

AISLAMIENTO Y SOLEDAD NO DESEADA EN LAS PERSONAS MAYORES

**FACTORES PREDISPONENTES Y CONSECUENCIAS
PARA LA SALUD**



**Comunidad
de Madrid**

CONSEJERIA DE SANIDAD

Dirección General de Salud Pública
Subdirección General de Promoción, Prevención y Educación para la Salud.

Edita:
Dirección General de Salud Pública

AUTORES:
Belén Luna Porta
Hospital Central de la Cruz Roja
José Antonio Pinto Fontanillo
Dirección General de Salud Pública

Revisión:
Victor López García (UDP), Temenuzhka Petrova Shopova (DGSP), Rafael Sánchez Delgado (DGSP), María Reparaz Dublang (DGSP).

ISBN: 978-84-451-3915-8

02/2021



Esta versión forma parte de la Biblioteca Virtual de la **Comunidad de Madrid** y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.



comunidad.madrid/publicamadrid



**Comunidad
de Madrid**

Dirección General de Salud Pública
CONSEJERÍA SANIDAD

PRESENTACIÓN

La muerte en soledad, el aislamiento social, y la soledad no deseada, constituyen una nueva pandemia silenciosa del primer mundo, que afecta a una de cada cuatro personas en países industrializados. El envejecimiento de la población, los nuevos modelos de familia y los cambios en los valores que ha experimentado la sociedad han contribuido a ello.

Las relaciones sociales son esenciales para la salud y el bienestar humanos a lo largo de la vida. Esta necesidad fundamental, se ha vuelto repentinamente más explícita, a medida que las sociedades imponen regulaciones de "distanciamiento físico" en respuesta a la pandemia de COVID-19. En este contexto, es posible apreciar más profundamente las consecuencias de la soledad y el aislamiento social, que son experiencias perdurables para muchas personas, y contribuyentes poco reconocidos en la salud pública. Con la aparición de COVID-19, es probable que el aislamiento social forzado, esté exacerbando lo que ya es un problema importante en nuestra sociedad.

Las consecuencias adversas del aislamiento social inciden especialmente en las personas mayores. En particular, la alteración de los ecosistemas habituales de apoyo y cuidado, puede aumentar la fragilidad de las mismas y provocar eventos adversos que querríamos evitar.

El desarrollo de los recursos dirigidos a la protección de los derechos y la calidad de vida de las personas mayores, ha dado como resultado que cada vez exista una mayor conciencia social hacia las necesidades de este colectivo.

En los últimos años, se ha producido una proliferación importante de trabajos, investigaciones y documentos sobre la soledad de las personas mayores, así como multitud de iniciativas de intervención en la misma, lo que indica el interés y la sensibilidad que, las administraciones, sociedades científicas y colectivos de mayores, están prestando a este tema.

De hecho, se ha constatado que una de las preocupaciones de las personas mayores, junto con la salud y la satisfacción de sus necesidades económicas, es la situación de soledad no deseada.

Conocer la importancia de este fenómeno, es necesario para su abordaje, y para poder avanzar hacia un modelo social más justo y conveniente al bienestar de las personas mayores.

Es responsabilidad de todos sumar esfuerzos para poder lograr este objetivo, desde el conocimiento, la sensibilización y la intervención en este aspecto tan importante de la vida de estas personas.

Esta publicación pretende recopilar información relevante sobre el impacto de la soledad en las personas mayores, sus factores determinantes, y sus consecuencias para la salud.

La formación de los profesionales es, sin duda, un aspecto fundamental para hacer frente a este complejo problema. Con este objetivo nace esta publicación.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN **10**

1. Importancia y magnitud de la soledad no deseada.
2. Cambios sociales y emergencia de nuevas situaciones.
3. Conclusiones.

I. ENVEJECIMIENTO SALUDABLE **18**

1. Qué es el Envejecimiento Saludable.
2. Una Década de Envejecimiento Saludable.
3. El envejecimiento y la salud en las agendas Nacionales Internacionales.
4. Envejecimiento saludable y objetivos de desarrollo sostenible.
5. Motivos para actuar en materia de envejecimiento y salud.
6. Conclusiones.

II. PERFIL DE LAS PERSONAS MAYORES **45**

1. Aspectos demográficos.
2. Aspectos relacionados con la salud.
3. Formas de convivencia de las personas mayores.
4. Conclusiones.

III. RELACIONES SOCIALES Y ENVEJECIMIENTO SALUDABLE **71**

1. Funcionamiento social de las personas mayores.
2. Modelos conceptuales del efecto de las relaciones sociales sobre la salud.
3. Conclusiones.

IV. CONCEPTO DE SOLEDAD NO DESEADA **91**

1. Aproximación al concepto de soledad no deseada.
 - 1.1. Historia y delimitación del concepto de soledad no deseada y términos afines.
 - 1.2. Enfoques teóricos de la soledad.
 - 1.3. Modelos explicativos de la aproximación cognitiva de Soledad.

2. Instrumentos de medida más utilizados para evaluar la presencia de soledad y aislamiento social.
3. Conclusiones.

V. SOLEDAD NO DESEADA EN LAS PERSONAS MAYORES **129**

1. Aproximación al concepto de soledad no deseada en las personas mayores
2. Soledad no deseada en la mujer.
3. Soledad y envejecimiento activo.
4. Prevalencia de soledad no deseada en las personas mayores.
5. Conclusiones.

VI. FACTORES PREDISONENTES DE SOLEDAD NO DESEADA EN LAS PERSONAS MAYORES **155**

1. Variables sociodemográficas.
2. Variables de salud física y de autonomía funcional.
3. Variables cognitivas y de personalidad.
4. Variables sociales y de participación social.
5. Identificación de personas en riesgo de sufrir soledad.
6. Conclusiones.

VII. CONSECUENCIAS DE LA SOLEDAD SOBRE LA SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES **189**

1. Mecanismos fisiopatológicos por los que la soledad actúa sobre la salud.
2. Consecuencias en la salud física.
3. Efectos psicológicos de la soledad.
4. Efectos sociales de la soledad.
5. Conclusiones.

VIII. INTERVENCIONES EN SOLEDAD **204**

1. Revisión de la literatura.
2. Iniciativas en torno al abordaje de la soledad no deseada.
3. Conclusiones.

IX. RECOMENDACIONES **218**

1. Recomendaciones orientadas a la prevención.
2. Recomendaciones orientadas a la intervención.
3. Recomendaciones para futuras investigaciones.

X. BIBLIOGRAFIA **225**

LISTADO DE GRÁFICOS.

Figura 1. Principios rectores del Decenio del Envejecimiento Saludable.

Figura 2. Proceso propuesto para la Década de Envejecimiento Saludable.

Figura 3. Proporción de personas de 60 años o más, por país, en 2015.

Figura 4. Proporción de personas de 60 años o más, por país, proyecciones para 2050.

Figura 5. Período requerido o previsto para que el porcentaje de la población de 60 años o más aumente del 10% al 20%.

Figura 6. Cambios en la esperanza de vida a partir de 1950, con proyecciones hasta el año 2050, por región de la OMS y en todo el mundo.

Figura 7. Esperanza de vida de hombres y mujeres a los 60 años, en países seleccionados, 1985-2015.

Figura 8. Tasas de fecundidad en países de ingresos bajos, medios y altos, 1960-2011.

Figura 9. Pirámides de población, EU-28, 2018 y 2100 (% de la población total).

Figura 10. Evolución de la población por grupos de edad.

Figura 11. Porcentaje de personas de 65 y más años. Europa, 2019.

Figura 12. Evolución de la población de 65 y más años. España, 1900-2068.

Figura 13. Proyecciones de población por sexo y edad, 2018-2068.

Figura 14. Diferencia entre la población de hombres y mujeres por grupo de edad 2019.

Figura 15. Distribución porcentual de la población extranjera de 65 y más años por nacionalidad, 2019.

Figura 16. Porcentaje de personas de 65 y más años, por comunidades autónomas, 2019.

Figura 17. Esperanza de vida saludable a los 65 años respecto del total de esperanza de vida (%), por sexo. España 2004-2018.

Figura 18. Evolución de la Población en la Comunidad de Madrid 2010-2019.

Figura 19. Evolución de la Proporción de personas mayores de 65 años en la Comunidad de Madrid 2008-2020.

Figura 20. Índice de Envejecimiento (proporción de población de 65 y más años de edad sobre la población de 0 a 14 años de edad), según Zona Básica de Salud. Comunidad de Madrid, 2016.

Figura 21. Evolución de los grandes grupos de edad de la Comunidad de Madrid.

Figura 22. Evolución de la edad media de la población en la Comunidad de Madrid.

Figura 23. Tasas de mortalidad de la población de 65 y más años por causa, 2006 y 2018.

Figura 24. Prevalencia de dolor (severo/extremo) en las dos últimas semanas según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2017.

Figura 25. Mala salud mental según el Cuestionario General de Salud GHQ-12 (puntuación ≥ 4). Prevalencia según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2017.

Figura 26. Formas de convivencia de las personas de 65 y más años por sexo. España, 2010-2018.

Figura 27. Estado civil de las personas mayores al fallecer según sexo (%), 2018.

Figura 28. Propensión a vivir solo por sexo y grupo de edad. España, 2016.

Figura 29. Población de 65 y más años que vive sola respecto a la población del mismo grupo de edad por grupos de edad según sexo 2017.

Figura 30. Modelo conceptual de cómo las relaciones sociales influyen sobre la salud. Modificado de Berkman y Glass, 2000 y Berkman, et al (2000).

Figura 31. Características objetivas y subjetivas de la soledad.

Figura 32. Lista de las escalas más comunes para la soledad y el Aislamiento social.

Figura 33. Características de los instrumentos más usados para evaluar la soledad.

Figura 34. Codificación y corrección de LSNS-R.

Figura 35. Resultados descriptivos (tendencia central y dispersión) de LSNS-R en este estudio.

Figura 36. Sentimientos de soledad según género y forma de convivencia.

Figura 37. Porcentaje de personas con soledad percibida por grupo de edad, 2017.

Figura 38. Prevalencia de soledad en Europa.

Figura 39. Modelo ecológico: ejemplo de factores de riesgo asociados a cada nivel.

Figura 40. Distribución de frecuencias de mayores que viven solos o no según distrito.

INTRODUCCIÓN

1. Importancia y magnitud de la soledad no deseada.

La percepción subjetiva de la soledad se ha convertido en un problema relevante y emergente en la actualidad. Los cambios económicos y socioculturales han hecho que la percepción de soledad haya experimentado un notable aumento, siendo muchos los determinantes que influyen en su aparición, por lo que conocerla y atenderla en detalle, es de suma importancia ante las consecuencias que de ella se derivan para el desarrollo social y la salud de las personas. Se considera un problema de salud pública prevalente y grave (1)

Uno de los principales retos a los que se enfrenta nuestra sociedad actualmente, es el dar una respuesta integral, conjunta y coordinada, ante la situación de soledad no deseada del colectivo de personas mayores. Las situaciones de soledad han existido siempre; también entre las personas de edad avanzada, pero eran situaciones excepcionales. Actualmente constituyen situaciones normalizadas y extendidas. Las relaciones sociales y familiares son un elemento central de la calidad de vida de las personas mayores, y estas relaciones se han clasificado en segundo lugar, después de la salud, como el área de vida que más les preocupa.

Las relaciones sociales influyen en los resultados de salud de los adultos. Existe evidencia epidemiológica consolidada que identifica la soledad como un importante predictor de muerte prematura, y factor de riesgo de morbilidad y mortalidad por todas las causas, con efectos similares o mayores que otros factores de riesgo bien establecidos, como tabaquismo y obesidad (2–4), la falta de ejercicio y la hipertensión arterial (3,5,6). Además, la soledad se ha asociado con una disminución de la resistencia a las infecciones, deterioro cognitivo y problemas de salud mental como la depresión y la demencia (7,8). Un estudio canadiense señala también que el aislamiento social es muy común entre los pacientes hiperfrecuentadores de los centros de Atención Primaria (9). Esto hace de la soledad, una preocupación de salud pública de particular relevancia.

En tiempos de retos impredecibles para la salud, ya sea a causa del cambio climático, de nuevas enfermedades infecciosas emergentes, una tendencia es segura: el envejecimiento de la población se está acelerando en todo el mundo. Esto tiene profundas consecuencias para la salud y para los sistemas de salud, y su presupuesto(10). Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2025 habrá más de 1.000 millones de personas adultas mayores de 60 años



(principalmente en países desarrollados), y se prevé que la cifra se duplique en el año 2050.

El envejecimiento mundial supone un triunfo, pero también un desafío, ya que va a provocar importantes cambios sociales, e impondrá mayores exigencias económicas y sociales a todos los niveles y, en concreto, a los sistemas sanitarios.

La Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), estima una media de crecimiento del gasto público asociado al envejecimiento, en sanidad y cuidados de larga duración, de unos 3,5 puntos de PIB para 2050. En el marco de la UE, se estima un crecimiento del gasto sanitario de 1,5 puntos del PIB (1,2 en el caso del gasto de cuidados de larga duración) para 2060. Según esta misma estimación, en España estas cifras se situarían en 1,6 y 0,9 puntos más del PIB, respectivamente. Estas proyecciones estiman que el impacto del envejecimiento en el gasto sanitario público se podría reducir a la mitad, si el crecimiento en la esperanza de vida en buena salud fuese proporcional al crecimiento de la esperanza de vida media (11).

El aislamiento y la soledad se consideran hoy responsables en primer grado del estado de salud y autonomía de las personas mayores y, por extensión, del uso de recursos sanitarios. Los niveles más altos de soledad también se han asociado con una mayor probabilidad de institucionalización. La salud, que hace posible la independencia, es la llave o el medio para envejecer activamente.

El envejecimiento saludable y activo es uno de los temas de alta prioridad en la agenda política. La región europea de la OMS adoptó en su comité regional de 2012 la «estrategia y plan de acción sobre envejecimiento saludable en Europa 2012-2020», donde se priorizaron, entre otras, la prevención del aislamiento social y el maltrato (11).

La soledad no deseada existe en cualquier edad, pero es muy prevalente y tiene connotaciones de especial riesgo en las personas mayores, debido a la disminución de los recursos económicos y sociales, limitaciones funcionales, y cambios en las estructuras familiares.

Un número cada vez mayor de personas mayores viven solas y corren el riesgo de quedar socialmente aisladas. Esta situación afecta sobre todo a mujeres de edad avanzada. En España el 22 % de las personas mayores de 65 años viven solas, aunque esto no implica necesariamente que experimenten soledad. La realidad es que, se puede vivir solo, y no experimentar soledad, y viceversa. A veces la soledad es una elección, pero otras veces la soledad es un sentimiento muy doloroso para quien no la desea.



Según encuestas del Imsero y el CIS, un 59% de las personas mayores que viven solas, han expresado tener sentimientos de soledad negativos y sentir aislamiento (12).

2. Cambios sociales y emergencia de nuevas situaciones.

En estos últimos años, y especialmente después de la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, celebrada en Madrid en el año 2002, el análisis y la reflexión sobre las condiciones de vida de las personas mayores, se han convertido en un tema prioritario.

Los cambios demográficos que vienen sucediendo en nuestras sociedades, como son el incremento de la longevidad, la esperanza de vida y el peso específico de las personas mayores como grupo social, provocan una realidad social hasta ahora desconocida, que ha incrementado el interés por examinar los procesos subyacentes, constituyendo una de las preocupaciones comunes a todos los países industrializados, y también en aquellos en vías de desarrollo, y una de las más importantes transformaciones sociales de las últimas décadas.

No solamente se pone de manifiesto la relevancia de su importancia desde una perspectiva demográfica, parece que la realidad de las personas mayores ha empezado a ser más visible, y que la sociedad en su conjunto está más interesada en ocuparse de sus necesidades y demandas, con el fin de que recuperen o alcancen un rol social más activo, y un respeto que no siempre reciben. Ello implica trabajar activamente para que la sociedad tenga más en cuenta a las personas mayores en todos los órdenes de la vida: en lo social, en lo cultural, en lo político, en el ocio, en el consumo, etc.

El estudio y análisis del envejecimiento de la población, sobre todo en los países más desarrollados, ponen de manifiesto los grandes cambios sociales que se han producido en las sociedades desarrolladas como consecuencia de los avances en salud, cambios socioculturales, cambios en el nivel y calidad de vida, en el consumo, en el nivel educativo, etc., pero también ponen de manifiesto los riesgos, las carencias, la vulnerabilidad, la falta de protección o la falta de servicios para atender a las cada vez más numerosas, urgentes y cambiantes demandas y necesidades de este colectivo.

El envejecimiento de la población supone un gran avance sanitario y social. Las personas mayores de nuestra sociedad han conseguido algunas metas indiscutibles:

- Mejor calidad de vida.
- Están más y mejor informados y formados.



- Tienen mayor presencia y participación en la vida social.
- Gozan de mejores condiciones económicas, en términos generales, que en generaciones anteriores, aunque sigan siendo insuficientes o escasas.
- Disfrutan de mayor independencia y vida autónoma.
- Tienen mejores oportunidades para disfrutar del tiempo libre y del ocio.
- Existen más y mejores recursos y servicios sociales...

Pero, frente a estas conquistas indiscutibles, también se ponen de manifiesto algunas pérdidas y situaciones importantes, unas ya clásicas, y otras nuevas o que se expresan de forma diferente:

- Pérdida de autoridad y de reconocimiento social.
- Situaciones de aislamiento social, soledad y muchas veces de abandono.
- Diferencias entre las personas mayores según su clase social, género, o entorno en el que viven.

Podríamos decir que tanto los avances y cambios positivos, como aquellos con consecuencias negativas, ponen de manifiesto la gran diversidad de situaciones e incluso de formas de incluir a las personas mayores en la dinámica social (13).

También se han producido en la última década profundos cambios en los hogares españoles. Así, los hogares han disminuido de tamaño, y las personas mayores que viven solas van en aumento. Ha crecido el número de hogares unipersonales, que casi se han duplicado, donde destacan, los hogares con mujeres solas de más de 65 años (un aumento casi del 50%).

Los problemas de soledad, aislamiento familiar, y abusos, tanto de tipo económico, como emocional o físico, en el ámbito familiar o en el ámbito institucional, empiezan a encender las alarmas sociales.

Uno de los retos para formular una respuesta integral al envejecimiento de la población, es que muchas percepciones y supuestos comunes sobre las personas mayores, se basan en estereotipos anticuados. Esto limita la forma en la que conceptualizamos los problemas, las preguntas que hacemos, y nuestra capacidad para aprovechar oportunidades innovadoras(10).

La vejez se refleja en la representación social, con unas connotaciones negativas que se proyectan en el subconsciente colectivo, con imágenes de este período vital, revestidas de improductividad, aburrimiento, enfermedad y tristeza. Esta visión generalizada de la sociedad, se contrapone con el retrato que perciben de sí mismas estas personas, y con el papel real que desempeñan en la vida cotidiana (14).



A pesar de las numerosas contribuciones que realizan las personas mayores a la sociedad, y de su gran diversidad, las actitudes negativas hacia ellas son comunes, y rara vez se ponen en cuestión.

Los estereotipos (cómo pensamos), los prejuicios (cómo nos sentimos) y la discriminación (cómo actuamos) respecto a las personas en función de su edad, lo que se conoce como edadismo, tiene efectos especialmente perjudiciales sobre la salud y el bienestar de las personas mayores.

Los estereotipos son imágenes simplificadas sobre un determinado grupo social, y están vinculados, y son considerados, la base del prejuicio y la discriminación hacia ese grupo. Se usan a menudo, para hacer referencia a imágenes negativas, que suponen creencias falsas en torno al grupo social al que se refieren, y parecen comunes a distintos países y culturas (15).

En España y en otros países se constata de forma evidente, la existencia de estereotipos e imágenes negativas en torno a la vejez (16–18). Esta percepción limita el desarrollo humano de las personas mayores, distorsiona su autopercepción, e influye en las actitudes y concepciones sociales.

Los estereotipos más comunes según Sánchez, C (2004) se centran en que:

- La vejez es asociada a fragilidad y dependencia, este estereotipo deja de lado la población de personas mayores capaces de realizar las tareas de la vida diaria de forma autónoma e independiente, que viven solas, y que a pesar de la variedad de enfermedades crónicas que puedan presentar, refieren un estado de bienestar satisfactorio.
- Los ancianos son percibidos como carentes de recursos familiares y sociales, por la pérdida de su pareja y abandono de la casa por parte de los hijos. Lo que les hace parecer, como personas solas y deprimidas.
- Los ancianos son percibidos con deterioro cognitivo, propio del envejecimiento, y la aparición de trastornos mentales.
- Los ancianos se considera que son de pensamiento rígido e incapaz de adaptarse a los cambios. En cambio, las personas mayores disponen de mayor fortaleza psicológica, personalidad y estabilidad emocional por sus experiencias vividas y disponen de la capacidad de llegar a ser igual de flexibles y adaptativas que una persona joven (19).

Los efectos de los estereotipos son variados, y tienen amplias repercusiones sobre el propio individuo que envejece, sobre otros grupos sociales implicados, y sobre la propia sociedad en su conjunto.

La vejez debe verse como una etapa de desarrollo y madurez, donde los ancianos pueden llegar a mostrarse más pacientes y tolerantes, con una mayor capacidad de aceptación del otro, mayor experiencia, y con una visión de la vida diferente,



comprendiendo que el presente en el que están, tiene un pasado y un futuro por vivir (20). Tienen una mayor capacidad de regulación emocional y de dar más peso a las experiencias positivas y olvido de las negativas. Realmente, tienen mucho que aportar y enseñar a otras generaciones.

Es necesario estimular y reconocer la gran contribución de las personas mayores al bienestar del país, y el papel que han desempeñado, y que pueden o podrían seguir teniendo en relación a la gente que les rodea, en relación a las comunidades en donde viven.

La edad avanzada no implica dependencia. Sin embargo, un estereotipo generalizado relacionado con la vejez es que las personas mayores son dependientes o representan una carga. Las suposiciones acerca de la dependencia debido a la edad, ignoran las numerosas contribuciones que las personas mayores hacen a la economía. Es muy importante romper con la idea de que la vejez es una enfermedad. Es muy relevante igualmente, reconocer que no se trata de un colectivo homogéneo pese a tener necesidades compartidas. Es necesario e imprescindible potenciar la autonomía de las personas mayores, para que puedan llevar vidas satisfactorias y de calidad

Las políticas deben estar formuladas para derribar la gran cantidad de barreras que limitan la participación social y las contribuciones de los adultos mayores

La experiencia indica que se necesitan nuevas perspectivas. No existe una persona mayor típica. Las poblaciones mayores se caracterizan por una gran diversidad. Una respuesta integral de salud pública al envejecimiento de la población debe ocuparse de sus necesidades reales y de todo el espectro de grados de funcionamiento.

Aunque hay pruebas sólidas de que las personas mayores viven más tiempo, especialmente en los países de ingresos altos, no es tan clara la calidad de esos años adicionales. Haber prolongado el envejecimiento, haber conseguido “ganar más años a la vida” es sin duda el resultado de grandes avances, logros y conquistas sociales, pero todo ello se ha dado unido a unos grandes cambios y revoluciones sociales que no siempre han contribuido a proteger el entorno de los mayores, y a garantizarles una protección jurídica y social adecuada.

En consecuencia, podemos afirmar que el envejecimiento de la población, lo que sin duda supone un enorme progreso, representa, a la vez, un reto en las políticas y sistemas de bienestar social.

Estamos asistiendo a una rápida transformación económica, social y cultural de las sociedades, como consecuencia de las necesidades que este grupo de población presentará, y que requerirá de políticas económicas (laborales y fiscales), sanitarias



y sociales, que contemplen y respeten sus derechos. Como programas de asistencia y atención sanitaria, pensiones y protecciones sociales.

Permitir que las personas mayores puedan seguir participando en la sociedad, y tener unos servicios asequibles, apropiados y ajustados a sus necesidades, constituye un reto para poder avanzar hacia un modelo social más justo y conveniente al bienestar de las personas mayores (21).

La soledad no deseada supone una de las grandes preocupaciones de las personas mayores, junto con la salud y la satisfacción de sus necesidades económicas.

Las personas mayores son particularmente vulnerables al aislamiento social o la soledad debido a la pérdida de amigos y familiares, movilidad o ingresos. El aislamiento social y la soledad repercuten en la calidad de vida y el bienestar de las personas, afectando negativamente la salud y aumentando el uso de los servicios de salud y asistencia social. La salud, que posibilita la independencia, es la llave o el medio para envejecer activamente.

El apoyo social y su ausencia, el aislamiento social, representan, en el abordaje integral de atención a las personas mayores, variables moduladoras fundamentales para mantener una adecuada calidad de vida.

Para la OMS la soledad no deseada es uno de los mayores riesgos para el deterioro de la salud, y un factor determinante que favorece la entrada de las personas que la padecen, en situaciones de dependencia.

3. Conclusiones.

La percepción subjetiva de la soledad se ha convertido en un problema relevante y emergente en la actualidad.

Existe evidencia epidemiológica consolidada que identifica la soledad como un importante predictor de muerte prematura, y factor de riesgo de morbilidad y mortalidad por todas las causas, con efectos similares o mayores que otros factores de riesgo bien establecidos, como tabaquismo y obesidad (9, 5,10), la falta de ejercicio y la hipertensión arterial (3-5). Además, la soledad se ha asociado con una disminución de la resistencia a las infecciones, deterioro cognitivo y problemas de salud mental como la depresión y la demencia. Esto hace de la soledad una preocupación de salud pública de particular relevancia.

La soledad no deseada existe en cualquier edad, pero es muy prevalente y tiene connotaciones de especial riesgo en las personas mayores, debido a la disminución de los recursos económicos y sociales y limitaciones funcionales. Un número cada



vez mayor de personas mayores viven solas (especialmente mujeres de edad avanzada) y corren el riesgo de quedar socialmente aisladas, fruto de los cambios sociales, modelos familiares y valores imperantes en la cultura actual.

Los cambios demográficos que vienen sucediendo en nuestras sociedades, como son el incremento de la longevidad, la esperanza de vida y el peso específico de las personas mayores como grupo social, provocan una realidad social hasta ahora desconocida, que ha incrementado el interés por examinar los procesos subyacentes, constituyendo una de las preocupaciones comunes a todos los países industrializados, y también en aquellos en vías de desarrollo, y una de las más importantes transformaciones sociales de las últimas décadas.

El estudio y análisis del envejecimiento de la población, sobre todo en los países más desarrollados, ponen de manifiesto los grandes cambios sociales que se han producido en las sociedades desarrolladas como consecuencia de los avances en salud, cambios socioculturales, cambios en el nivel y calidad de vida, en el consumo, en el nivel educativo, etc., pero también ponen de manifiesto los riesgos, las carencias, la vulnerabilidad, los estereotipos negativos, la falta de protección o la falta de servicios para atender a las cada vez más numerosas, urgentes y cambiantes demandas y necesidades de este colectivo.

Aunque hay pruebas sólidas de que las personas mayores viven más tiempo, especialmente en los países de ingresos altos, no es tan clara la calidad de esos años adicionales.

La soledad no deseada es una de las grandes preocupaciones de las personas mayores, junto con la salud y la satisfacción de sus necesidades económicas.

Para la OMS la soledad no deseada es uno de los mayores riesgos para el deterioro de la salud, y un factor determinante que favorece la entrada de las personas que la padecen, en situaciones de dependencia.

Uno de los principales retos a los que se enfrenta nuestra sociedad actualmente, es dar una respuesta integral, conjunta y coordinada, ante la situación de aislamiento y soledad no deseada del colectivo de personas mayores.



I. ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

1. Qué es el envejecimiento saludable.

El envejecimiento de la población a nivel mundial, es uno de los fenómenos sociales de mayor impacto del siglo XXI, que representa un desafío global.

El envejecimiento poblacional es un hecho, que va incrementándose a medida que la esperanza de vida aumenta y la natalidad desciende. Los avances en el ámbito de la salud, la reducción de la mortalidad infantil, y el control de enfermedades infecciosas, han contribuido a aumentar de manera significativa la esperanza de vida.

Podemos definir el envejecimiento como un proceso, heterogéneo, variable, universal e irreversible que determina una pérdida de la capacidad funcional y de adaptación progresiva, influido por múltiples factores genéticos, sociales afectivos y emocional del ser humano a lo largo de su ciclo vital, en un marco cultural y de relaciones sociales.

Las características personales, los factores físicos, fisiológicos, de nutrición y estilo de vida; el apoyo social, familiar y comunitario; factores cognitivos y mentales, así como, la genética, el ejercicio y la ausencia o control de enfermedad crónicas y la actitud de los individuos, afectan claramente en el proceso de envejecimiento.

Desde 1950, todas las regiones y países han experimentado un aumento de la esperanza de vida al nacer, lo que explica el aumento generalizado de la longevidad en la población mundial.

El envejecimiento de la población está a punto de convertirse en una de las transformaciones sociales más significativas del siglo XXI, con consecuencias para casi todos los sectores de la sociedad, entre ellos, el mercado laboral y financiero y la demanda de bienes y servicios (viviendas, transportes, protección social...).

Proteger los derechos y las necesidades de esta población, es uno de los grandes retos a los que se enfrentan los estados de bienestar y sus sistemas de protección social.

El fenómeno social del envejecimiento de la población, constituye una realidad demográfica propia de las sociedades desarrolladas. El incremento en la esperanza de vida, la fuerte caída de la fecundidad y la mejora de la calidad de vida y la



supervivencia en las personas mayores, están en la base del aumento de la longevidad.

La posibilidad de vivir más tiempo, es uno de los logros colectivos más importantes. Constituye un reflejo de los avances logrados en la esfera del desarrollo social y económico, así como en la esfera de la salud, en especial de del éxito en la lucha contra las enfermedades mortales de la infancia, la mortalidad derivada de la maternidad y, más recientemente, la mortalidad a edades más avanzadas.

Una vida más larga es un recurso increíblemente valioso. Proporciona la oportunidad de repensar no solo lo que es la vejez, sino también cómo podríamos vivir el conjunto de nuestra vida. Por eso merece la pena protegerlo, para que este tiempo pueda desarrollarse en las mejores condiciones de salud posibles y calidad de vida.

El envejecimiento es un proceso vital integrado por personas que, si bien comparten una edad cronológica, tiene características físicas y personales únicas.

Cada individuo que pertenece al grupo de personas mayores, aparentemente homogéneo, vive y tiene múltiples experiencias que son diversas y no pueden unificarse; sin embargo todavía se considera la vejez como el ocaso de la vida, la pérdida de habilidades y la disminución o desaparición de capacidades (22).

Datos empíricos demuestran que la pérdida de capacidad generalmente asociada con el envejecimiento, solo se relaciona vagamente con la edad cronológica de una persona. No existe una persona mayor “típica”.

Aunque parte de la diversidad observada en la edad avanzada responde a nuestra herencia genética (23), la mayor parte se debe a los entornos físicos y sociales en los que habitamos. Estos entornos incluyen nuestro hogar, nuestro vecindario y nuestra comunidad, y pueden afectar la salud directamente o por medio de obstáculos o incentivos que repercuten en nuestras oportunidades, decisiones y comportamientos.

Además la diversidad resultante en las capacidades y las necesidades de salud de las personas mayores no es aleatoria, sino que se basa en hechos ocurridos a lo largo del curso de la vida, que a menudo pueden modificarse.

Aunque a la larga, la mayoría de las personas mayores experimentarán problemas de salud, la edad avanzada no implica dependencia ni mala salud.

La mayoría de los problemas de salud que enfrentan las personas mayores están asociados con enfermedades crónicas, en particular enfermedades no transmisibles. Muchas de ellas, pueden prevenirse o retrasarse con la adopción de hábitos saludables. Otros problemas de salud pueden tratarse con eficacia, sobre



todo si se detectan a tiempo. E incluso las personas con disminución de la capacidad, pueden vivir una vida digna, en los entornos favorables y adecuados.

Por desgracia el aumento de supervivencia no implica aumento de vida con buena salud. Muchas veces supone aumento de vida con discapacidad. El envejecimiento de la población exige, por consiguiente, una respuesta integral de salud pública para intentar revertir esta situación.

El término envejecimiento activo, fue adoptado por la OMS a finales de los años 90, con la intención de transmitir un mensaje más completo acerca de este término (24), y de este modo reconocer otros muchos factores, que junto con la atención sanitaria afectan a la manera en la que envejecen las personas y las poblaciones.

Son dos, los documentos de política internacional que han guiado la acción del envejecimiento en los últimos años:

1. La Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (25). En sus recomendaciones, se reconocen tres prioridades para la acción:

- las personas mayores y el desarrollo;
- el fomento de la salud y el bienestar en la vejez, y
- la creación de un entorno propicio y favorable para las personas mayores.

En el Plan se señalan varias cuestiones clave que siguen siendo pertinentes en la actualidad, y en las que se hace hincapié en este informe.

Se trata de cuestiones como:

- promover la salud y el bienestar durante toda la vida;
- garantizar el acceso universal y equitativo a los servicios de asistencia sanitaria;
- prestar los servicios adecuados para las personas mayores con VIH o SIDA;
- capacitar a los prestadores de cuidados y profesionales de la salud;
- atender las necesidades de salud mental de las personas mayores;
- prestar los servicios adecuados a las personas mayores con discapacidad;
- proporcionar atención y apoyo a los cuidadores; y
- prevenir la negligencia, la violencia y el maltrato contra las personas mayores (tema tratado en la orientación prioritaria relativa al entorno).

El Plan también hace hincapié en la importancia de envejecer en la comunidad donde se ha vivido.

2. Envejecimiento Activo: un Marco Político de la OMS (26).



En 2002, la Organización Mundial de la Salud (OMS) dio a conocer el documento Envejecimiento activo: un marco político.

En este marco se define el envejecimiento activo como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen”.

Se hace hincapié en la necesidad de actuar en múltiples sectores, con el objetivo de asegurar que las personas mayores sigan siendo un recurso para sus familias, comunidades y economías. Este marco político de la OMS reconoce seis tipos de determinantes clave del envejecimiento activo:

- los económicos,
- los conductuales,
- los personales,
- los sociales,
- los relacionados con los sistemas sanitarios y sociales y
- los relacionados con el entorno físico.

Propone cuatro políticas fundamentales para la respuesta de los sistemas de salud:

- prevenir y reducir la carga del exceso de discapacidades, enfermedades crónicas y mortalidad prematura;
- reducir los factores de riesgo relacionados con las causas de enfermedades importantes y aumentar los factores que protegen la salud durante el curso de la vida;
- desarrollar una continuidad de servicios sociales y de salud que sean asequibles, accesibles, de gran calidad y respetuosos con la edad, y que tengan en cuenta las necesidades y los derechos de las mujeres y los hombres a medida que envejecen;
- proporcionar formación y educación a los cuidadores.

Ambos documentos incluyen las normas internacionales de derechos humanos, y los principios de las Naciones Unidas de independencia, participación, dignidad, asistencia y realización de los propios deseos. Valoran positivamente el aumento global de la esperanza de vida, y el recurso potencial que son las personas de edad. Resaltan la importancia de conservar la salud en estas etapas de la vida, y de los beneficios instrumentales de favorecer y propiciar la participación de los mayores.

El año 2012 fue el año Europeo del Envejecimiento Activo, cuyo objetivo fue manifestar la importancia que se da al buen envejecer, partiendo de sugerencias y puesta en marcha de actividades que se realizan en Europa, para potenciar este buen envejecer.



En el informe de la OMS sobre Envejecimiento y Salud de 2015, al formular el marco para la acción de salud pública sobre el envejecimiento, introduce un cambio de concepto: de envejecimiento activo a envejecimiento saludable, considerando no solo estrategias que contrarresten las pérdidas asociadas con la edad avanzada, sino también aquellas que refuercen la recuperación, la adaptación y el crecimiento psicosocial.

El informe pretende trasladar a un territorio nuevo y mucho más amplio, el debate acerca de cuál es la respuesta de salud pública más apropiada al envejecimiento de la población. A nivel mundial, hay pocas pruebas que indiquen que las personas mayores gozan hoy de mejor salud que las de generaciones anteriores. La buena salud añade vida a los años. Las oportunidades que se abren con el aumento de la longevidad, dependen en gran medida del envejecimiento saludable.

Cuando las personas viven estos años adicionales con buena salud, y continúan participando en la vida de las familias y las comunidades como una parte integral de ellas, contribuyen al fortalecimiento de las sociedades; sin embargo, si estos años adicionales están dominados por la mala salud, el aislamiento social o la dependencia, las implicaciones para las personas mayores y para el conjunto de la sociedad, son mucho más negativas.

El mensaje general es optimista: con las políticas y los servicios adecuados, el envejecimiento de la población puede verse como una buena y nueva oportunidad, tanto para las personas como para las sociedades.

El marco resultante para adoptar medidas de salud pública, ofrece una serie de acciones concretas, que pueden adaptarse para usar en países de todos los niveles de desarrollo económico. Al esbozar este marco, el informe hace hincapié en que el envejecimiento saludable es algo más que la ausencia de enfermedad.

Para la mayoría de las personas mayores, lo más importante es mantener la capacidad funcional. Los mayores costos para la sociedad no son los gastos para promover esa capacidad funcional, sino los beneficios que podrían perderse si no realizamos las adaptaciones e inversiones apropiadas. El enfoque recomendado ante el envejecimiento de la población, incluye el objetivo de construir un mundo favorable a las personas mayores, y sistemas de salud, centrados en las necesidades de las mismas.

El envejecimiento saludable se define, como el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional, que permite el bienestar en la vejez (10). Envejecer de forma saludable es a lo que todos aspiramos. Mediante el Envejecimiento saludable se trata de mantener la capacidad funcional que permite hacer las cosas que se valoran. Esto significa preservar la capacidad física y mental a medida que se envejece; también significa, hacer cambios en el entorno (vivienda, transporte,



espacios públicos, etc.) para que sea accesible, y brinde apoyo a las personas mayores con diferentes necesidades y capacidades.

En el siguiente cuadro se describen los términos principales del envejecimiento saludable.

Términos principales: envejecimiento saludable

La **capacidad funcional** comprende las capacidades que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella. Hay cinco dominios clave de la capacidad funcional, que los factores ambientales pueden ampliar (o restringir). Estas capacidades son: satisfacer las necesidades básicas; aprender, crecer y tomar decisiones; tener movilidad; establecer y mantener relaciones, y contribuir a la sociedad.

Tener la posibilidad de vivir en entornos que apoyan y mantienen la capacidad intrínseca y la capacidad funcional es fundamental para el *envejecimiento saludable*. La capacidad funcional se compone de la capacidad intrínseca de la persona, las características del entorno que afectan esa capacidad y las interacciones entre la persona y esas características.

La **capacidad intrínseca** es la combinación de todas las capacidades físicas y mentales de una persona e incluye su capacidad de caminar, pensar, ver, oír y recordar. Distintos factores influyen sobre la capacidad intrínseca como la presencia de enfermedades, los traumatismos y los cambios relacionados con la edad.

El **entorno** comprende el hogar, la comunidad y la sociedad en general. En el entorno se encuentra una serie de factores que abarcan el entorno construido, las personas y sus relaciones, las actitudes y los valores, las políticas de salud y sociales, los sistemas que las sustentan y los servicios que prestan.

Fuente: Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. OMS, 2015.

Sobre la base de la evidencia proporcionada en el Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud, y en consonancia con los “Objetivos de Desarrollo Sostenible” (ODS), 194 países aprobaron la Estrategia y Plan de Acción Mundiales sobre el Envejecimiento y la Salud (2016-2030).

En la estrategia se incluye la visión y los objetivos para los siguientes 14 años (2016–2030), y un plan de acción en el que se describen las medidas que deben tomarse entre el 2016 y el 2020, para desarrollar la base de evidencia y las alianzas para la Década del Envejecimiento Saludable (2020–2030).

En la estrategia se hizo un llamamiento hacia un cambio profundo. Los Estados Miembros visualizaron ese cambio como un mundo en el que todas las personas puedan vivir una vida prolongada y sana.

Señala la necesidad de que todos los países se comprometan a implementar medidas para favorecer el envejecimiento saludable, en pro del logro de cinco objetivos:



1. Un cambio de nuestra forma de ver el envejecimiento y las personas mayores.
2. La creación de entornos adaptados a las personas mayores.
3. La adecuación de los sistemas de salud a las necesidades de las personas mayores.
4. La creación de sistemas de atención a largo plazo. El establecimiento de sistemas sostenibles y equitativos de atención crónica.
5. Mejorar la medición, seguimiento e investigación, así como hacer partícipes a los adultos de edad avanzada en todas las decisiones que les conciernen.

Para lograr esto, la OMS debe liderar una década de acción mundial coordinada, para fomentar el envejecimiento saludable en torno a todos los ODS, en colaboración con los Estados Miembros y los socios nacionales e internacionales.

Las personas mayores serán el eje central del plan, que aunará los esfuerzos de los gobiernos, la sociedad civil, los organismos internacionales, los profesionales, las instituciones académicas, los medios de comunicación y el sector privado en aras de mejorar la vida de estas personas, así como las de sus familias y comunidades.

2. Una Década de Envejecimiento Saludable.

La Década del Envejecimiento Saludable se propone como una colaboración mundial, encabezada por la OMS, que trabajará para mejorar la vida de los adultos mayores, sus familias y las comunidades en las que viven.

