60%	15,20%	21,20%	100,00%	36,40%
MORATALLA	Recuento	4	6	1	11		MORATALLA	Recuento	5	4	2	11	
	% dentro de MUNICIPIOS	36,40%	54,50%	9,10%	100,00%	63,60%		% dentro de MUNICIPIOS	45,50%	36,40%	18,20%	100,00%	54,60%
MULA	Recuento	4	4	7	15		MULA	Recuento	4	4	7	15	
	% dentro de MUNICIPIOS	26,70%	26,70%	46,70%	100,00%	73,40%		% dentro de MUNICIPIOS	26,70%	26,70%	46,70%	100,00%	73,40%
MURCIA	Recuento	73	58	16	147		MURCIA	Recuento	77	50	20	147	
	% dentro de MUNICIPIOS	49,70%	39,50%	10,90%	100,00%	50,40%		% dentro de MUNICIPIOS	52,40%	34,00%	13,60%	100,00%	47,60%
OJÓS	Recuento	1	3	5	9		OJÓS	Recuento	1	3	5	9	
	% dentro de MUNICIPIOS	11,10%	33,30%	55,60%	100,00%	88,90%		% dentro de MUNICIPIOS	11,10%	33,30%	55,60%	100,00%	88,90%
PLIEGO	Recuento	2	7	2	11		PLIEGO	Recuento	4	6	1	11	
	% dentro de MUNICIPIOS	18,20%	63,60%	18,20%	100,00%	81,80%		% dentro de MUNICIPIOS	36,40%	54,50%	9,10%	100,00%	63,60%
PUERTO LUMBRERAS	Recuento	4	4	8	16		PUERTO LUMBRERAS	Recuento	6	7	3	16	
	% dentro de MUNICIPIOS	25,00%	25,00%	50,00%	100,00%	75,00%		% dentro de MUNICIPIOS	37,50%	43,80%	18,80%	100,00%	62,50%
RICOTE	Recuento	5	2	2	9		RICOTE	Recuento	5	1	3	9	
	% dentro de MUNICIPIOS	55,60%	22,20%	22,20%	100,00%	44,40%		% dentro de MUNICIPIOS	55,60%	11,10%	33,30%	100,00%	44,40%
SAN JAVIER	Recuento	9	16	0	25		SAN JAVIER	Recuento	16	9	0	25	
	% dentro de MUNICIPIOS	36,00%	64,00%	0,00%	100,00%	64,00%		% dentro de MUNICIPIOS	64,00%	36,00%	0,00%	100,00%	36,00%
SAN PEDRO DEL PRÍMAT	Recuento	15	4	2	21		SAN PEDRO DEL PRÍMAT	Recuento	13	8	0	21	
	% dentro de MUNICIPIOS	71,40%	19,00%	9,50%	100,00%	28,50%		% dentro de MUNICIPIOS	61,90%	38,10%	0,00%	100,00%	38,10%
SANTOMERA	Recuento	6	4	0	10		SANTOMERA	Recuento	7	3	0	10	
	% dentro de MUNICIPIOS	60,00%	40,00%	0,00%	100,00%	40,00%		% dentro de MUNICIPIOS	70,00%	30,00%	0,00%	100,00%	30,00%
TORRE PACHECO	Recuento	12	9	0	21		TORRE PACHECO	Recuento	11	9	1	21	
	% dentro de MUNICIPIOS	57,10%	42,90%	0,00%	100,00%	42,90%		% dentro de MUNICIPIOS	52,40%	42,90%	4,80%	100,00%	47,70%
TOTANA	Recuento	9	7	4	20		TOTANA	Recuento	13	3	4	20	
	% dentro de MUNICIPIOS	45,00%	35,00%	20,00%	100,00%	55,00%		% dentro de MUNICIPIOS	65,00%	15,00%	20,00%	100,00%	35,00%
ULEA	Recuento	2	7	1	10		ULEA	Recuento	5	3	2	10	
	% dentro de MUNICIPIOS	20,00%	70,00%	10,00%	100,00%	80,00%		% dentro de MUNICIPIOS	50,00%	30,00%	20,00%	100,00%	50,00%
VILLANUEVA DEL RIO SEGURA	Recuento	4	6	2	12		VILLANUEVA DEL RIO SEGURA	Recuento	7	3	2	12	
	% dentro de MUNICIPIOS	33,30%	50,00%	16,70%	100,00%	66,70%		% dentro de MUNICIPIOS	58,30%	25,00%	16,70%	100,00%	41,70%
YECLA	Recuento	22	15	5	42		YECLA	Recuento	23	13	6	42	
	% dentro de MUNICIPIOS	52,40%	35,70%	11,90%	100,00%	47,60%		% dentro de MUNICIPIOS	54,80%	31,00%	14,30%	100,00%	45,30%
Total	Recuento	481	338	184	1003		Total	Recuento	523	297	183	1003	
	% dentro de MUNICIPIOS	48,00%	33,70%	18,30%	100,00%	52,00%		% dentro de MUNICIPIOS	52,10%	29,60%	18,20%	100,00%	47,80%
27							18						

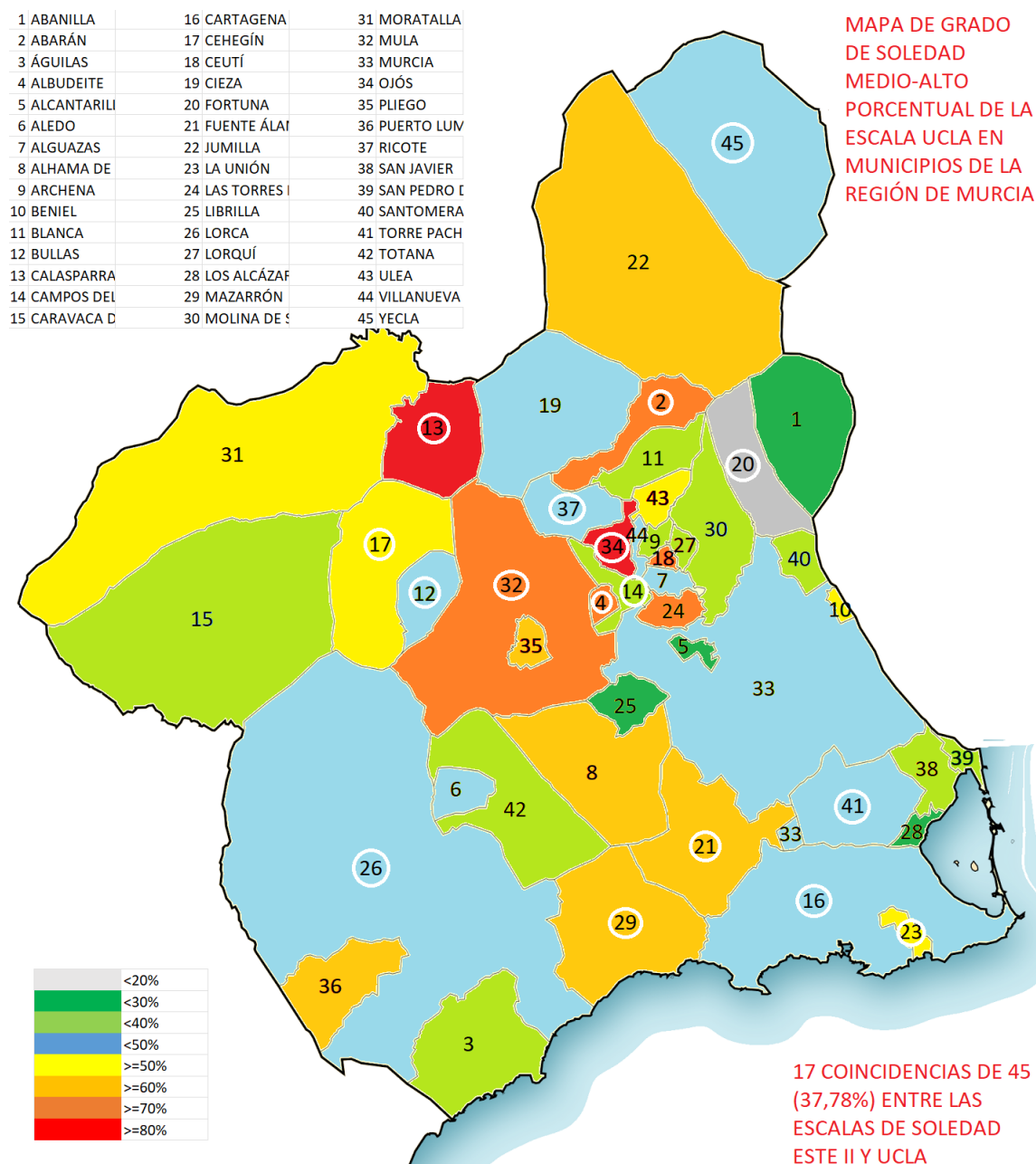
En resumen, aunque no hubo diferencias significativas entre las distintas áreas de la Región de Murcia, sí se observan entre los 45 municipios estudiados, encontrándose en 27 (ESTE II) y 18 (UCLA) de ellos, respectivamente, según la escala, prevalencias por encima del 50%, y superando en algunos (Calasparra, Ceutí, Ojós, Pliego y Ulea) el 80% (Mapa 4.1, 4.2). Y se observa que existen 17 coincidencias de 45 (37,78%) entre las escalas de soledad de ESTE II y UCLA (Mapa 4.3).



Mapa 4.1. Prevalencias según grado de soledad entre los distintos municipios según la escala ESTE II.



Mapa 4.2. Prevalencias según grado de soledad entre los distintos municipios según la escala UCLA.



Mapa 4.3. Mapa de soledad de la Región de Murcia con las 17 coincidencias de 45 entre las escalas de soledad de ESTE II y UCLA.

5. DISCUSIÓN:

5.1. DISCUSION DEL MÉTODO

5.1.1. Validez de la metodología

Para estudiar la relación entre determinadas variables sociodemográficas y el sentimiento subjetivo de soledad en una muestra de 1003 personas ($N=1003$) >60 años que residían en la región de Murcia, se utilizaron tres encuestas, teniendo un total de 41 preguntas: 1) Encuesta de dependencia social (sociodemográfica), 2) Escala ESTE II (92) y 3) Escala UCLA (64). La primera fue creada para recoger factores sociodemográficos. La segunda se utilizó para evaluar los diferentes niveles de soledad subjetiva en adultos. Y, la tercera es una de las escalas más populares para medir la soledad. Se decidió utilizar las escalas ESTE II y UCLA debido a la alta correlación entre ambas pruebas, con un coeficiente de correlación de Spearman de 0,805 de entre 0 y 1 (Tabla 4.1).

Se estudió la correlación entre el grado de soledad (obtenido por las dos escalas de medición) y los factores sociodemográficos y sanitarios. Así como las variables con mayor capacidad predictiva del riesgo de soledad y las asociaciones entre el grado de soledad y los factores de riesgo y la participación y/o deseo de participación en actividades de ocio.

También se realizó un análisis de la prevalencia subjetiva de soledad por municipios con representación de todas las áreas de la Región de Murcia, pudiendo crear un mapa de soledad.

5.1.2. Limitaciones del estudio

Es necesario considerar varias limitaciones al interpretar los hallazgos dado que varios factores pueden limitar las conclusiones que se pueden extraer de este estudio.

En primer lugar, no se puede descartar **un sesgo de muestreo**. Los adultos mayores con problemas de salud pueden haber tenido menos probabilidades de participar en el estudio, dado que todas las variables fueron obtenidas mediante entrevista telefónica, vía e-mail y en menor proporción presencialmente. Se excluyeron los pacientes con alguna limitación cognitiva y no se admitió la respuesta de un familiar o cuidador asalariado.

En segundo lugar, al ser un análisis de regresión de corte transversal para riesgos de soledad se limita la capacidad de establecer cualquier relación causal ya que todas las variables fueron reportadas a través de la misma entrevista al mismo tiempo.

En tercer lugar, hay limitaciones significativas en cuanto al **tamaño de la muestra** no obteniendo los suficientes registros entre todos los municipios para obtener unos resultados aceptables estadísticamente. Además, se ha demostrado que existen diferencias culturales cuando se investiga la soledad, lo que limita la posibilidad de generalizar este estudio a aquellos que no pertenecen a esta muestra.

5.2. DISCUSION DE RESULTADOS

La soledad entre los adultos mayores es multifactorial incluyendo causas tanto sociodemográficas, el estado de salud físico y mental como geográficas (98). Al ser una causa prevalente debería ser visto como una prioridad de salud pública (68), para poder desarrollar intervenciones o programas adecuados para su tratamiento y prevención.

Tras la realización de este estudio hemos encontrado varios hallazgos clave que pueden ofrecer una guía para identificar aquellos adultos con mayor riesgo de padecer soledad y así comprender mejor los mecanismos que la desarrollan.

Los resultados de prevalencia de soledad, correspondientes al nivel medio-alto de las escalas ESTE II y UCLA, fueron de 52% y 47,8%, respectivamente.

De todas las variables analizadas se objetivó que las que presentaban una mayor correlación positiva eran: el tiempo libre, la convivencia o el estado civil, la edad, el nivel de estudios, presentar patologías previas y el nivel socioeconómico.

De todas estas variables el tiempo libre fue la más significativa, obteniendo que aquellos que pasan el tiempo libre solos tienen 4,242 veces (ESTE II) o 3,826 veces (UCLA) más riesgo de sufrir un estado clínico de soledad que quienes lo pasan acompañados. Este hecho se ha puesto especialmente de manifiesto durante la pandemia del COVID-19 que para proteger a los adultos mayores con más riesgo de infectarse, sobre todo aquellos que vivían en centros residenciales o solos, se les dio la orden de “quedarse en casa” restringiéndoles el contacto con cónyuges, familiares y amigos (59).

Es de destacar que es el primer estudio donde se realiza un mapa de soledad de todas las regiones de Murcia. Aunque no hubo diferencias significativas entre las áreas de la Región de Murcia, sí las hubo entre los 45 municipios estudiados, encontrándose prevalencias por encima del 50% en 27 municipios en la escala ESTE II y en 18 municipios en la escala UCLA y en algunos superando hasta el 80%.

5.2.1. Prevalencia del sentimiento de soledad

Investigaciones anteriores muestran que entre al menos el 10 % y el 50 % de los adultos de mediana edad y mayores se encuentran socialmente aislados o solos (18,25,513–516). Las estimaciones de prevalencia varían ampliamente ya que no existen herramientas de medición estándar, en particular para evaluar el aislamiento social, ni límites estándar para identificar a las personas socialmente aisladas o solitarias. Dadas las estimaciones de alta prevalencia (incluso cuando se utilizan definiciones conservadoras) y las consecuencias negativas para la salud física y mental bien documentadas (3,5,7,175,232,237,241,517,518), es fundamental prevenir el aislamiento social y la soledad, y brindar apoyo a quienes están socialmente aislados o solos.

Los resultados de prevalencia de la soledad en nuestra muestra, correspondientes al nivel medio-alto de las escalas ESTE II y UCLA, fueron de 52% y 47,8%, respectivamente. Estas prevalencias si las comparamos con otras prevalencias representan un nivel alto de soledad en comparación con las cifras de prevalencia de otros países europeos y de EE.UU que varían entre el 5% y 43% en la población mayor (18).

Estas variaciones de prevalencia deben interpretarse con cautela, porque el término soledad tiene connotaciones negativas y el uso de medidas directas de un solo ítem con preguntas como “¿Te sientes sólo?”, resulta en una menor notificación debido al estigma asociado a ser identificado como solitario (16,85). Por ejemplo, Losada y cols. (34) en una muestra de 272 adultos mayores de la ciudad de Salamanca, el porcentaje de personas que informaron sentimientos de soledad fue del 23,1%, midiendo la soledad con una escala de un único ítem (“¿Te encuentras solo?”; con respuestas que van desde 0 = “casi nunca” hasta 2 = “bastante a menudo”). Paúl y Ribeiro (22) con una muestra de 1.266 participantes de 50 años o más de Portugal, la prevalencia de soledad fue de 16,3% (n = 206). La edad promedio fue de 70,32 años (DE 8,66 años) y el sexo femenino constituyó el 70,5% de la muestra. La soledad se midió utilizando una pregunta de autoevaluación directa que requería que los participantes del estudio calificaran sus niveles actuales de soledad en una escala de cuatro puntos: “¿Diría que (1) siempre se siente solo, (2) a menudo se siente solo, (3) a veces se siente solo, o (4) nunca se siente solo?”. Ambos estudios, al utilizar escalas directas, es probable que resulten en una menor notificación porque los encuestados no admitan sentirse solos. En cambio, cuando se utilizan medidas indirectas de soledad, donde se excluye cualquier referencia a la soledad para reducir el sesgo de respuesta, las prevalencias suelen ser más altas. Por ejemplo, Scharf y de Jong (397) y La Grow y cols. (519) que utilizan la escala de De Jong Gierveld, encontraron prevalencias del 56% y 52,4% respectivamente. Lim y Chan (520), que utilizaron la escala UCLA de 3 ítems la prevalencia fue del 55%. En nuestro estudio utilizamos para calcular el grado de soledad la escala ESTE II y la escala UCLA (medidas indirectas) encontrando unas prevalencias muy similares a la de estos estudios.

También hay que tener en consideración la edad media de la muestra y las proporciones de género. Los resultados de los estudios disponibles sugieren que alrededor del 5% al 15% de las personas mayores de 65 años informan sentirse solos con frecuencia. Sin embargo, para los mayores, la soledad es mucho más común y entre el 40% y el 50% de los adultos mayores de 80 años a menudo se sienten solos (16,18). Además, debido al estigma negativo asociado a ser identificado como solitario, los hombres suelen ser menos propensos a admitir que están solos que las mujeres (521). Por lo tanto, en muestras con un menor porcentaje de hombres y de edades medias menores se puede subestimar la prevalencia de la soledad. Otro posible motivo puede ser que los adultos mayores solitarios tengan menos probabilidades de participar en estudios, lo que puede reducir la frecuencia de soledad reportada respecto a otros estudios. Nuestra muestra se trata de una población envejecida y con un alto porcentaje de mujeres (edad promedio de 77,32 años (SD:8,96) y un 70,1% de mujeres) respecto a otros estudios realizados en España. Por ejemplo, Domènech-Albella (38) con una muestra de Sant Boi de Llobregat (Barcelona) de 1.124 adultos de 50 años o más, obtiene una prevalencia del 10,2% medida con la escala UCLA de 3 ítems. La edad promedio fue de 66,1 años (SD. 9.9) y el sexo femenino constituyó el 53,7 %, ambos valores mucho menores que los de nuestra muestra.

Otra posible razón para explicar las variaciones observadas en las prevalencias de soledad pueden ser factores culturales. El país o nación en que uno vive, tiene mayor impacto en los niveles de soledad comunicados que la edad (21). Los estudios encuentran una división norte-sur en las naciones europeas. Rusia y las naciones de

Europa del Este tienen las proporciones más altas de personas solitarias (alrededor del 10-34 % para diferentes grupos de edad) y las naciones del norte de Europa las más bajas (en su mayoría por debajo del 6%) (21). Las cifras de prevalencia de soledad en los países europeos oscilaron entre 11,6% al 56,0% (40). Esto se debe a que en la vejez las diferencias culturales pueden contrarrestar o exacerbar el riesgo de soledad entre los distintos países. Los países del sur y este de Europa generalmente se caracterizan por una orientación más familiar y colectivista que los países más individualistas del norte y oeste de Europa (522). En las culturas familiares, la gente tiende a enfatizar y esperar fuertes lazos dentro de la familia y la comunidad. Tales culturas pueden prevenir la soledad al promover la integración social. Sin embargo, las altas expectativas en vínculos fuertes pueden aumentar los sentimientos de soledad si no se cumplen estas expectativas (523). Por lo tanto, otorgar un alto valor a los lazos familiares cercanos puede empeorar las cosas sobre todo en personas mayores en países con unas tasas altas de viudez, unas tasas de fertilidad decrecientes y un aumento de la emigración (524). La mayoría de la evidencia tiende a sugerir niveles más bajos de soledad en los países individualistas en comparación con los colectivistas (18) aunque hay alguna evidencia de lo contrario (525,526). Otros estudios evidencian que medir el individualismo-colectivismo en el individuo (en lugar de país) revelan hallazgos mixtos (523,527). Sin embargo, poco sabemos acerca de cómo el colectivismo a nivel individual (es decir, la percepción de uno mismo o del entorno social de uno como colectivista) está relacionado con la soledad (275). Dado que el individualismo y el colectivismo implican diferentes ideales acerca de cómo deben integrarse los individuos en las relaciones sociales, pueden implicar distintos riesgos de soledad. En una revisión sistemática reciente, Chawla y cols. (40) estudian la prevalencia de la soledad entre las personas mayores en países con ingresos altos y de los 31 estudios revisados encontraron prevalencias de soledad mayores del 45% en 8 estudios (155,397,425,519,520,528-530). De entre ellos, destacar el estudio de Tan y cols. (530) realizado en 2.169 ciudadanos de cinco países europeos (Reino Unido, Grecia, Croacia, Países Bajos y España), de más de 70 años de edad y que viven de forma independiente. Se evaluó la soledad con la escala de De Jong Gierveld y la prevalencia encontrada fue del 46%, muy similar a la de nuestra muestra.

Johnson y Mullins (325) enfatizan el efecto del sistema de valores de una nación sobre la soledad con el siguiente modelo: valores culturales-personalidad-expectativa de interacciones sociales-soledad. Crean el concepto de "umbral de soledad" para describir "el nivel mínimo de contacto social que se necesita para que una persona evite la experiencia subjetiva de la soledad". Si tal umbral existe, una nación con un umbral de soledad más bajo tendría un porcentaje más alto de personas que reportan soledad. Una ilustración del efecto de los valores culturales sobre la soledad es el estudio de Jylhä y Jokela (523), que sugirió que los sentimientos de soledad eran más frecuentes en áreas donde vivir solo era más raro y donde los lazos comunitarios eran más fuertes. En un intento por comprender las diferencias entre distintas áreas, el artículo analiza el papel de la comunidad y la familia en dos áreas seleccionadas: la ciudad industrial de Tampere en Finlandia y la Grecia rural. Destacar el nivel inusualmente alto de soledad informado por los ancianos griegos que se hace evidente al señalar que el concepto de 'privacidad', tan central en los anglosajones, era ajeno a la cultura de las personas mayores en Grecia (el idioma griego ni siquiera tiene una palabra para el concepto

inglés de 'privacidad'; y los equivalentes más cercanos tienen connotaciones negativas). Si aceptamos la premisa de que los sentimientos de soledad expresan la relación del individuo con la comunidad, entonces también es lógico suponer que la variación transcultural en la ocurrencia de la soledad nos dice algo sobre la forma en que las relaciones sociales de las personas están organizadas en diferentes sociedades. Con el desarrollo histórico de las sociedades humanas, las formas de interacción e incluso las personalidades individuales, ocurren cambios en los patrones de soledad.

5.2.2. Asociación entre edad y el sentimiento de soledad.

La soledad afecta a personas de todas las edades, pero a menudo se asocia con la vejez. Las pérdidas asociadas a la edad y la disminución de la salud están relacionadas con la pérdida de contactos sociales, lo que a su vez puede conllevar a un mayor riesgo de soledad. La suposición de que la soledad es un problema específico de las personas mayores encuentra sólo un apoyo parcial (18).

La idea de que la soledad está más extendida entre los grupos de mayor edad se respalda en varios hallazgos. Estudios transversales han demostrado que en la vejez, el número de compañeros sociales (531), así como la frecuencia de los contactos sociales (532), está reducido. Las oportunidades de contacto social están limitadas por la muerte de compañeros, por la pérdida de roles sociales (e.g., como resultado de la jubilación) y por limitaciones físicas, como deficiencias sensoriales que limitan la comunicación o limitaciones de movilidad que impiden visitar a amigos y familiares. Las oportunidades de interacción social también disminuyen con la viudez. La proporción de tiempo que las personas mayores de 65 años pasan solas es del 48% de su tiempo de vigilia, significativamente mayor si se compara con los grupos de edad más jóvenes (303). En la vejez disminuye el número de personas en las que se puede confiar para recibir apoyo emocional (533), aunque, en comparación con la proporción de relaciones no tan cercanas, la proporción de relaciones emocionalmente cercanas parece disminuir menos con la edad (531). La soledad puede ser mayor en la vejez porque las personas mayores son menos optimistas de que desaparecerá y porque los adultos mayores pueden atribuir la soledad en mayor medida a factores estables e irreversibles. Todos estos hallazgos sugieren que la soledad es probable que sea más frecuente en la vejez.

En cambio, varias razones también hablan en contra de un aumento de la soledad en la vejez. Primero, en base a la teoría de la selectividad socioemocional, Carstensen (534) sugirió que las personas mayores seleccionan para sus contactos sociales aquellas personas que generan emociones positivas y fortalecen la personalidad y autoestima del individuo. Aquellos contactos que se centran sólo en proporcionar información se vuelven menos importantes y es más probable que se eliminen. Es decir, aquellos contactos que tienen más posibilidades de contrarrestar el sentimiento de soledad son también los contactos que tienen más posibilidades de mantenerse. A lo largo de la vida, las personas pueden diferir en la cantidad de contactos que necesitan para no sentirse solos. Los adultos mayores son más propensos que los adultos más jóvenes a estar satisfechos con la calidad del contacto con sus hijos adultos (532) y con la reciprocidad del intercambio social. Esto puede ser debido porque las cohortes de mayor edad tienen expectativas más razonables, que pueden cumplirse más fácilmente (535). Además, las diferencias de cohorte también pueden desempeñar un papel. Las cohortes de mayor

edad en Europa, por ejemplo, que han sobrevivido a una o ambas guerras mundiales o en España a la guerra civil, han experimentado una serie de pérdidas que pueden permitirles ver las deficiencias actuales como menos graves en comparación con las pérdidas anteriores. Así, las razones de una menor prevalencia de soledad en la vejez se aplican principalmente cuando las pérdidas sociales y las limitaciones de salud no son abrumadoramente perjudiciales para satisfacer un nivel mínimo de necesidades sociales.

En nuestra muestra, dentro de los factores sociodemográficos, se objetiva un coeficiente de soledad más alto a mayor edad, siendo mayor en los participantes de 83-99 años y teniendo 1,989 (ESTE II) o 1,712 (UCLA) veces más riesgo de sufrir soledad que las del rango de 72-82 años y lo mismo de las de este rango con respecto a las de 62-71 años. Tras realizar la regresión logística multinomial, encontramos que las personas del rango 83-99 años tienen 1,555 (ESTE II) o 1,978 (UCLA) veces más riesgo de sufrir un nivel alto de soledad con respecto al nivel bajo que las del rango 72-82 años y lo mismo de las de este rango con respecto a las de 62-71 años.

En la mayoría de estudios la edad avanzada fue un factor de riesgo para la soledad (16,28,34,66,126,185,187,212,368–371,536), pero muchos estudios, como hemos comentado, han mostrado que la relación no es tan sencilla. Yang y Victor (21) describieron dos modelos genéricos de esta relación. El primer modelo se basa en que el riesgo de soledad aumenta con la vejez, porque las condiciones asociadas a la soledad ocurren con más frecuencia a medida que aumenta la edad (por ejemplo, la jubilación, los problemas crónicos de salud, la pérdida del cónyuge y los cuidados a largo plazo) (21). Este primer modelo describe una relación lineal entre la soledad y la edad, con un incremento a lo largo de la vida. En los estudios en que se ve esta asociación inversa entre edad y soledad (31,186,192,382,537), las muestras generalmente tenían una edad media más baja, de alrededor de 68 años, e incluyendo participantes de 50 años y con un alto porcentaje de menores de 80 años. Las asociaciones entre la vejez y la soledad se observa en gran medida con muestras con edades medias mayores que oscilaban entre 71 y 81 años (185). El segundo modelo se hace eco de los teóricos de la soledad que conceden especial importancia a la adolescencia (63) y los resultados de un estudio de Nueva Zelanda que sugiere que los índices de soledad pueden estar elevados tanto en la adolescencia como en la vejez (538). En consecuencia, este segundo modelo describe una relación no lineal sino en forma de U entre la soledad y la edad. La soledad es mayor entre los jóvenes y en las personas mayores. En un estudio nacional realizado por Victor y Yang (539) entre 2.393 adolescentes y adultos británicos (de 15 a 97 años) corroboró la existencia de una relación en forma de U, en la que los menores de 25 años y los mayores de 65 presentaban los niveles de soledad más elevados, al igual que en el estudio de Lasgaard y cols (298). Posteriormente en el metaanálisis de Pinquart y Sörensen (16) también se concluyó que hay una asociación en forma de U entre la edad y la soledad objetivando un nivel de soledad alto a los 60 años, menor en aquellos entre 60 y 80 años, y aumentando de nuevo en personas mayores de 80 años de edad.

Por tanto, nuestra muestra se trata de con una población envejecida con una edad media de 77,32 (SD: 8,964) con un 65,5% de participantes mayores de 72 años (por tramos de edad corresponden: 34,5% de 62-71 años, 32,4% de 72-82 años y 33,1% de 83 a 99 años), lo que se ajusta a lo descrito en la literatura que sugiere que la soledad es más común entre los muy ancianos (18).

5.2.3. Asociación entre el sexo y el sentimiento de soledad.

Al igual que con la edad, existen razones a favor y en contra de la suposición de que las mujeres reportarán más soledad que los hombres.

Las razones a favor son que las mujeres tienen más probabilidades de verse afectadas por la viudez que los hombres y durante más años. Es más probable que las mujeres asuman un papel de cuidadoras de su cónyuge anciano que los hombres. Incluso entre las mujeres casadas, existe un mayor riesgo de soledad cuando están cuidando a un cónyuge discapacitado por la menor probabilidad de tener contactos con familiares y otras relaciones sociales (540). Además, las mujeres pueden verse limitadas a la hora de establecer y mantener contactos sociales no familiares por el rol de amas de casa, mientras que los hombres pueden haber tenido más oportunidades de establecer tales contactos a través de su empleo. Los hombres y las mujeres también pueden percibir sus relaciones de manera diferente. Por ejemplo, en comparación con las mujeres, los hombres perciben los intercambios maritales de forma más positiva (532). Debido a que la socialización de las mujeres se enfoca más fuertemente en el mantenimiento de lazos sociales, es más probable que los déficits en el contacto social conduzcan a niveles más altos de soledad subjetiva. Además, las mujeres a menudo están más dispuestas que los hombres a admitir sentimientos negativos (521), lo que también puede conducir a mayores informes de soledad en las mujeres. De hecho, admitir la soledad está menos aceptado socialmente en los hombres que en las mujeres (521,541).

Las razones en contra de que los niveles de soledad son más altos en las mujeres mayores son, en primer lugar, que, en comparación con los hombres, las mujeres tienden a ser más extrovertidas, lo que puede generar menos dificultades para establecer relaciones cercanas (39); y segundo, que, en relación con los hombres, las mujeres tienen redes sociales más grandes (542) y de mayor calidad porque mantienen un mayor número de relaciones emocionalmente cercanas y dan y reciben más apoyo (543,544). Las mujeres son más propensas que los hombres a mencionar a sus hijos, familiares y amigos como fuentes de apoyo, mientras que los hombres suelen mencionar solo o principalmente a su cónyuge (532). Además, las mujeres parecen reportar una mayor satisfacción con su red social.

En consecuencia, las diferencias de género en la soledad son contradictorias. Tanto en estudios previos (95,276), como en un amplio número de estudios más recientes encuentran asociaciones entre el género y la soledad, donde las mujeres son más propensas a sentirse solas que sus homólogos masculinos (2,16,28,31,34,66,126,187,298,369,371,545). Las mujeres entre las edades de 60 y 80 años informaron niveles más altos de soledad que sus correspondientes pares masculinos en un metaanálisis de 149 estudios de varios países (16). Más mujeres (19%) que hombres (12%) informaron sentirse solos en una muestra de 654 personas mayores de 65 años (198). En un estudio de personas mayores de 75 años, el 38% de las mujeres se sentían solas en comparación con el 24% de los hombres (276). Con menor frecuencia en algunos estudios no encuentran diferencias de género o incluso encuentran que los hombres presentan más soledad que las mujeres (66,376,521,546).

En nuestra muestra no se encontraron diferencias reseñables respecto al género ni tampoco al correlacionarlo con los tres niveles de soledad (bajo, medio y alto). El hecho de que la soledad sea percibida de distinta forma entre varones y mujeres y que hemos utilizado escalas indirectas para medir la soledad (escala ESTE II y UCLA) podría explicar que no hayamos encontrado diferencias respecto al género. Una explicación que se ha ofrecido para los efectos de género discrepantes es que las diferencias de género en la soledad se observan cuando se les pide a los encuestados que califiquen como se sienten de "solos", en cuyo caso las mujeres informan que se sienten más solas que los hombres porque son más propensas a admitir que están solas (521). Los hombres tienen dificultad para expresar sus sentimientos y admitir la vulnerabilidad y por tanto niegan su soledad porque perciben la soledad como un fracaso social y personal (277). En nuestro estudio, utilizamos medidas indirectas (escala ESTE II y escala UCLA), donde no se hace referencia a la soledad para reducir el sesgo de respuesta. En el estudio de Nicolaisen y Thorsen (23) concluyen que cuando se usa una medida directa, la soledad es más frecuente entre las mujeres y cuando se utiliza la Escala De Jong Gierveld (indirecta), la soledad es más frecuente entre los hombres. Además, tanto la escala ESTE II como la escala UCLA se centran en la calidad de las relaciones sociales. Se ha encontrado que hombres y mujeres difieren en sus niveles de necesidad de apoyo social, estando las mujeres más preocupadas por la intimidad y los hombres más por los lazos de amistad (547). Las relaciones y la calidad de las relaciones pueden ser más centrales para la vida de las mujeres en comparación con los hombres (548,549). Dado que los hombres tienen frecuentemente menos intimidad y menores lazos interpersonales satisfactorios, en las escalas que miden la calidad de las relaciones sociales los hombres pueden manifestar más soledad (521).

También puede influir nuestra cultura mediterránea que se centra fundamentalmente en la convivencia en familia y con gran importancia de las relaciones sociales. Hasta los años 80 del siglo XX, el modelo de familia tradicional o clásica era el predominante, donde cada miembro de la familia tenía unos roles o funciones bien definidos, siendo el padre el principal proveedor del sustento de la familia y las madres dedicadas a la casa y cuidado de los hijos. Además las mujeres de todas las edades son más propensas a tener relaciones de más confianza que los hombres y es más probable que estas sean fuera del ámbito familiar, mientras que un hombre es más frecuente que sea más confidente con su esposa (367).

Si examinamos la distribución por género de quienes se describen a sí mismos como que se sienten 'a veces' solos, entonces hay un claro predominio de las mujeres (298,550). Dos estudios basados en modelos multivariantes realizados en el norte de Gales (71) y Georgia, EE. UU. (551) no pudieron demostrar una relación entre la soledad y género una vez que se tomaron en cuenta otros factores como la viudez y las enfermedades crónicas. En un metaanálisis más reciente, Pinquart y Sorensen (16) sugirieron que la soledad es más común entre las mujeres mayores que entre los hombres y esto puede estar asociado con las mayores pérdidas tales como la viudez o los problemas de salud severos en el cónyuge. Nuestro hallazgo de no encontrar diferencias respecto al género en la soledad puede atribuirse, en parte, a las características de las escalas de medición utilizadas (escala ESTE II y escala UCLA) y el hecho de que la soledad sea percibida de distinta forma entre varones y mujeres.

Los estudios también muestran que las diferencias de género en la soledad varían según el estado civil. En el estudio de Holmén y cols. (552) encontraron que las mujeres reportaron significativamente más soledad, tanto social como emocional, que los hombres. Sin embargo, cuando se controlaron los atributos sociodemográficos y de salud, la prevalencia de soledad social y romántica fue similar para hombres y mujeres. De hecho, ser un hombre viudo fue un predictor más fuerte de soledad familiar que ser una mujer viuda. Esto puede deberse al hecho que las mujeres juegan un papel fundamental en el matrimonio para iniciar y mantener los contactos familiares. En cambio, los hombres confían en su cónyuge para el mantenimiento de las relaciones familiares, lo que puede explicar que la soledad familiar es relativamente frecuente entre los hombres viudos (373,474). A destacar el estudio de Pinquart (553) que estudió los predictores de soledad en adultos casados, viudos, divorciados y solteros encontrando que los adultos mayores solteros, los hombres tenían mayor soledad que las mujeres, mientras que en los casados sólo se encontraron pequeñas diferencias de sexo en soledad. Además, los viudos tenían más soledad que las viudas incluso después de controlar las diferencias por sexo.

En nuestro estudio, debemos señalar que solo encontramos diferencias de género respecto a la soledad cuando analizamos la confluencia de sexo y convivencia. Tras realizar la regresión logística, encontramos que la confluencia de sexo masculino y convivencia sin pareja evidencia que los hombres tienen 4,047 veces en la escala ESTE II y 2,501 veces en la escala UCLA más riesgo de caer en un estado clínico de soledad que las mujeres en esa situación. Los hombres viudos tienen en la escala ESTE II 2,749 veces y en la escala UCLA 2,562 veces más riesgo de sufrir un estado clínico de soledad que las mujeres, en cambio las mujeres casadas o que viven en pareja, en el tramo medio-alto de la escala de soledad ESTE II, tienen 1,713 veces más riesgo de caer en un estado clínico de soledad que los hombres en esta misma situación. Y respecto a los separados/divorciados no existen diferencias de género.

Otro factor que puede influir es la interacción de la edad y el género en el sentimiento de soledad. En algunos estudios, dada la relación confusa entre la edad y el género, solo se ha encontrado relación significativa entre la edad avanzada y el género femenino y la soledad en análisis bivariados, pero no en análisis multivariados (2,28,31,187,369,370). Por ello, analizamos los participantes del tercer tramo de edad (83-99 años) para ver si existía mayor vulnerabilidad social en las mujeres de mayor edad. En este grupo se encontraban 332 personas, con un alto porcentaje de mujeres que correspondía al 73,19% (n=243) frente a hombres con un 26,81% (n=89). Tras realizar la regresión logística se observó que hay mayor porcentaje de hombres que de mujeres afectados de soledad en el grado medio-alto; 83,1% frente a 79,1% para la escala ESTE II, $p=0,119$ y 71,9% frente a 70% para escala UCLA; aunque las diferencias no fueron significativas en ninguna de las dos escalas ($p=0,119$ en la escala ESTE y $p=0,216$ en la escala UCLA).

En la Región de Murcia, la población mayor de los 60 años a fecha 1 de enero de 2021 era de 302.588 personas, siendo 135.926 hombres (44,92%) y 166.660 mujeres (55,08%), lo que supone 30.734 mujeres más, es decir, un 22,61% más de mujeres. Aplicando los porcentajes de soledad de ambas escalas (Escala ESTE II: porcentaje de hombres en el nivel medio-alto de soledad: 50% y porcentaje de mujeres en el nivel

medio alto de soledad: 53%.; Escala UCLA: porcentaje de hombres en el nivel medio-alto de soledad: 50,3% y porcentaje de mujeres en el nivel medio alto de soledad: 46,8%) y extrapolando los datos del estudio a la población general vemos que en la escala ESTE II hay 67.963 hombres y 88.330 mujeres que están afectados de soledad y en la escala UCLA hay 68.004 hombres y 77.997 mujeres, correspondiendo a 20,367 y 9.993 más mujeres afectadas de soledad que los hombres en las escalas ESTE II y UCLA, respectivamente. Es decir, se observa que hay entre 10.000 y 20.000 más mujeres afectadas de soledad, que hombres en la población de Murcia. Si analizamos los porcentajes de soledad del nivel alto para hombres y mujeres en la escala ESTE II son: hombres: 23% y mujeres 16,4% y en la escala UCLA: 21,3% hombres y 16,9% mujeres. Extrapolando estos datos de nuestro estudio a la población general encontramos que hay 3.931 y 787 hombres más afectados de soledad del nivel alto que mujeres en la escala ESTE II y UCLA, respectivamente. Lo que quiere decir que hay entre 800-4000 más hombres afectados de soledad en nivel alto que mujeres.

La experiencia de soledad entre las personas mayores es compleja y está influenciada por muchos factores. Estos incluyen el aumento de la edad, los cambios en el estado civil, los ingresos, la salud, los contactos con amigos y familiares, y el tipo y lugar de residencia. Un metaanálisis reciente (554) examinó las diferencias de género en la soledad a lo largo de la vida encontrando un resultado significativo donde los hombres son ligeramente más solitarios que las mujeres. También se ha demostrado que las personas mayores experimentan diferentes tipos de soledad y que la soledad romántica es la más frecuente. El nivel relativamente alto de soledad romántica identifica la importancia de las relaciones cercanas e íntimas a lo largo de la vida. A diferencia de la soledad social, la soledad romántica no se puede remediar fácilmente mediante la participación en una red social; entre las personas mayores esta forma de soledad puede persistir independientemente de si uno es viudo o soltero. La calidad de las relaciones sociales y familiares no pueden proteger a una persona mayor de la experiencia de la soledad romántica (66). La diferenciación de la soledad social y emocional se deriva de "la noción de que la soledad se manifiesta de manera diferente según el contexto en el que no se satisfacen las necesidades de un individuo" (63).

Los estudios longitudinales que examinan los predictores de cambios en la soledad y las diferencias en las trayectorias de la soledad a lo largo del tiempo mejorarán la comprensión de la investigación sobre los factores que contribuyen a las diferencias de género en la soledad. Por ejemplo, las diferencias de soledad entre hombres y mujeres en un momento dado pueden atribuirse a las diferencias de género y a los precursores de la soledad que precedió la evaluación (por ejemplo, divorcio y/o viudez que ocurrió antes en un género que en el otro, o diferencias de género en los años siguientes a la jubilación o cambios por ingreso en una residencia de adultos). Esta hipótesis habrá de ser valorada en futuras investigaciones longitudinales que examinen los cambios en la soledad en función de los cambios en las circunstancias de la vida y el estado psicosocial. Independientemente de las diferencias de género en la soledad, hay una diferencia de género significativa en los correlatos de la soledad: el número de eventos de la vida tuvo una mayor asociación con la soledad en las mujeres que en los hombres. Esta única interacción significativa de género habla del argumento de Tornstam (555) de que las diferencias de género en la soledad pueden atribuirse a las diferencias de género en las reacciones al estrés. Pero se precisa de una replicación del

estudio utilizando una muestra más grande de hombres y mujeres, un examen más detallado de los tipos de eventos de la vida experimentados por hombres y mujeres, y evaluaciones subjetivas de la intensidad del estrés.

5.2.4. Asociación entre el estado civil y el sentimiento de soledad.

El estado civil es un contribuyente importante a la soledad. En nuestro estudio se observó que el orden de riesgo de sentir más soledad, de mayor a menor fue: 1. Viudo/a - 2. Soltero/a -3. divorciado/separado -4. casado-pareja.

En la mayoría de los estudios examinados, el estado de soltería en adultos mayores es consistentemente el principal factor de riesgo para la soledad (2,31,31,66,126,190,192,374,376,386,536), y en menor frecuencia la viudez (22,34,186,187,369,371,395). Esto podría explicarse porque la experiencia de soledad en las personas solteras incluye sentimientos de inadecuación social y de desconexión, además de sentimientos de fracaso personal e incompetencia debido principalmente a los prejuicios sociales con respecto a los solteros (277). En el estudio de Cohen-Mansfield y cols. (386) se observó que el predictor de soledad más potente fue el estado civil, encontrando que las personas casadas están de forma significativa menos solas que las personas solteras, hallazgos concordantes con estudios previos (556). El papel de la variable estado civil, sin embargo, puede ser complejo. El impacto del estado civil sobre la soledad podría ser directo, a través de la compañía que brinda el cónyuge o a través de la red social del cónyuge (557). También, la influencia del estado civil sobre la soledad podría ser indirecto, a través de los múltiples correlatos del estado civil. Las personas casadas tienen más probabilidades de tener hijos, quienes tienen más probabilidades de ser parte de la red de apoyo social de sus padres. Además, las personas casadas eran más saludables en todos los indicadores de salud, lo que les permitía tener una mayor movilidad y ser más capaces de participar en actividades sociales. Diferentes variables explicaron la soledad entre casados y solteros. Entre los casados, las personas más solitarias tendían a experimentar más eventos traumáticos, tenían más visitas al médico y tenían peor función cognitiva. En contraste, entre los solteros, la soledad fue mayor en aquellos con dificultades financieras, mala salud y menor apoyo de las redes sociales.

Además se ha demostrado una mayor longevidad de las personas casadas en comparación con las personas solteras (558). Las personas divorciadas, especialmente los hombres divorciados, tienen las tasas de mortalidad más altas entre los grupos de solteros de los respectivos géneros; el exceso de mortalidad de las personas solteras en relación con la de los casados ha aumentado en general durante las últimas décadas. También los divorciados y las personas viudas tienen un riesgo particularmente alto de morir, en relación con personas casadas de la misma edad. Se sugiere que cuando mayor sea la tasa de personas que nunca se casan o que se divorcian, mayor serán las tasas de mortalidad debido al proceso de selección que opera con las personas solteras y divorciadas.

5.2.4.1. Viudo/a

La viudez se ha asociado con mayor soledad en muchos estudios (22,34,66,186,187,369,395). Y dentro de este grupo, las mujeres mayores se consideran

un grupo de alto riesgo, dado que aumenta la proporción de viudas en función de la edad. Es decir, en el tramo de mayor edad hay mayor proporción de mujeres viudas. En nuestro estudio el grado de soledad es mayor en las personas viudas que representan el 42,8% de la muestra, subrayando el profundo impacto que tiene la pérdida de una pareja (95,559–562). Y dentro del grupo viudo/a la frecuencia de viudez era mayor en las mujeres: 77,9% (n=334) eran mujeres frente al 22,1% (n=95) de hombres.

Dadas las diferentes situaciones de vida de las mujeres y los hombres mayores, se puede esperar que los predictores de soledad varíen según el género. Quizás lo más importante es que, en promedio, las mujeres viven más que los hombres y tienden a casarse con hombres mayores que ellas, lo que significa que las mujeres tienen más probabilidades de enviudar y a una edad más temprana que los hombres (563). Además, ser viudo puede no tener las mismas implicaciones para las mujeres que para los hombres. Por ejemplo, se ha demostrado que las mujeres tienen niveles más altos de contactos sociales con familiares, amigos y vecinos (550,564), lo que puede aliviar algunos de los efectos negativos de la viudez. También se ha demostrado que la viudez tiene más efectos negativos para la salud en los hombres que en las mujeres (563,565), lo que también puede afectar a la soledad. En cambio, los problemas de salud y las limitaciones de movilidad son más comunes entre las mujeres mayores que entre los hombres (563). Se ha encontrado que la viudez está asociada con una mayor vulnerabilidad a la soledad en las mujeres (278) y los adultos mayores la informan como una de las principales causas subjetivas de sus sentimientos de soledad (369). Por tanto, podemos concluir que las mujeres mayores que viven solas parecen ser especialmente vulnerables a desarrollar sentimientos de soledad, dada su alta prevalencia.

En algunos estudios se demuestra que el riesgo de soledad es mayor en hombres viudos (1,185,529), para quienes la probabilidad de estar solos es cuatro veces más respecto a las mujeres viudas. En los hombres, esta pérdida del cónyuge puede agravarse por la relativa falta de red social, dado que está más centrada en la pareja y por tanto, tras la viudez, no son capaces de compensar con otros vínculos (367). Además, los viudos viven solos por períodos más cortos que las viudas, y tienen menos tiempo para adaptarse a vivir solos. Y es menos probable que los contactos con hijos adultos, hermanos y amigos compensen la pérdida del cónyuge de los viudos (553). En nuestro estudio también encontramos que los hombres viudos tienen en la escala ESTE II 2,749 veces y en la escala UCLA 2,562 veces más riesgo de sufrir un estado clínico de soledad que las mujeres viudas. También analizamos las personas en el tercer tramo de edad (83-99 años) y situación de viudedad que correspondía a 242 personas: 58 (23,97%) del sexo masculino y 184 (76,03%) del sexo femenino. Encontramos que, en ambas escalas, el porcentaje de soledad medio-alto es mayor en los hombres siendo estadísticamente significativo en la escala ESTE II ($p < 0,05$), pero no en la escala UCLA ($p = 0,79$).

La muerte de un cónyuge es una experiencia común en la vejez, y predice un aumento inmediato del riesgo de mortalidad para los cónyuges sobrevivientes (565,566). El "efecto de viudez", que describe el aumento de la probabilidad de muerte entre aquellos que experimentan un duelo reciente, es bien conocido. Este "efecto de viudez" se ve en el duelo tanto de hombres como mujeres, en todas las edades y en

cualquier distribución geográfica pero es mayor en el mundo occidental industrializado (558,567–569). Estudios longitudinales sitúan el exceso de riesgo de muerte a largo plazo asociado con la viudez en comparación con el matrimonio en alrededor de un 15% neto respecto a los controles, mientras que las estimaciones de los efectos a corto plazo durante los meses inmediatamente después del duelo oscilan entre 50% y 90% (570–572).

5.2.4.2. Soltero/a

Mientras que los adultos mayores casados, la mayoría de las necesidades de contacto son satisfechas por el cónyuge, los que nunca se casaron se benefician principalmente de un contacto de alta calidad con hermanos, amigos y vecinos. Esto se debe a que los adultos solteros tienen menos probabilidades de tener hijos y, por lo tanto, carecen de esta fuente para satisfacer sus necesidades de contacto y buscan otras relaciones sociales para prevenir o reducir la soledad (553).

Tras la viudez, el siguiente factor predictor de soledad en nuestro estudio fue ser soltero. Tras analizar la interacción entre el género y la convivencia/estado civil en la regresión logística binomial se encontró que el hombre sin pareja tiene mayor riesgo de soledad. Los hombres sin pareja tienen 4,047 y un 2,501 veces más riesgo de caer en un estado clínico de soledad que las mujeres con significado estadístico según las escalas ESTE II y UCLA, respectivamente. Tras la regresión logística multinomial comparando los grados de soledad medio y alto con el nivel bajo, se encuentra una interacción estadísticamente significativa entre el sexo y la convivencia o el estado civil encontrando que la confluencia del sexo masculino y la convivencia o estado civil sin pareja siempre muestran unos OR más elevados. Al analizar sólo los datos del grupo soltero/a de nuestra muestra observamos que tanto en porcentajes como en números absolutos (UCLA), hay más hombres solteros en riesgo medio alto de soledad.

Los estudios muestran que las diferencias de sexo en la soledad varían según el estado civil. Los solteros indicaron sentirse más solos que los casados (573) o aquellos sin pareja (516). En adultos mayores solteros, Pinquart (553) también encontró mayor soledad en los hombres que en las mujeres, mientras que en los casados sólo se encontraron pequeñas diferencias de sexo en soledad. Hallazgo concordante con el estudio de Greenfield y Russell (537), donde sugieren que vivir solo, además de ser soltero y vivir con otros familiares/amigos, es el factor de riesgo más destacado de soledad entre los hombres, mientras que ser soltero y vivir con niños es un factor de riesgo más destacado de soledad entre las mujeres. Las mujeres que nunca se casaron tenían redes marginalmente más grandes de amigos y vecinos, asistían a la iglesia con más frecuencia y se sentían menos solas que los hombres que nunca se habían casado (198).

5.2.4.3. Divorciadas/separadas

El siguiente en orden de soledad en nuestro estudio estarían las personas divorciadas/separadas. Las personas que se divorcian a menudo experimentan sentimientos de soledad, pero estos sentimientos varían dependiendo del tiempo que haya pasado desde el evento y también de los rasgos de personalidad. Así para los divorciados a corto plazo (hasta 2 años después del divorcio), una mayor extroversión y

amabilidad y un menor neuroticismo se asociaron con niveles más bajos de soledad. Para los divorciados a largo plazo (2-5 años después del divorcio) y para los que permanecieron casados, la extroversión fue igualmente importante para la soledad. Tener a alguien que ayude a superar el divorcio benefició a los miembros de ambos grupos de divorciados y una nueva pareja se relacionó con menor soledad, pero solo en el grupo de divorciados de larga duración (574). Entre los divorciados, los que conceden gran importancia a tener una pareja tienden a tener los niveles de soledad emocional más altos (384). Esto puede deberse, porque durante su matrimonio anterior, los adultos divorciados pueden haber satisfecho la mayoría de las necesidades de contacto con su cónyuge y al perderlo sienten que no es suficientemente compensado por el apoyo que ofrecen hermanos amigos o vecinos.

También hay diferencias de género, siendo los hombres divorciados más propensos a sufrir de soledad emocional que las mujeres (564). Los hombres divorciados son más propensos que las mujeres a la soledad social dado que a los hombres les resulta más difícil vivir una vida sin pareja. En parte, la mayor vulnerabilidad de los hombres divorciados a la soledad social se debió a que tenían redes de apoyo más pequeñas. Las mujeres son más capaces de construir nuevas redes después del divorcio o pierden menos contactos como resultado del divorcio. También es concebible que estas mujeres tuvieran redes sociales más grandes y variadas antes de que se rompieran sus matrimonios (564). Este hallazgo de redes de apoyo más grandes para las mujeres casadas que para los hombres casados, se describe a menudo en la literatura (575,576). El mayor nivel de soledad emocional entre los hombres divorciados en comparación con las mujeres divorciadas también concuerda con la opinión de que la vida sin pareja es más difícil para los hombres que para las mujeres. Es interesante notar que cuando se tuvo en cuenta el enfoque en la pareja, las mujeres divorciadas eran más propensas a la soledad emocional que sus contrapartes masculinas. Aparentemente, la explicación de las diferencias en la soledad emocional entre las mujeres divorciadas debería buscarse en factores distintos a la orientación de pareja que podrían incluir sentimientos de dolor, decepción, impotencia o de tener poco margen para una vida mejor. Todo esto expresa que tener que arreglárselas solo no es fácil (564).

5.2.4.4 Casado/a

El estar casado se considera un factor protector en la mayoría de estudios. La asociación entre el estado civil y el bienestar ha muy sido estudiada (577). La explicación de que las personas casadas experimentan menos angustia psicológica y más felicidad que las personas solteras, viudas o divorciadas se debe a tres hipótesis: 1) la protección del matrimonio, 2) la explicación de la pérdida y 3) la explicación de la selección marital, no excluyentes entre sí (578).

1.- La primera hipótesis sería la protección del matrimonio. Se propone que factores como el ambiente familiar (e.g. financiero, vivienda), social (e.g. manutención del cónyuge y compañía) y psicológicos (e.g. autoestima y autoeficacia) asociados con el matrimonio pueden hacer que el estado de casado sea más feliz que el estado de soltero. Por ejemplo, Johnson y Wu (579) encontraron evidencia de que las personas divorciadas que vivían en pareja reportaron niveles de sufrimiento similares a las personas casadas, lo que sugiere que el apoyo del cónyuge podría explicar los mayores

niveles de bienestar en las personas casadas. Sin embargo, el matrimonio es protector sólo cuando el matrimonio tiene una calidad mínima. De hecho, las personas en matrimonios tensos pueden en realidad estar peor que las personas solteras. Generalmente se ha considerado que los hombres se benefician más del matrimonio que las mujeres, porque los roles tradicionales de las mujeres dentro matrimonio (ama de casa y cuidadora) son menos satisfactorios que los roles de los hombres (proveedor de recursos financieros y tutor). Sin embargo, esto es controvertido (580) y en caso de que los hombres se beneficien más del matrimonio que las mujeres, esta diferencia puede ser menor cuando hombres y mujeres superan la edad de jubilación, porque sus roles se parecen más. El apoyo social y la compañía proporcionados por un cónyuge pueden ser más importantes en etapas finales de la vida (581), porque el tamaño de la red social de las personas disminuye con la edad (582,583). Por lo tanto, podemos esperar que la explicación de la protección del matrimonio sea menos plausible para las personas mayores que para las más jóvenes dada la mayor proporción de viudez en las personas mayores. Además, la diferencia de sufrimiento entre las personas casadas y las personas que siempre han sido solteras es mayor en los jóvenes que en los mayores (584). Las personas mayores que siempre han sido solteras, particularmente las mujeres, parecen haber invertido más en otros tipos de relaciones sociales que pueden proporcionar beneficios similares (585,586). Los pocos estudios publicados de personas mayores sugieren que la diferencia de sufrimiento entre las personas casadas y las personas que siempre han sido solteras es pequeño, especialmente entre las mujeres (198,584,587). Sin embargo, es importante señalar que ninguno de estos estudios tuvo en cuenta la calidad del matrimonio.

2.- La segunda hipótesis sería la explicación de la pérdida. Se sugiere que la diferencia en el bienestar entre personas casadas y solteras puede deberse a la reducción del bienestar asociado con la pérdida de una persona importante (588). Las rutinas cotidianas y el estilo de vida desarrollado a lo largo del tiempo por personas que han estado siempre solteras, que no se generaron con un cónyuge, continúan relativamente estables. De acuerdo con esto, una serie de estudios han revelado que no solo las personas casadas, sino también las personas que siempre han estado solteras tienen menos sufrimiento que las personas previamente casadas (589). Sin embargo, en realidad hay dos medios potencialmente distintos por los cuales la pérdida de un ser querido puede afectar al bienestar. El modelo de crisis, o patrón de duelo común, postula que los efectos negativos observados son principalmente temporales, mientras que el modelo a seguir, o patrón de duelo crónico, afirma que los roles de viudo y divorciado están asociados con tensiones y dificultades más permanentes. Los estudios que evalúan el sufrimiento tras el duelo han mostrado mayor evidencia del modelo de crisis (590,591). Sin embargo, en uno de los pocos estudios que incluyeron datos previos a la pérdida, Bonanno y cols. (590) encontraron un patrón de duelo común en el 10% y un patrón de duelo crónico en el 16% de los participantes viudos mayores. Sin embargo, podría haber sido difícil hacer una distinción entre estos dos patrones de duelo, porque el período de seguimiento (18 meses) fue bastante corto. Por ejemplo, otro estudio que incluyó datos previos a la pérdida mostró que, en promedio, las personas viudas se acercaron más a la adaptación completa (es decir, regresar a los puntajes previos a la pérdida) al octavo año de viudez (592). Casi el 46% de las personas viudas en el estudio de Bonanno y cols. (590) resultaron ser resilientes

(depresión baja antes y después de la pérdida). Estos adultos mayores podrían haber anticipado la muerte de su cónyuge, lo que podría haber facilitado la adaptación a su pérdida. Los investigadores han sugerido que es más difícil adaptarse a cambios “fuera de tiempo” (p. ej., viudez a una edad temprana) que a cambios “en” tiempo” (p. ej., viudez a una edad avanzada). Bonanno y cols. (590) encontraron que el patrón de depresión mejora (es decir, depresión alta antes de la pérdida, depresión baja después) en alrededor del 10% de los participantes. Este patrón puede reflejar sentimientos de alivio, porque el sufrimiento del cónyuge (e.g., enfermedad, dolor) ha llegado a su fin. De acuerdo con esto, todas las personas deprimidas que mejoraban tenían un cónyuge que estaba enfermo antes de su muerte. Desafortunadamente, Bonanno y cols. (590) no incluyeron un grupo de comparación con personas mayores que estaban casadas para distinguir los efectos del duelo de los efectos del envejecimiento. Aunque los hallazgos sobre el vínculo entre la edad y la angustia son muy inconsistentes, la mayoría de los estudios entre personas mayores de 65 años han informado un aumento en la prevalencia de depresión con la edad (593). Este puede explicarse por factores estresantes relacionados con la edad, como la acumulación de pérdidas, discapacidad física, deterioro cognitivo y comorbilidad (594).

3.- Y la tercera hipótesis es la explicación de la selección. La asociación del matrimonio y la felicidad también puede ser un asunto de procesos de selección: las personas más felices tienen más probabilidades de casarse, menos probabilidades de que se divorcien y más probabilidades de que se vuelvan a casar después del divorcio o duelo. De acuerdo con esta explicación, Lucas y cols. (592) encontraron que las personas que se casaron y permanecieron casadas durante un período de 1 a 15 años eran más felices al final del estudio en comparación al resto de encuestados.

Se podría decir que estar casado o con pareja es un factor protector para la soledad (2) pero también se ha observado que bajos niveles de intimidad en un matrimonio se correlacionan con soledad (595). Tener un cónyuge o pareja solidario en quien uno pueda abrirse y en quien uno pueda confiar tuvo una mayor relación inversa con la soledad. Sin embargo, cuando un individuo está casado o en pareja, la soledad está más estrechamente ligada con la calidad de la relación (2,383). Así, un estudio reciente asocia mayores riesgos de soledad emocional en aquellas parejas que dormían en habitaciones separadas (596). También la violencia doméstica es un predictor de soledad (250). Las víctimas de violencia doméstica reportan altos niveles de estrés, tienen un aumento de más del 50% en los problemas relacionados con el estrés y el estrés representa el 80% de los efectos indirectos del abuso en la salud física de la mujer. Entre los casados, las diferencias de género en la soledad fueron menos consistentes que entre los divorciados. Se descubrió que los hombres casados eran más propensos a la soledad social en comparación con sus contrapartes femeninas. No se encontraron diferencias de género en base al tamaño de la red de apoyo, el enfoque en la pareja o los conflictos relacionales. En los análisis bivariados, no se observaron diferencias de género en la soledad emocional entre los casados. Sin embargo, después de controlar por edad, haberse divorciado alguna vez y conflictos relacionales, se descubrió que los hombres casados eran menos propensos que las mujeres casadas a la soledad emocional. Esta diferencia de género no fue atribuible a las diferencias en el tamaño de la red de apoyo o el enfoque a nivel social. Aparentemente, para comprender las diferencias de género en la soledad entre los casados, se requiere valorar distintos

predictores (564). Con respecto a las diferencias en la soledad social, se debe observar la distinta forma en que el matrimonio estructura las interacciones sociales de hombres y mujeres (557). Las esposas, generalmente, son las organizadoras de las reuniones familiares y los eventos sociales (597), y también hay una especialización de tareas, donde los esposos se involucran en funciones instrumentales y las esposas en funciones expresivas y de crianza. Con respecto a las diferencias de género en la soledad emocional, la opinión es que los hombres obtienen más gratificaciones afectivas del matrimonio que las mujeres, lo que proporciona una pista sobre cuáles podrían ser los predictores según género. También hay que examinar más detenidamente las funciones de las relaciones de pareja. Como argumentó Antonucci (598), los hombres son más propensos que las mujeres a ver a sus parejas como su único apoyo en momentos de necesidad, y están más inclinados que las mujeres a indicar que sus necesidades de intimidad y una sensación de seguridad están suficientemente satisfechas por su pareja. En nuestra muestra se observó que dentro del grupo de casados, las mujeres casadas o que viven en pareja, en el tramo medio-alto de la escala de soledad ESTE II, tienen 1,713 veces más riesgo de caer en un estado clínico de soledad que los hombres en esta misma situación.

Como resumen, se podría mencionar el estudio de Pinquart (553) que estudió los predictores de soledad en adultos casados, viudos, divorciados y solteros. Encontraron que los contactos con hijos adultos, hermanos, amigos y vecinos mostró una relación negativa más fuerte con la soledad en solteros que en adultos casados. Sin embargo, los adultos divorciados y los viudos tenían más probabilidades de beneficiarse del contacto con los hijos mayores, mientras que los solteros que nunca se han casado y no tienen hijos se beneficiaron más de los contactos con hermanos, amigos y vecinos. Un mejor estado funcional se asoció con menos soledad en adultos divorciados, viudos y nunca casados, pero no en adultos casados. Es más, los hombres solteros mostraron niveles de soledad mayor que las mujeres solteras, mientras que sólo se encontraron pequeñas diferencias de sexo en los encuestados casados. Además, los viudos tenían más soledad que las viudas incluso después de controlar las diferencias por sexo.

5.2.5. Asociación entre convivencia y el sentimiento de soledad.

Aunque los estudios han identificado vivir solo como uno de los predictores más consistentes de soledad entre los adultos mayores (367,404), hay pocos estudios que estudien el riesgo de soledad en otros tipos de convivencia. En la mayoría de investigaciones sobre los tipos de convivencia y soledad han estudiado los niveles de soledad entre adultos mayores que viven solos con adultos mayores que viven en cualquier otro tipo de convivencia. Este enfoque analítico no permite examinar hasta qué punto los adultos mayores que residen en otros tipos de convivencia podrían estar en riesgo de soledad. Es importante examinar los vínculos entre los tipos de convivencia y la soledad dado que la composición de los hogares de las personas mayores está cambiando en los últimos años. Así, mientras que la mayoría de adultos mayores de 60 años de nuestra muestra residen con su cónyuge (37,3%) o viven solos (31,2%), una proporción considerable (31,5%) vive en otras estructuras de hogar.

Los estudios han encontrado diferencias de género en los tipos de convivencia, siendo los hombres más propensos que las mujeres a vivir con la familia, lo que refleja

en gran medida el hecho de que las mujeres tienen más probabilidades que los hombres de enviudar (599). Además, vivir solo es un mayor factor de riesgo de salud, depresión y mortalidad en hombres que en mujeres (566,600,601). Por tanto, también es importante examinar las diferencias de género entre los distintos tipos de convivencia y la soledad entre los adultos mayores. Para estimar las asociaciones entre distintos tipos de convivencia y la soledad, Greenfield y Russell (537) utilizaron una muestra de 2.888 adultos mayores de 57 años (83% de respuesta) concluyendo que en contraste con los encuestados que vivían con el cónyuge/pareja, los encuestados que vivían solos, vivían con hijos sin cónyuge/pareja y vivían con otros familiares o amigos sin cónyuge/pareja informaron más soledad. Vivir solo se asoció con mayor soledad entre los hombres que entre las mujeres, pero vivir con hijos sin cónyuge/pareja se asoció con mayor soledad entre las mujeres. En nuestro estudio existía una correlación positiva entre el siguiente orden de convivencia (1- cónyuge, pareja e hijos, 2- cónyuge-pareja, 3- hijos, 4- familiar, 5- otros, 6- solo /a) y el grado de soledad en las dos pruebas.

5.2.5.1 Vivir solo

En la Europa occidental actual, la mayoría de las personas sin pareja eligen vivir solas, aparentemente prefiriendo la privacidad a la compañía de niños u otros familiares. Vivir solo es simplemente una medida del tipo de hogar en el que vive un individuo, y no es “estar solo”, que representa la cantidad de tiempo que las personas pasan solas. La soledad no está directamente asociada con vivir solo. Muchos de los que viven solos tienen vidas socialmente activas y totalmente integradas (303); sin embargo, si es cierto, que la soledad es más común entre los que viven solos (71).

Dentro del tipo de convivencia, como en la mayoría de estudios (28,31,34,126,187,193,212,368–370,395,602), en nuestra muestra, vivir solo fue el mayor predictor de soledad. Vivir solo es, en todos los grupos de edad, mucho más común entre las mujeres que entre los hombres. El alto porcentaje de personas mayores que viven solas refleja los cambios en el hogar resultantes de la muerte de un cónyuge o su entrada en cuidados a largo plazo y la tendencia de las personas mayores y los hijos adultos a vivir de forma independiente (367). En nuestra muestra 229 (73,2%) de las que vivían solas eran mujeres y 84 (26,8%) eran hombres, siendo por tanto mayor el porcentaje de mujeres que viven solas.

Vivir solo fue un determinante importante de la soledad en hombres y mujeres (516). Sin embargo, la relación entre la soledad, el género y el hecho de vivir solo parecía ser compleja y se observan distintos patrones de soledad en función de la edad y el sexo (603). Así, en cuanto a las diferencias de género entre tipo de convivencia y soledad, los resultados indican que vivir solo está asociado con una mayor soledad entre los hombres que entre las mujeres (537). Aunque hay pocos estudios que hayan examinado las diferencias de género entre el tipo de convivencia y la soledad, este hallazgo es consistente con investigaciones previas que han examinado las asociaciones entre vivir solo y otros resultados de salud mental, como los síntomas depresivos (566,601). Hallazgo que no obtuvimos en nuestro estudio donde, a diferencia de estos estudios, no se encontraron diferencias significativas en el grado de soledad entre los hombres y las mujeres que viven solas.

5.2.5.2 Otros tipos de convivencia (vivir con hijos o familiares)

En el estudio de Greenfield y Russell (537) sugieren que vivir solo no es el único tipo de convivencia que presenta riesgo de soledad en edades avanzadas. Los adultos mayores solteros que viven con otros (por ejemplo, hijos o familiares/amigos) también muestran mayores niveles de soledad que los adultos mayores que viven con su cónyuge o pareja. Estos hallazgos indican que quizás no sea vivir solo, per se, el factor de riesgo más destacado relacionado con el tipo de convivencia y la soledad en los adultos mayores, sino vivir solo y vivir con otras personas frente a vivir con una pareja. Hallazgos que son congruentes con trabajos previos que han demostrado la primacía de las relaciones maritales y románticas sobre otros tipos de relaciones sociales para satisfacer las necesidades sociales y relacionales en la vejez (277,553).

La soledad era mayor en los vivían solos y sin hijos (516). Las mujeres solteras que viven con niños son más susceptibles a la soledad que los hombres en convivencias similares y, sin embargo, los hombres que viven con otros parientes/amigos son más susceptibles a la soledad que las mujeres en convivencias similares (537). Por tanto, se necesita más investigación para replicar estos hallazgos e identificar posibles mecanismos de intervención que puedan explicar las diferencias de género observadas para tipos particulares de convivencia, dado que representan un grupo importante de la población. En nuestra muestra correspondían a casi una tercera parte de la población estudiada (31,5%).

5.2.5.3 Vivir en pareja

Residir con un cónyuge o pareja ayuda a crear un sentido estable de seguridad y pertenencia, sin el cual una persona puede experimentar sentimientos de aislamiento social y soledad (604). En nuestro estudio encontramos que el no vivir en pareja es un predictor de soledad y los que no viven en pareja tienen un 2,379 veces (ESTE II) o 2,175 (UCLA) más riesgo de sufrir un estado de soledad que los que viven en pareja.

Pinquart (553) estudió la soledad en adultos mayores casados, viudos, divorciados y solteros encontrando que las relaciones sociales más importantes suelen implicar relaciones más duraderas y significativamente más cercanas, como la relación conyugal, la relación entre padres e hijos y la relación entre hermanos (599). Según el modelo compensatorio de apoyo jerárquico, el factor clave que determina el apoyo es la primacía de la relación. Más concretamente, los cónyuges son la principal fuente de apoyo, seguido de los hijos adultos, familiares cercanos, amigos y otros. En el matrimonio, el cónyuge satisface la mayoría de las necesidades de intimidad, apego y apoyo emocional (277). Así, la frecuencia y/o calidad del contacto con hijos adultos, hermanos, amigos y vecinos puede tener poca o ninguna influencia en la soledad de los adultos mayores casados, pero puede prevenir y reducir la soledad en los solteros. Para los solteros, los hijos adultos, si están disponibles, son una de las fuentes más importantes o incluso la fuente más importante de apoyo emocional (605). En línea con estas consideraciones, Dykstra (606) mostró que el contacto con los hijos no incidía en la soledad de los adultos mayores casados y convivientes, pero sí disminuía la soledad en los separados.

Los adultos mayores sin pareja son un grupo heterogéneo, formado por adultos viudos, divorciados y solteros. Las influencias del contacto con hijos adultos en la soledad de los adultos mayores pueden variar entre estos subgrupos de adultos mayores. Debido a que el divorcio a menudo afecta la calidad de la relación padre-hijo (607), los adultos mayores divorciados pueden beneficiarse menos del contacto con sus hijos adultos que los adultos mayores viudos que a menudo experimentan un mayor apoyo de los hijos adultos después de la viudez. Del mismo modo, es más probable que los hermanos protejan de la soledad más a los adultos mayores no casados que a los casados. La evidencia indirecta de esta suposición proviene de un estudio realizado por Wilson y cols. (608), que demostró que la relación entre hermanos era más importante en adultos mayores solteros que en los casados. Sin embargo, las relaciones entre hermanos pueden ser más importantes para los adultos mayores que nunca se han casado que para los que ya se han casado, porque para el primer grupo, los hermanos pueden haber sido la principal fuente de apoyo emocional durante muchas décadas (609), mientras que los hermanos pueden haber sido simplemente una fuente secundaria de apoyo en los encuestados casados.

Los adultos mayores a menudo recurren a amigos cuando tienen problemas y se sienten solos. Debido a que las amistades son voluntarias, sus efectos sobre la soledad pueden ser más fuertes que las relaciones familiares, que están estructuralmente determinadas. Es más probable que las amistades sean más recíprocas que las relaciones de parentesco, mientras que las relaciones de parentesco tienden a implicar más responsabilidades de cuidado y sobrecarga emocional, ser más rituales y pueden basarse en obligaciones más que en la cercanía y la calidez. Debido a que los adultos mayores tienden a desvincularse de amistades insatisfactorias, las amistades existentes tienden a tener una alta calidad relacional, mientras que incluso los lazos familiares de baja calidad en la mayoría de los casos no se suelen terminar. De acuerdo con el modelo de compensación jerárquica, los amigos son una fuente de apoyo más importante para los adultos mayores no casados que para los casados, porque los cónyuges satisfacen la mayoría de las necesidades emocionales de los adultos mayores casados. De hecho, Essex y Nam (610) encontraron una correlación negativa entre la frecuencia de ver amigos y la soledad solo en adultos mayores solteros. Sin embargo, debido al pequeño tamaño de la muestra, este efecto no fue significativo. Además, los amigos pueden ser más importantes para los que nunca se han casado que para los viudos y divorciados, quienes tienen más probabilidades de tener hijos adultos como principal fuente de apoyo.

Debido a que los vecinos están fácilmente disponibles debido a su proximidad, pueden ser cruciales para sobrellevar los sentimientos de soledad, así como para ayudar en emergencias. De hecho, en el metaanálisis de Pinquart y Sörensen (16) encontró una relación negativa más fuerte entre el contacto con vecinos y la soledad que el contacto con hijos adultos. Este metaanálisis no pudo probar si este efecto se basó principalmente en los adultos mayores solteros, que no disponen de cónyuge como principal fuente de apoyo. Además, debido a que la mayoría de los encuestados que nunca se han casado no tienen hijos, es más probable que se beneficien más del contacto con los vecinos que los adultos divorciados o viudos. Otro estudio interesante es el estudio de Chalise y cols. (611) realizado en Nepal que estudian en dos castas/etnias cual es el principal apoyo social para los ancianos y concluyen que son los hijos que viven con ellos, el cónyuge y

los amigos/vecinos. El resultado del intercambio de apoyo social muestra que los ancianos nepalíes reciben más apoyo social de los hijos con los que viven juntos y brindan más apoyo social a amigos/vecinos. Este hallazgo muestra que existe un alto grado de variabilidad transcultural en las fuentes predictoras de apoyo social sobre la soledad entre adultos mayores.

5.2.6. Asociación entre el nivel socioeconómico y el sentimiento de soledad.

Los dos indicadores de un mayor nivel socioeconómico (378) son el nivel de ingresos y la educación que están relacionados de forma inversa con la soledad (16,31,66,126,187,368,371,612), como objetivamos también en nuestro estudio. Cohen-Mansfield y cols. (185) sugieren que, en base a los estudios revisados, parece que la relación entre los ingresos bajos y la soledad es más fuerte que entre un nivel de educación bajo y la soledad. En nuestro estudio se observa una correlación negativa entre el menor nivel socioeconómico y el grado de soledad en las dos pruebas. A mayor grado de soledad menor nivel socioeconómico. Los que tienen menor nivel socioeconómico tienen un 1,413 veces (ESTE II) o 1,716 (UCLA) más riesgo de sufrir un estado de soledad que los que tienen un nivel socioeconómico alto. Tras realizar la regresión logística binomial, también encontramos que las personas con nivel socioeconómico bajo tienen 1,407 (ESTE II) o 1,478 (UCLA) veces más riesgo de sufrir soledad que las de nivel socioeconómico medio y lo mismo de estas con respecto a las de nivel socioeconómico alto.

El estatus socioeconómico (SES) es un predictor importante de una serie de efectos en la salud. Las investigaciones tratan de identificar hasta qué punto este efecto, se debe a los beneficios protectores de un nivel socioeconómico más alto o a los elementos tóxicos de un status social más bajo. Una hipótesis relativamente novedosa es que estos efectos se deben al estrés crónico que va asociado con el nivel socioeconómico (NSE) más bajo (613). Un NSE más bajo se asocia con una serie de condiciones sociales y ambientales importantes que contribuyen a una mayor carga de estrés como hacinamiento, delincuencia, contaminación acústica, discriminación y otros factores estresantes. El SES bajo generalmente se asocia con mayor angustia, mayor prevalencia de problemas de salud mental, y con comportamientos perjudiciales para la salud que también se han relacionado con el estrés (614,615). El estrés del subempleo o el desempleo y los recursos financieros inadecuados se han asociado con una mayor soledad (616). Estos factores estresantes crónicos son más frecuentes en las poblaciones socioeconómicamente desfavorecidas (613) y pueden proporcionar un vía a través de la cual el estatus socioeconómico influya en la soledad (376). Un nivel socioeconómico más alto está asociado con una red social más amplia siendo menos probable que se limite a la familia y los vecinos y con mayor apoyo de las amistades (66). Por otra parte, mayores ingresos permiten más acceso a bienes comerciales, oportunidades de ocio, una amplia gama de actividades y se asocia a la posibilidad de poder contratar servicios que permitan aliviar la carga de los cuidadores en caso de necesitarlos (16).

Menos recursos financieros pueden limitar la socialización de múltiples formas incluidas las barreras de transporte, la incapacidad de costear actividades, como viajes y salidas, así como vivienda y recursos inadecuados para alojar amigos en la propia residencia (188,617). Así, en el estudio de Scharf y cols. (618) demuestran que las

personas que viven en regiones económicamente desfavorecidas y que se enfrentan a niveles de ingresos que les impiden llegar a fin de mes son más propensas a experimentar la exclusión social y una soledad más intensa. Además, un nivel socioeconómico bajo tiene influencias indirectas sobre la soledad. La tensión económica pone en riesgo el bienestar social y hace que las carencias favorezcan el incremento de la soledad asociándose a una baja autoestima (16) que a su vez inhiben la búsqueda de nuevos contactos. En el estudio realizado por Domènech-Abella y cols. (38) con el objetivo de analizar la asociación entre el estatus socioeconómico y la soledad, en una muestra de 1.124 adultos de 50 años o más en la población de Sant Boi de Llobregat (Barcelona), encontraron que las personas que viven en un área con nivel socioeconómico alto y capital social individual alto mostraron una menor probabilidad de soledad (OR 0,36, 95% IC 0,17, 0,73, $p < 0,05$) en comparación con aquellos con capital social individual bajo después de ajustar por covariables. El efecto del capital social individual no fue significativo entre las personas que vivían en un área con bajo nivel socioeconómico.

5.2.7. Asociación entre el nivel de estudios y el sentimiento de soledad.

El nivel de estudios es un predictor de soledad, observándose una correlación negativa entre el menor nivel de estudios y el grado de soledad en las dos pruebas, en nuestro estudio. A mayor grado de soledad menor nivel de estudios. Los que tienen menor nivel de estudios tienen un 1,726 veces (ESTE II) más riesgo de sufrir un estado de soledad que los que tienen un nivel de estudios más alto. Tras realizar la regresión logística binomial, también encontramos que las personas con niveles de estudios más bajos tienen 1,746 (ESTE II) o 1,227 (UCLA) veces más riesgo de sufrir soledad que las de nivel socioeconómico medio y lo mismo de estas con respecto a las de nivel socioeconómico alto.

En concordancia, un mayor nivel educativo se considera un potente factor de protección contra la soledad (16,31,66,69,124,126,186,187,192,368–371,386,536,537) y su efecto se explica porque se presenta un menor estrés crónico, un mayor tamaño de red social y, en muchas ocasiones, favorece las relaciones sociales de buena calidad. La posesión de estudios superiores puede ser una medida sustituta de la clase social, la estabilidad matrimonial, la autoestima y otros factores que podrían aumentar la probabilidad de éxito en diversos ámbitos de la vida (376), encontrándose que los logros educativos disminuyen o reducen la sensación de soledad (402). Tener un bajo nivel educativo se asoció con mayor soledad emocional y social, lo que está en línea con los resultados de estudios previos (16,185,524,529). Los adultos mayores con bajo nivel educativo tiene más probabilidades de vivir en circunstancias socioeconómicas desfavorecidas, que se han asociado con estrés y una disminución de la calidad de las relaciones sociales (376). Además, vivir en circunstancias socioeconómicas desfavorecidas se ha asociado con oportunidades reducidas para la participación en actividades sociales (185). El nivel educativo, también puede afectar a los ingresos y la accesibilidad a lugares de residencia más favorables. Los participantes en grupos focales comentaron que el analfabetismo limitaba las oportunidades sociales y de actividad para las personas mayores (185). Sin embargo, Rubio (91) halló que el 25% de quienes tienen alta autopercepción de soledad tenía estudios universitarios (medios o

superiores), y, a su vez, el 45,8% de quienes afirmaron solo saber leer y escribir, también la tenían.

5.2.8. Asociación entre el número total de hijos y el sentimiento de soledad.

Muchos de los ancianos de hoy, habiendo elegido no tener hijos, no tienen el apoyo emocional e instrumental duradero que los hijos pueden proporcionar. Además, especialmente debido a la demora común en el matrimonio, disminución de las tasas de fecundidad, aumento de las tasas de divorcio y aumento de longevidad entre la generación del baby boom, podemos esperar, en un futuro, un número cada vez mayor de parejas e individuos mayores sin hijos.

Los hijos suelen dar tanto apoyo emocional como instrumental a los padres en su vejez. Junto a la ayuda recibida de un cónyuge, las personas mayores dependen de sus hijos para el cuidado en situaciones de enfermedades agudas y crónicas y en prevenir el aislamiento social que frecuentemente acompaña a la vejez (619). La convivencia de padres ancianos e hijos adultos no es infrecuente, especialmente cuando la salud de los padres se está deteriorando. Debido a que los hijos brindan un apoyo a los padres ancianos, a menudo se especula que los ancianos sin hijos pueden carecer de este apoyo. Los estudios han demostrado que la mayoría de las personas sin hijos a menudo suelen tener redes de apoyo compuestas por familiares, amigos y vecinos, pero es menos probable que esas redes proporcionen el mismo compromiso y nivel de apoyo a largo plazo que el proporcionado por los hijos. En otras palabras, el tipo y la duración del apoyo que proporcionan los hijos no está tan fácilmente disponible en las personas sin hijos (620). El miedo, a la realidad de un insuficiente apoyo, que puede acompañar a la falta de hijos impone potencialmente una pesada carga sobre el bienestar psicológico de los ancianos sin hijos (621). La evidencia empírica sobre este tema, sin embargo, es inconsistente. Por un lado, las personas mayores sin hijos puntúan significativamente más bajo en medidas objetivas de apoyo social. Por ejemplo, las personas mayores sin hijos son más propensas que los padres ancianos a vivir solos, a tener menos lazos familiares cercanos, y a tener menos contacto social. En cambio, es menos probable que las personas ancianas sin hijos esperen tener cuidadores en caso de episodios importantes de enfermedad (620). A pesar de estos déficits de apoyo social, la mayoría de estudios disponibles sugieren que el bienestar psicológico no difiere significativamente entre padres ancianos y personas mayores sin hijos (622). En el estudio de Rempel (623) que compara padres sin hijos y estudia el valor de los hijos hacia sus mayores como el apoyo emocional, físico y económico, encuentra pocos datos estadísticamente significativos entre las dos categorías de ancianos. Los que no tienen hijos tienen más seguridad financiera y mejor salud, mientras que los que tienen hijos tienden a estar rodeados de un mayor número de amigos y tener en general una mayor satisfacción con la vida.

En resumen, aunque generalmente la soledad se ha relacionado con tener pocos o ningún hijo (193,368,371,382,386,516) otros estudios no encuentran esta asociación (250,374). Algunos estudios, encuentran que la falta de hijos no influyó en la soledad de los mayores (573). Por ejemplo, en el estudio de Holmén y cols. (276) con una muestra de 1.725 adultos mayores suecos concluyen que no habían diferencias significativas entre aquellos con y sin hijos. Lauder y cols. (250) en una muestra australiana informó

que el matrimonio, pero no la paternidad, ofrecen algún grado de protección contra la soledad. Además, el número de hijos menores de 18 años que viven en un hogar es un predictor de soledad, dado que el tener muchos hijos redujo la probabilidad, en su mayoría mujeres, de tener una vida social y laboral fuera del hogar.

En nuestro estudio, tras realizar los correspondientes análisis, se comprobó que no existía correlación entre el grado de soledad y el número de hijos/as. Para los ascendientes que han tenido solo hijas, el grado de soledad aumenta, significativamente, a menor número de hijas para la escala ESTE II, pero no para la UCLA. Para el caso de solo hijos varones, no hubo correlación con ninguna de las dos escalas. Sí existe una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$), en el porcentaje de nivel bajo de soledad, entre los ascendientes que han tenido solo hijas o solo hijos, para la prueba ESTE II, aunque no para la UCLA. Es decir, el porcentaje de grado de soledad medio y alto es mayor en ascendientes que han tenido solo hijos, que en los que han tenido solo hijas.

5.2.9. Asociación entre la compañía durante el tiempo libre y el sentimiento de soledad.

Estar solo se ha visto durante mucho tiempo como un “problema” importante de la vejez (94). La sensación de soledad de un individuo está relacionada con la percepción que tiene de su nivel de interacción social y describe un déficit entre la calidad y cantidad real y deseada de compromiso social. Deben distinguirse tres conceptos relacionados, pero no idénticos: 'estar solo' (tiempo pasado solo), 'vivir solo' (describe una forma de convivencia en el hogar) y 'aislamiento social' (que se refiere al nivel de integración con individuos y grupos en el entorno social). Aunque los factores sociales que se asocian a ellos son similares, estos términos no deben usarse indistintamente (1,367,400). Muchas de estas variables están fuertemente interrelacionadas con la soledad, como son: las características personales (e.g., personalidad), características demográficas (edad, sexo, estado civil), recursos (e.g., ingresos, redes sociales y salud) y eventos de la vida (e.g., duelo, jubilación, migración). Solo unos pocos autores han sido capaces de realizar análisis estadísticos sofisticados para descomponer las influencias de confusión e identificar los factores que se asocian "independientemente" con la soledad.

Así, la mayoría de investigaciones que estudian la relación entre la soledad y los recursos sociales asocian la soledad con vivir solo (31) o vivir lejos de los familiares o a tener poco contactos (2,60,66,94,189,371,382,383). Vivir solo es simplemente una medida del tipo de hogar en el que vive un individuo, pero a menudo se usa como una medida sustituta implícita de "estar solo". Cada vez más adultos mayores viven solos, lo que refleja los cambios en el hogar resultantes de la muerte de un cónyuge o su entrada en una residencia de cuidados a largo plazo y la tendencia de las personas mayores y los hijos adultos a vivir de forma independiente.

En el estudio de Victor y cols. (186), un factor independiente de mayor vulnerabilidad a la soledad fue estar más tiempo a solas y cambios en el tiempo de estar solos (entre los que informaron que pasaban más tiempo solos que en la década previa, el 18 por ciento siempre/a menudo se sentían solos). En nuestra muestra un 64,1% vivían acompañados y un 35,9% vivían solos. De todas las variables analizadas, el

mayor predictor en ambas escalas para la soledad fue el tiempo libre, lo que significa que quienes pasan el tiempo libre solos tienen 4,243 veces (ESTE II) o 3,826 veces (UCLA) más riesgo de sufrir un estado clínico de soledad que quienes lo pasan acompañados. Tras realizar la regresión logística binomial, también encontramos que las personas que pasan solos el tiempo libre tienen 3,928 (ESTE II) o 3,710 (UCLA) veces más riesgo de sufrir soledad que los que no están solos, hecho que se confirma tras realizar la regresión multinomial.

En el estudio de Larson y cols. (303) investigan la cantidad y calidad del tiempo a solas o "soledad" en la vida cotidiana de los adultos mayores en una muestra de 92 adultos jubilados que llevó localizadores electrónicos durante 1 semana y completaron autoinformes sobre su compañía y estados internos en respuesta a señales recibidas en momentos aleatorios. El análisis de los 3.412 informes indica que aquellos que no estaban casados y vivían solos pasaban la mayor parte de sus horas de vigilia solos y experimentaban poco afecto y excitación cuando se encontraban en esta parte dominante de sus vidas. Para los casados, la soledad también era una parte importante de la vida diaria, ocupando el 40% de su tiempo, pero, aunque se relacionaba con algo menos de afecto, también se relacionaba con una mayor excitación. Estos resultados sugieren que estar solo no es una experiencia del todo negativa para este grupo de edad, especialmente para aquellos que tienen la compañía habitual de un cónyuge.

En la literatura se encuentran puntos de vista contradictorios sobre la importancia de los diferentes tipos de contactos. Por ejemplo, en el libro *Aging and Society* de Riley y Foner (1968, p. 561) (624) asumió que los amigos y vecinos son para las personas mayores menos importantes que los hijos o familiares. Pero en la mayoría de casos los adultos mayores no comparten el mismo hogar que sus hijos adultos y por tanto su red social diaria es mayor con las amistades adquiriendo una mayor relevancia. Además en base con la teoría de la selectividad socioemocional, Carstensen (535) sugirió que las personas mayores seleccionan entre sus contactos aquellas personas que les provocan emociones positivas y fortalecen su autoestima. Es decir, los adultos mayores valoran más la calidad que la cantidad en sus relaciones sociales (16) y además también con la edad disminuyen la necesidad de intercambio social teniendo unas expectativas que se pueden cumplir con más facilidad (535). Así en el estudio de Berg y cols. (95) dentro de las causas de mayor soledad estaba la pérdida de amigos.

En conclusión, las explicaciones de la soledad generalmente se buscan en tres conjuntos de factores (1,16,70,71). El primero se refiere a las características de las redes sociales: el número y la calidad de las relaciones en las que se involucran las personas. La investigación ha demostrado repetidamente que los solteros están más solos que los casados, y que aquellos con redes pequeñas que no tienen apoyo están más solos que aquellos que participan activamente en las redes sociales. El segundo conjunto de determinantes se refiere a los estándares de relación: las preferencias, expectativas y deseos de las relaciones personales. La soledad surge cuando las relaciones que las personas tienen no cumplen con sus estándares. Un enfoque en los estándares de relación puede ayudar a comprender por qué las personas que están socialmente aisladas no se sienten solas, o por qué las personas que están integradas en grandes redes se sienten solas (384,564). El tercer grupo se refiere a las condiciones predisponentes: factores que podrían explicar por qué las personas tienen deficiencias en sus redes

sociales. La baja autoestima es una de ellas: las personas que carecen de confianza pueden inhibirse en sus interacciones sociales y pueden no ser atractivas para los demás. Las habilidades sociales deficientes son otra condición predisponente, al igual que la mala salud (18).

5.2.10. Asociación entre el padecimiento de una enfermedad crónica y el sentimiento de soledad.

La soledad y el aislamiento social se han identificado como un factor de riesgo para la salud, con una reducción del bienestar, un aumento de la mortalidad (114,138), la depresión (625) y el deterioro cognitivo (229). Se ha argumentado que los riesgos para la salud asociados con el aislamiento y la soledad son equivalentes a los efectos perjudiciales bien establecidos del tabaquismo y la obesidad (3). Las personas mayores crónicamente solitarias también informan menos ejercicio, más consumo de tabaco, una mayor cantidad de enfermedades crónicas, puntajes más altos de depresión y una mayor probabilidad de residir en residencias de ancianos que aquellos que no se sienten solos (31). Pero a la vez, la soledad ha sido identificada como un predictor indirecto de mortalidad en personas mayores a través de vínculos con enfermedades crónicas, el estado funcional y percepción subjetiva de mala salud (104), así como un predictor independiente de mortalidad (69,105).

En nuestro estudio también encontramos que hay diferencias significativas entre las puntuaciones de las pruebas de los que tienen y no tienen patologías crónicas, siendo más elevadas las puntuaciones de soledad en los que sí presentan patologías. Los que tienen patologías crónicas tienen 1,594 veces (ESTE II) o 1,603 (UCLA) más riesgo de sufrir un estado de soledad que los que no tienen patologías crónicas. Aunque no se distinguió entre distintas patologías ni causalidad de las mismas.

El proceso de envejecimiento suele ir acompañado de una disminución de las funciones físicas y cognitivas y una pérdida de miembros de la red social. Como resultado, esto puede aumentar la necesidad de un mayor apoyo social y una mayor vulnerabilidad social de los adultos mayores, y desencadenar o contribuir a sentimientos de soledad en los más mayores (124,195,626). Por eso, analizamos el subconjunto de personas en el tercer tramo de edad (83-99) y la presencia de enfermedades crónicas en relación con el género y encontramos que en ambas escalas el porcentaje de soledad medio-alto es mayor en los hombres, estadísticamente significativo en la escala ESTE II ($p < 0,05$), pero no en la UCLA ($p=0,077$). Este aumento de la soledad en pacientes con patologías crónicas puede ser debido tanto a patologías físicas presentando mayores dificultades de movilidad (422,529) y por tanto mayor dificultad para salir de casa o incluso mayor falta de energía (627). Además los déficits sensoriales como la pérdida de visión (416) o audición (417–419) también se asocian con mayor sensación de soledad. Incluso aquellas personas con discapacidad se apartan de sus relaciones sociales por vergüenza a que otros las vean en su estado actual. Además, los problemas mentales tanto la depresión, ansiedad o deterioro cognitivo también dificultan las relaciones de estos pacientes.

5.2.11. Asociación entre el medio rural/urbano y el sentimiento de soledad.

Las características sociodemográficas del lugar donde vive la gente también merecen ser examinadas (393). Desde hace tiempo se sabe que tales características sociodemográficas, en particular las disparidades socioeconómicas, afectan la salud (398). Sin embargo, hay una menor cantidad de investigaciones sobre si los factores geográficos se relacionan específicamente con el aislamiento social y la soledad.

En la revisión de Cohen-Mansfield (185) encontraron tres estudios donde los niveles de soledad en las personas mayores eran mayores entre los que viven en áreas rurales que en las que viven en entornos urbanos (66,187,369). En cambio, en nuestro estudio se hallaron diferencias significativas entre las puntuaciones de las pruebas de los que viven en ambiente rural o urbano, siendo más elevadas en los que viven en zonas urbanas. Los que viven en zonas urbanas tienen un 1,575 veces (UCLA) más riesgo de sufrir un estado de soledad que los que viven en una zona urbana. En el estudio de Menec y cols. (98) también se encontraron niveles de soledad mayor en zonas urbanas. Pero este efecto dejó de ser significativo cuando se incluyeron otros factores que se correlacionaban con los centros urbanos, concluyendo que, para la soledad, el enfoque puede estar menos en el lugar donde vive la gente, sino más bien en las características personales que ponen en riesgo a las personas.

Así, investigaciones previas sobre si las personas que viven en las áreas rurales están socialmente más aisladas y solitarias que sus contrapartes en las áreas urbanas, o viceversa ha llevado a hallazgos inconsistentes (187,394,395,628). Se podría interpretar que vivir en la ciudad podría estar relacionado con mayor aislamiento social dado que las ciudades son más propensas que las áreas rurales a tener condiciones socioeconómicas con barrios más desfavorecidos. Esta interpretación es consistente con investigaciones previas que muestran que la exclusión social se agrupa en barrios socioeconómicamente más desfavorecidos (397) y con consecuencias negativas para la salud asociadas a vivir en barrios más pobres (398). Un estudio que examinó este tema mostró que las personas mayores en los barrios financieramente más desfavorecidos de Inglaterra se sentían más solas que sus contrapartes en los barrios económicamente más acomodados (618). En un estudio antiguo, Krout (629) demostró que la variable rural/urbana no es un predictor significativo de dependencia en salud cuando se incluye en un análisis de regresión múltiple.

Examinar los factores geográficos es útil ya que puede identificar si los individuos socialmente aislados o solitarios se agrupan en ciertas áreas geográficas (o vecindarios). Puede ayudar a los gestores políticos encargados a enfocar los recursos en áreas específicas, como mejorar las oportunidades para la participación social, el transporte o adaptar el entorno para fomentar una mayor participación social.

5.2.12. Asociación entre religiosidad y el sentimiento de soledad

Aunque la investigación sugiere que la participación religiosa puede proteger contra la soledad (630–633), se necesita más investigación para explicar estos patrones. La asistencia a servicios religiosos se asocia con niveles más altos de integración social y apoyo social y esta integración social y apoyo social están asociados con niveles más

bajos de soledad (634). Además este efecto de la religión en la soledad depende de la frecuencia de los encuentros y la calidad de estos contactos (631).

En un estudio reciente, Chen y cols. (635) observan que las decisiones sobre la participación religiosa generalmente no están determinadas por la salud; sin embargo, para las personas que ya tienen creencias religiosas, la asistencia a servicios religiosos puede ser una forma significativa de integración social que potencialmente se relaciona con una mayor longevidad, comportamientos más saludables, mejor salud mental y mayor bienestar psicosocial. A diferencia de lo esperado, en nuestro estudio el sentimiento de soledad es más elevado en los creyentes, pudiendo ser porque buscan la religión como una estrategia para aliviar la soledad (636,637). Los participantes que asistieron regularmente a servicios religiosos describieron los beneficios de pertenecer a una comunidad por la creencia de que la religión promovería la reflexión interior y como una experiencia de la que sacar fuerzas (637).

5.2.13. Asociación entre la participación en actividades de ocio y el deseo de participación junto a otras variables de interés.

Las actividades de ocio se han utilizado a menudo como una estrategia de intervención para prevenir y paliar la soledad de los adultos mayores (492,493,505). La participación en actividades de ocio representa una parte importante de la actividad social y los contactos sociales en la vida de las personas mayores. El trabajo de voluntariado, las actividades culturales y las compras se encuentran entre las actividades de ocio que reflejan mejor la actividad social entre las personas mayores (493). Se sabe que la participación en actividades de ocio pasivo como pasatiempos y hobbies, y los contactos regulares con amigos, pueden prevenir y paliar la soledad y propiciar un mayor bienestar entre adultos mayores independientemente de su edad, sexo y estado civil (492). Además, altas frecuencias de participación social conducen a un mayor bienestar (638,639).

En nuestro estudio también se quiso estudiar la frecuencia de sujetos que participaban en actividades de ocio para poder relacionarlo, posteriormente, con otras variables de interés, y se obtuvieron los siguientes resultados: No hay diferencias en cuanto a la participación por sexos, pero sí existen diferencias significativas en relación al sexo y el deseo de participación en actividades sociales del barrio, encontrándose mayor en mujeres. La participación y el deseo de actividades disminuye, significativamente, cuando se está solo durante el tiempo libre, con el estado civil de los que no tienen pareja, con una situación convivencia menos cercana, con el menor nivel de estudios y con menor nivel socioeconómico. En el aspecto religioso no hubo diferencias en la participación y sí, aunque de forma marginal, en un mayor deseo de las actividades entre los no creyentes. En lo relativo al ambiente rural/urbano, no hubo diferencias en ninguno de los dos aspectos. Ni para el número total conjunto de hijos, ni para el de solo hijos hombres hubo diferencias en la participación y el deseo de actividades, en función del número de hijos. Sí las hubo cuando las descendientes eran hijas: la participación y deseo de actividades aumenta, significativamente, con mayor número de hijas.

Estos aspectos han sido poco estudiados en la literatura y generalmente se han centrado en estudiar actividades de ocio y desarrollo de habilidades como una intervención terapéutica para la soledad (167,458,506,509). En la literatura se describe que menos del 20% de las personas mayores de 65 años o más participan en las actividades para personas mayores (629). En nuestra muestra se obtuvo que la menor participación y un menor deseo de actividades tiene correlación positiva significativa con un mayor grado de soledad en las dos pruebas. El porcentaje de personas que les gustaría participar siempre en actividades es bajo (23,5%) y sensiblemente menor que el de las personas que, actualmente, dice participar siempre (41,5%). Es decir, las personas mayores tienen menos contactos sociales y participan menos en actividades de ocio. Sin embargo, están más satisfechos con sus contactos sociales y se sienten más conectados con los demás que los adultos más jóvenes. Esto indica que la soledad y la conexión social son dos cosas separadas (493).

La participación en actividades se vuelve más difícil con el aumento de la edad debido al aumento de la fragilidad y la movilidad reducida (640). Para mantenerse activos fuera de sus hogares, los adultos mayores necesitan mantener una movilidad funcional y superar las barreras personales y ambientales (641,642). Muchos adultos mayores se vuelven dependientes de los recursos de la comunidad y de las actividades planificadas para una participación e interacciones sociales significativas (643). A pesar de los beneficios de la participación comunitaria, la evidencia sobre cómo y dónde participan las personas mayores en sus comunidades es escasa. La comprensión de estos factores puede permitir desarrollar intervenciones dirigidas específicamente a la promoción de la participación en las últimas etapas de la vida.