Tiene como base la Estrategia mundial sobre el envejecimiento y la salud (2016-2030), elaborada tras un amplio proceso de consultas, e inspirada a su vez en el Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud.

El Decenio apoya la puesta en práctica de la Agenda 2030 y sus 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible. La Agenda 2030 constituye un compromiso mundial para no dejar a nadie atrás, para que todos los seres humanos tengan la oportunidad de desarrollar su potencial con dignidad e igualdad.

El Decenio del Envejecimiento Saludable se adherirá a los principios rectores (figura 1) de la Agenda 2030, así como a los que inspiran la estrategia mundial y la campaña mundial para luchar contra la discriminación por motivos de edad.



Figura 1. Principios rectores del Decenio del Envejecimiento Saludable.

Interconexión e indivisibilidad	Todas las partes interesadas en la aplicación abordan los Objetivos de Desarrollo Sostenible de forma conjunta, no como una lista de objetivos entre los que se pueda elegir.
Carácter inclusivo	Implica a todos los segmentos de la sociedad, con independencia de su edad, género, etnia, capacidad, ubicación y demás categorías sociales.
Alianzas con múltiples partes interesadas	Se impulsan las alianzas entre múltiples partes interesadas para compartir conocimientos, experiencia, tecnología y recursos.
Universalidad	Compromete a todos los países, con independencia de su nivel de ingresos y desarrollo, a emprender una labor de amplio alcance en pro del desarrollo sostenible, adaptada a cada contexto y población, en función de las necesidades.
No dejar a nadie atrás	Se aplica a todas las personas, con independencia de quiénes sean y dónde se encuentren, y se centra en sus problemas y vulnerabilidades específicos.
Equidad	Promueve que todos dispongan de oportunidades iguales y justas para disfrutar de los factores determinantes y facilitadores de un envejecimiento saludable, como la posición social y económica, la edad, el sexo, el lugar de nacimiento o residencia, la condición de inmigrante y el nivel de capacidad. En ocasiones, es posible que se deba prestar una atención desigual a algunos grupos de población para garantizar que los miembros menos favorecidos, más vulnerables o marginados de la sociedad obtengan los mayores beneficios posibles.
Solidaridad intergeneracional	Facilita la cohesión social y el intercambio interactivo entre generaciones en pro de la salud y el bienestar de todas las personas.
Compromiso	Impulsa un trabajo sostenido durante 10 años y a más largo plazo.
No hacer daño	Compromete a los países a proteger el bienestar de todas las partes interesadas y a minimizar cualquier daño previsible a otros grupos de edad.

Fuente: OMS. Década de envejecimiento saludable 2020-2030.

Se necesita un decenio de colaboración concertada y sostenida en la esfera del envejecimiento saludable, para que el envejecimiento de la población deje de verse como un problema, y pase a considerarse una oportunidad.

Cada vez preocupan más los aumentos previstos de los costos de la salud y la atención crónica, así como las consecuencias económicas de la disminución proporcional del número de jóvenes en edad de trabajar.

No obstante, los datos sugieren que atender a poblaciones de edad avanzada no implica un costo elevado. Al contrario, las personas mayores generarán importantes beneficios económicos y sociales, especialmente cuando estén sanas y activas, mediante la participación directa en el trabajo formal e informal, voluntariado, así como a través de los impuestos, el consumo, las contribuciones a la seguridad social, las transferencias de dinero y propiedades a las generaciones más jóvenes.

Se proponen las siguientes medidas:



- Realizar las adaptaciones e inversiones apropiadas para fomentar un envejecimiento saludable, coherente con unos servicios integrados de atención sanitaria y social y la creación de unos entornos favorables a las personas mayores.
- Utilizar las innovaciones tecnológicas, científicas, médicas (incluidos los nuevos tratamientos), las tecnologías de asistencia y las innovaciones digitales favorables al envejecimiento saludable; y
- Hacer partícipes a diversos grupos de la sociedad civil, las comunidades y el sector privado en el diseño y la ejecución de las políticas y los programas, en particular los orientados a grupos marginados, excluidos y vulnerables.

Se proponen cuatro ámbitos de actuación:

- Cambiar nuestra forma de pensar, sentir y actuar con respecto a la edad y el envejecimiento. Lucha contra la discriminación por la edad.
- Asegurar que las comunidades fomenten las capacidades de las personas mayores. Entornos amigables con las personas mayores.
- Ofrecer una atención integrada y centrada en las personas, y servicios de salud primarios que respondan a las necesidades de las personas mayores; y
- Proporcionar acceso a la atención crónica para las personas mayores que lo necesiten. Cuidados a largo plazo.

Para fomentar el envejecimiento saludable es necesario contar con la participación de sectores clave como el de la salud, las finanzas, la atención crónica, la protección social, la educación, el trabajo, la vivienda, el transporte y la información.

Esto requiere a su vez la implicación de los gobiernos nacionales, locales, así como de los proveedores de servicios, la sociedad civil, el sector privado, las organizaciones de personas mayores, el mundo académico y las personas mayores, sus familias y amigos.

Un elemento imprescindible para lograr estos objetivos, que constituyen además la base para impulsar un crecimiento económico sostenible, es abordar los determinantes sociales del envejecimiento saludable, como la mejora del acceso al aprendizaje a lo largo de la vida; la eliminación de los obstáculos para mantener y contratar a trabajadores de edad y la limitación de las repercusiones de la pérdida del empleo y la pobreza; la provisión de pensiones y prestaciones sociales adecuadas y financieramente sostenibles; y la reducción de la desigualdad en el acceso a la atención, mejorando el apoyo que reciben los cuidadores informales.

El marco para el seguimiento de los progresos realizados a lo largo del Decenio del Envejecimiento Saludable se caracterizará por:

- Hacer balance de la visión general y de los ámbitos de actuación;



- Basarse en los indicadores de progreso acordados para la estrategia mundial; Ampliar otros instrumentos normativos de la OMS y las Naciones Unidas de alcance mundial para que incluyan a las personas mayores; y
- La vinculación con los cuatro «elementos facilitadores»: opinión y compromiso, liderazgo, creación de capacidad e investigación e innovación.

El Decenio del Envejecimiento Saludable requiere una respuesta que comprometa al conjunto del gobierno y de la sociedad. Los países serán los encargados de dirigir su puesta en práctica, sobre la base del liderazgo y la labor del gobierno y el parlamento en sus distintos niveles, y en colaboración con la sociedad civil.

Los preparativos comenzaron en el 2018, año en que la OMS emprendió tres actividades preparatorias para la elaboración de la propuesta de la Década:

1. Una encuesta dirigida a los puntos focales sobre el envejecimiento en los países, que se llevó cabo entre octubre y diciembre del 2018, con el fin de determinar las prioridades para la Década del Envejecimiento Saludable.

Un total de 174 personas de 81 países de todas las regiones respondió a la encuesta. Cuando se preguntó cuáles deberían ser los temas centrales de la Década, los entrevistados dieron prioridad a:

- Mayor compromiso con las personas mayores.
 - Mayor comprensión de sus necesidades.
 - Atención de su salud a largo plazo, especialmente en el nivel comunitario.
 - Ciudades y comunidades adaptadas a las personas mayores.
2. Un análisis de las décadas y las alianzas anteriores, para determinar qué es lo que funciona.

La labor para hacer avanzar la Década del Envejecimiento Saludable se basa en las experiencias anteriores de otras décadas de las Naciones Unidas

3. Deliberaciones sobre la década.

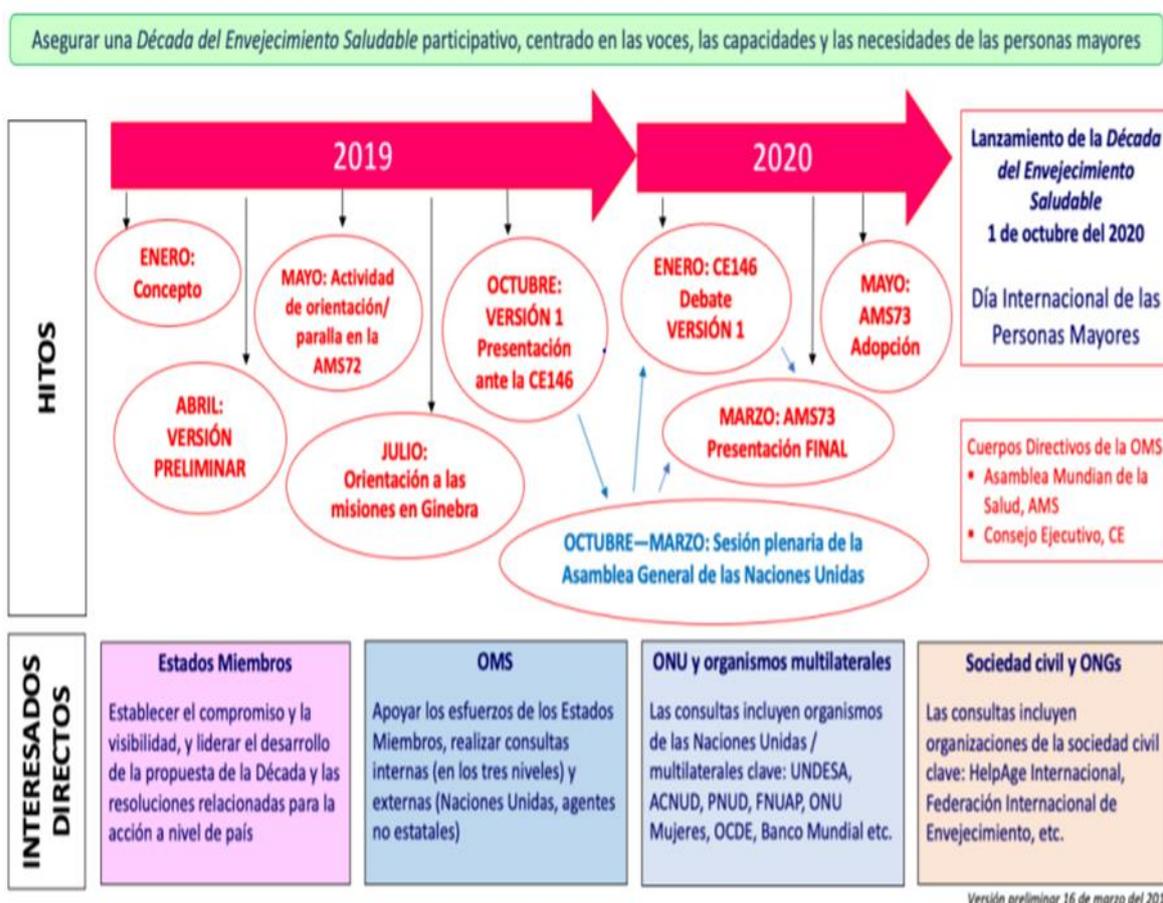
En la figura 2, se describe el proceso, incluidas las actividades principales de los grupos de interesados directos, y los hitos clave, para avanzar hacia el lanzamiento de la década el 1 octubre del 2020.

Los hitos fundamentales durante el proceso incluyeron:

- La elaboración de un proyecto de propuesta para la Década
- Una consulta amplia a los interesados directos.
- Deliberaciones en la Asamblea General de las Naciones Unidas, el Consejo Ejecutivo de la OMS y la Asamblea Mundial de la Salud.



Figura 2. Proceso propuesto para la



Década de Envejecimiento Saludable.

Fuente: Primer informe evaluación Década de Envejecimiento Saludable. 2019.

3. El envejecimiento y la salud en las agendas nacionales e internacionales.

Aunque las personas ahora viven más años, en general en todos los países, muchas no tienen acceso a una buena vida en la edad avanzada a causa de las deficiencias de los servicios de salud, los obstáculos sociales y físicos y sobre todo la mala salud. Todos estos factores limitan su inclusión y participación en los entornos en los que viven.

A nivel nacional se puede decir que, en España “somos pioneros en materia de envejecimiento activo” (19). Durante los últimos años el Gobierno de España ha participado activamente con las Naciones Unidas en diferentes acciones de promoción del mismo.

En 2002 colaboró en la organización de la II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento Activo celebrada en Madrid en 2002, hito importante para el

desarrollo del marco político del Envejecimiento Activo (EA), pues en ella se formuló el II Plan Internacional de Acción sobre Envejecimiento de Naciones Unidas.

Posteriormente, España participó en la organización de la Conferencia Ministerial de la Región Económica para Europa de Naciones Unidas (CEPE), sobre envejecimiento, celebrada en León en 2007, donde se elaboró la Declaración Ministerial de León, en la que se recogen los compromisos de los gobiernos de los países miembros de la CEPE en materia de EA.

Finalmente, en el año 2012, durante el “Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional” declarado por el Parlamento Europeo y la Comisión de la Unión Europea (Decisión 940/2011/CE, de 14 de septiembre de 2011), el Gobierno de España desarrolló actividades de sensibilización para la población general, y promocionó estas iniciativas en medios de comunicación. El Año Europeo del Envejecimiento, supuso uno de los compromisos institucionales más importantes impulsados por la UE, para promover la vitalidad y la dignidad de todas las personas mayores en Europa, y facilitar la creación de una cultura de EA basada en una sociedad para todas las edades (Diario Oficial de la Unión Europea, 2011).

Estos hechos muestran el creciente interés por el análisis del envejecimiento de la población, y el aumento del compromiso de los organismos políticos para hacer frente a los retos y desafíos que este fenómeno genera. Y, más aún, obliga a cambiar la visión de la vejez que ahora, en contraposición con la anterior imagen negativa asociada al término de “población pasiva”, se perfila como grupo activo que aporta valor y enriquece la sociedad.

Actualmente la población mayor envejece con mejor calidad de vida, autonomía e independencia, lo que permite que las personas que se encuentran en este sector poblacional, puedan seguir contribuyendo y participando en la sociedad.

En esta nueva aproximación al envejecimiento, un hito importante en nuestro país fue la publicación del Libro Blanco del Envejecimiento Activo (27). En este documento se ha analizado en profundidad la vejez de la población española, se ha abordado de manera multidisciplinar el estudio del envejecimiento y se ha buscado el consenso y la opinión de los diferentes agentes relacionados con el envejecimiento, para su desarrollo. Así, el Libro Blanco del Envejecimiento Activo constata el cambio de visión del envejecimiento y el compromiso político con el EA del Gobierno Español para garantizar el derecho a la igualdad y dignidad de las personas mayores(28).

De la misma forma, en 2015, el Gobierno de España publicó el “Marco de Actuación para la Personas Mayores: propuestas y medidas para fortalecer el ejercicio de los derechos de las personas mayores”, cumpliendo así con el compromiso declarado



en el Libro Blanco del Envejecimiento Activo, y con las orientaciones de la Unión Europea establecidas en 2012 en el Año Europeo del Envejecimiento.

Este documento ha sido elaborado por el IMSERSO y el Consejo Estatal de Personas Mayores, con el fin de guiar el presente y el futuro de las políticas y actuaciones hacia las personas mayores dirigidas a promover el envejecimiento activo y la solidaridad entre generaciones. Para ello se han establecido 348 propuestas que pretenden orientar a los poderes públicos y a la sociedad en general, a promover la participación social y la vida independiente, activa y saludable de las personas mayores (MSSSI, 2015).

A nivel internacional, los miembros del Consejo Ejecutivo de la OMS han señalado oportunidades políticas clave para debatir e influenciar la Década:

1. Chile: en las reuniones del Foro de Cooperación Económica de Asia y el Pacífico (APEC), que procura apoyar el crecimiento económico sostenible y la prosperidad mediante el libre comercio y la cooperación económica en la región de Asia y el Pacífico. Las economías del APEC se encuentran entre aquellas en las que la población envejece más rápidamente. Se reconoce la importancia de adaptar no solo los sistemas de atención de salud, sino las economías en su conjunto, para responder mejor a las necesidades de una población que está envejeciendo.
2. Japón (en el G20): El G20 está constituido por las 19 principales economías del mundo y la UE. El envejecimiento de la población es un tema común en la agenda social y económica, dado que el 70% de las personas mayores viven en países del G20.

El envejecimiento fue un tema transversal en los debates del G20 en el 2019. El grupo de trabajo sobre salud, que se reunió en Tokio el 28 de febrero y el 1 de marzo de ese año, se centró especialmente en el envejecimiento, para iniciar las deliberaciones e intercambiar experiencias nacionales sobre cómo:

- Promover el envejecimiento saludable y activo por medio de medidas dirigidas a prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles y aplicar políticas multisectoriales basadas en la comunidad;
- Mejorar la calidad de vida de las personas con demencia y sus familias, a través de medidas integrales que incluyen la prevención, la detección temprana, el control y la creación de comunidades inclusivas para las personas con demencia;
- Sostener la atención sanitaria y social a través de políticas médicas y de cuidados de largo plazo y medidas de financiamiento que exigirán un diálogo constante entre los ministerios de salud y finanzas. Los miembros del G20 y otros países invitados expresaron un amplio apoyo a la Década del Envejecimiento Saludable.



3. Finlandia (durante su Presidencia del Consejo de la Unión Europea) como parte del programa oficial de la Presidencia finlandesa del Consejo de la Unión Europea, Finlandia organizó un foro de alto nivel sobre la economía de las personas mayores, en Helsinki el 9 y 10 de julio del 2019. Es importante que los planes para la gestión de los cambios sociales y económicos generados por el envejecimiento de la población, también se hagan en el nivel de la Unión Europea, para mantener su competitividad mundial. En el mundo hay diferencias significativas entre los países y las regiones con respecto al envejecimiento.

Las consultas regionales, abren oportunidades importantes para determinar las prioridades comunes, y transmitir experiencias nacionales que puedan permitir que otros adopten lo que ya está funcionando.

A fines del 2018 y principios del 2019, se aprovecharon dos oportunidades regionales para realizar consultas sobre la Década del Envejecimiento Saludable:

1. Países de la Región de las Américas, en Santiago de Chile:

La población de la Región de las Américas está envejeciendo aceleradamente. El fortalecimiento de los sistemas de atención de salud y los servicios sociales y de sus vínculos con otros sectores, como la vivienda, el transporte, el trabajo y el desarrollo urbano, será fundamental para responder adecuadamente a este cambio demográfico. Entre el 21 y el 23 de noviembre del 2018, el Gobierno de Chile, un líder bien establecido en el tema del envejecimiento, albergó un foro político de alto nivel paralelo a una reunión sobre cuidados integrados para adultos mayores, conjuntamente con la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). El resultado de la reunión fue la Declaración de Santiago que proclamó su apoyo a la Década del Envejecimiento Saludable (2020-2030).

2. Del 26 al 27 de febrero del 2019, 32 Estados Miembros de la Región de Europa de la OMS se reunieron en Moscú. Colaboraron en un taller sobre la innovación de políticas para el envejecimiento activo y saludable.

El taller fue una buena oportunidad para que los países debatieran acerca de cómo estimular las acciones en favor de la Década y garantizar que las personas mayores estén en el centro, y sobre cómo debería ser una década exitosa y cómo se podría medir dicho éxito. Un mensaje claro derivado de la consulta fue, que todos los países están embarcados en el mismo camino hacia el envejecimiento de la población, aunque se encuentren en diferentes etapas y tengan sistemas de diferentes capacidades.

Los sistemas de salud y atención social deben prepararse. Las actitudes sociales y los valores relacionados con el envejecimiento, deben ir en el mismo sentido.



4. Envejecimiento saludable y objetivos de desarrollo sostenible.

El desarrollo sostenible es la capacidad de satisfacer las necesidades del presente, sin comprometer la capacidad de las futuras generaciones para satisfacer sus propias necesidades. Para alcanzar este tipo de desarrollo, y garantizar el bienestar de las personas y de las sociedades, es fundamental armonizar los siguientes elementos: el crecimiento económico, la inclusión social y la protección del medio ambiente.

Hoy en día, la mayoría de la gente vive más y una proporción significativa de la población mundial son personas mayores. Para el 2050, la población mundial de personas mayores de 60 años se duplicará. Este cambio demográfico tiene fuertes implicaciones para el desarrollo sostenible. A medida que las personas envejecen, sus resultados de salud, sus necesidades y lo que valoran pueden cambiar. Apoyar estos cambios mediante la adopción de medidas multisectoriales sobre el envejecimiento y la salud es, por tanto, fundamental y está en la base de la Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030.

La implementación de la estrategia mundial y el plan de acción sobre el envejecimiento y la salud, contribuirá a la realización de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que se desarrollaron para asegurar “El futuro que queremos” para las generaciones presentes y futuras.

Las acciones para fomentar el envejecimiento saludable, pueden ayudar a abordar las desigualdades y garantizar que las personas mayores envejecan de manera segura en un lugar que sea adecuado para ellos, estén libres de pobreza, puedan continuar desarrollándose personalmente y puedan contribuir a sus comunidades, al tiempo que conservan la autonomía y la salud. El envejecimiento saludable ayudará a construir sociedades cohesionadas, pacíficas, justas, seguras y sostenibles. Un compromiso con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, significa un compromiso con el Envejecimiento Saludable, y con la formulación de políticas basadas en la evidencia, en todos los sectores que fortalezcan las capacidades de las personas mayores.

En colaboración con los Estados Miembros y los socios internacionales y nacionales, la OMS debe liderar una acción mundial coordinada para promover el Envejecimiento Saludable en todos los Objetivos de Desarrollo Sostenible (29):

ODS 1: Poner fin a la pobreza, en todas sus formas, en todo el mundo.

La pobreza y la mala salud se refuerzan mutuamente. Las siguientes acciones apoyarán el Envejecimiento Saludable y el crecimiento económico (Objetivo 8) al evitar que las personas mayores caigan en la pobreza:



- Tener políticas de jubilación flexibles;
- Asegurar pensiones mínimas financiadas con impuestos;
- Proporcionar a los trabajadores de más edad acceso a la educación o la formación profesional, la capacitación u otros medios para mantener su capacidad de empleo, de modo que puedan permanecer en la población activa durante más tiempo;
- Cambiar las actitudes de los empresarios y responsables de recursos humanos, sobre el valor y las contribuciones de los trabajadores mayores;
- Proporcionar asistencia social dentro del hogar y la comunidad para las personas mayores pobres, y para las personas sin apoyo familiar;
- Conectar a los trabajadores informales con diferentes formas de seguridad social y pensión;
- Garantizar la igualdad de acceso a los servicios de salud y de atención a largo plazo, que se implementen para satisfacer las necesidades de las personas mayores.
- Brindar asistencia a las familias que cuidan de familiares mayores.

Los derechos y el bienestar de las personas mayores pueden protegerse apoyando sus opciones laborales, y brindándoles una red de seguridad para ellos y sus familias.

ODS 2: Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible.

Las personas mayores contribuyen a la producción de alimentos, pero también pueden ser muy vulnerables a la inseguridad alimentaria. No solo las necesidades nutricionales cambian a medida que envejecemos, sino que, en tiempos de escasez, las familias y los programas de ayuda a menudo dan prioridad a los más jóvenes.

Se puede mejorar la nutrición a través de las siguientes medidas:

- Mejoras en la concentración de nutrientes en los alimentos, en particular vitaminas y minerales.
- Mantener la ingesta de energía y proteínas.
- Reconocer y apoyar a las personas mayores pobres, aisladas y solas para que accedan a comidas saludables.

Prestar atención a la nutrición de las personas mayores puede ayudar a revertir los patrones de desnutrición que aumentan la dependencia y disminuyen la capacidad intrínseca de las personas mayores.

ODS 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.



El Envejecimiento Saludable es fundamental para el logro de la cobertura sanitaria universal (CSU), (Objetivo 3). Sin embargo, sin considerar las necesidades de atención sanitaria y social de un número cada vez mayor de personas mayores, será imposible lograr la CSU.

Actualmente, la mayoría de los sistemas de salud, están mejor diseñados para tratar las condiciones de salud agudas individuales, que las necesidades de salud más complejas y crónicas que tienden a surgir con la edad.

Además, los sistemas de salud y los sistemas de atención a largo plazo a menudo operan de manera independiente, lo que conduce a peores resultados y sobre todo, a uso ineficiente de los recursos.

Una transformación de los sistemas sociales y de salud desde un enfoque dirigido solamente a la enfermedad, a otro que fomente la atención integrada y centrada en la persona, requiere atención a lo siguiente:

- Asegurar el acceso continuo y equitativo a la prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación de enfermedades en todas las etapas de la vida;
- Desarrollar sistemas robustos e integrados de salud y cuidados a largo plazo, orientados a maximizar la función en la vejez; y
- Poner a disposición, medicamentos y tecnologías de apoyo que apoyen el mantenimiento de la capacidad funcional cuando sea necesario.

Optimizar las oportunidades para disfrutar de una buena salud en todas las etapas de la vida, garantizará que las personas mayores puedan mantener la independencia y aumentar su participación social y económica en la sociedad, al tiempo que se reducen los costes sanitarios de atención médica.

ODS 4: Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida, para todos.

La formación y el aprendizaje son procesos que están presentes en todas las etapas de la vida. El acceso a la formación continua es importante en edades avanzadas para permitir que las personas mayores tengan el conocimiento y las habilidades para mejorar su salud, mantenerse al tanto de los avances tecnológicos, adaptarse a los cambios que conlleva el envejecimiento (por ejemplo, jubilación, la viudedad, los cuidados), conservar su identidad, mantener una red social, fomentar el contacto con otras generaciones y participar en la sociedad (por ejemplo, trabajando o siendo voluntario).

Las oportunidades para la formación continua deben:



- proporcionar alfabetización y formación básica en el ámbito de la salud, a las personas mayores, como elementos clave de aprendizaje y toma de decisiones.
- crear oportunidades de formación para las personas mayores para que puedan desarrollar nuevas habilidades y conocimientos, y mantener su propia identidad.
- reducir las barreras que impiden o dificultan la participación de alumnos mayores. Fomentando un crecimiento personal continuo se permite que las personas mayores puedan continuar haciendo aquello que les motiva, conservando su independencia y autonomía

ODS 5: Lograr la igualdad entre los géneros.

Las mujeres tienden a vivir más tiempo que los hombres, en promedio, y por lo tanto constituyen la mayoría de las personas mayores, especialmente en edades avanzadas. Por ejemplo, las mujeres representan el 54% de la población mundial de 60 años o más y el 61% de las de 80 años o más en 2015. Las mujeres contribuyen de muchas formas, por ejemplo, a través del trabajo, el cuidado de los niños y los cuidados a largo plazo.

La frecuente participación restringida de las mujeres en el ámbito laboral remunerado tiene muchas consecuencias negativas en la vejez, incluido un mayor riesgo de pobreza, menor acceso a servicios de salud y asistencia social de calidad, mayor riesgo de abuso, mala salud y menor acceso a las pensiones. La promoción de las mujeres mayores puede apoyarse mediante:

- Sistemas sólidos que promuevan la participación equitativa en el ámbito laboral remunerado.
- Visibilizar a las mujeres mayores desglosando los datos por edad en los estudios y análisis estadísticos y estudios de investigación.
- Empezar las acciones necesarias para mitigar la doble discriminación de la mujer mayor.
- Pensiones sociales (transferencias económicas no contributivas a las personas mayores) que pueden ayudar a mejorar la situación de las mujeres mayores dentro de los hogares.

Permitir que las personas mayores sigan teniendo un papel en la toma de decisiones del hogar y mejorar el acceso a los servicios.

La búsqueda de la igualdad de género a lo largo de todas las etapas de la vida puede proporcionar mayor la calidad de vida en la vejez.

ODS 9: Desarrollar infraestructuras que posibiliten una economía fuerte, promover la industrialización sostenible, y fomentar la innovación.



Tener una economía fuerte, depende de que se realicen inversiones importantes en las infraestructuras de los países. La innovación, además, es fundamental para que exista una industria más productiva y menos contaminante. Aunque durante los últimos años se ha producido una reducción de las emisiones de dióxido de carbono en la fabricación, la reducción no ha sido igual en todo el mundo.

Si bien hay pruebas fehacientes de algunas de las acciones necesarias para fomentar el envejecimiento saludable, aún queda mucho por hacer. Además, la diferencia que existe entre estas evidencias y la práctica, es muy grande.

Por ejemplo, los ensayos clínicos excluyen habitualmente a las personas mayores y aquellas con comorbilidades (coexistencia de dos o más enfermedades en una misma persona que generalmente están relacionadas), a pesar del hecho de que, son estas personas las que tienen más probabilidades de necesitar y utilizar el producto de los ensayos.

Se necesita con urgencia un esfuerzo coordinado para:

- Visibilizar a las personas mayores desglosando los datos por edad en los estudios y análisis estadísticos y llevar a cabo un seguimiento de indicadores de envejecimiento saludable.
- Garantizar que la investigación se corresponda con las necesidades de las personas mayores y de los responsables políticos.
- Fomentar la investigación e innovación sobre los cambios que trae consigo el envejecimiento de la población. Por ejemplo, la tecnología eSalud, que puede relacionar virtualmente a las personas mayores con los servicios de asistencia y ayudarlas a mantener la independencia, evitar la hospitalización y mejorar su calidad de vida.
- Publicar y difundir los datos e investigaciones que se realicen, de tal manera que sean relevantes para diferentes sectores, a la vez que para las personas mayores.

Todos estos esfuerzos deben estar institucionalizados, e involucrar a gran cantidad de sectores y ámbitos.

ODS 10: Reducir la desigualdad en y entre los países.

El entorno físico y social en el que vivimos (el hogar, la ciudad o la comunidad) influyen en la diversidad que existe entre las personas mayores. Estos entornos afectan de manera muy distinta a cada persona mayor, dependiendo de factores como el género, el origen étnico o el nivel de educación, y pueden dar como resultado un acceso desigual a los servicios y apoyos que existan.

Para fomentar el envejecimiento saludable para todos, las respuestas a nivel político deben:



- estar destinadas a la mayor cantidad de personas posibles, ser lo más saludables posibles y que se mantengan en el tiempo lo máximo posible.
- estar diseñadas de manera que superen las desigualdades en lugar de incrementarlas.
- garantizar que las personas que tengan una necesidad urgente en el ámbito de la salud, en cualquier momento, tengan prioridad, ya que es probable que esas personas sean quienes cuenten con menos recursos para atender esa necesidad.
- eliminar las barreras que limitan la participación social de las personas mayores y las contribuciones que realizan.

El envejecimiento saludable, significa tener en consideración si existe discriminación cuando se desarrollan los programas y servicios.

ODS 11: Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes, y sostenibles.

Las ciudades y cualquier otro tipo de asentamiento son un factor esencial para que las personas puedan vivir vidas largas y saludables.

Las ciudades y comunidades amigables con las personas mayores son entornos que permiten a todas las personas maximizar su capacidad y su habilidad a lo largo de su vida.

La creación de este tipo de entornos, requiere acciones desde muchos sectores: salud, atención y cuidados a largo plazo, transporte, vivienda, trabajo, protección social, información y comunicación, entre otros.

Además, también es necesaria la implicación de muchos actores: gobierno, proveedores de servicios, sociedad civil, personas mayores y sus organizaciones, familias o amigos.

Son ciudades y comunidades amigables con los mayores, aquellas que:

- Reconocen la amplia gama de capacidades que existen entre las personas mayores.
- Se anticipan y responden con flexibilidad a las necesidades y preocupaciones relacionadas con el envejecimiento.
- Respetan las decisiones de las personas mayores y las elecciones que realizan, en relación con el estilo de vida que quieren tener.
- Protegen a las personas que se encuentran en una situación vulnerable.
- Promueven la inclusión y la participación de las personas mayores en todas las áreas de la vida en comunidad.



Trabajar para crear ciudades y comunidades que sean sostenibles y accesibles para todos, requiere un proceso que se desarrolle a lo largo de todas las etapas de la vida, y que mejore progresivamente el ajuste entre las necesidades de las personas y los entornos en los que viven.

ODS 16: Promover sociedades justas, pacíficas e inclusivas.

La paz es fundamental para lograr el resto de ODS, sin embargo, la violencia en todas sus manifestaciones sigue siendo un problema para personas de todo el mundo. Es importante legislar para que las normas sean más efectivas y se protejan los derechos de las personas.

Para alcanzar este ODS es necesario que se produzca un cambio en la forma en que la sociedad entiende el envejecimiento. Los estereotipos negativos que existen sobre las personas mayores, limitan la capacidad de las sociedades para valorar sus aportaciones, y considerar a este grupo social como un potencial recurso.

El edadismo (discriminación de las personas mayores por razón de edad) crea barreras que impiden desarrollar políticas eficaces en el ámbito de la salud y el desarrollo. Existen investigaciones que parecen demostrar que el edadismo puede estar aún más generalizado que el sexismo y el racismo, y que está generando graves consecuencias, tanto para las personas mayores como para las sociedades en general.

Los estereotipos negativos están tan generalizados, que incluso a quienes manifiestan públicamente las mejores intenciones, les puede resultar difícil abstenerse de actuar y expresarse en forma negativa de las personas mayores.

Además, las actitudes discriminatorias por motivos de edad suelen verse como humorísticas y, en cierto grado, basadas en la realidad, por lo que a menudo se piensa equivocadamente que el humor contrarresta todo efecto negativo en la persona mayor.

Sin embargo, existen pruebas de que la discriminación por motivos de edad provoca menores niveles de autonomía, menor productividad y mayor estrés cardiovascular. Así pues, esos estereotipos pueden convertirse en realidad, lo que refuerza la inacción y el deterioro que se produce al interiorizar esas ideas. Las actitudes negativas también son muy comunes incluso en los centros de salud y asistencia social, entornos donde los adultos mayores están en la situación más vulnerable (10).

Las acciones para garantizar sociedades más justas e instituciones más fuertes que beneficien a todas las personas son:



- Desarrollar campañas de sensibilización basadas en datos reales y científicos sobre el envejecimiento.
- Que todos los sectores relevantes investiguen sobre cómo pueden contribuir al envejecimiento saludable.
- Compartir las estrategias intersectoriales que hayan contribuido a fomentar el envejecimiento saludable.
- Fomentar políticas y leyes contra la discriminación por razón de edad, en todos los ámbitos de la sociedad.

Abordar la discriminación por edad, y la invisibilidad de las personas mayores a través de acciones y estrategias entre los distintos actores gubernamentales y no gubernamentales, será fundamental para llevar las instituciones hacia la inclusión sostenible, y capacitar a las personas mayores para alcanzar metas que generaciones anteriores nunca pudo imaginar.

5. Motivos para actuar en materia de envejecimiento y salud. (10)

La salud de las personas mayores no acompaña el ritmo con el que aumenta la longevidad (30,31).

Hay muchas justificaciones para destinar recursos públicos a mejorar la salud de las poblaciones de edad avanzada. La Organización Mundial de la Salud, en su Informe sobre Envejecimiento y Salud, plantea tres consideraciones:

1. La primera es el derecho humano que las personas mayores tienen al más alto nivel de salud posible.

Este derecho está consagrado en el derecho internacional. Sin embargo, las personas a menudo sufren estigma y discriminación, así como la violación de sus derechos a nivel individual, comunitario e institucional, simplemente debido a su edad.

Un enfoque basado en los derechos para promover el envejecimiento saludable puede ayudar a superar los obstáculos legales, sociales y estructurales para la buena salud de las personas mayores, y aclarar las obligaciones jurídicas de los actores estatales y no estatales de respetar, proteger y garantizar estos derechos.

Un enfoque de la salud basado en los derechos humanos establece que el derecho a la salud “abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones para que las personas puedan llevar una vida sana, y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a



condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano.

Por lo tanto, se requiere un amplio espectro de leyes, políticas y acciones para ayudar a crear las condiciones apropiadas que garanticen que las personas mayores puedan disfrutar del más alto nivel de salud posible.

Además, un enfoque basado en los derechos humanos, requiere integrar la idea central de que las personas mayores participen activamente, y tomen decisiones informadas sobre su salud y bienestar, un concepto que también es fundamental para el enfoque de salud pública centrado en la persona.

2. Fomentar el desarrollo sostenible.

La segunda razón clave para actuar en materia de envejecimiento y salud es fomentar el desarrollo sostenible (32). En la actualidad, la mayoría de las personas vive hasta la vejez, por lo que una proporción cada vez más grande de la población, será de personas mayores.

Si queremos construir sociedades cohesivas, pacíficas, equitativas y seguras, el desarrollo tendrá que tener en cuenta esta transición demográfica y las iniciativas tendrán que aprovechar la contribución que las personas mayores hacen al desarrollo y, al mismo tiempo, garantizar que no se las excluya.

3. Imperativo económico de adaptarse a los cambios en la estructura de la edad.

Hay que intentar reducir al mínimo los gastos asociados con el envejecimiento de la población, y aumentar al máximo las múltiples contribuciones de las personas mayores mediante la participación directa en la fuerza de trabajo formal o informal, los impuestos y el consumo, las transferencias de dinero en efectivo y bienes a las generaciones más jóvenes y las numerosas prestaciones menos tangibles que hacen a sus familias y comunidades.

En lugar de presentar los gastos en las personas mayores como un costo, es importante considerarlos como una inversión en su bienestar y en las diversas contribuciones de las personas mayores a la sociedad. Estas inversiones comprenden los gastos en los sistemas de salud, los cuidados a largo plazo y los entornos favorables en términos más generales. El rendimiento de algunas de estas inversiones es evidente (por ejemplo, un mejor estado de salud debido a la inversión adecuada en los sistemas sanitarios motiva una mayor participación en la sociedad).



6. Conclusiones.

El envejecimiento de la población está a punto de convertirse en una de las transformaciones sociales más significativas del siglo XXI, con consecuencias para casi todos los sectores de la sociedad.

La posibilidad de vivir más tiempo, es uno de los logros colectivos más importantes. Una vida más larga es un recurso increíblemente valioso. Por eso merece la pena protegerlo, para que este tiempo pueda desarrollarse en las mejores condiciones de salud posibles y calidad de vida.

El envejecimiento es un proceso vital integrado por personas que, si bien comparten una edad cronológica, tiene características físicas y personales únicas. Cada individuo que pertenece al grupo de personas mayores, aparentemente homogéneo, vive y tiene múltiples experiencias que son diversas y no pueden unificarse.

Datos empíricos demuestran que la pérdida de capacidad generalmente asociada con el envejecimiento, solo se relaciona vagamente con la edad cronológica de una persona.

No existe una persona mayor “típica”. Aunque parte de la diversidad observada en la edad avanzada responde a nuestra herencia genética, la mayor parte se debe a los entornos físicos y sociales en los que habitamos.

Estos entornos incluyen nuestro hogar, nuestro vecindario y nuestra comunidad, y pueden afectar la salud directamente o por medio de obstáculos o incentivos que repercuten en nuestras oportunidades, decisiones y comportamientos.

La diversidad resultante en las necesidades de salud de las personas mayores no es aleatoria, sino que se basa en hechos ocurridos a lo largo del curso de la vida, que a menudo pueden modificarse. La mayoría de los problemas de salud que enfrentan las personas mayores están asociados con enfermedades crónicas, en particular enfermedades no transmisibles. Muchas de ellas, pueden prevenirse o retrasarse con la adopción de hábitos saludables.

Por desgracia el aumento de supervivencia no implica aumento de vida con buena salud. Muchas veces supone aumento de vida con discapacidad. A nivel mundial, hay pocas pruebas que indiquen que las personas mayores gozan hoy de mejor salud que las de generaciones anteriores. La buena salud añade vida a los años.

El envejecimiento de la población exige, por consiguiente, una respuesta integral de salud pública para intentar revertir esta situación.



El término envejecimiento activo, fue adoptado por la OMS a finales de los años 90, con la intención de transmitir un mensaje más completo acerca de este término, y de este modo reconocer otros muchos factores, que junto con la atención sanitaria afectan a la manera en la que envejecen las personas y las poblaciones.

En 2002, la Organización Mundial de la Salud (OMS) dio a conocer el documento “Envejecimiento activo: un marco político”. En este marco se define el envejecimiento activo como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen”.

En el informe de la OMS sobre Envejecimiento y salud de 2015, al formular el marco para la acción de salud pública sobre el envejecimiento, introduce un cambio de concepto: de envejecimiento activo a envejecimiento saludable, considerando no solo estrategias que contrarresten las pérdidas asociadas con la edad avanzada, sino también aquellas que refuercen la recuperación, la adaptación y el crecimiento psicosocial.

Al esbozar este marco, el informe hace hincapié, en que el envejecimiento saludable es algo más que la ausencia de enfermedad.

Para la mayoría de las personas mayores, lo más importante es mantener la capacidad funcional. Los mayores costos para la sociedad no son los gastos que se hacen para promover esa capacidad funcional, sino los beneficios que podrían perderse si no realizamos las adaptaciones e inversiones apropiadas.

Sobre la base de la evidencia proporcionada en el Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud, y en consonancia con los “Objetivos de Desarrollo Sostenible” (ODS), 194 países aprobaron la Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud (2016-2030). Desarrolla cuatro ámbitos principales: lucha contra la discriminación por la edad, creación de entornos amigables, atención integral centrada en la persona, cuidados a largo plazo.

En la estrategia se incluye la visión y los objetivos para los siguientes 14 años (2016–2030), y un plan de acción en el que se describen las medidas que deben tomarse entre el 2016 y el 2020, para desarrollar la base de evidencia y las alianzas para la Década del Envejecimiento Saludable (2020–2030).

La Década del Envejecimiento Saludable se propone como una colaboración mundial, encabezada por la OMS, que trabajará para mejorar la vida de los adultos mayores, sus familias y las comunidades en las que viven.