Los factores que determinan la participación comunitaria aún no se comprenden completamente (644). Sin embargo, los niveles de actividad física y la preservación de la movilidad funcional son vitales para la participación en actividades comunitarias (641). Se recomienda que los adultos mayores de 65 años realicen al menos 30 minutos de actividad física de intensidad moderada, cinco veces por semana, o 75 minutos de actividad vigorosa por semana (645). A pesar de estas pautas, los niveles de actividad física siguen siendo particularmente bajos en este grupo de edad con informes de que las personas mayores pueden pasar hasta el 80 % de su día de forma sedentaria (646). Los altos niveles de tiempo sedentario se han asociado con personas mayores con enfermedades crónicas y con dificultades para caminar (647). Por tanto, aumentar o mantener los niveles de actividad física permite que los adultos mayores participen y contribuyan a la sociedad, con una participación activa en la comunidad que a su vez conduce a mayores niveles de actividad física. Además, con la pérdida de roles ocupacionales y sociales a través de la jubilación, viudez y pérdida de amigos, muchas personas mayores experimentan cambios en sus rutinas diarias y actividades sociales. Una de las razones de la importancia de la participación en las actividades radica en que las interacciones sociales proporcionan una disminución de los niveles de soledad y depresión (648,649). Y los bajos niveles de participación comunitaria se han relacionado con un aumento de la mortalidad y el aislamiento social (650).

Esto también lo observamos en nuestro estudio, donde la participación y el gusto por las actividades disminuye, significativamente, con el aumento de la edad, mayor tiempo libre sólo, con el estado civil de los que no tienen pareja, una situación de

convivencia menos cercana, y con la presencia de patologías crónicas. Por ejemplo, Aartsen y Marja Jylha (189) realizaron un estudio longitudinal prospectivo de 28 años realizado en Finlandia observaron que una reducción en las actividades sociales conduce a un aumento de los sentimientos de soledad, que puede ser el resultado de la incapacidad de las personas para sustituir las actividades o los roles que se pierden por otros nuevos, lo que resulta en una reducción del bienestar que está estrechamente relacionado con la soledad (551). Otro factor a considerar es el nivel insuficiente de oportunidades que tienen las personas mayores para participar en actividades con interacción social. Los centros para personas mayores no se han dirigido a grupos como personas mayores frágiles, personas con bajos ingresos y adultos mayores pertenecientes a minorías, por lo que es probable que se pierdan aquellos que más necesitan estos servicios (629).

Sin embargo, se sabe poco sobre cómo las diferentes formas de actividades de ocio pueden contribuir a la integración social o cómo las relaciones sociales contribuyen a la participación en actividades de ocio. Muchas actividades de ocio tienen resultados sociales como objetivo principal (e.g., visitas a amigos o familiares) o con algún otro objetivo (e.g., asistir a un concierto). Tomar una copa en un bar, asistir a un festival o ir al teatro son ocasiones en las que se disfruta de la compañía de los demás y se fortalecen las relaciones con amigos, familiares y conocidos (651). Pettigrew (652) argumenta que los rituales de comer y beber, leer, cuidar el jardín y comprar ayudan a las personas mayores a permanecer socialmente activas y actúan como un medio para aliviar la soledad. Otras actividades de ocio que reducen el aislamiento social incluyen el voluntariado (653), actividades culturales (654), deportes (655) y el uso de Internet (656). Por el contrario, Putnam (657) descubrió que ver televisión aumenta el aislamiento social. Afirma que ver televisión impide la participación fuera del hogar y reemplaza las actividades al aire libre, las reuniones sociales y las conversaciones. Argumenta que ver más televisión implica menos confianza social, menos pertenencia a grupos y menos conexiones sociales. Sin embargo, lo que no está claro es si ver televisión contribuye al aislamiento o si es una consecuencia del aislamiento.

Las actividades de ocio activas contribuyen más a la integración social que las actividades pasivas. Las actividades culturales, la lectura de libros y los pasatiempos tienen el efecto más fuerte para las personas de 55 años o más. Estas actividades se pueden caracterizar como “ocio serio” (658). El ocio serio es la búsqueda sistemática de una actividad de ocio que es lo suficientemente sustancial e interesante para que el participante encuentre en ella una adquisición y expresión de sus habilidades y conocimientos. Relacionando esto con Putnam (659), las actividades de ocio serias pueden ser una forma de actividades productivas y, por tanto, el mejor predictor de la integración social. Es importante señalar que la importancia de los pasatiempos para explicar la integración social es difícil de evaluar. En este estudio, solo se tomaron en cuenta cuatro pasatiempos (tocar un instrumento musical, cantar, las manualidades y los juegos de cartas). La participación en hobbies podría ser la actividad de ocio más importante para predecir la integración social, aunque más investigación adicional podría aclarar este tema. En ausencia de trabajo y transporte disponible, muchas personas mayores utilizan la televisión para llenar sus días y noches. En promedio, los adultos mayores dedicaron aproximadamente el 37 % de su tiempo de vigilia (6,4 horas al día) a mirar televisión. Aunque ver la televisión se utiliza en gran medida para el

entretenimiento y el acceso a la información, una proporción considerable de personas mayores la utilizan como compañía (617). Este uso de la televisión se asociaba con una mayor proporción de tiempo sedentario, menor actividad y mayores índices de soledad en comparación con los que no miraban televisión (660). En cambio en el estudio de Teh y Tey (661) examina tres tipos de actividades de ocio (jugar a las cartas/mahjong, ver la televisión/escuchar la radio y participar en actividades sociales) entre el segmento de más edad de la población china, y los efectos de estas actividades en la prevención de los sentimientos de soledad. La participación frecuente u ocasional en estas tres actividades se asoció negativamente con los sentimientos de soledad. Por lo tanto concluyen que la participación activa en el juego de cartas/mahjong y el entretenimiento de TV/radio puede ser una intervención de tratamiento eficaz contra la soledad persistente entre los chinos mayores.

En el estudio de Toepoel (493) analizan las relaciones cercanas para identificar qué personas podrían servir como estimuladores exitosos de la participación en el ocio. El perfil social confirma que las personas mayores tienen menos contactos sociales y suelen sentirse solos. Este estudio muestra que las actividades de ocio explican una parte significativa de la conexión social de las personas mayores. Se ha descubierto que el trabajo de voluntariado, las actividades culturales, las vacaciones, los deportes, la lectura de libros, los pasatiempos y las compras son predictores exitosos de la conexión social de las personas mayores. Ver televisión, escuchar la radio y pasar tiempo detrás de la computadora (actividades pasivas) no se asociaron con la conexión social. Los amigos se correlacionan positivamente con la participación en actividades de ocio. Los amigos juegan un papel en la participación en actividades culturales y deportivas; los padres desempeñan un papel en la participación en el trabajo de voluntariado y las vacaciones; los hermanos participan en el voluntariado y el deporte; y los hijos juegan un papel en las actividades culturales, la lectura de libros y las compras. Las comunidades locales pueden utilizar estas relaciones cercanas y desarrollar programas especiales para aumentar la conexión social y, por lo tanto, mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

En nuestra muestra en el aspecto religioso no hubo diferencias en la participación y sí, aunque de forma marginal, en un mayor deseo de las actividades entre los no creyentes, al contrario de lo descrito por Owen y cols. (633) que encontraron que los adultos mayores que no participaban en grupos sociales o actividades religiosas reportaron mayor soledad. En lo relativo al ambiente rural/urbano, no hubo diferencias en ninguno de los dos aspectos, demostrando que tienen más importancia los factores psicológicos que demográficos para el desarrollo de la soledad. Ni para el número total conjunto de hijos, ni para el de solo hijos hombres hubo diferencias en la participación y el deseo de actividades, en función del número de hijos. Sí las hubo cuando las descendientes eran hijas.

5.2.14. Vulnerabilidad social, género, edad, salud, cultura y soledad

Aunque no existe una relación significativa entre la vejez y la densidad de red social, si se evidencia que los adultos mayores tienen redes sociales más pequeñas haciéndose más evidente a medida que uno envejece (653). Una serie de factores influyen en la soledad y el bienestar a lo largo de la vida, tales como el apoyo social (es

decir, interacciones sociales positivas) y tensión social (es decir, interacciones sociales negativas) en las relaciones sociales (2,181,626,662). El proceso de envejecimiento suele ir acompañado de una disminución de las funciones físicas y cognitivas y una pérdida de miembros de la red social. Como resultado, esto puede aumentar la necesidad de apoyo social y la vulnerabilidad social de los adultos mayores, a la vez que también puede desencadenar o contribuir a sentimientos de soledad (124,195,626,662).

Por ello analizamos los participantes del tercer tramo de edad (83-99 años) para ver si existía mayor vulnerabilidad social. En este grupo se encontraban 332 personas, con un alto porcentaje de mujeres que correspondía al 73,19%, (n=24) frente a hombres con un 26,81% (n=89). Tras realizar la regresión logística se observó que hay mayor porcentaje de hombres que de mujeres afectados de soledad en el grado medio-alto; 83,1% frente a 79,1% para la escala ESTE II, $p=0,119$ y 71,9% frente a 70% para escala UCLA; aunque las diferencias no fueron significativas en ninguna de las dos escalas ($p=0,119$ en la escala ESTE y $p=0,216$ en la escala UCLA). En este 3º tramo de edad tampoco hubo diferencias significativas en cuanto a la presencia de enfermedades crónicas entre los dos sexos. Dentro del subconjunto de personas que se encuentran en los distintos niveles de soledad de ambas escalas, se observa, en ambas escalas, que, el número de personas que pasan el tiempo libre solos aumenta exponencialmente con el aumento del nivel de soledad. O, lo que es lo mismo, el número de personas que pasan el tiempo libre acompañados disminuye dramáticamente con el aumento del nivel de soledad. Ello explica que sea un factor tan determinante para calcular el riesgo de soledad, especialmente en la regresión multinomial, donde entran en consideración los tres niveles de soledad diferenciados y evidencian riesgos de caer en un nivel alto de soledad, en comparación con el nivel bajo, para este predictor, de hasta 46,718 veces más para la escala ESTE II y de 13,949 veces más para la escala UCLA.

Desafortunadamente se sabe poco acerca de las consecuencias para la salud que pueden acompañar este tipo de cambios en la conexión social. Los cambios en las redes sociales y sus posibles efectos sobre la salud es especialmente importante en el envejecimiento, ya que la edad avanzada puede ser un momento de adaptación con respecto a las conexiones sociales y la salud (179). Además del deterioro de la salud, los cambios ocurridos en el curso de la vida como la jubilación, la viudez o los cambios de residencia puede alterar drásticamente la red social de una persona (58,327,663–665). En nuestro estudio vimos que, en el subconjunto de personas en el tercer tramo de edad y presencia de enfermedades crónicas, en ambas escalas el porcentaje de soledad medio-alto es mayor en los hombres, siendo estadísticamente significativo en la escala ESTE II ($p < 0,05$), pero no en la UCLA ($p=0,077$). En el subconjunto de personas en el tercer tramo de edad sin presencia de enfermedades crónicas, en ambas escalas el porcentaje de soledad medio-alto es mayor en los hombres, pero en ninguna el resultado fue estadísticamente significativo. También analizamos el subconjunto de personas en el tercer tramo de edad y situación de viudedad que correspondía a 242 personas con un alto porcentaje de mujeres en situación de viudedad que correspondía al 76,03% (n=184) frente al 23,97% (n=58) hombres. Encontramos que el porcentaje de soledad medio-alto es mayor en los hombres de forma estadísticamente significativa en la escala ESTE II ($p < 0,05$), pero no en la escala UCLA ($p=0,79$). De esta forma, vemos que a pesar de existir mayor número de mujeres en el tercer tramo de edad (83-99 años) y una mayor proporción de mujeres en estado de viudedad, no se encontró que las mujeres

presentaran mayor vulnerabilidad para la soledad. Todas las pruebas evidencian porcentajes mayores de soledad en hombres, estadísticamente significativos o no, en el nivel medio-alto.

Los factores de género, sociales y culturales influyen en la experiencia de soledad en las mujeres mayores. Aunque hay evidencia de que las mujeres mayores reportan más soledad que los hombres a edad similar (16,198,276), la forma en que se vive la soledad y las causas que se le atribuyen están influenciadas por el género y la etapa de la vida (277). Las mujeres pueden ser más vulnerables a la soledad porque viven más tiempo y experimentan eventos como la muerte de los cónyuges (276) y otras pérdidas (277) con mayor frecuencia. El resultado de estos cambios y pérdidas puede ser la interrupción de las redes sociales en las mujeres. En nuestra muestra no observamos esta mayor vulnerabilidad en las mujeres, Esto podría deberse porque las mujeres, en comparación con los hombres, tienden a ser más extrovertidas, lo que puede generar menos dificultades para establecer nuevas relaciones cercanas (39); y segundo, que, en relación con los hombres, las mujeres tienen redes sociales más grandes y dan y reciben más apoyo (542). Las mujeres son más propensas que los hombres a mencionar a sus hijos, familiares y amigos como fuentes de apoyo, mientras que los hombres suelen mencionar solo o principalmente a su cónyuge (532). En los hombres, esta pérdida del cónyuge puede agravarse por la relativa falta de red social, dado que está más centrada en la pareja y por tanto, tras la viudez, no son capaces de compensar con otros vínculos (367). Además, los viudos viven solos por períodos más cortos que las viudas, y tienen menos tiempo para adaptarse a vivir solos. Y es menos probable que los contactos con hijos adultos, hermanos y amigos compensen la pérdida del cónyuge de los viudos (553).

Las mujeres, generalmente, tienen más amistades que los hombres y los hombres tienen una reducción de las amistades después de la jubilación. Aunque la pérdida de un cónyuge y de los hijos conducen a una mayor soledad, las amistades pueden sustituir a las relaciones familiares estrechas. Aunque el número de contactos sociales puede disminuir durante la vejez, no tiene por qué aumentar la experiencia de percepción de la soledad (200), dado que la disminución en la cantidad de contactos puede reflejar la pérdida de relaciones periféricas. En cambio, las relaciones de calidad sí influyeron en el nivel de soledad, correspondiendo relaciones de más baja calidad (16) y un menor contacto con amigos cercanos a mayor soledad (242,404). Además, las mujeres parecen reportar una mayor satisfacción con su red social. Esto podría estar influenciado por vivir en una sociedad mediterránea que tiene una cultura más familiar (329) y los hijos adultos suelen proporcionar más apoyo a los padres (330). En un estudio en Italia encontró que sólo una pequeña proporción de ancianos encuestados carecían de lazos sociales frecuentes (666), siendo una cultura similar a la nuestra. Por ejemplo, en el estudio de Barreto y cols. (275), examinan las diferencias en la experiencia de la soledad entre culturas, edades y géneros, y la interacción entre estos factores. Los resultados mostraron que la soledad aumentaba con el individualismo, disminuía con la edad y era mayor en los hombres que en las mujeres. También encontraron que la edad, el género y la cultura interactuaron para predecir la soledad, aunque esas interacciones no predecían los efectos principales sino simplemente los acentuaron.

La soledad entre hombres y mujeres mayores compromete claramente su calidad de vida (550). Sin embargo, tiene un impacto mucho más amplio en la salud pública, ya que la soledad se asocia con una variedad de resultados negativos para la salud, incluida la mortalidad (140,273), morbilidad (140,242), depresión (625) y suicidio (667), así como el uso de servicios de salud (245,249). Aunque los mecanismos que sustentan tales relaciones no están claros (219), las intervenciones políticas y prácticas para promover el compromiso social en la vejez son un elemento importante en las políticas sociales y de salud para las personas mayores. El entorno social es una de las claves determinantes de la calidad de vida en la vejez. La investigación ha demostrado consistentemente una relación positiva fuerte entre el compromiso social en todas sus formas, pero especialmente la participación entre parientes y redes sociales más amplias, y una alta calidad de vida. Las personas mayores informan constantemente que el entorno social, especialmente las relaciones sociales con los miembros de su familia, es fundamental para las nociones de calidad de vida en la vejez (668). Sin embargo, este reconocimiento de la importancia de esta relación no es nuevo. A principios de la década de 1960, los teóricos de la actividad del envejecimiento propusieron que la clave para una buena vejez era el mantenimiento de relaciones basadas en la familia y la amistad. Esto resuena con las ideas de Rowe y Kahn (669), quienes sugieren que un alto nivel de compromiso social es un factor clave para lograr el objetivo de un "envejecimiento exitoso". Si bien las restricciones prescriptivas de la teoría de la actividad y el envejecimiento exitoso siguen siendo objeto de debate, el entorno social continúa ejerciendo una influencia importante sobre el contexto en el que las personas experimentan la vejez (346).

5.2.15. Variables con mayor influencia y capacidad predictiva para sufrir soledad.

Según la regresión logística, las variables con mayor influencia y capacidad predictiva para calcular el riesgo de caer en un estado clínico de soledad, que corresponden a los grados medio y alto de ambas escalas son: en la escala ESTE II: Tiempo libre, Convivencia, Edad, Nivel de estudios, Patologías crónicas y Nivel socioeconómico y en la escala UCLA: Tiempo libre, Estado civil, Nivel socioeconómico, Edad, Patologías crónicas, lugar de residencia y Sexo (Figura 5.1). Ambas escalas coincidían en considerar como variables predictoras de soledad cinco de ellas que fueron: el tiempo libre, el estado civil o convivencia, el nivel socioeconómico, la edad, y las patologías crónicas. La escala ESTE II incluía además como predictor de soledad el nivel de estudios y en la escala UCLA, el vivir en zona rural/urbana y el sexo. De todas estas variables, como se ha mencionado previamente, el tiempo libre fue el mayor predictor de soledad en ambas escalas.



Figura 5.1: Variables predictoras de soledad según la escala ESTE II y UCLA, respectivamente.

Estos datos están en concordancia con la literatura publicada hasta la actualidad. En una revisión reciente, *“Correlates and predictors of loneliness in older-adults: a review of quantitative results informed by qualitative insights”*, Cohen-Mansfield y cols. (185) tras realizar una revisión sistemática donde incluyeron 38 artículos, describen que las variables que se asociaron significativamente con la soledad en los adultos mayores fueron: sexo femenino, condición de soltero, edad avanzada, bajos ingresos, menor nivel educativo, vivir solo, baja calidad de las relaciones sociales, percepción de mala salud y mal estado funcional.

A continuación, pasaremos a describir las principales variables predictoras de soledad que hemos encontrado en nuestro estudio y a analizarlas con respecto a la literatura existente (Anexo 3).

5.2.15.1. Variables predictoras de soledad coincidentes en la escala ESTE II y UCLA

1. Tiempo libre

El mayor predictor de ambas escalas es el tiempo libre y su OR, lo que significa que quienes pasan el tiempo libre solos tienen 4,243 veces (ESTE II) o 3,826 (UCLA) más riesgo de sufrir un estado clínico de soledad que quienes lo pasan acompañados. Tras realizar la regresión logística binomial, también encontramos que las personas que pasan solos el tiempo libre tienen 3,928 (ESTE II) o 3,710 (UCLA) veces más riesgo de sufrir soledad que los que no están solos. Cuando analizamos el subconjunto de personas en los tres tramos de soledad y en situaciones de como pasan el tiempo libre se observa en ambas escalas, que el número de personas que pasan el tiempo libre solos aumenta exponencialmente con el aumento del nivel de soledad. O, lo que es lo mismo, el número de personas que pasan el tiempo libre acompañados disminuye dramáticamente con el aumento del nivel de soledad. Ello explica que sea un factor tan determinante para calcular el riesgo de soledad, especialmente en la regresión multinomial, donde entran en consideración los tres niveles de soledad diferenciados y evidencian riesgos de caer en un nivel alto de soledad, en comparación con el nivel bajo, para este predictor, de hasta 46,718 veces más para la escala ESTE II y de 13,949 veces más para la escala UCLA.

Esto es concordante con la revisión de Cohen-Mansfield y cols. (185) donde de los 38 estudios revisados veinticinco estudios examinaron la relación entre la soledad y los recursos sociales. La soledad se asoció con vivir solo en 15 estudios (16,28,31,34,66,126,192,212,369,369,371,382,537,550,670) y con vivir lejos o tener contactos o participación poco frecuentes en nueve estudios (2,66,189,200,371,382,383,670,671). Un solo estudio investigó la relación entre la percepción de insuficientes oportunidades para conocer gente nueva y la soledad e informó una asociación positiva (188).

2. Estado civil o convivencia

En nuestro estudio encontramos que existe una correlación positiva entre el incremento del número de orden (1. casado-pareja- -2 divorciado/separado 3. soltero -4. viudo) y el grado de soledad en las dos pruebas. El no vivir en pareja es un predictor de

soledad y su OR, los que no viven en pareja y su OR tienen un 2,379 veces (ESTE II) o 2,175 (UCLA) más riesgo de sufrir un estado de soledad que los que viven en pareja.

En la revisión de Cohen-Mansfield y cols.(185) se encontró consistentemente que el estado de soltería es un factor de riesgo para la soledad en los adultos mayores (28,31,66,69,126,190,192,371,374,376,386), y a menudo entre los viudos (22,34,187,369,371,395,550). A destacar que en nuestro estudio el estado de convivencia o estado civil que predisponía a más riesgo fue ser viudo/a seguido de los solteros/as, estando en concordancia con la literatura revisada.

3. Nivel socioeconómico

En nuestra muestra se observó la existencia de una correlación negativa entre el incremento del número de orden (1- nivel socioeconómico bajo-2- medio, y 3- alto) y el grado de soledad. Es decir, mayor grado de soledad con menor nivel socioeconómico. El nivel socioeconómico es un predictor de soledad y su OR, los que tienen menor nivel socioeconómico y su OR tienen un 1,413 veces (ESTE II) o 1,716 (UCLA) más riesgo de sufrir un estado de soledad que los que tienen un nivel socioeconómico alto. Tras realizar la regresión logística binomial, también encontramos que las personas con nivel socioeconómico bajo tienen 1,407 (ESTE II) o 1,478 (UCLA) veces más riesgo de sufrir soledad que las de nivel socioeconómico medio y lo mismo de estas con respecto a las de nivel socioeconómico alto.

En la revisión de Cohen-Mansfield y cols. (185) se encontró que los niveles más bajos de educación (16,28,66,69,126,187,190,192,212,368,369,371,386,550,670) se asociaron consistentemente con niveles más altos de soledad.

4. Edad

En nuestra muestra se objetiva un coeficiente de soledad más alto a mayor edad siendo mayor en los participantes de 83-99 años. Esto significa que las personas del rango 83-99 años tienen 1,989 (ESTE II) o 1,712 (UCLA) veces más riesgo de sufrir soledad que las del rango 72-82 y lo mismo de las de este rango con respecto a las de 62-71 años. Tras realizar la regresión logística, también encontramos que las personas del rango 83-99 años tienen 2,054 (ESTE II) o 1,656 (UCLA) veces más riesgo de sufrir soledad que las del rango 72-82 años y lo mismo de las de este rango con respecto a las de 62-71 años.

En la revisión de Cohen-Mansfield y cols. (185), la edad avanzada fue un factor de riesgo para la soledad en 11 artículos (16,28,34,66,126,187,212,368,369,371,670) que representan nueve muestras ((187) y (369) estudiaron la misma muestra con criterios de inclusión algo diferentes) y un metanálisis. En contraste, cinco estudios reportaron una asociación inversa entre la edad y la soledad (31,192,382,537,550). Estos últimos estudios, sin embargo, tendieron a basarse en muestras con edades medias más bajas (informadas en tres de los cinco estudios) de alrededor de 68 años, incluyeron participantes de 50 años y tenían un alto porcentaje de participantes menores de 80 años. Por el contrario, las asociaciones entre la edad avanzada y la soledad se observaron en gran medida con muestras que tenían una edad media mayor que oscilaba entre 71 y 81 años. Sin embargo, hubo una excepción a las tendencias (371). Al explicar potencialmente las diferencias, Pinquart y Sorensen (16), en su metaanálisis,

concluyeron que existe una asociación en forma de U entre la edad y la soledad, siendo la soledad alta en las personas de 60 años, menor en las personas entre 60 y 80 años, y aumentando nuevamente en las personas mayores de 80 años. Siendo mayor la soledad en los más mayores como en nuestra muestra.

5- Patologías crónicas

En nuestra muestra, se encontraron diferencias significativas entre las puntuaciones de las pruebas de los que tienen y no tienen patologías crónicas, más elevadas las puntuaciones de soledad en los que sí presentan patologías. Los que tienen patologías crónicas y su OR tienen 1,594 veces (ESTE II) o 1,603 (UCLA) más riesgo de sufrir un estado de soledad que los que viven en pareja.

En la revisión de Cohen-Mansfield y cols. (185), treinta y dos estudios examinaron la relación entre la soledad y la salud y los atributos psicológicos.

- En cuanto a las variables relacionadas con la salud, se encontraron relaciones significativas entre soledad y percepción de mala salud (n = 20 estudios), mal estado funcional (n = 16) y mayor comorbilidad (n = 7). Cinco estudios (69,126,369,371,550) encontraron relaciones entre la soledad y la función sensorial deficiente (es decir, limitaciones de visión y audición) y cinco estudios (16,28,126,188,193) informaron relaciones significativas con las dificultades de movilidad. Se encontraron asociaciones significativas entre la soledad y un mayor número de visitas al médico en dos estudios (31,188).
- Con respecto a los atributos psicológicos, la soledad se asoció con la depresión en 12 estudios (111,124,126,187–193,550,671), y con otros indicadores de mala salud mental (por ejemplo, angustia psicológica) y baja satisfacción con la vida en nueve estudios (22,124,189,193,200,340,376,395,550). También se informaron asociaciones significativas con baja autoestima o autoeficacia en ocho estudios (124,188,190,212,340,374,670,671), eventos de vida negativos pasados en cinco estudios (189,340,386,670,671), y participación en conductas no saludables en cuatro estudios (16,126,187,374). Finalmente, el déficit cognitivo se asoció significativamente con la soledad en dos estudios (22,386).

5.2.15.2. Variables predictoras de soledad solo de la escala ESTE II

1. Nivel de estudios

En nuestra muestra existía una correlación negativa entre el incremento del número de orden (1-sin estudios, 2,- estudios básicos, 3- F.P. Bachiller, y 4- estudios universitarios) y el grado de soledad. A menor nivel de estudios mayor grado de soledad. El nivel de estudios es un predictor de soledad sólo en la escala ESTE II. Los que tienen menor nivel de estudios y su OR tienen un 1,726 veces más riesgo de sufrir un estado de soledad que los que tienen un nivel de estudios más alto. Tras realizar la regresión logística binomial, también encontramos que las personas con niveles de estudios más bajo tienen 1,407 (ESTE II) o 1,478 (UCLA) veces más riesgo de sufrir soledad que las de nivel socioeconómico medio y lo mismo de estas con respecto a las de nivel socioeconómico alto.

En la revisión de Cohen-Mansfield y cols.(185), los niveles más bajos de educación (16,31,66,69,124,126,187,190,192,212,367,369,371,382,670) también se asociaron consistentemente con niveles más altos de soledad.

5.2.15.3. Variables predictoras de soledad solo de la escala UCLA

1. Vivir zona rural/urbana

Se hallaron diferencias significativas entre las puntuaciones de las pruebas de los que viven en ambiente rural o urbano, más elevadas en los que viven en zonas urbanas. Los que viven en zonas urbanas y su OR tienen un 1,575 veces (UCLA) más riesgo de sufrir un estado de soledad que los que viven en una zona rural.

En la revisión de Cohen-Mansfield y cols. (185), relativamente pocos estudios investigaron la relación entre el lugar de residencia y la soledad. Solo tres estudios lo analizaron encontraron niveles más altos de soledad en personas mayores que viven en áreas rurales (66,187,369), a diferencia de nuestro que era mayor en aquellas que vivían en entornos urbanos.

2. Sexo

En un principio no se encontraron diferencias reseñables respecto al género. No se encontró ninguna diferencia significativa entre las puntuaciones de las pruebas de uno u otro sexo ni tampoco si lo dividimos entre los tres niveles de soledad (bajo, medio y alto). En el 3º tramo de edad, de 83 a 99 años, se encontraban 332 personas, 89 (26,81%) del sexo masculino y 243 (73,19%) del sexo femenino, con los siguientes resultados, para la escala ESTE II y UCLA. En el contraste bivariante de tablas cruzadas se encontró un mayor porcentaje de hombres que de mujeres afectados de soledad en el grado medio-alto; 83,1% frente a 79,1% para la escala ESTE II, $p=0,119$ y 71,9% frente 70% para escala UCLA; Tras realizar una prueba H. de Kruskal-Wallis, las diferencias no fueron estadísticamente significativas en ninguna de las dos escalas: $p=0,119$ en la escala ESTE y $p=0,216$ en la escala UCLA.

En la revisión de Cohen-Mansfield y cols. (185), de los 14 estudios que examinaron las asociaciones entre el género y la soledad, 11 encontraron que las mujeres mayores tenían más probabilidades de sentirse solas que los hombres (2,16,28,31,34,66,126,187,369,371,386). Dada la relación de confusión entre la edad y el género, no sorprende que algunos de estos estudios encontraran que las relaciones entre la edad avanzada y el género femenino con la soledad son significativas solo en los análisis bivariados, pero no en los multivariados (2,28,31,187,369,670).

5.2.16. Nivel de soledad percibida en las diferentes áreas de la región de Murcia.

Este es el primer estudio realizado en España donde se estudia la soledad en toda la Región de Murcia. Entre las distintas áreas de la Región de Murcia no hubo diferencias significativas. En ninguna área se observó correlación entre sexo y nivel de soledad, pero si hubo correlación positiva entre la edad, el nivel de convivencia, el nivel de estudios y el nivel socioeconómico con las dos pruebas (ESTE II y UCLA). Es decir, a mayor edad, peor convivencia, menor nivel de estudios y menor nivel socioeconómico se observó un mayor grado de soledad.

Aunque no hubo diferencias significativas entre las distintas áreas de la Región de Murcia, sí se observan entre los 45 municipios estudiados, con prevalencias por encima del 50% en 27 municipios según la escala ESTE II y 18 municipios según la escala UCLA, y mayores en algunos municipios con prevalencias de hasta el 80% (Calasparra, Ceutí, Ojós, Pliego y Ulea). Aunque al hacer el análisis por municipios, no disponíamos de un número suficiente de registros para que tuvieran significación estadística, estos datos son interesantes dada la elevada prevalencia de soledad en algunos de estos municipios y la concordancia entre ambas escalas de soledad encontrando hasta 17 coincidencias (37,8%) (Mapa 1, 2, 3). Los municipios con mayores prevalencias de soledad corresponden principalmente a poblaciones pequeñas como Ojós con 495 habitantes, Ulea con 866 habitantes y Pliego con 3868, por lo que podríamos hipotetizar que son poblaciones más envejecidas y con menores recursos sociales. El hallazgo de estas altas cifras de soledad, nos deberían hacer investigar los motivos para buscar áreas de mejora.

5.2.17. Estrategias de intervención para prevenir y tratar la soledad.

La lucha contra las desigualdades en salud se considera una de las misiones más críticas de los sistemas de salud a nivel mundial, entre países de ingresos altos, medios y bajos (672,673). Las desigualdades tienen efectos significativos sobre el estado de salud, y sus costos económicos y sociales son considerables. La soledad se asocia con resultados adversos para la salud, que influyen en la movilidad, la ocurrencia de enfermedades (depresión, falta de sueño, hipertensión sistólica, enfermedades cardíacas y deterioro cognitivo), la mortalidad, la esperanza de vida, así como el acceso a los servicios sanitarios (674,675). La dirección de la causalidad no está clara ya que la mayoría de la evidencia proviene de estudios transversales y, por lo tanto, se necesitan más estudios longitudinales para dilucidar los posibles mecanismos de causalidad. Para dar respuesta a este problema global, se ha abordado la “interseccionalidad” como una innovación teórica para el análisis de las estructuras de poder y los procedimientos que puedan crear y mantener desigualdades. En el pasado, se han sugerido varios enfoques de intervención diferentes para la soledad, que van desde aumentar el apoyo social hasta enfoques psicoterapéuticos; sin embargo, la gran mayoría de estas intervenciones no se han analizado adecuadamente para determinar su eficacia.

Dada la plétora de problemas que crea la soledad, no es de extrañar que se hayan ensayado diversos enfoques para reducir la soledad (676), generalmente centrados en una intervención específica, para satisfacer las necesidades de todas las personas destinatarias (677,678). Uno de los principales problemas al intentar abordar el tema de la soledad no deseada es que nos centramos principalmente en las necesidades objetivas de aislamiento social y no en el sentimiento subjetivo de soledad. Las personas somos seres únicos y eso conlleva, a su vez, necesidades únicas. De ahí que las respuestas y los modelos de intervención deben presentar estrategias de prevención de la soledad centrada en la persona y orientada a su empoderamiento. Una de las claves para abordar la soledad no deseada es reconocer el derecho de la persona a determinar si participa o no en su propio proceso de intervención. El reto está en lograr un equilibrio entre ser capaces de personalizar, es decir, de incorporar las peculiaridades y particularidades de las personas (diversidad sexual, edad, género...) y, a su vez, plantear estrategias de

intervención que tengan un impacto en el entorno. Para ello, incorporar el abordaje ecológico en la intervención puede ser una de las claves (Figura 5.2).

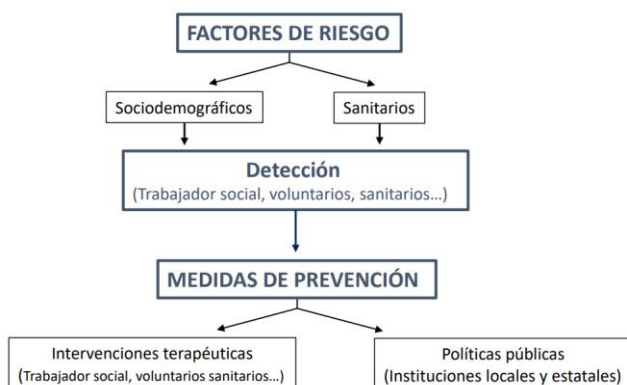


Figura 5.2. Estrategias para afrontar la soledad no deseada.

Según el modelo soci ecológico, las intervenciones existentes pueden agruparse a grandes rasgos en cuatro niveles: factores individuales, relacionales, comunitarios y sociales (679) (Figura 5.3).

Las soluciones a nivel individual se centran en la soledad emocional mediante estrategias que cambien el comportamiento de los individuos. En un metaanálisis que analizaba las estrategias individuales para reducir la soledad (679), se identificaron intervenciones como mejorar el contacto visual y los estilos de comunicación (contenido, tono de conversación y espacio personal); sin embargo, estas intervenciones no fueron muy efectivas en mejorar la experiencia de la soledad. Otro enfoque consiste en aplicar estrategias cognitivas sociales que incluyan terapias socioeducativas como la reminiscencia, el asesoramiento y los juegos de rol. Un elemento importante de estas intervenciones es contrarrestar los pensamientos desadaptativos en situaciones sociales, incluyendo evaluaciones negativas de uno mismo o de otros, pensamientos autodestructivos, sentimientos de amenaza e hipervigilancia. Aunque las intervenciones de cognición social son las más eficaces para reducir la soledad, se han realizado pocos estudios con personas mayores(680).

Las soluciones orientadas a las relaciones pueden centrarse en abordar la soledad emocional, creando vínculos afectivos entre las personas. Alternativamente, pueden centrarse en abordar los factores de riesgo de soledad, como puede ser el tratamiento psicosocial tras un episodio de depresión (681). Las intervenciones que se centran en la creación de relaciones afectivas pueden ayudar a crear conexiones fuertes e íntimas entre las personas, que son edificantes y dejan a la persona con una mayor sensación de energía positiva. Estos tipos de relaciones generan sentimientos de conexión y, con el tiempo, pueden convertirse en relaciones significativas (682).

Las soluciones a nivel comunitario consisten en aumentar la interacción social con los demás mediante la participación en una amplia gama de actividades, como los programas de amistad, los programas intergeneracionales y los programas de integración social, terapia asistida con animales e intervenciones electrónicas (e.g. formación en comunicación y medios sociales) (510). Muchas de estas intervenciones están diseñadas para abordar el aislamiento social (es decir, aumentar la

frecuencia/cantidad de tiempo de interacción con otras personas). Las actividades de grupo se centran en la creación de relaciones de pertenencia e inclusión y en abordar la soledad social (683). Las que resultan más eficaces suelen ser las que implican a las personas en actividades de grupo con un fin determinado (por ejemplo, las basadas en el arte, la jardinería o los grupos de actividad física), y donde se construye un sentimiento de conexión, identidad y pertenencia compartidos entre los participantes (486,684). Este enfoque puede ayudar a las personas mayores a aprovechar a sacar el máximo partido de los grupos existentes en sus vecindarios para fomentar un sentimiento de valor y una conexión activa con su comunidad (685).

Las estrategias a nivel social implican a comunidades enteras. En ejemplo, en Frome (Reino Unido) se puso en marcha un programa de comunidades compasivas para reducir el aislamiento y la soledad de las personas mayores (686). El vecindario se potenció mediante una serie de actividades sociales y de bienestar, como animar a los médicos de cabecera a prescribir estas iniciativas a los residentes de más edad con riesgo de aislamiento social y soledad. Este enfoque demuestra que los barrios donde todos los miembros de la comunidad, incluidas las personas mayores, son activos, la realización de una serie de actividades locales puede mejorar la salud y el bienestar. La clave del éxito es una cultura participativa en la que todos los vecinos puedan implicarse de forma significativa.

Es evidente que no existe una solución única.(678,687). En su lugar, es probable que la integración de un conjunto de soluciones en un ecosistema local pueda facilitar una mayor participación en actividades comunitarias que conduzca al desarrollo de relaciones significativas, reduciendo así la soledad de forma sostenible (678). También se debe evaluar el impacto de las intervenciones en salud pública contra la soledad basadas en la comunidad valorando la utilidad de la prevención primaria, secundaria y terciaria. Entre los ejemplos potenciales se incluyen, en la **prevención primaria**, la atención al entorno social para comprender su impacto en la capacidad de conectar y prevenir la soledad y diseñar soluciones y programas eficaces, ya sea a nivel individual o colectivo. Para las personas de todas las edades, esto podría implicar el compromiso de la comunidad en roles compartidos con significado y beneficio para la comunidad. La **prevención secundaria** podría incluir la detección de las personas de riesgo, como los recién jubilados o los viudos, ya sea a nivel comunitario o clínico, e identificar intervenciones eficaces para ayudar a prevenir la soledad en este grupo de riesgo. La **prevención terciaria** podría implicar el reconocimiento de quienes se sienten solos de forma aguda o crónica, con o sin manifestación de sus secuelas, y derivación a programas de recuperación de habilidades, terapia y/o conexión, según proceda. Las intervenciones globales deben adaptarse y ajustarse a las causas específicas de la soledad en el individuo, apoyando soluciones personalizadas en las que se atienda al individuo en su propio contexto/situación (77).



Imagen 5.3. Intervenciones y estrategias para afrontar la soledad no deseada en cada nivel.

Adaptado de Mann y cols. (687), Lim y cols. (681), Ogrin y cols (680) y Centro de Control de Enfermedades (679).

Por tanto, la investigación sobre intervenciones para la soledad debe basarse en un modelo claro de soledad. La mayoría de las intervenciones que se han propuesto en el pasado parecen estar más enfocadas a tratar la soledad de tipo social o incluso más confusamente el aislamiento social. La investigación futura debería, buscar diferenciar claramente entre soledad y aislamiento, así como diferenciar entre los dos tipos de soledad a lo largo del modelo bidimensional de soledad sugerido por Weiss (43). El enfoque bidimensional de la soledad es ventajoso porque diferencia entre las causas potenciales de soledad y, por lo tanto, puede ayudar a dirigir las intervenciones más apropiadas según el tipo de soledad. Otras preguntas que la investigación debería tratar de abordar es valorar si los diferentes tipos de soledad predicen diferentes resultados y diferentes respuestas a las intervenciones. Por ejemplo, es fácil imaginar que las personas con soledad emocional no respondan tan bien a un mayor apoyo social en comparación con las personas que tienen soledad social. También se deben probar intervenciones novedosas, como hacer uso de la tecnología moderna como Internet y programas como Skype mediante los cuales la persona puede tener contacto tanto visual como verbal. La investigación también podría evaluar si la soledad comórbida no tratada juega un papel clave en la depresión resistente al tratamiento y, de ser así, qué intervenciones se requieren para abordar la soledad. Desde una perspectiva clínica basada en nuestro conocimiento actual, recomendaríamos que se busque la soledad en cualquier evaluación médico/psiquiátrica, particularmente si el individuo también está deprimido. En segundo lugar, buscar las posibles razones de esta soledad durante el curso de la historia clínica puede conducir a una mejor comprensión global de los problemas de los pacientes. Esto también puede ayudar a aclarar el tipo de soledad, lo que puede orientar al médico sobre posibles estrategias de intervención.

Adicionalmente, se deberían promocionar distintas intervenciones que sean eficaces en diferentes contextos, como: 1) Intervenciones dirigidas a minimizar la soledad y el aislamiento social de personas mayores que viven en comunidad, centradas en programas de desarrollo de habilidades sociales, programas de apoyo social (en forma de voluntariado-“befriending”, o, programas dirigidos a la modificación de conductas sociales desadaptadas), 2) Intervenciones dirigidas a minimizar la soledad y el aislamiento social de personas mayores institucionalizadas, entre las que se incluyen la terapia con animales (perros), el cuidado de plantas (hortoterapia), las actividades de mantenimiento físico y de mejora del estado psicológico o videollamadas con familiares

y amigos para el mantenimiento del vínculo social, 3) Intervenciones dirigidas a minimizar la soledad y el aislamiento social de personas mayores basadas en las tecnologías de la información. Estas actividades o intervenciones deben ser motivadoras para que propicien la adherencia al programa, orientarse a objetivos y poder compartir los sentimientos de soledad, fomentar el apoyo y crear confianza de grupo y sentimiento de pertenencia al mismo. También, se deben favorecer políticas públicas para prevenir la soledad no deseada. A nivel social o de las instituciones locales o estatales se deben realizar campañas de sensibilización a la ciudadanía, crear sistemas de detección, acercamiento y vinculación a centros sociales/sanitarios a las personas que sufren soledad no deseada, Crear puntos de encuentro para vincular a las personas en riesgo de soledad a la participación en redes sociales, impulsar actividades que favorezcan el encuentro interpersonal y la creación de vínculos, promocionar la creación de redes de colaboradores o voluntarios, implicando a personas, profesionales y recursos de cada distrito e implementar itinerarios de actuación adecuados a los diferentes territorios según sus características.

El envejecimiento es una etapa inevitable de la vida. Sin embargo, las intervenciones eficaces de promoción de la salud pueden retrasarlo, reducir sus consecuencias y problemas y convertirlo en una parte agradable y placentera de la vida (468). Cada vez hay más literatura publicada sobre las intervenciones desarrolladas para abordar la soledad entre las personas mayores en diversos entornos sociales (458,459,509,688) e incluso el uso de diversas tecnologías como “wearables” nos permiten medir, gestionar y/o disminuir el aislamiento social y la soledad percibida entre los adultos mayores (689). Existen marcadas diferencias en el tipo de intervención disponibles para las personas mayores, en función de sus condiciones de vida. Por ejemplo, las intervenciones contra la soledad diseñadas para las personas mayores que viven en la comunidad no están disponibles ni se consideran apropiadas para las personas mayores que viven en residencias de ancianos. Actualmente un tema destacado de la política social es el concepto del “envejecimiento en el lugar”, que pretende permitir a los mayores permanecer en sus propios hogares y, en última instancia, fomentar su independencia y su participación activa en la sociedad (690–692). Todas las intervenciones comunitarias ponen de relieve que los aspectos para abordar la soledad con mayor éxito son la autonomía, las nuevas conexiones sociales y la pertenencia a grupo (693,694).

5.2.18. Resumen de resultados

Los hallazgos más significativos encontrados en este estudio, son los siguientes:

1.- La prevalencia de soledad en nuestra muestra, correspondientes al nivel medio-alto de las escalas ESTE II y UCLA, fueron del 52% y 47,8%, respectivamente. De todas las variables analizadas se objetivó que aquellas que presentaban una mayor correlación positiva eran las siguientes: el tiempo libre, la convivencia o el estado civil, la edad, el nivel de estudios, presentar patologías previas y el nivel socioeconómico.

2.- El tiempo libre fue la variable más significativa obteniendo 4,242 veces (ESTE II) o 3,826 veces (UCLA) más riesgo de sufrir un estado clínico de soledad en aquellos participantes que estaban solos frente a los que estaban acompañados durante su tiempo libre. En ambas escalas, el número de personas que pasan el tiempo libre

solos aumenta exponencialmente con el aumento del nivel de soledad. O, lo que es lo mismo, el número de personas que pasan el tiempo libre acompañados disminuye dramáticamente con el aumento del nivel de soledad.

3.- En nuestra muestra se observa un coeficiente de soledad más alto a mayor edad siendo mayor en los participantes de 83-99 años. Esto significa que las personas del rango 83-99 años tienen 1,989 (ESTE II) o 1,712 (UCLA) veces más riesgo de sufrir soledad que las del rango 72-82 y lo mismo de las de este rango con respecto a las de 62-71 años.

4.- No se encontró ninguna diferencia significativa entre las puntuaciones de las pruebas de uno u otro sexo ni tampoco cuando se analizaron los tres niveles de soledad (bajo, medio, alto) hubo correlación con ninguna de las dos pruebas. Pero tras realizar la regresión logística, sí encontramos que la confluencia de sexo masculino y convivencia sin pareja evidencia que los hombres tienen 4,047 veces en la escala ESTE II y 2,501 veces en la escala UCLA más riesgo de caer en un estado clínico de soledad que las mujeres en esa situación, que se confirma tras realizar la regresión logística multinominal.

5.- Se comprobó una correlación positiva entre el estado civil y el grado de soledad según el siguiente orden: 1- casado/a-pareja, 2- divorciado/a-separado/a 3- soltero/a, y 4- viudo/a. El no vivir en pareja es un predictor de soledad y los que no viven en pareja tienen un 2,379 veces (ESTE II) o 2,175 (UCLA) más riesgo de sufrir un estado de soledad que los que viven en pareja. Dentro del grupo viudo/a se observa una alta proporción de mujeres siendo el 77,9% mujeres y el 22,1% hombres. Tras realizar la regresión logística, se evidencia que los hombres viudos tienen en la escala ESTE II 2,749 veces y en la escala UCLA 2,562 veces más riesgo de sufrir un estado clínico de soledad.

6.- Existía una correlación positiva entre la convivencia y el grado de soledad en las dos pruebas según el siguiente orden: 1- cónyuge, pareja e hijos, 2- cónyuge-pareja, 3- hijos, 4- familiar, 5- otros, y 6- solo/a. Dentro del grupo solo/a destacar el alto porcentaje de mujeres que correspondía al 73,2%.

7.- El nivel socioeconómico y el nivel de estudios son predictores de soledad, observándose una correlación negativa entre el menor nivel de estudios y nivel socioeconómico y el grado de soledad en las dos pruebas. A mayor grado de soledad con menor nivel socioeconómico y menor nivel de estudios. Los que tienen menor nivel socioeconómico tienen un 1,413 veces (ESTE II) o 1,716 (UCLA) más riesgo de sufrir un estado de soledad que los que tienen un nivel socioeconómico alto. Los que tienen menor nivel de estudios tienen un 1,726 veces (ESTE II) más riesgo de sufrir un estado de soledad que los que tienen un nivel estudios más alto.

8.- Tras realizar los correspondientes análisis, se comprobó que no existía correlación entre el grado de soledad y el número de hijos/as. Para los ascendientes que han tenido solo hijas, el grado de soledad aumenta, significativamente, a menor número de hijas para la escala ESTE II, pero no para la UCLA. Para el caso de solo hijos varones, no hubo correlación con ninguna de las dos escalas. Sí existe una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$), en el porcentaje de nivel bajo de soledad, entre

los ascendientes que han tenido solo hijas o solo hijos, para la prueba ESTE II, aunque no para la UCLA. Es decir, el porcentaje de grado de soledad medio y alto es mayor en ascendientes que han tenido solo hijos, que en los que han tenido solo hijas.

9.- También se encontraron diferencias significativas entre las puntuaciones de las pruebas de los que tienen y no tienen patologías crónicas, más elevadas las puntuaciones de soledad en los que sí presentan patologías. Los que tienen patologías crónicas tienen 1,594 veces (ESTE II) o 1,603 (UCLA) más riesgo de sufrir un estado de soledad que los que no tienen patologías crónicas.

10.- Se hallaron diferencias significativas entre las puntuaciones de las pruebas de los que viven en ambiente rural o urbano, más elevadas en los que viven en zonas urbanas. Los que viven en zonas urbanas tienen un 1,575 veces (UCLA) más riesgo de sufrir un estado de soledad que los que viven en una zona rural.

11.- Existen diferencias significativas en los porcentajes de ambas escalas de los creyentes y no creyentes, más elevados en los creyentes.

12.- Se quiso estudiar la frecuencia de sujetos que participaban en actividades de ocio para poder relacionarlo, posteriormente, con otras variables de interés, y se obtuvieron los siguientes resultados: No hay diferencias en cuanto a la participación por sexos, pero sí existen diferencias significativas en relación al sexo y el deseo de participación en actividades sociales del barrio, encontrándose mayor en mujeres. El porcentaje de personas que les gustaría de participar siempre en actividades es bajo (23,5%) y sensiblemente menor que el de las personas que, actualmente, dice participar siempre (41,5%). La participación y el deseo de actividades disminuye, significativamente, cuando se está solo durante el tiempo libre, con el estado civil de los que no tienen pareja, con una situación de convivencia menos cercana, con el menor nivel de estudios y con menor nivel socioeconómico. En el aspecto religioso no hubo diferencias en la participación y sí, aunque de forma marginal, en un mayor deseo de las actividades entre los no creyentes. En lo relativo al ambiente rural/urbano, no hubo diferencias en ninguno de los dos aspectos. Ni para el número total conjunto de hijos, ni para el de solo hijos hombres hubo diferencias en la participación y el deseo de actividades, en función del número de hijos. Sí las hubo cuando las descendientes eran hijas: la participación y deseo de actividades aumenta, significativamente, con mayor número de hijas. Por último, se observó que la menor participación tiene correlación positiva significativa con un mayor grado de soledad en las dos pruebas y una correlación positiva significativa entre un menor deseo de actividades y mayor grado de soledad.

13.- Entre las distintas áreas de la Región de Murcia no hubo diferencias significativas. En ninguna área se observó correlación entre sexo y nivel de soledad, pero sí hubo correlación positiva entre la edad, el nivel de convivencia, el nivel de estudios y el nivel socioeconómico con las dos pruebas (ESTE II y UCLA). Es decir, a mayor edad, peor convivencia, menor nivel de estudio y menor nivel socioeconómico se observó mayor grado de soledad. Aunque no hubo diferencias significativas entre las distintas áreas de la Región de Murcia, sí se observan entre los 45 municipios estudiados, encontrándose en 27 (ESTE II) y 18 (UCLA) de ellos, respectivamente, según la escala, prevalencias por encima del 50%, y superando en algunos el 80%

(Calasparra, Ceutí, Ojós, Pliego y Ulea), siendo concordantes ambas escalas de soledad y encontrando hasta 17 coincidencias (37,8%).

14.- Extrapolando el nivel medio-alto de soledad en mujeres y hombres de nuestro estudio a la población de la Región de Murcia observamos que hay entre 10.000 y 20.000 más mujeres afectadas de soledad que hombres en la población de Murcia. Si analizamos los porcentajes de soledad del nivel alto para hombre y mujeres y extrapolamos los datos de nuestro estudio a la población general encontramos que hay 3.931 y 787 hombres más afectados de soledad del nivel alto que mujeres en la escala ESTE II y UCLA, respectivamente. Lo que quiere decir que hay entre 800-4000 más hombres afectados de soledad en nivel alto que mujeres.

15.- Con base en los resultados de este estudio, se objetiva que las personas con mayor riesgo son: hombre que no vive en pareja, que pasa el tiempo libre solo, de edad avanzada, con bajo nivel de estudios y socioeconómico, con alguna enfermedad crónica y que vive en un ambiente urbano.

16.- Destacar que este es el primer estudio realizado en España donde se estudia la soledad en toda la Región de Murcia. No se encontraron diferencias significativas entre las áreas de la Región de Murcia, pero sí entre los 45 municipios estudiados, encontrándose en 27 (ESTE II) y 18 (UCLA) de ellos, respectivamente, según la escala, prevalencias por encima del 50%, y superando en algunos el 80%.

17.- Dada la alta prevalencia de la soledad en nuestro medio, debería considerarse una prioridad de salud pública para poder desarrollar intervenciones o programas adecuados para su tratamiento y prevención. Además, tiene una repercusión en la población adulta mayor de 60 años similar a otros factores de riesgo como el tabaquismo, la ingesta de alcohol y la obesidad por lo que debe ser considerada como un problema sociosanitario. Este problema se ha hecho mucho más evidente durante la pandemia COVID donde las personas mayores más vulnerables se les aisló de sus familiares y amigos junto con la pérdida de la pareja o familiares con importantes consecuencias tanto a nivel físico como mental.

6. CONCLUSIÓN

Este estudio del mapa de la soledad en mayores de 60 años, en todos los municipios de la Región de Murcia, es el primero realizado en España.

1. La soledad afecta predominantemente a personas que pasan el tiempo libre en soledad no deseada.
2. La soledad es más frecuente en personas con limitado nivel socioeconómico y de estudios, con alguna enfermedad crónica y que viven en ambiente urbano.
3. Aunque son las mujeres y las personas sin hijas las que padecen más soledad, sin embargo, el perfil de mayor riesgo de soledad es un varón de edad avanzada, que no vive en pareja.
4. La soledad debe ser una prioridad de salud pública y, conocer los factores de riesgo es imprescindible, por ello, las recomendaciones para prevenir la soledad de las personas mayores, en base a los resultados obtenidos, son la detección precoz de la soledad no deseada, concienciación de la sociedad del problema y desarrollo de intervenciones o programas adecuados para su prevención.

CAPÍTULO II:

SOLEDAD SUBJETIVA Y VIDA SOCIAL ACTIVA EN INDIVIDUOS CON SÍNDROME DE DOWN EN EL PERIODO POST-PANDÉMICO.

Resumen

Objetivos: El objetivo principal fue evaluar los factores correlacionados con la soledad subjetiva en personas con síndrome de Down de la Región de Murcia teniendo en cuenta la influencia de factores socio-demográficos y de salud, durante el periodo post-pandémico.

Diseño, contexto y participantes: Estudio transversal con datos obtenidos mediante un cuestionario sociodemográfico de una muestra de 165 participantes con síndrome de Down, de edades comprendidas entre 17 y 61 años, de la Región de Murcia, España. La soledad se evaluó mediante las escalas ESTE II y UCLA.

Resultados: Entre los participantes, la prevalencia de soledad de nivel medio-alto fue del 30,9% (ESTE II) y del 54,6% (UCLA), donde la mayoría de los participantes tenían un nivel bajo de soledad. Se analizaron las posibles correlaciones entre la soledad y otras variables como la edad, el sexo, la religión, el nivel educativo, el estado civil, el número de hijos, el lugar de residencia (rural/urbano), las enfermedades crónicas o el tiempo libre. Ninguna de las variables, excepto la variable tiempo libre y tener una enfermedad crónica, resultó estadísticamente significativa cuando se correlacionó con la soledad subjetiva. El nivel de soledad subjetiva se correlacionó con la enfermedad crónica en la escala UCLA (valor W: 2440; Z: -3,168, valor $p < 0,01$). El tiempo libre también se correlacionó positivamente en la escala ESTE II (correlación de Pearson: -0,292; $p < 0,01$). Además, tanto la participación en actividades de ocio como el deseo de participar en actividades se relacionaron significativamente con la soledad subjetiva en la escala ESTE (valor de $p < 0,001$; correlación de Pearson de 0,263 o 0,269, respectivamente).

Conclusiones: En las personas con SD, de todas las variables independientes analizadas, el tiempo libre y la participación como el deseo de participar en actividades de ocio se correlacionaron de forma altamente significativa con la soledad subjetiva. Por tanto, llenar el tiempo libre de las personas con SD con actividades sociales podría ayudar a controlar la ansiedad, siendo la base de una vida emocional más saludable, y mejorando su calidad de vida.

Abstract

Objectives: Taking into account the influence of health and socio-demographic factors the main objective was to evaluate the factors correlated with subjective loneliness in people with Down syndrome in the Region of Murcia during the post-pandemic period.

Design, Setting & Participants In a sample of 165 participants with Down syndrome, ages 17 to 61 years, from the Region of Murcia, Spain, a cross-sectional study with data obtained through a social demographic questionnaire was performed. Loneliness was assessed using the ESTE II and UCLA scales.

Results: Among the participants, the prevalence of medium-high level loneliness was 30.9% (ESTE II) and 54.6% (UCLA), but most of the participants feel low level of loneliness. After analyzing putative correlations between loneliness and other variables as age, sex, religious, educational level, marital status, number of children, place of residence (rural/urban), chronic diseases or free time. None of the variables, except free time variable and chronic disease, was statistically significant when correlated with subjective loneliness. The level of subjective loneliness correlated with chronic disease on the UCLA scale (W-value: 2440; Z: -3,168, p-value < 0,01). Free time was also positively correlated in the ESTE II scale (Pearson correlation: -0,292; p < 0,01). In addition, both the participation in leisure activities or the desire to participate in activities were significantly related to subjective loneliness on the ESTE scale (p-value < 0,001; Pearson correlation of 0.263 or 0.269, respectively).

Conclusions: In people with DS, among all the independent variables analyzed, free time and both participation and desire to participate in leisure activities were highly significantly correlated with subjective loneliness. Then, filling the free time of people with DS with social activities could help to control anxiety, being at the basis of a healthier emotional life, improving their quality of life.

1. INTRODUCCIÓN

El síndrome de Down (SD) es la causa genética más frecuente de discapacidad intelectual (695,696) debido a la presencia total o parcial de una tercera copia del cromosoma 21 (HSA21), que se da aproximadamente en 1:800 nacimientos (697). La práctica cada vez más extendida del cribado prenatal y la interrupción del embarazo ha contrarrestado, en promedio, el efecto de la edad materna y ha dado lugar a una prevalencia relativamente estable desde 1990 en la población europea estudiada (698). No obstante, en Europa y Estados Unidos, las estimaciones actuales indican una prevalencia poblacional de 5,6 y 6,7 por 10.000 individuos, respectivamente, lo que se traduce en más de 200.000 personas en Estados Unidos (699) y más de 400.000 personas en Europa (700).

El epónimo de la trisomía 21 como síndrome, aceptado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1965, se debe a John Langdon Down, quien describió los aspectos clínicos del síndrome en 1866 (695,696). El fenotipo del SD implica manifestaciones que afectan a múltiples sistemas corporales, en particular a los sistemas musculoesquelético, neurológico y cardiovascular (701). El SD también se conoce como un síndrome progeroide "segmentario", con determinados sistemas que experimentan un envejecimiento precoz, y las personas con esta afección pueden presentar patrones de comorbilidades comúnmente observados en la población de edad avanzada (702,703). Es bien sabido que las personas con SD tienen una mayor prevalencia de enfermedad de Alzheimer (704–707) y son más susceptibles a trastornos de salud mental como la ansiedad, la depresión o trastornos del sueño (708–710).

El SD presenta un reto importante tanto en el diagnóstico como en la gestión clínica al presentar una combinación de dificultades de aprendizaje, deterioro cognitivo y funcional progresivo, síntomas neuropsiquiátricos y conductuales y problemas sociales asociados, cuya prevalencia aumenta con la edad (711,712).

Existen pruebas consistentes de que la soledad está más extendida entre las personas con Trastornos Intelectuales y del Desarrollo (TID) (713). La soledad puede representar la necesidad insatisfecha de relaciones íntimas con familiares y amigos y/o expectativas no cumplidas de pertenecer a un grupo social deseado (43). Si la soledad está relacionada con el contacto social, entonces los adultos con discapacidad intelectual pueden tener mayor riesgo de soledad porque tienen menos relaciones significativas (714) y redes sociales más pequeñas que los adultos de la comunidad general (715).

Curiosamente, las personas con SD tienden a tener puntuaciones globales más altas en habilidades de adaptación social en comparación con los adultos con otras discapacidades intelectuales (DI) (716). Socialmente, los niños y adultos con SD se describen como encantadores, prosociales, amables y simpáticos (717). Este perfil de comportamiento social combinado con una baja tasa de conductas negativas podría explicar su mejor adaptación social en comparación con sus compañeros con DI de otra etiología (718,719). También se ha descrito que la población con SD muestra un mayor cumplimiento y una menor transgresión de las normas sociales. Su sociabilidad y el respeto por las reglas sociales tuvieron un impacto positivo en las habilidades de adaptación social en adultos con SD (716). Aunque, los individuos con SD tienen dificultades en los dominios conceptuales (por ejemplo, comunicación) y prácticos (por

ejemplo, autocuidado) de las habilidades adaptativas (720), se ha sugerido que los individuos con SD producen un comportamiento no verbal específico que puede compensar sus dificultades en habilidades expresivas y rasgos de personalidad que facilitan su interacción social (721).

Por lo tanto, la sociabilidad y las interacciones sociales son importantes para las personas con SD, donde la implicación y el afecto familiar se identifican como los principales pilares de soporte vital (722) e incluso desde la pandemia, el uso de las nuevas tecnologías y las redes sociales han permitido tener contactos a distancia (723).

Este estudio se realizó en la Región de Murcia (España) con el objetivo de evaluar el sentimiento de soledad subjetiva en personas con SD y analizar qué variables pueden influir para que busquen una mejor asistencia y mejoren sus condiciones sociales.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

Con el fin de identificar poblaciones con mayor riesgo de soledad y aplicar estrategias de prevención y tratamiento adecuadas, el objetivo de esta investigación es investigar la correlación entre soledad y actividades sociales en personas con SD de la Región de Murcia, teniendo en cuenta la influencia de factores sociodemográficos y de salud. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la Universidad de Murcia (ID: 3751/2022).

2.1. MUESTREO

Los datos se obtuvieron a partir de las respuestas proporcionadas por personas con SD cuyo lugar de residencia era la Región de Murcia, España. La muestra estuvo constituida por sujetos seleccionados aleatoriamente, tanto institucionalizados como no institucionalizados, que aceptaron participar en el estudio. Aunque se contactó con un mayor número de personas, no todas estuvieron dispuestas a realizar las pruebas correspondientes ni a colaborar en el estudio. La muestra final estuvo formada por 165 participantes ($n=165$), 53,9% mujeres y 46,1% hombres con una edad media de $30,93 \pm 9,334$ años, oscilando entre 17 y 61 años. Se excluyeron las personas que no residían en ningún municipio de la Región de Murcia o tenían alguna limitación cognitiva. Se admitieron las respuestas organizadas por un familiar o por un cuidador asalariado.

2.2. ENCUESTA

Se utilizaron tres encuestas, con un total de 41 preguntas. La primera encuesta se creó con el fin de recoger datos sociodemográficos de cada participante. La segunda fue la Escala de Soledad Social ESTE II (92), que evalúa diferentes niveles de soledad subjetiva en adultos. Y la tercera fue la escala probablemente más popular para medir la soledad, la Escala de Soledad de la Universidad de California Los Ángeles (versión 3) (35,64).

2.1.1. Encuesta de dependencia social (sociodemográfica)

Para recoger los factores sociodemográficos en la encuesta de profundidad social, se creó para este estudio un apartado de características demográficas que incluía sexo, edad, estado civil, convivencia, número de hijos, nivel educativo y socioeconómico, compañía durante el tiempo libre y presencia o no de patologías crónicas.

2.1.2. Escala de soledad social ESTE II (92)

Esta escala, compuesta por 15 ítems, fue adoptada para evaluar los diferentes niveles de soledad subjetiva en adultos utilizando escalas Likert de 3 puntos ancladas con "nunca", "a veces" y "siempre". Con un alfa de Cronbach de 0,72, permite estudiar la soledad social como experiencia subjetiva de insatisfacción en relación con tres factores, a saber, la percepción de apoyo social, el uso de nuevas tecnologías y el índice subjetivo de participación social. Para el análisis, la puntuación se establece desde 0 puntos hasta un máximo de 30 puntos. A partir de este resultado, las puntuaciones de corte reportadas se dividieron en tres niveles de soledad, reflejando de 0 a 10 puntos un nivel bajo de soledad, de 11 a 20 puntos un nivel medio de soledad y, por último, un nivel alto de soledad cuando se obtiene un resultado de 21 a 30 puntos. La puntuación global, junto con la medida de las otras pruebas, se utilizó como medida clave de la percepción subjetiva del sentimiento de soledad.

2.1.3. Escala de soledad de la Universidad de California en Los Ángeles (UCLA) (versión 3)

Se trata de una escala altamente fiable, compuesta por 10 ítems, con un coeficiente alfa que oscila entre 0,89 y 0,94. Su validez de constructo está avalada por relaciones significativas con medidas de adecuación de las relaciones interpersonales del individuo, y por correlaciones entre soledad y medidas de salud y bienestar (64). Contempla 3 dimensiones: percepción subjetiva de la soledad, apoyo familiar y apoyo social; y 2 factores: intimidad con los demás y sociabilidad. Además, los ítems se puntúan entre 1 y 4 puntos, obteniéndose una puntuación final mínima que oscila entre 10 puntos y un máximo de 40 puntos. Como esta escala carece de puntos de corte establecidos, las puntuaciones se interpretaron de la siguiente manera: <20 puntos indican grado severo de soledad, puntuaciones entre 20 y 30 puntos grado moderado de soledad y puntuaciones >30 grado bajo de soledad (35).

2.3. ANÁLISIS DE LOS DATOS

Todos los datos obtenidos se examinaron mediante un análisis estadístico descriptivo y otro inferencial. Se realizaron comparaciones lineales de las cifras numéricas de algunas variables, como sexo, rango de nivel socioeconómico y nivel educativo, entre otras, con las cifras numéricas de las dos escalas. Algunas variables se analizaron con la prueba de correlación de Spearman, cuyo coeficiente y p-valor se dan, y otras con la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney, que da sus rangos promedio y p-valor. También se estudió la participación en actividades de ocio y el deseo de participar en ellas. Se les aplicó la prueba chi-cuadrado de Pearson, que muestra su p-valor y coeficiente.

3. RESULTADOS

Se analizaron los datos sociodemográficos de un total de 165 individuos con SD de la Región de Murcia (Tabla 1) en relación con los datos del grado de soledad subjetiva obtenidos por las dos escalas.

Tabla 1. Estadísticas descriptivas de las principales variables de la muestra del estudio (N=165).

Variable		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Mujeres		89	53,9
Hombres		76	46,1
Educación	Sin educación	24	14,5
	Estudios básicos	131	79,4
	FP/Bachiller	6	3,6
	Universidad	4	2,4
Estado civil	Soltero/a	155	93,9
	Casado/Pareja	10	6,1
Convivencia	Familiares	145	87,9
	Solo	11	6,7
	Esposo/Pareja	1	0,6
	Esposo/a y hijos	2	1,2
	Otros	6	3,6
Sin hijos		164	99,4
Enfermedades crónicas		68	41,2
Religión	Creyentes	107	64,8
	No creyentes	58	35,2
Tiempo libre	Acompañado	125	75,8
	Solo	40	24,2
Lugar de residencia	Urbano	146	88,5
	Rural	11,5	11,5
Nivel socioeconómico (rango)	Bajo	66	40
	Medio	61	37
	Alto	38	23

La edad no se correlacionó significativamente con ninguna escala de soledad. En la escala ESTE II, el coeficiente de correlación de Pearson fue de 0,018 (valor p: 0,815) y en la escala UCLA, de 0,52 (valor p: 0,511). Además, no se obtuvo significación al calcular la correlación de la soledad con los tres grupos de edad (divididos en 17-29 años, 30-45 años y 46-61 años). La correlación de Spearman fue de 0,119 (p-valor: 0,129) para la escala ESTE II y de -0,28 (p-valor: 0,717) para la escala UCLA.

Con respecto al sexo biológico (masculino/femenino), no se obtuvieron resultados significativos para esta variable. Mediante la prueba U de Mann-Whitney se obtuvieron rangos medios de 81,38 en hombres y 84,39 en mujeres para la escala ESTE

(valor W: 3258,5; Z: -0,405, valor p: 0,685). En la escala UCLA, los rangos medios fueron 82,88 y 83,11 respectivamente (valor W: 3372,5; Z: -0,031, valor p: 0,975).

En cuanto al lugar de residencia (rural/urbano), no se obtuvieron resultados significativos. La prueba U de Mann-Whitney mostró que, en la escala ESTE II, los rangos medios fueron 83,03 para quienes vivían en zonas urbanas y 82,76 en zonas rurales (valor V: 1382,5; Z: -0,023, p=0,982). En la escala UCLA, los rangos medios fueron 81,54 y 94,21, respectivamente (valor V: 1174; Z: -1,099, p=0,272). Además, no hubo correlación de la soledad subjetiva con el nivel socioeconómico, obteniéndose una correlación de Pearson de 0,021 (p-valor: 0,789) y 0,31 (p-valor: 0,693) en la escala ESTE II y en la escala UCLA, respectivamente.

La relación de la soledad subjetiva con respecto al estado civil (casado o con pareja/soltero) no mostró hallazgos significativos. En la prueba U de Mann-Whitney, en la escala ESTE II, se observaron rangos medios de 82,7 en los casados o con pareja y de 83,03 en los solteros (valor W: 772, Z: -0,021; valor p: 0,985). En la escala UCLA, los rangos medios fueron de 95,4 y 82,2 respectivamente (valor W: 651; Z: -0,856; valor p: 0,392).

Con respecto al tipo de convivencia (cónyuge/pareja e hijos, cónyuge/pareja, familiar, solo u otros), no hubo hallazgos significativos. La prueba de Kruskal-Wallis mostró rangos medios de 47,25 para la convivencia con cónyuge/pareja e hijos, 78,5 con cónyuge/pareja, 84,42 con familiar, 82,5 solo y 62,5 con otros tipos de convivencia (χ^2 : 2,447; p-valor: 0,654) en la escala ESTE II. En la escala UCLA, los rangos medios para cónyuge/pareja e hijos fueron 76, cónyuge/pareja 38, familiar 82,61, solo de 97,36 y otros 76 (χ^2 : 2,566; p-valor: 0,633). No pudimos analizar la correlación de la soledad con el número de hijos, ya que sólo un individuo tenía hijos.

Al analizar la correlación entre la soledad subjetiva y el nivel de educación formal (sin estudios, educación básica, formación profesional (FP)/bachiller, universidad) no se obtuvieron resultados significativos. La prueba de Kruskal-Wallis arrojó rangos medios de 92,52 sin estudios, 81,96 estudios básicos, 71,08 formación profesional/licenciatura y 77,88 universidad (χ^2 : 2,228; p-valor: 0,526), en la escala ESTE. Los rangos medios fueron 90,54 sin estudios, 82,97 educación básica, 58,17 formación profesional/licenciatura 76 universidad (χ^2 : 2,867; valor p: 0,413), en la escala UCLA.

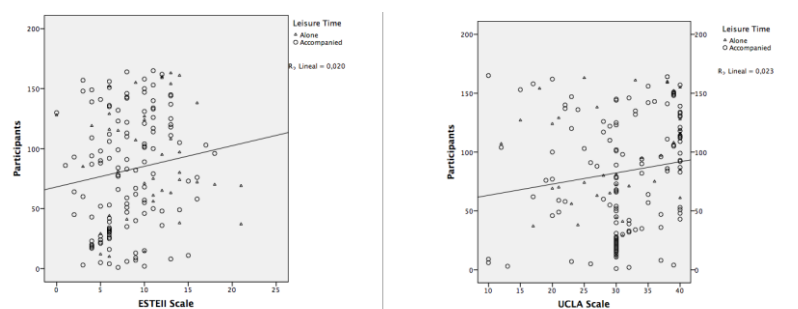


Figura 1. Correlación significativa del tiempo de ocio y la soledad subjetiva en personas con SD según la escala ESTE II ($p<0,01$) pero no con la UCLA ($p=0,459$).

Se utilizó la prueba U de Mann-Whitney para estudiar la correlación entre el nivel de soledad subjetiva y la enfermedad crónica. En la escala ESTE II, los rangos medios en los que sí padecían enfermedades crónicas fueron 83,42 y en los que no padecían enfermedades crónicas fueron 82,71 (valor W: 3269,5; Z: -0,118, valor p: 0,906). En la escala UCLA, los rangos medios fueron 95,62 y 74,15, respectivamente (valor W: 2440; Z: -3,168, valor $p<0,01$), lo que se correlacionó significativamente en la escala UCLA.

En resumen, los datos demográficos analizados en relación con el grado de soledad subjetiva con ambas escalas (ESTE II y UCLA) no mostraron diferencias significativas por edad, sexo, nivel de estudios, lugar de residencia (rural/urbano), estado civil, ni tampoco por nivel socioeconómico o creencias religiosas. Los únicos factores independientes relacionados significativamente con la soledad subjetiva en personas con SD fueron la enfermedad crónica en la escala UCLA y el tiempo libre, que de hecho, fue significativo en los datos de la escala ESTE II pero no en la escala UCLA.

Con respecto a la regresión logística, no se encontró ninguna variable que influyera más en la presencia de soledad subjetiva en las personas con SD, probablemente porque la mayoría de las personas no sentían un alto nivel de soledad subjetiva. Se observó que el 69,1% ($n=114$) de las personas con síndrome de Down tenían un nivel bajo; el 29,7% ($n=49$) un nivel medio y sólo el 1,2% de ellas ($n=2$) un nivel alto de soledad en la escala ESTE II. En la escala UCLA, el 45,5% ($n=75$) de ellos presentaban un nivel bajo; el 46,6% ($n=77$) un nivel medio y el 7,9% ($n=13$) un nivel alto de soledad (Figura 2).

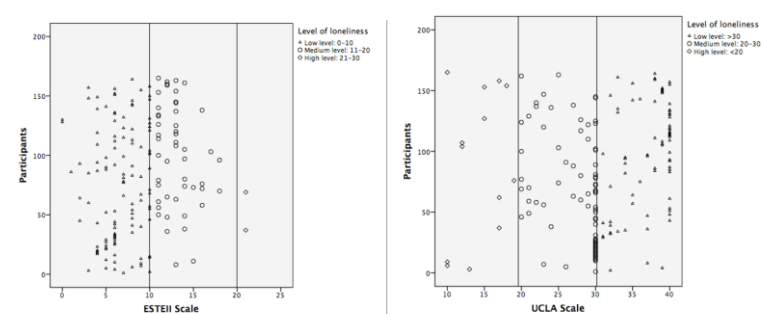


Figura 2: Prevalencia de la soledad en personas con SD según la escala ESTE II y la escala UCLA, observándose que la mayoría de los participantes se encuentran en los niveles medio-bajo de soledad en ambas escalas.

También se estudió la participación en actividades de ocio y el deseo de participar en dichas actividades evaluando los datos de las preguntas 14 y 15 de la

escala ESTE II. El 64,8% de los participantes (n= 107) respondieron que siempre participaban en actividades de ocio, el 17% de ellos (n=30), a veces, y el 18,2% (n=30) contestaron que nunca habían participado. En cuanto al deseo de participar en actividades de ocio, el 20,6% de los participantes (n=34) respondieron que siempre participaban en actividades de ocio, el 35,8% de ellos (n=59), a veces, y el 43,6% (n=72) respondieron que nunca habían deseado participar (Figura 3). Luego, curiosamente, al analizar la correlación entre la soledad subjetiva según la escala ESTE II y la participación en actividades de ocio o el deseo de participar en dichas actividades, las correlaciones de Pearson fueron significativas tanto para la participación en actividades de ocio (0,263; valor de $p < 0,001$) como para el deseo de participar en ellas (0,269; valor de $p < 0,001$) (Figura 4).

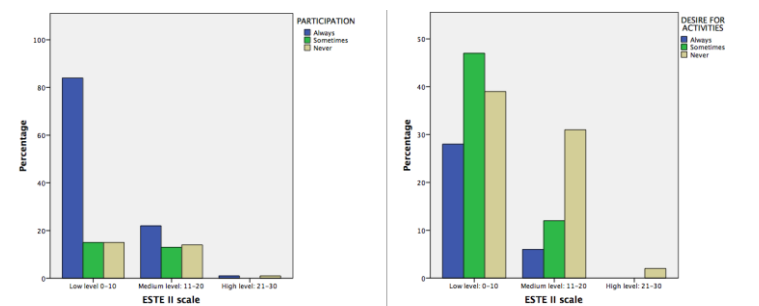


Figura 3: Ítems de la escala ESTE II relacionados con la participación en actividades de ocio (gráfico de la izquierda) y el deseo de participar en ellas (gráfico de la derecha). La mayoría de los participantes no mostraron niveles elevados de soledad subjetiva.

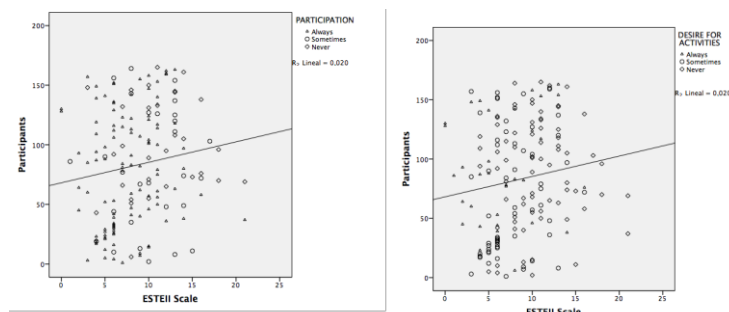


Figura 4: Correlación de la participación (gráfico de la izquierda) y el deseo de participar en actividades de ocio (gráfico de la derecha) y el grado de soledad subjetiva según ESTE II, siendo ambos estadísticamente significativos para los resultados de ESTE II ($p < 0,001$).

4. DISCUSIÓN

La soledad es un determinante crítico del bienestar y también un reto para nuestra sociedad (223,516). Durante la pandemia de COVID-19, debido al distanciamiento social y a las medidas adoptadas, los profesionales sanitarios pronto reconocieron el impacto negativo del aislamiento social y el sentimiento subjetivo de soledad especialmente en las poblaciones más vulnerables, como los adultos mayores (9–11). Sin embargo, aunque la soledad ha sido reconocida como un problema importante por la OMS (724), pocos estudios han abordado la correlación entre la discapacidad intelectual y la soledad subjetiva. Esto puede deberse a que es difícil establecer una relación clara entre la soledad y la discapacidad intelectual debido a cuestiones relacionadas con las dificultades tanto en la definición como en la medición de la soledad.

En comparación con la población general, se cree que las personas con discapacidad tienen menos amigos, menos apoyo social y están más aisladas socialmente (380,725). Por lo tanto, tienen un mayor riesgo de experimentar soledad subjetiva al tener una red social más limitada que se compone principalmente de otros usuarios de servicios, personal y familiares (726). De hecho, una revisión sistemática que estudió la prevalencia de la soledad en personas con trastornos intelectuales y del desarrollo (TID) encontró una prevalencia del 44,74% en una muestra total de 11.685 adultos con TID (727), en comparación con alrededor del 10,5% de las personas que se sienten solas en la población general (516). Se estima que hasta la mitad de las personas con discapacidad intelectual se sienten crónicamente solas (728). Este es el caso de los niños con retraso intelectual, en los que la estimación se eleva aún más, afirmándose que entre el 60 y el 65% tienen dificultades para hacer amigos y el consiguiente aislamiento social (729). Este hallazgo apoya la noción de que varios factores recíprocos, relacionados con (i) las deficiencias cognitivas y conductuales de las personas con IDD, (ii) las actitudes negativas de la población general y (iii) las oportunidades limitadas de interacción social, contribuyen a la mayor susceptibilidad hacia la soledad en las personas con IDD (730). Lamentablemente, se dispone de pocos datos sobre el impacto de la soledad en el SD. De hecho, sólo un estudio ha analizado únicamente participantes con SD (731), en el que la prevalencia de soledad fue del 40%, resultado que es similar al nuestro. No obstante, observamos que la mayoría de las personas con SD tienen niveles bajos de soledad, siendo el 30,9% y el 54,6% el nivel medio-alto en las escalas ESTE II y UCLA, respectivamente (Figura 2). De hecho, los rasgos característicos asociados al SD (jovial y sociables) son propios de su personalidad. Se sabe que las personas con SD tienden a tener puntuaciones globales más altas en habilidades sociales (716), presentan menos problemas psicopatológicos y de conducta (732,733) en comparación con adultos con otras discapacidades intelectuales (716). Además, sus familias informan de menores niveles de estrés y una perspectiva más positiva (734,735).

Los padres y hermanos (736) suelen preocuparse por la vida social de sus familiares con SD y por sus perspectivas de futuro (737,738). Como consecuencia, las familias fomentan y facilitan la participación social de las personas con SD mediante la organización de actividades sociales (739). Como observamos en nuestro estudio, las personas con SD sienten la soledad solo de forma leve y esto se debe, probablemente, a

que cuentan con redes sociales de apoyo activas, relaciones familiares y opciones de vida independiente (740).

Por otro lado, las puntuaciones de soledad varían en función de la personalidad, la edad, el sexo, la región, la cultura, la raza, las condiciones socioeconómicas y el estado de salud, entre otros factores (21,199,275,299,339,554,615). Por lo que la investigación de los factores de riesgo subyacentes de la soledad en las personas con SD es esencial. Se examinaron diversas variables para explorar su efecto sobre la soledad: edad, sexo, religión, nivel educativo, estado civil, número de hijos, lugar de residencia (rural/urbano) y tiempo libre. Entre todas las variables independientes analizadas, nuestros resultados muestran una correlación significativa entre la soledad subjetiva y el padecimiento de enfermedades crónicas en la escala UCLA. También encontramos que el tiempo libre era estadísticamente significativo en la escala ESTE II, pero no en la escala UCLA (Figura 3).

De hecho, una plétora de estudios han confirmado la relación del SD con el envejecimiento prematuro y el posterior deterioro cognitivo, con una mayor prevalencia de EA (710) y además son más susceptibles a trastornos de salud mental como la depresión (708,709). Ailey et al. (731) han investigado la asociación entre la soledad y la experiencia de depresión y descubrieron que se asociaban positivamente. También se ha observado que una serie de características personales, como tener un diagnóstico psiquiátrico, se asociaban positivamente con experimentar una mayor soledad (741).

En términos de tiempo libre, el ocio puede ser de gran interés a la hora de estudiar la soledad porque las actividades de ocio son importantes para las personas y sin duda aportan importantes beneficios (714,738). Así, el ocio puede proporcionar oportunidades de desarrollar amistades, contactos sociales y redes valiosas, así como experiencias deseables de crecimiento, aprendizaje y dominio. Como se ha descrito anteriormente, uno de los factores más importantes asociados con la falta de adaptación a la vida en comunidad es la incapacidad de las personas con discapacidad intelectual para utilizar su tiempo de ocio de una manera personalmente satisfactoria y para construir relaciones sociales significativas (742). Se descubrió que muchos sufrían de soledad, aburrimiento y ansiedad causados por la abundancia de tiempo libre no estructurado y la falta de los conocimientos y habilidades necesarios para tomar el control de su propia participación en el ocio (743). En este sentido, la participación social y las amistades son significativas para la inclusión social (744). El concepto de participación social incluye la interacción positiva, la aceptación, las relaciones sociales y la amistad (745), que, a su vez, influyen en el aprendizaje y la identidad, y también tienen un impacto en la vida adulta (746). La relación entre la soledad subjetiva tanto con la participación en actividades de ocio como con el deseo de participar en ellas fue significativa en la escala ESTE II para ambas variables (Figura 4). De hecho, se ha encontrado que la participación en actividades de ocio y tener una mayor frecuencia de contactos con la familia, amigos y redes sociales online contribuyen a reducir la soledad para todos los individuos (747). Además, la participación en el ocio de las personas con discapacidad es relevante para la adquisición de habilidades sociales (748,749) y el aumento de la independencia (750–753). En cuanto a las intervenciones para personas con discapacidad, se ha observado que expresan las mismas estrategias que para las

personas sin discapacidad (entrenamiento en habilidades sociales, aumento del apoyo social, oportunidades de interacción y entrenamiento cognitivo) (754).

Un aspecto especial a valorar es que los instrumentos estandarizados para medir la soledad en personas con discapacidad intelectual son limitados. También implica comprender el proceso de evaluación de la soledad y valorar las ideas preconcebidas del investigador sobre cómo los participantes conceptualizarán y describen su experiencia de soledad (755). Las personas con SD pueden experimentar dificultades en aspectos específicos de la comprensión sociocognitiva (756) pero, hay pruebas claras de que algunos adultos con discapacidad intelectual comprenden los conceptos de amigo y amistad (757). Aunque, también hay adultos que tienen dificultades con el concepto de amistad, identificando a personas con las que pasan mucho tiempo, e. g. los como cuidadores como amigos (758) o reclamando amistad con personalidades o personajes de la televisión (737). Por lo tanto, surgen preguntas: "¿Experimentan estos individuos aislamiento social y, en caso afirmativo, da lugar esto a una experiencia de soledad tal como se entiende en la población general?" (755).

Si la soledad es una consecuencia, ¿cómo la conceptualizan las personas con discapacidad intelectual y qué les gustaría hacer al respecto?" (755). Desde esta perspectiva, los estudios que comparaban a niños con y sin discapacidades del desarrollo revelaron que respondían de forma similar a sus compañeros sin discapacidades en cuestionarios autoinformados de habilidades sociales (759,760), por lo que es posible obtener una medida fiable de la soledad para adultos con discapacidad intelectual de leve a moderada (761,762), y que la calidad de la vida social de las personas con discapacidad intelectual está asociada a las calificaciones de soledad (742) y a las calificaciones de depresión (763). Cabe destacar que la Escala de Soledad UCLA ha sido utilizada previamente y revisada mostrando que los sentimientos de soledad se encontraron relacionados con las relaciones sociales de los grupos estudiados, señalando que una vida social más rica reduce los sentimientos de soledad (65). Estos resultados respaldan las conclusiones de otros estudios, incluido el nuestro. Encontramos que pasar tiempo de ocio solo (escala ESTE II) y la participación en actividades de ocio y la disposición a participar en ellas eran significativas. Esto se debe probablemente al hecho de que las personas con SD son más sociables y tienen poca sensación de soledad subjetiva (764).

Al tener importantes lazos sociales fomentados por padres, familiares y cuidadores con múltiples actividades e incluso con el uso de las nuevas tecnologías, pueden estar de alguna manera protegidos contra la soledad. Entonces, promover redes personales y actividades sociales entre las personas con SD podría modular la soledad subjetiva y puede ser de gran interés para controlar su ansiedad y depresión que son comunes (708–710), y en la preservación de su salud mental. Principalmente ahora que su esperanza media de vida ha aumentado hasta los 60 años (765), así como la incidencia y prevalencia de todas las formas de demencia (766).

5. LIMITACIONES

La principal limitación del presente estudio es el tamaño de la muestra. Esto puede explicar los resultados poco concordantes de las dos escalas y la ausencia de significación en la mayoría de las pruebas y en la regresión. La segunda limitación es que ninguna de las dos escalas ha sido validada para personas con SD y, por tanto, no serían aplicables. Por lo que sólo podríamos considerar este estudio como una muestra piloto, obteniendo una aproximación a la prevalencia de la soledad subjetiva en personas con SD. A partir de estos datos, se podría plantear un estudio más amplio con una muestra más representativa de la población. Sin embargo, a pesar de estas limitaciones los resultados son contundentes y demuestran claramente la importancia del tiempo libre activo para esta población.

6. CONCLUSIONES

Las redes sociales y la soledad se han relacionado con el bienestar en direcciones opuestas. Aunque se han realizado muchos estudios en personas mayores, todavía son necesarios más estudios en personas con discapacidad mental y/o física. La soledad subjetiva en poblaciones como el SD debe ser estudiada en profundidad y, para ganar objetividad y conocer el impacto de la soledad en sus vidas, se deben validar escalas en ellos. En este estudio, a pesar de las limitaciones, los datos indican que la prevalencia de soledad subjetiva en personas con SD es probablemente menor en comparación con otras discapacidades intelectuales. De todas las variables analizadas, las más correlacionadas con la soledad fueron el tiempo libre y tanto la participación como el deseo de participar en actividades de ocio. Esto indica que, en las personas con SD, las redes personales, el tiempo libre y las actividades sociales están en la base de su vida afectiva y podrían mejorar su calidad de vida al casi no sentir soledad subjetiva.

ANEXOS

ANEXO 1: Escala ESTE II de Soledad Social.

Está compuesta por 15 ítems con tres alternativas de respuesta: Siempre, A veces y Nunca.

Se divide en tres factores:

- Factor 1: Percepción del apoyo social.
- Factor 2: Uso que el mayor hace de las nuevas tecnologías.
- Factor 3: Índice de participación social.

La puntuación total de la escala oscila entre 0 y 30 puntos y se obtiene mediante la suma de la puntuación en cada uno de los ítems.

Tabla 1: Escala ESTE II de soledad social:

Factor 1: Percepción de Apoyo Social			
	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1. ¿Vd. 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 Ud. el teléfono móvil?	0	1	2
10. ¿Utiliza Ud. el ordenador (<i>consola, juegos de la memoria</i>)?	0	1	2
11. ¿Utiliza Ud. 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 _____ Pts.			

ANEXO 2: Escala de soledad UCLA

Consta de 3 dimensiones: percepción subjetiva de soledad, apoyo familiar y apoyo social, con 2 factores: la intimidad con otros y la sociabilidad. Existe una traducción al español realizada por Vázquez y Jiménez en 1994 (87). La escala está validada para jóvenes universitarios españoles e italianos en el año 2006 (35).

Compuesta por 10 ítems:

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

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».

ANEXO 3: Tabla de prevalencia de soledad

Autores del estudio	País	Nacional/subnacional	Año de recolección	Edad	Pregunta realizada o herramienta utilizada. (respuestas codificadas como ‘solitarias’ en esta revisión)	Proporción % de soledad (proporción real, si está disponible)
Claramonte y cols.	España	Subnacional Región de Murcia	2021-2022	60+	Escala de soledad ESTE II y UCLA	52%/47,8%
Dahlberg y cols. (46)	Suecia	Nacional SWEOLD study	1992–2011	77+	¿Alguna vez te sientes solo? (siempre o con frecuencia)	13.1% (336/2572)
Nyqvist y cols. (528)	Suecia	Subnacional Región del Norte de Suecia	2002–2012	85+	¿Alguna vez te sientes solo? (a veces o con frecuencia)	49.7% (514/1034)
Djuukanovic y cols. (767)	Suecia	Muestra propia de autores nacionales	2010	65–80	¿Alguna vez te sientes solo? (a veces o con frecuencia)	27.55 (1833/ 6659)
Aartsen & Jylha (189)	Finlandia	Subnacional Tampere	1979	60–89	¿Te sientes solo? (a veces o con frecuencia)	29.2% (135/463)
Heikkinen & Kauppinen (625)	Finlandia	Subnacional Jyvaskyla	1988	65+	Estoy: (muy solo o más bien solo o solo de vez en cuando)	25,2% (158/628)
Eloranta y cols. (768)	Finlandia	Subnacional Turku	1991	70+	¿Sufres de soledad? (siempre o a menudo o a veces)	22.3% (439/1966)
Tilvis y cols (155)	Finlandia	Nacional	2002	75+	¿Sufres de soledad? (siempre o a menudo o a veces)	46.1% (1781/3858)
Lasgaard y cols. (298)	Dinamarca	Subnacional Región de Dinamarca Central	2013	60+	Escala de soledad de tres ítems - 7 = soledad severa - 5–6 = soledad moderada	12.2% (1454/11961)
Bergland y cols. (769)	Noruega	Oslo	1997–1998	75+	¿Se siente solo? (Muy a menudo, a veces)	33,2% (102/307) Solo mujeres
Nicolaisen &	Noruega	Nacional	2002	60–80	¿Se siente solo? (a veces o con frecuencia)	30.%

Thorsen (23)						(415/1378)
Tomstad y cols. (770)	Noruega	Sur de Noruega	2010	65+	¿A menudo se siente solo? (Sí)	11,6% (239/2052)
Scharf & de Jong. (618)	Reino Unido	Muestra de Inglaterra de 3 áreas urbanas desfavorecidas	2000/2001	60+	De Jong Gierveld, - 3 o más de 11	56% (280/500)
Brittain y cols. (771)	Inglaterra estudio años	Newcastle Newcastle 85+ study	2006	85+	Califique su soledad ('siempre', 'a menudo', 'a veces')	43% (325/750)
Gale y cols. (425)	Inglaterra	English Longitudinal Study of Aging (ELSA)	2008/9	60+	Escala de soledad revisada de UCLA	44,1 % (1034/2346)
			2010/11	60+		45,2 % (1272/2817)
Victor y Bowling (300) [	Reino Unido	Nacional	1999–2000	65+	Estoy: (siempre o con frecuencia o a veces solo)	38,0% (379/997)
Dahlberg & Mckee (529)	Reino Unido	Barnsley- muestreo propio de los autores	2008	65+	De Jong Gierveld - 3 o más de 11	46% (563/1224)
Thomas (538)	Reino Unido	Reino Unido- ONS 2014 Opiniones y estilo de vida	2014/15	65+	'En una escala en la que 0 es nada solitario y 10 es extremadamente solitario, ¿qué tan solo te sientes?' –10) - Muy solo (6 a 10)	14,5 % personas de 65 a 79 años
				80 +		29,2 % en mayores de 80
Julsing y cols. (772)	Países Bajos	Zutphen	1985	65–85	Escala De Jong Gierveld - 4 o más de 11	42% (302/719) Sólo hombres
Holwerda y cols. (231)	Holanda	Amsterdam	1991	65–84	¿Se siente solo?	21,5% (859/4004)
Scharf & de Jong (618)	Países Bajos	Países Bajos muestra 3 regiones- Encuesta NESTOR	1992	60+	Escala De Jong Gierveld - 3 o más de 11	38% (1333/3508)
Honigh-de Vlaming y cols (773)	Holanda	Gelderland	2005/2010	65+	Escala De Jong Gierveld - 3 o más de 11	39% (3761/9641)
Tabue Teguó y	Francia	2 distritos	1989	65+	Me sentí solo''	13,8%

cols. (116)					- A veces 1–2 días, moderadamente 3–4 días, la mayor parte del tiempo 5–7 días de la semana	(498/3620)
Golden y cols. (774)	República de Irlanda	Dublín	1993–2002	65+	¿Se sintió solo el mes pasado? (sí)	34,8% (452/1299)
Molloy y cols. etal. (252)	República de Irlanda e Irlanda del Norte	Nacional Irlanda del Norte	No consta	65+	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses le ha molestado la soledad? (muy a menudo o bastante a menudo)	15,0% (305/2033)
Stessman y cols.	Israel	Jerusalén	1990	70	¿Con qué frecuencia te sientes solo? (a menudo/a menudo)	17,9% (108/60)
Cohen-Mansfield etal. (386)	Israel	Nacional	1989–1992	75+	¿Con qué frecuencia se sintió solo durante el último mes? (a veces, casi siempre, casi todos los días)	38,1% (437/1147)
La Grow y cols. (519)	Nueva Zelanda	Nacional	No consta	65+	Escala de soledad De Jong Gierveld	52,4% (174/332)
Ministry of Social Development[19]	Nueva Zelanda	Nacional	2014	65–74 años	¿Se sintió solo durante las últimas cuatro semanas? (Todo o la mayor parte del tiempo)	9,6% solo en 65-74 años de edad
				75+		12,5% solo en mayores de 75 años
Franklin & Tranter (775)	Australia	Nacional	2007	65+	¿Suele experimentar soledad?	20,5%
					La soledad es un problema grave para mí.	15,0%
Theeke (28)	EE. UU.	National Health and Retirement Study	2002	65+	¿Se ha sentido solo durante gran parte de la última semana? (sí)	19,3% (1727/8932)
AARP (29) (American Association of Retired Persons)	EE. UU.	Nacional	2010	60–69	Escala de soledad de UCLA (44 o más de 80)	32 % en personas de 60 a 69 años
				70+		25 % en mayores de 70 años
Hawkley y cols. (776)	EE. UU.	Subnacional	2005/6	65+	Escala de soledad de UCLA de tres ítems	28 % (841/3005)
			2015/16			31 %

						(1480/4777)
Pavela y cols. (777)	EE. UU.	Subnacional	2008–2010	65+	Escala de soledad de 11 ítems	No informado
Lim & Chan (520)	Singapur	Nacional	2009 y 2011	60+	Escala UCLA de tres ítems Puntuaciones más que nunca en cada ítem	55% (1514/2728)
Yang & Victor (21)	Europa	Nacional	2006/7	60+	¿Cuánto de la última semana se ha sentido solo? (la mayoría, todos o casi todos)	10,5% (1079/10282)
Hansen & Slagsvold (524)	Europa	Encuesta nacional de género y generaciones	2004–2011	60–80	Escala de soledad de De Jong Gierveld - Seis o más de 12	15,4% (3442/ 22429)
Sundstrom y cols. (778)	Europa	Nacional	2004	65+	¿Con qué frecuencia ha experimentado el sentimiento de soledad durante la semana pasada (casi todos, la mayoría, algunos)	41% (3614/8787)
Lara y cols.(779)	España	Subnacional	2014–2015	65+	Escala de soledad de UCLA de tres ítems	12,4 % (210/1691)
Tan y cols.(530)	Reino Unido, Grecia, Croacia, Países Bajos y España	Nacional	2015–2017	75+	Escala de soledad de De Jong Gierveld de 6 elementos	46,4 % (1007/2169)

ANEXO 4: Tabla de revisión de artículos

Autor (Año). País.	Tamaño muestra (N). Años seguimiento	Descripción muestra (Edad)	Género (% mujeres)	Concepto	Medida de soledad	Resultados
Aartsen y Jylhä (2011) Finlandia (189)	469 (ola 1= 463, ola 2 = 304, ola 3 = 31) 28 años de seguimiento	60–89	53.3%	Estudio longitudinal prospectivo. Los datos se recopilaron como parte del Estudio longitudinal de Tampere sobre el envejecimiento (TamELSA),	Pregunta ¿te sientes solo? (respuesta: a menudo, a veces, nunca y no se)	- 1/3 (N: 178) desarrollaron sentimientos de soledad - Los análisis de regresión logística indicaron que la pérdida de una pareja, la reducción de las actividades sociales, el aumento de las discapacidades físicas, el aumento de los sentimientos de mal humor, la inutilidad y el nerviosismo se relacionan con un aumento de los sentimientos de soledad en el seguimiento. - La mayor incidencia de soledad entre las mujeres puede explicarse por la distribución desigual de los factores de riesgo entre hombres y mujeres (por ejemplo, las mujeres enviudan con mayor frecuencia)
Adams y cols. (2004) EE.UU. (200)	234	60-98 Edad media: 81.35(7.0)	74	Datos de encuestas transversales de residentes independientes de dos departamentos.	Escala de depresión geriátrica y Escala de soledad de la UCLA	- La depresión se predijo por ser mayor, número de enfermedades crónicas, duelo por una pérdida reciente, menos visitas de vecinos, menor participación en actividades sociales organizadas y menor asistencia a la iglesia. - El duelo por una pérdida reciente, recibir menos visitas de amigos y tener una red social menos extensa predecía la soledad. - Las puntuaciones de soledad explicaron alrededor del 8 % de la variación única en las puntuaciones de depresión, lo que sugiere que es un factor de riesgo independiente para los síntomas depresivos.
Alma y cols. (2011) Nueva Zelanda (190)	173	72,3	58%	Estudio transversal usando datos de entrevistas telefónicas	Escala de Soledad de De Jong Gierveld y el SMAS- 30	- La prevalencia de soledad entre los ancianos con discapacidad visual fue mayor en comparación con el grupo de referencia (50% vs. 29%; $p < .001$). - El análisis de regresión jerárquica multivariante mostró que la autoeficacia en las actividades, el estado de pareja y la autoestima fueron determinantes de la soledad. - La gravedad y la duración de la discapacidad visual no tuvieron efecto sobre la soledad.
Ayalón y cols. (2012) EE.UU. (383)	2,723 parejas	Mayores 50 Hombres = 67.4(9.8) Mujeres = 64.0(9.0)	50	The Health and Retirement Study (HRS) es una muestra nacional significativa de individuos mayores de 50 años y sus esposas.	Escala de soledad UCLA de 3 ítems	- Las valoraciones subjetivas de la relación con el cónyuge desempeñan un papel importante en la sensación de soledad. La soledad en hombres y mujeres comparte asociaciones recíprocas. - El modelo explicó el 24% y el 29% de la variabilidad en la soledad reportada por hombres y mujeres casados, respectivamente. - Los resultados indican que capitalizar y mejorar la vida social de uno