Estos hechos muestran el creciente interés por el análisis del envejecimiento de la población, y el aumento del compromiso de los organismos políticos para hacer frente a los retos y desafíos que este fenómeno genera.



Hay muchas justificaciones para destinar recursos públicos a mejorar la salud de las poblaciones de edad avanzada.

La Organización Mundial de la Salud, en su Informe sobre Envejecimiento y Salud, plantea tres consideraciones: el derecho humano que las personas mayores tienen al más alto nivel de salud posible, fomentar el desarrollo sostenible y el imperativo económico de adaptarse a los cambios en la estructura de la edad.

El enfoque recomendado ante el envejecimiento de la población, incluye el objetivo de construir un mundo favorable a las personas mayores, y sistemas de salud, centrados en las necesidades de las personas mayores.

Las oportunidades que se abren con el aumento de la longevidad, dependen en gran medida del envejecimiento saludable.

Si estos años adicionales están dominados por la mala salud, el aislamiento social o la dependencia, las implicaciones para las personas mayores y para el conjunto de la sociedad, son mucho más negativas.

Hay diferentes maneras de promover el Envejecimiento Saludable, pero todas tendrán un objetivo: promover la capacidad funcional, atendiendo a los determinantes de la salud de las personas mayores.

Este objetivo puede lograrse de dos formas: fomentar y mantener la capacidad intrínseca, o facilitar que las personas que tienen la capacidad funcional disminuida, hagan las cosas que son importantes para ellas.

Es preciso esforzarse por comprender mejor las necesidades diversas de las poblaciones de edad avanzada. Teniendo en cuenta la situación de especial vulnerabilidad de las mujeres mayores, que con frecuencia viven solas y están sometidas a doble discriminación, por ser mayores y por ser mujeres.

El derecho a elegir, participar y mantener habilidades, se encuentran estrechamente vinculados a preservar su autonomía, dignidad y autoestima.

Es importante fomentar lo que se conoce como el envejecimiento en el lugar (o en la comunidad donde se ha vivido), es decir, la posibilidad de que las personas mayores vivan en su propio hogar y comunidad de manera segura, independiente y cómoda, sin importar la edad, los ingresos o el nivel de capacidad intrínseca.

Se trata de un enfoque que generalmente se considera mejor para la persona mayor, y que también puede presentar ventajas financieras considerables en términos del gasto en asistencia sanitaria. El envejecimiento en el lugar, puede fomentarse aún más mediante la creación de entornos adaptados a las personas



mayores que permitan la movilidad y la participación de las personas mayores en actividades básicas, como ir de compras.

La vejez es la última etapa del ciclo de la vida donde se aprecia el resultado de todas las experiencias, transformaciones y aprendizajes vividos en las etapas anteriores, y donde alcanza su máxima expresión en relación con el mundo, llegando a la madurez total y con aceptación de su trayectoria vital.

La vivencia del envejecimiento es única e intransferible, y cada persona es quien decide cómo desea vivir esta etapa de la vida.

La salud, que posibilita la independencia, es la llave o el medio para envejecer activamente.

Para la OMS la soledad no deseada es uno de los mayores riesgos para el deterioro de la salud, y un factor determinante que favorece la entrada de las personas que la padecen, en situaciones de dependencia.

La «estrategia y plan de acción sobre envejecimiento saludable en Europa 2012-2020», prioriza entre otras, la prevención del aislamiento social, como determinante de la salud de las personas mayores (33).



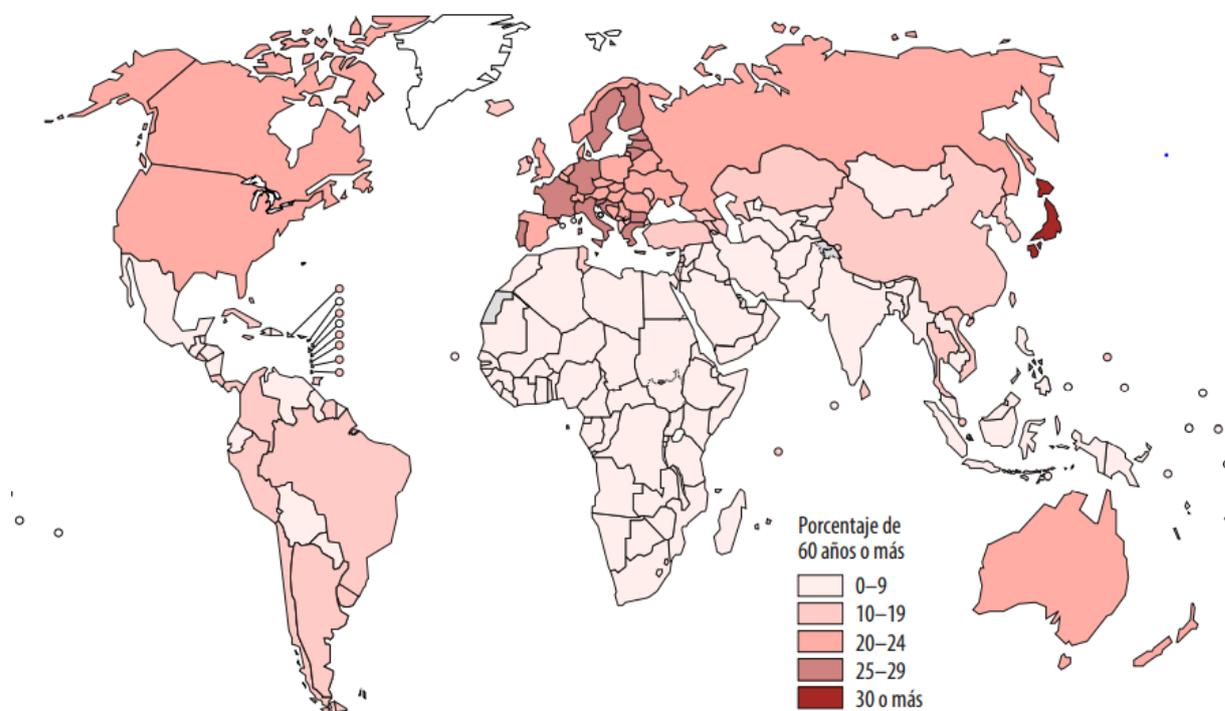
II. PERFIL DE LAS PERSONAS MAYORES.

1. Aspectos demográficos.

Una de las razones por las que el envejecimiento se ha convertido en una cuestión política clave, es que tanto la proporción, como el número absoluto de personas mayores, están aumentando de forma notable en todo el mundo. El envejecimiento de la población, y la evolución de la dependencia, son grandes retos que hay que gestionar para garantizar y aumentar el bienestar social de este grupo de población.

Las figuras 3 y 4 muestran la proporción por país de personas de 60 años o más en 2015, y las proyecciones para 2050. En la actualidad, solo un país tiene una proporción superior al 30%: Japón. Sin embargo, en la segunda mitad del siglo, muchos países tendrán una proporción similar. Se trata de países de Europa y América del Norte, pero también de Chile, China, la Federación de Rusia, la República de Corea, la República Islámica de Irán, Tailandia y Vietnam.

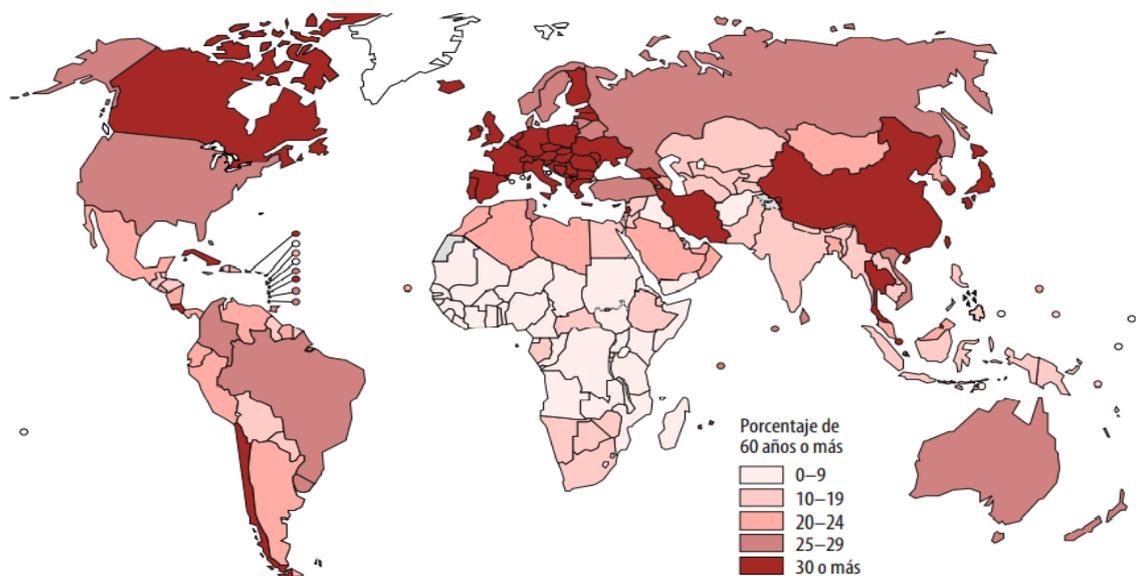
Figura 3. Proporción de personas de 60 años o más, por país, en 2015



Fuente: OMS. Informe Envejecimiento y Salud 2015



Figura 4. Proporción de personas de 60 años o más, por país, proyecciones para 2050



Fuente: OMS. Informe Envejecimiento y Salud 2015.

En las figuras 3 y 4, el envejecimiento de la población parece menos importante en África Subsahariana. Sin embargo, aunque la estructura de la población en esta región permanecerá joven en términos relativos, ya cuenta con el doble de adultos mayores que el norte de Europa, y se calcula que esta cifra aumentará más rápido que en cualquier otro lugar, ya que pasará de 46 millones en 2015 a 157 millones en 2050 (34).

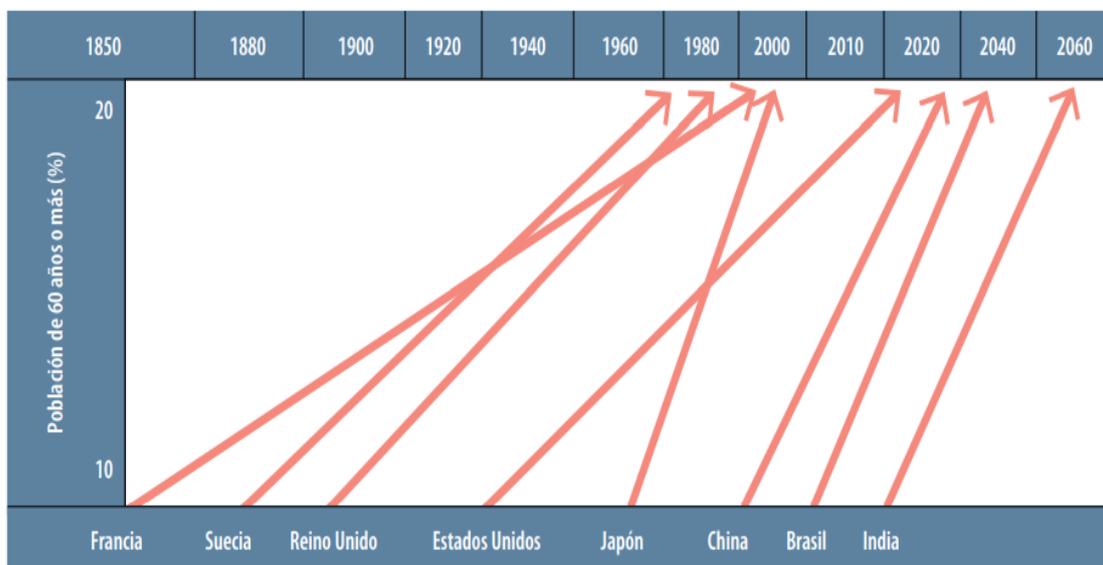
El ritmo de envejecimiento de la población en muchos países también es mucho mayor que en el pasado (figura 5). Por ejemplo, mientras que Francia dispuso de casi 150 años para adaptarse al aumento del 10% al 20% en la proporción de la población mayor de 60 años, algunos países como Brasil, China e India tendrán un poco más de 20 años para hacer la misma adaptación.

Dos factores clave influyen en el envejecimiento de la población:

1. El primero es el aumento de la esperanza de vida.

En promedio, las personas de todo el mundo ahora viven más tiempo. Aunque una pequeña parte de este aumento mundial se debe al mayor índice de supervivencia de las personas de edad avanzada, gran parte responde a un mayor índice de supervivencia a edades menores. Este fenómeno ha acompañado el desarrollo socioeconómico sin precedentes que se ha registrado a nivel mundial durante las últimas décadas.

Figura 5. Período requerido o previsto para que el porcentaje de la población de 60 años o más aumente del 10% al 20%.



Fuente: OMS. Informe Envejecimiento y Salud

Existe una fuerte relación entre el nivel de desarrollo socioeconómico de un país, y los patrones de mortalidad a lo largo de la vida.

En los entornos de bajos recursos, es más frecuente que la muerte ocurra en la primera infancia. Después, las muertes se distribuyen uniformemente. Con el desarrollo, mejora la salud pública y más personas sobreviven a la infancia, por lo que es más probable que las personas mueran a una edad adulta. En los entornos de ingresos altos, la mayoría de las muertes ocurren en personas mayores de 70 años.

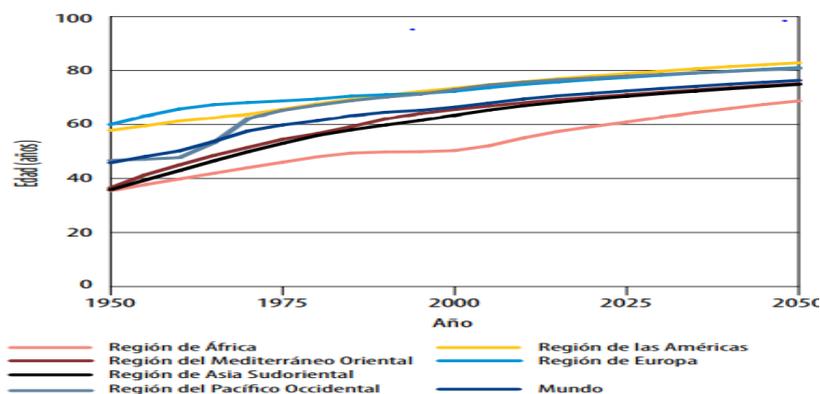
Es importante destacar que estos cambios vienen acompañados de una modificación en las causas de muerte. En todos los contextos, las principales causas de muerte en la vejez son las enfermedades no transmisibles, aunque las muertes por estas causas suelen ocurrir a edades menores en los países de ingresos bajos con respecto a países de ingresos altos. Sin embargo, en los contextos de ingresos bajos y medianos, las enfermedades transmisibles son todavía responsables de un número considerable de muertes en el curso de la vida.

Estos cambios hacen que, a medida que los países se desarrollan económicamente, más personas lleguen a la edad adulta y, por consiguiente, aumente la esperanza de vida al nacer.

El crecimiento sostenido de la esperanza de vida en todo el mundo durante los últimos 100 años (figura 6) se debe, en gran parte, a la reducción de la mortalidad en las personas más jóvenes, y no a que las personas mayores vivan más tiempo.



Figura 6. Cambios en la esperanza de vida a partir de 1950, con proyecciones hasta el año 2050, por región de la OMS y en todo el mundo

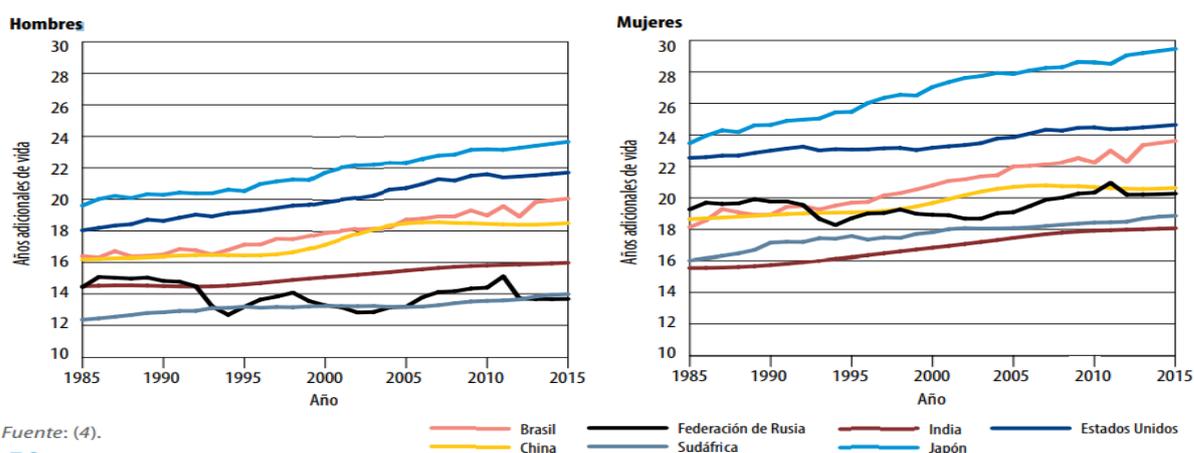


Fuente: OMS. Informe Envejecimiento y Salud.

Recientemente, otra tendencia ha contribuido considerablemente al aumento de la esperanza de vida, en especial en entornos de ingresos altos: el aumento de la supervivencia en la vejez (figura 7). Así, en 1985 una mujer de 60 años de edad residente en Japón podía aspirar a vivir otros 23 años. En 2015, esa expectativa ha aumentado a casi 30 años. Es posible que hayan contribuido a este aumento la mejor asistencia sanitaria, las iniciativas de salud pública y las diferencias en la vida que las personas llevaron en etapas anteriores.

Sin embargo, la tasa de estos incrementos no es la misma en todo el mundo. La esperanza de vida en la vejez, aumenta a un ritmo mucho más rápido en los países de ingresos altos que en los contextos de menores recursos, aunque esto varía entre países específicos y entre hombres y mujeres.

Figura 7. Esperanza de vida de hombres y mujeres a los 60 años, en países seleccionados, 1985-2015.



Fuente: (4).

Fuente: Global health estimates: life expectancy trends by country. In: World Health Organization, Global health estimates [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en, accessed 24 July 2015)



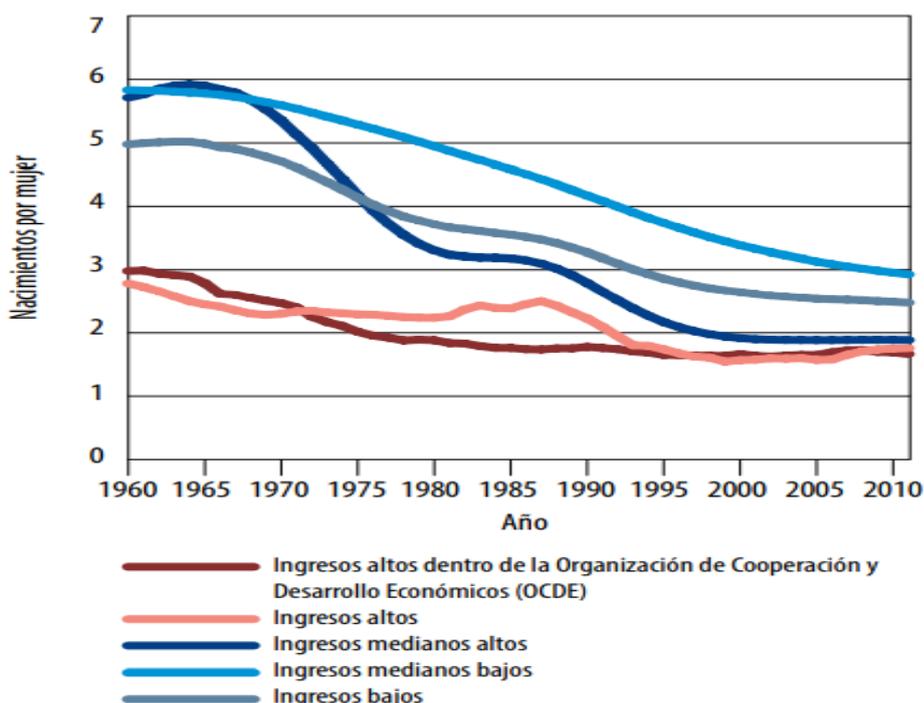
Sin embargo, la tasa de estos incrementos no es la misma en todo el mundo. La esperanza de vida en la vejez, aumenta a un ritmo mucho más rápido en los países de ingresos altos que en los contextos de menores recursos, aunque esto varía entre países específicos y entre hombres y mujeres.

2. La segunda razón del envejecimiento de la población es la caída de las tasas de fecundidad (figura 8).

Probablemente esto se deba a que los padres han notado que sus hijos ahora tienen más probabilidades de sobrevivir que en el pasado, al mayor acceso a la anticoncepción y a los cambios en las normas de género.

Antes de los avances recientes en el desarrollo socioeconómico, las tasas de fecundidad en muchas partes del mundo, eran de cinco a siete nacimientos por mujer (aunque muchos de estos niños no sobrevivieran hasta la edad adulta). En 2015, estas tasas han tenido una caída vertiginosa e incluso han quedado por debajo del nivel necesario para mantener el tamaño actual de las poblaciones. La excepción clave a estas caídas notables en las tasas de fecundidad es África, donde se observa un descenso más lento, y donde se mantienen en más de cuatro nacimientos por mujer. En Oriente Medio también se registran caídas menos pronunciadas que en otras partes del mundo.

Figura 8. Tasas de fecundidad en países de ingresos bajos, medios y altos, 1960-2011.



Fuente: Fertility rates, total (births per woman). In: The World Bank [website]. Washington (DC): World Bank; 2015 (<http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN>, accessed 12 March 2015).



Dado que la reducción de la fecundidad a menudo ha sido menor que la caída de la mortalidad infantil, con frecuencia esto se ha traducido en una explosión demográfica de las poblaciones más jóvenes. En muchos países de ingresos altos, este incremento se produjo poco después de la Segunda Guerra Mundial, y al segmento de la población resultante comúnmente se lo conoce como "baby boomers". A medida que la generación nacida durante esa explosión de la natalidad llega a la vejez, el envejecimiento de la población se acelera temporalmente, sobre todo cuando se combina con baja mortalidad en los adultos y baja fecundidad sostenida.

Adicionalmente, cabe señalar que el envejecimiento se acentúa en algunos países y regiones debido a los flujos migratorios.

El envejecimiento de la población está a punto de convertirse en una de las transformaciones sociales más significativas del siglo XXI, con consecuencias para casi todos los sectores de la sociedad, entre ellos, el mercado laboral y financiero y la demanda de bienes y servicios (viviendas, transportes, protección social...), así como para la estructura familiar y los lazos intergeneracionales.

Es fundamental determinar si las personas actualmente viven vidas más largas y saludables, o si los años añadidos a la vejez, se viven en general con mal estado de salud. Si los años adicionales se viven con buena salud, el envejecimiento de la población traerá consigo un aumento de los recursos humanos que puede contribuir a la sociedad de muchas maneras.

Lamentablemente, aunque hay pruebas sólidas de que las personas mayores viven hoy más tiempo, especialmente en los países de ingresos altos, no es tan clara la calidad de esos años adicionales (35).

Según datos del informe "Perspectivas de la población mundial 2019", la población mundial está envejeciendo, al tiempo que el grupo de edad de 65 años o más es el que crece más rápidamente. En 2050, una de cada seis personas en el mundo tendrá más de 65 años (16%), más que la proporción actual de una de cada 11 en 2019 (9%). Para 2050, una de cada cuatro personas que viven en Europa y América del Norte podría tener 65 años o más. En 2018, por primera vez en la historia, las personas de 65 años o más superaron en número a los niños menores de cinco años en todo el mundo.

Se estima que el número de personas de 80 años o más se triplicará, de 143 millones en 2019 a 426 millones en 2050.

Se espera que la población mundial aumente en 2.000 millones de personas en los próximos 30 años, de 7.700 millones en la actualidad a 9.700 millones en 2050.



Se prevé que la tasa global de fecundidad, que bajó de 3,2 nacimientos por mujer en 1990 a 2,5 en 2019, disminuya aún más, alcanzando 2,2 nacimientos por mujer en 2050. En 2019, la fecundidad promedio permanece por encima de 2,1 nacimientos por mujer. En África Subsahariana (4,6 nacimientos por mujer), Oceanía excluyendo Australia y Nueva Zelandia (3,4), África septentrional y Asia occidental (2,9), y Asia central y meridional (2,4). (Suponiendo ausencia de migración, se necesita un nivel de fecundidad de 2,1 nacimientos por mujer a lo largo de su vida para asegurar el reemplazo generacional y evitar reducciones de población a largo plazo).

Las regiones que experimentarían las menores tasas de crecimiento poblacional entre 2019 y 2050 son Oceanía, excluyendo Australia y Nueva Zelandia (56%), África septentrional y Asia occidental (46%), Australia y Nueva Zelandia (28%), Asia central y meridional (25%), América Latina y el Caribe (18%), Asia oriental y sudoriental (3%) y Europa y América del Norte (2%).

El envejecimiento demográfico es una tendencia a largo plazo que comenzó hace varias décadas en Europa. Esta tendencia es visible en los cambios en la estructura de edad de la población y se traduce en un porcentaje creciente de personas mayores, junto con un porcentaje decreciente de personas en edad de trabajar en la población total. En 2018, casi una quinta parte (19%) de la población de la UE tenía 65 años o más. A 1 de enero de 2018, la población de la EU-28 se estimaba en 512,4 millones de personas. Los jóvenes (de 0 a 14 años) constituían el 15,6% de la población de la EU-28, mientras que las personas consideradas en edad de trabajar (de 15 a 64 años) representaban el 64,7% de la población. Las personas mayores (de 65 años o más) representaron una proporción del 19,7% (un aumento de 0,3 puntos porcentuales con respecto al año anterior y 2,6 puntos porcentuales en comparación con 10 años antes).

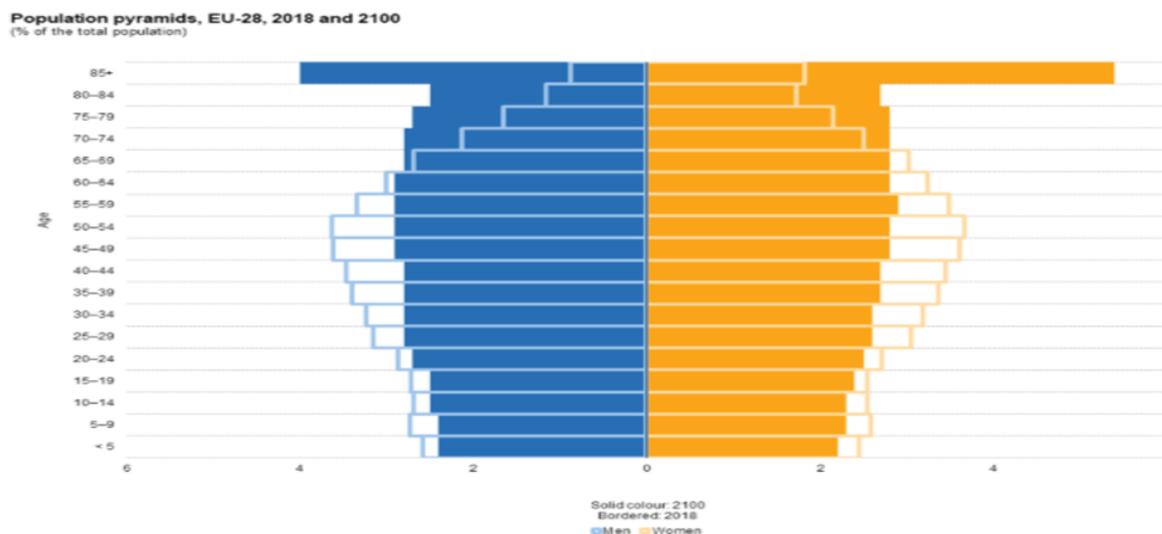
En cuanto al porcentaje de personas de 65 años o más, en el total de la población, según el informe de EUROSTAT al respecto, Italia (22,6%) y Grecia (21,8%) registran los porcentajes más altos, mientras que Irlanda tiene el porcentaje más bajo (13,8%) (36).

La edad media de la población de la EU-28 está aumentando. Era de 43,1 años el 1 de enero de 2018. Esto significa que la mitad de la población de la EU-28 tenía más de 43,1 años, mientras que la otra mitad era más joven. En los Estados miembros de la UE, la edad media osciló entre 37,3 años en Irlanda y 46,3 años en Italia, lo que confirma las estructuras de población relativamente jóvenes y relativamente envejecidas registradas en cada uno de estos dos Estados miembros.

La comparación de las pirámides de edad para 2018 y 2100 (figura 9), muestra el envejecimiento progresivo de la EU-28.



Figura 9. Pirámides de población, EU-28, 2018 y 2100 (% de la población total)



Fuente: Pirámides de población EU-28, 2018 y 2100 (% de la población total) Eurostat

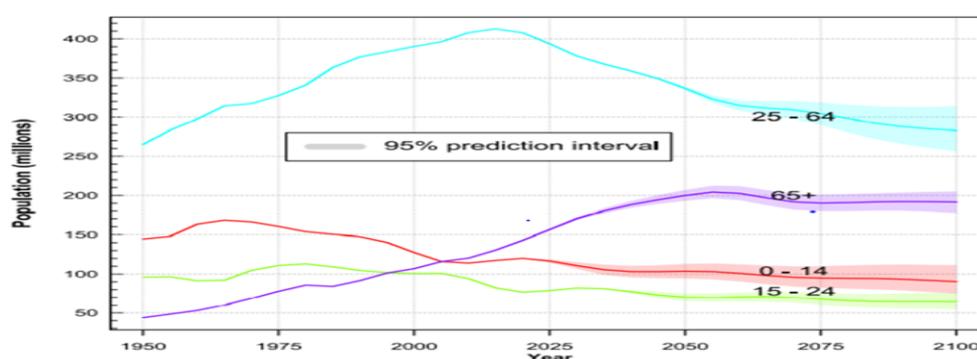
En las próximas décadas, la gran cantidad de “baby boomers” inflará la cantidad de personas mayores. Sin embargo, hacia el 2100, la pirámide tendrá más forma de columna, estrechándose considerablemente en el medio (alrededor de los 45-54 años).

Los países de la Unión Europea con mayor número de personas mayores (2019) son Alemania (17,9 millones), Italia (13,8), Francia (13,5), y España.

La evolución de los diferentes grupos de edad puede apreciarse en la figura 10.

Los países de la Unión Europea con mayor número de personas mayores (2019) son Alemania (17,9 millones), Italia (13,8), Francia (13,5), y España (9,1).

Figura 10. Evolución de la población por grupos de edad.

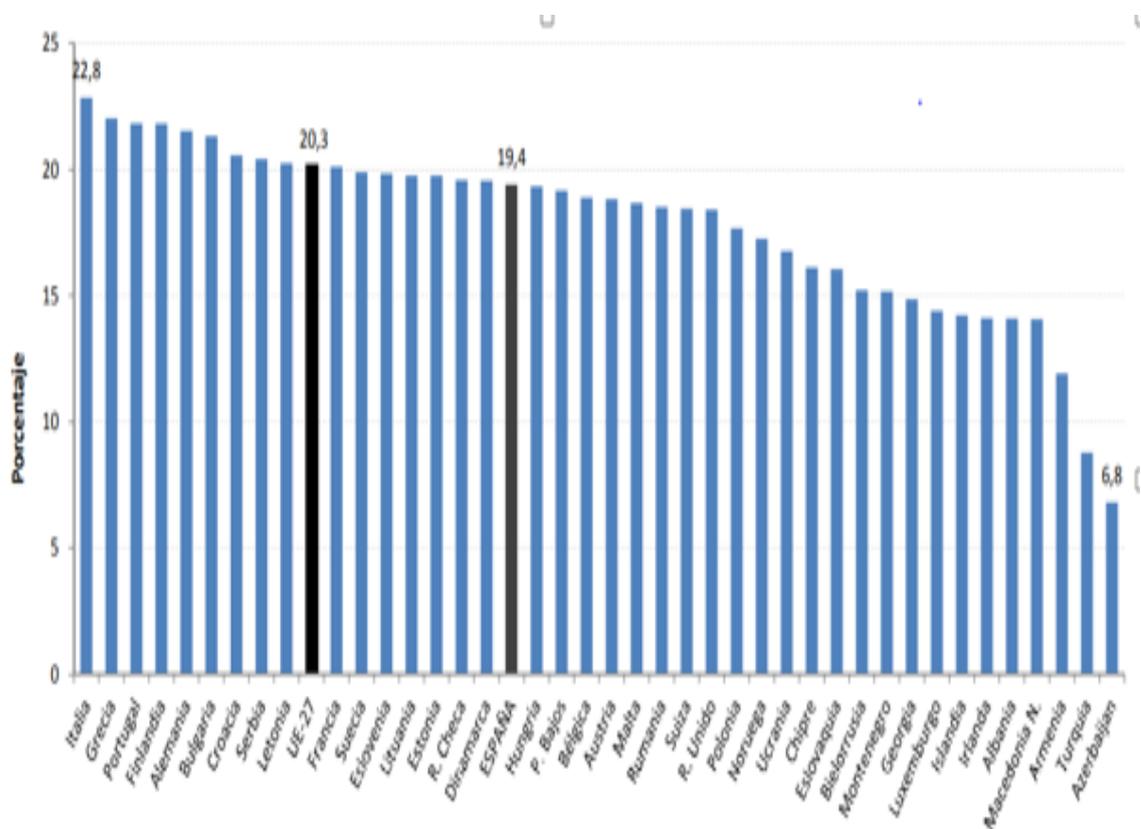


Fuente: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division World Population Prospects 2019, Volume II: Demographic Profiles.



En cifras relativas (Figura 11, Europa) el orden cambia: Italia (22,8%), Grecia (22,0%), Portugal y Finlandia (21,8%), y Alemania (21,5%), son los países más envejecidos, y aumentan su proporción año tras año. España se encuentra ligeramente por debajo de la media de la UE-27 que alcanza el 20,3%.

Figura 11. Porcentaje de personas de 65 y más años. Europa, 2019.



Nota: Porcentaje global solo de la Unión Europea en 27 países (UE-27): 20,3%.

Fuente: 2019: Population on 1 January by broad age group and sex [demo_pjanbroad]. Consulta febrero 2020. Last up date, 24/02/2020.

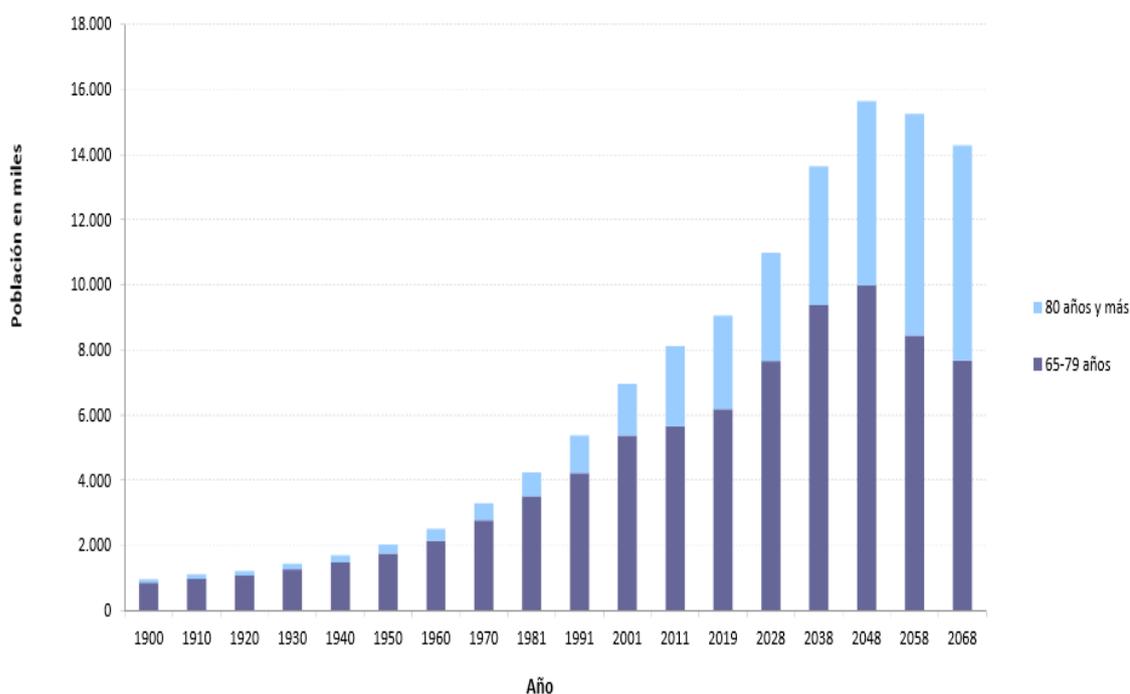
España también continúa su proceso de envejecimiento en el que, siguiendo con la tendencia mundial, se observan los fenómenos del “envejecimiento del envejecimiento” y la “feminización de la vejez”, según datos recogidos en el reciente informe del perfil de las personas mayores 2020 (37).

La pirámide de población de España continúa su proceso de envejecimiento, medido por el aumento de la proporción de personas mayores (las que tienen 65 o más años).

Según los datos estadísticos del Padrón Continuo (INE) a 1 de enero de 2019 hay 9.057.193 personas mayores, un 19,3% sobre el total de la población (47.026.208) (Datos definitivos publicados el 27-12-2019); siguen aumentando, pues, tanto en número como en proporción (Figura 12).



Figura 12. Evolución de la población de 65 y más años. España, 1900-2068.



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

Fuente: INE: 1900-2011: Censos de Población y Vivienda. 2019: Estadística del Padrón Continuo a 1-1-2019. Consulta enero 2020; 2028-2068: Proyecciones de población. Consulta enero 2019.

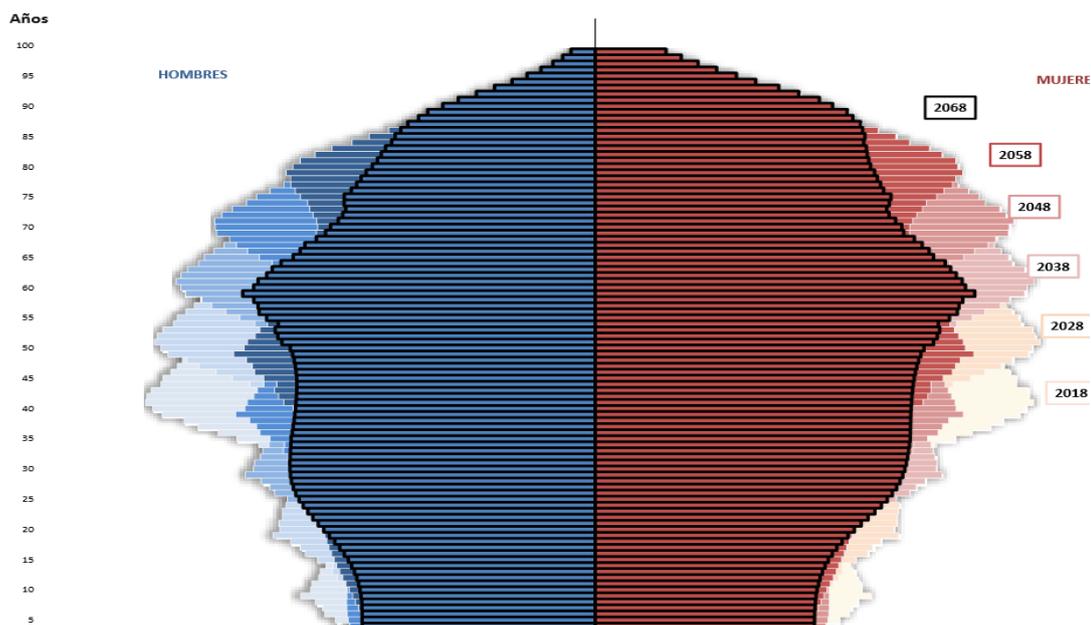
La edad media de la población, otra forma de medir este proceso, se sitúa en 43,3 años; en 1970 era de 32,7. Sigue creciendo en mayor medida la proporción de octogenarios; ya representan el 6,1% de la población, y seguirán ganando peso entre la población mayor en un proceso de “envejecimiento del envejecimiento”.

Los centenarios empiezan a hacerse notar; existen 16.303 empadronados. Según la proyección del INE (2018-2068), en 2068 podría haber más de 14 millones de personas mayores, 29,4% del total de una población que alcanzaría los 48.531.614 habitantes. Durante las décadas de los 30 y 40 de este siglo se registrarían los mayores incrementos, con la llegada a la vejez de las voluminosas cohortes nacidas durante el “baby boom”.

De acuerdo a las citadas proyecciones, en 2068 habría 1,5 millones de habitantes más que ahora (Padrón a 1-1-2019). La estructura por edades de la población cambiará en el futuro. Hacia 2050 las personas mayores casi habrán duplicado sus efectivos actuales. La población en edad laboral (16-64) y los niños (0-15) habrán reducido su peso. Los mayores duplicarán la cifra de niños. La pirámide habrá desarrollado una forma de “pilar de población”, si se mantienen los supuestos de fecundidad, mortalidad y migración de las proyecciones (figura 13).