				Enquesta		también podría ser beneficioso para su pareja.
Cacioppo y cols. (2010) EE.UU. (124)	229	50-68	52.4	Estudio longitudinal prospectivo durante 5 años (2002 a 2006) como parte del Chicago Health, Aging and Social Relations Study (CHASRS).	Escala de soledad de la UCLA revisada (UCLA-R)	- Las variaciones de este modelo evaluaron los posibles efectos del género, el origen étnico, la educación, el funcionamiento físico, los medicamentos, el tamaño de la red social, el neuroticismo, los eventos estresantes de la vida, el estrés percibido y el apoyo social en las asociaciones observadas entre la soledad y los síntomas depresivos. - Los análisis indicaron que la soledad predecía cambios posteriores en la sintomatología depresiva, pero no viceversa, y que esta asociación temporal no era atribuible a variables demográficas, aislamiento social objetivo, negatividad disposicional, estrés o apoyo social.
Chalise y cols. (2010) Nepal (611)	509	60-97 Chhetri: 69.1(7.2) Newar: 68.8(7.7)	Chhetri: 54 Newar: 48	Los datos fueron tomados de un estudio transversal de ancianos, realizado en 2005, utilizando entrevistas cara a cara.	Escala de soledad de la UCLA-R	- El principal de apoyo social para los ancianos fueron los hijos adultos con los que viven juntos, el cónyuge y amigos/vecinos. - Los resultados también muestran diferencias de género en el apoyo social. - Las variables significativas de la soledad fueron el apoyo social recibido del cónyuge, el apoyo social brindado al cónyuge y los hijos que viven juntos con ambos padres ancianos. - Este hallazgo muestra que existe un alto grado de variabilidad transcultural en las fuentes predictoras de apoyo social sobre la soledad entre adultos mayores de dos castas/etnias nepalíes.
Chiao (2021) Taiwan (596)	1645 de padres mayores del norte de Taiwán	50-70 Media: 62	67,48	Datos de una encuesta a del Taiwan Youth Project (TYP).	Escala de De Jong-Gierveld	- La soledad social se asoció significativamente con estar divorciado y vivir solo. Por el contrario, una fuerte cohesión familiar y un contacto semanal frecuente con amigos se asociaron con una menor soledad social. - Los padres casados que dormían en habitaciones separadas eran más propensos a sentir soledad emocional y social que las parejas que compartían la cama, a pesar de adaptarse a sus problemas de sueño. Además, las relaciones conyugales satisfactorias redujeron significativamente la magnitud de las asociaciones en el dominio social.
Cohen-Mansfield y cols. (2009) Israel (386)	1,147 - ola 1 = 1,147 - ola 2 = 588	75-94	M = 83.1 - ola 1: 44.9	The Cross-Sectional and Longitudinal Aging Study: una muestra nacional estratificada aleatoria utilizando una entrevista cara a cara	Pregunta sobre la frecuencia en que se sentían solos en el último mes (0-nunca, 1- algunas veces, 2-la mayoría del tiempo, 3-casi todo el día)	- Aumento del nivel de soledad a lo largo del tiempo, pasando de 0,62 a 0,80, $p < 0,001$. El correlato más fuerte de estar solo en la ola 1 fue ser soltero. - Diferentes variables predijeron la soledad en casados y solteros. - Entre los casados, las personas más solitarias tendían a experimentar eventos más traumáticos, tenían más visitas al médico y manifestaban menos vitalidad cognitiva. En contraste, entre los solteros, la soledad fue mayor en aquellos con dificultades financieras, mala salud y menos apoyo de las redes sociales. La transición longitudinal hacia la soledad

						fue más probable en las mujeres, las personas con recursos económicos insuficientes y las personas con peor salud.
Cohen-Mansfield y Parpura-Gill (2007) Maryland EE. UU. (188)	161	M = 74.9	75.8	La muestra compuesta por residentes independientes que vivían en cinco edificios de vivienda para personas mayores con bajos ingresos	19-items de la Escala de soledad UCLA	- Los contactos sociales, la movilidad y los recursos financieros predicen la soledad. - La soledad predice la depresión.
Coyle y Dugan (2012) EE.UU. (780)	11,825	67.7(10.3)	59	- El estudio incluye datos de las oleadas de 2006 y 2008 del Health and Retirement Study (HRS). - Muestra representativa nacional de adultos ≥ 50 años (no incluye residentes de hogares de ancianos ni encuestados por representante).	Escala de soledad de Hughes de 3-Item Se examinaron dos medidas de salud (salud autoevaluada y condiciones de salud mental) mediante regresión logística.	- La soledad y el aislamiento social no estuvieron altamente correlacionados entre sí ($r = 0,201$, $p = 0,000$). - La soledad se asoció con mayores probabilidades de tener un problema de salud mental (OR: 1,17; IC: [1,13, 1,21], $p = 0,000$); y el aislamiento se asoció con mayores probabilidades de informar sobre la salud como regular/mala (OR: 1,39; IC: [1,21, 1,59], $p = 0,000$). - Los resultados sugieren que las medidas globales de aislamiento, no distinguen entre el aislamiento social y los sentimientos de soledad, y pueden no detectar el impacto en la salud física y mental de los adultos mayores.
Dahlberg y cols. (2015) Suecia (529)	587	61.8	70+	Se utilizaron datos de las oleadas de SWEOLD de 2004 y 2011, una encuesta nacional longitudinal	Se midió a través del ítem: '¿Alguna vez te molestan los sentimientos de soledad?', con cuatro categorías de respuesta	- Las personas mayores entraron y salieron de la soledad frecuente con el tiempo, aunque hubo un aumento general de la soledad con la edad. - La soledad al inicio del estudio, el aumento de la depresión y la viudez reciente fueron predictores significativos de la soledad en los tres modelos multivariantes. - La viudez, la depresión, los problemas de movilidad y la reducción de la movilidad predijeron la soledad únicamente en el modelo para mujeres; mientras que el bajo nivel de contactos sociales y la reducción de contactos sociales predijeron la soledad únicamente en el modelo para hombres.
Domènech y cols. (2019) Irlanda (440)	5066	+ 50		Los datos se obtuvieron de Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA)	Escala de soledad de la UCLA	- El aislamiento social objetivo y percibido incide de forma independiente en la probabilidad de padecer trastorno de depresión mayor (TDM) o trastorno de ansiedad generalizada (TAG) mientras que la soledad es un factor de riesgo para el deterioro de la vida social, lo que pone de manifiesto la necesidad de abordar los factores subjetivos (como la soledad) y objetivos (como la tamaño de la red social) del aislamiento social de manera complementaria con el fin de mejorar la salud mental de la población mayor.
Drennan y cols. (2008)	683	65-99 73.5(7.1)	60.9	Encuesta telefónica de una muestra nacional	Escala: "Social and Emotional Scale for	- Se encontró que los niveles de soledad social y familiar eran bajos, pero que la soledad romántica era relativamente alta. Los predictores

Irlanda (66)				transversal seleccionada utilizando marcación de dígitos	Adults” (SELSA-S)	de soledad social fueron identificados como mayor edad, peor salud, vivir en una zona rural y falta de contacto con amigos. - Vivir en un medio rural, el género (masculino), tener menores ingresos, ser viudo, no tener acceso a transporte, el contacto poco frecuente con hijos y familiares y el cuidado del cónyuge o familiar en el hogar fueron predictores significativos de soledad familiar. - La soledad romántica fue predicha por el estado civil, en particular por ser viudo. No haberse casado nunca o estar divorciado o separado también fueron predictores significativos de la soledad romántica. - Los hallazgos indican que la soledad para las personas mayores es variable, multidimensional y se experimenta de manera diferente según los eventos de la vida, por ejemplo, la muerte de una pareja es seguida por la experiencia de la soledad emocional, o la pérdida de amigos o el deterioro de la salud que lleva a la soledad social.
Fierloos y cols. (2021)	2251	79,7 (SD = 5.6 años)	60.4	Urban Health Centres Europe (UHCE) project de áreas urbanas de Reino Unido, Grecia, Croacia, Países Bajos y España.	Escala de soledad de Jong-Gierveld	- Mayor edad, vivir sin pareja y tener un nivel educativo bajo, se asociaron con un aumento de la soledad emocional. - Las mujeres que vivían en pareja eran más propensas a la soledad emocional que los hombres que vivían en pareja. La mayor edad y el bajo nivel educativo se asociaron con una mayor soledad social. - Los hombres que vivían sin pareja eran más propensos a la soledad social que los hombres que vivían con pareja.
Fokkema y cols. (2012) 14 países europeos (371)	12.248	50–104 Rango entre 64–67 dependiendo del país	R = 52.5 a 59.3	Los datos se utilizaron de la Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), segunda ola, recolectado en 2006–2007.	Medida por un solo ítem de la escala de depresión CESD.	- Los adultos mayores de los países del sur y centro de Europa estaban generalmente más solos que en los países del norte y oeste de Europa. - En los países del sur y centro de Europa, la soledad se atribuía en gran medida a la falta de matrimonio, las privaciones económicas y la mala salud. - Los contactos frecuentes con los padres y los hijos adultos, la participación social y la prestación de apoyo a los miembros de la familia fueron importantes para prevenir y aliviar la soledad en casi todos los países.
Fry y Debats (2002) Canada (212)	242	65–86 community: M = 73.1 semi-institutional: M = 76.2	58.3	-Varios participantes formaban parte de un proyecto longitudinal más amplio. -Otros participantes fueron reclutados a través de boletines y carteles de la comunidad local, de	Se utilizaron medidas estándar de autoinforme para evaluar la autoeficacia percibida en ocho dominios diferentes.	- Los hallazgos de una serie de análisis de regresión jerárquica que se realizaron por separado para hombres, mujeres y la muestra combinada respaldaron la hipótesis sobre la superioridad de las variables de autoeficacia como predictores de soledad y angustia psicológica. - Las variaciones específicas de género revelaron que los dominios de autoeficacia más fuertes de las mujeres en los ámbitos interpersonal, social y emocional, y las creencias de autoeficacia más fuertes de los hombres en los ámbitos instrumental, financiero y físico predijeron menos soledad y angustia psicológica.

				boca en boca, cartas personales, ayuda de la familia		- La autoeficacia espiritual surgió como el predictor más potente y representa el mayor porcentaje de varianza explicada en la soledad y la angustia psicológica en la muestra de mujeres y combinada.
Gené-Badia y cols. (2019) España (422)	278 personas (respuesta: 61,36%)	65+	60	Encuesta telefónica en el Área básica de Barcelona cubierta por un equipo de atención primaria urbano	Encuesta de soledad de UCLA. Escala de red social de Lubben.	- Existía una mayor proporción de factores de riesgo de soledad en los que no respondieron. La soledad se correlaciona estrechamente con el aislamiento social. - La soledad moderada, con una prevalencia del 16,54%, se asocia a presentar dificultades a la marcha, deterioro cognitivo y a barreras arquitectónicas, mientras que la soledad severa, con una prevalencia de 18,71%, solo se asocia a convivir con menos personas. - El riesgo de aislamiento social, con una prevalencia del 38,85%, se asocia a la edad y a problemas de salud.
Greenfield y Russell (2011) EE. UU. (537)	2,888	57-85 M = 68.08	51	La muestra fue obtenida del National Social Life, Health and Aging Project (NSHAP) realizada en 2005-2006	Se emplearon cuatro ítems: 3 de la Escala de soledad revisada de UCLA y el cuarto ítem con escala tipo Likert de 4 puntos se pidió indicar con qué frecuencia en la última semana se “sentían solos”.	- A diferencia de los encuestados que vivían con un cónyuge/pareja, los encuestados que vivían solos, vivían con hijos sin cónyuge/pareja y vivían con otros parientes o amigos sin cónyuge/pareja informaron más soledad. - Vivir solo se asoció con mayor soledad entre los hombres que entre las mujeres, pero vivir con hijos sin cónyuge/pareja se asoció con mayor soledad entre las mujeres.
Havens y cols. (2004) Canada (395)	1,868	72-104	60.1	La muestra fue obtenida de Aging in Manitoba (AIM) Longitudinal Study en 1996	El aislamiento social se midió usando el “life space index” (LSI) y para la soledad un índice de soledad creado por los autores a partir de las puntuaciones combinadas en la escala de soledad (de Jong Gierveld) y dos preguntas de un solo ítem de los estudios NESTOR de los Países Bajos sobre el	- Los modelos con aislamiento como resultado produjeron cinco predictores para la submuestra rural y tres para la submuestra urbana. Solo vivir solo fue igual para ambos grupos. - Los modelos con la soledad como resultado produjeron cinco predictores para la submuestra rural y dos para la submuestra urbana, nuevamente con un solo factor en común: cuatro o más enfermedades crónicas. - Concluyen que los factores sociales y de salud son predictores importantes del aislamiento social y la soledad, y la sensibilidad a estos factores puede mejorar la experiencia de los adultos mayores.

					envejecimiento.	
Hawkey y cols. (2008) EE. UU (376)	229	50–68	52.4	Muestra obtenida del Chicago Health, Aging, and Social Relations Study (CHASRS), estudio longitudinal basado en la población	Escala de soledad de UCLA revisada.	- La educación y los ingresos se asociaron negativamente con la soledad y explicaron las diferencias raciales/étnicas en la soledad. - Estar casado explica en gran medida la asociación entre ingresos y soledad, y las relaciones maritales positivas ofrecen el mayor grado de protección contra la soledad. - Los factores de riesgo independientes para la soledad incluyeron sexo masculino, síntomas de salud física, trabajo crónico y/o estrés social, red social pequeña, falta de un confidente conyugal y relaciones sociales de mala calidad.
Hensley y cols. (2012) EE. UU. (340)	137	Centenarians	78.8	Muestra de Georgia Centenarian Study. (compuesto por 44 condados en el noreste de Georgia).	Escala de soledad de UCLA (versión 3).	- Los análisis indicaron que los eventos negativos a lo largo de la vida predijeron significativamente la soledad. - El neuroticismo, la competencia y la curiosidad intelectual fueron predictores significativos de soledad. Cuanto mayor era el nivel de neuroticismo y la curiosidad intelectual, mayor era el nivel de soledad, mientras que cuanto menor era el nivel de competencia, mayor era el nivel de soledad. - Tanto los eventos vitales positivos como los negativos durante la vida fueron predictores significativos de neuroticismo.
Heylen (2010) Bélgica (382)	1,837	55+	56.2	Los datos se extrajeron del Panel Study of Belgian Households realizado en 2000 (ola 9).	Escala de soledad de Jong-Gierveld	- Los resultados confirman que se obtiene una mejor comprensión al descomponer la interrelación entre la edad y otras características del entorno, por un lado, y las características de relación social, por el otro, como predictores indirectos y directos de la soledad social. - Generalmente, este enfoque promueve una correcta identificación de los grupos en riesgo de soledad social en la vejez.
Kemperman (2019) Nueva Zelanda (781)	182	+65 65–70 17.0 71–75 22.5 76–80 19.2 81–85 23.6 86+ 17.6	56.	Los datos se extrajeron de las encuestas de 17 municipios de West Brabant	Escala de soledad De Jong-Gierveldm de 6 ítems	- Los resultados mostraron que los sentimientos de soledad están directamente relacionados con la satisfacción con la red social y el apego al vecindario y están indirectamente relacionados con la seguridad percibida y la satisfacción con las comodidades y servicios locales.
Iecovich y Biderman (2012) Israel (368)	817	60–100 77.95(7.09)/ 77.78(6.09) (caso/control)	75.7/75.6 (caso/control)	Un estudio de caso control utilizando miembros de Clalit Health Services. Muestra de usuarios de 13 centros de día y no usuarios emparejados	Escala de soledad de Jong Gierveld	- La gran mayoría en ambos grupos (79,3% y 76,3%, respectivamente) reportaron niveles de soledad moderados a severos. - El estado económico percibido y la salud autoevaluada fueron las variables más significativas para explicar la soledad. - No se encontraron diferencias significativas entre usuarios y no usuarios de centros de día en el nivel de soledad. La asistencia a los centros de día, así como la duración y la frecuencia de uso, no tuvieron una asociación significativa con la soledad.
Lauder y cols.	1,289	50–59	50.1	Se obtuvieron datos	La escala de soledad	- Las personas solitarias eran más propensas a ser fumadoras y más

(2006) Australia (374)		(21.1%) 60+ (21.3%)		transversales de autoinforme de una muestra aleatoria de adultos por medio de una encuesta de entrevista telefónica asistida por computadora (CATI).	de De Jong Gierveld	propensas a tener sobrepeso u obesidad. - El grupo solitario tenía puntajes de índice de masa corporal más altos controlando por edad, ingreso anual, género, empleo y estado civil. - La regresión logística no reveló diferencias en los estilos de vida sedentarios. Las personas solitarias eran significativamente menos propensas a creer que era deseable perder peso caminando por recreación, ocio o transporte. - Los hallazgos respaldan una asociación entre los comportamientos de salud, la soledad y el exceso de morbilidad informados en estudios anteriores.
Lim y Roidebaugh (2016) EE. UU. (213)	1,010	18 a 87 años		Se examina cómo la soledad se relaciona con la ansiedad social, la paranoia y los síntomas de depresión en una muestra de la comunidad general	Escala UCLA revisada	- Los resultados indican que la soledad anterior predijo positivamente los estados futuros de ansiedad social, paranoia y depresión. - La ansiedad social anterior fue el único predictor de soledad futura. - Estos resultados sugieren que la soledad puede ser un posible antecedente de los síntomas emergentes de salud mental y que identificar y tratar los síntomas de ansiedad social concurrentes puede reducir la gravedad de la soledad.
Losada y cols. (2012) España (34)	199	65–94 75.10(6.45)	61.3	Los participantes fueron seleccionados del censo de Salamanca, España, utilizando un muestreo aleatorio por conglomerados. Se realizaron encuestas cara a cara.	Pregunta de un solo ítem “¿Te sientes solo?”; (0 = “casi nunca” hasta 2 = “bastante a menudo”).	- El porcentaje de personas que informaron sentimientos de soledad fue del 23,1%. - Ser mujer, ser mayor, vivir sola, tener menos recursos económicos, tener una percepción de salud más baja y estar insatisfecho con la frecuencia de contacto con familiares y amigos resultaron ser predictores significativos de sentimientos de soledad. - La soledad contribuyó significativamente a la explicación de la salud mental, incluso cuando se controlaron estadísticamente otras variables significativas. Los resultados de este estudio sugieren que la soledad es un factor relevante para el análisis y comprensión de la salud mental en los ancianos.
Luo y cols. (2012) EE.UU. (111)	1,937 (2004 wave)	67.08(9.16)	59.6	Los datos se tomaron de las oleadas de 2002, 2004 y 2006 del Health and Retirement Study, un estudio longitudinal representativo a nivel nacional de personas mayores.	Escala de soledad de UCLA-R	- Concluyen que los sentimientos de soledad estaban asociados con un mayor riesgo de mortalidad durante un período de 6 años, y que este efecto no se explicaba por las relaciones sociales o los comportamientos de salud, pero se explicaba modestamente por los resultados de salud. - En modelos de panel cruzados que probaron los efectos prospectivos recíprocos de la soledad y la salud, la soledad afectó y se vio afectada por los síntomas depresivos y las limitaciones funcionales a lo largo del tiempo, y tuvo efectos marginales en la autoevaluación de la salud posterior - La soledad es un factor de riesgo de morbilidad y mortalidad y apuntan a mecanismos potenciales a través de los cuales funciona este

						proceso.
Meltzer y cols. (2013) Inglaterra (541)	7,461	16–34: 22.7 35–54: 21,8 55–74:16.0 75+: 20.4		Basado en Adult Psychiatric Morbidity Survey, en Inglaterra: encuesta nacional transversal en Inglaterra en 2007	8 preguntas del Social Functioning Questionnaire	- Los sentimientos de soledad fueron más prevalentes en las mujeres, así como en las solteras, viudas, divorciada o separada (económicamente inactiva, que vive en una vivienda alquilada o en deuda. - La soledad se asoció a todos los trastornos mentales, especialmente a la depresión, fobia y TOC.
Menec (2019) Canada (98)	48,330 de 977 FSAs.	45-85	51,48	Estudio longitudinal canadiense sobre el envejecimiento que se vinculó a los datos del censo de 2016 en el nivel del Forward Sortation Area (FSA) level	Se utilizó una pregunta de soledad de un solo ítem que forma parte de la escala de depresión CESD.: “¿Con qué frecuencia te sentiste solo? (durante la semana anterior)	- La prevalencia del aislamiento social y la soledad fue del 5,1 % y el 10,2 %, respectivamente, pero varió sustancialmente según las características personales. - Las características personales (edad, sexo, educación, ingresos, deterioro funcional, enfermedades crónicas) se relacionaron significativamente tanto con el aislamiento social como con la soledad, aunque surgieron algunas diferencias en la dirección de las relaciones para las dos medidas. - Las asociaciones también diferían algo entre las mujeres y los hombres. - Surgieron asociaciones entre algunos factores geográficos para el aislamiento social, pero no para la soledad. Vivir en un núcleo urbano se relacionó con mayores probabilidades de aislamiento social, un efecto que dejó de ser significativo cuando se controlaron los factores del nivel de FSA. Las FSA con un mayor porcentaje de residentes de más de 65 años con bajos ingresos se asociaron consistentemente con mayores probabilidades de aislamiento social. Para la soledad, solo surgieron asociaciones significativas para las características personales. Además, los resultados fueron similares para mujeres y hombres. Tanto las mujeres como los hombres más jóvenes informaron sentirse más solos que sus contrapartes mayores. No estar casado o en una relación de hecho, vivir solo, tener un ingreso familiar de menos de \$ 20,000, discapacidad funcional y más condiciones crónicas aumentaron las probabilidades de sentirse solo.
Newall y cols. (2009) Canada (670)	1,243 (cross sectional sample) 688 (follow-up)	72–98; 80.45 (5.43) (cross sectional) 72–95; 78.93(4.68) (follow-up)	cross-sectional: 57 follow-up: 59	Muestra del Aging in Manitoba (AIM) longitudinal studies	Escala de soledad De Jong Gierveld	- Los resultados transversales y longitudinales (durante cinco años) mostraron que respaldar más fuertemente las creencias causales internas/controlables (es decir, creer que hacer amigos depende del esfuerzo) se relacionaba con una mayor participación social. Además, una mayor participación social se relacionó con una menor soledad. - Las creencias causales externas/incontrolables predijeron mayor soledad. - Al abordar completamente la soledad, puede ser importante centrarse en las creencias causales de las personas.

Newall, Chipperfield, Bailis, y Stewart (2012) Canada (370)	228	77-96	62.3	Dos conjuntos de datos vinculados, el estudio de 2001 Aging in Manitoba (AIM) study y el estudio de 2003 Successful Aging Study (SAS). El proceso de selección derivó en una muestra representativa de la población.	Escala de soledad De Jong Gierveld	- La soledad es un factor de riesgo independiente de mortalidad y reducción de la actividad física entre los adultos mayores; sin embargo, ser feliz puede compensar las consecuencias negativas de estar solo.
Palgi y cols. (2012) EE. UU. (192)	7,446	50-104 68.3(10.1)	58.2	El estudio incluyó una muestra de personas que completaron el cuestionario psicosocial Health and Retirement Study (HRS) 2006	Escala de soledad de UCLA- R (versión corta)	- Los resultados mostraron que los posibles eventos traumáticos de la vida (PLTE) están positivamente relacionados con la soledad. Además, el número de PLTE orientados a otros, y aún más pronunciadamente PLTE orientados a uno mismo, que ocurrieron hasta la edad adulta fueron los predictores más fuertes de soledad en la segunda mitad de la vida. - El estudio sugiere que los PLTE orientados hacia uno mismo y hacia los demás que se informaron que ocurrieron en la vida temprana están asociados con la soledad percibida en la segunda mitad de la vida.
Paúl y Ribeiro (2009) Portugal (22)	1,266	50-101 70.32 (8.66)	70.5	Los participantes fueron reclutados al azar a través de anuncios en periódicos locales, agencias locales y ONG, y utilizando el método de bola de nieve.	Pregunta directa de autoevaluación ‘¿Dirías que (1) siempre te sientes solo, (2) a menudo me siento solo, (3) a veces me siento solo, o (4) nunca se siente solo?’	- La prevalencia de soledad fue de 16,3% (n = 206) y un pequeño número de personas presentó baja red social (7%). - Los predictores de soledad (que explican el 29 % de la varianza) eran enviudar, percibir su propia salud como mala o muy mala y tener angustia psicológica y deterioro cognitivo. Los autores destacan la importancia del malestar psicológico como predictor de la soledad y la necesidad de intervenciones sociales y psicológicas para prevenir sus consecuencias en la morbilidad.
Perissinotto y cols. (2012) EE. UU	1,604	M = 70.9	59.4	Los datos se extrajeron del HRS de 2002, un estudio longitudinal basado en la población y un seguimiento de 6 años.	El cuestionario de 3 ítems adaptado de la Escala Revisada de Soledad de UCLA (R-UCLA)	- Los sujetos solitarios tenían más probabilidades de experimentar una disminución en las AVD, desarrollar dificultades con las tareas de las extremidades superiores, disminución de la movilidad, o dificultad para escalar. - La soledad se asoció con un mayor riesgo de muerte. - Los sujetos que se sentían solos eran ligeramente mayores y era menos probable que fueran blancos. Los sujetos también tenían más probabilidades de ser mujeres, tenían un SES más bajo, tenían más probabilidades de fumar, tenían la mayoría de las condiciones comórbidas, tenían un mayor deterioro funcional inicial, tenían deficiencias sensoriales y tenían menos probabilidades de beber alcohol, participar en actividad física frecuente.

						- Mientras que los sujetos solitarios tenían más probabilidades de vivir solos, la mayoría de las personas solitarias vivían con alguien. - Además, mientras que los sujetos solitarios tenían más probabilidades de estar deprimidos, la mayoría de los sujetos solitarios no estaban deprimidos.
Pinquart y Sorensen (2001) (16)	182 studies included	≤60 (26.0%) 60.1 to 70 (18.2%) 70.1 to 80 (51.9%) >80 (3.9%)		Metanálisis. Estudios seleccionados de la literatura gerontológica y del desarrollo a través de bases de datos electrónicas		- Se identifica una asociación en forma de U entre la edad y la soledad. - La calidad de la red social se correlaciona más fuertemente con la soledad, en comparación con la cantidad; los contactos con amigos y vecinos muestran asociaciones más fuertes con la soledad, en comparación con los contactos con miembros de la familia. - Ser mujer, tener bajo nivel socioeconómico y baja competencia y vivir en hogares de ancianos también se asoció con una mayor soledad. También se investigan las diferencias de edad en la asociación de los contactos sociales y la competencia con la soledad.
Prieto-Flores y cols. (2011) España (191)	468 (234 muestra de la comunidad; 234 muestra de residencia de ancianos)	Muestra de la comunidad: 60–96 72(8.2) Muestra de residencia de ancianos: 60–97 81(7.1)	Muestra de la comunidad: 58.1 Muestra de residencia de ancianos: 65.4	Una muestra representativa a nivel nacional de adultos mayores de la comunidad y una muestra de residentes de hogares de ancianos ubicados en 14 municipios. Para ambas muestras, los datos se recopilaron en 2008.	Escala de la soledad De Jong Gierveld de seis ítem	- La depresión se asoció con la soledad en ambas poblaciones. - El sexo y el estado civil contribuyeron a explicar la soledad entre los que vivían en casa, mientras que la reunión con familiares, amigos y vecinos mostró un efecto significativo en el grupo institucionalizado. - La institucionalización per se mostró un fuerte efecto sobre la soledad.
Pronk y cols. (2011) Nueva Zelanda (420)	1,826 (996 auto informe, 830 prueba de audición en ruido)	76.4(8.0) 73.4(6.5)	57/56	Dos oleadas (2001–2, 2005–6) del Longitudinal Aging Study (LASA) utilizando un método aleatorio de muestra estratificada.	Escala de la soledad De Jong Gierveld	- Se encontraron efectos adversos significativos de una audición pobre sobre la soledad emocional y social para subgrupos específicos de personas mayores. - Estos fueron para quienes no usaban auxiliar auditivo (modelo SR – soledad social) y para hombres (SR y SNT – modelo de soledad emocional). - No hubo efecto significativo para la depresión.
Routasalo y cols. (2006) ^b Finlandia (187)	4,113	≥75 M = 81.1	69.4	Muestra aleatoria de personas mayores que viven en la comunidad mediante un cuestionario postal.	Para este estudio se desarrolló un cuestionario estructurado.	- Más de un tercio de los encuestados (39,4%) sufría de soledad. - El sentimiento de soledad no se asoció con la frecuencia de contactos con niños y amigos sino con las expectativas y satisfacción de estos contactos. - Los predictores más poderosos de soledad fueron vivir solo, depresión, poca comprensión experimentada por el más cercano y expectativas incumplidas de contactos con amigos. - Los hallazgos respaldan la opinión de que la soledad emocional es un

						concepto separado del aislamiento social.
Savikko y cols. (2005) ^b Filandia (369)	3,915	75 to 79 (44%) 80 to 89 (50%) ≥90 (6%) M = 81.1	69	Cuestionario postal enviado a una muestra aleatoria de 6786 adultos de una vivienda comunitaria	Para este estudio se desarrolló un cuestionario estructurado.	- La soledad era más común entre los ancianos rurales que entre los que vivían en las ciudades. - Se asoció con edad avanzada, vivir solo o en casa residencial, viudez, bajo nivel educativo y bajos ingresos. - Además, el mal estado de salud, el mal estado funcional, la mala visión y la pérdida de audición aumentaron la prevalencia de la soledad. - Las causas subjetivas más comunes de soledad fueron las enfermedades, la muerte del cónyuge y la falta de amigos. - La soledad parece derivar de los cambios en la vida social, así como de los eventos de la vida natural y las dificultades que se originan con el envejecimiento.
Schnittger y cols. (2012) Irlanda (193)	579	60+	69.1	Adultos mayores que viven en la comunidad que asisten a la clínica Technology Research for Independent Living (TRIL) clinic	Escala de soledad de Jong Gierveld y Escala de soledad de Lubben Social Network	- El modelo general para (1) soledad emocional incluyó depresión, neuroticismo, estrés percibido, vivir solo y tipo de adaptación, (2) soledad social incluyó neuroticismo, estrés percibido, nombre de animales y número de nietos y (3) apoyo social incluyó extroversión, funcionamiento ejecutivo (Trail Making Test B-time), historial de caídas, edad y si el participante conduce o no. El apoyo social influyó en la soledad emocional predominantemente a través de medios indirectos, mientras que su efecto sobre la soledad social fue más directo.
Shiovitz-Ezra y Leitsch (2010) EE.UU. (2)	3,005	57–85	51.6	Datos del National Social Life, Health, and Aging Project (NSHAP).	Pregunta de si los encuestados si se sintieron solos la mayor parte del tiempo durante la última semana. (respuesta: “sí” o “no”).	- Los identificados como “situacionalmente solos” (HR = 1,56; IC 95 %: 1,52–1,62), así como los identificados como “crónicamente solos” (HR = 1,83; IC 95 %: 1,71–1,87) tenían un mayor riesgo de mortalidad por todas las causas tras eliminar los factores de confusión demográficos y de salud. - Los clasificados como “crónicamente solos” tenían un riesgo de mortalidad ligeramente mayor.
Theeke (2009) EE.UU. (28)	8,932	65–100 74.2 (7.02)	59	Health and Retirement Survey (HRS), ola 6	Pregunta directa: ¿en la última semana se ha sentido solo por mucho tiempo? Si/no	- La prevalencia global de soledad fue del 19,3%. - El estado civil, el autoinforme de salud, el número de enfermedades crónicas, el deterioro de la motricidad gruesa, el deterioro de la motricidad fina y vivir solo fueron predictores de soledad. - La edad, el género femenino, el uso de atención domiciliaria y la frecuencia de las visitas de atención médica no fueron predictivos.
Theeke (2010) EE. UU. (31)	13,812	67.7 (9.16) 50–64 (41.5%) 65–84	61.3	Muestra del Health and Retirement Study (HRS).	Pregunta directa: ¿en la última semana se ha sentido solo por	- El estado de soltería fue consistentemente el principal predictor del autoinforme de soledad, seguido por un autoinforme más pobre sobre el estado de salud, menor nivel educativo, deterioro funcional, mayor número de enfermedades crónicas, edad más joven, menores ingresos y

		(53.9%) 85+ (4.6%)			mucho tiempo? Si/no	menos personas viviendo en casa. el dueño de casa. El sexo y el uso de cuidados domiciliarios no fueron predictores significativos de soledad. - Aquellos que estaban crónicamente solos reportaron menos ejercicio, más consumo de tabaco, menos consumo de alcohol, un mayor aumento en el número de enfermedades crónicas, puntajes más altos de depresión, más contactos con médicos y un mayor número promedio de noches en un hogar de ancianos que aquellos que nunca se sintieron solos o brevemente solo. - Después de controlar las covariables significativas de la soledad, aquellos que se sentían crónicamente solos no tenían significativamente más contactos médicos.
Victor y cols. (2005) Gran Bretaña (186)	999	65–74 (58.4%) 75– 84 (34.4%) 85+ (7.2%)		Muestra seleccionada de la encuesta Office for National Statistics (ONS) Omnibus Survey		- La prevalencia de la “soledad severa” fue del siete por ciento, lo que indica pocos cambios en cinco décadas. - Se identificaron seis factores de vulnerabilidad independientes para la soledad: estado civil, aumento de la soledad durante la década anterior, aumento del tiempo solo durante la década anterior; elevada morbilidad mental; mala salud actual; y peor salud en la vejez de lo esperado. La edad avanzada y la posesión de educación superior fueron protectores independientes de la soledad. - A partir de esta evidencia, proponemos que hay tres vías de soledad en la vejez: continuación de un atributo establecido desde hace mucho tiempo, soledad de inicio tardío y soledad decreciente.
Victor y Bowling (2012) Gran Bretaña (300)	999	65+	48	Hallazgos de seguimiento a ocho años de personas dos encuestas de personas mayores que viven en casa en Gran Bretaña		- La prevalencia general de soledad en ambos momentos fue muy similar, con un 9 % que reportó soledad severa; El 30 % informó que a veces se sentía solo y el 61 % informó que nunca se sintió solo. - Desarrollamos una tipología de 12 categorías para describir los cambios en la soledad a lo largo del período de seguimiento e informamos que el 60 % de los participantes tenían una calificación de soledad estable, con un 40-50 % calificándose a sí mismos como nunca solos y un 20-25 % calificándose a sí mismos como persistentemente solo; El 25% demostró una soledad reducida y aproximadamente el 15% demostró una soledad peor. - Los cambios en la soledad se vincularon con cambios en el estado civil, los arreglos de vivienda, las redes sociales y la salud física. Es importante destacar que las mejoras en la salud física y las relaciones sociales mejoradas se vincularon con niveles reducidos de soledad.
Yang (2020) China	34.440	65+	56.6	Se utilizaron cinco oleadas de Chinese Longitudinal Healthy	Se midió con una pregunta: “¿a menudo te sientes	- La viudez se correlacionó significativamente con la soledad en los adultos mayores; y aquellos que se volvieron a casar después de la viudez tenían menos probabilidades de sentirse solos en comparación

(561)				Longevity Survey 2002–2014. Se seleccionaron 22 ciudades/condados de las 31 provincias más un condado en la provincia de Hainan	solo y aislado?” Este ítem se midió mediante una escala tipo Likert de cinco puntos que va de 1 (siempre) a 5 (nunca).	con los que no se volvieron a casar. Además, la viudez se asoció con más del doble de probabilidades de soledad en los primeros años posteriores al duelo del cónyuge en comparación con los adultos mayores actualmente casados. - El aumento de la razón de probabilidades de soledad disminuyó ligeramente con la duración de la viudez, pero aún era significativo, incluso después de 40 años de duelo.
Yi et al (2019). Reino Unido (782)	5885	73.4 (7.7)	56,5	Datos procedentes del English Longitudinal Study of Ageing sin accidente cerebrovascular o demencia y seguido durante 2 años (2014-2015)	Escala de soledad UCLA revisada	- Una mayor soledad se asocia con una peor función cognitiva al inicio del estudio y contribuye a un empeoramiento de la memoria y la fluidez verbal durante una década. Sin embargo, estos factores parecen estar parcialmente entrelazados, ya que la memoria de referencia y su tasa de disminución también contribuyen a un aumento de la soledad con el tiempo.

^aTamaño de la muestra en análisis estadísticos que predicen la soledad. ^bEstudios con la misma muestra y con criterios de inclusión algo diferentes.

Tabla modifica de Cohen-Mansfield y cols (185).

ANEXO 5: Tabla de correlaciones y predictores de soledad.

Estudio		Sexo	Edad	Estado civil	Nivel socio-económico	Nivel de estudios	Medio rural	Compañía durante tiempo libre	Número Hijos	Enfermedad crónica		Participación en actividades de ocio y Soporte social
										Física	Mental	
Claramonte y cols.	CRS		*	*	*	*	*	*	*	*	Enf. crónicas	*
	LR	* ♂ (soltero)		* ♂ (viudo)								
Aartsen y Jylha (2011)	CRS										*	
	LR										* Ansiedad y depresión	Actividad social reducida
Adadms y cols (2004)	Corr							*		*	*	Pocas actividades semanales y participación social
	CSR							(pocos contactos)			* Depresión	
Alma y cols (2011)	CRS			*							* Duelo	
				(no pareja)							* Falta iniciativa	
Ayalon et al (2012)	CSR											Poca relación con esposo/a y poco soporte emocional
Chalise (2010)	CSR											Poco soporte social/emocional
Cacioppo y cols (2010)	Corr					*				*	*	
										Estado funcional	Psiquiátrica y depresión	
Cohen-Mansfield y cols (2009)	Corr					*		*	*	*	*	Poco soporte social/emocional
	CRS			*	*			(pocos contactos)	No hijos	Poca salud y Estado funcional	Def. cognitivo	
								*		*		
								(pocos		Enf. crónicas		

								contactos)		y visitas al médico		
	RL	* ♀		*	*							Poco soporte social/emocional
Cohen- Mansfield y Parpura-Gill (2007)	Corr							*			*	Pocas oportunidades para conocer gente
	CRS				*					*		Pocas oportunidades para conocer gente
Cohen-Masfield et al (2016)		*	*	* (no casado)		*		*		*		Recursos inadecuados para socializar barreras ambientales, vecindarios inseguros, patrones migratorios, viviendas inaccesibles
Drennan y cols. (2008)	Corr	* a ♀										
	CRS	* b ♂	*a, c	*a, b	*a, b	*b	*b, c (rural)	*		*		No tener acceso al transporte Cuidado del cónyuge o familiar
Fokkema et al (2012)	CSR	* ♀	*	* (viudo/ divorciado / nunca casado)	* (percibir pocos ingresos y estar desemplead o)	*		*		*		Poca participación social
Fry y Debats (2002)	CRS		*					*		*	*	
Greenfield y Russel (2011)	CRS		* (joven			*				*		

			)							funcional		
Havens et al (2004)	Corr			*				*		*	*	
	CRS			(viudo)				(vivir solo)		Pobre estado funcional	Pobre percepción salud, y mental	
Hawkey et al (2008)	CRS			*						*	*	
	CRS			(cónyuge no confidente)						Enf. Crónica	Enf. Crónica	Poca satisfacción social
Henley (2010)	Corr	*♂							*			
	CRS		*						No hijos		*	
Iecovich y Biderman (2012)	CRS		*			*		*	*	*	*	
	CRS			(estado económico)				(vivir solo)	Pocos hijos cercanos	Pobre estado funcional	Pobre percepción salud,	
Kuyper y Fokkema (2010)	CSR							*		*	*	
	CSR							(vivir solo)			Pobre percepción salud, depresión	Vivir lejos de la familia Poca red social Esperar reacciones negativas de los cuidadores y eventos de prejuicio
Lauder et al (2006)	CSR	*♂		*						*		
	CSR			(no casado/no pareja)						Sobrepeso, obeso, fumar		Pobre sensación de la eficacia del ejercicio
Losada et al (2012)	Corr	*	*	*				*		*	*	
	Corr			(viudo)	+			vivir solo		Pobre sentimiento de salud y enfermedad mental		No estar satisfecho con frecuencia de contactos. Eventos negativos de la vida

	CRS	* ♀	*		*			*				Poca satisfacción social. Vivir lejos de la familia
					(dificultades económicas)			(vivir solo)				
Luo y cols (2012)	LR									* Pobre estado funcional	* Pobre sentimiento de salud y síntomas depresivos	
Menec et al. (2019)		=	+	+(no casado o sin pareja)	+		Urbano (aislamiento social)		* Depresión (vivir solo)	* Discapacidad funcional, condiciones crónicas	* Depresión	
Newall et al. (2009)	Corr		*							* Pobre estado funcional		Factor de riesgo independiente de mortalidad y reducción de la actividad física entre los adultos mayores. Ser feliz puede compensar las consecuencias negativas de estar solo
	CRS					*		* (vivir solo)			* Creencias casuales	Poca participación social
	LR							* (vivir solo)			* Pobre sentimiento de salud	Poca participación social
Palgi et al (2012)	CRS		* (joven)	*		*					* Depresión	Vivencias negativas (traumas)
Paul y Ribeiro (2009)	CRS			*(viudo)							* Estrés psicológico y deterioro cognitivo	
Perissinotto et al (2012)	Corr	*	* d	*(no casado, no pareja)	*	*		* (vivir solo)		* Condiciones comórbidas, deterioro	* Depresión	Fumar, problemas de beber alcohol y menos actividad física

										funcional inicial, deficiencias sensoriales		
	LR									*		
										Enf. Crónica, deterioro funcional, dificultades movilidad		
Pinquart y Sorensen (2001)	Corr	*	*		*	*	*	(residen cia)	*	(pocos contactos)	*	Poca calidad social Poco contacto amigos Ver televisión y menos actividades de ocio
Prieto-Flores et al (2011)	Corr						*	(residen cia)			*	Depresión
Routasalo et al (2006)	Corr	*	*		*	*	*	(rural)		+		Vivir en hogares de ancianos y baja competencia
	CRS			*							*	Depresión
				(viudo)							Deterioro funcional	
Savikko et al (2005)	Corr		*			*	*	(residen cia) (rural)			*	Menos actividades
											Deficits sensoriales	
	CRS	*		*	*						*	
				(viudo)							Deterioro funcional	
Shiovitz-Ezra y Leitsch (2010)	Corr	*		*		*						
				(no pareja)								
	CSR			*	*						*	
											Deficit visual	Poca percepción de

											salud	
Theeke (2009)	Corr	*	*									Mayor número visitas al médico
	CRS			*						* Enfermedades crónicas, dificultades movilidad	* Poca percepción de salud	
Theeke (2010)	Corr	*										
	CSR		* (joven)	*	*	*				* Enfermedades crónicas, dificultades movilidad	* Poca percepción de salud y depresión	
Victor et al (2005)	Corr									* Enfermedades crónicas, mala salud actual; y peor salud en la vejez de lo esperado.	Elevada morbilidad mental	Aumento soledad durante la década anterior aumento del tiempo solo durante la década anterior;
	CSR		* (mayor)	* (Viudo, soltero, divorciado)		*					* Poca percepción de salud, pobre salud mental	
Victor y Bowling (2012)	RL			* (cambio en el estado civil)								

F: mujer, H: masculino.

Los resultados significativamente significativos están marcados (*). Solo se incluyen en la tabla los estudios que informaron correlaciones y predictor de atributos sociodemográficos. La tabla se refiere resultados significativos de los modelos finales ajustados. *p < 0.05, a Soledad romántica, b Soledad familiar, c Soledad social, d < 60 años: más joven, 60,1–80 años: no significativo, > 80 años: mayores. corr. = Correlación, RSC = Regresiones transversales, LR = Regresión longitudinal.

Datos extraídos de Cohen-Mansfield y cols. (185)

BIBLIOGRAFÍA:

1. Gierveld J de J. A review of loneliness: concept and definitions, determinants and consequences. *Rev Clin Gerontol.* febrero de 1998;8(1):73-80.
2. Shiovitz-Ezra S, Leitsch SA. The Role of Social Relationships in Predicting Loneliness: The National Social Life, Health, and Aging Project. *Soc Work Res.* 1 de septiembre de 2010;34(3):157-67.
3. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *Brayne C, editor. PLoS Med.* 27 de julio de 2010;7(7):e1000316.
4. Kuiper JS, Zuidersma M, Oude Voshaar RC, Zuidema SU, van den Heuvel ER, Stolk RP, et al. Social relationships and risk of dementia: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Ageing Res Rev.* julio de 2015;22:39-57.
5. Valtorta NK, Kanaan M, Gilbody S, Ronzi S, Hanratty B. Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart.* 1 de julio de 2016;102(13):1009-16.
6. Holt-Lunstad J, Smith TB. Loneliness and social isolation as risk factors for CVD: implications for evidence-based patient care and scientific inquiry. *Heart.* 1 de julio de 2016;102(13):987-9.
7. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. *Perspect Psychol Sci.* marzo de 2015;10(2):227-37.
8. Lampraki C, Hoffman A, Roquet A, Jopp DS. Loneliness during COVID-19: Development and influencing factors. Wang T (Alison), editor. *PLOS ONE.* 30 de marzo de 2022;17(3):e0265900.
9. Armitage R, Nellums LB. COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *Lancet Public Health.* mayo de 2020;5(5):e256.
10. The Lancet Public Health. COVID-19 puts societies to the test. *Lancet Public Health.* mayo de 2020;5(5):e235.
11. Wu B. Social isolation and loneliness among older adults in the context of COVID-19: a global challenge. *Glob Health Res Policy.* diciembre de 2020;5(1):27.
12. INE. Notas de prensa. Proyecciones de población 2020-2070. [Internet]. 2020. Disponible en: https://ine.es/prensa/pp_2020_2070.pdf
13. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Continua de Hogares (ECH). Año 2020. INE Notas Prensa. 7 de abril de 2021;1-9.
14. Comillas UP. Presentación del Informe España 2020. [Internet]. Disponible en: <https://www.comillas.edu/noticias-iuem/1900-presentacion-del-informe-espana-2020>
15. La Opinión de Murcia [Internet]. 2021. IMAS | Luchar contra la soledad de los mayores. Disponible en: <https://www.laopiniondemurcia.es/comunidad/2021/10/01/imas-luchar-soledad-mayores-57875988.html>

16. Pinquart M, Sorensen S. Influences on Loneliness in Older Adults: A Meta-Analysis. *Basic Appl Soc Psychol*. diciembre de 2001;23(4):245-66.
17. Ong AD, Uchino BN, Wethington E. Loneliness and Health in Older Adults: A Mini-Review and Synthesis. *Gerontology*. 2016;62(4):443-9.
18. Dykstra PA. Older adult loneliness: myths and realities. *Eur J Ageing*. junio de 2009;6(2):91-100.
19. Yang K, Victor CR. The prevalence of and risk factors for loneliness among older people in China. *Ageing Soc*. abril de 2008;28(3):305-27.
20. Dean LR. Aging and the Decline of Affect. *J Gerontol*. 1 de octubre de 1962;17(4):440-6.
21. Yang K, Victor C. Age and loneliness in 25 European nations. *Ageing Soc*. 1 de noviembre de 2011;31:1368-88.
22. Paúl C, Ribeiro O. Predicting loneliness in old people living in the community. *Rev Clin Gerontol*. febrero de 2009;19(1):53-60.
23. Nicolaisen M, Thorsen K. Who are Lonely? Loneliness in Different Age Groups (18–81 Years Old), Using Two Measures of Loneliness. *Int J Aging Hum Dev*. abril de 2014;78(3):229-57.
24. Stessman J, Rottenberg Y, Shimshilashvili I, Ein-Mor E, Jacobs JM. Loneliness, Health, and Longevity. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1 de junio de 2014;69(6):744-50.
25. Cudjoe TKM, Roth DL, Szanton SL, Wolff JL, Boyd CM, Thorpe RJ. The Epidemiology of Social Isolation: National Health and Aging Trends Study. Carr D, editor. *J Gerontol Ser B*. 1 de enero de 2020;75(1):107-13.
26. Perissinotto CM, Stijacic Cenzer I, Covinsky KE. Loneliness in older persons: a predictor of functional decline and death. *Arch Intern Med*. 23 de julio de 2012;172(14):1078-83.
27. Hughes ME, Waite LJ, Hawkley LC, Cacioppo JT. A Short Scale for Measuring Loneliness in Large Surveys: Results From Two Population-Based Studies. *Res Aging*. noviembre de 2004;26(6):655-72.
28. Theeke LA. Predictors of Loneliness in U.S. Adults Over Age Sixty-Five. *Arch Psychiatr Nurs*. octubre de 2009;23(5):387-96.
29. Anderson GO. Loneliness Among Older Adults: A National Survey of Adults 45+ [Internet]. AARP Research; 2010 sep. Disponible en: https://www.aarp.org/research/topics/life/info-2014/loneliness_2010.html
30. Kotwal AA, Cenzer IS, Waite LJ, Covinsky KE, Perissinotto CM, Boscardin WJ, et al. The epidemiology of social isolation and loneliness among older adults during the last years of life. *J Am Geriatr Soc*. noviembre de 2021;69(11):3081-91.
31. Theeke LA. Sociodemographic and health -related risks for loneliness and outcome differences by loneliness status in a sample of older U.S. adults [Internet] [PhD]. West Virginia University Libraries; 2007. Disponible en: <https://researchrepository.wvu.edu/etd/2597>

32. Steed L, Boldy D, Grenade L, Iredell H. The demographics of loneliness among older people in Perth, Western Australia. *Australas J Ageing*. junio de 2007;26(2):81-6.
33. Yanguas J, Cilveti A, Hernández S, Pinazo-Henandis S, Roig S, Segura C. El reto de la soledad en la vejez. *Zerbitzuan*. septiembre de 2018;(66):61-75.
34. Losada A, Márquez-González M, García-Ortiz L, Gómez-Marcos MA, Fernández-Fernández V, Rodríguez-Sánchez E. Loneliness and Mental Health in a Representative Sample of Community-Dwelling Spanish Older Adults. *J Psychol*. mayo de 2012;146(3):277-92.
35. 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 - Med Fam*. abril de 2016;42(3):177-83.
36. Sanchez M, De Jong Gierveld J, Buz Delgado J. "Loneliness and the exchange of social support among older adults in Spain and the Netherlands", *Ageing Soc*. 2012;1-25.
37. Yanguas Lezaun JJ. Soledad y personas mayores. [Internet]. Informe VIU. Universidad Internacional de Valencia; 2018. Disponible en: https://www.universidadviu.com/sites/universidadviu.com/files/media_files/Informe%20soledad%20y%20personas%20mayores.pdf
38. Domènech-Abella J, Mundó J, Lara E, Moneta MV, Haro JM, Olaya B. The role of socio-economic status and neighborhood social capital on loneliness among older adults: evidence from the Sant Boi Aging Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. octubre de 2017;52(10):1237-46.
39. Mullins L, Mushel M. The existence and Emotional Closeness of Relationships With Children, Friends, and Spouses. The effect on Loneliness Among Older Persons. *Res Aging*. diciembre de 1992;14(4):448-70.
40. Chawla K, Kunonga TP, Stow D, Barker R, Craig D, Hanratty B. Prevalence of loneliness amongst older people in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. Aslam MS, editor. *PLOS ONE*. 26 de julio de 2021;16(7):e0255088.
41. Surkalim DL, Luo M, Eres R, Gebel K, van Buskirk J, Bauman A, et al. The prevalence of loneliness across 113 countries: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 9 de febrero de 2022;e067068.
42. Hyland P, Shevlin M, Cloitre M, Karatzias T, Vallières F, McGinty G, et al. Quality not quantity: loneliness subtypes, psychological trauma, and mental health in the US adult population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. septiembre de 2019;54(9):1089-99.
43. Weiss RS. Loneliness: The experience of emotional and social isolation. Cambridge, MA, US: The MIT Press; 1973. xxii, 236 p.
44. Russell D, Cutrona CE, Rose J, Yurko K. Social and emotional loneliness: An examination of Weiss's typology of loneliness. *J Pers Soc Psychol*. 1984;46:1313-21.
45. Victor CR, Scambler SJ, Shah S, Cook DG, Harris T, Rink E, et al. Has loneliness amongst older people increased? An investigation into variations between cohorts. *Ageing Soc*. septiembre de 2002;22(5):585-97.