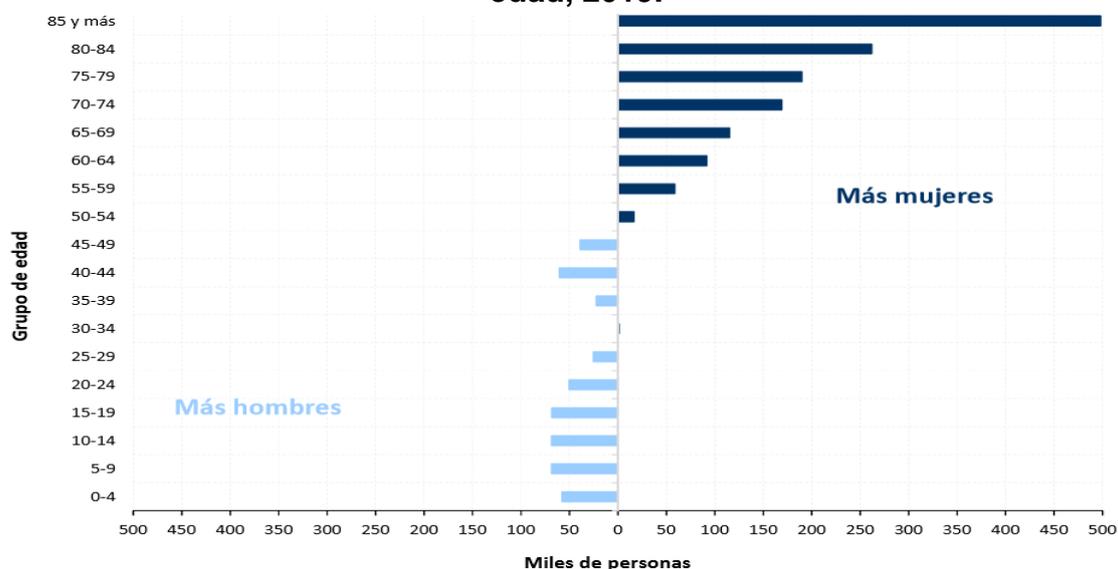
Figura 13. Proyecciones de población por sexo y edad, 2018-2068.



Fuente: INE: Proyecciones de población 2018-2068. Consulta enero 2019.

Las mujeres son mayoritarias en la vejez, superando en un 32% a los hombres (5.145.437 y 3.911.756 respectivamente), y esta principalidad es aún más acentuada cuanto más avanzada la edad (figura 14).

Figura 14. Diferencia entre la población de hombres y mujeres por grupo de edad, 2019.



Fuente: INE: Estadística del Padrón Continuo a 1-1-2019. Consulta enero 2020

Sin embargo, nacen más hombres que mujeres, y este exceso se mantiene hasta que la mayor mortalidad diferencial masculina elimina esa ventaja inicial, muchos años después. Ahora se alcanza el equilibrio entre sexos hacia los 50 años, gracias

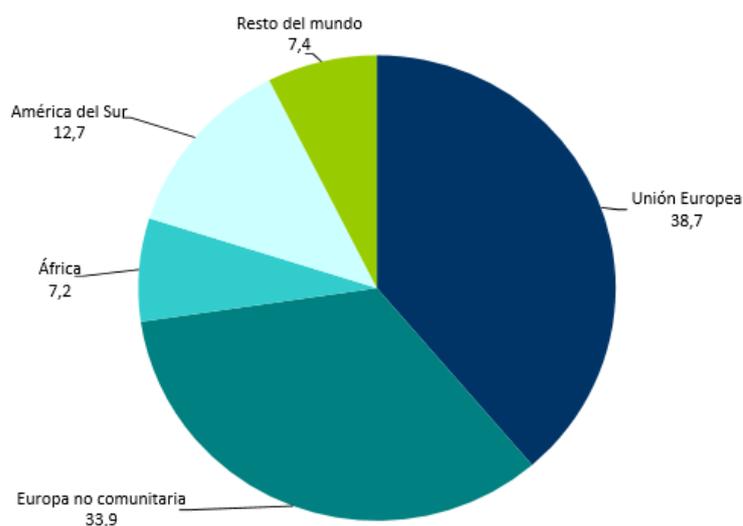


a las mejoras de la supervivencia general, pero en las primeras décadas del SXX, la edad en la que las mujeres excedían en número a los hombres en cada cohorte de nacimiento era en torno a los 14 años.

En 2019, el mayor número de personas de edad se concentra en los municipios urbanos; por ejemplo, en los dos municipios más grandes de España (Madrid y Barcelona) viven un millón de personas mayores (1.011.955), muchas más que en los 5.877 municipios rurales. Sin embargo, el envejecimiento (la proporción de personas mayores respecto del total) es mucho más acentuado en el mundo rural. El mundo rural sigue despoblándose, e incluso el número de personas mayores también disminuye de un año para otro, y la extinción de las generaciones con más edad acelerará ese proceso de despoblación en las próximas décadas

Entre los mayores extranjeros residentes en nuestro país destacan fundamentalmente los procedentes de la Unión Europea y Europa no comunitaria (Figura 15).

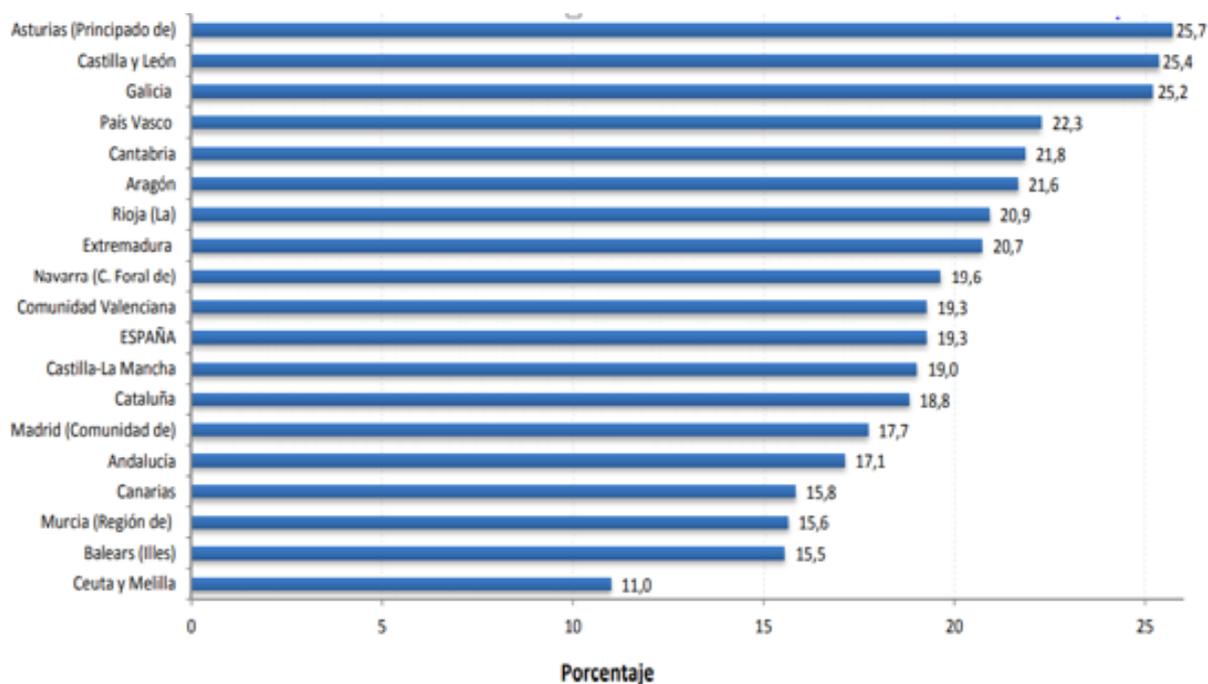
Figura 15. Distribución porcentual de la población extranjera de 65 y más años por nacionalidad, 2019.



Fuente: INE: Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2019. Consulta en enero de 2020. No se incluye R. Unido dentro de la UE.

En cuanto al envejecimiento territorial. Asturias, Castilla y León, Galicia, País Vasco, Cantabria y Aragón son las comunidades autónomas más envejecidas con proporciones de personas mayores que superan el 21%. Baleares, Murcia, y Canarias son las comunidades con proporciones más bajas, por debajo del 16% (Figura 16). Respecto al volumen, y en consecuencia lógica de su volumen de población total, Cataluña, Andalucía, y Madrid son las comunidades con más población de edad, y superan el millón de personas mayores cada una.

Figura 16. Porcentaje de personas de 65 y más años, por comunidades autónomas, 2019.



Fuente: INE: Padrón Continuo a 1-1-2019. Consulta enero 2020.

España es uno de los países de Europa con una mayor esperanza de vida. La esperanza de vida es uno de los indicadores que mejor reflejan las condiciones sanitarias, sociales y económicas de un país. En 2018, las mujeres en España tienen una esperanza de vida al nacer de 85,9 años y los hombres de 80,5 años (83,2, ambos sexos), según las últimas tablas de mortalidad del INE, 2018.

Entre las personas de 65 y más años, las mujeres destacan por tener una esperanza de vida mayor que los hombres: 23,5 sobre 19,5 años (Eurostat, Healthy life years, basado en la Encuesta de Condiciones de Vida, que se viene realizando en todos los países de la UE), pero su esperanza de vida saludable es menor (Figura 17).

La previsión de este envejecimiento es que mantenga una proyección constante y que afecte ponderalmente tanto al grupo de los mayores de 65, como al grupo de los mayores de 80. Se estima que en el año 2052, en España, habrá más de 15 millones de personas mayores (37,2 de su población) (38).

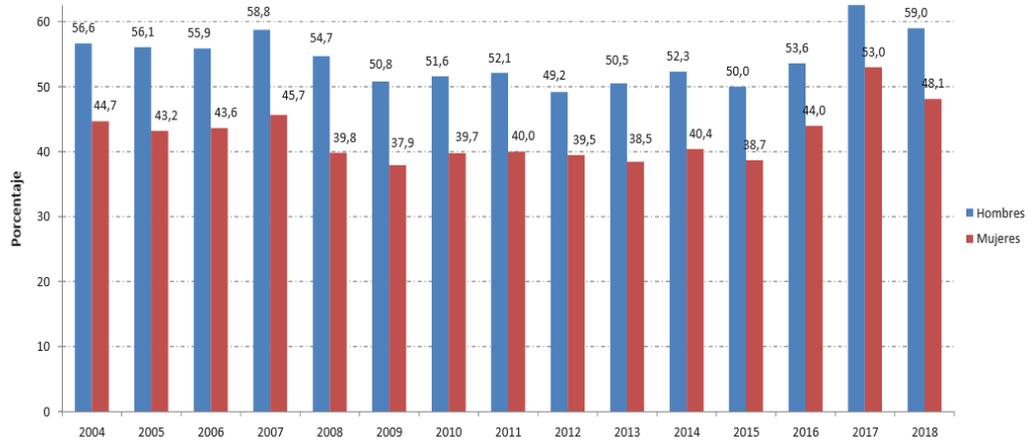
La población de la Comunidad de Madrid aumentó su población en 85.315 nuevos residentes durante el año 2019 con respecto al año anterior (+1,3%)

hasta llegar a los 6.663.394 habitantes. Se trata de datos declarados oficiales del padrón municipal a 1 de enero de 2019 por comunidades autónomas. La población femenina, en estos momentos es mayoritaria, con 3.480.212 mujeres, lo que



supone el 52.05% del total, frente a los 3.205.259 hombres que constituyen el 47.94%.

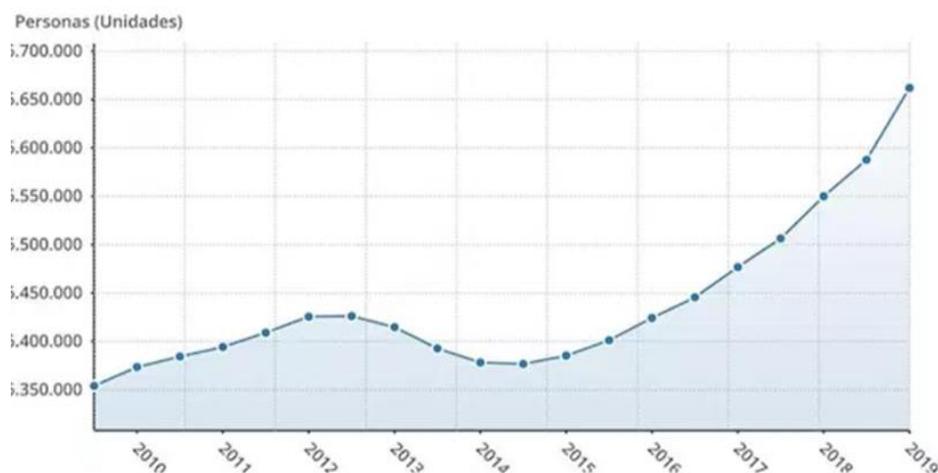
Figura 17. Esperanza de vida saludable a los 65 años respecto del total de esperanza de vida (%), por sexo. España 2004-2018



Fuente: Eurostat: Healthy life years. (from 2004 onwards) [hlth_hlye]. En 2008 hay ruptura metodológica. Encuesta de Condiciones de Vida (SILC). Consulta febrero 2020.

Este aumento de población era un fenómeno que ya venía ocurriendo los años anteriores (figura 18) y refleja el saldo vegetativo y el saldo migratorio, exterior e interior. Según los datos del INE, el saldo vegetativo de la región -diferencia entre el número de nacidos y el número de fallecidos- fue positivo con 8.400 habitantes más.

Figura 18. Evolución de la Población en la Comunidad de Madrid 2010-2019.

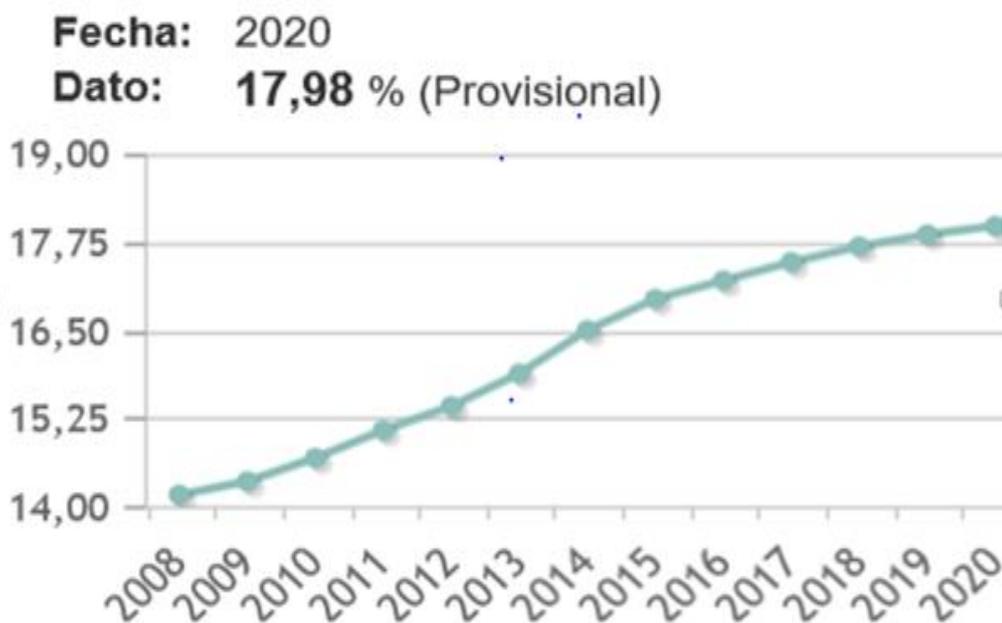


Fuente: INE www.epdata.es

La proporción de personas mayores de 65 años también sigue aumentando, siendo actualmente 17,98% (figura19).



Figura 19. Evolución de la Proporción de personas mayores de 65 años en la Comunidad de Madrid 2008-2020.



INE; <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1488#!tabs-mapa>

Fuente: INE. Indicadores Demográficos Básicos.

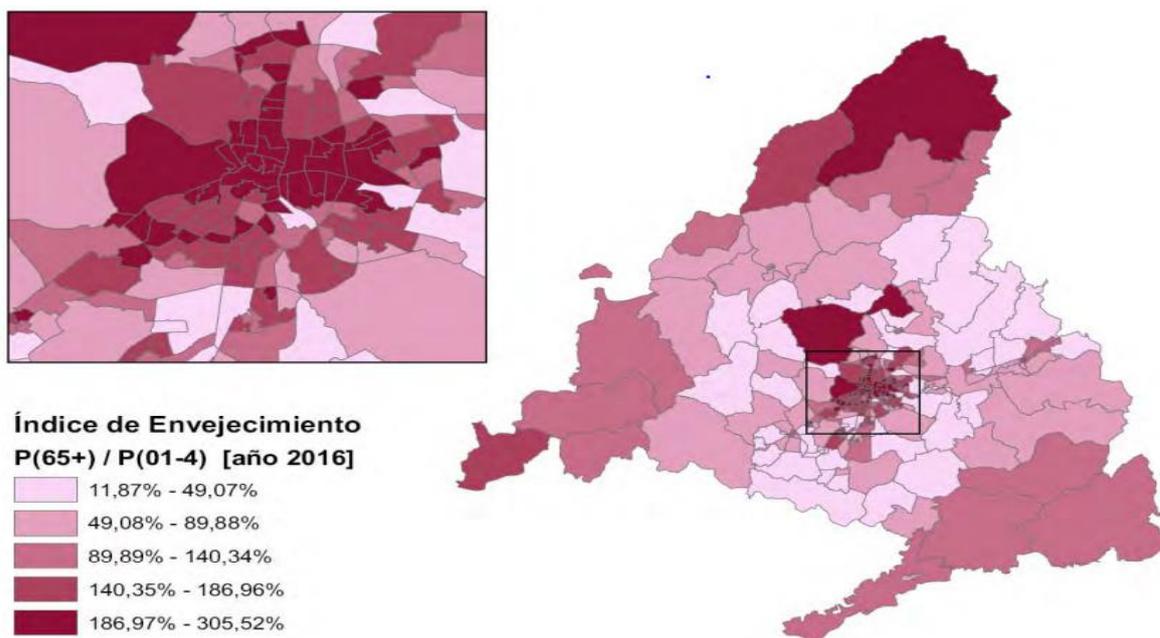
La Comunidad de Madrid se cuenta entre las poblaciones con alta esperanza de vida y baja fecundidad, y por tanto entre aquellas que conocemos como envejecidas. Sin embargo, no es de las que presenta unos mayores indicadores de envejecimiento entre las distintas Comunidades Autónomas.

De acuerdo con las cifras del Padrón Continuo a primero de enero de 2019 la proporción de personas de 65 y más años de edad sobre el total de la población es en Madrid del 17,7%, por debajo de la media del conjunto de España (19,3%).

En 2016, el 19,2% de las mujeres tenía 65 o más años de edad, por un 14,7% de los hombres, y el Índice de Envejecimiento (proporción de personas de 65 y más años de edad sobre menores de 15) de las primeras era de 130,6%, por un 87,6% en los segundos.

El Índice de Envejecimiento por zona básica se puede apreciar en la figura 20. En términos generales se aprecia un patrón de alto envejecimiento en las zonas rurales más alejadas de la corona metropolitana, y también en determinadas zonas urbanas del municipio de Madrid.

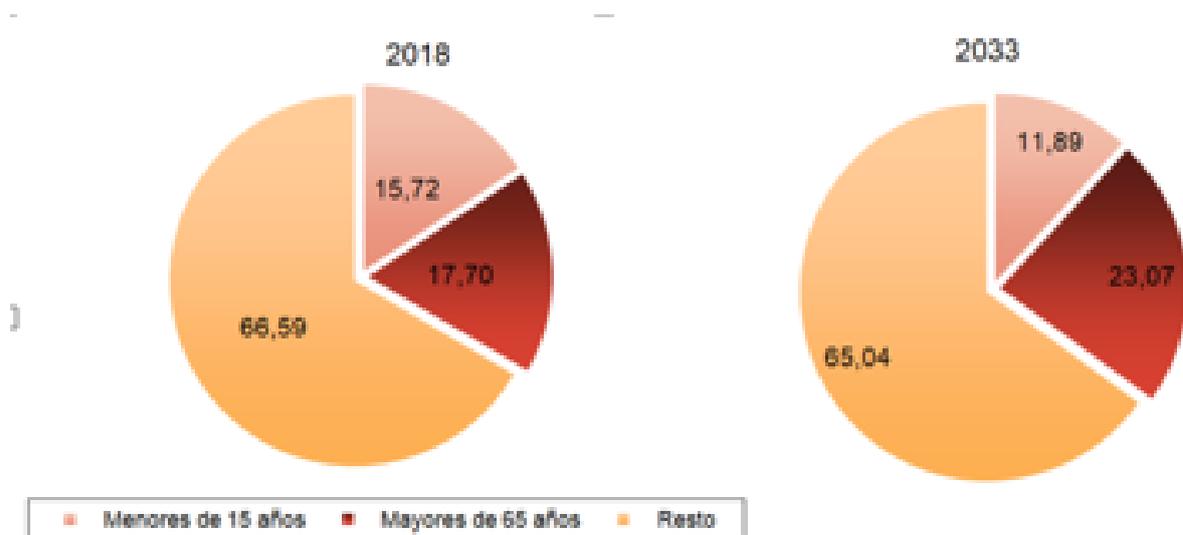
Figura 20. Índice de Envejecimiento (proporción de población de 65 y más años de edad sobre la población de 0 a 14 años de edad), según Zona Básica de Salud. Comunidad de Madrid, 2016.



Fuente: Movimiento Natural de la Población y Padrón continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios de la Comunidad de Madrid.

En la figura 21 se muestra la evolución de los grandes grupos de edad de la Comunidad de Madrid.

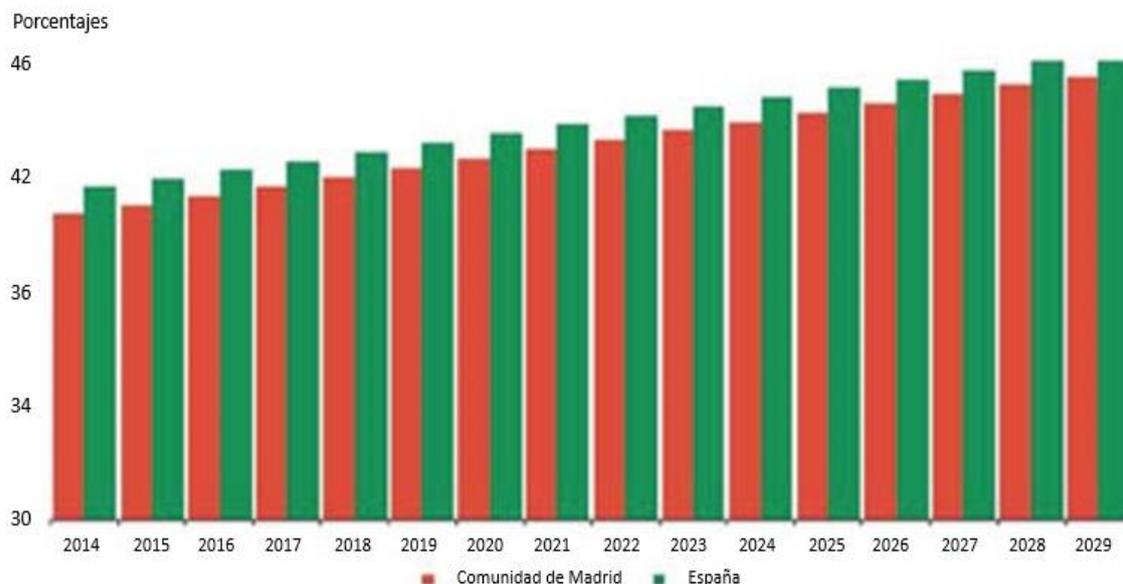
Figura 21. Evolución de los grandes grupos de edad de la Comunidad de Madrid



Fuente: Proyecciones de Población 2018-2033. INE

La edad media de la población ha ido aumentando en los últimos años y su previsión hasta el año 2029 se muestra en la figura 22.

Figura 22. Evolución de la edad media de la población en la Comunidad de Madrid



Fuente: INE, proyecciones de población 2014.

2. Aspectos relacionados con la salud.

El envejecimiento se caracteriza por la acumulación gradual, durante toda la vida, de daños moleculares y celulares, lo que produce un deterioro generalizado y progresivo de muchas funciones del cuerpo, como las funciones de movimiento, sensoriales y cognitivas, la sexualidad, la función inmunitaria, las funciones de la piel, alteraciones emocionales, fragilidad, incontinencia urinaria, caídas, pérdida de la capacidad funcional, mayor vulnerabilidad a factores del entorno y mayor riesgo de enfermedad y muerte. Aunque existe una diversidad notable en cómo se viven estos cambios a nivel individual, se observan tendencias generales cuando se considera la población en su conjunto.

Debido a que la mayor parte de la carga de morbilidad en la edad avanzada se debe a enfermedades no transmisibles, los factores de riesgo de estas afecciones son blancos importantes en la promoción de la salud. Las estrategias para reducir la carga de la discapacidad y la mortalidad en la edad avanzada mediante hábitos saludables y control de factores de riesgo, deben comenzar a una edad temprana y continuar a lo largo de toda la vida. Poniendo especial énfasis en el ejercicio físico, la nutrición y la seguridad, sin descuidar aspectos emocionales y sociales, que son importantes determinantes de la salud.



La valoración del propio estado de salud viene condicionada por las enfermedades padecidas, por las características personales del individuo y otras razones socioeconómicas o residenciales; refleja los factores sociales, económicos y del entorno de la persona. El estado de salud subjetivo varía poco entre encuestas. El 45,4% de los mayores percibe su salud como buena o muy buena; 80,6% en el resto de la población (Encuesta Nacional de Salud 2017). Las percepciones negativas aumentan con la edad. El sexo es un factor diferenciador de la salud subjetiva; el 52,3% de los hombres mayores valora bien o muy bien su estado de salud, mientras que sólo lo hace el 40,0% de las mujeres de esta edad.

El patrón de edad de la mortalidad de la población en su conjunto está determinado por las causas de muerte de los mayores, que suponen el 86,0% de todos los fallecidos en España (2018), una proporción que aumenta respecto al año anterior. A principio del siglo XX no llegaba al 30%, dada la importancia de la mortalidad infantil. En todos los grupos de edad las tasas de mortalidad masculina superan a las femeninas. En general la tendencia es a un retraso de la mortalidad. En 2018, la principal causa de muerte entre los mayores está relacionada con enfermedades del aparato circulatorio: provocó 109.984 fallecimientos. El cáncer (tumores) es la segunda causa (85.812 fallecidos), y en tercer lugar, a distancia, se encuentran las muertes por enfermedades respiratorias (50.469). Destaca el aumento de las tasas de mortalidad por enfermedades mentales y nerviosas en los últimos lustros.

En la Comunidad de Madrid, cinco de cada seis muertes (85,4% del total) ocurridas en 2015 corresponden a personas con 65 o más años de edad. Esta proporción es mayor en las mujeres (89,8%), que gozan de una menor mortalidad prematura y un mayor nivel de supervivencia que los hombres (80,8%).

En términos generales, la concentración de defunciones por encima de los 65 años se cumple para casi todas las causas de defunción. Más allá de las salvedades propias de aquellas causas vinculadas por definición a edades más tempranas (afecciones del periodo perinatal, anomalías congénitas, causas maternas), sólo las causas externas (especialmente en hombres), las enfermedades infecciosas y las mal definidas (de nuevo especialmente entre los varones) tienen un peso relativo importante por debajo de los 65 años de edad. Los tumores en los hombres (tasa en población de 65 y más años de 1.254,0 por cien mil, en 2015) y las enfermedades circulatorias en las mujeres (1.052,6 por cien mil) son las principales causas de defunción en la población mayor madrileña. (39).

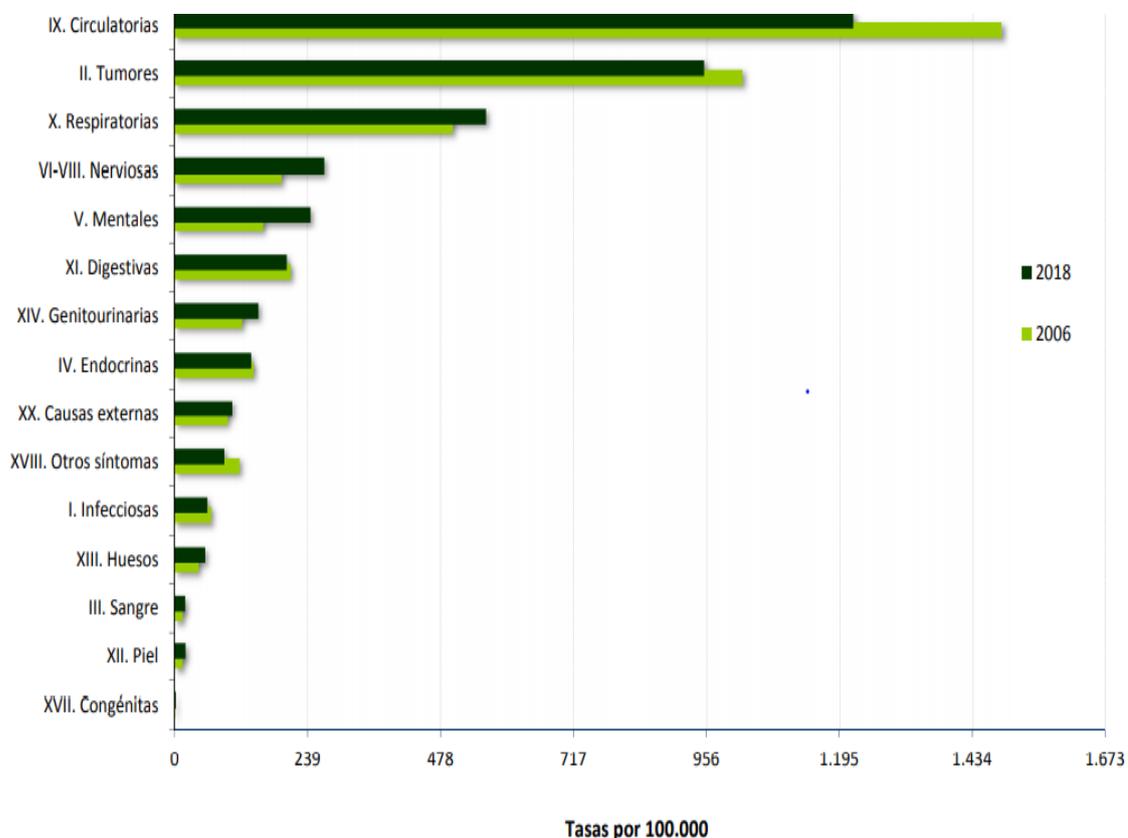
En la figura 23 se presentan las tasas de mortalidad de la población de 65 y más años por causa de 2006 y 2018.

Hombres y mujeres tienen un patrón de mortalidad diferente. En los hombres se acentúa la mortalidad por causa externa en las edades jóvenes, y los tumores la sustituyen en la madurez y vejez. En las mujeres, las causas externas son menos



importantes y predominan los tumores, salvo en la vejez en la que las enfermedades del sistema circulatorio tienen más relevancia.

Figura 23. Tasas de mortalidad de la población de 65 y más años por causa, 2006 y 2018.



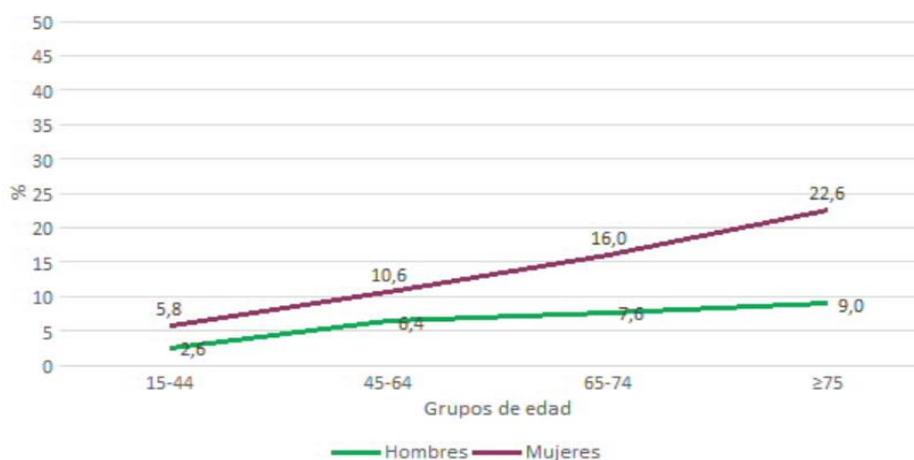
Fuente: INE: Defunciones según la Causa de muerte 2018. Consulta febrero 2020. Envejecimiento en Red 2020.

Durante el año 2015, el 96,1% de la población mayor de 64 años con derecho a la asistencia en el sistema sanitario público ha sido atendida en Atención Primaria. Estas cifras han venido incrementándose notablemente en los últimos años y en algunos casos llegan a superar el 100% al considerarse en el numerador todas las personas que han recibido algún apunte en su historia clínica a lo largo del año, independientemente de si se trata de población desplazada temporalmente en la Comunidad de Madrid o si causa baja en la base de Tarjeta Sanitaria en el año, factores que afectan frecuentemente a este grupo de edad. Los porcentajes tienden a ser superiores en las Direcciones Asistenciales Oeste, Sur y Este.

Las mujeres tienen mayor esperanza de vida que los hombres, pero su esperanza de vida en buena salud es menor, con mayores tasas de morbilidad hospitalaria, mayor prevalencia de enfermedades crónicas y niveles más elevados de deterioro funcional y discapacidad (figuras 24 y 25) (Datos del Servicio de Informes de Salud y Estudios).

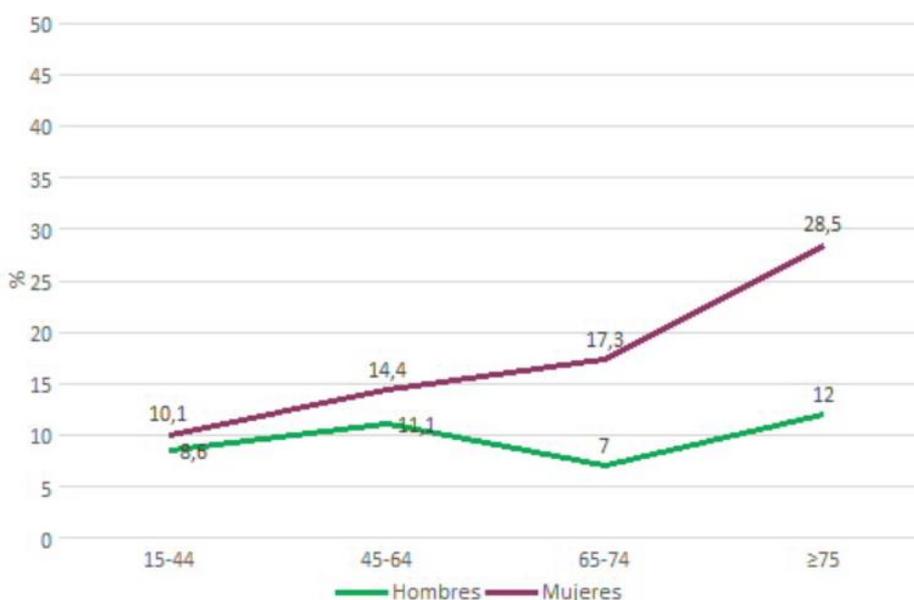


Figura 24. Prevalencia de dolor (severo/extremo) en las dos últimas semanas según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2017.



Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Comunidad de Madrid. 2019 (En prensa).

Figura 25. Mala salud mental según el Cuestionario General de Salud GHQ-12 (puntuación ≥4). Prevalencia según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2017.



Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Comunidad de Madrid.2019 (En prensa).

3. Aspectos sociales. Formas de convivencia.

De la misma forma que se observa que las personas mayores constituyen un colectivo heterogéneo desde el punto de vista demográfico, se aprecian diferencias significativas desde el punto de vista de los hogares que conforman. Para tener una

mejor comprensión de cómo viven las personas mayores, es necesario considerar sus relaciones y formas de convivencia.

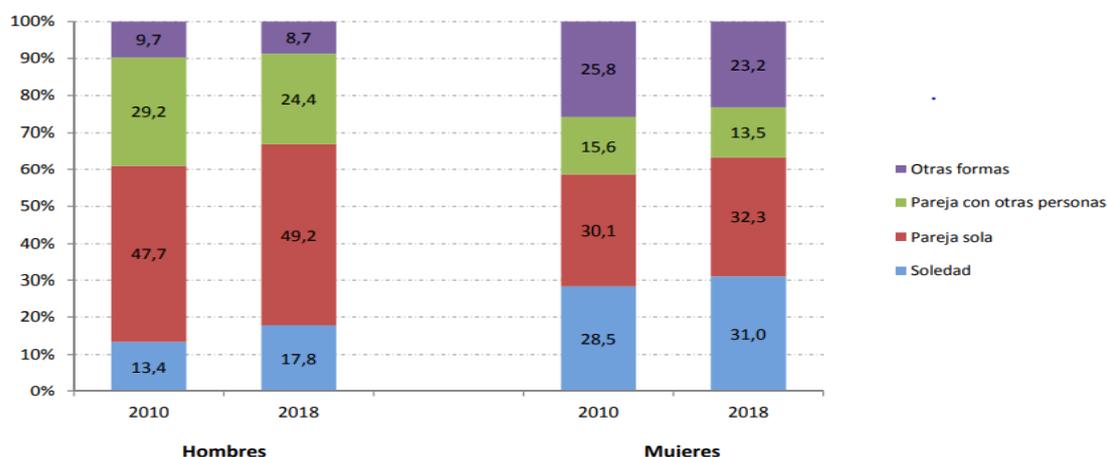
En los últimos años, los hogares de las personas mayores, y en especial sus pensiones, han adquirido una relevancia social notable. Han sido ellos y ellas, las que han mitigado en el ámbito de sus hogares las consecuencias de las crisis económicas(40).

Durante la vejez, y hasta edades muy avanzadas, la edad aumenta la probabilidad de vivir en soledad.

En España, se viene observando en los últimos años un incremento de los hogares unipersonales en personas de 65 y más años, aunque las proporciones son todavía menores que en otros países europeos. La proporción es mayor entre las mujeres que entre los hombres (2018: 31,0% frente a 17,8%) pero en éstos ha habido un aumento notable en los últimos años (figura 26).

La forma de convivencia mayoritaria entre los hombres de 65 y más años es la pareja sola (sin hijos ni otros convivientes), y en el futuro se espera que aumente, y tenga consecuencias en la redistribución de los cuidados dentro del hogar, con el hombre teniendo algo más de protagonismo como cuidador.

Figura 26. Formas de convivencia de las personas de 65 y más años por sexo. España, 2010-2018



Fuente: Eurostat: Distribution of population aged 65 and over by type of household - EU-SILC survey [ilc_lvps30]. Consulta febrero 2020.

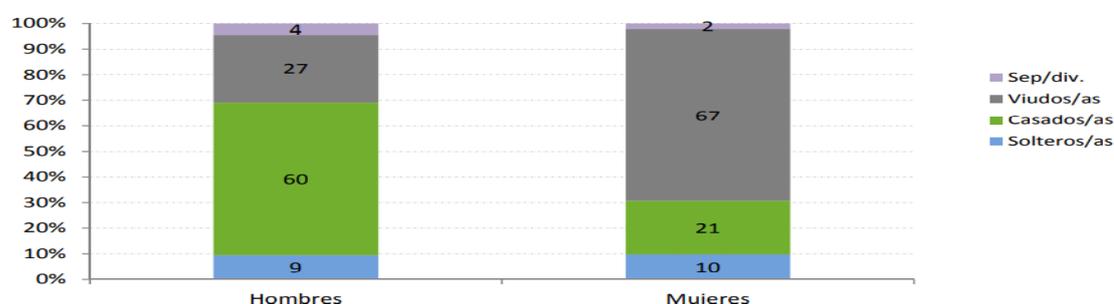
El estado conyugal influye en muchos órdenes de la vida de los mayores: tipo de hogar, salud, ingresos, etc. Desde el año 1970 hasta 2018, ha disminuido el porcentaje de solteros y el de viudos a favor del de casados y, en menor medida, del de separados, lo que denota una disminución de las tasas de mortalidad, especialmente de hombres. El 60,2% de las personas mayores están casadas



(75,8% de los hombres, 48,0% de las mujeres) y el 28,2% viudas (12,0% y 40,9% respectivamente) (2018) (40).

En 2018, el porcentaje de hombres casados supera al de las mujeres en todos los grupos de edad de 65 y más años, y supera también el resto de estados civiles de los hombres. En cambio, entre las mujeres predominan las viudas a partir de los 75 años sobre el resto de estados civiles. Es fácil comprender que los hombres tienen más probabilidad de morir estando casados y las mujeres estando viudas. (Figura 27).

Figura 27. Estado civil de las personas mayores al fallecer según sexo (%), 2018.



Fuente: INE: Defunciones por Comunidad autónoma, edad, sexo y estado civil ,2018. Consulta febrero 2020.

La forma de convivencia más común entre las personas mayores (65 y más años), residentes en viviendas familiares, es la de pareja sin hijos y sin otros convivientes, es decir, pareja sola (40,7%, 2016), bien porque los hijos se han emancipado (nido vacío), o porque no los tuvieron, o por otras causas.