46. Dahlberg L, Agahi N, Lennartsson C. Lonelier than ever? Loneliness of older people over two decades. *Arch Gerontol Geriatr.* marzo de 2018;75:96-103.
47. Robb CE, de Jager CA, Ahmadi-Abhari S, Giannakopoulou P, Udeh-Momoh C, McKeand J, et al. Associations of Social Isolation with Anxiety and Depression During the Early COVID-19 Pandemic: A Survey of Older Adults in London, UK. *Front Psychiatry.* 2020;11:591120.
48. Su Y, Rao W, Li M, Caron G, D'Arcy C, Meng X. Prevalence of loneliness and social isolation among older adults during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Int Psychogeriatr.* mayo de 2023;35(5):229-41.
49. Rodney T, Josiah N, Baptiste DL. Loneliness in the time of COVID-19: Impact on older adults. *J Adv Nurs.* septiembre de 2021;77(9):e24-6.
50. Santini ZI, Jose PE, York Cornwell E, Koyanagi A, Nielsen L, Hinrichsen C, et al. Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis. *Lancet Public Health.* enero de 2020;5(1):e62-70.
51. Bu F, Steptoe A, Fancourt D. Who is lonely in lockdown? Cross-cohort analyses of predictors of loneliness before and during the COVID-19 pandemic. *Public Health.* 1 de septiembre de 2020;186:31-4.
52. Groarke JM, Berry E, Graham-Wisener L, McKenna-Plumley PE, McGlinchey E, Armour C. Loneliness in the UK during the COVID-19 pandemic: Cross-sectional results from the COVID-19 Psychological Wellbeing Study. *PLOS ONE.* 24 de septiembre de 2020;15(9):e0239698.
53. Luchetti M, Lee JH, Aschwanden D, Sesker A, Strickhouser JE, Terracciano A, et al. The trajectory of loneliness in response to COVID-19. *Am Psychol.* octubre de 2020;75(7):897-908.
54. Li LZ, Wang S. Prevalence and predictors of general psychiatric disorders and loneliness during COVID-19 in the United Kingdom. *Psychiatry Res.* 1 de septiembre de 2020;291:113267.
55. Losada-Baltar A, Jiménez-Gonzalo L, Gallego-Alberto L, Pedroso-Chaparro M del S, Fernandes-Pires J, Márquez-González M. "We Are Staying at Home." Association of Self-perceptions of Aging, Personal and Family Resources, and Loneliness With Psychological Distress During the Lock-Down Period of COVID-19. *J Gerontol Ser B.* 1 de febrero de 2021;76(2):e10-6.
56. O'Sullivan R, Burns A, Leavey G, Leroi I, Burholt V, Lubben J, et al. Impact of the COVID-19 Pandemic on Loneliness and Social Isolation: A Multi-Country Study. *Int J Environ Res Public Health.* 23 de septiembre de 2021;18(19):9982.
57. Hawkey LC, Cacioppo JT. Loneliness Matters: A Theoretical and Empirical Review of Consequences and Mechanisms. *Ann Behav Med.* octubre de 2010;40(2):218-27.
58. Cornwell EY, Waite LJ. Social Disconnectedness, Perceived Isolation, and Health among Older Adults. *J Health Soc Behav.* marzo de 2009;50(1):31-48.

59. Donovan NJ, Blazer D. Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Review and Commentary of a National Academies Report. *Am J Geriatr Psychiatry*. diciembre de 2020;28(12):1233-44.
60. Keefe J, Andrew M, Fancey P, Hall M. Final Report - A profile of Social Isolation in Canada. *Cent Aging N S*. 15 de mayo de 2006;1-35.
61. Andrew MK, Mitnitski AB, Rockwood K. Social vulnerability, frailty and mortality in elderly people. *PloS One*. 21 de mayo de 2008;3(5):e2232.
62. Perlman D, Peplau L. Perspectives on loneliness. *Loneliness Sourceb Curr Theory Res Ther*. 1 de enero de 1982;1-18.
63. Heinrich LM, Gullone E. The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clin Psychol Rev*. octubre de 2006;26(6):695-718.
64. Russell DW. UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, Validity, and Factor Structure. *J Pers Assess*. febrero de 1996;66(1):20-40.
65. Russel D, Peplau L, Cutrona C. The Revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and Discriminant Validity Evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1980;39(3):472-80.
66. Drennan J, Treacy M, Butler M, Byrne A, Fealy G, Frazer K, et al. The experience of social and emotional loneliness among older people in Ireland. *Ageing Soc*. noviembre de 2008;28(8):1113-32.
67. Bowlby J. Attachment and Loss. 1969; Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/Attachment-and-Loss-Bowlby/649a243a04f34aa1de6beb47819435a8ada35929>
68. Luanaigh C  , Lawlor BA. Loneliness and the health of older people. *Int J Geriatr Psychiatry*. diciembre de 2008;23(12):1213-21.
69. Shiovitz-Ezra S, Ayalon L. Situational versus chronic loneliness as risk factors for all-cause mortality. *Int Psychogeriatr*. mayo de 2010;22(3):455-62.
70. Gierveld J de J, van Tilburg T, Dykstra PA. Loneliness and Social Isolation. En: Vangelisti AL, Perlman D, editores. *The Cambridge Handbook of Personal Relationships* [Internet]. Cambridge: Cambridge University Press; 2006. p. 485-500. Disponible en: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/9780511606632%23c53359-3083/type/book_part
71. Wenger GC, Davies R, Shahtahmasebi S, Scott A. Social Isolation and Loneliness in Old Age: Review and Model Refinement. *Ageing Soc*. mayo de 1996;16(3):333-58.
72. Cappelli M, Bordonali A, Giannotti C, Montecucco F, Nencioni A, Odetti P, et al. Social vulnerability underlying disability amongst older adults: A systematic review. *Eur J Clin Invest*. junio de 2020;50(6):e13239.
73. Larson E, George A, Morgan R, Poteat T. 10 Best resources on... intersectionality with an emphasis on low- and middle-income countries. *Health Policy Plan*. 1 de octubre de 2016;31(8):964-9.

74. Gkiouleka A, Huijts T, Beckfield J, Bambra C. Understanding the micro and macro politics of health: Inequalities, intersectionality & institutions - A research agenda. *Soc Sci Med*. marzo de 2018;200:92-8.
75. Hankivsky O. Intersectionality 101. *Inst Intersect Res Policy SFU*. abril de 2014;1-34.
76. Bowleg L. The Problem With the Phrase Women and Minorities: Intersectionality—an Important Theoretical Framework for Public Health. *Am J Public Health*. julio de 2012;102(7):1267-73.
77. Prohaska T, Burholt V, Burns A, Golden J, Hawkey L, Lawlor B, et al. Consensus statement: loneliness in older adults, the 21st century social determinant of health? *BMJ Open*. 11 de agosto de 2020;10(8):e034967.
78. Fried L, Prohaska T, Burholt V, Burns A, Golden J, Hawkey L, et al. A unified approach to loneliness. *Lancet Lond Engl*. 11 de enero de 2020;395(10218):114.
79. Akhter-Khan SC, Prina M, Wong GHY, Mayston R, Li L. Understanding and Addressing Older Adults' Loneliness: The Social Relationship Expectations Framework. *Perspect Psychol Sci*. julio de 2023;18(4):762-77.
80. Zhao IY, Ho MH, Tyrovolas S, Deng SY, Montayre J, Molassiotis A. Constructing the concept of healthy ageing and examining its association with loneliness in older adults. *BMC Geriatr*. 25 de mayo de 2023;23(1):325.
81. Madani MT, Madani L, Ghogomu ET, Dahrouge S, Hébert PC, Juando-Prats C, et al. Is equity considered in systematic reviews of interventions for mitigating social isolation and loneliness in older adults? *BMC Public Health*. 1 de diciembre de 2022;22(1):2241.
82. Lavis J, Davies H, Oxman A, Denis JL, Golden-Biddle K, Ferlie E. Towards systematic reviews that inform health care management and policy-making. *J Health Serv Res Policy*. julio de 2005;10 Suppl 1:35-48.
83. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv Plan Adm Eval*. 1992;22(3):429-45.
84. Langlois ÉV, Daniels K, Akl EA. World Health Organization. Evidence synthesis for health policy and systems: a methods guide [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018. 179 p. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/275367>
85. Shiovitz-Ezra S, Ayalon L. Use of Direct Versus Indirect Approaches to Measure Loneliness in Later Life. *Res Aging*. septiembre de 2012;34(5):572-91.
86. de Jong-Gierveld J, Kamphuls F. The Development of a Rasch-Type Loneliness Scale. *Appl Psychol Meas*. septiembre de 1985;9(3):289-99.
87. Vázquez Morejón AJ, Jiménez García-Bóveda R. RULS: Escala de Soledad UCLA Revisada. Fiabilidad y validez de una versión española. *J Health Psychol*. 1994;10.
88. Shaver PR, Brennan KA. Measures of depression and loneliness. En: *Measures of personality and social psychological attitudes*. San Diego, CA, US: Academic Press; 1991. p. 195-289. (Measures of social psychological attitudes, Vol. 1.).

89. DiTommaso E, Spinner B. The development and initial validation of the Social and Emotional Loneliness Scale for Adults (SELSA). *Personal Individ Differ.* enero de 1993;14(1):127-34.
90. Schmidt N, Sermat V. Measuring Loneliness in Different Relationships. *J Pers Soc Psychol.* 1983;44(5):1038-47.
91. Rubio Herrera R, Pinel Zafra M, Rubio Rubio L. La soledad en los mayores. Una alternativa de medición a través de la escala Este. 2009.
92. Rubio Herrera R, Rubio Rubio L, Pinel Zafra M. Un instrumento de la medición de la soledad social: Escala ESTEII. IMSERSO de Madrid- Universidad de Murcia. [Internet]. 2009. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-este2.pdf>
93. Scalise JJ, Ginter EJ, Gerstein LH. A multidimensional loneliness measure: the Loneliness Rating Scale (LRS). *J Pers Assess.* octubre de 1984;48(5):525-30.
94. Freedman A, Nicolle J. Social isolation and loneliness: the new geriatric giants. *Can Fam Physician Médecin Fam Can.* marzo de 2020;66:7.
95. Berg S, Mellstrom D, Persson G, Svanborg A. Loneliness in the Swedish Aged. *J Gerontol.* 1 de mayo de 1981;36(3):342-9.
96. Somes J. The Loneliness of Aging. *J Emerg Nurs.* mayo de 2021;47(3):469-75.
97. Popa E. Loneliness as Cause. *Topoi* [Internet]. 1 de junio de 2023; Disponible en: <https://link.springer.com/10.1007/s11245-023-09933-2>
98. Menec VH, Newall NE, Mackenzie CS, Shooshtari S, Nowicki S. Examining individual and geographic factors associated with social isolation and loneliness using Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA) data. Latham-Mintus K, editor. *PLOS ONE.* 1 de febrero de 2019;14(2):e0211143.
99. Eng PM, Rimm EB, Fitzmaurice G, Kawachi I. Social Ties and Change in Social Ties in Relation to Subsequent Total and Cause-specific Mortality and Coronary Heart Disease Incidence in Men. *Am J Epidemiol.* 15 de abril de 2002;155(8):700-9.
100. Mistry R, Rosansky J, McGuire J, McDermott C, Jarvik L, UPBEAT Collaborative Group. Social isolation predicts re-hospitalization in a group of older American veterans enrolled in the UPBEAT Program. *Int J Geriatr Psychiatry.* octubre de 2001;16(10):950-9.
101. Faulkner KA, Cauley JA, Zmuda JM, Griffin JM, Nevitt MC. Is Social Integration Associated With the Risk of Falling in Older Community-Dwelling Women? *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 1 de octubre de 2003;58(10):M954-9.
102. Mendes de Leon CF. Social Engagement and Disability in a Community Population of Older Adults: The New Haven EPESE. *Am J Epidemiol.* 1 de abril de 2003;157(7):633-42.
103. Mick P, Pichora-Fuller M, Wittich W. Associations between sensory loss and social networks, participation, support, and loneliness. *Innov Aging.* 1 de julio de 2017;1(suppl 1):732-732.

104. Sugisawa H, Liang J, Liu X. Social Networks, Social Support, and Mortality Among Older People in Japan. *J Gerontol*. 1 de enero de 1994;49(1):S3-13.
105. Penninx BWJH, van Tilburg T, Kriegsman DMW, Deeg DJH, Boeke AJP, van Eijk JThM. Effects of Social Support and Personal Coping Resources on Mortality in Older Age: The Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Am J Epidemiol*. 15 de septiembre de 1997;146(6):510-9.
106. Julianne Holt-Lunstad Timothy B. Smith, J. Bradley Layton. Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. 2020.
107. Cacioppo S, Capitanio JP, Cacioppo JT. Toward a neurology of loneliness. *Psychol Bull*. 2014;140(6):1464-504.
108. Freak-Poli R, Ryan J, Neumann JT, Tonkin A, Reid CM, Woods RL, et al. Social isolation, social support and loneliness as predictors of cardiovascular disease incidence and mortality. *BMC Geriatr*. 13 de diciembre de 2021;21:711.
109. Rico-Uribe LA, Caballero FF, Martín-María N, Cabello M, Ayuso-Mateos JL, Miret M. Association of loneliness with all-cause mortality: A meta-analysis. Jacobs JM, editor. *PLOS ONE*. 4 de enero de 2018;13(1):e0190033.
110. Schutter N, Holwerda TJ, Comijs HC, Stek ML, Peen J, Dekker JJM. Loneliness, social network size and mortality in older adults: a meta-analysis. *Eur J Ageing*. diciembre de 2022;19(4):1057-76.
111. Luo Y, Hawkey LC, Waite LJ, Cacioppo JT. Loneliness, health, and mortality in old age: A national longitudinal study. *Soc Sci Med*. marzo de 2012;74(6):907-14.
112. Luo Y, Waite LJ. Loneliness and Mortality Among Older Adults in China. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 1 de julio de 2014;69(4):633-45.
113. O'Súilleabháin PS, Gallagher S, Steptoe A. Loneliness, Living Alone, and All-Cause Mortality: The Role of Emotional and Social Loneliness in the Elderly During 19 Years of Follow-Up. *Psychosom Med*. julio de 2019;81(6):521-6.
114. Steptoe A, Shankar A, Demakakos P, Wardle J. Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proc Natl Acad Sci*. 9 de abril de 2013;110(15):5797-801.
115. Jensen MT, Marott JL, Holtermann A, Gyntelberg F. Living alone is associated with all-cause and cardiovascular mortality: 32 years of follow-up in the Copenhagen Male Study. *Eur Heart J - Qual Care Clin Outcomes*. 1 de julio de 2019;5(3):208-17.
116. Tabue Teguo M, Simo-Tabue N, Stoykova R, Meillon C, Cogne M, Amiéva H, et al. Feelings of Loneliness and Living Alone as Predictors of Mortality in the Elderly: The PAQUID Study. *Psychosom Med*. octubre de 2016;78(8):904-9.
117. Hawkey LC, Masi CM, Berry JD, Cacioppo JT. Loneliness is a unique predictor of age-related differences in systolic blood pressure. *Psychol Aging*. marzo de 2006;21(1):152-64.

118. Hawkley LC, Thisted RA, Masi CM, Cacioppo JT. Loneliness predicts increased blood pressure: 5-year cross-lagged analyses in middle-aged and older adults. *Psychol Aging*. marzo de 2010;25(1):132-41.
119. Thurston RC, Kubzansky LD. Women, Loneliness, and Incident Coronary Heart Disease. *Psychosom Med*. octubre de 2009;71(8):836-42.
120. Momtaz YA, Hamid TA, Yusoff S, Ibrahim R, Chai ST, Yahaya N, et al. Loneliness as a Risk Factor for Hypertension in Later Life. *J Aging Health*. junio de 2012;24(4):696-710.
121. Henriksen J, Larsen ER, Mattisson C, Andersson NW. Loneliness, health and mortality. *Epidemiol Psychiatr Sci*. abril de 2019;28(2):234-9.
122. Christiansen J, Larsen FB, Lasgaard M. Do stress, health behavior, and sleep mediate the association between loneliness and adverse health conditions among older people? *Soc Sci Med*. marzo de 2016;152:80-6.
123. Beller J. Loneliness and mortality: The moderating effect of positive affect. *Appl Psychol Health Well-Being*. febrero de 2023;15(1):49-65.
124. Cacioppo JT, Hawkley LC, Thisted RA. Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychol Aging*. 2010;25(2):453-63.
125. Bekhet AK, Zauszniewski JA. Mental Health of Elders in Retirement Communities: Is Loneliness a Key Factor? *Arch Psychiatr Nurs*. junio de 2012;26(3):214-24.
126. Perissinotto CM, Stijacic Cenzer I, Covinsky KE. Loneliness in Older Persons: A Predictor of Functional Decline and Death. *Arch Intern Med* [Internet]. 23 de julio de 2012;172(14). Disponible en: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archinternmed.2012.1993>
127. Kharicha K, Iliffe S, Harari D, Swift C, Gillmann G, Stuck AE. Health risk appraisal in older people 1: are older people living alone an «at-risk» group? *Br J Gen Pract*. 2007;57:271-6.
128. Mehrabi F, Béland F. Effects of social isolation, loneliness and frailty on health outcomes and their possible mediators and moderators in community-dwelling older adults: A scoping review. *Arch Gerontol Geriatr*. septiembre de 2020;90:104119.
129. Grant N, Hamer M, Steptoe A. Social Isolation and Stress-related Cardiovascular, Lipid, and Cortisol Responses. *Ann Behav Med*. febrero de 2009;37(1):29-37.
130. Xia N, Li H. Loneliness, Social Isolation, and Cardiovascular Health. *Antioxid Redox Signal*. 20 de marzo de 2018;28(9):837-51.
131. Christiansen J, Lund R, Qualter P, Andersen CM, Pedersen SS, Lasgaard M. Loneliness, Social Isolation, and Chronic Disease Outcomes. *Ann Behav Med*. 2020;13.
132. Pengpid S, Peltzer K. Prevalence and associated factors of incident and persistent loneliness among middle-aged and older adults in Thailand. *BMC Psychol*. 14 de marzo de 2023;11(1):70.

133. Hackett RA, Hamer M, Endrighi R, Brydon L, Steptoe A. Loneliness and stress-related inflammatory and neuroendocrine responses in older men and women. *Psychoneuroendocrinology*. noviembre de 2012;37(11):1801-9.
134. Petitte T, Mallow J, Barnes E, Petrone A, Barr T, Theeke L. A Systematic Review of Loneliness and Common Chronic Physical Conditions in Adults. *Open Psychol J*. 15 de mayo de 2015;8(1):113-32.
135. Paul E, Bu F, Fancourt D. Loneliness and Risk for Cardiovascular Disease: Mechanisms and Future Directions. *Curr Cardiol Rep*. 7 de mayo de 2021;23(6):68.
136. Tomaka J, Thompson S, Palacios R. The Relation of Social Isolation, Loneliness, and Social Support to Disease Outcomes Among the Elderly. *J Aging Health*. junio de 2006;18(3):359-84.
137. Theeke L, Horstman P, Mallow J, Lucke-Wold N, Culp S, Domico J, et al. Quality of Life and Loneliness in Stroke Survivors Living in Appalachia. *J Neurosci Nurs*. diciembre de 2014;46(6):E3-15.
138. Patterson AC, Veenstra G. Loneliness and risk of mortality: A longitudinal investigation in Alameda County, California. *Soc Sci Med*. julio de 2010;71(1):181-6.
139. Cacioppo JT, Burleson MH, Poehlmann KM, Malarkey WB, Kiecolt-Glaser JK, Berntson GG, et al. Autonomic and neuroendocrine responses to mild psychological stressors: Effects of chronic stress on older women. *Ann Behav Med*. junio de 2000;22(2):140-8.
140. Cacioppo JT, Hawkley LC, Crawford LE, Ernst JM, Burleson MH, Kowalewski RB, et al. Loneliness and Health: Potential Mechanisms: *Psychosom Med*. mayo de 2002;64(3):407-17.
141. Nausheen B, Gidron Y, Gregg A, Tissarchondou HS, Peveler R. Loneliness, social support and cardiovascular reactivity to laboratory stress. *Stress*. enero de 2007;10(1):37-44.
142. O'Donovan A, Hughes B. Social support and loneliness in college students: Effects on pulse pressure reactivity to acute stress. *Int J Adolesc Med Health [Internet]*. octubre de 2007;19(4). Disponible en: <https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/IJAMH.2007.19.4.523/html>
143. Norman GJ, Cacioppo JT, Morris JS, Malarkey WB, Berntson GG, DeVries AC. Oxytocin increases autonomic cardiac control: Moderation by loneliness. *Biol Psychol*. marzo de 2011;86(3):174-80.
144. Almerud Österberg S, Baigi A, Bering C, Fridlund B. Knowledge of heart disease risk in patients declining rehabilitation. *Br J Nurs*. 12 de marzo de 2010;19(5):288-93.
145. Tobo-Medina N, Canaval-Erazo GE, Universidad del Valle. Emotions and Stress in Persons with Coronary Disease. *Aquichan*. 1 de abril de 2010;10(1):19-33.
146. Brouwers C, Kupper N, Pelle AJ, Szabó BM, Westerhuis BLWJJM, Denollet J. Depressive symptoms in outpatients with heart failure: Importance of inflammatory biomarkers, disease severity and personality. *Psychol Health*. 4 de mayo de 2014;29(5):564-82.

147. Fan Y, Ho MHR, Shen BJ. Loneliness predicts physical and mental health-related quality of life over 9 months among patients with coronary heart disease. *Appl Psychol Health Well-Being*. febrero de 2023;15(1):152-71.
148. Löfvenmark C, Mattiasson AC, Billing E, Edner M. Perceived Loneliness and Social Support in Patients with Chronic Heart Failure. *Eur J Cardiovasc Nurs*. octubre de 2009;8(4):251-8.
149. Liang YY, Chen Y, Feng H, Liu X, Ai QYH, Xue H, et al. Association of Social Isolation and Loneliness With Incident Heart Failure in a Population-Based Cohort Study. *JACC Heart Fail*. marzo de 2023;11(3):334-44.
150. Boden-Albala B, Litwak E, Elkind MSV, Rundek T, Sacco RL. Social isolation and outcomes post stroke. *Neurology*. 14 de junio de 2005;64(11):1888-92.
151. Ebrahim S, Barer D, Nouri F. Affective Illness After Stroke. *Br J Psychiatry*. julio de 1987;151(1):52-6.
152. Chan SH, Pan Y, Xu Y, Yeung KC. Life satisfaction of 511 elderly Chinese stroke survivors: moderating roles of social functioning and depression in a quality of life model. *Clin Rehabil*. febrero de 2021;35(2):302-13.
153. Medeiros GC, Roy D, Kontos N, Beach SR. Post-stroke depression: A 2020 updated review. *Gen Hosp Psychiatry*. septiembre de 2020;66:70-80.
154. Nemani K, Gurin L. Neuropsychiatric Complications after Stroke. *Semin Neurol*. febrero de 2021;41(01):085-100.
155. Tilvis RS, Laitala V, Routasalo PE, Pitkälä KH. Suffering from Loneliness Indicates Significant Mortality Risk of Older People. *J Aging Res*. 2011;2011:1-5.
156. Wyller TB, Holmen J, Laake P, Laake K. Correlates of Subjective Well-being in Stroke Patients. *Stroke*. febrero de 1998;29(2):363-7.
157. Penninx BWJH, van Tilburg T, Kriegsman DMW, Boeke AJP, Deeg DJH, van Eijk JThM. Social Network, Social Support, and Loneliness in Older Persons with Different Chronic Diseases. *J Aging Health*. mayo de 1999;11(2):151-68.
158. Kramer SE, Kapteyn TS, Kuik DJ, Deeg DJH. The Association of Hearing Impairment and Chronic Diseases with Psychosocial Health Status in Older Age. *J Aging Health*. febrero de 2002;14(1):122-37.
159. Christiansen J, Lund R, Qualter P, Andersen CM, Pedersen SS, Lasgaard M. Loneliness, Social Isolation, and Chronic Disease Outcomes. *Ann Behav Med*. 20 de marzo de 2021;55(3):203-15.
160. Keele-Card G, Foxall MJ, Barron CR. Loneliness, Depression, and Social Support of Patients with COPD and Their Spouses. *Public Health Nurs*. diciembre de 1993;10(4):245-51.
161. Kara M, Mirici A. Loneliness, Depression, and Social Support of Turkish Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Their Spouses. *J Nurs Scholarsh*. diciembre de 2004;36(4):331-6.

162. Marty PK, Novotny P, Benzo RP. Loneliness and ED Visits in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Mayo Clin Proc Innov Qual Outcomes*. septiembre de 2019;3(3):350-7.
163. Scarlata S, Cardaci V, Santangelo C, Matarese M, Cesari M, Antonelli Incalzi R. Distancing Measures in COVID-19 Pandemic: Loneliness, More than Physical Isolation, Affects Health Status and Psycho-Cognitive Wellbeing in Elderly Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *COPD J Chronic Obstr Pulm Dis*. 4 de julio de 2021;18(4):443-8.
164. Whisman MA. Loneliness and the metabolic syndrome in a population-based sample of middle-aged and older adults. *Health Psychol*. 2010;29(5):550-4.
165. Hajek A, Kretzler B, König HH. The Association Between Obesity and Social Isolation as Well as Loneliness in the Adult Population: A Systematic Review. *Diabetes Metab Syndr Obes Targets Ther*. junio de 2021;Volume 14:2765-73.
166. Jacobs JM, Cohen A, Hammerman-Rozenberg R, Stessman J. Global Sleep Satisfaction of Older People: The Jerusalem Cohort Study. *J Am Geriatr Soc*. febrero de 2006;54(2):325-9.
167. Chen EY, Fettich KC, McCloskey MS. Correlates of Suicidal Ideation and/or Behavior in Bariatric-Surgery-Seeking Individuals With Severe Obesity. *Crisis*. 1 de mayo de 2012;33(3):137-43.
168. Morse SA, Ciechanowski PS, Katon WJ, Hirsch IB. Isn't This Just Bedtime Snacking? *Diabetes Care*. 1 de agosto de 2006;29(8):1800-4.
169. Jacobs JM, Hammerman-Rozenberg R, Cohen A, Stessman J. Chronic Back Pain Among the Elderly: Prevalence, Associations, and Predictors: *Spine*. abril de 2006;31(7):E203-7.
170. Smith MJ, Theeke L, Culp S, Clark K, Pinto S. Psychosocial variables and self-rated health in young adult obese women. *Appl Nurs Res*. febrero de 2014;27(1):67-71.
171. Kobos E, Szewczyk A, Świątkowska T, Kryczka T, Sienkiewicz Z. Relationship between loneliness and blood glucose control in diabetes. *BMC Public Health*. diciembre de 2020;20(1):1140.
172. Hackett RA, Hudson JL, Chilcot J. Loneliness and type 2 diabetes incidence: findings from the English Longitudinal Study of Ageing. *Diabetologia*. noviembre de 2020;63(11):2329-38.
173. Boulos C, Salameh P, Barberger-Gateau P. Social isolation and risk for malnutrition among older people: Social isolation and malnutrition. *Geriatr Gerontol Int*. febrero de 2017;17(2):286-94.
174. Ramic E, Pranjić N, Batic-Mujanović O, Karic E, Alibasic E, Alic A. The Effect of Loneliness on Malnutrition in Elderly Population. *Med Arch*. enero de 2011;65(2):92-5.
175. Courtin E, Knapp M. Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health Soc Care Community*. mayo de 2017;25(3):799-812.
176. Tragantzopoulou P, Giannouli V. Social isolation and loneliness in old age: Exploring their role in mental and physical health. *Psychiatriki [Internet]*. 2021; Disponible en:

https://www.psychiatriki-journal.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=1639&lang=en

177. Steiner JF, Ross C, Stiefel M, Mosen D, Banegas MP, Wall AE, et al. Association between changes in loneliness identified through screening and changes in depression or anxiety in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 1 de diciembre de 2022;70(12):3458-68.
178. McDaid D, Park A, Knapp M, Wilson E, Rosen B, Beecham J. Commissioning cost-effective services for promotion of mental health and wellbeing and prevention of mental ill-health [Internet]. *PUblic Health England. Personal Social Services Research Unit (PSSRU)*; 2017. Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/Commissioning-cost-effective-services-for-promotion-McDaid-Park/d7388802c0b26378e4a67dd658ea0a4578c1d5fa>
179. Cornwell B, Laumann EO. The health benefits of network growth: New evidence from a national survey of older adults. *Soc Sci Med.* enero de 2015;125:94-106.
180. Cacioppo JT, Hawkley LC. Perceived social isolation and cognition. *Trends Cogn Sci.* octubre de 2009;13(10):447-54.
181. Chen Y, Feeley TH. Social support, social strain, loneliness, and well-being among older adults: An analysis of the Health and Retirement Study*. *J Soc Pers Relatsh.* marzo de 2014;31(2):141-61.
182. John A, Patel U, Rusted J, Richards M, Gaysina D. Affective problems and decline in cognitive state in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med.* febrero de 2019;49(3):353-65.
183. Creecy RF, Berg WE, Wright R. Loneliness Among the Elderly: A Causal Approach. *J Gerontol.* 1 de julio de 1985;40(4):487-93.
184. Hansson RO, Jones WH, Carpenter BN, Remondet JH. Loneliness and Adjustment to Old Age. *Int J Aging Hum Dev.* enero de 1987;24(1):41-53.
185. Cohen-Mansfield J, Hazan H, Lerman Y, Shalom V. Correlates and predictors of loneliness in older-adults: a review of quantitative results informed by qualitative insights. *Int Psychogeriatr.* abril de 2016;28(4):557-76.
186. Victor CR, Scambler SJ, Bowling A, Bond J. The prevalence of, and risk factors for, loneliness in later life: a survey of older people in Great Britain. *Ageing Soc.* septiembre de 2005;25(6):357-75.
187. Routasalo PE, Savikko N, Tilvis RS, Strandberg TE, Pitkälä KH. Social Contacts and Their Relationship to Loneliness among Aged People – A Population-Based Study. *Gerontology.* 2006;52(3):181-7.
188. Cohen-Mansfield J, Parpura-Gill A. Loneliness in older persons: a theoretical model and empirical findings. *Int Psychogeriatr.* abril de 2007;19(02):279.
189. Aartsen M, Jylhä M. Onset of loneliness in older adults: results of a 28 year prospective study. *Eur J Ageing.* marzo de 2011;8(1):31-8.

190. Alma MA, Van der Mei SF, Feitsma WN, Groothoff JW, Van Tilburg TG, Suurmeijer TPBM. Loneliness and Self-Management Abilities in the Visually Impaired Elderly. *J Aging Health*. agosto de 2011;23(5):843-61.
191. Prieto-Flores ME, Forjaz MJ, Fernandez-Mayoralas G, Rojo-Perez F, Martinez-Martin P. Factors Associated With Loneliness of Noninstitutionalized and Institutionalized Older Adults. *J Aging Health*. febrero de 2011;23(1):177-94.
192. Palgi Y, Shrira A, Ben-Ezra M, Shiovitz-Ezra S, Ayalon L. Self- and other-oriented potential lifetime traumatic events as predictors of loneliness in the second half of life. *Aging Ment Health*. mayo de 2012;16(4):423-30.
193. Schnittger RIB, Wherton J, Prendergast D, Lawlor BA. Risk factors and mediating pathways of loneliness and social support in community-dwelling older adults. *Aging Ment Health*. 1 de abril de 2012;16(3):335-46.
194. Stek ML, Vinkers DJ, Gussekloo J, Beekman ATF, van der Mast RC, Westendorp RGJ. Is Depression in Old Age Fatal Only When People Feel Lonely? *Am J Psychiatry*. enero de 2005;162(1):178-80.
195. Cacioppo JT, Hughes ME, Waite LJ, Hawkley LC, Thisted RA. Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychol Aging*. marzo de 2006;21(1):140-51.
196. Adam EK, Hawkley LC, Kudielka BM, Cacioppo JT. Day-to-day dynamics of experience–cortisol associations in a population-based sample of older adults. *Proc Natl Acad Sci*. 7 de noviembre de 2006;103(45):17058-63.
197. Cole SW, Hawkley LC, Arevalo JM, Sung CY, Rose RM, Cacioppo JT. Social regulation of gene expression in human leukocytes. *Genome Biol*. septiembre de 2007;8(9):R189.
198. Prince MJ, Harwood RH, Blizard RA, Thomas A, Mann AH. Social support deficits, loneliness and life events as risk factors for depression in old age. The Gospel Oak Project VI. *Psychol Med*. marzo de 1997;27(2):323-32.
199. Alpass FM, Neville S. Loneliness, health and depression in older males. *Aging Ment Health*. mayo de 2003;7(3):212-6.
200. Adams KB, Sanders S, Auth EA. Loneliness and depression in independent living retirement communities: risk and resilience factors. *Aging Ment Health*. noviembre de 2004;8(6):475-85.
201. Green BH, Copeland JRM, Dewey ME, Sharma V, Saunders PA, Davidson IA, et al. Risk factors for depression in elderly people: a prospective study. *Acta Psychiatr Scand*. septiembre de 1992;86(3):213-7.
202. Lee SL, Pearce E, Ajnakina O, Johnson S, Lewis G, Mann F, et al. The association between loneliness and depressive symptoms among adults aged 50 years and older: a 12-year population-based cohort study. *Lancet Psychiatry*. enero de 2021;8(1):48-57.
203. Wilby F. Depression and Social Networks in Community Dwelling Elders: A Descriptive Study. *J Gerontol Soc Work*. 4 de abril de 2011;54(3):246-59.

204. Gariépy G, Honkaniemi H, Quesnel-Vallée A. Social support and protection from depression: systematic review of current findings in Western countries. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* octubre de 2016;209(4):284-93.
205. Santini ZI, Koyanagi A, Tyrovolas S, Mason C, Haro JM. The association between social relationships and depression: a systematic review. *J Affect Disord.* 1 de abril de 2015;175:53-65.
206. Schwarzbach M, Luppá M, Forstmeier S, König HH, Riedel-Heller SG. Social relations and depression in late life-A systematic review: Social relations and depression in late life. *Int J Geriatr Psychiatry.* enero de 2014;29(1):1-21.
207. Wang J, Mann F, Lloyd-Evans B, Ma R, Johnson S. Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: a systematic review. *BMC Psychiatry.* diciembre de 2018;18(1):156.
208. Ma R, Wang J, Lloyd-Evans B, Marston L, Johnson S. Trajectories of loneliness and objective social isolation and associations between persistent loneliness and self-reported personal recovery in a cohort of secondary mental health service users in the UK. *BMC Psychiatry.* diciembre de 2021;21(1):421.
209. Birken M, Chipp B, Shah P, Olive RR, Nyikavaranda P, Hardy J, et al. Exploring the experiences of loneliness in adults with mental health problems: A participatory qualitative interview study. Carrà G, editor. *PLOS ONE.* 7 de marzo de 2023;18(3):e0280946.
210. Hutten E, Jongen EMM, Vos AECC, van den Hout AJHC, van Lankveld JJDM. Loneliness and Mental Health: The Mediating Effect of Perceived Social Support. *Int J Environ Res Public Health.* 14 de noviembre de 2021;18(22):11963.
211. Isik K, Başoğlu C, Yildirim H. The relationship between perceived loneliness and depression in the elderly and influencing factors. *Perspect Psychiatr Care.* enero de 2021;57(1):351-7.
212. Fry PS, Debats DL. Self-Efficacy Beliefs as Predictors of Loneliness and Psychological Distress in Older Adults. *Int J Aging Hum Dev.* 1 de octubre de 2002;55(3):233-69.
213. Lim MH, Rodebaugh TL, Zyphur MJ, Gleeson JFM. Loneliness over time: The crucial role of social anxiety. *J Abnorm Psychol.* julio de 2016;125(5):620-30.
214. Cacioppo JT, Cacioppo S, Cole SW, Capitano JP, Goossens L, Boomsma DI. Loneliness Across Phylogeny and a Call for Comparative Studies and Animal Models. *Perspect Psychol Sci.* marzo de 2015;10(2):202-12.
215. Quadt L, Esposito G, Critchley HD, Garfinkel SN. Brain-body interactions underlying the association of loneliness with mental and physical health. *Neurosci Biobehav Rev.* septiembre de 2020;116:283-300.
216. Johansson-Pajala RM, Alam M, Gusdal A, Heideken Wågert P von, Löwenmark A, Boström AM, et al. Anxiety and loneliness among older people living in residential care facilities or receiving home care services in Sweden during the COVID-19 pandemic: a national cross-sectional study. *BMC Geriatr.* 1 de diciembre de 2022;22(1):927.

217. Naghavi M, =Global Burden of Disease Self-Harm Collaborators. Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *BMJ*. febrero de 2019;364:l94.
218. Li H, Xu L, Chi I. Factors related to Chinese older adults' suicidal thoughts and attempts. *Aging Ment Health*. 2 de julio de 2016;20(7):752-61.
219. Hawkley LC, Cacioppo JT. Loneliness and pathways to disease. *Brain Behav Immun*. 2003;17:S98-105.
220. Calati R, Ferrari C, Brittner M, Oasi O, Olié E, Carvalho AF, et al. Suicidal thoughts and behaviors and social isolation: A narrative review of the literature. *J Affect Disord*. febrero de 2019;245:653-67.
221. Chang Q, Chan CH, Yip PSF. A meta-analytic review on social relationships and suicidal ideation among older adults. *Soc Sci Med*. octubre de 2017;191:65-76.
222. Sher L. The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. *QJM Mon J Assoc Physicians*. 1 de octubre de 2020;113(10):707-12.
223. Mann F, Wang J, Pearce E, Ma R, Schlieff M, Lloyd-Evans B, et al. Loneliness and the onset of new mental health problems in the general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. noviembre de 2022;57(11):2161-78.
224. Lim MH, Gleeson JFM, Alvarez-Jimenez M, Penn DL. Loneliness in psychosis: a systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. marzo de 2018;53(3):221-38.
225. El Haj M, Jardri R, Larøi F, Antoine P. Hallucinations, loneliness, and social isolation in Alzheimer's disease. *Cognit Neuropsychiatry*. 2 de enero de 2016;21(1):1-13.
226. Michael J, Park S. Anomalous bodily experiences and perceived social isolation in schizophrenia: An extension of the Social Deafferentation Hypothesis. *Schizophr Res*. octubre de 2016;176(2-3):392-7.
227. Amieva H, Stoykova R, Matharan F, Helmer C, Antonucci TC, Dartigues JF. What Aspects of Social Network Are Protective for Dementia? Not the Quantity But the Quality of Social Interactions Is Protective Up to 15 Years Later. *Psychosom Med*. noviembre de 2010;72(9):905-11.
228. Camozzato A, Godinho C, Varela J, Kohler C, Rinaldi J, Chaves ML. The Complex Role of Having Confidant on the Development of Alzheimer's Disease in a Community-Based Cohort of Older People in Brazil. *Neuroepidemiology*. 2015;44(2):78-82.
229. Wilson RS, Krueger KR, Arnold SE, Schneider JA, Kelly JF, Barnes LL, et al. Loneliness and Risk of Alzheimer Disease. *Arch Gen Psychiatry*. 1 de febrero de 2007;64(2):234.
230. Tilvis RS, Kahonen-Vare MH, Jolkkonen J, Valvanne J, Pitkala KH, Strandberg TE. Predictors of Cognitive Decline and Mortality of Aged People Over a 10-Year Period. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1 de marzo de 2004;59(3):M268-74.
231. Holwerda TJ, Deeg DJH, Beekman ATF, van Tilburg TG, Stek ML, Jonker C, et al. Feelings of loneliness, but not social isolation, predict dementia onset: results from the

- Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1 de febrero de 2014;85(2):135-42.
232. Fratiglioni L, Wang HX, Ericsson K, Maytan M, Winblad B. Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study. *The Lancet*. abril de 2000;355(9212):1315-9.
 233. Brown EG, Creaven A, Gallagher S. Loneliness and cardiovascular reactivity to acute stress in older adults. *Psychophysiology* [Internet]. julio de 2022;59(7). Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/psyp.14012>
 234. Steptoe A, Owen N, Kunz-Ebrecht SR, Brydon L. Loneliness and neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory stress responses in middle-aged men and women. *Psychoneuroendocrinology*. junio de 2004;29(5):593-611.
 235. Pressman SD, Cohen S, Miller GE, Barkin A, Rabin BS, Treanor JJ. Loneliness, Social Network Size, and Immune Response to Influenza Vaccination in College Freshmen. *Health Psychol*. 2005;24(3):297-306.
 236. Kiecolt-Glaser JK, Garner W, Speicher C, Penn GM, Holliday J, Glaser R. Psychosocial Modifiers of Immunocompetence in Medical Students: *Psychosom Med*. enero de 1984;46(1):7-14.
 237. Brown EG, Gallagher S, Creaven AM. Loneliness and acute stress reactivity: A systematic review of psychophysiological studies. *Psychophysiology*. mayo de 2018;55(5):e13031.
 238. Nersesian PV, Han HR, Yenokyan G, Blumenthal RS, Nolan MT, Hladek MD, et al. Loneliness in middle age and biomarkers of systemic inflammation: Findings from Midlife in the United States. *Soc Sci Med*. julio de 2018;209:174-81.
 239. Pourriyahi H, Yazdanpanah N, Saghaizadeh A, Rezaei N. Loneliness: An Immunometabolic Syndrome. *Int J Environ Res Public Health*. 19 de noviembre de 2021;18(22):12162.
 240. Hawkey LC, Preacher KJ, Cacioppo JT. Loneliness impairs daytime functioning but not sleep duration. *Health Psychol*. 2010;29(2):124-9.
 241. Kurina LM, Knutson KL, Hawkey LC, Cacioppo JT, Lauderdale DS, Ober C. Loneliness Is Associated with Sleep Fragmentation in a Communal Society. *Sleep*. noviembre de 2011;34(11):1519-26.
 242. Sorkin D, Rook KS, Lu JL. Loneliness, lack of emotional support, lack of companionship, and the likelihood of having a heart condition in an elderly sample. *Ann Behav Med*. noviembre de 2002;24(4):290-8.
 243. Cacioppo J, Patrick W. Loneliness: Human Nature and the Need for Social Connection. *Am J Psychiatry - AMER J PSYCHIAT*. 1 de enero de 2008;166.
 244. Andrén KG, Rosenqvist U. Heavy users of an emergency department—A two year follow-up study. *Soc Sci Med*. enero de 1987;25(7):825-31.
 245. Geller J, Janson P, McGovern E, Valdin A. Loneliness as a predictor of hospital emergency department use. *J Fam Pr*. octubre de 1999;48(10):801-4.

246. Newall N, McArthur J, Menec VH. A Longitudinal Examination of Social Participation, Loneliness, and Use of Physician and Hospital Services. *J Aging Health*. abril de 2015;27(3):500-18.
247. Chamberlain SA, Savage R, Bronskill SE, Griffith LE, Rochon P, Batara J, et al. Examining the association between loneliness and emergency department visits using Canadian Longitudinal Study of Aging (CLSA) data: a retrospective cross-sectional study. *BMC Geriatr*. diciembre de 2022;22(1):69.
248. Cheng, S. Loneliness-distress and physician utilization in well-elderly females. *J Community Psychol*. 1 de enero de 1992;20(1):43-56.
249. Ellaway A, Wood S, Macintyre S. Someone to talk to? The role of loneliness as a factor in the frequency of GP consultations. *Br J Gen Pract*. mayo de 1999;49:363-7.
250. Lauder W, Sharkey S, Mummery K. A community survey of loneliness. *J Adv Nurs*. abril de 2004;46(1):88-94.
251. Gerst-Emerson K, Jayawardhana J. Loneliness as a Public Health Issue: The Impact of Loneliness on Health Care Utilization Among Older Adults. *Am J Public Health*. mayo de 2015;105(5):1013-9.
252. Molloy GJ, McGee HM, O'Neill D, Conroy RM. Loneliness and Emergency and Planned Hospitalizations in a Community Sample of Older Adults: *J Am Geriatr Soc*. agosto de 2010;58(8):1538-41.
253. DiMatteo MR. Social Support and Patient Adherence to Medical Treatment: A Meta-Analysis. *Health Psychol*. 2004;23(2):207-18.
254. Xu F, Johnston JM. Self-Rated Health and Health Service Utilization: A Systematic Review. *Int J Epidemiol*. octubre de 2015;44(suppl_1):i180-i180.
255. Taube E, Kristensson J, Sandberg M, Midlöv P, Jakobsson U. Loneliness and health care consumption among older people. *Scand J Caring Sci*. septiembre de 2015;29(3):435-43.
256. Chamberlain S, Savage RD, Bronskill SE, Griffith LE, Rochon P, Batara J, et al. Retrospective cross-sectional study examining the association between loneliness and unmet healthcare needs among middle-aged and older adults using the Canadian Longitudinal Study of Aging (CLSA). *BMJ Open*. marzo de 2023;13(3):e068769.
257. Herr M, Arvieu JJ, Aegerter P, Robine JM, Ankri J. Unmet health care needs of older people: prevalence and predictors in a French cross-sectional survey. *Eur J Public Health*. 1 de octubre de 2014;24(5):808-13.
258. Alonso J, Orfila F, Ruigómez A, Ferrer M, Antó JM. Unmet health care needs and mortality among Spanish elderly. *Am J Public Health*. marzo de 1997;87(3):365-70.
259. Hlebec V, Srakar A, Majcen B. Determinants of Unmet Needs Among Slovenian Old Population. *Slov J Public Health*. 1 de marzo de 2016;55(1):78-85.
260. Hwang J. Understanding reasons for unmet health care needs in Korea: what are health policy implications? *BMC Health Serv Res*. diciembre de 2018;18(1):557.

261. Jang HY, Ko Y, Han SY. The Effects of Social Networks of the Older Adults with Limited Instrumental Activities of Daily Living on Unmet Medical Needs. *Int J Environ Res Public Health*. 23 de diciembre de 2020;18(1):27.
262. Baiden P, den Dunnen W, Arku G, Mkandawire P. The role of sense of community belonging on unmet health care needs in Ontario, Canada: findings from the 2012 Canadian community health survey. *J Public Health*. octubre de 2014;22(5):467-78.
263. Sirois FM, Owens J. A meta-analysis of loneliness and use of primary health care. *Health Psychol Rev*. 7 de octubre de 2021;1-18.
264. Savage RD, Wu W, Li J, Lawson A, Bronskill SE, Chamberlain SA, et al. Loneliness among older adults in the community during COVID-19: a cross-sectional survey in Canada. *BMJ Open*. abril de 2021;11(4):e044517.
265. Burns A, Leavey G, Ward M, O'Sullivan R. The impact of loneliness on healthcare use in older people: evidence from a nationally representative cohort. *J Public Health*. marzo de 2022;30(3):675-84.
266. Tadiri CP, Gisinger T, Kautzky-Willer A, Kublickiene K, Herrero MT, Norris CM, et al. Determinants of perceived health and unmet healthcare needs in universal healthcare systems with high gender equality. *BMC Public Health*. diciembre de 2021;21(1):1488.
267. Shankar A, Hamer M, McMunn A, Steptoe A. Social Isolation and Loneliness: Relationships With Cognitive Function During 4 Years of Follow-up in the English Longitudinal Study of Ageing. *Psychosom Med*. febrero de 2013;75(2):161-70.
268. Armstrong JJ, Andrew MK, Mitnitski A, Launer LJ, White LR, Rockwood K. Social vulnerability and survival across levels of frailty in the Honolulu-Asia Aging Study. *Age Ageing*. 10 de marzo de 2015;44:709-12.
269. Wallace LMK, Theou O, Pena F, Rockwood K, Andrew MK. Social vulnerability as a predictor of mortality and disability: cross-country differences in the survey of health, aging, and retirement in Europe (SHARE). *Aging Clin Exp Res*. junio de 2015;27(3):365-72.
270. Andrew MK, Rockwood K. Social vulnerability predicts cognitive decline in a prospective cohort of older Canadians. *Alzheimers Dement*. julio de 2010;6(4):319-25.
271. Saito T, Kai I, Takizawa A. Effects of a program to prevent social isolation on loneliness, depression, and subjective well-being of older adults: A randomized trial among older migrants in Japan. *Arch Gerontol Geriatr*. noviembre de 2012;55(3):539-47.
272. Dickens AP, Richards SH, Greaves CJ, Campbell JL. Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. *BMC Public Health*. diciembre de 2011;11(1):647.
273. House JS, Landis KR, Umberson D. Social Relationships and Health. *Science*. 7 de 1988;241:540-5.
274. Stringhini S, Berkman L, Dugravot A, Ferrie JE, Marmot M, Kivimaki M, et al. Socioeconomic Status, Structural and Functional Measures of Social Support, and Mortality. *Am J Epidemiol*. 15 de junio de 2012;175(12):1275-83.

275. Barreto M, Victor C, Hammond C, Eccles A, Richins MT, Qualter P. Loneliness around the world: Age, gender, and cultural differences in loneliness. *Personal Individ Differ*. febrero de 2021;169:110066.
276. Holmén K, Ericsson K, Andersson L, Winblad B. Loneliness among elderly people living in Stockholm: a population study. *J Adv Nurs*. enero de 1992;17(1):43-51.
277. Rokach A, Brock H. Loneliness and the Effects of Life Changes. *J Psychol*. mayo de 1997;131(3):284-98.
278. Beal C. Loneliness in older women: A review of the literature. *Issues Ment Health Nurs*. enero de 2006;27(7):795-813.
279. Andersson L. Loneliness research and interventions: A review of the literature. *Aging Ment Health*. 1 de noviembre de 1998;2(4):264-74.
280. Stokes J, Levin I. Gender differences in predicting loneliness from social network characteristics.pdf. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1986;51(5):1069-74.
281. Stevens N. Combating loneliness: A friendship enrichment programme for older women. *Ageing Soc*. marzo de 2001;21(2):183-202.
282. Stevens N, Tilburg TV. Stimulating friendship in later life: A strategy for reducing loneliness among older women. *Educ Gerontol*. enero de 2000;26(1):15-35.
283. Baumbusch JL. Unclaimed Treasures: Older Women's Reflections on Lifelong Singlehood. *J Women Aging*. 22 de abril de 2004;16(1-2):105-21.
284. Jacob SR. The grief experience of older women whose husbands had hospice care. *J Adv Nurs*. 1996;24:280-6.
285. Harrison T, Kahn DL, Hsu M. A Hermeneutic Phenomenological Study of Widowhood for African-American Women. *OMEGA - J Death Dying*. marzo de 2005;50(2):131-49.
286. Zettel LA, Rook KS. Substitution and Compensation in the Social Networks of Older Widowed Women. *Psychol Aging*. 2004;19(3):433-43.
287. Choudhry UK. Uprooting and Resettlement Experiences of South Asian Immigrant Women. *West J Nurs Res*. 2001;23(4):18.
288. Kim O. Predictors of loneliness in elderly Korean immigrant women living in the United States of America. *J Adv Nurs*. mayo de 1999;29(5):1082-8.
289. Hyde C, Ward B, Horsfall J, Winder G. Older women's experience of living with chronic leg ulceration. *Int J Nurs Pract*. diciembre de 1999;5(4):189-98.
290. Zink T, Regan S, Jacobson CJ, Pabst S. Cohort, Period, and Aging Effects: A Qualitative Study of Older Women's Reasons for Remaining in Abusive Relationships. *Violence Women*. diciembre de 2003;9(12):1429-41.
291. Weiss RS. Reflections on the present State of Loneliness. *J Soc Pers Relatsh*. 1987;2(2):1-16.

292. Gfellner BM, Finlayson C. Loneliness, Personality, and Well-Being in Older Widows. *Percept Mot Skills*. agosto de 1988;67(1):143-6.
293. Tornstam L. Stereotypes of Old People Persist. A Swedish “Facts on Aging Quiz” in a 23-year Comparative Perspective. *Int J Ageing Later Life*. 9 de julio de 2007;2(1):33-59.
294. American Association of Retired Persons. *Images of Aging in America*, 1994. 2001.^a-05-09 ed. Ann Arbor, Mich. Inter-university Consortium for Political and Social Research; 2001. (ICPSR).
295. Griffin J. The onely society? [Internet]. Mental Health Foundation; 2010. Disponible en: www.mentalhealth.org.uk
296. Schultz NR, Moore D. Loneliness: differences across three age levels. *Journal of Social and Personal Relationships*. 1988;5:275-84.
297. Loneliness - What characteristics and circumstances are associated with feeling lonely?. Analysis of characteristics and circumstances associated with loneliness in England using the Community Life Survey, 2016 to 2017. Office for National Statistics; 2018.
298. Lasgaard M, Friis K, Shevlin M. “Where are all the lonely people?” A population-based study of high-risk groups across the life span. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. octubre de 2016;51(10):1373-84.
299. Luhmann M, Hawkley LC. Age differences in loneliness from late adolescence to oldest old age. *Dev Psychol*. junio de 2016;52(6):943-59.
300. Victor CR, Bowling A. A Longitudinal Analysis of Loneliness Among Older People in Great Britain. *J Psychol*. mayo de 2012;146(3):313-31.
301. Qualter P, Vanhalst J, Harris R, Van Roekel E, Lodder G, Bangee M, et al. Loneliness Across the Life Span. *Perspect Psychol Sci*. marzo de 2015;10(2):250-64.
302. Qualter P, Brown SL, Rotenberg KJ, Vanhalst J, Harris RA, Goossens L, et al. Trajectories of loneliness during childhood and adolescence: Predictors and health outcomes. *J Adolesc*. diciembre de 2013;36(6):1283-93.
303. Larson R, Zuzanek J, Mannell R. Being Alone Versus Being with People: Disengagement in the Daily Experience of Older Adults. *J Gerontol*. 1 de mayo de 1985;40(3):375-81.
304. Beeson R, Horton-Deutsch S, Farran C, Neundorfer M. Loneliness and Depression in caregivers of persons with Alzheimer’s disease or related disorders. *Issues Ment Health Nurs*. enero de 2000;21(8):779-806.
305. Leeflang RLI, Klein-Hesselink DJ, Spruit IP. Health effects of unemployment—I. Long-term unemployed men in a rural and an urban setting. *Soc Sci Med*. febrero de 1992;34(4):341-50.
306. Rook KS. The evolution of social relationships in later adulthood. En: *Psychology and the aging revolution: How we adapt to longer life*. Washington, DC, US: American Psychological Association; 2000. p. 173-91.

307. Jopling K, Sserwanja I. Loneliness across the life course. A rapid review of the evidence. Calouste Gulbenkian Foundation UK Branch; 2016.
308. Broadhead WE, Kaplan BH, James SA, Wagner EH, Schoenbach VJ, Grimson R, et al. The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *Am J Epidemiol.* mayo de 1983;117(5):521-37.
309. Vogt T. Social networks as predictors of ischemic heart disease, cancer, stroke and hypertension: Incidence, survival and mortality. *J Clin Epidemiol.* junio de 1992;45(6):659-66.
310. Fitch M, Bol G, Corjzy P. Prevalence and correlates of Family Dysfunction and Poor Adjustment to Chronic Illness in Specialty Clinics. *J Clin Epidemiol.* 1990;43(4):373-83.
311. Berkanovic E, Hurwicz M. Rheumatoid arthritis and comorbidity. *J Rheumatol.* julio de 1990;17(7):888-92.
312. Fitzpatrick R, Newman S, Lamb R, Shipley M. Social relationships and psychological well-being in rheumatoid arthritis. *Soc Sci Med.* enero de 1988;27(4):399-403.
313. Reed D, McGEE D, Yano K, Feinleib M. Social Networks and Coronary Heart Disease among Japanese men in Hawaii. *Am J Epidemiol.* abril de 1983;117(4):384-96.
314. Moos RH, Schaefer JA. The Crisis of Physical Illness. En: Moos RH, editor. *Coping with Physical Illness: 2: New Perspectives* [Internet]. Boston, MA: Springer US; 1984. p. 3-25. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-1-4684-4772-9_1
315. Tijhuis M. Changes in and factors related to loneliness in older men. The Zutphen Elderly Study. *Age Ageing.* 1 de septiembre de 1999;28(5):491-5.
316. Fitzpatrick R, Newman S, Archer R, Shipley M. Social support, disability and depression: A longitudinal study of rheumatoid arthritis. *Soc Sci Med.* enero de 1991;33(5):605-11.
317. Janssen MA. Personal networks of chronic patients [Internet]. maastricht university; 1992. Disponible en: <https://cris.maastrichtuniversity.nl/en/publications/627c5516-5889-494f-9393-6c796a275b76>
318. Depner CE, Ingersoll-Dayton B. Supportive relationships in later life. *Psychol Aging.* 1988;3(4):348-57.
319. Rolland JS. Chronic illness and the life cycle: a conceptual framework. *Fam Process.* junio de 1987;26(2):203-21.
320. Irwin P, Kramer S. Social Support and Cancer. *J Psychosoc Oncol.* 1 de febrero de 1988;6(1-2):53-73.
321. Neuling SJ, Winefield HR. Social support and recovery after surgery for breast cancer: Frequency and correlates of supportive behaviours by family, friends and surgeon. *Soc Sci Med.* 1 de enero de 1988;27(4):385-92.
322. Williams SJ. Chronic respiratory illness and disability: A critical review of the psychosocial literature. *Soc Sci Med.* enero de 1989;28(8):791-803.

323. Chen X, French DC. Children's Social Competence in Cultural Context. *Annu Rev Psychol.* 1 de enero de 2008;59(1):591-616.
324. van Staden W (CW), Coetzee K. Conceptual relations between loneliness and culture. *Curr Opin Psychiatry.* noviembre de 2010;23(6):524-9.
325. Johnson DP, Mullins LC. Growing old and lonely in different societies: Toward a comparative perspective. *J Cross-Cult Gerontol.* julio de 1987;2(3):257-75.
326. Hofstede GH, Hofstede GJ. *Cultures and organizations: software of the mind.* Rev. and expanded 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2005. 434 p.
327. Litwin H. Social Networks and Well-being: A Comparison of Older People in Mediterranean and Non-Mediterranean Countries. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 1 de septiembre de 2010;65B(5):599-608.
328. Viazzo PP. What's so special about the Mediterranean? Thirty years of research on household and family in Italy. *Contin Change.* mayo de 2003;18(1):111-37.
329. Kalmijn M, Saraceno C. A comparative perspective on intergenerational support. Responsiveness to parental needs in individualistic and familialistic countries. *Eur Soc.* julio de 2008;10(3):479-508.
330. Chappell NL, Béland F, Shapiro E, Beland F. Canadian Journal on Aging [La Revue canadienne du vieillissement]. *Can Public Policy Anal Polit.* marzo de 1996;22(1):1-96.
331. Albertini M, Kohli M, Vogel C. Intergenerational transfers of time and money in European families: common patterns — different regimes? *J Eur Soc Policy.* noviembre de 2007;17(4):319-34.
332. Erlinghagen M, Hank K. Participation of Older Europeans in Volunteer Work. *Aging Soc.* 2006;26(4):567-84.
333. Bettio F, Simonazzi A, Villa P. Change in care regimes and female migration: the 'care drain' in the Mediterranean. *J Eur Soc Policy.* agosto de 2006;16(3):271-85.
334. van Tilburg T, de Jong Gierveld J, Lecchini L, Marsiglia D. Social Integration and Loneliness: A Comparative Study among Older Adults in the Netherlands and Tuscany, Italy. *J Soc Pers Relatsh.* 1 de diciembre de 1998;15(6):740-54.
335. de Belvis AG, Avolio M, Spagnolo A, Damiani G, Sicuro L, Cicchetti A, et al. Factors associated with health-related quality of life: the role of social relationships among the elderly in an Italian region. *Public Health.* agosto de 2008;122(8):784-93.
336. Zunzunegui M, Béland F, Otero A. Support from children, living arrangements, self-rated health and depressive symptoms of older people in Spain. *Int J Epidemiol.* octubre de 2001;30(5):1090-9.
337. Buber I, Engelhardt H. Children's impact on the mental health of their older mothers and fathers: findings from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. *Eur J Ageing.* marzo de 2008;5(1):31-45.

338. Schumacher KL, Meleis A Ibrahim. Transitions: A Central Concept in Nursing. *Image J Nurs Sch.* junio de 1994;26(2):119-27.
339. Mund M, Neyer FJ. Loneliness effects on personality. *Int J Behav Dev.* marzo de 2019;43(2):136-46.
340. Hensley B, Martin P, Margrett JA, MacDonald M, Siegler IC, Poon LW. Life Events and Personality Predicting Loneliness Among Centenarians: Findings From the Georgia Centenarian Study. *J Psychol.* enero de 2012;146(1-2):173-88.
341. Teppers E, Klimstra TA, Damme CV, Luyckx K, Vanhalst J, Goossens L. Personality traits, loneliness, and attitudes toward aloneness in adolescence. *J Soc Pers Relatsh.* diciembre de 2013;30(8):1045-63.
342. Vanhalst J, Goossens L, Luyckx K, Scholte RHJ, Engels RCME. The development of loneliness from mid- to late adolescence: trajectory classes, personality traits, and psychosocial functioning. *J Adolesc.* diciembre de 2013;36(6):1305-12.
343. Vanhalst J, Klimstra TA, Luyckx K, Scholte RHJ, Engels RCME, Goossens L. The interplay of loneliness and depressive symptoms across adolescence: exploring the role of personality traits. *J Youth Adolesc.* junio de 2012;41(6):776-87.
344. Stokes JP. The relation of social network and individual difference variables to loneliness. *J Pers Soc Psychol.* abril de 1985;48(4):981-90.
345. van der Aa N, Overbeek G, Engels RCME, Scholte RHJ, Meerkerk GJ, Van den Eijnden RJJM. Daily and compulsive internet use and well-being in adolescence: a diathesis-stress model based on big five personality traits. *J Youth Adolesc.* julio de 2009;38(6):765-76.
346. Bowling A, Farquhar M, Browne P. Life satisfaction and associations with social network and support variables in three samples of elderly people. *Int J Geriatr Psychiatry.* agosto de 1991;6(8):549-66.
347. Mitchell J. The Concept and Use of Social Networks. En 1969. Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/The-Concept-and-Use-of-Social-Networks-Mitchell/cd3f483c4dd6bdbbd26a954ac65356f81af24e48>
348. Cobb S. Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosom Med.* octubre de 1976;38(5):300-14.
349. Thoits PA. Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *J Health Soc Behav.* junio de 1982;23(2):145-59.
350. Kaplan BH, Cassel JC, Gore S. Social support and health. *Med Care.* mayo de 1977;15(5 SUPPL):47-58.
351. Myers JK, Lindenthal JJ, Pepper MP. Life Events, Social Integration and Psychiatric Symptomatology. *J Health Soc Behav.* diciembre de 1975;16(4):421.
352. Knipscheer K. G. Clare Wenger, The Supportive Network. *Coping with Old Age.* George Allen and Unwin, London, 1984, 244 pp., £15.95, ISBN 0 04 362056 6 (0 04 362057 4 Pbk). *Ageing Soc.* septiembre de 1985;5(3):355-9.

353. Black M. Health and Social Support of Older Adults in the Community¹. *Can J Aging Rev Can Vieil.* diciembre de 1985;4(4):213-26.
354. Bowling A. Caring for the Elderly Widowed—the Burden on their Supporters. *Br J Soc Work.* 1 de enero de 1984;14(1):435-55.
355. Stoller EP, Pugliesi KL. Informal networks of community-based elderly. Changes in composition over time. *Res Aging.* diciembre de 1988;10(4):499-516.
356. Weiss RS. The Fund of Sociability. *Trans-Action.* 1 de julio de 1969;6(9):36-43.
357. Seeman TE, Berkman LF. Structural characteristics of social networks and their relationship with social support in the elderly: Who provides support. *Soc Sci Med.* enero de 1988;26(7):737-49.
358. Shanas E. Old Age in a Changing Society. Zena Smith Blau. *Am J Sociol.* 1 de marzo de 1975;80(5):1279-80.
359. Snow R, Crapo L. Emotional bondedness, subjective well-being, and health in elderly medical patients. *J Gerontol.* septiembre de 1982;37(5):609-15.
360. Larson R. Thirty years of research on the subjective well-being of older americans. *J Gerontol.* enero de 1978;33(1):109-25.
361. Liang J. Sex differences in life satisfaction among the elderly. *J Gerontol.* enero de 1982;37(1):100-8.
362. Lowenthal MF, Haven C. Interaction and adaptation: intimacy as a critical variable. *Am Sociol Rev.* febrero de 1968;33(1):20-30.
363. Wolinsky FD, Coe RM, Miller DK, Prendergast JM, Creel MJ, Chavez MN. Health Services Utilization among the Noninstitutionalized Elderly. *J Health Soc Behav.* diciembre de 1983;24(4):325.
364. Wan TTH. Functionally Disabled Elderly: Health Status, Social Support, and Use of Health Services. *Res Aging.* 1 de marzo de 1987;9(1):61-78.
365. Women as Widows: Support Systems. By Helena Z. Lopata. New York: Elsevier North-Holland, 1979. 485 pp. \$19.95 cloth. *Health Soc Work.* 1 de mayo de 1980;5(2):77-77.
366. Bowling A, Charlton J. Risk factors for mortality after bereavement: a logistic regression analysis. *J R Coll Gen Pr.* diciembre de 1987;37(305):551-4.
367. Victor C, Scambler S, Bond J, Bowling A. Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone. *Rev Clin Gerontol.* noviembre de 2000;10(4):407-17.
368. Iecovich E, Biderman A. Attendance in adult day care centers and its relation to loneliness among frail older adults. *Int Psychogeriatr.* marzo de 2012;24(3):439-48.
369. Savikko N, Routasalo P, Tilvis RS, Strandberg TE, Pitkälä KH. Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Arch Gerontol Geriatr.* noviembre de 2005;41(3):223-33.

370. Newall NEG, Chipperfield JG, Bailis DS, Stewart TL. Consequences of loneliness on physical activity and mortality in older adults and the power of positive emotions. *Health Psychol.* agosto de 2013;32(8):921-4.
371. Fokkema T, De Jong Gierveld J, Dykstra PA. Cross-National Differences in Older Adult Loneliness. *J Psychol.* enero de 2012;146(1-2):201-28.
372. Hovaguimian; T Bernard G, Stuckelberger A. Psychosocial Problems and the Health of Elderly. *Dan Med Bull.* octubre de 1988;Special Supplement Series No 6.
373. Dykstra PA, van Tilburg TG, Gierveld J de J. Changes in Older Adult Loneliness: Results From a Seven-Year Longitudinal Study. *Res Aging.* noviembre de 2005;27(6):725-47.
374. Lauder W, Mummery K, Jones M, Caperchione C. A comparison of health behaviours in lonely and non-lonely populations. *Psychol Health Med.* mayo de 2006;11(2):233-45.
375. Rokach A, Neto F. Age, Culture and the Antecedents of Loneliness. *Soc Behav Personal Int J.* 1 de enero de 2005;33(5):477-94.
376. Hawkey LC, Hughes ME, Waite LJ, Masi CM, Thisted RA, Cacioppo JT. From Social Structural Factors to Perceptions of Relationship Quality and Loneliness: The Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 1 de noviembre de 2008;63(6):S375-84.
377. Treviño-Siller S, Pelcastre-Villafuerte B, Márquez-Serrano M. Experiencias de envejecimiento en el México rural. *Salud Pública México.* febrero de 2006;48(1):30-8.
378. Kok AAL, Aartsen MJ, Deeg DJH, Huisman M. Socioeconomic inequalities in a 16-year longitudinal measurement of successful ageing. *J Epidemiol Community Health.* noviembre de 2016;70(11):1106-13.
379. Jiménez JLC, Gallego MMV, Villa EH. El sentimiento de soledad en adultos. *Med UPB.* junio de 2013;32(1):9-19.
380. Macdonald SJ, Nixon J, Deacon L. 'Loneliness in the city': examining socio-economics, loneliness and poor health in the North East of England. *Public Health.* diciembre de 2018;165:88-94.
381. Hammer M. 'Core' and 'extended' social networks in relation to health and illness. *Soc Sci Med.* enero de 1983;17(7):405-11.
382. Heylen L. The older, the lonelier? Risk factors for social loneliness in old age. *Ageing Soc.* octubre de 2010;30(7):1177-96.
383. Ayalon L, Shiovitz-Ezra S, Palgi Y. Associations of loneliness in older married men and women. *Aging Ment Health.* enero de 2013;17(1):33-9.
384. Dykstra PA. Loneliness among the Never and Formerly Married: The Importance of Supportive Friendships and a Desire for Independence. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 1 de septiembre de 1995;50B(5):S321-9.
385. Teh JKL, Tey NP, Ng ST. Family Support and Loneliness among Older Persons in Multiethnic Malaysia. *Sci World J.* 14 de octubre de 2014;2014:1-11.

386. Cohen-Mansfield J, Shmotkin D, Goldberg S. Loneliness in old age: longitudinal changes and their determinants in an Israeli sample. *Int Psychogeriatr.* diciembre de 2009;21(6):1160-70.
387. Long MV, Martin P. Personality, Relationship Closeness, and Loneliness of Oldest Old Adults and Their Children. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 1 de septiembre de 2000;55(5):P311-9.
388. de Jong Gierveld J, Broese van Groenou M, Hoogendoorn AW, Smit JH. Quality of Marriages in Later Life and Emotional and Social Loneliness. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 1 de julio de 2009;64B(4):497-506.
389. Jerrome D. Loneliness: Possibilities for intervention. *J Aging Stud.* junio de 1991;5(2):195-208.
390. Marr E. Assessing Transportation Disadvantage in Rural Ontario, Canada: A Case Study of Huron County. *J Rural Community Dev.* 2015;10(2):100-20.
391. Lundholm E. Migration and Regional Differences in Access to Local Family Networks Among 60-year olds in Sweden. *J Popul Ageing.* septiembre de 2015;8(3):173-85.
392. Thapa DK, Visentin D, Kornhaber R, Cleary M. Migration of adult children and mental health of older parents 'left behind': An integrative review. Abe T, editor. *PLOS ONE.* 22 de octubre de 2018;13(10):e0205665.
393. Menec V, Bell S, Novek S, Minnigaleeva GA, Morales E, Ouma T, et al. Making Rural and Remote Communities More Age-Friendly: Experts' Perspectives on Issues, Challenges, and Priorities. *J Aging Soc Policy.* 3 de abril de 2015;27(2):173-91.
394. Ferreira-Alves J, Magalhães P, Viola L, Simoes R. Loneliness in middle and old age: Demographics, perceived health, and social satisfaction as predictors. *Arch Gerontol Geriatr.* noviembre de 2014;59(3):613-23.
395. Havens B, Hall M, Sylvestre G, Jivan T. Social Isolation and Loneliness: Differences between Older Rural and Urban Manitobans. *Can J Aging Rev Can Vieil.* 2004;23(2):129-40.
396. Kobayashi KM, Cloutier-Fisher D, Roth M. Making Meaningful Connections: A Profile of Social Isolation and Health Among Older Adults in Small Town and Small City, British Columbia. *J Aging Health.* 1 de abril de 2009;21(2):374-97.
397. Scharf T, de Jong Gierveld J. Loneliness in urban neighbourhoods: an Anglo-Dutch comparison. *Eur J Ageing.* junio de 2008;5(2):103-15.
398. Tunstall H. *Neighbourhoods and Health.* Kawachi I and Berkman LF (eds). New York: Oxford University Press Inc, USA, 2003, pp. 320, 39.50. ISBN 0195138384. *Int J Epidemiol.* 27 de agosto de 2004;34(1):231-2.
399. Finlay JM, Kobayashi LC. Social isolation and loneliness in later life: A parallel convergent mixed-methods case study of older adults and their residential contexts in the Minneapolis metropolitan area, USA. *Soc Sci Med.* julio de 2018;208:25-33.

400. Holmén K, Furukawa H. Loneliness, health and social network among elderly people—a follow-up study. *Arch Gerontol Geriatr.* noviembre de 2002;35(3):261-74.
401. Panayotes N. 10. Loneliness, Relative Deprivation and Life Satisfaction. En: *Retirement, Health and Relationships of the Older Population in England The 2004 English Longitudinal Study of Ageing Wave 2.* 2006.
402. Bishop AJ, Martin P. The Indirect Influence of Educational Attainment on Loneliness among Unmarried Older Adults. *Educ Gerontol.* 17 de septiembre de 2007;33(10):897-917.
403. Stevens N, Westerhof GJ. Partners and others: Social provisions and loneliness among married Dutch men and women in the second half of life. *J Soc Pers Relatsh.* diciembre de 2006;23(6):921-41.
404. Jennifer Yeh SC, Lo SK. Living alone, social support, and feeling lonely among the elderly. *Soc Behav Personal Int J.* 1 de enero de 2004;32(2):129-38.
405. Nolan MR, Grant G, Ellis NC. Stress is in the eye of the beholder:reconceptualizing the measurement of carer burden. *J Adv Nurs.* mayo de 1990;15(5):544-55.
406. Hagedoorn M, Sanderman R, Ranchor AV, Brilman EI. Chronic disease in elderly couples Are women more responsive to their spouses' health condition than men? *J Psychosom Res.* 2001;4.
407. Ekwall AK, Sivberg B, Hallberg IR. Loneliness as a predictor of quality of life among older caregivers. *J Adv Nurs.* enero de 2005;49(1):23-32.
408. Zhao IY, Holroyd E, Wright-St Clair VA, Wang SS, Garrett N, Neville S. Feeling a deep sense of loneliness: Chinese late-life immigrants in New Zealand. *Australas J Ageing.* 5 de julio de 2022;ajag.13108.
409. Morgan M, Patrick DL, Charlton JR. Social networks and psychosocial support among disabled people. *Soc Sci Med.* enero de 1984;19(5):489-97.
410. Van Baarsen B, Smit JH, Snijders TAB, Knipscheer KPM. Do personal conditions and circumstances surrounding partner loss explain loneliness in newly bereaved older adults? *Ageing Soc.* julio de 1999;19(4):441-69.
411. Jones DA, Victor CR, Vetter NJ. Lonely and the factors related to loneliness. *J R Coll Gen Pract.* 1985;136-9.
412. Austin AG. Becoming immune to loneliness helping the elderly fill a void. *J Gerontol Nurs.* septiembre de 1989;15(9):25-8.
413. Fitzgerald Miller J. Assessment of loneliness and spiritual well-being in chronically ill and healthy adults. *J Prof Nurs.* marzo de 1985;1(2):79-85.
414. Mahalski PA, Jones R, Maxwell GM. The Value of Cat Ownership to Elderly Women Living Alone. *Int J Aging Hum Dev.* diciembre de 1988;27(4):249-60.
415. Rogers J, Hart LA, Boltz RP. The Role of Pet Dogs in Casual Conversations of Elderly Adults. *J Soc Psychol.* junio de 1993;133(3):265-77.

416. Brunes A, B. Hansen M, Heir T. Loneliness among adults with visual impairment: prevalence, associated factors, and relationship to life satisfaction. *Health Qual Life Outcomes*. diciembre de 2019;17(1):24.
417. Huang AR, Deal JA, Rebok GW, Pinto JM, Waite L, Lin FR. Hearing Impairment and Loneliness in Older Adults in the United States. *J Appl Gerontol*. octubre de 2021;40(10):1366-71.
418. Shukla A, Harper M, Pedersen E, Goman A, Suen JJ, Price C, et al. Hearing Loss, Loneliness, and Social Isolation: A Systematic Review. *Otolaryngol Neck Surg*. mayo de 2020;162(5):622-33.
419. Jiang F, Zhang J, Qin W, Ding G, Xu L. Hearing impairment and loneliness in older adults in Shandong, China: the modifying effect of living arrangement. *Aging Clin Exp Res*. abril de 2021;33(4):1015-21.
420. Pronk M, Deeg DJH, Smits C, van Tilburg TG, Kuik DJ, Festen JM, et al. Prospective effects of hearing status on loneliness and depression in older persons: Identification of subgroups. *Int J Audiol*. diciembre de 2011;50(12):887-96.
421. Shankar A, McMunn A, Demakakos P, Hamer M, Steptoe A. Social isolation and loneliness: Prospective associations with functional status in older adults. *Health Psychol*. febrero de 2017;36(2):179-87.
422. Gené-Badia J, Comice P, Belchín A, Erdozain MÁ, Cáliz L, Torres S, et al. Perfiles de soledad y aislamiento social en población urbana. *Aten Primaria*. abril de 2020;52(4):224-32.
423. Bondevik M, Skogstad A. The Oldest Old, ADL, Social Network, and Loneliness. *West J Nurs Res*. junio de 1998;20(3):325-43.
424. Hoogendijk EO, Suanet B, Dent E, Deeg DJH, Aartsen MJ. Adverse effects of frailty on social functioning in older adults: Results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Maturitas*. enero de 2016;83:45-50.
425. Gale CR, Westbury L, Cooper C. Social isolation and loneliness as risk factors for the progression of frailty: the English Longitudinal Study of Ageing. *Age Ageing*. 1 de mayo de 2018;47(3):392-7.
426. Blanquet M, Debost-Legrand A, Gerbaud L, de La Celle C, Brigand A, Mioche L, et al. Metabolic syndrome and social deprivation: results of a French observational multicentre survey. *Fam Pract*. febrero de 2016;33(1):17-22.
427. McCrory C, Finucane C, O'Hare C, Frewen J, Nolan H, Layte R, et al. Social Disadvantage and Social Isolation Are Associated With a Higher Resting Heart Rate: Evidence From The Irish Longitudinal Study on Ageing. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. mayo de 2016;71(3):463-73.
428. Hostinar CE, Sullivan RM, Gunnar MR. Psychobiological mechanisms underlying the social buffering of the hypothalamic–pituitary–adrenocortical axis: A review of animal models and human studies across development. *Psychol Bull*. enero de 2014;140(1):256-82.

429. Cacioppo JT, Cacioppo S, Capitanio JP, Cole SW. The Neuroendocrinology of Social Isolation. *Annu Rev Psychol.* 3 de enero de 2015;66(1):733-67.
430. Schutter N, Holwerda TJ, Stek ML, Dekker JJM, Rhebergen D, Comijs HC. Loneliness in older adults is associated with diminished cortisol output. *J Psychosom Res.* abril de 2017;95:19-25.
431. Walker E, Ploubidis G, Fancourt D. Social engagement and loneliness are differentially associated with neuro-immune markers in older age: Time-varying associations from the English Longitudinal Study of Ageing. *Brain Behav Immun.* noviembre de 2019;82:224-9.
432. Eisenberger NI, Moieni M, Inagaki TK, Muscatell KA, Irwin MR. In Sickness and in Health: The Co-Regulation of Inflammation and Social Behavior. *Neuropsychopharmacology.* enero de 2017;42(1):242-53.
433. Ford ES, Loucks EB, Berkman LF. Social Integration and Concentrations of C-Reactive Protein Among US Adults. *Ann Epidemiol.* febrero de 2006;16(2):78-84.
434. Heffner KL, Waring ME, Roberts MB, Eaton CB, Gramling R. Social isolation, C-reactive protein, and coronary heart disease mortality among community-dwelling adults. *Soc Sci Med.* mayo de 2011;72(9):1482-8.
435. Shankar A, McMunn A, Banks J, Steptoe A. Loneliness, social isolation, and behavioral and biological health indicators in older adults. *Health Psychol.* 2011;30(4):377-85.
436. Kim DA, Benjamin EJ, Fowler JH, Christakis NA. Social connectedness is associated with fibrinogen level in a human social network. *Proc R Soc B Biol Sci.* 31 de agosto de 2016;283(1837):20160958.
437. Creswell JD, Irwin MR, Burklund LJ, Lieberman MD, Arevalo JMG, Ma J, et al. Mindfulness-Based Stress Reduction training reduces loneliness and pro-inflammatory gene expression in older adults: A small randomized controlled trial. *Brain Behav Immun.* octubre de 2012;26(7):1095-101.
438. Teo AR, Choi H, Andrea SB, Valenstein M, Newsom JT, Dobscha SK, et al. Does Mode of Contact with Different Types of Social Relationships Predict Depression in Older Adults? Evidence from a Nationally Representative Survey. *J Am Geriatr Soc.* octubre de 2015;63(10):2014-22.
439. Teo AR, Lerrigo R, Rogers MAM. The role of social isolation in social anxiety disorder: A systematic review and meta-analysis. *J Anxiety Disord.* mayo de 2013;27(4):353-64.
440. Domènech-Abella J, Mundó J, Haro JM, Rubio-Valera M. Anxiety, depression, loneliness and social network in the elderly: Longitudinal associations from The Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA). *J Affect Disord.* marzo de 2019;246:82-8.
441. Williams NJ, Grandner MA, Wallace DM, Cuffee Y, Airhihenbuwa C, Okuyemi K, et al. Social and behavioral predictors of insufficient sleep among African Americans and Caucasians. *Sleep Med.* febrero de 2016;18:103-7.
442. Boehm JK, Peterson C, Kivimaki M, Kubzansky LD. Heart health when life is satisfying: evidence from the Whitehall II cohort study. *Eur Heart J.* noviembre de 2011;32(21):2672-7.

443. Boehm JK, Chen Y, Williams DR, Ryff CD, Kubzansky LD. Subjective well-being and cardiometabolic health: An 8–11year study of midlife adults. *J Psychosom Res.* junio de 2016;85:1-8.
444. Feller S, Teucher B, Kaaks R, Boeing H, Vigl M. Life Satisfaction and Risk of Chronic Diseases in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC)-Germany Study. *Schooling CM, editor. PLoS ONE.* 20 de agosto de 2013;8(8):e73462.
445. Martín-María N, Miret M, Caballero FF, Rico-Urbe LA, Steptoe A, Chatterji S, et al. The Impact of Subjective Well-being on Mortality: A Meta-Analysis of Longitudinal Studies in the General Population. *Psychosom Med.* junio de 2017;79(5):565-75.
446. Kim ES, Kubzansky LD, Soo J, Boehm JK. Maintaining Healthy Behavior: a Prospective Study of Psychological Well-Being and Physical Activity. *Ann Behav Med.* junio de 2017;51(3):337-47.
447. Kim ES, Kubzansky LD, Smith J. Life satisfaction and use of preventive health care services. *Health Psychol.* julio de 2015;34(7):779-82.
448. Strine TW, Chapman DP, Balluz LS, Moriarty DG, Mokdad AH. The Associations Between Life Satisfaction and Health-related Quality of Life, Chronic Illness, and Health Behaviors among U.S. Community-dwelling Adults. *J Community Health.* febrero de 2008;33(1):40-50.
449. Hamer M, Chida Y. Life satisfaction and inflammatory biomarkers: The 2008 Scottish Health Survey1: Life satisfaction and C-reactive protein. *Jpn Psychol Res.* mayo de 2011;53(2):133-9.
450. Boehm JK, Soo J, Zevon ES, Chen Y, Kim ES, Kubzansky LD. Longitudinal associations between psychological well-being and the consumption of fruits and vegetables. *Health Psychol.* octubre de 2018;37(10):959-67.
451. Blanchflower DG, Oswald AJ. Hypertension and happiness across nations. *J Health Econ.* marzo de 2008;27(2):218-33.
452. Mojon-Azzi S, Sousa-Poza A. Hypertension and life satisfaction: an analysis using data from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. *Appl Econ Lett.* 26 de enero de 2011;18(2):183-7.
453. Uchino BN. Life Satisfaction and Inflammation in Couples: An Actor-Partner Analysis. *2019;41(1):22-30.*
454. Kim ES, Delaney SW, Tay L, Chen Y, Diener E, Vanderweele TJ. Life Satisfaction and Subsequent Physical, Behavioral, and Psychosocial Health in Older Adults. *Milbank Q.* marzo de 2021;99(1):209-39.
455. Lam JA, Murray ER, Yu KE, Ramsey M, Nguyen TT, Mishra J, et al. Neurobiology of loneliness: a systematic review. *Neuropsychopharmacology.* octubre de 2021;46(11):1873-87.
456. Mumtaz F, Khan MI, Zubair M, Dehpour AR. Neurobiology and consequences of social isolation stress in animal model-A comprehensive review. *Biomed Pharmacother. septiembre de 2018;105:1205-22.*

457. Tomova L, Tye K, Saxe R. The neuroscience of unmet social needs. *Soc Neurosci*. junio de 2021;16(3):221-31.
458. Gardiner C, Geldenhuys G, Gott M. Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. *Health Soc Care Community*. marzo de 2018;26(2):147-57.
459. Fakoya OA. Loneliness and social isolation interventions for older adults: a scoping review of reviews. *BMC Public Health*. 2020;20(129):1-14.
460. Manjunath J, Manoj N, Alchalabi T. Interventions against Social Isolation of Older Adults: A Systematic Review of Existing Literature and Interventions. *Geriatr Basel Switz*. 25 de agosto de 2021;6(3):82.
461. Yu DSF, Li PWC, Lin RSY, Kee F, Chiu A, Wu W. Effects of non-pharmacological interventions on loneliness among community-dwelling older adults: A systematic review, network meta-analysis, and meta-regression. *Int J Nurs Stud*. agosto de 2023;144:104524.
462. Hoang P, King JA, Moore S, Moore K, Reich K, Sidhu H, et al. Interventions Associated With Reduced Loneliness and Social Isolation in Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 17 de octubre de 2022;5(10):e2236676.
463. Bergman-Evans B. Beyond the Basics: Effects of the Eden Alternative Model on Quality of Life Issues. *J Gerontol Nurs*. 1 de julio de 2004;30:27-34.
464. van der Heide LA, Willems CG, Spreeuwenberg MD, Rietman J, de Witte LP. Implementation of CareTV in care for the elderly: The effects on feelings of loneliness and safety and future challenges. *Technol Disabil*. 12 de diciembre de 2012;24(4):283-91.
465. Bartsch DA, Rodgers VK, Strong D. Outcomes of Senior Reach Gatekeeper Referrals: Comparison of the Spokane Gatekeeper Program, Colorado Senior Reach, and Mid-Kansas Senior Outreach. *Care Manag J*. marzo de 2013;14(1):11-20.
466. Ollonqvist K, Palkeinen H, Aaltonen T, Pohjolainen T, Puukka P, Hinkka K, et al. Alleviating Loneliness among Frail Older People – Findings from a Randomised Controlled Trial. *Int J Ment Health Promot*. mayo de 2008;10(2):26-34.
467. Nicholson NR. A Review of Social Isolation: An Important but Underassessed Condition in Older Adults. *J Prim Prev*. junio de 2012;33(2-3):137-52.
468. Rahimi Froushani A, Estebarsari F, Mostafaei D, Eftekhar Ardebili H, Shojaeizadeh D, Dastoorpour M, et al. The effect of health promoting intervention on healthy lifestyle and social support in elders: a clinical trial study. *Iran Red Crescent Med J*. agosto de 2014;16(8):e18399.
469. Kime N, Cattan M, Bagnall A. The delivery and management of telephone befriending services – whose needs are being met? Elwood P, editor. *Qual Ageing Older Adults*. 7 de septiembre de 2012;13(3):231-40.
470. Coll-Planas L, del Valle Gómez G, Bonilla P, Masat T, Puig T, Monteserin R. Promoting social capital to alleviate loneliness and improve health among older people in Spain. *Health Soc Care Community*. enero de 2017;25(1):145-57.

471. Hemingway A, Jack E. Reducing social isolation and promoting well being in older people. *Qual Ageing Older Adults*. 8 de marzo de 2013;14(1):25-35.
472. Cohen-Mansfield J, Parpura-Gill A, Kotler M, Vass J, MacLennan B, Rosenberg F. Shared Interest Groups (SHIGs) in Low-Income Independent Living Facilities. *Clin Gerontol*. 3 de octubre de 2007;31(1):101-12.
473. Martina CMS, Stevens NL. Breaking the cycle of loneliness? Psychological effects of a friendship enrichment program for older women. *Aging Ment Health*. 1 de septiembre de 2006;10(5):467-75.
474. Stevens NL, Martina CMS, Westerhof GJ. Meeting the Need to Belong: Predicting Effects of a Friendship Enrichment Program for Older Women. *The Gerontologist*. agosto de 2006;46(4):495-502.
475. Alaviani M, Khosravan S, Alami A, Moshki M. The Effect of a Multi-Strategy Program on Developing Social Behaviors Based on Pender's Health Promotion Model to Prevent Loneliness of Old Women Referred to Gonabad Urban Health Centers. *IJCBNM*. febrero de 2015;3(2):132-40.
476. Serrat R, Scharf T, Villar F, Gómez C. Fifty-Five Years of Research Into Older People's Civic Participation: Recent Trends, Future Directions. *The Gerontologist*. 19 de marzo de 2019;60(1):e38-51.
477. Gaggioli A, Morganti L, Bonfiglio S, Scaratti C, Cipresso P, Serino S, et al. Intergenerational Group Reminiscence: A Potentially Effective Intervention to Enhance Elderly Psychosocial Wellbeing and to Improve Children's Perception of Aging. *Educ Gerontol*. julio de 2014;40(7):486-98.
478. Ma BC, Taket A. Promoting social support and social networks among Irish pensioners in South London, UK. *Divers Health Soc Care*. 2005;2:263-70.
479. Ballantyne A, Trenwith L, Zubrinich S, Corlis M. '*I feel less lonely*': what older people say about participating in a social networking website. *Qual Ageing Older Adults*. 13 de septiembre de 2010;11(3):25-35.
480. Tsai HH, Tsai YF, Wang HH, Chang YC, Chu HH. Videoconference program enhances social support, loneliness, and depressive status of elderly nursing home residents. *Aging Ment Health*. noviembre de 2010;14(8):947-54.
481. Czaja SJ, Boot WR, Charness N, Rogers WA, Sharit J. Improving Social Support for Older Adults Through Technology: Findings From the PRISM Randomized Controlled Trial. *The Gerontologist*. 8 de mayo de 2018;58(3):467-77.
482. Tse T, Linsey H. Adult day groups: addressing older people's needs for activity and companionship. *Australas J Ageing*. septiembre de 2005;24(3):134-40.
483. Tse MMY. Therapeutic effects of an indoor gardening programme for older people living in nursing homes. *J Clin Nurs*. abril de 2010;19(7-8):949-58.
484. Winningham RG, Pike NL. A cognitive intervention to enhance institutionalized older adults' social support networks and decrease loneliness. *Aging Ment Health*. noviembre de 2007;11(6):716-21.

485. Savikko N, Routasalo P, Tilvis R, Pitkälä K. Psychosocial group rehabilitation for lonely older people: favourable processes and mediating factors of the intervention leading to alleviated loneliness. *Int J Older People Nurs.* marzo de 2010;5(1):16-24.
486. Collins CC, Benedict J. Evaluation of a community-based health promotion program for the elderly: lessons from Seniors CAN. *Am J Health Promot AJHP.* 2006;21(1):45-8.
487. Gustafsson S, Berglund H, Faronbi J, Barenfeld E, Ottenvall Hammar I. Minor positive effects of health-promoting senior meetings for older community-dwelling persons on loneliness, social network, and social support. *Clin Interv Aging.* 2017;12:1867-77.
488. Arnetz BB, Theorell T, Levi L, Kallner A, Eneroth P. An experimental study of social isolation of elderly people: psychoendocrine and metabolic effects. *Psychosom Med.* octubre de 1983;45(5):395-406.
489. Andrew N, Meeks S. Fulfilled preferences, perceived control, life satisfaction, and loneliness in elderly long-term care residents. *Aging Ment Health.* febrero de 2018;22(2):183-9.
490. Kim SK, Park M. Effectiveness of person-centered care on people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Clin Interv Aging.* febrero de 2017;Volume 12:381-97.
491. Tse MMY, Lo APK, Cheng TLY, Chan EKK, Chan AHY, Chung HSW. Humor Therapy: Relieving Chronic Pain and Enhancing Happiness for Older Adults. *J Aging Res.* 25 de mayo de 2010;2010:1-9.
492. Pettigrew S, Roberts M. Addressing loneliness in later life. *Aging Ment Health.* mayo de 2008;12(3):302-9.
493. Toepoel V. Ageing, Leisure, and Social Connectedness: How could Leisure Help Reduce Social Isolation of Older People? *Soc Indic Res.* agosto de 2013;113(1):355-72.
494. Heo J, Chun S, Lee S, Lee KH, Kim J. Internet Use and Well-Being in Older Adults. *Cyberpsychology Behav Soc Netw.* mayo de 2015;18(5):268-72.
495. Brown VM, Allen AC, Dwozan M, Mercer I, Warren K. Indoor gardening older adults: effects on socialization, activities of daily living, and loneliness. *J Gerontol Nurs.* octubre de 2004;30(10):34-42.
496. Fokkema T, Knipscheer K. Escape loneliness by going digital: A quantitative and qualitative evaluation of a Dutch experiment in using ECT to overcome loneliness among older adults. *Aging Ment Health.* septiembre de 2007;11(5):496-504.
497. Blažun H, Saranto K, Rissanen S. Impact of computer training courses on reduction of loneliness of older people in Finland and Slovenia. *Comput Hum Behav.* 1 de julio de 2012;28(4):1202-12.
498. Chao SY, Liu HY, Wu CY, Jin SF, Chu TL, Huang TS, et al. The Effects of Group Reminiscence Therapy on Depression, Self Esteem, and Life Satisfaction of Elderly Nursing Home Residents. *J Nurs Res.* marzo de 2006;14(1):36-45.

499. Pitkala KH, Routasalo P, Kautiainen H, Tilvis RS. Effects of Psychosocial Group Rehabilitation on Health, Use of Health Care Services, and Mortality of Older Persons Suffering From Loneliness: A Randomized, Controlled Trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1 de julio de 2009;64A(7):792-800.
500. Butler SS. Evaluating the Senior Companion Program: A Mixed-Method Approach. *J Gerontol Soc Work*. 3 de agosto de 2006;47(1-2):45-70.
501. Cattan M, Kime N, Bagnall AM. The use of telephone befriending in low level support for socially isolated older people - an evaluation: Telephone befriending for socially isolated older people. *Health Soc Care Community*. noviembre de 2010;1-34.
502. Krause-Parello CA. Pet Ownership and Older Women: The Relationships Among Loneliness, Pet Attachment Support, Human Social Support, and Depressed Mood. *Geriatr Nur (Lond)*. mayo de 2012;33(3):194-203.
503. Banks MR, Banks WA. The Effects of Animal-Assisted Therapy on Loneliness in an Elderly Population in Long-Term Care Facilities. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1 de julio de 2002;57(7):M428-32.
504. Banks MR, Willoughby LM, Banks WA. Animal-Assisted Therapy and Loneliness in Nursing Homes: Use of Robotic versus Living Dogs. *J Am Med Dir Assoc*. marzo de 2008;9(3):173-7.
505. Cattan M, White M, Bond J, Learmouth A. Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing Soc*. enero de 2005;25(01):41-67.
506. Cohen-Mansfield J, Perach R. Interventions for Alleviating Loneliness among Older Persons: A Critical Review. *Am J Health Promot*. enero de 2015;29(3):e109-25.
507. Hagan R, Manktelow R, Taylor BJ, Mallett J. Reducing loneliness amongst older people: a systematic search and narrative review. *Aging Ment Health*. 18 de agosto de 2014;18(6):683-93.
508. Khosravi P, Rezvani A, Wiewiora A. The impact of technology on older adults' social isolation. *Comput Hum Behav*. octubre de 2016;63:594-603.
509. Poscia A, Stojanovic J, La Milia DI, Duplaga M, Grysztar M, Moscato U, et al. Interventions targeting loneliness and social isolation among the older people: An update systematic review. *Exp Gerontol*. febrero de 2018;102:133-44.
510. Chen YRR, Schulz PJ. The Effect of Information Communication Technology Interventions on Reducing Social Isolation in the Elderly: A Systematic Review. *J Med Internet Res*. 28 de enero de 2016;18(1):e18.
511. Masi CM, Chen HY, Hawkley LC, Cacioppo JT. A Meta-Analysis of Interventions to Reduce Loneliness. *Personal Soc Psychol Rev*. agosto de 2011;15(3):219-66.
512. Veazie S, Gilbert J, Winchell K, Paynter R, Guise JM. Addressing Social Isolation To Improve the Health of Older Adults: A Rapid Review [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2019. (AHRQ Rapid Evidence Product Reports). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537909/>

513. Lubben J, Blozik E, Gillmann G, Iliffe S, von Renteln Kruse W, Beck JC, et al. Performance of an Abbreviated Version of the Lubben Social Network Scale Among Three European Community-Dwelling Older Adult Populations. *The Gerontologist*. agosto de 2006;46(4):503-13.
514. Ibrahim R, Abolfathi Momtaz Y, Hamid TA. Social isolation in older Malaysians: prevalence and risk factors: Social isolation in older Malaysians. *Psychogeriatrics*. junio de 2013;13(2):71-9.
515. Grenade L, Boldy D. Social isolation and loneliness among older people: issues and future challenges in community and residential settings. *Aust Health Rev*. 2008;32(3):468-78.
516. Beutel ME, Klein EM, Brähler E, Reiner I, Jünger C, Michal M, et al. Loneliness in the general population: prevalence, determinants and relations to mental health. *BMC Psychiatry*. diciembre de 2017;17(1):1-7.
517. Leigh-Hunt N, Baggeley D, Bash K, Turner V, Turnbull S, Valtorta N, et al. An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*. noviembre de 2017;152:157-71.
518. Boss L, Kang DH, Branson S. Loneliness and cognitive function in the older adult: a systematic review. *Int Psychogeriatr*. abril de 2015;27(4):541-53.
519. La Grow S, Neville S, Alpass F, Rodgers V. Loneliness and self-reported health among older persons in New Zealand: Loneliness and self-reported health. *Australas J Ageing*. junio de 2012;31(2):121-3.
520. Lim KK, Chan A. Association of loneliness and healthcare utilization among older adults in Singapore: Loneliness and healthcare utilization. *Geriatr Gerontol Int*. noviembre de 2017;17(11):1789-98.
521. Borys S, Perlman D. Gender Differences in Loneliness. *Pers Soc Psychol Bull*. marzo de 1985;11(1):63-74.
522. Saraceno C, Keck W. Can we identify intergenerational policy regimes in Europe? *Eur Soc*. 25 de junio de 2010;1-22.
523. Jylhä M, Jokela J. Individual Experiences as Cultural – a Cross-cultural Study on Loneliness Among the Elderly. *Ageing Soc*. septiembre de 1990;10(3):295-315.
524. Hansen T, Slagsvold B. Late-Life Loneliness in 11 European Countries: Results from the Generations and Gender Survey. *Soc Indic Res*. octubre de 2016;129(1):445-64.
525. Rokach A, Orzech T, Cripps J, Lackovic-Grgin K, Penezic Z. The Effects of Culture on the Meaning of Loneliness. *Soc Indic Res*. 2001;53:17-31.
526. van Tilburg T, Havens B, de Jong Gierveld J. Loneliness among Older Adults in the Netherlands, Italy, and Canada: A Multifaceted Comparison. *Can J Aging Rev Can Vieil*. 2004;23(2):169-80.
527. Heu LC, van Zomeren M, Hansen N. Lonely Alone or Lonely Together? A Cultural-Psychological Examination of Individualism–Collectivism and Loneliness in Five European Countries. *Pers Soc Psychol Bull*. mayo de 2019;45(5):780-93.

528. Nyqvist F, Cattán M, Conradsson M, Näsman M, Gustafsson Y. Prevalence of loneliness over ten years among the oldest old. *Scand J Public Health*. junio de 2017;45(4):411-8.
529. Dahlberg L, Andersson L, McKee KJ, Lennartsson C. Predictors of loneliness among older women and men in Sweden: A national longitudinal study. *Aging Ment Health*. 4 de mayo de 2015;19(5):409-17.
530. Tan SS, Fierloos IN, Zhang X, Koppelaar E, Alhambra-Borras T, Rentoumis T, et al. The Association between Loneliness and Health Related Quality of Life (HR-QoL) among Community-Dwelling Older Citizens. *Int J Environ Res Public Health*. 17 de enero de 2020;17(2):600.
531. Lang FR, Staudinger UM, Carstensen LL. Perspectives on Socioemotional Selectivity in Late Life: How Personality and Social Context Do (and Do Not) Make a Difference. *J Gerontol*. 1998;53B(1):21-30.
532. Okun MA, Keith VM. Effects of Positive and Negative Social Exchanges With Various Sources on Depressive Symptoms in Younger and Older Adults. *J Gerontol*. enero de 1998;53B(1):4-20.
533. Wagner J, Ram N, Smith J, Gerstorf D. Personality trait development at the end of life: Antecedents and correlates of mean-level trajectories. *J Pers Soc Psychol*. septiembre de 2016;111(3):411-29.
534. Carstensen LL. Evidence for a Life-Span Theory of Socioemotional Selectivity. *Curr Dir Psychol Sci*. 1995;4(5):151-6.
535. Ryff CD. Possible Selves in Adulthood and Old Age: A Tale of Shifting Horizons. *Psychol Aging*. 1991;6(2):286-95.
536. Fierloos IN, Tan SS, Williams G, Alhambra-Borrás T, Koppelaar E, Bilajac L, et al. Socio-demographic characteristics associated with emotional and social loneliness among older adults. *BMC Geriatr*. diciembre de 2021;21(1):114.
537. Greenfield EA, Russell D. Identifying Living Arrangements That Heighten Risk for Loneliness in Later Life: Evidence From the U.S. National Social Life, Health, and Aging Project. *J Appl Gerontol*. agosto de 2011;30(4):524-34.
538. Thomas, J. The Social Report 2016. Ministry of Social Development; 2016.
539. Victor CR, Yang K. The Prevalence of Loneliness Among Adults: A Case Study of the United Kingdom. *J Psychol*. enero de 2012;146(1-2):85-104.
540. Lavela SL, Ather N. Psychological health in older adult spousal caregivers of older adults. *Chronic Illn*. 2010;6:67-80.
541. Meltzer H, Bebbington P, Dennis MS, Jenkins R, McManus S, Brugha TS. Feelings of loneliness among adults with mental disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. enero de 2013;48(1):5-13.
542. Antonucci TC, Birditt KS, Ajrouch KJ. Social Relationships and Aging. En: *Handbook of Psychology*. Second Edition. John Wiley & Sons, Inc.; 2013. p. 495-514.