También destaca la importancia de los hogares unipersonales: las personas que viven solas alcanzan el 22,9% de todos los mayores y suman 1,9 millones y de ellos dos terceras partes son mujeres. Estos hogares se forman, principalmente, cuando sobreviene la viudez y la persona que sobrevive permanece en el domicilio propio, ya sin compañía.

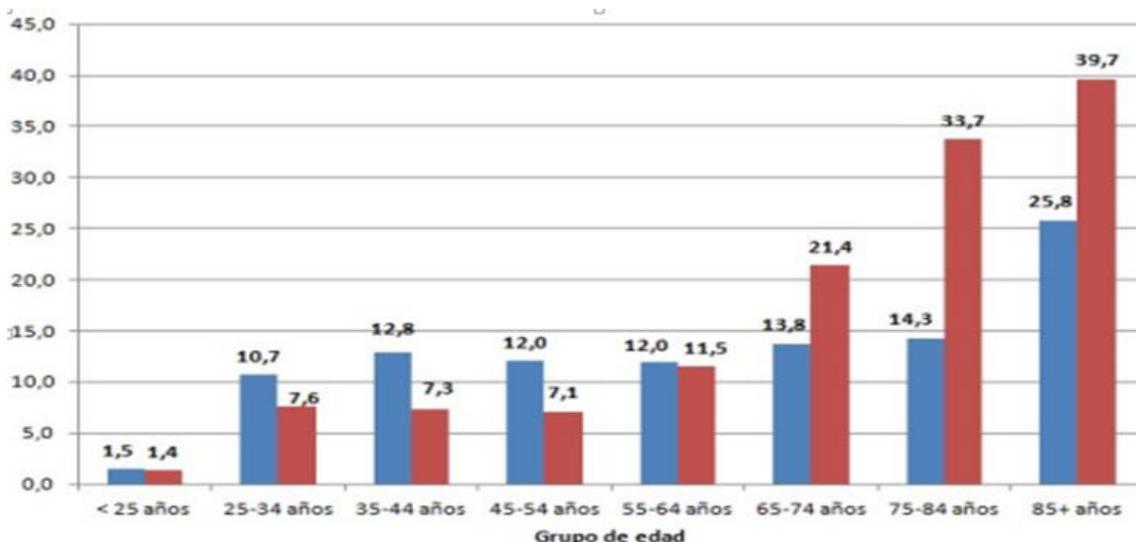
Siguen a continuación el resto de las formas de convivencia (pareja con hijos, pareja con hijos y otras personas, monoparentales, otras situaciones). Estos datos proceden de la Encuesta continua de hogares 2016, difundida el 5-4-2017 por el Instituto Nacional de Estadística.

En España, la proporción de mujeres mayores que vive en soledad supera a la de hombres (2016: 28,8% frente a 14,7%). La soledad aumenta con la edad y en la vejez es sobre todo femenina. Las mujeres representan el 70,7% de los solitarios mayores (565.800 hombres, 1.367.400 mujeres). En cuatro de cada diez hogares solitarios en España reside una persona mayor, y en tres de ellos se trata de una



mujer, con la característica añadida de que es una mujer de edad avanzada. Llama la atención que cuatro de cada diez mujeres de 85 y más años viven solas (figura 28).

Figura 28. Propensión a vivir solo por sexo y grupo de edad. España, 2016.



Fuente: Encuesta continua de hogares (2016). Inebase, consulta abril 2017.

Nota: "Propensión" es el cociente entre el número de personas de cada grupo de edad que viven solas y el número total de personas en ese grupo de edad.

Vivir solo o compartir el hogar con la pareja se ha convertido en una realidad que lleva décadas expandiéndose en España, así como en el resto de países occidentales: la independencia residencial entre las generaciones, en detrimento de la convivencia con hijos u otros familiares.

Es fundamental atender a esta realidad, desde el diseño de las políticas públicas, hasta los recursos sociales y económicos. El elevado número de mujeres mayores que viven solas constituye un reto de especial relevancia. La soledad y la ausencia de relaciones sociales que se deriva de formas de convivencia individuales potencian, en la mayor parte de los casos, un significativo deterioro de la calidad de vida de las personas mayores.

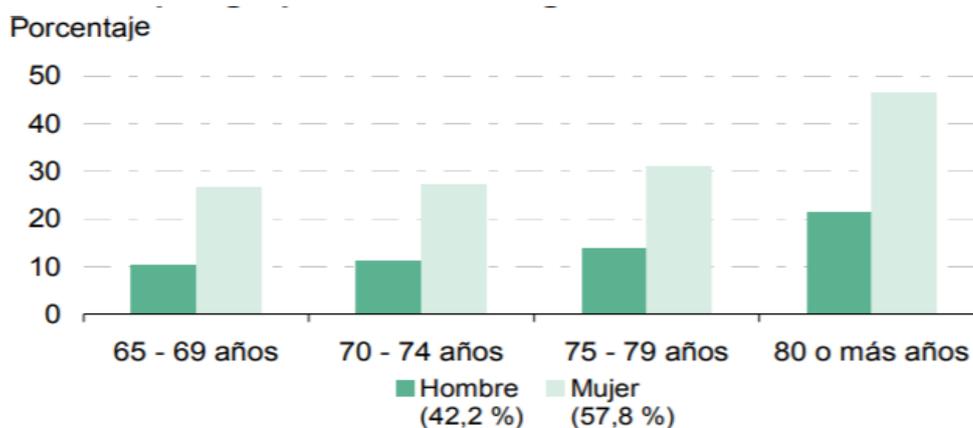
Aunque en España se ha observado en los últimos años, un incremento de los hogares unipersonales en personas de 65 y más años, las proporciones son más bajas que en otros países europeos.

La Encuesta de Población Activa de 2017 arroja datos similares para la Comunidad de Madrid en relación a la proporción de mujeres mayores que viven solas (figura 29).

Según la Encuesta Continua de Hogares 2018 en la Comunidad de Madrid hay 667.700 hogares unipersonales 24,83 % son de personas mayores de 65 años.



Figura 29. Población de 65 y más años que vive sola respecto a la población del mismo grupo de edad por grupos de edad según sexo 2017.



Fuente: Instituto de Estadística. Características de la población y los hogares en la C. de Madrid a través de la Encuesta de Población Activa (<http://www.madrid.org/iestadis/fijas/estructu/sociales/descarga/phepa17cu.pdf>).

El 73% de las personas mayores que viven solas son mujeres. Del total de mayores que viven en la Comunidad de Madrid el 23% viven solos. En el 2030 será el 30%. El 35% de los mayores de 85 años viven solos.

De permanecer las tendencias actuales, el Instituto Nacional de Estadística, en sus proyecciones demográficas y de hogares, calcula que en 2033, esto es, en tan solo 15 años, habrá en España más de seis millones de personas que vivan solas.

La frecuencia de contactos entre las distintas generaciones de una familia es uno de los principales vehículos de la solidaridad familiar, que atenúa en gran manera las necesidades de ayuda de los mayores. Los contactos intergeneracionales son más frecuentes en los países meridionales que en el resto de Europa.

En cuanto a las personas que residen en instituciones, muchas veces sufren por el aislamiento de su entorno habitual y la falta de contacto con su familia y vecinos de toda la vida. Más de la mitad de las personas mayores institucionalizadas manifiestan sentimientos de soledad.

En cuanto al tema del cuidado, las mujeres de menos de 65 años, especialmente las de 45-64, contribuyen con más de la mitad de todo el volumen de cuidado (medido en horas) aportado por todos los cuidadores (48,4%). Y es una mujer mayor la que recibe la mayor parte del cuidado provisto por cualquier cuidador (47,1%).

Han pasado los años y ha tenido lugar el despliegue de políticas sociales de atención a la dependencia. Sin embargo, el patrón se mantiene, aunque aumenta algo el tiempo de cuidado prestado por los hombres, en especial el de los hombres mayores, y desciende el de las mujeres. Esto puede explicarse por el proceso de



envejecimiento (y envejecimiento de los ya viejos) y de evolución de los tipos de hogar, más que por modificación de mentalidades y de la cultura del cuidado.

Las parejas envejecen y los hombres de edad asumen el papel de cuidador que no desarrollaron siendo jóvenes; además, hay más hombres en esa tesitura que antes debido a una mayor supervivencia.

La persona que cuida de los hombres mayores que necesitan ayuda es fundamentalmente su cónyuge, seguida de su hija. En el caso de las mujeres mayores que necesitan ayuda se invierte el orden, son las hijas las que se hacen cargo de los cuidados más frecuentemente.

Por tanto, la hija de edad intermedia suele ser el pilar del cuidado en España. El cuidado tiene efectos en el empleo, dado que la mayoría de las personas que cuidan están en edad laboral. En la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) se preguntó a las personas empleadas o con experiencia laboral previa acerca de los efectos en su trabajo de cuidar a familiares con discapacidad (de cualquier edad). La mujer sufre en mayor medida consecuencias negativas, pues a veces tiene que interrumpirlo o reducir su tiempo de trabajo.

La ECV también revela una nueva tendencia: los hombres mayores cuidan en proporciones crecientes. Según el módulo de 2016 sobre cuidado, el 13,6% de los hombres mayores cuidan de personas dependientes; también lo hace el 14,0% de las mujeres, que en cifras absolutas suponen la mayoría en el total de cuidadores de estas edades.

Las personas mayores, hombres y mujeres, cuando cuidan lo hacen con alta dedicación horaria; más de dos tercios de ellos dedican más de 20 horas a la semana al cuidado. Esta cuestión descubre la importante contribución de las personas mayores a la sociedad, cuidando de otros, ayudando económicamente, dando apoyo emocional, consejos, etc. (40).

4. Conclusiones.

Una de las razones por las que el envejecimiento se ha convertido en una cuestión política clave, es que tanto la proporción, como el número absoluto de personas mayores, están aumentando de forma notable en todo el mundo. El envejecimiento de la población, y la evolución de la dependencia, son grandes retos que hay que gestionar para garantizar y aumentar el bienestar social de este grupo de población.

Como señalan Abellán y Pujol (2016) “se observa un deseo (cuando no es forzado) de vida en soledad y capacidad para llevarla adelante”, es decir, se vislumbra el



deseo de las personas mayores de vivir de manera autónoma y elegir vivir solas, como vía para lograr dicha autonomía y autogobierno (López-Doblas, 2005).

Esto es un símbolo del éxito de las sociedades que han alcanzado un mayor desarrollo social y económico. Sin embargo, no siempre es una situación que se elige voluntariamente, y las consecuencias emocionales de percibir la obligación de vivir en soledad son muy negativas para las personas mayores (41,42).

Vivir solo o compartir el hogar con la pareja se ha convertido en una realidad que lleva décadas expandiéndose en España, así como en el resto de países occidentales: la independencia residencial entre las generaciones, en detrimento de la convivencia con hijos u otros familiares.

Es fundamental atender a esta realidad, desde el diseño de las políticas públicas, hasta los recursos sociales y económicos. El elevado número de mujeres mayores que viven solas constituye un reto de especial relevancia. La soledad y la ausencia de relaciones sociales que se deriva de formas de convivencia individuales potencian, en la mayor parte de los casos, un significativo deterioro de la calidad de vida de las personas mayores.

Por ello, desde un enfoque de análisis (y también de preocupación) ante los fenómenos demográficos y sociales descritos, existe cierta inquietud ante los datos, puesto que apuntan el posible debilitamiento de los sistemas de apoyo familiar y de seguridad en la vejez y, dado que la fertilidad seguirá reduciéndose probablemente, esto supondrá que las personas mayores dispondrán de menos fuentes de apoyo y soporte familiar cuando envejeczan y serán más vulnerables ante situaciones de fragilidad (United Nations, 2014).

Sin embargo, desde una lectura más positiva, estos datos también indican que el perfil de las personas mayores ha evolucionado, y conseguido un envejecimiento más favorable que se traduce en mayor independencia y autonomía.

También es necesario atender el envejecimiento desde un enfoque más realista y positivo, que tenga en cuenta el nuevo perfil de las personas mayores y sus potencialidades para envejecer como deseen.

Por todo lo anterior, tal y como se afirma desde Naciones Unidas, todos los países deben tomar medidas, con el fin de anticipar y planificar acciones para asegurar el bienestar de las personas mayores, proteger sus derechos, su seguridad económica, el acceso a los adecuados servicios de salud, y facilitarles redes de apoyo formal e informal (United Nations, 2014; United Nations, 2015).



III. RELACIONES SOCIALES Y ENVEJECIMIENTO SALUDABLE.

1. Funcionamiento social de las personas mayores.

La red de apoyo social constituye una de las claves centrales de la experiencia individual de identidad, bienestar, y competencia del adulto mayor (43).

Estamos asistiendo a cambios demográficos relevantes con un incremento progresivo de personas mayores con edades avanzadas, destacando aquellas que viven solas. Esta situación puede generar la aparición del fenómeno de la soledad no deseada en nuestros mayores. Envejecer viviendo solos por propia voluntad, es una conquista social asociada al incremento de la longevidad. Cada vez, hay un número mayor de personas que pueden vivir solas con plena autonomía e independencia. Pero vivir en soledad, con edades avanzadas, sin redes familiares o sociales, con deterioro del organismo y enfermedades y bajos ingresos tiene consecuencias negativas para la salud y el bienestar, y puede conducir a situaciones de aislamiento social.

El envejecimiento es una etapa dentro del ciclo de la vida en la que interactúan factores biológicos, psicológicos y sociales. Aunque el envejecimiento sea un proceso universal, durante el mismo existe una gran variabilidad interindividual que hace que cada persona envejezca de una forma o de otra (44).

A nivel social, el envejecimiento lleva consigo una serie de cambios tanto poblacionales como personales que afectan al propio individuo en cuanto al apoyo social percibido por el mismo. Entre dichas experiencias se encuentran los cambios de residencia, la menor participación en la sociedad, la mayor vulnerabilidad ante los acontecimientos inesperados, la incorporación de la mujer al mundo laboral, las transformaciones de los patrones conyugales, el fallecimiento de la pareja o de los amigos cercanos, la independización de los hijos y las consecuencias de la misma, que supone un menor contacto con ellos, y la jubilación, que también limita la relación más constante con los compañeros del trabajo. Todos estos cambios afectan a la disponibilidad de una red social de apoyo haciendo que se pueda incrementar el sentimiento de soledad y el aislamiento social.

El apoyo social es entendido como las transacciones interpersonales que implican ayuda, afecto y afirmación (45), y que abarcan cuatro categorías: materiales, instrumentales, emocionales y cognitivas.

Los apoyos materiales suponen recursos monetarios como el dinero o los regalos, y no monetarios como los alimentos o la ropa.



Los apoyos instrumentales caracterizados por ayudas tangibles serían el transporte, la ayuda en las tareas del hogar y el cuidado y el acompañamiento.

Los apoyos emocionales incluirían la transmisión de afecto, la empatía, la preocupación por los demás, etc.

Y por último los apoyos cognitivos, a través de la transmisión de información, de consejos, etc.

Son evidentes los efectos positivos que reporta el apoyo social en los adultos mayores (46):

- El apoyo social percibido por las personas mayores se traduce en bienestar, disminuyendo el sentimiento de aislamiento y aumentando las conductas de afrontamiento a las enfermedades.
- Igualmente, modera el impacto de los sucesos vitales estresantes sobre el estado de salud en general.

La interacción positiva encontrada entre el apoyo social percibido, el estado emocional adaptativo y las actitudes positivas hacia la vejez y el envejecimiento, confirma la importancia del papel del apoyo social en las personas mayores.

Especialmente, el apoyo social parece desempeñar un importante papel para moderar el impacto de los sucesos vitales estresantes sobre la salud elevándose las tasas de mortalidad entre las personas con escaso apoyo social (47).

Han sido comprobados sus efectos sobre la percepción de estabilidad, el afecto y la autoestima (48), así como una relación positiva entre el apoyo social y la salud física de las personas mayores (49).

Muchos estudios reflejan el importante papel que desempeña la familia para las personas mayores como principal fuente de apoyo social, y serían las hijas las principales cuidadoras de los mayores (50).

También se ha evidenciado que es saludable el apoyo social recibido a través de conversaciones telefónicas y de visitas de amigos, familiares y vecinos, así como la participación en las actividades sociales (51).

Las fuentes de apoyo de las personas mayores pueden ser formales e informales.

El sistema de apoyo formal tiene una organización burocrática, con objetivos específicos en determinadas áreas y es dispensado por profesionales o voluntarios con el fin de garantizar el cumplimiento de sus metas.

El sistema de apoyo informal está representado por redes personales y comunitarias no estructuradas. La forma más común de apoyo informal a las



personas mayores es la familia, pero también cuenta con otras fuentes como son las redes de amigos y vecinos, cuyos vínculos se establecen en función de los intereses comunes y las actividades compartidas (52). Estos apoyos son más públicos que los dispensados en la familia, pero también más personales que los proporcionados por el sistema formal (53).

La red social aporta a la persona calidad de vida tanto en aportaciones materiales como en apoyo afectivo, siendo este último de gran importancia, sobre todo para la persona mayor.

Respecto a las redes sociales, existen diferencias de género debidas a los roles que han sido desempeñados por los hombres y las mujeres en la sociedad. Varían en parámetros como el número, el tipo y la calidad de las relaciones familiares y personales.

Los hombres han contado con mayor apoyo social, debido a su integración laboral, y las mujeres en cambio, tradicionalmente han recibido más apoyo a nivel familiar y comunitario ((54).

El tamaño de la red en las personas mayores está supeditado a diversas variables como la mortalidad de sus coetáneos, los cambios de domicilio, la institucionalización, el estado de salud, la viudedad o la jubilación.

Cuanto más extensa y diversa es la red de apoyo socioemocional (jóvenes, viejos, familiares, amigos) mayor es su eficacia.

La ayuda proporcionada por la familia es crucial, sobre todo, en los periodos de crisis, como el padecimiento de una enfermedad crónica, momentos de duelo etc. Las interacciones con la familia más cercana son consideradas esenciales para el bienestar, puesto que generan sentimientos de aprecio, conexión y apoyo. Con el paso del tiempo la familia más cercana se convierte en la principal, y a veces única, fuente de apoyo.

Durante esta etapa vital, es también fundamental, estar rodeado de amigos de confianza y compartir actividades con personas de su misma edad, particularmente ante la ausencia de vínculos familiares. El apoyo de las amistades, refuerza las relaciones sociales, favoreciendo la integración social de la persona mayor. Por lo tanto, serían los familiares y las amistades las dos fuentes principales de apoyo para la persona de edad avanzada (55).

Asimismo, se observa una tendencia creciente en el número de personas mayores de 80 años que viven solas en su hogar, particularmente en mujeres. En consecuencia, las personas de edad avanzada muestran un mayor riesgo de aislamiento social y soledad.



En el lado opuesto, sabemos que las personas mayores se involucran en actividades formales (por ejemplo, voluntariado) y se comprometen con su comunidad (por ejemplo, a través de reuniones vecinales) en mayor medida que personas más jóvenes.

En esta etapa de la vida, las relaciones sociales predominan por su calidad más que por su cantidad y la reciprocidad adquiere un mayor valor.

Asimismo, la participación social es determinante. Participar en la comunidad y ser una persona socialmente comprometida genera el sentimiento de competencia y pertenencia al grupo, favorece la comunicación y fomenta la autoestima.

De acuerdo con la teoría de la selectividad emocional, los objetivos orientados al presente adquieren mayor valor cuando el tiempo se percibe como limitado. Así, a medida que envejecen, las personas prestan más atención a la calidad emocional de los intercambios sociales y descartan aquellas relaciones que tienen menos probabilidades de ofrecer la reciprocidad esperada.

La vejez es un periodo vital en el que el nivel de dependencia tanto físico como psicológico, puede incrementarse considerablemente, colocando a la persona mayor, en un estado de vulnerabilidad. La red de apoyo social se convierte entonces en un importante andamiaje para la persona mayor (56).

La evidencia científica demuestra que, las redes y mecanismos psicosociales contruidos a lo largo de la vida, juegan un importante papel en el logro de un envejecimiento saludable. Constituye un importante recurso de adaptación y un mecanismo diferenciador de un buen o mal ajuste de afrontamiento al proceso de envejecimiento.

Abraham Maslow, el padre de la Psicología Humanista, lo considera dentro de las necesidades básicas del ser humano. Concretamente las relaciones familiares, la disponibilidad de un confidente, la participación en su comunidad y la continuidad de su papel de miembro activo en la vida familiar, tienen gran repercusión en la salud, y en el proceso de envejecimiento (57).

Esta información podría ser muy útil, a la hora de formular objetivos específicos, en la política sociosanitaria de las personas mayores.

Aunque la influencia de las relaciones sociales sobre la mortalidad ha sido objeto de investigación desde hace tiempo, no es hasta finales del siglo XX, cuando prolifera la publicación de trabajos sobre su efecto sobre la salud y, más concretamente, sobre la salud de las personas mayores (57).



2. Modelos conceptuales del efecto de las relaciones sociales sobre la salud.

La evidencia empírica sobre la asociación de distintos aspectos de las relaciones sociales (diversidad de la red social, participación en actividades comunitarias, apoyo emocional recibido, rol jugado en la vida de los demás, disponibilidad de un confidente, etc.) con el proceso de salud-enfermedad ha llevado a la elaboración de distintos modelos conceptuales, especialmente útiles para la investigación científica.

El primer modelo conceptual sobre el efecto de las relaciones sociales sobre la salud de Cassel en 1997, sistematizó el conocimiento acumulado hasta aquel momento, mediante la revisión de 30 trabajos en animales y seres humanos, que habían mostrado un efecto protector de las relaciones sociales. La explicación que propusieron estos autores era que el medio social y el apoyo que proporciona, cuando está ausente, actúa como un mecanismo estresante en sí mismo (58).

Desde entonces, y especialmente en la última década del siglo XX, muchos investigadores han publicado trabajos sobre la relación de las redes y el apoyo social, con la mortalidad general y con diversos aspectos del proceso salud-enfermedad: Broadhead et al. (1983); House et al. (1988); Seeman (1996).

A partir de las pruebas proporcionadas por estos estudios, Berkman y Glass (2000) elaboraron un modelo conceptual más completo sobre la influencia de las relaciones sociales en la salud.

Berkman y Glass (2000), al estudiar cómo influyen las relaciones sociales en la salud, proponen un modelo en el que las redes sociales de un individuo actúan por medio de mecanismos psicosociales (entre los que se incluyen el apoyo social y la vinculación social), sobre unas vías comunes, fisiológicas (eje hipotálamo-hipofisario, reactividad cardiovascular, sistema inmune, etc.), psicológicas (sentimiento de bienestar, autoestima, locus de control, capacidad de adaptación, etc.) o, de comportamiento (hábitos de vida saludables o nocivos), que son las que acaban produciendo los efectos sobre la salud. Este marco conceptual, es aplicable al estudio del efecto de las relaciones sociales sobre el envejecimiento saludable.

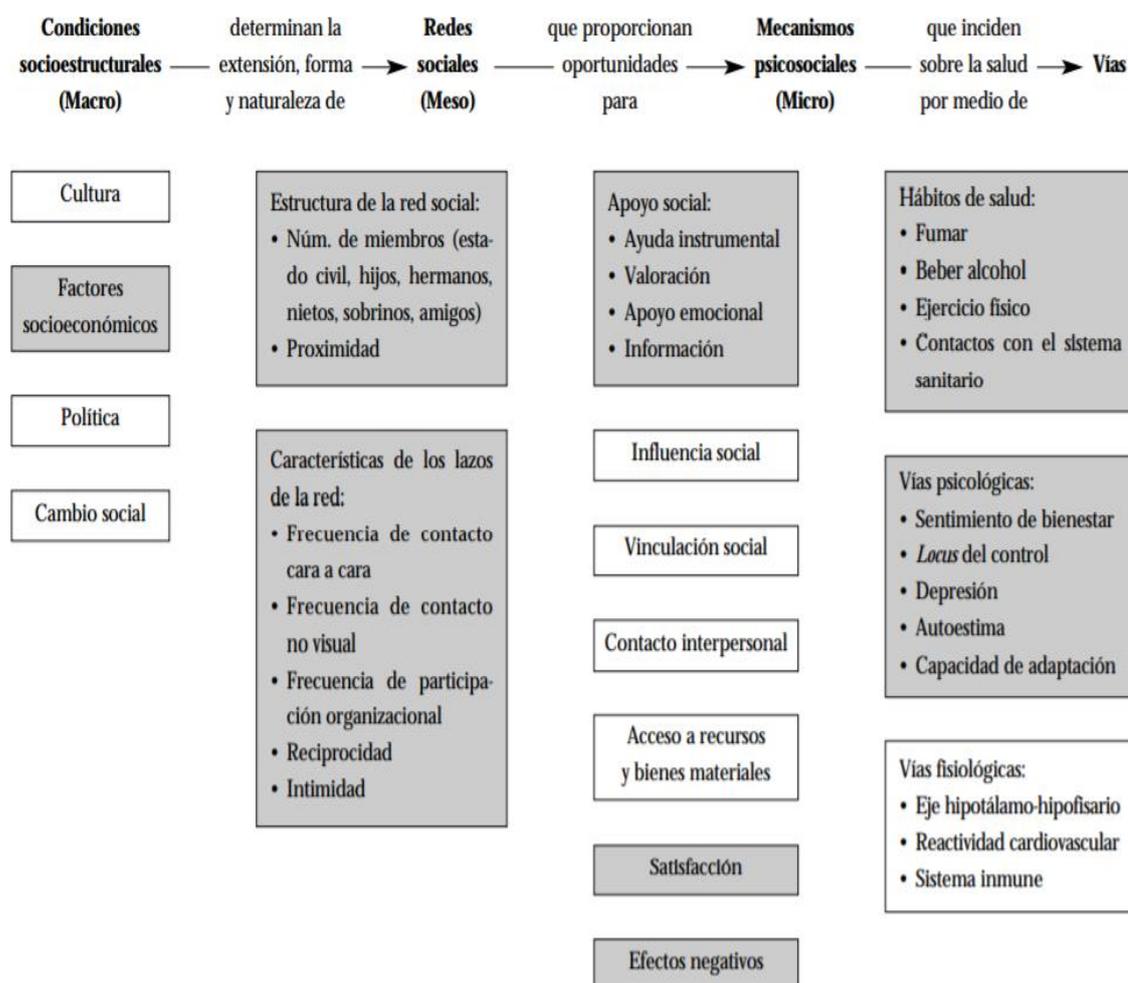
El modelo expuesto en el siguiente esquema (figura 30), presenta una cascada de acontecimientos, en la que los condicionantes socioestructurales de una comunidad, determinan unos patrones de redes sociales específicos que, a través de diversos mecanismos, actúan sobre vías comunes psicológicas, fisiológicas o de hábitos de vida (saludables o nocivos) que son las que acaban produciendo los efectos sobre la salud.

Entre los condicionantes socioestructurales se encuentran la cultura, la economía y la política de una determinada sociedad, y los cambios sociales, como el



envejecimiento, la urbanización o las situaciones catastróficas a las que haya estado expuesta.

Figura 30. Modelo conceptual de cómo las relaciones sociales influyen sobre la salud. Modificado de Berkman y Glass, 2000 y Berkman, et al (2000).



Nota: Los recuadros sombreados señalan las áreas que se pueden estudiar a partir de las variables disponibles en el estudio *Envejecer en Leganés*. Modificado de Berkman y Glass 2000.

Fuente: Estudio Envejecer en Leganés

Las redes se describen por sus componentes y por las características de los lazos.

En tercer lugar aparecen varios mecanismos psicosociales. Entre ellos el apoyo social, que puede ser instrumental, emocional, informativo (sobre recursos disponibles) o de valoración (appraisal).

Por influencia social se entienden los valores y normas explícitas o implícitas que regulan los comportamientos en una comunidad.

La vinculación social es un aspecto que no debe confundirse con el de participación organizacional (pertenencia a determinadas asociaciones y grupos o frecuencia de



participación) o integración social (un término amplio que equivale al de relaciones sociales); incluye el desarrollo de roles sociales u ocupacionales (por ejemplo, el cuidado de los hijos o los ancianos) que proporcionan un sentimiento de valía, de pertenencia a la comunidad y de identidad. Esta vinculación genera además oportunidades para disfrutar de la compañía de otros (57). El modelo original no incluye los aspectos de satisfacción con la red social ni sus posibles efectos negativos, algo que sólo recientemente ha sido tenido en cuenta y que se relaciona con redes muy extensas, muy demandantes de ayuda, que no cumplen las expectativas del individuo o que son críticas con él.

El esquema recoge finalmente las vías comunes finales por las que se producen los efectos sobre la salud. En las vías fisiológicas convergerían en último término las de comportamientos relacionados con la salud (de los que sólo se mencionan algunos ejemplos) y las psicológicas. En esta convergencia sobre vías comunes que canalizan el efecto de distintas variables que influyen en la salud, incluyendo las relaciones sociales, una línea de trabajo sobre los trastornos crónicos y el envejecimiento, proviene de la inmunoneuroendocrinología (59). La alostasis, es la capacidad del organismo de mantener un equilibrio dinámico para mantener el funcionamiento en situaciones de estrés endógeno u exógeno. El estrés continuo o excesivo puede llevar a una situación de saturación (carga alostática), que produce un desgaste sistémico debido a una respuesta endocrina mal adaptada (57).

Estos trabajos se relacionan con el concepto de fragilidad del anciano que sería el resultado final de la carga alostática sobre un organismo donde todos los sistemas están comprometidos. La experimentación en roedores y simios y el estudio longitudinal con los humanos de Whitehall demuestran que el estrés originado por la jerarquía social, se traduce en envejecimiento acelerado (60).

Las reacciones endocrinas frente al estrés pueden ser diferentes en machos y hembras, en hombres y en mujeres. Mientras que los machos tienen un comportamiento caracterizado por luchar y huir mediado principalmente por la adrenalina, las hembras parecen tener un comportamiento de esconderse y buscar apoyos, mediado por la oxitocina. La respuesta hormonal de las hembras al estrés está todavía muy poco estudiada, pero de confirmarse estas diferencias, nuestra comprensión de las consecuencias del estrés en la salud de hombres y mujeres avanzaría mucho (57).

El esquema conceptual de Berkman y Glass corresponde al modelo estructural de las relaciones sociales. Dichos autores defienden que, con información como la presentada en el esquema anterior, se caracteriza perfectamente la red social, sin tener en cuenta las características individuales o el rol social de cada uno de sus miembros.

Esta forma de medir la estructura y función de las relaciones sociales ha sido casi la única en las investigaciones sobre relaciones sociales y mortalidad.



Frente a esta postura, el modelo rol-específico enfatiza que los diferentes tipos de vínculos (hijos, otros familiares, amigos, confidentes...) actúan por distintos mecanismos psicosociales o por los mismos mecanismos pero produciendo efectos distintos. Resulta entonces especialmente relevante conocer con cuántos tipos distintos de vínculos cuentan los individuos y qué tipo de apoyo proporciona cada uno.

Este marco conceptual, es aplicable al estudio del efecto de las relaciones sociales sobre el envejecimiento saludable. La mayoría de los autores proponen que el envejecimiento saludable se defina en base al buen funcionamiento físico y mental, que a su vez incluye un número reducido de trastornos crónicos, buena movilidad, capacidad para llevar una vida independiente, buena función cognitiva y ausencia de depresión. También se identifica envejecimiento saludable, con el envejecimiento en buena salud, definiendo salud en el sentido que le da la Organización Mundial de la Salud, como un estado de bienestar físico, mental y social. Cualquiera que sea la aproximación, el concepto de envejecimiento saludable, es multidimensional y comprende el mantenimiento de una buena capacidad funcional, física y cognitiva.

El funcionamiento físico se deteriora con la edad y este deterioro parece mayor en mujeres que en hombres. Sin embargo, se observa una gran variabilidad en este proceso.

A nivel individual, las personas con estilos de vida sanos e integración social tienen mayor esperanza de vida y menor incidencia de discapacidad (61). Abstenerse del tabaco, hacer un uso moderado de las bebidas alcohólicas, hacer ejercicio físico, tener buenos hábitos de sueño y mantener un peso corporal adecuado, aparece constantemente asociados a una larga vida sin discapacidad. Una vida social activa, con una buena red familiar y social, protege de la mortalidad y predice el mantenimiento de la capacidad funcional y la función cognitiva (61).

Entre los diversos modelos sobre el envejecimiento saludable, cabe destacar el de Rowe y Kahn sobre "successful aging" y el de Baltesy Baltes sobre la optimización selectiva y la compensación.

Rowe y Kahn afirman que un individuo debe cumplir tres criterios para envejecer con éxito:

- a) Baja probabilidad de enfermar y de sufrir discapacidad por enfermedad.
- b) Alta capacidad física y cognitiva.
- c) Compromiso con la vida, manifestado por las relaciones interpersonales y la actividad productiva.



Asumen que las personas que evitan comportamientos nocivos y adoptan comportamientos saludables pueden envejecer con éxito.

El modelo de Rowe y Kahn tiene la ventaja de ser operativo, pero ha sido criticado por imponer criterios externos, enfatizar los comportamientos individuales y excluir a la mayoría de las personas mayores que por no cumplir criterios tan estrictos quedan clasificados como no-éxitos.

Baltes y Baltes (1990) proponen el modelo de optimización selectiva y compensación, que contempla la trayectoria vital y considera que pueden envejecer con éxito las personas con capacidad de adaptación para conseguir sus metas.

Según estos autores, hay tres mecanismos por los que las personas pueden conseguir sus objetivos afrontando las pérdidas o deterioros que acompañan al envejecimiento.

Estos mecanismos son:

- La selección (evitar o restringir las actividades en algún dominio de la vida).
- La optimización (enriquecer las reservas y los recursos)
- La compensación (utilización de medios alternativos para alcanzar la misma meta).

La desventaja de este modelo es su dificultad para hacerlo operativo. A favor está, el hecho de que los discursos de las personas mayores sobre el envejecimiento saludable parecen poner énfasis en la capacidad de adaptación, el mantenimiento de actividades que dan un significado a la vida y el sentimiento de bienestar.

Otros autores que trabajan en el campo de la epidemiología social han enlazado el tema del envejecimiento con la trayectoria vital (lifecourse epidemiology), a través de la cual se acumulan las exposiciones a factores de riesgo, y donde existen periodos críticos durante los cuales aumenta la vulnerabilidad del organismo a factores de riesgo (60). Con frecuencia existe un periodo de latencia de varias décadas entre la acción de los factores tóxicos y la aparición de enfermedades crónicas que causan discapacidad. La evidencia acumulada demuestra que las condiciones de vida durante la infancia son determinantes de los riesgos cardiovasculares, de diabetes y de demencia (62).

Desde el campo de la ecoepidemiología se puede realizar una aproximación a las distintas variables que intervienen en el envejecimiento saludable.

Este modelo contempla que los factores de riesgo se pueden organizar en varios niveles:



- un nivel macrosocial, donde se generan las desigualdades sociales y materiales asociadas a la posición socioeconómica, el género y la edad;
- un nivel intermedio, entorno inmediato donde influyen los servicios sanitarios y sociales y las redes de apoyo social;
- y un nivel micro, donde influyen las características individuales, tales como la composición genética, los hábitos de vida y la salud física y mental.

Los trabajos que demuestran que las redes y el apoyo social tienen un efecto sobre la mortalidad, el estado de salud física y mental y la capacidad funcional de las personas mayores, avalan este marco conceptual (61).

La discapacidad asociada al envejecimiento es, en sí misma, un tema de gran trascendencia por el impacto en la calidad de vida de las personas mayores y en las políticas sociosanitarias de un país.

En el caso de España, el envejecimiento de la población, fenómeno generalizado en todos los países desarrollados, es especialmente evidente: las proyecciones de población prevén que la proporción de la población española mayor de 65 años alcanzará el 22% en 2025, y que en 2050 España será la nación más envejecida de Europa y del mundo (Naciones Unidas, 2002).

Este aumento se producirá sobre todo en la llamada cuarta edad (mayores de 80 o 85 años) (IMSERSO, 2005; IMSERSO, 2000).

Las investigaciones demuestran que una vida social activa, con unas buenas redes sociales y con actividad en la comunidad, protege de la mortalidad y predice el mantenimiento de la capacidad funcional (63).

Estos resultados proceden de estudios realizados fundamentalmente en el ámbito anglosajón, siendo muy escasos los estudios realizados en los países que, como el nuestro, de cultura mediterránea, donde, especialmente en el caso de las personas mayores, la estructura de la red familiar es muy distinta y, además, está sometida a grandes transformaciones. Se ha pasado en pocos años de la familia extendida, donde convivían varias generaciones, a la familia nuclear y los hogares unipersonales.

Reducido su papel en la familia, algunas personas mayores, y en mayor medida las mujeres mayores, sienten una pérdida de continuidad entre los sucesos pasados y los actuales, entre su vida anterior centrada en la familia y su vida actual con un contacto intergeneracional muy reducido. Esta pérdida de continuidad lleva a una crisis del sentimiento de identidad y favorece la depresión y el deterioro funcional. Si estas personas no están preparadas para asumir un papel social fuera del ámbito doméstico, tenderán a ser relegadas y a hacerse invisibles, transformándose en una población frágil y de alto riesgo (57).



Las personas mayores, que se encuentra en buena salud y cuyo nivel de instrucción y experiencia vital las capacita para una vida productiva, reclaman un papel activo en la sociedad. En su mayoría hombres, aunque también un número creciente de mujeres, protestan ante la rigidez de las estructuras sociales que les impiden seguir contribuyendo a la sociedad en que viven y les coloca en situaciones de exclusión que favorecen el deterioro funcional.

El estudio longitudinal de la cohorte Envejecer en Leganés (57), ha permitido analizar, en el marco de nuestro contexto cultural, los efectos de las relaciones sociales de los mayores con la longevidad y con el nivel de su salud física, medida a través de la discapacidad para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y de su salud mental a través del estudio del deterioro cognitivo y de la depresión. Los resultados de dicho estudio, pasan a detallarse a continuación.

Se ha visto que, los cuatro hallazgos principales que relacionan aspectos de las relaciones sociales y la longevidad son:

- a) El efecto beneficioso de la diversidad de la red social;
- b) Los beneficios de las actividades comunitarias;
- c) El carácter protector de la disponibilidad de un confidente; y
- d) Los efectos de sentirse importante y útil para las personas allegadas.

El índice de diversidad de red responde a un concepto global: el de la variedad de fuentes de socialización de que disfruta un individuo; aquellos con puntuaciones bajas están más aislados socialmente mientras que los que ofrecen puntuaciones más altas tienen mayor oportunidad de poner en juego los mecanismos psicosociales que se recogen en el esquema conceptual de Berkman y Glass.

Se comentan a continuación algunos resultados de dicho estudio por su gran interés.

Tras seis años de seguimiento (1993- 1999) se confirma que el 82% de aquellas personas con una buena red social continuaban vivas, mientras que entre las personas socialmente aisladas esta proporción bajaba al 68%.

La disponibilidad de un confidente se demuestra como un fuerte protector de mortalidad. A pesar de la extensa red social y la frecuencia de contactos, más de un tercio de los mayores de Leganés dicen no tener un confidente, una persona en la que puedan confiar y a la que le puedan contar los problemas personales. Cuando existe, el confidente de los hombres suele ser su esposa mientras que el confidente de las mujeres suele ser otra mujer (hija, amiga) y en segundo lugar el esposo.

El hecho de considerarse útil e importante para las personas allegadas (rol del individuo en la vida de sus vínculos), está asociado con una mayor longevidad sólo



cuando las demandas no son excesivamente elevadas. El considerarse útil e importante en todos los vínculos sociales —para los hijos, para el resto de la familia, para los amigos, para el esposo— puede llegar a ser perjudicial y aumentar el riesgo de mortalidad, que llega a ser cercano al de las personas que se sienten poco útiles. Se puede formular la hipótesis de que los mayores que siempre juegan un papel importante, se sienten útiles y ayudan a todos sus vínculos están expuestos a un estrés que disminuye su supervivencia.

El contacto con los amigos no se asocia significativamente con la mortalidad, lo que puede estar relacionado con el hecho de que las pérdidas en la red de amigos con el envejecimiento, puede llevar a los mayores a contar menos con ellos.

No se encontraron diferencias entre hombres y mujeres en las asociaciones entre relaciones sociales y mortalidad. Esto ya fue descrito en el estudio finlandés de Dylhä y Aro, 1989 y en el estudio francés de Berkman et al., 2004.

La investigación cualitativa aporta razones que pueden justificar la inexistencia de diferencias de efecto entre sexos con el envejecimiento. En un trabajo realizado con grupos focales con personas de 55 a 75 años de la Comunidad de Madrid, Conde y Marinas (1997) han apreciado un proceso de convergencia en la tradicional separación de roles por género a estas edades, que puede producir una mayor similitud en la forma en que se valoran distintos aspectos de la vida, entre ellos las relaciones sociales. La jubilación y la emancipación de los hijos hace que las tareas y la distribución de tiempos de la pareja sea más parecida, mientras que el mundo afectivo y emotivo, tradicionalmente poco relevante para los hombres, toma para ellos una mayor importancia.

Para ambos géneros la participación en actividades sociales se asocia a vivir en buena salud.

Con respecto a la discapacidad, sólo los vínculos familiares protegen de la discapacidad, mientras que ni los amigos ni los vínculos con la comunidad parecen generar efectos significativos.

Puede ser que las personas que están involucradas en las vidas de otros miembros de la familia, tengan mayor probabilidad de mantener su capacidad funcional que los que no lo están. Las diferencias culturales pueden explicar, al menos parcialmente, por qué las prevalencias de discapacidad son mucho mayores en España que en Holanda o en Finlandia. La habilidad para desarrollar de forma independiente las AVD puede tener distinto valor en los tres países. Mientras que en el norte de Europa la autonomía es muy valorada, en el sur de Europa la disponibilidad de ayuda de la parte de los miembros de la familia tiene gran valor. Para una persona del sur de Europa, tener un hijo o una hija que está dispuesto a prestar ayuda es motivo de orgullo y felicidad, y también de amargura y tristeza en el caso contrario. Una persona mayor del sur de Europa está dispuesta a solicitar



ayuda antes que una persona del norte de Europa. Actualmente en España es frecuente escuchar la queja «Mis hijos no me tienen en cuenta o no me ayudan tanto como necesito», puesto que las personas mayores de hoy crecieron en un mundo donde la obligación filial era ampliamente aceptada y los hijos se responsabilizaban del bienestar de sus padres como intercambio por la ayuda recibida durante toda la vida. Hoy, en una sociedad que cambia rápidamente, donde las mujeres trabajan fuera de casa y la sociedad no tiene ya una orientación colectivista y vira al individualismo, los hijos no cumplen con todas las expectativas de los padres.

A pesar de estas diferencias culturales, las asociaciones observadas entre los vínculos sociales y la discapacidad son sorprendentemente similares en los tres países.

Se sabe que uno de los más fuertes determinantes de la sintomatología depresiva, cuya importancia para la longevidad y la calidad de vida está siendo crecientemente reconocida, es la carencia de apoyo social.

Se necesita comprender mejor cuál es el papel de las relaciones sociales y la integración social en el estado de ánimo de las personas mayores y hasta qué punto estas relaciones sociales pueden condicionar la calidad de vida para los hombres y las mujeres de mayor edad.

La depresión y la sintomatología depresiva elevadas tienen un fuerte impacto en la capacidad funcional de las personas mayores.

Numerosos estudios han demostrado una fuerte asociación entre depresión e incapacidad funcional. Si bien es cierto que la discapacidad lleva a la depresión, se ha comprobado igualmente que la depresión aumenta el riesgo de discapacidad en las ABVD (64).

Día a día se acumula evidencia de que no sólo la depresión mayor, sino también la presencia de una fuerte sintomatología depresiva son factores de un mal pronóstico en muchas enfermedades graves tales como el infarto de miocardio (65) y los accidentes cerebrovasculares, aumentando el riesgo de sus peores consecuencias: la incapacidad funcional y la mortalidad.

También los síntomas depresivos son factores de riesgo para la demencia y el deterioro cognitivo en la vejez (61). Por todo ello, la prevención de la depresión en la vejez ha sido reconocida como una estrategia de prevención de discapacidad y de envejecimiento saludable.

Se sabe que las mujeres tienen mayor prevalencia de depresión y síntomas depresivos que los hombres en la casi totalidad de los estudios publicados (66). Tanto es así que se da por un hecho establecido y deja de despertar curiosidad,



para pasar a considerar que las mujeres son consustancialmente más propensas que los hombres a mostrar un ánimo depresivo. Algunos investigadores han concluido, que las mujeres están más expuestas a todos los factores que aumentan el riesgo de depresión a lo largo de la vida, sin que, por otra parte, sean más vulnerables a estos factores de lo que lo son los hombres (67). Sin embargo, el exceso de síntomas depresivos en las mujeres mayores en comparación con los hombres se mantiene después de ajustar por todos los factores de riesgo recogidos en los diversos estudios.

Además del género, numerosos estudios han demostrado que los principales determinantes de una elevada sintomatología depresiva en las personas mayores son una mala situación económica o social, la mala salud, la discapacidad y escasos recursos sociales, incluyendo bajo apoyo social (68).

En el estudio Envejecer en Leganés, la prevalencia de alta sintomatología depresiva, indicativa de depresión clínica, era del 19% en los hombres y del 45% en las mujeres. Esta prevalencia es muy superior a la encontrada en estudios del norte de Europa o de Estados Unidos pero, sin embargo, es inferior a la detectada en Italia (67,69).

Se comprobó que las mujeres referían recibir menor apoyo emocional de parte de los hijos y el esposo y participaban menos en actividades comunitarias que los hombres.

Aproximadamente, la misma proporción de mujeres y hombres, un 30%, decía no tener un confidente o persona especial en quien pudieran confiar y con la que pudieran hablar de cosas íntimas y problemas personales.

El hecho de estar casado se asoció a una menor sintomatología depresiva en los hombres, pero no en las mujeres. Igualmente, los hombres divorciados manifestaban altas prevalencias de síntomas depresivos, no así las mujeres divorciadas que parecían estar de mejor ánimo que las demás. Sin embargo, el apoyo emocional del cónyuge estuvo muy asociado a los síntomas depresivos tanto en hombres como en mujeres.

La participación en las actividades comunitarias (centro de tercera edad, iglesia o lugar de culto, plaza, etc.) estaba fuertemente asociada a un menor número de síntomas.

Los resultados sobre la importancia de los hijos en la salud mental de los padres mayores contrastan con los resultados de la bibliografía europea y norteamericana, donde el apoyo de los hijos no está asociado a la salud mental de los padres o puede llegar a ser incluso perjudicial para ella, puesto que puede asociarse a una relación de dependencia fuertemente rechazada en sociedades que valoran primordialmente la autonomía individual.



Se ha estudiado la influencia del apoyo emocional y la forma de convivencia con los hijos en los síntomas depresivos de los padres (Zunzunegui, Béland y Gutiérrez-Cuadra, 2001). En este trabajo se comprobó que las personas mayores que recibían apoyo emocional de sus hijos manifestaban menos síntomas de depresión que los que no disfrutaban de este apoyo. Además, entre los viudos, la convivencia con los hijos estaba asociada a menor depresión. De nuevo, estos resultados contrastan poderosamente con los resultados encontrados en dos poblaciones canadienses, donde se utilizaron los mismos métodos de encuesta e instrumentos (70).

Todo lo anterior pone de manifiesto la especificidad de la familia mediterránea, y la existencia de fuertes lazos y tradiciones de apoyo intrafamiliar, que podrían ser utilizadas por los responsables de las políticas sociosanitarias, para establecer servicios de ayuda para aquellas familias que deseen mantener la convivencia y el apoyo a los mayores con pérdidas de autonomía (71).

Las relaciones sociales pueden prestar apoyo, pero también pueden ser fuente de conflicto. Trabajos recientes demuestran que las relaciones conflictivas son particularmente nefastas para la salud mental de las mujeres.

La función cognitiva empeora a medida que se envejece, pero este deterioro es lento en la mayoría de las personas, y en las personas que se deterioran de forma perceptible existe una gran variabilidad en el ritmo de deterioro. Se ha señalado que el deterioro cognitivo comienza 20 años antes del diagnóstico de la demencia. Los individuos con declive cognitivo, a su vez, tienen mayor riesgo de demencia.

Además de la edad, diversos factores médicos, socioeconómicos y conductuales pueden estar asociados al declive cognitivo. Todo ello hace suponer que existen factores genéticos y ambientales que gobiernan el deterioro cognitivo. Entre ellos se conocen ciertos marcadores genéticos de los que se sabe que no son causas suficientes ni necesarias. El factor ambiental más establecido y aceptado por la mayoría de los investigadores sobre el tema es la escolaridad (72). Una baja escolaridad y probablemente las condiciones desfavorables en la infancia que la suelen acompañar, tienen una influencia perjudicial en el deterioro cognitivo y en el riesgo de demencia (72).

Aparte de la escolaridad, se han identificado muy pocos factores ambientales que influyan en el deterioro cognitivo en la vejez. Entre los mecanismos invocados, se favorece la hipótesis de la utilización de circuitos neuronales, que se vería favorecida por el estímulo intelectual originado por las interacciones sociales, sean éstas afectivas o conflictivas e independientemente del apoyo recibido.

Otros autores/as sugieren que las relaciones sociales facilitan la adopción de buenos hábitos de vida, mejor nutrición, mayor ejercicio físico y menor abuso de sustancias nocivas. Aun otros/otras sugieren que las relaciones sociales mejoran



el acceso a los recursos materiales y sociales, facilitando la búsqueda de servicios médicos cuando éstos se necesitan y la adherencia a los tratamientos, y todo ello llevaría a un mejor manejo clínico de los trastornos crónicos que producen deterioro cognitivo.

Según estas consideraciones, las estrategias de intervención para prevenir el deterioro cognitivo de las personas mayores, deberían incluir actividades de integración social y promocionar el contacto en las familias y entre generaciones (67).

En el estudio de la cohorte “Envejecer en Leganés”, se observó, que los factores predictores del deterioro cognitivo observado en cuatro años, fueron:

- Índice de actividades comunitarias (participación social) (ir a la iglesia, ir al centro de tercera edad, pertenecer a una organización);
- Frecuencia de contacto con la familia extendida;
- Compromiso con las amigas (sólo en mujeres).

Según dicho estudio, las personas mayores que mantienen un alto nivel de participación social a través de las actividades que realizan en su comunidad, no experimentaron un deterioro cognitivo apreciable con la edad, mientras que aquellas personas que no participaban en la vida comunitaria, experimentaban deterioro cognitivo, especialmente, a partir de los 80 años.

Concluyendo que, en el logro de un envejecimiento saludable, en nuestro contexto cultural, las relaciones sociales juegan un importante papel.

Se ha demostrado que los vínculos sociales positivos favorecen el bienestar, mientras que los negativos lo amenazan, ya que el mismo apoyo social se relaciona negativamente con la enfermedad, con el estrés y con la muerte prematura. Por otro lado, el declive funcional se asocia a una baja participación en actividades sociales.

El envejecimiento saludable implica pues, además de continuar siendo activo físicamente, permanecer activo socialmente, participando en actividades con carácter voluntario o remunerado, actividades de la vida diaria en familia y en la comunidad.

De esta forma la persona mayor, tiene la posibilidad y la capacidad de contribuir y participar por y para la sociedad, haciendo a su vez que se potencien los sentimientos de valía y de autonomía, tan importantes y necesarios durante toda la vida, y especialmente durante la vejez.



3. Conclusiones

A nivel social, el envejecimiento lleva consigo una serie de cambios que afectan a la disponibilidad de una red social de apoyo, haciendo que se pueda incrementar el sentimiento de soledad y el aislamiento social.

El tamaño de la red en las personas mayores está supeditado a diversas variables como la mortalidad de sus coetáneos, los cambios de domicilio, la institucionalización, el estado de salud, la viudedad o la jubilación. Por ello va disminuyendo de tamaño, a medida que aumenta la edad.

Asimismo, se observa una tendencia creciente en el número de personas mayores de 80 años que viven solas en su hogar, particularmente en mujeres.

La vejez es un periodo vital en el que el nivel de dependencia tanto físico como psicológico, puede incrementarse considerablemente, colocando a la persona mayor, en un estado de vulnerabilidad. La red de apoyo social se convierte entonces en un importante andamiaje para la persona mayor.

La evidencia científica demuestra que, las redes y mecanismos psicosociales contruidos a lo largo de la vida, juegan un importante papel en el logro de un envejecimiento saludable. Constituye un importante recurso de adaptación y un mecanismo diferenciador de un buen o mal ajuste de afrontamiento al proceso de envejecimiento.

Abraham Maslow, el padre de la Psicología Humanista, lo considera dentro de las necesidades básicas del ser humano. Concretamente las relaciones familiares, la disponibilidad de un confidente, la participación en su comunidad y la continuidad de su papel de miembro activo en la vida familiar, tienen gran repercusión en la salud, y en el proceso de envejecimiento (67).

Son evidentes los efectos positivos que reporta el apoyo social en los adultos mayores. Especialmente, el apoyo social parece desempeñar un importante papel para moderar el impacto de los sucesos vitales estresantes sobre la salud elevándose las tasas de mortalidad entre las personas con escaso apoyo social.

Cuanto más extensa y diversa es la red de apoyo socioemocional (jóvenes, viejos, familiares, amigos) mayor es su eficacia (73). Las interacciones con la familia más cercana son consideradas esenciales para el bienestar, puesto que generan sentimientos de aprecio, conexión y apoyo. En esta etapa de la vida, las relaciones sociales predominan por su calidad más que por su cantidad y la reciprocidad adquiere un mayor valor. De acuerdo con la teoría de la selectividad emocional, los objetivos orientados al presente adquieren mayor valor cuando el tiempo se percibe como limitado. Así, a medida que envejecemos, las personas prestan más atención



a la calidad emocional de los intercambios sociales y descartan aquellas relaciones que tienen menos probabilidades de ofrecer la reciprocidad esperada.

Esta información podría ser muy útil, a la hora de formular objetivos específicos, en la política sociosanitaria de las personas mayores.

La evidencia empírica sobre la asociación de distintos aspectos de las relaciones sociales (diversidad de la red social, participación en actividades comunitarias, apoyo emocional recibido, rol jugado en la vida de los demás, disponibilidad de un confidente, etc.) con el proceso de salud-enfermedad ha llevado a la elaboración de distintos modelos conceptuales, especialmente útiles para la investigación científica.

El marco conceptual de Berkman y Glass (2000), es aplicable al estudio del efecto de las relaciones sociales sobre el envejecimiento saludable. Este modelo, presenta una cascada de acontecimientos, en la que los condicionantes socioestructurales de una comunidad como la cultura, la economía, el desarrollo urbano y la política, determinan unos patrones de redes sociales específicos que, a través de diversos mecanismos, actúan sobre vías comunes psicológicas, fisiológicas o de hábitos de vida (saludables o nocivos) que son las que acaban produciendo los efectos sobre la salud.

Frente a esta postura, el modelo rol-específico enfatiza que los diferentes tipos de vínculos (hijos, otros familiares, amigos, confidentes...) actúan por distintos mecanismos psicosociales o por los mismos mecanismos pero produciendo efectos distintos.

La discapacidad asociada al envejecimiento es, en sí misma, un tema de gran trascendencia por el impacto en la calidad de vida de las personas mayores y en las políticas sociosanitarias de un país. Hay estudios que avalan que una vida social activa, con unas buenas redes sociales y con participación social, protege de la mortalidad y predice el mantenimiento de la capacidad funcional (74)), y la función cognitiva (63).

El estudio longitudinal 1993-1999 de la cohorte Envejecer en Leganés (Béland y Zunzunegui, 1995; Otero et al., 2004) ha permitido analizar, en el marco de nuestro contexto cultural, los efectos de las relaciones sociales de los mayores con la longevidad, y con el nivel de su salud física medida a través de la discapacidad para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), y de su salud mental a través del estudio del deterioro cognitivo y de la depresión. Se ha visto:

- a) El efecto beneficioso de la diversidad de la red social.
- b) Los beneficios de las actividades comunitarias.
- c) El carácter protector de la disponibilidad de un confidente.
- d) Los efectos de sentirse importante y útil para las personas allegadas.



En dicho estudio, tras seis años de seguimiento (1993- 1999) se confirma que el 82% de aquellas personas con una buena red social continuaban vivas, mientras que entre las personas socialmente aisladas esta proporción bajaba al 68%.

No se encontraron diferencias entre hombres y mujeres en las asociaciones entre relaciones sociales y mortalidad.

La investigación cualitativa aporta razones que pueden justificar la inexistencia de diferencias de efectos entre sexos con el envejecimiento. En un trabajo realizado mediante grupos focales con personas de 55 a 75 años de la Comunidad de Madrid, Conde y Marinas (1997) han apreciado un proceso de convergencia en la tradicional separación de roles por género a estas edades, que puede producir una mayor similitud en la forma en que se valoran distintos aspectos de la vida, entre ellos las relaciones sociales.

Con respecto a la discapacidad, sólo los vínculos familiares protegen de la discapacidad, mientras que ni los amigos ni los vínculos con la comunidad parecen generar efectos significativos.

La depresión y la sintomatología depresiva elevadas tienen un fuerte impacto en la capacidad funcional de las personas mayores.

Se sabe que uno de los más fuertes determinantes de la sintomatología depresiva, cuya importancia para la longevidad y la calidad de vida está siendo crecientemente reconocida, es la carencia de apoyo social. La prevención de la depresión en la vejez ha sido reconocida como una estrategia de prevención de discapacidad y de un envejecimiento saludable.

La prevalencia de alta sintomatología depresiva, indicativa de depresión clínica, era del 19% en los hombres y del 45% en las mujeres. Se sabe que las mujeres tienen mayor prevalencia de depresión y síntomas depresivos que los hombres en la casi totalidad de los estudios publicados.

Se comprobó que las mujeres referían recibir menor apoyo emocional de parte de los hijos y el esposo y participaban menos en actividades comunitarias que los hombres.

En este trabajo se comprobó que las personas mayores que recibían apoyo emocional de sus hijos manifestaban menos síntomas de depresión que los que no disfrutaban de este apoyo.

Los resultados sobre la importancia de los hijos en la salud mental de los padres mayores contrastan con los resultados de la bibliografía europea y norteamericana, donde el apoyo de los hijos no está asociado a la salud mental de los padres o puede llegar a ser incluso perjudicial para ella, puesto que puede asociarse a una



relación de dependencia fuertemente rechazada en sociedades que valoran primordialmente la autonomía individual.

Todo lo anterior pone de manifiesto la especificidad de la familia mediterránea, y la existencia de fuertes lazos y tradiciones de apoyo intrafamiliar, que podrían ser utilizadas por los responsables de las políticas sociales y sanitarias, para establecer servicios de ayuda para aquellas familias que deseen mantener la convivencia y el apoyo a los mayores con pérdidas de autonomía (67).

Concluyendo que, en el logro de un envejecimiento saludable, en nuestro contexto cultural, las relaciones sociales juegan un importante papel.



IV. CONCEPTO DE SOLEDAD NO DESEADA

1. Aproximación al concepto de soledad no deseada.

1.1. Historia y delimitación del concepto de soledad no deseada y términos afines.

En las últimas décadas, la soledad y el aislamiento social, se han convertido en dos de los desafíos ineludibles de las sociedades desarrolladas.

Las investigaciones empíricas sobre soledad comenzaron en los años 70 y 80 motivadas por varios factores sociales, tales como el aumento de viudedad en la vejez, las altas tasas de divorcio, y la gran cantidad de personas que vivían solas. Robert S. Weiss, Leticia Anne Peplau y Daniel Perlman fueron autores pioneros en este tema. La clásica obra de Weiss (1983), inspirada en la Teoría del Apego de Bowlby (1972, 1983) y publicada por primera vez en el año 1973, sigue siendo una importante referencia para los investigadores actuales (75). A finales de los años 70, inspirados en las charlas de Weiss, Peplau y distintos autores empezaron a investigar y a escribir sobre la soledad con la intención de desarrollar un instrumento para medirla. El instrumento en cuestión fue la “University of California–Los Angeles Loneliness Scale” (UCLA), publicada por primera vez en 1978, que sigue siendo actualmente la escala más utilizada por investigadores de todo el mundo.

En 1982 varios autores liderados por Leticia Anne Peplau y Daniel Perlman se reunieron para debatir sobre las teorías de la soledad y la investigación que se estaba llevando a cabo. Su obra sigue siendo una referencia importante para los investigadores actuales: “Loneliness: a sourcebook of current theory, research and therapy”.

Otra investigadora que merece ser destacada por llevar estudiando el tema de la soledad desde principios de los 80 y haber aportado mucho a esta área de estudio es la holandesa Jenny de Jong Gierveld. Además de haber desarrollado un modelo teórico para explicar la soledad, es la autora de una de las escalas más utilizadas en Europa, la de Jong Gierveld Loneliness Scale (DJGLS).

El estadounidense John Cacioppo y sus colaboradores, desde la primera década del año 2000, también han dedicado muchas investigaciones al tema de la soledad. Sus estudios se han centrado principalmente en los efectos de la soledad sobre la salud física y mental de las personas que la sufren.

En España, Juan López Doblas (2005) en la Universidad de Granada, llevó a cabo grupos de discusión que le permitieron profundizar en las motivaciones y los



aspectos causales y circunstanciales que llevaron a las personas a vivir solas (42). La investigación parece apoyar la soledad como factor de riesgo de problemas de salud mental en los ancianos.

Andrés Losada y su equipo (2012), de la Universidad Rey Juan Carlos, estudiaron la prevalencia y los predictores de sentimientos de soledad en una muestra representativa de 272 adultos mayores españoles residentes en la comunidad. También se exploró el potencial de los sentimientos de soledad para contribuir significativamente a la explicación de la salud mental de los ancianos. El porcentaje de personas que reportaron sentimientos de soledad fue del 23,1%. Ser mujer, ser mayor, vivir sola, tener menos recursos económicos, tener una menor percepción de salud 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 otras variables significativas fueron controladas estadísticamente. Los resultados de este estudio sugieren que la soledad es un factor relevante para el análisis y comprensión de la salud mental en las personas mayores (76).

Desde la Universidad de Salamanca, la aportación de José Buz y su equipo incluye estudios de adaptación y validación de la DJGLS para ser utilizada en población mayor española (77,78). Además, también se han dedicado a estudiar las redes sociales, el intercambio de apoyo y la participación social en la vejez (79).

En la Universidad de Valencia (2017), Sacramento Pinazo y su equipo de Intervención Psicosocial en Envejecimiento han llevado a cabo proyectos en donde han evaluado la soledad y el apoyo social (80,81).

Recientemente, se ha realizado un estudio acerca del Sentimiento de Soledad de las personas Mayores de la Ciudad de Madrid, analizando datos de la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017. Su objetivo es describir mediante un estudio transversal la situación de la soledad de los mayores en dicho municipio, analizando su relación con distintas variables epidemiológicas, de salud, sociales y de tipo de vida (82).

El ser humano es un ser social, que necesita crear vínculos y relaciones sociales afectivas desde el principio de los tiempos sea cual sea el lugar en el que vivimos y las situaciones que determinan nuestro modo de vida. La falta de otras personas a nuestro alrededor, causa problemas de salud derivados de un estrés psicológico continuado. Por el contrario, la participación activa en la vida familiar y comunitaria es fuente de satisfacción vital, permite la relación con otros de nuestra misma generación y con personas de otras generaciones. Cuando esto falla puede aparecer el sentimiento de soledad o una serie de situaciones afines, cuya presencia se asocia, no sólo con malestar psicológico, sino también con peores niveles de salud y mayor riesgo de mortalidad.



En los últimos años, los cambios socioculturales y económicos han dado lugar a que la soledad haya experimentado un notable incremento en todos los países desarrollados, convirtiéndose en un problema social y de salud pública de primera magnitud. A pesar de que la convivencia entre diferentes generaciones no ha sido nunca tan larga en el tiempo, nuestra vida es cada vez más solitaria y alejada de las fuentes de apoyo social.

Analizar la soledad no es fácil, porque se trata de un fenómeno complejo. Pero ante todo, la soledad es un fenómeno individual y subjetivo que puede ocurrir en cualquier etapa del ciclo vital. Es individual porque la vivimos cada uno a nuestra manera; es subjetiva porque no presenta signos que se pueden apreciar desde fuera; la persona solitaria es la única que puede afirmar si se siente sola.

No hay una definición consensuada de soledad, pero se considera un fenómeno multidimensional y subjetivo que involucra aspectos de personalidad, interacción social y habilidades conductuales (83).

La conceptualización de soledad, como ocurre con otros constructos psicológicos, no es fácil. La soledad ha sido estudiada y definida ampliamente desde diferentes perspectivas, social, psicológica, temporal. No obstante, este término sigue creando confusión y, generalmente, esto es debido a que se usan indistintamente conceptos relacionados para referirse a esta experiencia, como es el de "aislamiento social". No obstante, parece que existe una idea ampliamente aceptada en el estudio de la soledad: "no es lo mismo estar solo que sentirse solo".

Es importante destacar la variada terminología utilizada con respecto a la soledad y el aislamiento social.

Estar solo, es una realidad objetiva que puede, o no, obedecer a una elección personal; sentirse solo es una experiencia negativa que aparece aun en compañía y entraña emociones como miedo, inquietud o tristeza, y por tanto, no es voluntaria.

Dos términos que a menudo se usan indistintamente en la literatura, son, "aislamiento social" y "soledad". Esto puede crear confusión. La soledad y el aislamiento social son conceptos distintos, aunque interrelacionados.

Según Valtorta y Hanratty, una de las definiciones de soledad más utilizadas es la que distingue entre soledad social y emocional. La soledad social sería un sentimiento negativo subjetivo asociado con la percepción de la falta de una red social más amplia y la soledad emocional sería la percepción de ausencia de una red social específica, en el ámbito más cercano e íntimo de la persona.

Hay mucho menos consenso sobre la definición de aislamiento social, sin embargo, en general se ha abordado como un concepto multidimensional, definiendo el



aislamiento social como la falta objetiva o escasez de contactos e interacciones sociales con familiares, amigos o la comunidad en general (84).

El aislamiento social se define también como "un estado en el que un individuo carece de un sentido de pertenencia social, carece de compromiso con los demás y tiene un número mínimo de contactos sociales (85–87). Por otro lado, la soledad se puede definir como un "estado subjetivo basado en la percepción emocional de una persona acerca del número y / o calidad de las conexiones sociales que mantiene, en relación a lo que desearía".

Existe evidencia que sugiere que ambos conceptos son distintos. Como individuo se puede tener una gran cantidad de conexiones sociales y aún experimentar el sentimiento subjetivo de soledad, o alternativamente estar objetivamente aislado pero sin experimentar soledad (88).

Para algunas personas, el aislamiento social es un factor de riesgo de soledad (89,90) y, por lo tanto, las intervenciones diseñadas para mitigar el aislamiento social también pueden aliviar la soledad. Para otras personas, donde el camino hacia la soledad no es el resultado del aislamiento social, es probable que tales intervenciones tengan un impacto limitado (7).

También se han estudiado los distintos significados que las personas atribuyen a cada concepto. La "soledad" se describió como un sentimiento subjetivo y negativo, asociado con la pérdida (por ejemplo, la pérdida de una pareja o la reubicación de los hijos), mientras que el "aislamiento social" se describió como un aislamiento impuesto causado por la pérdida de movilidad o el deterioro de la salud (91).

Ambos conceptos difieren también en la forma de ser abordados, ya que el aislamiento social puede aliviarse mediante la adquisición de nuevos conocidos, mientras que la soledad solo puede resolverse mediante la formación de un vínculo íntimo, que puede llevar más tiempo (7).

Resumiendo, la soledad se refiere al hecho de sentirse solo, es decir, a la experiencia psicológica desagradable que surge cuando la persona percibe que no tiene a nadie con quien poder hablar para compartir sus necesidades socioemocionales. Depende en gran medida de las expectativas de las personas acerca de sus relaciones. Por otro lado, el aislamiento social se refiere a la condición real de estar solo la mayor parte del tiempo, que puede ocurrir por tener una red social de apoyo muy pequeña o pocas oportunidades para interactuar socialmente.

Mientras que el aislamiento social se refiere a la falta de apoyo social estructural y funcional, la soledad se relaciona específicamente con los sentimientos negativos de uno sobre esa situación. Ampliando aún más la distinción, mientras que el



aislamiento social puede ser voluntario o involuntario, la soledad siempre es involuntaria.

Otra forma de entender estas diferencias es la que distigue entre soledad objetiva, que tiene que ver con condiciones objetivas o reales de soledad, por el hecho de vivir solo, o estar aislado socialmente, y, la experiencia psicológica desagradable que surge al percibir déficits en las relaciones sociales, o soledad subjetiva (92).

La soledad no deseada (o “loneliness” en inglés) sería, por tanto, un sentimiento complejo ligado a múltiples aspectos, causas y significados, que han ido variando en el espacio, en el tiempo e incluso en los diferentes contextos en los que se manifiesta.

Es posible que los diferentes enfoques que existen a la hora de entender y abordar la soledad, así como las diferencias culturales que se manifiestan en la prevalencia de esta experiencia, se deban al significado, o dicho de otro modo, a la forma de comprender la soledad de los investigadores y las personas que la experimentan.

Hay varios aspectos relevantes que influyen en la comprensión de los términos asociados a la soledad y también en la distinción de los mismos (93):

- Aspectos situacionales: El aislamiento puede ser una situación real/objetiva o una experiencia subjetiva.
- Aspectos cognitivos: La percepción de control sobre la situación, esto es, si es controlable y elegida o, por el contrario, se percibe como incontrolable y no elegida.
- Aspectos emocionales: La valencia emocional asociada a la experiencia de soledad que puede ser positiva, neutral o negativa.

En función de la combinación de estos aspectos situacionales, cognitivos y emocionales, la experiencia de soledad tomará un cariz más positivo, neutral o negativo para la persona, dando lugar a situaciones diferentes.

Así “estar solo” (being alone o aloneness) es una experiencia objetiva y controlable, que no está vinculada a una valencia emocional, es decir, es neutra. Puede o no ser voluntaria.

Por su parte, la soledad no deseada (loneliness) es la experiencia personal negativa en la que un individuo tiene necesidad de comunicarse con otros y percibe carencias en sus relaciones sociales, bien sea porque tiene menos relación de la que le gustaría o porque las relaciones que tiene no le ofrecen el apoyo emocional que desea, por lo que es una condición incontrolable en la cual la persona experimenta y siente soledad. Además, esta experiencia puede sentirse con independencia de disponer de compañía objetiva, por tanto, se subraya su cualidad subjetiva e intrínseca.



El aislamiento social (social isolation) se ubica en la parte central del continuo por ser una condición real que se refiere al hecho de estar objetivamente solo, es decir, sin tener compañía o red de apoyo social. En este sentido, una persona mayor puede carecer de contactos sociales porque vive sola desde que quedó viuda y sus hijos están independizados y viven lejos y tampoco tiene amigos. En este caso, queda claro que se han reducido objetivamente los contactos sociales de su red de apoyo informal. Sin embargo, la experiencia psicológica del aislamiento, es decir, que se viva de manera desagradable o no, dependerá, entre otros factores, de la capacidad de elección que tiene la persona ante dicha situación. Esto es, en la medida que esta reducción de contactos sociales sea elegida o no, va a cambiar la experiencia emocional subyacente, dando como resultado una experiencia de soledad elegida (aloneness) o no elegida (loneliness).

La experiencia de soledad positiva o de crecimiento personal (solitude) sería la soledad elegida y gratificante, porque evoca sentimientos positivos, que invita a la búsqueda de crecimiento personal y a la autorrealización.

La delimitación de estos términos permite reflejar la gran complejidad del concepto. Cabe mencionar en este sentido, aunque sea de manera sucinta, la influencia que puede ejercer el lenguaje en la experiencia psicológica de la soledad.

De hecho, la connotación de esta palabra, o el etiquetado que se realiza habitualmente de este término en castellano es, fundamentalmente, negativo. Esto se puede observar en las acepciones del Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, que ofrecen una significación neutra o negativa de la soledad:

- Carencia voluntaria o involuntaria de compañía.
- Lugar desierto, o tierra no habitada.
- Pesar y melancolía que se sienten por la ausencia, muerte o pérdida de alguien o algo.

Así pues, en español no se contempla una definición positiva del concepto relacionado con el desarrollo personal y la satisfacción de las necesidades individuales en soledad (solitude), al contrario que otros idiomas como el inglés.

Además de la influencia del etiquetado negativo de la soledad a través de la cultura y el idioma, también se debe considerar la influencia del significado individual que cada persona atribuye al concepto. De esta manera, conocer la definición que la persona mayor hace de la soledad, puede ayudar a entender de qué manera percibe esta experiencia, lo que, a su vez, puede dar pistas sobre cómo le afecta esta situación y cómo la afronta. En el estudio sobre la soledad del CIS (1998) se preguntaba a las personas cómo definían la soledad y se ofrecían diferentes alternativas de respuesta. En los resultados se observó cómo la mayoría de las personas mayores encuestadas enfatizaba los aspectos más negativos de la soledad a la hora de definirla, entendiendo la soledad como:



- “un sentimiento de vacío y tristeza”.
- “el hecho de haber perdido a las personas queridas”.
- “Es no tener a nadie a quien acudir”.

Este significado generalizado y compartido de la soledad como “estado de ánimo negativo”, ha llevado incluso a la confusión del término con otros estados emocionales como la depresión y la ansiedad (94). Sin embargo Weiss (1973) matizó que la soledad se refiere a los sentimientos sobre las relaciones sociales en particular y la depresión a un sentimiento general (95).

En función de la duración o cronicidad de la experiencia de soledad, se habla de “rasgo” o “estado” de soledad (96), entendiéndose que el rasgo de soledad se refiere a un perfil de personalidad solitaria, y que el estado de soledad se entiende por aquellas situaciones de soledad que fluctúan a través de la interacción de diversos factores ambientales y psicológicos, es decir, son estados de soledad dependientes de la situación o contexto.

En esta línea, Young (1982), aunque no hace referencia a la soledad como rasgo, sí que hizo una clasificación en función de la duración de la soledad. Distinguiendo la “soledad crónica” como la experiencia de soledad que surge a partir de la insatisfacción con las relaciones sociales que se alarga en el tiempo, y la “soledad situacional”, que ocurre a consecuencia de circunstancias vitales.

1.2. Enfoques teóricos del concepto de soledad no deseada.

La complejidad multidimensional y subjetiva de la naturaleza de la soledad ha provocado la proliferación de distintas definiciones desde diversas aproximaciones teóricas (93).

Desde cada orientación, se proponen distintas definiciones que difieren, principalmente, en el acento que ponen en el origen o naturaleza de la deficiencia social que experimenta la persona que se siente sola:

- Enfoque existencial.

Desde el enfoque existencial, se entiende que la soledad es una experiencia propia del ser humano que no se puede eludir, puesto que aunque puede ser una experiencia dolorosa, a su vez, se considera necesaria para el descubrimiento y el crecimiento personal. No se diferencia entre la soledad objetiva y subjetiva, y tampoco se aclara cuándo realmente se “goza” de la soledad y cuándo se “sufre” a consecuencia de esta experiencia.

- Teoría psicodinámica.



Desde la aproximación teórica psicodinámica, la soledad se considera un estado patológico que ocurre como resultado de las dificultades para crear relaciones interpersonales. Se describe la soledad como una experiencia sumamente desagradable, relacionada con el inadecuado cumplimiento de la necesidad humana de intimidad y de establecer relaciones interpersonales. Se ignora la influencia del entorno social, la cultura y la edad en el desarrollo de la soledad.

- Aproximación interaccionista.

Aproximación teórica interaccionista o del apego. Esta perspectiva entiende que las personas tienen necesidades sociales que se deben satisfacer, y propone que la soledad surge a consecuencia de una reducida red social y de la falta de figuras íntimas de apego. El principal representante de esta perspectiva teórica fue el sociólogo Robert. S. Weiss (1973), que definió la soledad como “la deficiencia de la necesidad básica de relaciones íntimas que ocurre cuando las necesidades sociales de una persona no están satisfechas. Además, como se ha descrito previamente, Weiss distinguió entre dos tipos de soledad: la soledad social y la soledad emocional. Se ha considerado que desde este enfoque se reducen las causas de la soledad a aspectos negativos, como la reducción de la red social o la pérdida de figuras de apego y obvia otros factores que también favorecen su aparición como la edad, la cultura, el género, y los factores psicológicos individuales.

- Aproximación cognitiva.

Aproximación teórica cognitiva. Desde este enfoque se considera que la soledad, además de verse influida por déficits sociales, es un estado que depende en gran medida de cómo la persona responde ante la experiencia de soledad, así pues, se enfatiza el papel que desarrollan los procesos cognitivos en el desarrollo y mantenimiento de la experiencia de soledad (97) y explica el desarrollo de la soledad teniendo en cuenta tanto aspectos situacionales y ambientales, como comportamentales, y de la personalidad del individuo. Los principales representantes de este enfoque son Perlman y Peplau (1981) que definieron la soledad como una “experiencia desagradable que ocurre cuando la red de relaciones sociales de una persona es deficiente de alguna forma importante para el individuo, ya sea cuantitativa o cualitativamente”. Apela a la subjetividad de la experiencia de la soledad que está mediada por los procesos cognitivos (creencias, expectativas, normas sociales, atribuciones causales, etc.). Se han propuesto múltiples definiciones desde este enfoque, así Sermat (1978) entiende la soledad como una “discrepancia experimentada entre las relaciones interpersonales que se reciben y las que le gustaría tener al individuo” y Young (1982) la define como “la percepción de la ausencia de relaciones sociales satisfactorias, que se acompaña de síntomas de malestar psicológico relacionados con esta carencia percibida” Más tarde, de Jong-Gierveld (1987, 1998) desarrolló una definición de la soledad a partir de la literatura revisada y del análisis de contenido del significado de la soledad de



personas con y sin soledad. Así, el autor describió la soledad como “una situación vivida por el individuo en la que existe una desagradable o inadmisibles falta de ciertas relaciones”. El autor aclara que la falta de relaciones puede deberse tanto a situaciones en las que el número de relaciones es inferior al que se considera deseable o admisible, como a situaciones en las que la intimidad deseada no se ha logrado. Por tanto, se considera que la soledad implica la manera en la que la persona percibe, experimenta, y evalúa su aislamiento y su falta de comunicación con otras personas. Se ha considerado que este enfoque, también tiene limitaciones por diversos motivos, como: no tener en cuenta los efectos de la cultura en el desarrollo de la soledad, no poder explicar la soledad de las personas que tienen deterioro cognitivo y tampoco tener en cuenta la importancia de las redes sociales de apoyo para el alivio de la soledad.

Teniendo en consideración las definiciones recogidas en las cuatro aproximaciones teóricas clásicas de la soledad, se puede apreciar la gran variedad de propuestas conceptuales que existen de este constructo psicológico (93).

Igualmente, se observa cómo la definición de la soledad en la literatura científica depende fundamentalmente de la aproximación teórica de estudio, hecho que ha propiciado que no exista todavía un consenso sobre la explicación y definición de la soledad.

En último término, se puede ver cómo las definiciones han ido evolucionando a medida que lo ha hecho el conocimiento científico de la soledad. Todas estas circunstancias contribuyen a aumentar la complejidad del estudio de esta experiencia psicológica.

La aproximación cognitiva ha sido una de las más reconocidas en la literatura científica: Cohen-Mansfield et al., 2016; Donaldson y Watson, 1996; Dykstra, 2009; Perlman y Peplau, 1998; Pinquart y Sorensen, 2001; (94,96,98).

De hecho, Peplau y Perlman, (1982) señalan que esta aproximación y la de las necesidades sociales, que incluiría la aproximación psicodinámica e interaccionista, han sido las más usadas en el estudio de la soledad, aunque advierten dos diferencias fundamentales entre ambas perspectivas:

- 1) Mientras que la aproximación interaccionista enfatiza los aspectos afectivos de la soledad y sugiere que hay una asociación directa entre los déficits sociales y las reacciones subjetivas ante estos déficits, la cognitiva enfatiza el papel de la percepción y la evaluación que realiza la persona sobre sus relaciones sociales y los déficits sociales que experimenta, sugiriendo que son los procesos cognitivos los que median la relación entre los déficits sociales percibidos y la experiencia emocional, modulando por lo tanto la intensidad de la experiencia de soledad.



- 2) La aproximación psicodinámica, como fundamentalmente ha estudiado la experiencia de soledad en el contexto clínico psicoanalítico, sugiere que las personas experimentan soledad, sin reconocer en sí mismas dicho estado y sin ser conscientes de la naturaleza de su malestar, por lo que se suelen analizar los comportamientos defensivos que surgen de la soledad.

Por otro lado, la aproximación cognitiva, como se ha desarrollado a partir del estudio de población general, se centra en la percepción que hacen las personas sobre sus déficits sociales y analiza cómo la persona etiqueta su experiencia de soledad.

Aunque no se haya alcanzado aún un consenso en la literatura científica sobre la definición de la soledad, se han destacado tres aspectos comunes en todas las definiciones de ésta:

- Es el resultado de déficits en las relaciones sociales.
- Es un fenómeno subjetivo, es decir, distinto del aislamiento social objetivo.
- Es una experiencia aversiva y desagradable.

1.3. Modelos explicativos de la aproximación cognitiva de la soledad.

A continuación se describen dos modelos cognitivos clásicos: el Modelo de discrepancia cognitiva Peplau y Perlman (1979), y el Modelo de soledad desarrollado por de Jong Gierveld (1987).

Un modelo explicativo de la soledad más reciente es el propuesto por Cacioppo y Hawkley (2009) (93).

1. Modelo de Discrepancia Cognitiva de Peplau y Perlman (1979).

Estos autores parten de la idea de que el éxito en las sociedades occidentales no solo se mide por los logros personales obtenidos, sino también por los logros en las relaciones sociales.

Entienden que la soledad se desarrolla a partir de la discrepancia que surge entre el nivel de relación social deseado y el que se tiene en realidad. Es decir, la experiencia de soledad surge como resultado de un desequilibrio percibido entre las relaciones reales y las que desea o espera recibir la persona.

Desde este modelo se afirma que existen factores antecedentes que pueden facilitar o prevenir la aparición de la soledad, concretamente se describen dos tipos de antecedentes: las variables precipitantes y las variables individuales predisponentes de la soledad.