543. van Baarsen B, Snijders TAB, Smit JH, van Duijn MAJ. Lonely but Not Alone: Emotional Isolation and Social Isolation as Two Distinct Dimensions of Loneliness in Older People. *Educ Psychol Meas.* febrero de 2001;61(1):119-35.
544. Korporaal M, Broese van Groenou MI, van Tilburg TG. Effects of Own and Spousal Disability on Loneliness Among Older Adults. *J Aging Health.* abril de 2008;20(3):306-25.
545. Cohen-Mansfield J, Shmotkin D, Goldberg S. Predictors of Longitudinal Changes in Older Adults' Physical Activity Engagement. *J Aging Phys Act.* abril de 2010;18(2):141-57.
546. Mullins LC, Tucker R, Longino CF, Marshall V. An examination of loneliness among elderly Canadian seasonal residents in Florida. *J Gerontol.* marzo de 1989;44(2):S80-86.
547. Allen RL, Oshagan H. The UCLA loneliness scale: Invariance of social structural characteristics. *Personal Individ Differ.* agosto de 1995;19(2):185-95.
548. Antonucci TC, Akiyama H, Lansford JE. Negative Effects of Close Social Relations. *Fam Relat.* octubre de 1998;47(4):379-84.
549. Almeida DM, Kessler RC. Everyday stressors and gender differences in daily distress. *J Pers Soc Psychol.* septiembre de 1998;75(3):670-80.
550. Victor CR, Scambler SJ, Marston L, Bond J, Bowling A. Older People's Experiences of Loneliness in the UK: Does Gender Matter? *Soc Policy Soc.* enero de 2006;5(1):27-38.
551. Fees BS, Martin P, Poon LW. A Model of Loneliness in Older Adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 1 de julio de 1999;54B(4):P231-9.
552. Holmén K, Ericsson K, Winblad B. Social and emotional loneliness among non-demented and demented elderly people. *Arch Gerontol Geriatr.* diciembre de 2000;31(3):177-92.
553. Pinquart M. Loneliness in Married, Widowed, Divorced, and Never-Married Older Adults. *J Soc Pers Relatsh.* febrero de 2003;20(1):31-53.
554. Maes M, Qualter P, Vanhalst J, Van den Noortgate W, Goossens L. Gender Differences in Loneliness across the Lifespan: A Meta-Analysis. *Eur J Personal.* noviembre de 2019;33(6):642-54.
555. Tornstam L. Loneliness in Marriage. *J Soc Pers Relatsh.* 1 de mayo de 1992;9(2):197-217.
556. Wenger GC, Burholt V. Changes in levels of social isolation and loneliness among older people in a rural area. *Can J Aging Rev Can Vieil.* 2004;23(2):115-27.
557. Dykstra PA, de Jong Gierveld J. Gender and Marital-History Differences in Emotional and Social Loneliness among Dutch Older Adults. *Can J Aging Rev Can Vieil.* 2004;23(2):141-55.
558. Hu Y, Goldman N. Mortality Differentials by Marital Status: An International Comparison. *Demography.* 1 de mayo de 1990;27(2):233-50.
559. Martin-Matthews A. Revisiting *Widowhood in Later Life* : Changes in Patterns and Profiles, Advances in Research and Understanding. *Can J Aging Rev Can Vieil.* septiembre de 2011;30(3):339-54.

560. Houde R. Martin Matthews, Anne. *Widowhood in Later Life*. Toronto et Vancouver, Butterworths, 1991, 146 pages. *Cah Qué Démographie*. 1991;20(2):485-93.
561. Yang F, Gu D. Widowhood, widowhood duration, and loneliness among older adults in China. *Soc Sci Med*. agosto de 2021;283:114179.
562. López Doblas J, Díaz Conde M del P. Viudedad, soledad y salud en la vejez. *Rev Esp Geriatria Gerontol*. mayo de 2018;53(3):128-33.
563. Lennartsson C, Lundberg O. 'What's marital status got to do with it?': Gender inequalities in economic resources, health and functional abilities among older adults. En: *Health Inequalities and Welfare Resources: Continuity and Change in Sweden*. 2006. p. 178-98.
564. Dykstra PA, Fokkema T. Social and Emotional Loneliness Among Divorced and Married Men and Women: Comparing the Deficit and Cognitive Perspectives. *Basic Appl Soc Psychol*. 13 de abril de 2007;29(1):1-12.
565. Moon JR, Kondo N, Glymour MM, Subramanian SV. Widowhood and Mortality: A Meta-Analysis. Hartling L, editor. *PLoS ONE*. 17 de agosto de 2011;6(8):e23465.
566. Hughes ME, Waite LJ. Health in Household Context: Living Arrangements and Health in Late Middle Age. *J Health Soc Behav*. marzo de 2002;43(1):1-21.
567. Helsing KJ, Comstock GW, Szklo M. Causes of death in widowed population. *Am J Epidemiol*. septiembre de 1982;116(3):524-32.
568. Lillard LA, Waite LJ. 'Til Death Do Us Part: Marital Disruption and Mortality. *Am J Sociol*. marzo de 1995;100(5):1131-56.
569. Parkes CM, Benjamin B, Fitzgerald RG. Broken Heart: A Statistical Study of Increased Mortality among Widowers. *BMJ*. 22 de marzo de 1969;1(5646):740-3.
570. Schaefer C, Quesenberry CP, Wi S. Mortality Following Conjugal Bereavement and the Effects of a Shared Environment. *Am J Epidemiol*. 15 de junio de 1995;141(12):1142-52.
571. Elwert F, Christakis NA. Widowhood and Race. *Am Sociol Rev*. febrero de 2006;71(1):16-41.
572. Martikainen P, Valkonen T. Mortality after the death of a spouse: rates and causes of death in a large Finnish cohort. *Am J Public Health*. agosto de 1996;86(8_Pt_1):1087-93.
573. Hawkey LC, Capitanio JP. Perceived social isolation, evolutionary fitness and health outcomes: a lifespan approach. *Philos Trans R Soc B Biol Sci*. 26 de mayo de 2015;370(1669):20140114.
574. Lampraki C, Jopp DS, Spini D, Morselli D. Social Loneliness after Divorce: Time-Dependent Differential Benefits of Personality, Multiple Important Group Memberships, and Self-Continuity. *Gerontology*. 2019;65(3):275-87.
575. Antonucci TC, Akiyama H. An examination of sex differences in social support among older men and women. *Sex Roles*. diciembre de 1987;17(11-12):737-49.

576. Phillipson C. Social Relationships in Later Life: A Review of the Research Literature. *Int J Geriatr Psychiatry*. mayo de 1997;12(5):505-12.
577. Haring-Hidore M, Stock WA, Okun MA, Witter RA. Marital Status and Subjective Well-Being: A Research Synthesis. *J Marriage Fam*. noviembre de 1985;47(4):947-53.
578. Hagedoorn M, Van Yperen NW, Coyne JC, van Jaarsveld CHM, Ranchor AV, van Sonderen E, et al. Does marriage protect older people from distress? The role of equity and recency of bereavement. *Psychol Aging*. 2006;21(3):611-20.
579. Johnson DR, Wu J. An Empirical Test of Crisis, Social Selection, and Role Explanations of the Relationship Between Marital Disruption and Psychological Distress: A Pooled Time-Series Analysis of Four-Wave Panel Data. *J Marriage Fam*. febrero de 2002;64(1):211-24.
580. Williams K. Has the Future of Marriage Arrived? A Contemporary Examination of Gender, Marriage, and Psychological Well-Being. *J Health Soc Behav*. diciembre de 2003;44(4):470-87.
581. Levenson RW, Carstensen LL, Gottman JM. Long-Term Marriage: Age, Gender, and Satisfaction. *Psychol Aging*. 1993;8(2):301-13.
582. Carstensen LL. Social and Emotional Patterns in Adulthood: Support for Socioemotional Selectivity Theory. *Psychol Aging*. 1992;7(3):331-8.
583. Peek MK, Lin N. Age differences in the effects of network composition on psychological distress. *Soc Sci Med*. 1999;49:621-36.
584. Mastekaasa A. Age variations in the suicide rates and self-reported subjective well-being of married and never married persons. *J Community Appl Soc Psychol*. 1995;5:21-39.
585. Arber S. Gender, marital status, and ageing: Linking material, health, and social resources. *J Aging Stud*. 2004;18:91-108.
586. DePaulo BM, Morris WL. Singles in Society and in Science. *Psychol Inq*. 2005;16(2 & 3):57-83.
587. Osborn DPJ, Fletcher AE, Smeeth L, Stirling S, Bulpitt CJ, Breeze E, et al. Factors associated with depression in a representative sample of 14 217 people aged 75 and over in the United Kingdom: results from the MRC trial of assessment and management of older people in the community. *Int J Geriatr Psychiatry*. julio de 2003;18(7):623-30.
588. Mastekaasa A. The Subjective Well-Being of the Previously Married: The Importance of Unmarried Cohabitation and Time Since Widowhood or Divorce. *Soc Forces*. 1994;73(2):665-92.
589. Kim HK, McKenry PC. The Relationship Between Marriage and Psychological Well-being: A Longitudinal Analysis. *J Fam Issues*. 2002;23(8):885-911.
590. Bonanno GA, Kaltman S. The varieties of grief experience. *Clin Psychol Rev*. 2001;21(5):705-34.
591. Bonanno GA, Kaltman S. Toward an Integrative Perspective on Bereavement. *Psychol Bull*. 1999;125(6):760-76.

592. Lucas RE, Clark AE, Georgellis Y, Diener E. Reexamining adaptation and the set point model of happiness: Reactions to changes in marital status. *J Pers Soc Psychol.* 2003;84(3):527-39.
593. Snowden J. Is Depression More Prevalent in Old Age? *Aust N Z J Psychiatry.* diciembre de 2001;35(6):782-7.
594. Blazer DG, Hybels CF. Origins of depression in later life. *Psychol Med.* septiembre de 2005;35(9):1241-52.
595. Saenz JL. Spousal Support, Spousal Strain, and Loneliness in Older Mexican Couples. Carr DS, editor. *J Gerontol Ser B.* 14 de marzo de 2021;76(4):e176-86.
596. Chiao C, Lin WH, Chen YH, Yi CC. Loneliness in older parents: marital transitions, family and social connections, and separate bedrooms for sleep. *BMC Geriatr.* diciembre de 2021;21(1):590.
597. Rosenthal CJ. Kinkeeping in the Familial Division of Labor. *J Marriage Fam.* noviembre de 1985;47(4):965-74.
598. Antonucci TC. A life-span view of women's social relations. *Women Grow Older Psychol Perspect.* 1994;239-69.
599. Connidis IA, Davies L. Confidants and Companions in Later Life: The Place of Family and Friends. *J Gerontol.* 1 de julio de 1990;45(4):S141-9.
600. Schmaltz HN, Southern D, Ghali WA, Jelinski SE, Parsons GA, King KM, et al. Living Alone, Patient Sex and Mortality After Acute Myocardial Infarction. *J Gen Intern Med.* 18 de abril de 2007;22(5):572-8.
601. Russell D, Taylor J. Living Alone and Depressive Symptoms: The Influence of Gender, Physical Disability, and Social Support Among Hispanic and Non-Hispanic Older Adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 1 de enero de 2009;64B(1):95-104.
602. Sörensen S, Pinquart M. Vulnerability and Access to Resources as Predictors of Preparation for Future Care Needs in the Elderly. *J Aging Health.* agosto de 2000;12(3):275-300.
603. Zebhauser A, Hofmann-Xu L, Baumert J, Häfner S, Lacruz ME, Emeny RT, et al. How much does it hurt to be lonely? Mental and physical differences between older men and women in the KORA-Age Study: Gender differences of loneliness in older people. *Int J Geriatr Psychiatry.* marzo de 2014;29(3):245-52.
604. Ross CE. Reconceptualizing Marital Status as a Continuum of Social Attachment. *J Marriage Fam.* febrero de 1995;57(1):129-40.
605. Reinhardt J. Kinship versus Friendship. *Women Health.* 2 de noviembre de 2010;14:191-211.
606. Dykstra PA. The Differential Availability of Relationships and the Provision and Effectiveness of Support to Older Adults. *J Soc Pers Relatsh.* agosto de 1993;10(3):355-70.

607. Kaufman G, Uhlenberg P. Effects of Life Course Transitions on the Quality of Relationships between Adult Children and Their Parents. *J Marriage Fam.* noviembre de 1998;60(4):924-38.
608. Wilson JG, Calsyn RJ, Orlofsky JL. Impact of Sibling Relationships on Social Support and Morale in the Elderly. *J Gerontol Soc Work.* 25 de enero de 1995;22(3-4):157-70.
609. IKels C. Delayed Reciprocity and the Support Networks of the Childless Elderly. *J Comp Fam Stud.* 1988;19(1):99-112.
610. Essex MJ, Nam S. Marital Status and Loneliness among Older Women: The Differential Importance of Close Family and Friends. *J Marriage Fam.* febrero de 1987;49(1):93-106.
611. Chalise HN, Kai I, Saito T. Social Support and its Correlation with Loneliness: A Cross-Cultural Study of Nepalese Older Adults. *Int J Aging Hum Dev.* septiembre de 2010;71(2):115-38.
612. Wee L, Tsang T, Yi H, Toh S, Lee G, Yee J, et al. Loneliness amongst Low-Socioeconomic Status Elderly Singaporeans and its Association with Perceptions of the Neighbourhood Environment. *Int J Environ Res Public Health.* 18 de marzo de 2019;16(6):967.
613. Baum A, Garofalo JP, Yali AM. Socioeconomic Status and Chronic Stress: Does Stress Account for SES Effects on Health? *Ann N Y Acad Sci.* diciembre de 1999;896(1):131-44.
614. Adler NE, Ostrove JM. Socioeconomic Status and Health: What We Know and What We Don't. *Ann N Y Acad Sci.* diciembre de 1999;896(1):3-15.
615. Anderson NB, Armstead CA. Toward Understanding the Association of Socioeconomic Status and Health: A New Challenge for the Biopsychosocial Approach. *Psychosom Med.* 1995;57:213-25.
616. Segrin C. Social Skills, Stressful Life Events, and the Development of Psychosocial Problems. *J Soc Clin Psychol.* marzo de 1999;18(1):14-34.
617. Cohen-Mansfield J, Parpura-Gill A, Campbell-Kotler M, Vass J, Rosenberg FR. Elderly Persons' Preferences for Topics of Discussion and Shared Interest Groups. *J Gerontol Soc Work.* 12 de mayo de 2005;44(3-4):39-57.
618. Scharf T, Phillipson C, Smith AE. Social exclusion of older people in deprived urban communities of England. *Eur J Ageing.* junio de 2005;2(2):76-87.
619. Stone R, Cafferata GL, Sangl J. Caregivers of the Frail Elderly: A National Profile¹. *The Gerontologist.* 1 de octubre de 1987;27(5):616-26.
620. Choi NG. Patterns and Determinants of Social Service Utilization: Comparison of the Childless Elderly and Elderly Parents Living With or Apart From Their Children. *The Gerontologist.* 1 de junio de 1994;34(3):353-62.
621. Zhang Z, Hayward MD. Childlessness and the Psychological Well-Being of Older Persons. *J Gerontol.* 2001;56B(5):S311-20.
622. McMullin JA, Marshall VW. Family, Friends, Stress, and Well-being: Does Childlessness Make a Difference? *Can J Aging Rev Can Vieil.* 1996;15(3):355-73.

623. Rempel J. Childless Elderly: What Are They Missing? *J Marriage Fam.* mayo de 1985;47(2):343-8.
624. White Riley M, Forner A. *Aging-Society. Volumen one: An inventory of research findings.* New York: Russel Sage Foundation; 1968.
625. Heikkinen RL, Kauppinen M. Depressive symptoms in late life: a 10-year follow-up. *Arch Gerontol Geriatr.* mayo de 2004;38(3):239-50.
626. Newsom JT, Rook KS, Nishishiba M, Sorkin DH, Mahan TL. Understanding the Relative Importance of Positive and Negative Social Exchanges: Examining Specific Domains and Appraisals. *J Gerontol Ser B.* noviembre de 2005;60(6):P304-12.
627. Schrempft S, Jackowska M, Hamer M, Steptoe A. Associations between social isolation, loneliness, and objective physical activity in older men and women. *BMC Public Health.* diciembre de 2019;19(1):74.
628. Abshire DA, Graves JM, Amiri S, Williams-Gilbert W. Differences in Loneliness Across the Rural-Urban Continuum Among Adults Living in Washington State. *J Rural Health.* enero de 2022;38(1):187-93.
629. Krout JA. Rural versus Urban Differences in Health Dependence among the Elderly Population. *Int J Aging Hum Dev.* marzo de 1989;28(2):141-56.
630. Kobayashi KM, Cloutier-Fisher D, Roth M. A Profile of Social Isolation and Health Among Older Adults in Small Town and Small City, British Columbia. *J Aging Health.* 2009;21(2):374-97.
631. Gray A. The social capital of older people. *Ageing Soc.* enero de 2009;29(1):5-31.
632. Brown A. *Handbook of religion and health.* Harold G. Koenig, Michael E. McCullough, David B. Larson 2001. Oxford: Oxford University Press. ISBN 019511866-9. *Spiritual Health Int.* 1 de marzo de 2003;4(1):55-55.
633. Taylor HO. Social Isolation's Influence on Loneliness Among Older Adults. *Clin Soc Work J.* marzo de 2020;48(1):140-51.
634. Rote S, Hill TD, Ellison CG. Religious Attendance and Loneliness in Later Life. *The Gerontologist.* febrero de 2013;53(1):39-50.
635. Chen Y, Kim ES, VanderWeele TJ. Religious-service attendance and subsequent health and well-being throughout adulthood: evidence from three prospective cohorts. *Int J Epidemiol.* 23 de enero de 2021;49(6):2030-40.
636. Wijesiri HSMSK, Samarasinghe K, Edberg AK. Loneliness among older people living in care homes in Sri Lanka. *Int J Older People Nurs.* diciembre de 2019;14(4):e12253.
637. Kharicha K, Manthorpe J, Iliffe S, Chew-Graham CA, Cattan M, Goodman C, et al. Managing loneliness: a qualitative study of older people's views. *Aging Ment Health.* 3 de julio de 2021;25(7):1206-13.

638. Brajša-Žganec A, Merkaš M, Šverko I. Quality of Life and Leisure Activities: How do Leisure Activities Contribute to Subjective Well-Being? *Soc Indic Res.* mayo de 2011;102(1):81-91.
639. Rodríguez A, Látková P, Sun YY. The relationship between leisure and life satisfaction: application of activity and need theory. *Soc Indic Res.* 29 de noviembre de 2007;86(1):163-75.
640. Chang FH, Coster WJ, Helfrich CA. Community Participation Measures for People With Disabilities: A Systematic Review of Content From an International Classification of Functioning, Disability and Health Perspective. *Arch Phys Med Rehabil.* abril de 2013;94(4):771-81.
641. Aird RL, Buys L. Active Aging: Exploration into Self-Ratings of “Being Active,” Out-of-Home Physical Activity, and Participation among Older Australian Adults Living in Four Different Settings. *J Aging Res.* 2015;2015:1-12.
642. Papageorgiou N, Marquis R, Dare J. Identifying the enablers and barriers to community participation amongst older adults. *Br J Occup Ther.* diciembre de 2016;79(12):742-51.
643. Berg P, Kemperman A, de Kleijn B, Borgers A. Locations that Support Social Activity Participation of the Aging Population. *Int J Environ Res Public Health.* 26 de agosto de 2015;12(9):10432-49.
644. Pritchard E, Barker A, Day L, Clemson L, Brown T, Haines T. Factors impacting the household and recreation participation of older adults living in the community. *Disabil Rehabil.* 2 de enero de 2015;37(1):56-63.
645. Nelson ME, Rejeski WJ, Blair SN, Duncan PW, Judge JO, King AC, et al. Physical Activity and Public Health in Older Adults: Recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Med Sci Sports Exerc.* agosto de 2007;39(8):1435-45.
646. Harvey JA, Chastin SFM, Skelton DA. How Sedentary Are Older People? A Systematic Review of the Amount of Sedentary Behavior. *J Aging Phys Act.* julio de 2015;23(3):471-87.
647. Rosenberg D, Walker R, Greenwood-Hickman MA, Bellettiere J, Xiang Y, Richmire K, et al. Device-assessed physical activity and sedentary behavior in a community-based cohort of older adults. *BMC Public Health.* diciembre de 2020;20(1):1256.
648. García MÁ, Gómez L. Efectos de los talleres de ocio sobre el bienestar subjetivo y la soledad en las personas mayores. *Rev Psicol Soc.* enero de 2003;18(1):35-47.
649. García-Martín MÁ, Gómez-Jacinto L, Martimortugués-Goyenechea C. A Structural Model of the Effects of Organized Leisure Activities on the Well-Being of Elder Adults in Spain. *Act Adapt Aging.* 13 de septiembre de 2004;28(3):19-34.
650. Gough C, Lewis LK, Barr C, Maeder A, George S. Community participation of community dwelling older adults: a cross-sectional study. *BMC Public Health.* diciembre de 2021;21(1):612.

651. Van Ingen E, Van Eijck K. Leisure and Social Capital: An Analysis of Types of Company and Activities. *Leis Sci.* 9 de marzo de 2009;31(2):192-206.
652. Pettigrew S. Reducing the Experience of Loneliness among Older Consumers. *J Reseach Consum.* 2007;12:1-4.
653. Cornwell B, Laumann EO, Schumm LP. The Social Connectedness of Older Adults: A National Profile. *Am Sociol Rev.* abril de 2008;73(2):185-203.
654. Kraaykamp G. Cumulative advantages and inequality in lifestyle: A Dutch description of distinction in taste. *Neth J Soc Sci.* enero de 2002;38(2):121-43.
655. Liu YD. Sport and Social Inclusion: Evidence from the Performance of Public Leisure Facilities. *Soc Indic Res.* enero de 2009;90(2):325-37.
656. Aggarwal B, Xiong Q, Schroeder-Butterfill E. Impact of the use of the internet on quality of life in older adults: review of literature. *Prim Health Care Res Dev.* 2020;21:e55.
657. Putnam RD. Tuning In, Tuning Out: The Strange Disappearance of Social Capital in America. *PS Polit Sci Polit.* diciembre de 1995;28(4):664.
658. Kleiber DA. Leisure experience and human development : a dialectical interpretation [Internet]. New York : Basic Books, 1999.; Disponible en: <https://search.library.wisc.edu/catalog/999876526102121>
659. Putnam RD. Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community [Internet]. New York: Simon & Schuster; 2000. Disponible en: <http://bowlingalone.com/>
660. Fingerman KL, Kim YK, Ng YT, Zhang S, Huo M, Birditt KS. Television Viewing, Physical Activity, and Loneliness in Late Life. Meeks S, editor. *The Gerontologist.* 12 de agosto de 2022;62(7):1006-17.
661. Teh JKL, Tey NP. Effects of selected leisure activities on preventing loneliness among older Chinese. *SSM - Popul Health.* diciembre de 2019;9:100479.
662. Newsom JT, Nishishiba M, Morgan DL, Rook KS. The Relative Importance of Three Domains of Positive and Negative Social Exchanges: A Longitudinal Model With Comparable Measures. *Psychol Aging.* diciembre de 2003;18(4):746-54.
663. Donnelly EA, Hinterlong JE. Changes in Social Participation and Volunteer Activity Among Recently Widowed Older Adults. *The Gerontologist.* 1 de abril de 2010;50(2):158-69.
664. Perry BL, Pescosolido BA. Social Network Dynamics and Biographical Disruption: The Case of "First-Timers" with Mental Illness. *Am J Sociol.* julio de 2012;118(1):134-75.
665. Schafer MH. Structural Advantages of Good Health in Old Age: Investigating the Health-Begets-Position Hypothesis With a Full Social Network. *Res Aging.* 1 de mayo de 2013;35(3):348-70.
666. Dahlberg L, Agahi N, Lennartsson C. Lonelier than ever? Loneliness of older people over two decades. *Arch Gerontol Geriatr.* marzo de 2018;75:96-103.

667. Waern M, Rubenowitz E, Wilhelmson K. Predictors of Suicide in the Old Elderly. *Gerontology*. 2003;49(5):328-34.
668. Bowling A. What things are important in people's lives? A survey of the public's judgements to inform scales of health related quality of life. *Soc Sci Med*. noviembre de 1995;41(10):1447-62.
669. Warren L. John Rowe and Robert Kahn. 1997. Successful ageing. *The Gerontologist* , **37** (4), 433–440. Ageing Soc. mayo de 1998;18(3):371-8.
670. Newall NE, Chipperfield JG, Clifton RA, Perry RP, Swift AU, Ruthig JC. Causal beliefs, social participation, and loneliness among older adults: A longitudinal study. *J Soc Pers Relatsh*. marzo de 2009;26(2-3):273-90.
671. Kuyper L, Fokkema T. Loneliness Among Older Lesbian, Gay, and Bisexual Adults: The Role of Minority Stress. *Arch Sex Behav*. octubre de 2010;39(5):1171-80.
672. Cash-Gibson L, Rojas-Gualdrón DF, Pericàs JM, Benach J. Inequalities in global health inequalities research: A 50-year bibliometric analysis (1966-2015). Ergin I, editor. *PLOS ONE*. 31 de enero de 2018;13(1):e0191901.
673. Marmot M. Health equity in England: the Marmot review 10 years on. *BMJ*. 24 de febrero de 2020;m693.
674. Sommer I, Griebler U, Mahlknecht P, Thaler K, Bouskill K, Gartlehner G, et al. Socioeconomic inequalities in non-communicable diseases and their risk factors: an overview of systematic reviews. *BMC Public Health*. diciembre de 2015;15(1):914.
675. Mode NA, Evans MK, Zonderman AB. Race, Neighborhood Economic Status, Income Inequality and Mortality. Olson DR, editor. *PLOS ONE*. 12 de mayo de 2016;11(5):e0154535.
676. McWhirter BT. Loneliness: A Review of Current Literature, With Implications for Counseling and Research. *J Couns Dev*. 4 de marzo de 1990;68(4):417-22.
677. Veronese N, Galvano D, D'Antiga F, Vecchiato C, Furegon E, Allocco R, et al. Interventions for reducing loneliness: An umbrella review of intervention studies. *Health Soc Care Community*. septiembre de 2021;29(5):e89-96.
678. Akhter-Khan SC, Au R. Why Loneliness Interventions Are Unsuccessful: A Call for Precision Health. *Adv Geriatr Med Res*. 2020;2(3):e200016.
679. The Social-Ecological Model: A Framework for Prevention | Violence Prevention | Injury Center | CDC [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/about/social-ecologicalmodel.html>
680. Ogrin R, Cyarto EV, Harrington KD, Haslam C, Lim MH, Golenko X, et al. Loneliness in older age: What is it, why is it happening and what should we do about it in Australia? *Australas J Ageing*. junio de 2021;40(2):202-7.
681. Lim MH, Eres R, Vasan S. Understanding loneliness in the twenty-first century: an update on correlates, risk factors, and potential solutions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. julio de 2020;55(7):793-810.

682. Stephens JP, Heaphy E, Dutton JE. High-quality Connections. En: Spreitzer GM, Cameron KS, editores. The Oxford Handbook of Positive Organizational Scholarship [Internet]. Oxford University Press; 2011 [citado 26 de septiembre de 2023]. p. 0. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199734610.013.0029>
683. nyars sScheme, MacCallum J, Palmer D, Wright P, Cumming-Potvin W, Northcote J, et al. Community building through intergenerational exchange programs: Report to the National Youth Affairs Research Scheme (NYARS). En 2006. Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/Community-building-through-intergenerational-Report-nyars-MacCallum/7868bfba4dfd979f3c8a97665a358bb50c347945>
684. Dickinson A, Gregor P. Promoting older adults' well-being through Internet training and use. Response to Shapira et al. Aging Ment Health. mayo de 2008;12(3):410.
685. Haslam CH Jolanda Jetten, Tegan Cruwys, Genevieve Dingle, S Alexander. The New Psychology of Health: Unlocking the Social Cure. London: Routledge; 2018. 510 p.
686. Abel J, Kingston H, Scally A, Hartnoll J, Hannam G, Thomson-Moore A, et al. Reducing emergency hospital admissions: a population health complex intervention of an enhanced model of primary care and compassionate communities. Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. noviembre de 2018;68(676):e803-10.
687. Mann F, Bone JK, Lloyd-Evans B, Frerichs J, Pinfold V, Ma R, et al. A life less lonely: the state of the art in interventions to reduce loneliness in people with mental health problems. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. junio de 2017;52(6):627-38.
688. Stojanovic J, Collamati A, Mariusz D, Onder G, Milia DIL, Ricciardi W, et al. Decreasing loneliness and social isolation among the older people: Systematic search and narrative review. Epidemiol Biostat Public Health. 2017;14:1-8.
689. Site A, Lohan ES, Jolanki O, Valkama O, Hernandez RR, Latikka R, et al. Managing Perceived Loneliness and Social-Isolation Levels for Older Adults: A Survey with Focus on Wearables-Based Solutions. Sensors. 1 de febrero de 2022;22(3):1108.
690. Lewis C, Buffel T. Aging in place and the places of aging: A longitudinal study. J Aging Stud. septiembre de 2020;54:100870.
691. Means R. Safe as Houses? Ageing in Place and Vulnerable Older People in the UK. Soc Policy Adm. febrero de 2007;41(1):65-85.
692. Jarvis A, Mountain A. Lived Realities of Lonely Older People: Resisting Idealisations of 'Home'. Soc Policy Soc. enero de 2021;20(1):1-16.
693. Reinhardt GY, Vidovic D, Hammerton C. Understanding loneliness: a systematic review of the impact of social prescribing initiatives on loneliness. Perspect Public Health. julio de 2021;141(4):204-13.
694. Noone C, Yang K. Community-based responses to loneliness in older people: A systematic review of qualitative studies. Health Soc Care Community. julio de 2022;30(4):e859-873.
695. Down JL. Observations on an ethnic classification of idiots. 1866. Ment Retard. febrero de 1995;33(1):54-6.

696. Kutzsche S. John Langdon Down (1828-1896) - a pioneer in caring for mentally disabled patients. *Acta Paediatr Oslo Nor* 1992. noviembre de 2018;107(11):1851-4.
697. de Graaf G, Vis JC, Haveman M, van Hove G, de Graaf EAB, Tijssen JGP, et al. Assessment of Prevalence of Persons with Down Syndrome: A Theory-based Demographic Model. *J Appl Res Intellect Disabil*. mayo de 2011;24(3):247-62.
698. Loane M, Morris JK, Addor MC, Arriola L, Budd J, Doray B, et al. Twenty-year trends in the prevalence of Down syndrome and other trisomies in Europe: impact of maternal age and prenatal screening. *Eur J Hum Genet EJHG*. enero de 2013;21(1):27-33.
699. de Graaf G, Buckley F, Skotko BG. Estimation of the number of people with Down syndrome in the United States. *Genet Med*. abril de 2017;19(4):439-47.
700. de Graaf G, Buckley F, Skotko BG. Estimation of the number of people with Down syndrome in Europe. *Eur J Hum Genet*. marzo de 2021;29(3):402-10.
701. Antonarakis SE, Skotko BG, Rafii MS, Strydom A, Pape SE, Bianchi DW, et al. Down syndrome. *Nat Rev Dis Primer*. 6 de febrero de 2020;6(1):9.
702. Carfi A, Antocicco M, Brandi V, Cipriani C, Fiore F, Mascia D, et al. Characteristics of adults with down syndrome: prevalence of age-related conditions. *Front Med*. 2014;1:51.
703. Startin CM, D'Souza H, Ball G, Hamburg S, Hithersay R, Hughes KMO, et al. Health comorbidities and cognitive abilities across the lifespan in Down syndrome. *J Neurodev Disord*. 23 de enero de 2020;12(1):4.
704. Bayen E, Possin KL, Chen Y, Cleret de Langavant L, Yaffe K. Prevalence of Aging, Dementia, and Multimorbidity in Older Adults With Down Syndrome. *JAMA Neurol*. noviembre de 2018;75(11):1399-406.
705. Lott IT, Head E. Dementia in Down syndrome: unique insights for Alzheimer disease research. *Nat Rev Neurol*. marzo de 2019;15(3):135-47.
706. Gomez W, Morales R, Maracaja-Coutinho V, Parra V, Nassif M. Down syndrome and Alzheimer's disease: common molecular traits beyond the amyloid precursor protein. *Aging*. 9 de enero de 2020;12(1):1011-33.
707. Iulita MF, Garzón Chavez D, Klitgaard Christensen M, Valle Tamayo N, Plana-Ripoll O, Rasmussen SA, et al. Association of Alzheimer Disease With Life Expectancy in People With Down Syndrome. *JAMA Netw Open*. 23 de mayo de 2022;5(5):e2212910.
708. Walker JC, Dosen A, Buitelaar JK, Janzing JGE. Depression in Down syndrome: a review of the literature. *Res Dev Disabil*. 2011;32(5):1432-40.
709. Dykens EM, Shah B, Davis B, Baker C, Fife T, Fitzpatrick J. Psychiatric disorders in adolescents and young adults with Down syndrome and other intellectual disabilities. *J Neurodev Disord*. 2015;7(1):9.
710. Malegiannaki AC, Katsarou D, Liolios A, Zisi V. Ageing and Down syndrome: Neurocognitive characteristics and pharmacological treatment. *Hell J Nucl Med*. 2019;22 Suppl:123-32.

711. Carfi A, Romano A, Zaccaria G, Villani ER, Manes Gravina E, Vetrano DL, et al. The burden of chronic disease, multimorbidity, and polypharmacy in adults with Down syndrome. *Am J Med Genet A*. julio de 2020;182(7):1735-43.
712. Villani ER, Vetrano DL, Damiano C, Paola AD, Ulgiati AM, Martin L, et al. Impact of COVID-19-Related Lockdown on Psychosocial, Cognitive, and Functional Well-Being in Adults With Down Syndrome. *Front Psychiatry*. 2020;11:578686.
713. Margalit M. Loneliness and Developmental Disabilities: Cognitive and Affective Processing Perspectives. En: *International Review of Research in Mental Retardation* [Internet]. Elsevier; 2004. p. 225-53. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0074775004280077>
714. Duvdevany I, Arar E. Leisure activities, friendships, and quality of life of persons with intellectual disability: foster homes vs community residential settings: *Int J Rehabil Res*. diciembre de 2004;27(4):289-96.
715. Rosen J, Burchard S. Community Activities and Social Support Networks: A Social Comparison of Adults with and Adults without Mental Retardation. *Educ Train Ment Retard* [Internet]. 1990; Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/Community-Activities-and-Social-Support-Networks%3A-A-Rosen-Burchard/0f955777b8282301a52c28277e4488d169188d7b>
716. Barisnikov K, Straccia C. Social adaptive skills and psychopathology in adults with intellectual disabilities of non-specific origin and those with Down syndrome. *Res Dev Disabil*. abril de 2019;87:31-42.
717. Dykens EM, Hodapp RM, Finucane BM. Genetics and mental retardation syndromes: A new look at behavior and interventions. Baltimore, MD, US: Paul H. Brookes Publishing Co.; 2000.
718. Rosner BA, Hodapp RM, Fidler DJ, Sagun JN, Dykens EM. Social Competence in Persons with Prader-Willi, Williams and Down's Syndromes. *J Appl Res Intellect Disabil*. septiembre de 2004;17(3):209-17.
719. Einfeld SL, Piccinin AM, Mackinnon A, Hofer SM, Taffe J, Gray KM, et al. Psychopathology in young people with intellectual disability. *JAMA*. 25 de octubre de 2006;296(16):1981-9.
720. Dykens EM, Hodapp RM, Evans DW. Profiles and development of adaptive behavior in children with Down syndrome. *Syndr Res Pract J Sarah Duffen Cent*. junio de 2006;9(3):45-50.
721. Lecavalier L, Tassé MJ. An exploratory study of the "personality" of adolescents and adults with Down syndrome. *J Intellect Dev Disabil*. junio de 2005;30(2):67-74.
722. Dieleman LM, De Pauw SSW, Soenens B, Van Hove G, Prinzie P. Behavioral Problems and Psychosocial Strengths: Unique Factors Contributing to the Behavioral Profile of Youth With Down Syndrome. *Am J Intellect Dev Disabil*. 1 de mayo de 2018;123(3):212-27.
723. Badawy A, Solberg M, Obstfelder AU, Alnes RE. Together, at a distance: experiences with a novel technology for social contact among older people and their relatives in Norway during the COVID-19 pandemic. *BMC Geriatr*. 6 de abril de 2023;23(1):218.

724. WHO. Social Isolation and Loneliness [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/social-isolation-and-loneliness>
725. Emerson E, Fortune N, Llewellyn G, Stancliffe R. Loneliness, social support, social isolation and wellbeing among working age adults with and without disability: Cross-sectional study. *Disabil Health J.* enero de 2021;14(1):100965.
726. Lippold T, Burns J. Social support and intellectual disabilities: a comparison between social networks of adults with intellectual disability and those with physical disability. *J Intellect Disabil Res JIDR.* mayo de 2009;53(5):463-73.
727. Alexandra P, Angela H, Ali A. Loneliness in people with intellectual and developmental disorders across the lifespan: A systematic review of prevalence and interventions. *J Appl Res Intellect Disabil.* septiembre de 2018;31(5):643-58.
728. Stancliffe RJ, Larson S, Auerbach K, Engler J, Taub S, Lakin KC. Individuals with Intellectual disabilities and augmentative and alternative communication: Analysis of survey data on uptake of aided AAC, and loneliness experiences. *Augment Altern Commun Baltim Md* 1985. junio de 2010;26(2):87-96.
729. Guralnick MJ. Peer Relationships and the Mental Health of Young Children with Intellectual Delays. *J Policy Pract Intellect Disabil.* marzo de 2006;3(1):49-56.
730. Gilmore L, Cuskelly M. Vulnerability to Loneliness in People with Intellectual Disability: An Explanatory Model: Vulnerability to Loneliness. *J Policy Pract Intellect Disabil.* septiembre de 2014;11(3):192-9.
731. Ailey SH, Miller AM, Heller T, Smith EV. Evaluating an Interpersonal Model of Depression Among Adults With Down Syndrome. *Res Theory Nurs Pract.* septiembre de 2006;20(3):229-46.
732. Dykens EM. Psychiatric and behavioral disorders in persons with Down syndrome. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev.* 2007;13(3):272-8.
733. Tassé MJ, Navas Macho P, Haverkamp SM, Benson BA, Allain DC, Manickam K, et al. Psychiatric Conditions Prevalent Among Adults With Down Syndrome: Down syndrome and mental health. *J Policy Pract Intellect Disabil.* junio de 2016;13(2):173-80.
734. Grieco J, Pulsifer M, Seligsohn K, Skotko B, Schwartz A. Down syndrome: Cognitive and behavioral functioning across the lifespan. *Am J Med Genet C Semin Med Genet.* junio de 2015;169(2):135-49.
735. Huiracocha L, Almeida C, Huiracocha K, Arteaga J, Arteaga A, Blume S. Parenting children with Down syndrome: Societal influences. *J Child Health Care.* diciembre de 2017;21(4):488-97.
736. Dorsman NI, Waninge A, van der Schans CP, Luijkx J, Van der Putten AAJ. The roles of adult siblings of individuals with a profound intellectual disability. *J Appl Res Intellect Disabil.* 7 de agosto de 2023;jar.13149.
737. Jobling A, Moni KB, Nolan A. Understanding friendship: Young adults with Down syndrome exploring relationships. *J Intellect Dev Disabil.* enero de 2000;25(3):235-45.

738. Dolva A, Kollstad M, Kleiven J. Friendships and patterns of social leisure participation among Norwegian adolescents with Down syndrome. *J Appl Res Intellect Disabil*. 30 de abril de 2019;jar.12609.
739. Turnbull AP, Pereira L, Blue-Banning MJ. Parents' Facilitation of Friendships between Their Children with a Disability and Friends without a Disability. *J Assoc Pers Sev Handicaps*. junio de 1999;24(2):85-99.
740. Scott M, Foley KR, Bourke J, Leonard H, Girdler S. "I have a good life": the meaning of well-being from the perspective of young adults with Down syndrome. *Disabil Rehabil*. julio de 2014;36(15):1290-8.
741. Stancliffe RJ, Lakin KC, Taub S, Chiri G, Byun S yong. Satisfaction and Sense of Well Being Among Medicaid ICF/MR and HCBS Recipients in Six States. *Intellect Dev Disabil*. 1 de abril de 2009;47(2):63-83.
742. Duvdevany I. Do persons with intellectual disability have a social life? The Israeli reality. *Salud Publica Mex*. 2008;50 Suppl 2:s222-229.
743. Dattilo J. Leisure Education Program Planning [Internet]. Venture Publishing, Incorporated; 2015. Disponible en: <https://books.google.es/books?id=4pe5oQEACAAJ>
744. Cummins RA, Lau ALD. Community Integration or Community Exposure? A Review and Discussion in Relation to People with an Intellectual Disability. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2003;16:145-57.
745. Koster M, Nakken H, Pijl SJ, van Houten E. Being part of the peer group: a literature study focusing on the social dimension of inclusion in education. *Int J Incl Educ*. marzo de 2009;13(2):117-40.
746. Estell DB, Jones MH, Pearl R, Van Acker R, Farmer TW, Rodkin PC. Peer Groups, Popularity, and Social Preference: Trajectories of Social Functioning Among Students With and Without Learning Disabilities. *J Learn Disabil*. enero de 2008;41(1):5-14.
747. Pagan R. Gender and Age Differences in Loneliness: Evidence for People without and with Disabilities. *Int J Environ Res Public Health*. 8 de diciembre de 2020;17(24):9176.
748. Mahon M, Bullock CC. Teaching Adolescents with Mild Mental Retardation to Make Decisions in Leisure through the Use of Self-Control Techniques. *Ther Recreation J* [Internet]. 1992; Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/Teaching-Adolescents-with-Mild-Mental-Retardation-Mahon-Bullock/25035c90b7018fba73e3e73b953b2f5cf248813b>
749. Mahon MJ. The use of self-control techniques to facilitate self-determination skills during leisure in adolescents and young adults with mild and moderate mental retardation. *Ther Recreation J*. 1994;28(2):58-72.
750. Foxx R, Faw G. An eight-year follow-up of three social skills training studies. *Ment Retard* [Internet]. 1 de abril de 1992; Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/An-eight-year-follow-up-of-three-social-skills-Foxx-Faw/649e1d61ee3a5e6e58507d12852a79db1024199c>

751. Langone J, Clees TJ, Oxford M, Malone M, Ross G. Acquisition and generalization of social skills by high school students with mild mental retardation. *Ment Retard.* junio de 1995;33(3):186-96.
752. Searle MS, Mahon MJ, Iso-Ahola SE, Sdrolas HA, et al. Enhancing a sense of independence and psychological well-being among the elderly: A field experiment. *J Leis Res.* 1995;27(2):107-24.
753. Williams RE, Dattilo J. Effects of leisure education on self-determination, social interaction, and positive affect of young adults with mental retardation. *Ther Recreation J* [Internet]. 24 de octubre de 1997;31(244-258). Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/Effects-of-leisure-education-on-self-determination,-Williams-Dattilo/fd501e960a1ff10b21aa2fe4979b419ab46a89d2>
754. Gómez-Zúñiga B, Pousada M, Armayones M. Loneliness and disability: A systematic review of loneliness conceptualization and intervention strategies. *Front Psychol.* 25 de enero de 2023;13:1040651.
755. McVilly KR, Stancliffe RJ, Parmenter TR, Burton-Smith RM. «I Get by with a Little Help from my Friends»: Adults with Intellectual Disability Discuss Loneliness1. *J Appl Res Intellect Disabil.* junio de 2006;19(2):191-203.
756. Watt KJ, Johnson P, Virji-Babul N. The perception of friendship in adults with Down syndrome. *J Intellect Disabil Res JIDR.* noviembre de 2010;54(11):1015-23.
757. Matheson C, Olsen RJ, Weisner T. A Good Friend is Hard to Find: Friendship Among Adolescents With Disabilities. *Am J Ment Retard.* 2007;112(5):319-29.
758. Amado AN, editor. Friendships and community connections between people with and without developmental disabilities. Baltimore, MD, US: Paul H. Brookes Publishing Co.; 1993. 386 p.
759. Williams GA, Asher SR. Assessment of loneliness at school among children with mild mental retardation. *Am J Ment Retard.* 1992;96:373-85.
760. Heiman T, Margalit M. Loneliness, Depression, and Social Skills Among Students with Mild Mental Retardation in Different Educational Settings. *J Spec Educ.* octubre de 1998;32(3):154-63.
761. Chadsey-Rusch J. Toward defining and measuring social skills in employment settings. *Am J Ment Retard.* 1992;96(4):405-18.
762. Petrovski P, Gleeson G. The relationship between job satisfaction and psychological health in people with an intellectual disability in competitive employment. *J Intellect Dev Disabil.* enero de 1997;22(3):199-211.
763. Heiman T. Depressive mood in students with mild intellectual disability: students' reports and teachers' evaluations*. *J Intellect Disabil Res.* diciembre de 2001;45(6):526-34.
764. Skotko BG, Krell K, Haugen K, Torres A, Nieves A, Dhand A. Personal social networks of people with Down syndrome. *Am J Med Genet A.* marzo de 2023;191(3):690-8.

765. Tsou AY, Bulova P, Capone G, Chicoine B, Gelaro B, Harville TO, et al. Medical Care of Adults With Down Syndrome: A Clinical Guideline. *JAMA*. 20 de octubre de 2020;324(15):1543-56.
766. Rubenstein E, Hartley S, Bishop L. Epidemiology of Dementia and Alzheimer Disease in Individuals With Down Syndrome. *JAMA Neurol*. 1 de febrero de 2020;77(2):262-4.
767. Djukanović I, Sorjonen K, Peterson U. Association between depressive symptoms and age, sex, loneliness and treatment among older people in Sweden. *Aging Ment Health*. 30 de septiembre de 2014;19(6):560-8.
768. Eloranta S, Arve S, Isoaho H, Lehtonen A, Viitanen M. Loneliness of older people aged 70: A comparison of two Finnish cohorts born 20 years apart. *Arch Gerontol Geriatr*. septiembre de 2015;61(2):254-60.
769. Bergland A, Engedal K. Living Arrangements, Social Networks, Health, Mobility, and Balance of Older Women. *Phys Occup Ther Geriatr*. 23 de mayo de 2011;29(2):90-101.
770. Tomstad S, Dale B, Sundsli K, Saevarheid HI, Söderhamn U. Who often feels lonely? A cross-sectional study about loneliness and its related factors among older home-dwelling people. *Int J Older People Nurs*. diciembre de 2017;12(4):e12162.
771. Brittain K, Kingston A, Davies K, Collerton J, Robinson LA, Kirkwood TBL, et al. An investigation into the patterns of loneliness and loss in the oldest old – Newcastle 85+ Study. *Ageing Soc*. enero de 2017;37(1):39-62.
772. Julsing JE, Kromhout D, Geleijnse JM, Giltay EJ. Loneliness and All-Cause, Cardiovascular, and Noncardiovascular Mortality in Older Men: The Zutphen Elderly Study. *Am J Geriatr Psychiatry*. junio de 2016;24(6):475-84.
773. Honigh-de Vlaming R, Haveman-Nies A, Bos-Oude Groeniger I, de Groot L, van 't Veer P. Determinants of Trends in Loneliness Among Dutch Older People Over the Period 2005-2010. *J Aging Health*. abril de 2014;26(3):422-40.
774. Golden J, Conroy RM, Bruce I, Denihan A, Greene E, Kirby M, et al. Loneliness, social support networks, mood and wellbeing in community-dwelling elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*. julio de 2009;24(7):694-700.
775. Franklin A, Barbosa Neves B, Hookway N, Patulny R, Tranter B, Jaworski K. Towards an understanding of loneliness among Australian men: Gender cultures, embodied expression and the social bases of belonging. *J Sociol*. marzo de 2019;55(1):124-43.
776. Hawkey LC, Wroblewski K, Kaiser T, Luhmann M, Schumm LP. Are U.S. older adults getting lonelier? Age, period, and cohort differences. *Psychol Aging*. 2019;34:1144-57.
777. Pavela G, Kim Y il, Salvy SJ. Additive effects of obesity and loneliness on C-reactive protein. Jackson SE, editor. *PLOS ONE*. 15 de noviembre de 2018;13(11):e0206092.
778. Sundström G, Fransson E, Malmberg B, Davey A. Loneliness among older Europeans. *Eur J Ageing*. diciembre de 2009;6(4):267-75.

779. Lara E, Caballero FF, Rico-Urbe LA, Olaya B, Haro JM, Ayuso-Mateos JL, et al. Are loneliness and social isolation associated with cognitive decline? *Int J Geriatr Psychiatry*. noviembre de 2019;34(11):1613-22.
780. Coyle CE, Dugan E. Social Isolation, Loneliness and Health Among Older Adults. *J Aging Health*. diciembre de 2012;24(8):1346-63.
781. Kemperman A, van den Berg P, Weijs-Perrée M, Uijtdewillegen K. Loneliness of Older Adults: Social Network and the Living Environment. *Int J Environ Res Public Health*. 31 de enero de 2019;16(3):406.
782. Yin J, Lassale C, Steptoe A, Cadar D. Exploring the bidirectional associations between loneliness and cognitive functioning over 10 years: the English longitudinal study of ageing. *Int J Epidemiol*. 1 de diciembre de 2019;48(6):1937-48.