Además, los autores reconocen que pueden influir otros aspectos situacionales del contexto y la cultura de la persona, pero no incluyen estas variables en su modelo explicativo.

En las variables precipitantes se incluyen todas aquellas variables que provocan cambios en los niveles recibidos o deseados de contacto social. Por ejemplo, la finalización de la relación con personas significativas (divorcio, viudedad, etc.), la separación física de las personas significativas (cambio de residencia, ingreso en una residencia, etc.), los cambios de estatus (nido vacío, jubilación, etc.) y la baja satisfacción con la calidad de las relaciones sociales. Además, se apunta que las expectativas y deseos personales sobre las relaciones sociales también serían variables que precipitan la aparición de la soledad.

Como variables predisponentes, en este grupo se tienen en cuenta todos los factores personales que contribuyen al desarrollo y/o mantenimiento de la soledad. Además del género, el estado civil, el nivel de ingresos y la edad (donde los adolescentes y los ancianos son considerados los más vulnerables), el modelo propone tres tipos de factores personales predisponentes de la soledad:

- a) Las características que reducen la deseabilidad social de la persona y aumentan el riesgo de que se sienta sola. Se considera en este grupo a las personas que pertenecen a minorías sociales (ya sea por cuestiones de raza, orientación sexual, estado de salud, etc.) y aquellas poco atractivas físicamente (por no ser agraciadas, o no entrar en los estándares normativos de belleza, como personas obesas, personas con alteraciones físicas, etc.);
- b) Las características que influyen en el comportamiento y el éxito social de la persona, es decir, aquellas características de personalidad que dificultan la relación eficaz con otras personas como la timidez, la falta de asertividad, la falta de autoestima, etc.; y
- c) Las cualidades personales de la persona que determinan cómo reacciona ante los cambios que ocurren en sus relaciones sociales y que influyen en su eficacia para evitar, minimizar o aliviar la soledad.

Además de estos factores antecedentes, Peplau y Perlman, (1979) subrayan la influencia de los procesos de atribución causal, la comparación social y el control percibido en la modulación de la experiencia de soledad.

Los autores, siguiendo la tesis de Weiner, que defiende que cada atribución causal provoca reacciones emocionales distintas, aceptan la idea de que las atribuciones causales que hace la persona sobre su soledad afectarán a sus expectativas, emociones y comportamiento. En este sentido, dos dimensiones de las atribuciones causales cobran protagonismo en el planteamiento inicial del modelo: la dimensión “estable/inestable” y la dimensión “interna/externa”. Weiner y sus colaboradores demostraron que las atribuciones estables e internas sobre el fracaso provocan sentimientos de depresión y desesperanza. Asimismo, también observaron que si



los fracasos personales se atribuyen a otras personas surgen sentimientos de hostilidad y agresividad y, si se atribuyen a causas externas e inestables, como la suerte, aparecen reacciones de sorpresa y asombro en la persona.

Teniendo en cuenta estas observaciones, Peplau y Perlman (1979) consideran que las personas que atribuyen su soledad a causas internas e inestables, como por ejemplo el esfuerzo, afrontarán la soledad de forma persistente y eficaz. Además, con la ampliación de la teoría de Weiner, se incluyó posteriormente la dimensión “controlable/incontrolable” en el análisis de las atribuciones causales, entendiendo que las atribuciones internas, inestables y controlables son las más deseables (Peplau, Miceli y Morasch, 1982).

-El modelo considera que las personas tienden a compararse con los demás en situaciones similares, de este modo, los autores proponen que este proceso de comparación social influye a la hora de percibir la magnitud del déficit social.

El control percibido es un modulador de la experiencia de la soledad que se refiere a la medida en que la persona puede ejercer el control para conseguir el nivel deseado de contacto social. Los autores fundamentan la inclusión de esta variable moderadora en hallazgos anteriores como el de Averill (1973), que observó cómo la sensación de control reducía el estrés y también en los resultados del estudio de Schultz (1976), que comprobó cómo los ancianos institucionalizados que tenían la capacidad de decidir y predecir las visitas que recibían de los estudiantes tenían menores niveles de soledad. Así, Peplau, Bikson, Rook y Goodchilds (1982) sugieren que las personas que creen que la soledad es algo incontrolable es menos probable que intenten aliviar el problema.

Finalmente, desde el modelo se afirma que las formas de afrontar la soledad son muy variadas y se distinguen tres tipos de estrategias de afrontamiento fundamentales (Peplau y Perlman, 1979), a saber:

- Estrategias para cambiar los niveles deseados de contacto social. Los autores señalan tres tipos de mecanismos:

a) la adaptación, que se refiere a cómo, en función de las circunstancias, la persona adapta sus deseos de contacto social a la situación;

b) la elección de actividades, es decir, se considera que si la persona elige implicarse en actividades que disfruta haciendo en solitario no tendrá deseos de contacto social; y

c) cambiar los estándares o los niveles de exigencia de lo que es aceptable como amigo.



- Estrategias para cambiar los niveles conseguidos de contacto social. Las formas de aumentar los niveles de contacto social real pueden ser muchas, aunque los autores destacan entre ellas:

a) formar nuevas relaciones sociales;

b) aumentar el contacto con la red social habitual; y

c) sustituir las relaciones con otros elementos, como tener mascotas, ver telenovelas para seguir la trama de la vida de los personajes, escuchar el programa de un determinado locutor de la radio, etc.

- Estrategias para minimizar la discrepancia percibida entre las relaciones conseguidas y las deseadas. Los autores destacan cuatro estrategias en particular:

a) La negación de la soledad y los sentimientos que esta experiencia provoca.

b) La devaluación del contacto social.

c) La gratificación de las necesidades sociales usando estrategias alternativas al contacto social.

d) La realización de comportamientos para aliviar o evadirse del impacto negativo de la soledad, como beber y tomar drogas, u otros comportamientos insalubres.

Para concluir acerca del modelo de discrepancia cognitiva, Perlman y Peplau (1998) apuntan que este modelo no es una teoría específica de la soledad, pero ofrece una aproximación de la soledad que subraya los elementos importantes que intervienen en su desarrollo y mantenimiento.

2. Modelo de las causas de la soledad de De Jong-Gierverd (1987).

Según refiere el autor, su modelo explicativo de la soledad se fundamenta en la aproximación cognitiva de la soledad sugerida por Lazarus, Averil y Opton (1970) y por Perlman y Peplau (1981).

El autor entiende la soledad como una experiencia personal subjetiva, es decir, que no está influida directamente por la situación social que vive la persona, sino por las características personales.

Concretamente, el autor propone que los procesos cognitivos median la relación entre las características de la red social y la experiencia de soledad. Su modelo explicativo incluye un total de 25 variables explicativas agrupadas en 4 categorías que explican el 52,3% de experiencia de soledad:



1) Características descriptivas de la red social.

Se tiene en cuenta la presencia o ausencia de relaciones íntimas recíprocas y de contacto con familiares, amigos, vecinos, compañeros y conocidos.

Además de la existencia de relaciones sociales, se destaca la importancia de la calidad de la relación, por ello, se considera que las relaciones que implican reciprocidad son las de mayor calidad y las que más protegen contra la soledad.

2) Evaluación subjetiva de la red social.

Se refiere a la satisfacción que siente la persona con sus relaciones sociales.

Desde el modelo se asume que esta evaluación subjetiva está influida por características situacionales y disposiciones personales, así, el autor propone que dicha valoración es la que mediará entre las características descriptivas de la red social y la soledad.

3) Variables situacionales o contextuales.

En este grupo se tienen en cuenta las variables que tradicionalmente se han relacionado con la soledad como la edad, el género, el estado civil, la forma de convivencia, el lugar de residencia y el estatus laboral.

4) Variables disposicionales o características personales.

En el modelo se asume que la personalidad juega un importante papel en el desarrollo de la soledad e incluyen tres características personales: el autoconcepto, la ansiedad social y el factor introversión-extraversión.

De todas las variables integradas en su modelo, de Jong-Gierveld, (1987) confirma que la forma de convivencia (vivir solo) es uno de los determinantes más importantes de la soledad, ya que tiene una influencia directa e indirecta sobre esta experiencia.

Asimismo, confirma la hipótesis cognitiva de la soledad, puesto que la satisfacción general con la red social y el autoconcepto mostraron ser mejores predictores de la soledad que otras variables del modelo, como las variables descriptivas de la red social, que tuvieron una influencia moderada en la explicación de la soledad o las variables situacionales que, a excepción de la forma de convivencia, no aportaron valor explicativo al modelo propuesto.

Por tanto, el modelo explicativo de Jong-Gierveld (1987) confirma que la soledad está provocada en gran medida por la evaluación subjetiva que hace la persona de su red social y esta relación está moderada y mediada por variables situacionales



pero, sobre todo, por características de la persona que, tal y como señala el autor, se deben tener en cuenta a la hora de conceptualizar y abordar la soledad.

3. Modelo de los efectos de la soledad de Cacioppo y Hawkley (2009).

Este modelo surge a partir de los datos empíricos acumulados tras muchos años de investigación de la soledad y sus consecuencias para la salud.

A través del mismo, los autores proponen una explicación evolutiva y motivacional de la aparición y mantenimiento de la soledad y describen cómo esta experiencia afecta a la salud biopsicosocial de las personas que la sufren de manera crónica.

Según refieren Cacioppo y Hawkley (2009), debido a nuestra herencia evolutiva, el cerebro humano está programado para buscar conexiones significativas con los demás. Hay dos hechos fundamentales en los que apoyan esta idea.

En primer lugar, las especies sociales, como los seres humanos, han sobrevivido gracias a la protección y el apoyo mutuo. Así pues, cuando surgen los sentimientos aversivos de soledad, aumenta la motivación para renovar las conexiones sociales para la supervivencia y para promover la confianza social, la cohesión y la acción colaborativa.

En segundo lugar, de manera similar a la respuesta automática que se produce en animales y seres humanos ante el dolor físico (que produce una señal de alerta en el cuerpo que le prepara para responder ante las amenazas), los sentimientos de soledad actúan como señales que motivan respuestas hacia las amenazas o daños dirigidos a la parte social del individuo.

Por tanto, los autores mantienen la hipótesis de que, al igual que si se ignora el hambre, la sed y el dolor físico se reduce la habilidad para sobrevivir y encontrar comida en el mundo salvaje, si se ignora la soledad en el mundo social se pueden producir efectos dañinos que acaben contribuyendo al deterioro mental y físico de la salud.

Así, desde este modelo teórico, se entiende que la soledad es una respuesta ante la necesidad social humana, que surge de un desequilibrio y que motiva la búsqueda de conexión social.

Desde este enfoque se afirma que, cuando se experimenta soledad, se activan mecanismos neurobiológicos que promueven la autopreservación y la satisfacción de estas necesidades sociales a corto plazo.

Sin embargo, cuando no se logra satisfacer esta necesidad de conexión o la activación se prolonga en el tiempo, se producen daños sobre la salud que contribuyen a aumentar la morbilidad y mortalidad de las personas.



Además de lo anterior, los autores proponen una explicación sobre el mantenimiento de la soledad a través del tiempo, formando un círculo vicioso que afecta a la cognición y el comportamiento de las personas.

Cacioppo y Hawkley (2009) plantean que la soledad desencadena una hipervigilancia implícita hacia las amenazas sociales que, a su vez, produce sesgos en la atención y la memoria que confirman esos temores. Por lo tanto, las personas que se sienten solas es más probable que perciban su mundo social como amenazante, tengan expectativas sociales negativas y recuerden más los aspectos negativos de los eventos sociales que aquéllas que no se sienten solas.

Este tipo de cogniciones, aumentan la probabilidad de que las personas se impliquen en procesos confirmatorios a través de su conducta, es decir, que mantengan interacciones sociales más negativas y obtengan evidencias que confirman el poco control personal o valor social que tienen, aumentando así su percepción de soledad (92).

2. Instrumentos de medida más utilizados para evaluar la presencia de soledad y aislamiento social.

Un problema que se plantea es el modo de valorar y medir la soledad.

Puede hacerse con escalas o cuestionarios estructurados o con preguntas en relación a la experiencia de soledad.

Hay diversas escalas, entre las más utilizadas y siguiendo a Sacramento Pinazo en la revisión que ha hecho de las mismas, tenemos: UCLA loneliness scale (o alguna versión modificada, medición global del sentimiento de soledad, como estructura unidimensional) (Russell et al. 1980), Jong Gierveld Scale (Jong Gierveld & Kamphuis 1985), Escala Este de Soledad Social, de la universidad de Granada (ESTE I y ESTE II), Escala para la Evaluación de la Soledad Social y Emocional (medida multidimensional de la soledad)(SESLA – S), ESLI (Emotional and Social Loneliness Index) y The Lubben Social Network Scale (Lubben 1998) para evaluar la red social (99).

En los estudios poblacionales la valoración básica se hace con una o varias preguntas directas que suelen incluir: “vive usted solo/a” y “se siente o ha sentido solo...” habitualmente con varias opciones de respuesta. Muchas veces sacada de otro instrumento validado, como la CES-D. “¿Se sintió solo la mayor parte del tiempo durante la semana pasada?”. Estas preguntas a veces se incluyen en protocolos más extensos. Lo cierto es que la correspondencia entre este tipo de preguntas y las escalas validadas ha sido objeto de estudios con resultados dispares (82).



<p>Características subjetivas</p>	<p>Sentimiento soledad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pregunta única • DJGLS • UCLA
--	----------------------------	---

Fuente: Sacramento Pinazo, Soledad de las personas mayores

Los datos de prevalencia de soledad en población mayor, varían mucho entre investigaciones, oscilando mucho de una investigación a otra y esta variabilidad podría deberse a diversos factores, y entre ellos a la dificultad de evaluar este sentimiento. La forma de preguntar sobre la soledad, las palabras utilizadas en las preguntas y el contexto cultural en que se hacen las preguntas podrían influir en las respuestas, lo que explicaría parcialmente la gran variabilidad en la prevalencia de soledad entre los distintos estudios.

Dependiendo de la teoría en la que se basa el investigador la soledad puede considerarse como bidimensional o multidimensional. De acuerdo con Weiss (1983), por ejemplo, la soledad está compuesta por dos dimensiones, a saber: la soledad emocional y la soledad social.

Otros investigadores han creado escalas que miden la soledad desde diferentes dimensiones, como los distintos tipos de relación que una persona puede tener (de pareja, familiar, organizacional, etc.). Una cuestión también importante es la consideración de la soledad en su dimensión temporal. Hay quienes defienden que la soledad es un estado de ánimo, en cuyo caso se la podría medir a través de instrumentos estáticos que preguntasen sobre el estado actual de ánimo del sujeto (soledad estado). Pero también hay quienes dicen que es un rasgo de personalidad, en cuyo caso se necesitarían preguntas distintas que abarcasen un periodo más largo en el tiempo en que la soledad se manifestase (soledad rasgo).

No hay consenso sobre cuál es la forma más adecuada de medir la soledad. Hay autores que defienden que las medidas directas de soledad son más apropiadas en investigaciones con personas mayores que las escalas y hay quienes creen necesario preguntar por sus diferentes dimensiones (102).

En la figura 32 se presenta una lista de las escalas más utilizadas de soledad y aislamiento social.



Figura 32. Lista de las escalas más comunes para la soledad y el aislamiento social.

Nombre de la escala	Formato, por ejemplo, número de preguntas /tipo de preguntas	Comentarios	Enlace web
La escala de soledad de UCLA (Russell, Peplau, Cutrona, 1980; Russell, 1996)	20 artículos fraseo negativo	Ampliamente utilizado Largo	http://bit.ly/381LJeg
Versión revisada de 3 artículos de ULCA (Hughes, Waite, Hawkley y Cacioppo, 2004)	3-artículos Todos los 3 elementos con frases negativas.	Breve Ampliamente utilizado	http://bit.ly/35Z8f5O
La escala de soledad de 11 elementos de De Jong Gierveld (De Jong Gierveld y Kamphuis 1985)	11 elementos (subescala...) No hay mención directa de la soledad. Cinco frases positivas y seis elementos con frases negativas.	Formato más utilizado de UCLA Evaluar la soledad general y social y emocional a través de subescalas Ampliamente utilizado	http://bit.ly/2DQ8rbn
La escala de soledad de 6 elementos de De Jong Gierveld (De Jong Gierveld y Van Tilburg 1999; De Jong Gierveld y Van Tilburg 2010)	6 elementos (subescala) No hay mención directa de la soledad. Desarrollado para medir la gravedad de los sentimientos de soledad. Tres frases positivas y tres elementos con frases negativas.	Evaluar la soledad general y social y emocional a través de subescalas Breve Ampliamente utilizado	http://bit.ly/2DQ8rbn
La Escala de Soledad Social y Emocional para Adultos (SELSA) (DiTommaso, Spinner et al. 1993)	37-artículos	Distingue entre la soledad social y emocional y distingue aún más dos dominios de la soledad emocional, (familiar y romántico). Largo Menos ampliamente utilizado	http://bit.ly/350xDb6
La Escala de Soledad Social y Emocional para Adultos (SELSA) (DiTommaso, Brannen-McNulty et al. 2003)	15 artículos	Distingue entre la soledad social y emocional y distingue aún más dos dominios de la soledad emocional, (familiar y romántico) Menos ampliamente utilizado	http://bit.ly/2DJ5AB5
Versión revisada de 15 artículos			
La herramienta De medición de la soledad campaña para poner fin (CEL 2015)	3-artículos Desarrollado especialmente para servicios en lugar de investigadores. No hay mención directa de la soledad.	Corto y fácil de usar Con una redacción sensible Desarrollado a través de una amplia investigación y consulta y diseñado para ser lo más inclusivo y ampliamente útil posible Aún no ha sido evaluado tan rigurosamente académicamente	http://bit.ly/33QLfs



Todas las preguntas están redactados positivamente.

Aislamiento social

La Escala de Redes Sociales Lubben (LSNS) (Lubben & Gironda 2003):	Versión corta de 12 artículos y 6 artículos.	Ampliamente utilizado	http://bit.ly/2RetIng
El índice de redes sociales Berkman-Syme (SNI)	(Berkman & Syme 1979) evalúa la participación en 12 tipos de relaciones sociales. Estas incluyen relaciones con un cónyuge, padres, suegros, hijos, otros familiares cercanos, vecinos cercanos, amigos, compañeros de trabajo, compañeros de escuela, compañeros voluntarios, miembros de grupos sin afiliación religiosa y grupos religiosos.	Ampliamente utilizado	http://bit.ly/33IGqx6
El índice de apoyo social de Duke (DSSI) –	Escala de 10 artículos		http://bit.ly/34QnHRz
	El índice de apoyo social de 35 posiciones de Duke (DSSI) mide múltiples dimensiones del apoyo social		
Desconexión Social – Escala de 8 elementos (Cornwell y Waite, 2009)	Desconexión Social – Escala de 8 elementos (por ejemplo, pequeña red social, participación poco frecuente en actividades sociales) (Cornwell y Waite, 2009) los autores también incluyen La Escala de Aislamiento Percibida);		

Fuente: Institute of Public Health. Disponible [I-LINK: International Loneliness and Isolation research Network](http://www.i-link.org/) - Institute of Public Health

En 2015 Mónica Donio y Sacramento Pinazo Hernandis realizaron una revisión sistemática de instrumentos de medida de soledad en personas mayores (80,103,104). Los resultados sugieren que gran parte de la investigación sobre soledad se ha centrado en muestras de jóvenes y adolescentes y han sido realizadas en otros países, pero no en España. Identificaron, por un lado, la escasez de investigaciones que midan la soledad de las personas mayores españolas y, por otro, las fortalezas y las debilidades de los instrumentos disponibles. Por su gran interés se detallan a continuación los resultados de dicho estudio:

1. UCLA Loneliness Scale.

El instrumento más utilizado para medir la soledad es la Escala de Soledad de la Universidad de California, Los Ángeles (UCLA), que fue originalmente desarrollada por Russell, Peplau, y Ferguson (1978). Su elaboración fue motivada por la falta de un instrumento sencillo y fiable que midiera la soledad general. La escala de respuestas tiene cuatro puntos, desde “Nunca me siento así” hasta “Me siento así a menudo”. Además, se solicitó a los sujetos que indicaran el grado de soledad



actual a través de una escala de cinco puntos, desde “Mucho menos solo que los demás” hasta “Mucho más solo que los demás”. También se les pidió que describieran su estado de ánimo y sus sentimientos, utilizando un listado de 25 adjetivos que habían sido extraídos de la literatura sobre soledad y que posiblemente estaban asociados al sentimiento de soledad.

Posteriormente, se desarrolló una nueva versión de la misma escala, conocida como Revised UCLA Loneliness Scale, o UCLA-R (Russell, Peplau & Cutrona, 1980). Se trata de un instrumento validado que mide la soledad general y los sentimientos de aislamiento social. Para cada ítem, el sujeto debe indicar con qué frecuencia lo experimenta: “Nunca”, “Raramente”, “A veces” o “A menudo”. Tiene alta consistencia interna, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.94. Se identificaron correlaciones entre soledad y depresión y entre soledad y ansiedad, que fueron medidas con otros instrumentos específicos. También se encontraron correlaciones significativas entre soledad y sentirse abandonado, deprimido, vacío, desesperanzado, aislado y encerrado en sí mismo (Russell et al., 1980).

Según Borges, Prieto, Ricchetti, Hernández-Jorge, y Rodríguez-Naveiras (2008), aunque los autores de la escala UCLA-R hayan sugerido que el instrumento es unidimensional –lo que se ha confirmado en algunas investigaciones posteriores–, existen estudios que la reconocen como multidimensional (Dussault, Fernet, Austin, & Leroux, 2009; Hawkey et al., 2005). Por ello, estos investigadores realizaron una validación cruzada de la factorización de la UCLA-R en dos muestras de jóvenes estudiantes: una en España y otra en Italia. Como resultado más interesante, se halló que tanto la versión italiana como la versión española de la escala eran multidimensionales; en el caso de la versión española, se identificaron cuatro factores: soledad emocional, evaluación subjetiva de la red social, dificultad en intimar y sentimientos de pertenencia.

A partir de la UCLA-R algunos autores elaboraron versiones reducidas del instrumento. La versión de Hughes et al., (2004) (105), por ejemplo, contiene tres ítems y fue pensada para entrevistas telefónicas. Los autores eligieron tres ítems de la UCLA-R y los transformaron en preguntas de frecuencia formuladas en segunda persona (“¿Con qué frecuencia... le falta compañía/se siente usted solo/se siente usted aislado de los demás?”). La UCLA-R reducida utiliza una escala de respuestas tipo Likert con tres puntos (“Casi nunca”, “Parte del tiempo”, “A menudo”), en lugar de los originales cuatro puntos de la UCLA-R. Esa versión reducida del instrumento fue probada en muestras de personas de mediana edad y en personas mayores. Demostró ser un instrumento sencillo, con buena fiabilidad (0,72) y alta correlación con la UCLA-R (0,82), pudiendo sus resultados ser comparados a los del instrumento completo. También se correlaciona con depresión y estrés percibido cuando estos son medidos con instrumentos específicos.



Así que se volvió a revisar el instrumento, y a día de hoy, su versión más actual es conocida como UCLA Loneliness Scale (Version 3) o UCLA-3 con 20 ítems, que presenta un formato más sencillo de respuestas y del contenido de los ítems, comparado con las versiones anteriores. Contiene 11 ítems formulados en el sentido de la presencia de soledad y nueve, de la ausencia de soledad. Antes de cada uno de los ítems, se añadió la pregunta “¿Con qué frecuencia siente usted...?” para facilitar el pase del instrumento en entrevistas personales o por teléfono. Además, la escala de respuestas pasó a ser “Nunca”, “Raramente”, “A veces” y “Siempre”.

La escala ha demostrado tener buena validez discriminante, asociándose negativamente a medidas de apoyo social. Presenta buena validez de constructo, ya que los resultados de soledad se asocian fuertemente a depresión, satisfacción con la vida y burnout, además de presentar una asociación significativa con la salud percibida en muestras de personas mayores.

En resumen, se ha podido comprobar que la UCLA-3 es un instrumento adecuado para medir la soledad en diversos tipos de muestras y a través de variados métodos de recogida de datos, como cuestionarios autocumplimentados, entrevistas personales o por correo postal.

Referente a la estructura factorial de la UCLA-3, sus autores defienden que se trata de un instrumento unidimensional, lo que fue comprobado a través de análisis confirmatorios factoriales llevados a cabo por Russell (1996) en los datos provenientes de diferentes muestras. Sin embargo, hay controversias sobre la estructura de esta escala: algunos autores, como Lasgaard (2007) apoyan su unidimensionalidad, mientras que otros han identificado desde dos hasta cinco dimensiones distintas (Boffo, Mannarini & Munari, 2012; Durak & Senol-Durak, 2010; Shevlin, Murphy & Murphy, 2015). Resultados semejantes, que confirman la multidimensionalidad de la escala también fueron encontrados en un estudio con muestra de personas mayores españolas (Pinazo-Hernandis, Sancho, Donio-Bellegarde & Tomás, 2018). Para estos autores, el modelo estructural que mejor se adapta a la UCLA-3 es el de tres factores.

Con respecto a la puntuación de la escala, tanto en la versión original como en las versiones subsecuentes (UCLA-R y UCLA-3), el entrevistado puede obtener desde 20 puntos -que corresponde al más bajo nivel de soledad-, hasta 80 puntos -que es la máxima puntuación en soledad-. En el caso de la UCLA-R y la UCLA-3, los ítems formulados de forma positiva deben ser invertidos antes de calcular la puntuación total.

Las ventajas de la UCLA Loneliness Scale, según Routasalo y Pitkala (2003) son: que está validada en población mayor; que es capaz de distinguir entre los individuos muy solos y los moderadamente solos; y que tiene propiedades psicométricas satisfactorias, incluidas la validez de constructo, la validez



convergente y su consistencia interna. Sin embargo, los mismos autores sugieren que hay poca evidencia sobre su sensibilidad.

En España se ha validado la UCLA-R en muestras de estudiantes universitarios (Borges et al., 2008; Expósito & Moya, 1993). Velarde-Mayol et al., (2015) han validado una versión de la escala UCLA con 10 ítems en una muestra representativa de la población española mayor de 65 años.

Por otra parte, recientemente la UCLA-3 ha sido validada en una muestra española de personas mayores que asistían a los programas de una Universidad para Personas Mayores (Pinazo-Hernandis et al., 2018). Dicho estudio desveló que la versión española de la UCLA-3 es un instrumento con tres dimensiones capaz de describir las dimensiones de aislamiento social, soledad y conexión social. También se concluyó que se trata de un instrumento con buenas propiedades psicométricas, adecuado para medir la soledad de las personas mayores en España.

2. Escala de soledad de Jong Gierveld.

Otro instrumento de medida validado es la Escala de Soledad de Jong Gierveld (DJGLS) (de Jong Gierveld y Kamphuis, 1985), inicialmente llamada Escala de Soledad Tipo Rasch. Se basa en una conceptualización tridimensional de la soledad:

- Tipo de carencia: la naturaleza y la intensidad de las relaciones que enfrenta el sujeto;
- Perspectiva de tiempo: soledad experimentada de forma temporal frente a la soledad inmutable; y
- Características emocionales: la falta de sentimientos positivos frente a la presencia de sentimientos negativos.

Los autores del instrumento pretendían crear una escala con aproximadamente cinco ítems formulados de forma positiva y cinco de forma negativa, que fuera fácil de manejar y adecuada tanto a los sujetos solos como a los no solos.

De un listado original de 40 ítems, se seleccionaron 28, de los cuales nueve estaban formulados de forma positiva y los demás, de forma negativa. Los ítems fueron repartidos en cinco subescalas que se diferenciaban por el grado de la experiencia de soledad:

1. Carencia severa;
2. Sentimientos de carencia asociados a situaciones problemáticas específicas, como el abandono;
3. Falta de compañía;



4. Sentimiento de sociabilidad; y

5. Sensación de tener relaciones significativas.

Sin embargo, el conjunto completo de 28 ítems no cumplía con los criterios Rasch, como, por ejemplo, la unidimensionalidad.

Para elegir los ítems que compondrían la versión final de la escala, los autores establecieron que debería haber un equilibrio entre la cantidad de ítems formulados de forma positiva y aquellos formulados de forma negativa. Además, la escala final debería tener ítems pertenecientes a todas las cinco subescalas mencionadas en el párrafo anterior.

La versión final de la escala contiene 11 ítems y está compuesta por dos subescalas:

- la subescala de soledad social, compuesta por cinco ítems formulados de forma positiva y que preguntan sobre la sensación de pertenencia, y
- la subescala de soledad emocional, que tiene seis ítems formulados de forma negativa y explora los sentimientos de desolación y falta de relaciones de apego.

Ninguno de los ítems utiliza la palabra soledad. Las categorías de respuesta son: “¡Sí!”, “Sí”, “Más o menos”, “No”, “¡No!”. Pero en encuestas telefónicas o cara-a-cara se puede utilizar solamente tres opciones de respuesta: “Sí”, “Más o menos”, “No”.

Los análisis factoriales llevados a cabo por los autores de la escala sugieren que los 11 ítems miden una única dimensión de la soledad, pero que el instrumento está afectado por un factor metodológico, en el que los ítems formulados de forma positiva cargan en una dirección y los formulados en negativo cargan en la dirección opuesta.

Es posible utilizar las subescalas de soledad emocional y soledad social por separado dependiendo de la necesidad del investigador y de los objetivos del estudio (de Jong Gierveld & van Tilburg, 2010).

La DJGLS presenta buenas propiedades psicométricas, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,84 para la escala completa y 0,88 (subescala de soledad emocional) y 0,88 (subescala de soledad social). Existen evidencias de que se trata de un instrumento fiable y válido (Pinquart & Sörensen, 2001b), especialmente en investigaciones con muestras de personas mayores (Penning, Liu & Chou, 2014). También es un instrumento adecuado para ser utilizado en diferentes países, ya que ni el contenido de los ítems ni los resultados de los análisis estadísticos sugieren que haya una variación cultural de los ítems (van Tilburg et al., 2004).



Existe una versión reducida de la DJGLS que fue creada para poder ser utilizada en grandes investigaciones que demandan instrumentos más cortos. Está compuesta por seis ítems, tres de ellos fueron sacados de la subescala de soledad emocional, y tres, de la subescala de soledad social. Dicha versión fue desarrollada y testada en muestras que incluyeron a personas mayores holandesas y resultó ser un instrumento válido y fiable para medir tanto la soledad general como la soledad emocional y social. El índice alfa de Cronbach varió de 0,70 a 0,76 en tres investigaciones con muestras de adultos; entre 0,67 y 0,74 en la subescala de soledad emocional y de 0,69 a 0,73, en soledad social. Además, la versión reducida de la escala presentó alta correlación con la escala completa, oscilando entre 0,93 y 0,95 (de Jong Gierveld & van Tilburg, 2010).

La DJGLS está validada en muestras internacionales de personas mayores (Victor, Grenade et al., 2005) y ha sido traducida al castellano y validada en muestras de personas mayores españolas en sus versiones completa (Buz, Urchaga, et al., 2014; Buz & Pérez-Arechaederra, 2014; Tomás, Pinazo-Hernandis, Hontangas, & Donio-Bellegarde, 2018) y reducida (Ayala et al., 2012 (106)).

Tras someter la versión adaptada completa a diversos testes estadísticos, Buz y Pérez-Arechaederra (2014) concluyen que se trata de un instrumento válido y fiable para medir la soledad en la población mayor española. Presenta buena validez de contenido y validez discriminante, pudiendo ser utilizada para identificar los siguientes subgrupos de la población en riesgo de soledad: mujeres, personas mayores que no están casadas, aquellos que viven solos, que tienen mala salud física (objetiva y subjetiva), con tamaño reducido de la red social de la familia nuclear, poca satisfacción con las relaciones con la familia nuclear y con poca actividad social.

Sin embargo, los resultados de los análisis estadísticos sugieren que hay un funcionamiento diferencial de algunos ítems de acuerdo con el estado civil y la forma de convivencia, lo que supone que la escala sea esencialmente unidimensional (Buz & Pérez-Arechaederra, 2014).

También en Buz, Uchaga, et al., (2014) se halló que la DJGLS es un instrumento unidimensional, que mide la soledad en general, no siendo capaz de diferenciar entre la soledad emocional y la soledad social de los españoles mayores. En la misma dirección, los resultados de Tomás et al., (2018) confirman la unidimensionalidad de la escala, además de apoyar el argumento de los autores de la versión original del instrumento respecto a la existencia de un segundo factor de método asociado a los ítems negativos del instrumento.

Otros autores también han criticado el uso de cuantificadores de los contactos sociales de la persona entrevistada (“muchos”, “suficientes”, etc.), pues creen que eso genera un sentimiento negativo de fracaso social y que lleva a la persona a creer que debería tener una red social más amplia, pudiendo generar respuestas



socialmente aceptables (Nicolaisen & Thorsen, 2014b). Según Shaver y Brennan (1991) y Kirova (2003), falta precisión en algunos ítems de la escala, que más bien medirían otros aspectos de salud mental, como la depresión o el bienestar psicológico.

A la hora de elegir entre la versión completa y la versión reducida del instrumento, de Jong Gierveld y van Tilburg (2010), estos sugieren que la versión completa es más adecuada para investigaciones que busquen información detallada sobre la prevalencia de soledad, estudios en profundidad de la soledad o aquellos que traten de comprender la naturaleza cambiante y el impacto de la soledad tras eventos vitales específicos. Para los demás tipos de investigaciones, aseguran que la versión de seis ítems es suficiente.

Los hallazgos de la investigación llevada a cabo por Penning et al. (2014, resultados de soledad medidos por diferentes instrumentos) sugieren que, la DJGLS es más adecuada para medir la soledad en muestras de personas de mediana edad y personas mayores porque presenta menos problemas que la UCLA-R.

3. Escala SELSA (Social and Emotional Loneliness Scale for Adults).

Otro ejemplo de instrumento es la *Social and Emotional Loneliness Scale for Adults* (SELSA). Esta escala fue desarrollada en 1993 por DiTommaso y Spinner para medir la experiencia subjetiva de la soledad en adultos de una forma multidimensional. Los autores se basaron en el modelo de soledad propuesto por Weiss (1983) para elaborarla.

Los tres aspectos que evalúa la escala son:

- La soledad social.
- La soledad familiar.
- La soledad romántica.

A través de 37 ítems con escala de respuestas de tipo Likert, desde “*Totalmente en desacuerdo*” (1) hasta “*Totalmente de acuerdo*” (7).

Debido a su larga extensión, algunos investigadores propusieron versiones abreviadas con 15 ítems, que pudieran ahorrar tiempo y recursos de los investigadores (Cramer, Ofosu & Barry, 2000) o que pudieran ser utilizadas en contextos clínicos (DiTommaso, Brannen & Best, 2004). Esta última la nombraron SELSA-S. Ambas versiones reducidas presentan buenas propiedades psicométricas comparables a la versión completa del instrumento. Además, los autores de la SELSA-S hallaron correlaciones estadísticamente significativas entre esta escala y la UCLA-3.



Hay una versión de la SELSA-S adaptada al español por Yárnoz (2008), con propiedades psicométricas satisfactorias, coeficientes alfa de Cronbach 0,71 para la subescala de soledad social, 0,83 tanto para soledad familiar como para soledad romántica (o de pareja), y 0,84 para la escala completa, indicando ser un instrumento efectivo para medir la soledad con un abordaje multidimensional (Hombrados-Mendieta et al., 2013), aunque no fue administrada en muestras específicas de personas mayores españolas.

Según Yárnoz (2008), la SELSA-S es un instrumento corto y fácil de contestar, además de considerar los aspectos social y emocional de la soledad, en vez de simplemente medir la intensidad del sentimiento (más o menos solo).

La autora considera que se trata de un instrumento de medida adecuado para ser utilizado tanto de forma preventiva como de intervención en el ámbito de la salud.

4. Escala ESLI (Emotional And Social Loneliness Inventory).

El instrumento Emotional and Social Loneliness Inventory (ESLI) es una escala multidimensional que fue diseñada por Vincenzi y Grabosky (1987) con el objetivo de diferenciar entre cuatro constructos de la tipología de soledad sugerida por Weiss (1983):

- las condiciones de aislamiento social y emocional y
- los sentimientos de soledad social y emocional.

Está compuesta por 30 ítems, 15 de los cuales miden los sentimientos subjetivos de soledad (ocho se refieren a la soledad emocional y siete, a la soledad social). Los demás ítems miden el aislamiento social objetivo. Los ítems se presentan en parejas, la primera pregunta se centra en la percepción de la persona entrevistada sobre una situación o conducta y la segunda busca información sobre cómo se siente la persona entrevistada respecto de dicha situación o conducta.

Las opciones de respuestas van desde “Normalmente cierto” (3) a “Raramente cierto” (0) y la intención de la escala es contrastar la percepción del sujeto sobre su red social con sus sentimientos.

El instrumento tiene buena fiabilidad interna, con coeficiente alfa de Cronbach de 0,85 para soledad social y emocional y 0,76 para aislamiento social y emocional. Los coeficientes alfa de Cronbach de las subescalas son los siguientes: 0,83 (aislamiento emocional), 0,80 (aislamiento social), 0,86 (soledad emocional) y 0,82 (soledad social). El coeficiente de fiabilidad test-retest obtenido por los autores de la escala tras haberla pasado a 20 sujetos del grupo clínico en un intervalo de dos semanas fue de 0,80.



El hecho de que el grupo clínico hubiese puntuado más en la escala que las muestras de estudiantes y universitarios confirmó que el instrumento tiene buena validez concurrente.

Según Vincenzi y Grabosky (1987), la ESLI es una herramienta útil para los médicos porque puede ayudarles y a los propios pacientes porque pueden entender mejor sus problemas.

Con los resultados de esta escala se obtiene una imagen más amplia sobre los déficits actuales de las redes sociales de sus pacientes, así como sus grados de angustia. Además, les permite identificar problemas específicos cuando hay discrepancias entre la percepción de cada situación y la forma como los pacientes se sienten acerca de ellas.

5. Pregunta única de soledad

Por otra parte, hay que mencionar que algunos autores prefieren utilizar una pregunta única en detrimento de las escalas validadas.

Su formulación, y las escalas de respuestas, pueden variar, siendo una de las formas más habituales, la pregunta directa “¿Se siente usted solo?”, con escalas de tres o cuatro puntos, desde “Nunca” o “Casi nunca” hasta “A menudo” (Aaartsen & Jylhä, 2011; Losada et al., 2012; Tiikkainen & Heikkinen, 2005).

Una variación de la pregunta sería “¿Ha experimentado usted soledad?”, con una escala de respuesta de 5 puntos: “Nunca”, “Raramente”, “A veces”, “A menudo”, “Siempre” (Holmén & Furukawa, 2002) o algo más específico, como “¿Con qué frecuencia experimentó usted el sentimiento de soledad en la última semana?”, con escala de respuesta de cuatro puntos: desde “Casi nunca” hasta “Casi todo el tiempo” (Sundström et al., 2009).

La pregunta única es una medida directa, una opción fácil para ser usada en los entornos clínico y de investigación por su brevedad y suele tener buena aceptación de los entrevistados (Luanaigh & Lawlor, 2008).

Sin embargo, al cuestionar una persona directamente sobre su sentimiento de soledad, se corre el riesgo de que lo niegue aunque sí se sienta sola y, consecuentemente, se obtendrían datos infravalorados del fenómeno y es así porque la soledad suele ser percibida como un estigma, asociado a un fracaso social que las personas no quieren asumir, como ya se ha comentado. Además, al optar por la pregunta única, se supone que todos los participantes de la investigación tienen el mismo entendimiento sobre el significado de la soledad, cuando es probable que existan distintas interpretaciones para el mismo término.



Algunos investigadores han comparado medidas directas de soledad, con escalas validadas, con el objetivo de verificar si había diferencias en los resultados de soledad de acuerdo con el método de medición empleado:

En la investigación de Victor et al., (2005), se compararon los resultados de dos investigaciones llevadas a cabo en muestras distintas y utilizando métodos e instrumentos de medida distintos.

La primera utilizó una pregunta directa en entrevistas cara a cara con muestra de personas mayores residentes 112 en Reino Unido. La segunda fue empleada en una muestra mayor australiana y se utilizó la misma pregunta directa y además la escala DJGLS. En este caso, se optó por el formato autocumplimentado a través de cuestionarios enviados por correo postal.

Con la misma muestra australiana de la investigación de Victor et al., (2005), Steed et al. (2007) analizaron la prevalencia de soledad medida a través de tres instrumentos distintos: una pregunta directa y las escalas DJGLS y UCLA. Sus principales hallazgos se refieren a las asociaciones entre soledad y género y entre soledad y edad. Al utilizar la pregunta directa, se detectó que las mujeres informaban sentirse más solas que los varones. En cambio, cuando fue medida a través de las dos escalas validadas, no hubo diferencias significativas de género. Además, independientemente del método de medida empleado, no se hallaron evidencias sobre la asociación entre soledad y edad.

En la investigación llevada a cabo por Shiovitz-Ezra y Ayalon (2012), se utilizó una pregunta directa sacada de la Escala de Depresión del Center for Epidemiologic Studies (CES-D) y la versión reducida de 3 ítems de la UCLA-R en una muestra de estadounidenses de 55 años de edad o más.

A diferencia de lo que constataron otros autores que compararon instrumentos, en este estudio se halló que un 57 % de las personas que informaron sentirse solas en respuesta a la pregunta directa se clasificaron como “no solas” en la escala validada. Una posible explicación para esa diferencia es el hecho de que la pregunta única establecía un periodo de tiempo determinado –la semana anterior–, lo que no sucedía en la escala validada.

En resumen, existe una gran variedad de instrumentos disponibles para medir los sentimientos de soledad, desde escalas que fueron cuidadosamente elaboradas y validadas, presentando buenas características psicométricas, hasta preguntas más sencillas que tratan el tema de la soledad de forma directa.

Pese a las ventajas y las desventajas de cada tipo de instrumento de medida, cabe al investigador elegir aquel que mejor se adecúe a su estudio y a las características de la muestra que será entrevistada (figura 33).



Figura 33. Características de los instrumentos más usados para evaluar la soledad.

Escala	Versiones	Autores (año)	N.º ítems	Alfa Cronbach	Población diana
UCLA	UCLA	Russell, Peplau, y Ferguson (1978)	20	0,96	Estudiantes universitarios
	UCLA-R	Russell, Peplau, y Cutrona (1980)	20	0,94	Estudiantes universitarios
	UCLA-3	Russell (1996)	20	Entre 0,89 y 0,94	Población general
DJGLS	DJGLS	de Jong Gierveld y Kamphuis (1985)	11	0,84	Población general
	DJGLS reducida	de Jong Gierveld y van Tilburg (2010)	6	Entre 0,70 y 0,76	Población general
SELSA	SELSA	DiTommaso y Spinner (1993)	37	Entre 0,89 y 0,93	Adultos
ESLI	ESLI	Vincenzi y Grabosky (1987)	30	Entre 0,76 y 0,85	Adolescentes y adultos

Fuente: Pinazo et al. La soledad de las Personas Mayores.

Además de estas escalas disponemos de la **“Escala de Soledad Social Este II”**,

La escala ESTE I fue diseñada para medir la soledad en personas mayores. Este instrumento ha sido planteado para evaluar principalmente los déficits existentes en el soporte social del sujeto (tanto familiar, conyugal como social), así como en el sentimiento que estas situaciones pueden provocar (crisis existencial).

Los ítems que componen el instrumento proceden de escalas objetivas y de probada eficacia tales como la UCLA, la ESLI, la SELSA y la escala de Satisfacción Vital de Philadelphia y fueron seleccionados en base a su capacidad para explicar la varianza de una serie de indicadores subjetivos de soledad como son la autopercepción del nivel de soledad, la percepción del nivel de apoyo social recibido y el nivel de satisfacción con los contactos sociales.



Esta escala consta de 34 ítems de tipo Likert con 5 opciones de respuesta, cuya puntuación oscila entre 1 y 5 (1=Totalmente en desacuerdo, 2=Parcialmente en desacuerdo, 3=No tiene una opinión definida o depende de las circunstancias, 4=Parcialmente de acuerdo, 5=Totalmente de acuerdo). Los ítems de la escala abarcan diferentes aspectos del concepto de soledad, como son la tenencia de amigos, los sentimientos de pertenencia a la familia o los de amor por el cónyuge.

El análisis de los ítems muestra que existe una alta fiabilidad medida por el coeficiente alfa de Cronbach (0.9178).

Los ítems de la escala se agrupan en cuatro factores:

- Soledad familiar.
- Soledad conyugal.
- Soledad social.
- Crisis existencial.

La puntuación en cada uno de los factores se obtiene sumando la puntuación de los ítems correspondientes al factor, teniendo en cuenta que los ítems sombreados tienen la puntuación invertida, de manera que las puntuaciones serán desde nunca=5 hasta siempre=1 en esos casos (la modificación de los ítems condujo a su inversión). Este instrumento permitirá a los expertos analizar la experiencia subjetiva que tiene el sujeto ante los cambios sociales, la era digital y la adaptación a las nuevas tecnologías, entre otros, donde están implicados componentes cognitivos y emocionales. La soledad social, según algunos autores, hace referencia a un déficit en las relaciones sociales, y produce un sentimiento de marginalidad, aislamiento y aburrimiento. Quienes la padecen desean tener un lugar dentro de un grupo de personas con las que puedan compartir intereses y preocupaciones.

En 2010 fue revisada: **ESTE-R**. Durante administraciones anteriores de la escala, se observaron problemas debidos a una ambigua comprensión de algunos ítems o a interpretaciones erróneas de estos que provocaban una puntuación errónea de los mismos. Por ello, se modificaron aquellos ítems con más probabilidades de generar errores durante la administración, para evitar en la medida de lo posible que las puntuaciones obtenidas por los sujetos de la muestra reflejaran estos errores en lugar de diferencias individuales entre ellos. También se realizó un cambio en las afirmaciones de la escala de puntuación, en lugar de preguntar si están de acuerdo o no con la afirmación del ítem, se pregunta por la frecuencia, de manera que ahora las opciones de respuesta son: 1=Nunca, 2=Rara vez, 3=Alguna vez, 4=A menudo y 5=Siempre. El análisis factorial de la Escala ESTE-R mostró los mismos cuatro factores que su versión anterior y la consistencia interna, medida mediante alfa de Cronbach, indica una elevada consistencia interna y fiabilidad (0'915).



La Escala de Soledad Social Este II, resultado del proyecto de investigación “La soledad en mayores”, realizado por la Universidad de Granada y el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) a lo largo del año 2009, es la continuación de la Escala Este I, creada en 1999 por Rubio y el profesor Manuel Aleixandre para medir cuatro tipos de soledad: soledad conyugal, soledad familiar, soledad existencial y soledad social.

Esta escala está compuesta por 15 ítems (temas) con tres alternativas de respuesta: siempre, a veces y nunca. Los encuestados deben responder a cuestiones relacionadas con su percepción de apoyo social a partir de preguntas como “¿Tiene usted a alguien con quien puede hablar de sus problemas cotidianos?” o “¿Se siente usted solo?”; con el uso de las nuevas tecnologías, (“¿Utiliza usted el móvil, el ordenador o Internet?”) y sobre el índice de participación social subjetiva (“¿Le resulta fácil hacer amigos?”).

Para certificar la validez de este instrumento, se realizó un estudio experimental con 780 mayores de más de 65 años de la provincia de Granada, con quienes se contactó por vía telefónica.

Según los resultados de este estudio, publicado en la web del IMSERSO, el perfil de las personas mayores que viven en soledad son mujeres de entre 70 y 75 años que residen en zonas rurales y tienen lejos a sus familiares.

“La soledad social afecta más a mujeres que hombres debido al rol que las mujeres de esta generación han desempeñado a lo largo de su vida. Con el paso del tiempo dejan de sentirse elemento protector de sus familias para pasar a ser las protegidas de las mismas. La pérdida de los seres queridos, de la red de apoyo social, la crisis del nido vacío, etc. les hace encontrarse en una situación que en ocasiones no les permite adaptarse al cambio social que experimentan”, argumenta la responsable del estudio.

La teleasistencia también influye en la soledad social. Las personas encuestadas que disponen de este servicio manifiestan sentirse más solas que aquellas que no cuentan con él. “Es un dato interesante, pues podría ser que el sentimiento de soledad de estas personas les impulsara a utilizar este servicio como una forma de contacto social y de sobrellevar los sentimientos negativos hacia los cambios que le están aconteciendo. De confirmarse esta hipótesis, la teleasistencia sería un recurso notable como fuente de apoyo social en las personas mayores”, plantea la catedrática de la UGR.

Para medir el aislamiento social, se han utilizado sobre todo:

- 1. La Escala de Redes Sociales Lubben (LSNS) (Lubben Social Network Scale) (Lubben & Gironde 2003) y la Escala de Apoyo Social de Lubben Revisada para Personas Mayores (LSNS-R).**



Son un conjunto de instrumentos diseñados específicamente para evaluar el apoyo social percibido y el riesgo de aislamiento en personas mayores.

En concreto, examinan el tamaño de la red social y la cercanía y frecuencia de los contactos de un anciano con diferentes miembros de su red social a través de una serie reducida de preguntas de sencilla administración que (según la versión utilizada) no supera los 10-15 minutos.

Actualmente existen tres versiones de la escala, todas ellas de acceso libre: LSNS-6 (Lubben, Blozik, Gillmann, Iliffe, von Renteln Kruse, Beck & Stuck, 2006), LSNS-18 (Lubben & Gironde, 2003), y LSNS-R (Lubben, Gironde & Lee, 2002). También existe una versión española de LSNS-R, basada en la traducción de LSNS-18 de Fernández-Ballesteros, Reig y Zamarrón (2009). LSNS-R se compone de 12 ítems, seis referidos a las relaciones con miembros de la familia y seis sobre los contactos sociales con no familiares; LSNS-R proporciona los siguientes resultados:

- Apoyo social percibido: Puntuaciones en tres subescalas, dos específicas (apoyo social familiar y no familiar, rango = 0-30) y una global (rango = 0-60). Las tres puntuaciones indican una red de apoyo social más amplia, cercana, y con un contacto más estrecho e intenso mientras más elevado sea el valor obtenido.
- Riesgo de aislamiento: De acuerdo con las indicaciones de sus autores (Lubben et al., 2002), la puntuación global de LSNS-R revela un mayor o menor riesgo de aislamiento (figura 34).

De cara a interpretar LSNS-R con ancianos españoles, se realizó un estudio con una muestra de N = 411 personas de 60 o más años residentes en Andalucía Occidental y el Sur de Extremadura (Menéndez y Pérez-Padilla, 2016a, 2016b, 2017; Menéndez, PérezPadilla & Lorence, 2015; Mesa, Pérez-Padilla, Nunes & Menéndez, 2019).

Figura 34. Codificación y corrección de LSNS-R.

Ítems y codificación	1, 3, 4, 7, 9, 10	2, 8	5, 6, 11, 12
	0 = ninguno	0 = menos de una vez al mes	0 = nunca
	1 = uno	1 = mensualmente	1 = rara vez
	2 = dos	2 = algunas veces al mes	2 = a veces
	3 = tres o cuatro	3 = semanalmente	3 = con frecuencia
	4 = de cinco a ocho	4 = varias veces por semana	4 = con mucha frecuencia
	5 = nueve o más	5 = diariamente	5 = siempre
Cálculo de las subescalas	Apoyo Social Familiar (ASF)	Apoyo Social no Familiar (ASnF)	Apoyo Social Global (ASG)
	1+2+3+4+5+6	7+8+9+10+11+12	RSF + RSnF
Riesgo de aislamiento			
		Bajo:	ASG >30
		Moderado:	ASG 26-30
		Alto:	ASG 21-25
		 AISLAMIENTO SOCIAL:	ASG ≤20

Fuente: Pinazo et al. La soledad de las Personas Mayores.



Los principales resultados obtenidos con LSNS-R en este estudio han sido los siguientes (figura 35).

Figura 35. Resultados descriptivos (tendencia central y dispersión) de LSNS-R en este estudio.

	ASF	ASnF	ASG		
Media (DT)	20.37 (5.35)	15.64 (6.38)	36.10 (9.17)		
Min-max	0-30	0-30	3-58		
Mediana	21	16	36		
Moda	21	17	30		
Percentil				Riesgo de aislamiento	
P ₅	10.00	1.45	20.00	AISLAMIENTO (≤20):	5.3%
P ₁₀	14.00	7.00	24.00	Alto (21-25):	6.8%
P ₁₅	15.00	9.00	27.00	Moderado (26-30):	12.4%
P ₂₀	17.00	10.80	30.00		
P ₂₅	18.00	12.00	31.00		
P ₃₀	19.00	13.00	32.00		
P ₃₅	19.00	14.00	33.00		
P ₄₀	20.00	15.00	34.00		
P ₄₅	20.00	16.00	35.00		
P ₅₀	21.00	16.00	36.00		
P ₅₅	21.00	17.00	37.00		
P ₆₀	22.00	18.00	38.00	Bajo (>30):	75.4%
P ₆₅	23.00	18.00	40.00		
P ₇₀	23.00	19.00	41.00		
P ₇₅	24.00	20.00	42.00		
P ₈₀	25.00	21.00	43.00		
P ₈₅	26.00	22.00	45.60		
P ₉₀	26.00	23.00	47.00		
P ₉₅	28.00	26.00	51.00		
P ₁₀₀	30.00	30.00	58.00		

Fuente: Pinazo et al. La soledad de las Personas Mayores

2. El índice de redes sociales Berkman-Syme (SNI)

El Índice de redes sociales (SNI) evalúa la participación en 12 tipos de relaciones sociales.

Estos incluyen relaciones con un cónyuge, padres, suegros, hijos, otros familiares cercanos, vecinos cercanos, amigos, compañeros de trabajo, compañeros de escuela, compañeros voluntarios, miembros de grupos sin afiliación religiosa y grupos religiosos. Se asigna un punto por cada tipo de relación (puntuación posible de 12) para la cual los encuestados indican que hablan (en persona o por teléfono) con personas en esa relación al menos una vez cada dos semanas.

3. El índice de apoyo social de Duke (DSSI)

Es un cuestionario estructurado de autoevaluación, sencillo y breve, validado en español, con una consistencia interna medida con el Alfa de Cronbach de 0.92; consta de 11 ítems, evaluado mediante una escala de Likert con 5 opciones de respuesta, puntuadas de 1 a 5 (desde mucho de lo que deseo hasta mucho menos de lo que deseo). El rango de puntuación oscila entre 11 y 55 puntos (107).

Se trata de un cuestionario validado que recoge la opinión de la persona entrevistada acerca de la disponibilidad de las personas capaces de ofrecerle ayuda en situación de dificultad, así como de facilidades para la relación social y



para poder comunicarse empática y emotivamente.¹ Comprende las dimensiones: afectiva, y confidencial. El apoyo confidencial se valora a través de 5 ítems que se corresponden con las preguntas 2, 3, 5, 9, 11 del cuestionario, con una puntuación total de 25. Se considera apoyo confidencial bueno si obtenemos más de 15 puntos en este apartado. Para valorar el apoyo afectivo existen 6 ítems que corresponden a las preguntas 1, 4, 6, 7, 8 y 10, con puntuación total de 30; más de 18 puntos significan un buen apoyo afectivo. El punto de cohorte establecido por los autores para considerar percepción de apoyo social es de 32 puntos en adelante.

El riesgo de aislamiento social también podría examinarse a nivel de área geográfica, reflejando la influencia del lugar donde se vive sobre la salud y las relaciones sociales. Ha habido varios intentos de mapear el riesgo relativo de aislamiento y soledad. Por ejemplo, Lucy Burns (2017) (108), idearon un índice para visualizar espacialmente donde es más probable el aislamiento social y por tanto donde deberían dirigirse las políticas preventivas de forma prioritaria.

3. Conclusiones.

En las últimas décadas, la soledad y el aislamiento social, se han convertido en dos, de los desafíos ineludibles de las sociedades desarrolladas. Los cambios socioculturales y económicos han dado lugar a que la soledad haya experimentado un notable incremento en todos los países desarrollados, convirtiéndose en un problema social y de salud pública de primera magnitud. A pesar de que la convivencia entre diferentes generaciones no ha sido nunca tan larga en el tiempo, nuestra vida es cada vez más solitaria y alejada de las fuentes de apoyo social.

En los años 70 y 80 comenzaron las investigaciones empíricas sobre soledad y no han parado de sucederse hasta nuestros días. Analizar la soledad no es fácil, porque se trata de un fenómeno complejo. Ante todo, la soledad es un fenómeno individual y subjetivo que puede ocurrir en cualquier etapa del ciclo vital. Es individual, porque la vivimos cada uno a nuestra manera; es subjetiva, porque no presenta signos que se pueden apreciar desde fuera; la persona solitaria es la única que puede afirmar si se siente sola.

No hay una definición consensuada de soledad, pero se considera un fenómeno multidimensional que involucra aspectos de personalidad, interacción social y habilidades conductuales. Definir qué es la soledad, como ocurre con otros constructos psicológicos, no es fácil. De hecho, este término sigue creando confusión y, generalmente, esto es debido a que se usan indistintamente conceptos relacionados para referirse a esta experiencia. No obstante, parece que existe una idea ampliamente aceptada en el estudio de la soledad: “no es lo mismo estar solo que sentirse solo”.



Estar solo, es una realidad objetiva que puede, o no, obedecer a una elección personal; sentirse solo es una experiencia negativa que aparece aun en compañía y entraña emociones como miedo, inquietud o tristeza, y por tanto, no es voluntaria.

Dos términos que a menudo se usan indistintamente en la literatura, son, "aislamiento social" y "soledad". Esto puede crear confusión.

Una de las definiciones de soledad más utilizadas es la que distingue entre soledad social y emocional. La soledad social sería un sentimiento negativo subjetivo asociado con la percepción de la falta de una red social más amplia, y la soledad emocional sería la percepción de ausencia de una red social específica, en el ámbito más cercano e íntimo de la persona.

Por aislamiento social se entiende la falta objetiva o escasez de contactos e interacciones sociales con familiares, amigos o la comunidad en general. Existe evidencia que sugiere que ambos conceptos son distintos. Como individuo se puede tener una gran cantidad de conexiones sociales y aún experimentar el sentimiento subjetivo de soledad, o alternativamente estar objetivamente aislado pero sin experimentar soledad. Para algunas personas, el aislamiento social es un factor de riesgo de soledad y, por lo tanto, las intervenciones diseñadas para apuntar al aislamiento social también pueden aliviar la soledad. Para otras personas, donde el camino hacia la soledad no es el resultado del aislamiento social, es probable que tales intervenciones tengan un impacto limitado. Ambos conceptos difieren también en la forma de ser abordados, ya que el aislamiento social puede aliviarse mediante la adquisición de nuevos conocidos, mientras que la soledad solo puede resolverse mediante la formación de un vínculo íntimo, que puede llevar más tiempo. La delimitación de estos términos permite reflejar la gran complejidad del concepto.

Cabe mencionar en este sentido, aunque sea de manera sucinta, la influencia que puede ejercer el lenguaje en la experiencia psicológica de la soledad. De hecho, la connotación de esta palabra, o el etiquetado que se realiza habitualmente de este término en castellano es, fundamentalmente, negativo. Este significado generalizado y compartido de la soledad como "estado de ánimo negativo", ha llevado incluso a la confusión del término con otros estados emocionales como la depresión y la ansiedad. Sin embargo, Weiss (1973) matizó que la soledad se refiere a los sentimientos sobre las relaciones sociales en particular y la depresión a un sentimiento general.

Además de la influencia del etiquetado negativo de la soledad a través de la cultura y el idioma, también se debe considerar la influencia del significado individual. De esta manera, conocer la definición que la persona mayor hace de la soledad, puede ayudar a entender de qué manera percibe esta experiencia, lo que, a su vez, puede dar pistas sobre cómo le afecta esta situación, cómo la afronta, y cómo se puede intervenir sobre ella.



La definición de soledad en la literatura científica depende fundamentalmente de la aproximación teórica de estudio, hecho que ha propiciado que no exista todavía un consenso sobre la explicación y definición de la soledad. La aproximación cognitiva ha sido una de las más reconocidas. Esta aproximación y la de las necesidades sociales, que incluiría la aproximación psicodinámica e interaccionista, han sido las más usadas en el estudio de la soledad. Hay tres modelos importantes en el estudio de la soledad desde la aproximación cognitiva:

1. Modelo de Discrepancia Cognitiva de Peplau y Perlman (1979).

Entienden que la soledad se desarrolla a partir de la discrepancia que surge entre el nivel de relación social deseado y el que se tiene en realidad. Dan importancia a las variables precipitantes y las variables individuales predisponentes de la soledad. Además de estos factores antecedentes, Peplau y Perlman, (1979) subrayan la influencia de los procesos de atribución causal, la comparación social y el control percibido en la modulación de la experiencia de soledad. Además, los autores reconocen que pueden influir otros aspectos situacionales del contexto y la cultura de la persona, pero no incluyen estas variables en su modelo explicativo.

2. Modelo de las causas de la soledad de De Jong-Gierverd (1987).

El autor entiende la soledad como una experiencia personal subjetiva, es decir, que no está influida directamente por la situación social que vive la persona, sino por las características personales. Concretamente, el autor propone que los procesos cognitivos median la relación entre las características de la red social y la experiencia de soledad. Su modelo explicativo incluye un total de 25 variables explicativas agrupadas en 4 categorías. Confirma que la soledad está provocada en gran medida por la evaluación subjetiva que hace la persona de su red social y esta relación está moderada y mediada por variables situacionales pero, sobre todo, por características de la persona.

3. Modelo de los efectos de la soledad de Cacioppo y Hawkey (2009).

Este modelo surge a partir de los datos empíricos acumulados tras muchos años de investigación de la soledad y sus consecuencias para la salud. Los autores proponen una explicación evolutiva y motivacional de la aparición y mantenimiento de la soledad y describen cómo esta experiencia afecta a la salud biopsicosocial de las personas que la sufren de manera crónica. Así, desde este modelo teórico, se entiende que la soledad es una respuesta ante la necesidad social humana, que surge de un desequilibrio y que motiva la búsqueda de conexión social. Desde este enfoque se afirma que, cuando se experimenta soledad, se activan mecanismos neurobiológicos que promueven la autopreservación y la satisfacción de estas necesidades sociales a corto plazo. Sin embargo, cuando no se logra satisfacer esta necesidad de conexión o la activación se prolonga en el tiempo, se producen



daños sobre la salud que contribuyen a aumentar la morbilidad y mortalidad de las personas.

Aunque no se haya alcanzado aún un consenso en la literatura científica sobre la definición de la soledad, se han destacado tres aspectos comunes en todas las definiciones: es el resultado de déficits en las relaciones sociales, es un fenómeno subjetivo, es decir, distinto del aislamiento social objetivo, y es una experiencia aversiva y desagradable

En último término, se puede ver cómo las definiciones han ido evolucionando a medida que lo ha hecho el conocimiento científico de la soledad. Todas estas circunstancias contribuyen a aumentar la complejidad de su estudio.

La forma de comprender la soledad de los investigadores y las personas que la experimentan y las diferencias culturales pueden estar en la base de las diferencias de prevalencia observadas. Por ello es muy importante precisar y unificar criterios, a la hora de establecer comparaciones entre diferentes estudios.

Otro problema que se plantea es el modo de valorar y medir la soledad. Puede hacerse con escalas o cuestionarios estructurados o con preguntas en relación a la experiencia de soledad.

Hay diversas escalas, entre las más utilizadas tenemos: UCLA loneliness scale (o alguna versión modificada, medición global del sentimiento de soledad, como estructura unidimensional) Jong Gierveld Scale (Jong Gierveld & Kamphuis 1985), Escala Este de Soledad Social, de la universidad de Granada (ESTE I y ESTE II), Escala para la Evaluación de la Soledad Social y Emocional (medida multidimensional de la soledad) (SESLA – S), ESLI (Emotional and Social Loneliness Index) y The Lubben Social Network Scale (Lubben 1998) para evaluar la red social. En los estudios poblacionales la valoración se hace con una o varias preguntas directas acerca del sentimiento de soledad.



V. SOLEDAD NO DESEADA EN LAS PERSONAS MAYORES.

1. Aproximación al concepto de soledad no deseada en las personas mayores.

El progresivo envejecimiento de la población ha convertido la soledad de las personas mayores en un reto político, familiar y socio-sanitario.

Para la OMS la soledad, es uno de los mayores riesgos para el deterioro de la salud de las personas mayores, y un factor determinante que favorece su entrada en situaciones de dependencia.

Si bien es cierto que la soledad es una experiencia humana que puede ocurrir a lo largo de todo el ciclo vital, se ha comprobado que ciertos factores asociados al envejecimiento hacen que las personas mayores sean más vulnerables a este sentimiento.

Aunque la edad adulta avanzada es a menudo un período de bienestar socioemocional, también plantea un riesgo creciente de soledad en el contexto de factores relacionados con la edad, como la pérdida de relaciones cercanas y la contracción de las redes sociales, las deficiencias sensoriales (especialmente la audición), condiciones de salud crónicas, deterioro cognitivo, recursos económicos limitados, limitaciones de movilidad y otros deterioros físicos y cognitivos.

Pero además de los factores relacionados con la edad, existen causas estructurales que tienen que ver con los cambios sociales y que añaden gran complejidad en la génesis de la soledad de las personas mayores:

- Los cambios en las estructuras y modelos familiares, menos extensos y más frágiles.
- Las nuevas formas de trabajo y de producción, que implican mayor movilidad (los hijos ya no viven necesariamente cerca de sus padres durante toda su vida).
- Los nuevos modelos de comunicación y relaciones vecinales y sociales.
- El impacto de las nuevas tecnologías en las formas de relación y de ocio.
- El urbanismo no pensado para la convivencia vecinal, o la despoblación en zonas rurales.
- Los nuevos valores tan arraigados en cada uno de nosotros, y que percibimos como derechos, por ejemplo, a la intimidad, el derecho a vivir nuestra vida etcétera. De alguna forma en nuestra sociedad se ha instalado el individualismo y podemos decir que, en nuestro modo de vida actual, con



estos valores tan apreciados, estamos germinando los riesgos de soledad no deseada en nuestra edad adulta.

Estas circunstancias que pueden ser comunes a muchas personas, como determinantes de su situación de soledad no deseada, sin embargo, en cada persona operan de distinta manera, y tienen consecuencias y abordajes diferentes.

El modo de convivencia de las personas mayores ha cambiado sin cesar durante las últimas décadas, acentuándose el número de personas que viven solas y el número de hogares unipersonales. En muchas ocasiones, vivir solos es una situación obligada, con consecuencias físicas y emocionales negativas para las personas mayores (109). Conviene de cualquier manera establecer claramente la distinción entre vivir solo y sentirse solo. El primer concepto simplemente describe una forma de vivir, el segundo implica una valoración emocional. La primera situación se puede abordar con prestaciones y servicios, la segunda implica la creación de redes sociales que mejoren los índices de cohesión de nuestra sociedad, y de nuestros espacios de convivencia (110).

Popularmente la soledad es una experiencia psicológica que se ha vinculado a la vejez. Esta creencia generalizada se ha confirmado repetidamente en la literatura científica, tal y como pudieron comprobar Cohen-Mansfield, Hazan, Lerman y Shalom (2016) en su estudio de revisión, donde encontraron 11 estudios en los que la edad avanzada se consideraba un factor de riesgo para la soledad.

En una encuesta realizada en España con población general (Díez y Morenos, 2015), cuando se preguntó a los participantes por su opinión sobre los grupos más propensos a sentir soledad y se les solicitaba elegir por orden los tres grupos más vulnerables, el 49,5% situaron al grupo de personas mayores y jubiladas en primera posición y, en total, tres de cada cuatro encuestados mencionaron a este grupo social entre los tres grupos más vulnerables.

La soledad de las personas mayores, en cuanto a experiencia negativa, se entiende como una situación que surge a partir de:

- a) La experiencia subjetiva de la persona mayor en la que percibe carencias en sus relaciones sociales. Es importante entender la soledad desde la experiencia individual y la influencia cultural que ejerce el entorno en su desarrollo.
- b) Esta situación no se elige voluntariamente, por lo que la persona mayor no percibe control sobre la situación.
- c) Genera sentimientos desagradables en la persona.

López-Doblas (2005), en el estudio que realizó sobre las personas mayores que viven solas en España, subrayaba que la soledad es uno de los principales problemas que afecta a esta población. Así, el autor, teniendo en cuenta la faceta



más negativa de esta experiencia, distingue dos dimensiones o sentidos de la soledad como problema en esta población (42).

- Lo que el autor considera una dimensión material o centrada en la salud, que tiene que ver con el sentimiento de temor que genera la posibilidad de caer enfermo, y se relaciona con la indefensión que sienten al vivir solos y no tener a alguien cerca, si ocurre cualquier problema que amenace la salud de estas personas.
- La dimensión más subjetiva o centrada en los sentimientos, que se refiere a la ausencia habitual que notan las personas al no poder hablar con alguien, o tener alguna persona a la que confiar los problemas, en momentos de decaimiento anímico.

En el estudio se afirma que las personas mayores que viven solas se refieren a ambas dimensiones de la soledad en su discurso.

La primera se puede considerar una dimensión “objetiva” relacionada con el aislamiento o la falta de compañía real, puesto que se refiere al hecho de tener el temor de que aparezca algún problema de salud o alguna circunstancia que atente su seguridad y el hecho de enfrentarlo solos.

Por su parte, la segunda se puede considerar una dimensión “subjetiva” y que se refiere a la percepción de la carencia de relaciones sociales satisfactorias y al sentimiento interno de soledad.

Ambas dimensiones “son los grandes hándicaps que atribuyen a su soledad; por eso, cuando la citan como el problema más importante que padecen, lo que más recalcan es el vacío que encuentran dentro de sus viviendas” (42).

En cuanto al reconocimiento de este sentimiento, el autor observó que las personas mayores que viven en solitario suelen reconocer más abiertamente el estado objetivo de soledad que el sentimiento interno de soledad. No obstante, pudo comprobar cómo muchos de los participantes de los grupos de discusión reconocían que la condición de vivir solos y la falta de compañía asociada a esta situación, provocaba la aparición de sentimientos de soledad. El autor también observó en su estudio, cómo las personas mayores que viven solas suelen negar los sentimientos de soledad en el terreno personal y, paradójicamente, reconocen abiertamente que es el problema que más acecha a las personas que, como ellos, carecen de la compañía de otros en el hogar. Esta tendencia a ocultar, o no reconocer, los sentimientos de soledad propios, explica el hecho de que las personas mayores sí pidan ayuda en su entorno para cuestiones materiales, pero no la pidan en cuestiones emocionales (93).

Sánchez (2009) estudió la influencia de las relaciones sociales en la soledad de las personas mayores integrando las asunciones del Modelo Teórico del Convoy Social



y la Aproximación Cognitiva de la soledad. Dicha autora propone un modelo explicativo de la soledad, en el que se incluyen variables sociodemográficas del sujeto, variables contextuales, variables relacionadas con la red de apoyo social y variables evaluativas de la red social, como la satisfacción con las relaciones sociales y la reciprocidad percibida. En los análisis realizados para corroborar la influencia de cada variable del modelo, se comprobó que el poder explicativo de la evaluación subjetiva de la red social era mayor que el de las características estructurales y funcionales de la misma. Además, se observó que la evaluación de la red social mediaba el efecto de las variables relacionadas con dicha red y la soledad, confirmando así la hipótesis cognitiva de la soledad y destacando la importancia del proceso evaluativo de la red social en el desarrollo de la soledad en personas mayores.

Por su parte, Fees, Martin y Poon, estudiaron tanto los predictores de la soledad, como la relación de ésta con el bienestar físico percibido por parte de las personas mayores. En los análisis multivariados que realizaron revelaron el papel directo e indirecto de la soledad en el bienestar físico percibido y comprobaron que la soledad mediaba la relación entre la edad y la salud percibida de las personas mayores (111).

Asimismo, se han propuesto modelos explicativos de la soledad en relación a la salud mental, concretamente Cohen-Mansfield y Parpura-Gill (2007) (112) propusieron el modelo "MODEL" (Model of Depression and Loneliness) en personas mayores con pocos recursos económicos, con el objetivo de desarrollar un modelo explicativo de los predictores de la soledad en este grupo de población y, al mismo tiempo, para comprobar si ésta era el mayor predictor de la depresión en personas mayores. Dentro de su modelo incluyen cuatro tipos de barreras que, según sugieren los autores, impiden establecer nuevas relaciones sociales y son determinantes de la soledad y, a su vez, de depresión. El modelo propuesto incluye un total 21 variables, divididas en cuatro tipos de barreras:

- a) Factores y recursos ambientales.
- b) Factores de salud.
- c) Factores psicológicos (habilidades sociales, autoeficacia social, patrones de comportamiento anteriores, expectativas sobre los contactos sociales).
- d) Eventos vitales estresantes.

Los resultados de los análisis multivariados mostraron que el modelo explicaba un 42% y un 47% de la variabilidad de la soledad y la depresión respectivamente.

Asimismo, se reveló que el principal predictor de la soledad eran las barreras psicológicas (autoeficacia en situaciones sociales), seguido de las barreras ambientales (ingresos y falta de oportunidades para el contacto social) y de salud (dificultades de movilidad). Además, se demostró que los eventos estresantes no



tenían un efecto explicativo sobre la soledad, y se confirmó, que la soledad era el predictor más importante de la depresión en población mayor.

En España, Losada et al. (2012) basándose en los hallazgos del estudio anterior, propusieron un modelo predictivo de la soledad en población española. Asimismo, quisieron comprobar si la soledad predecía la salud mental de las personas mayores. De manera similar al MODELO de Cohen-Mansfield y Parpua-Gill (2007), el modelo propuesto por estos autores incluye variables sociodemográficas, variables ambientales, variables de salud y variables psicosociales (ver a los familiares y amigos tanto como se desea y barreras para el contacto social). Con este modelo los autores explicaron un 28% de la soledad y un 50% de la salud mental y comprobaron que las variables psicosociales tienen influencia en la soledad de las personas mayores y, que la soledad tiene gran poder explicativo en la salud mental en este grupo de población (93).

Los modelos que han incluido variables psicológicas como la autoeficacia (Cohen-Mansfield y Parpura-Gill, 2007) o la evaluación subjetiva de la red social (Losada et al., 2012; Sánchez, 2009), han comprobado cómo la capacidad predictiva de estas variables es muy importante para explicar el desarrollo de la soledad en la vejez.

Así pues, para entender la soledad y su abordaje, se deben tener en cuenta tanto los aspectos psicológicos de la persona, como los aspectos sociales de las relaciones que mantiene, y la participación social que realiza en su entorno. El enfoque cognitivo recoge estos aspectos, y, consideraría la soledad como una experiencia en la que influyen multitud de variables, pero, ante todo, una vivencia que surge a partir de la relación individual de la persona con su entorno social (93).

Siguiendo Peplau y Perlman (1979), se entiende que las personas mayores que viven solas, tienen unas circunstancias situacionales y disposicionales previas, que van a determinar la manera en la que perciben sus relaciones sociales. Cuando surgen discrepancias entre las relaciones que tienen con sus familiares y amigos y sus deseos o expectativas de contacto social, surgirá la experiencia de soledad. Dicha experiencia va a estar influida por los pensamientos de estas personas, es decir, por cómo perciban su situación en relación a otras personas conocidas, o por cómo atribuyan las causas de su soledad y por el control que perciban para manejar la situación de soledad. Todo ello va a influir tanto en la intensidad de la experiencia de soledad como en las estrategias de afrontamiento que realicen para minimizarla y reducirla.

Al mismo tiempo, se asume que la experiencia de soledad activará miedos sociales en las personas mayores, que van a provocar la aparición de cogniciones desadaptadas e interacciones sociales negativas con su entorno social, produciéndose mayor distanciamiento social y manteniéndose la experiencia de soledad en forma de círculo vicioso (113).



El interés por estudiar la influencia de los factores psicosociales en el desarrollo de la soledad en personas mayores ha aumentado en los últimos años, ya que, cada vez más se reconoce la importancia de los factores psicológicos en el desarrollo de la soledad. Por ejemplo, Pikhartova et al. (2016) (114) comprobaron que los estereotipos y las expectativas que tenían los participantes sobre la soledad, predecían la experiencia de soledad en el futuro de estas personas y, este efecto era independiente de otras variables sociodemográficas, de salud y estado de soledad al inicio del estudio. Para dichas autoras, esto sugiere que el desarrollo del sentimiento de soledad sería consecuencia de una “profecía autocumplida”.

Peplau, Bikson, Rook y Goodchilds (1982) también sugirieron esta idea cuando apuntaron que la creencia de que la soledad es algo ineludible o incontrolable puede convertirse en una profecía autocumplida que impida a las personas mayores solitarias tomar medidas para aliviar su soledad. De este modo, cuando una persona mayor cree que la soledad es algo propio de las personas mayores, y espera sentirse sola en el futuro, es más probable que desarrolle este sentimiento cuando envejezca y que sienta que no puede hacer nada por cambiar dicha situación (115). Por tanto, la evidencia científica acumulada, sobre los factores psicosociales que determinan la soledad en la vejez, muestra, cómo las variables psicosociales tienen un peso relevante en la explicación del desarrollo y mantenimiento de la soledad en las personas mayores. Este conocimiento debe servir para orientar el desarrollo de intervenciones psicosociales, dirigidas a prevenir o reducir la soledad de las personas mayores. Siguiendo a Raquel Lorente Martínez (2017) dichas intervenciones deben centrarse en intervenir sobre los “ingredientes clave” de la soledad, esto es, promover acciones dirigidas a (93):

- Aumentar las atribuciones causales internas relativas al esfuerzo, ya que cuando la persona mayor cree que la causa de su nivel de relación con los demás depende del esfuerzo que ella realice, se sentirá menos sola que cuando piensa que depende del contexto o de la suerte.
- Aumentar el control percibido.
- Motivar la participación social, dado que es un predictor de la soledad en personas mayores (116).

2. Soledad no deseada en la mujer.

España está entre los países más envejecidos del mundo y así como ocurre en otros países, los datos muestran una feminización del proceso de envejecimiento poblacional.

Investigaciones recientes indican la preferencia de los españoles mayores por vivir en sus propias viviendas frente a mudarse a la casa de sus familiares o ser institucionalizados. A raíz de estos cambios sociodemográficos, se viene notando



una creciente tendencia de los hogares unipersonales encabezados por personas mayores.

Al ser más longevas, las mujeres tienen más probabilidad de vivir solas durante más años que los varones mayores.

En España, la proporción de mujeres mayores que vive en soledad supera a la de hombres (2016: 28,8% frente a 14,7%). La soledad aumenta con la edad y en la vejez es sobre todo femenina. Las mujeres representan el 70,7% de los solitarios mayores (565.800 hombres, 1.367.400 mujeres). En cuatro de cada diez hogares unipersonales en España reside una persona mayor, y en tres de ellos se trata de una mujer, con la característica añadida de que es una mujer de edad avanzada. Llama la atención que cuatro de cada diez mujeres de 85 y más años viven solas.

Las diferencias de género al envejecer son notables a nivel demográfico (hay más mujeres mayores y éstas son más longevas) y también en las condiciones socioeconómicas (117). Las mujeres suelen tener menos ingresos y cobrar pensiones más bajas que los hombres y, consecuentemente, sus condiciones de vida son peores. En muchos casos, la situación de pobreza de las mujeres les lleva a vivir en viviendas inadecuadas y tener una dieta menos nutritiva. En cambio, los varones suelen estar más protegidos porque en general cuentan con más años de estudios y niveles de ingresos más elevados que las mujeres. Y esto pasa en España y en todos los lugares del mundo, con sus diferencias culturales, sociales y de desarrollo. Las mujeres mayores viven con más frecuencia en estado de pobreza, y de dependencia física, y son aún más vulnerables a sufrir malos tratos, negligencia y abandono (80,118).

Las mujeres presentan niveles más elevados de soledad, sobre todo en el grupo de personas de 85 o más años de edad. En algunos casos, la prevalencia de soledad entre las mujeres, llegaba a ser más del doble que la de los varones. Ser mujer, ser mayor, vivir sola, tener menos recursos económicos, tener una menor percepción de salud y estar insatisfecho con la frecuencia de contacto con familiares y amigos resultaron ser predictores significativos de sentimientos de soledad (119,120).

En un estudio llevado a cabo en la ciudad de Madrid (2017) la prevalencia de soledad de los hombres mayores de 65 años era del 5,7% y la de las mujeres del 11,5%, prácticamente el doble.

Esta diferencia podría ser explicada, por las circunstancias que suelen estar asociadas a la condición de ser “mujer mayor” (80). Las mujeres suelen ser más longevas que los hombres, estando más predispuestas a vivir solas cuando se hacen mayores, ya sea por viudedad o por la pérdida de otras personas de su generación.



Por otro lado, se han identificado claras diferencias de género en la forma de cómo las personas se relacionan con los demás, lo que podría contribuir a aumentar la probabilidad de que los hombres se sintieran más solos. Mientras las mujeres suelen contar con redes sociales más diversas, que incluyen relaciones cercanas con familiares, amigos y vecinos, los hombres tienden a centrarse más en las relaciones de intimidad con su pareja (121). Las mujeres mayores, normalmente, perciben más cercanía en sus relaciones sociales que los varones, y es más frecuente que tengan en su red social a un miembro cercano aparte de sus cónyuges.

En hombres, el factor más fuertemente asociado a la soledad es vivir solo y para las mujeres el estado de salud es muy importante. Asimismo, la soledad de los hombres depende en gran medida de la percepción de sus relaciones de amistad, mientras que la de las mujeres se relaciona con la falta de relaciones cercanas. Todo ello pondría a los hombres mayores en una posición más vulnerable al sentimiento de soledad en los casos en que falten sus cónyuges y se vean obligados a vivir solos, por ejemplo.

Un aspecto que podría contribuir a explicar esa diferencia, en favor de la mujer, se relaciona con el sesgo de deseabilidad social que puede ocurrir, dependiendo de la manera cómo se pregunte sobre los sentimientos de soledad. Algunos autores explican que parece ser culturalmente más aceptable que las mujeres hablen de sus sentimientos, y que asuman su soledad. En este sentido, el tipo de instrumento utilizado para medir la soledad podría contribuir a esas diferencias entre hombres y mujeres. Cuando se pregunta sobre la soledad con preguntas directas, los hombres parecen estar menos dispuestos a expresar sus sentimientos; en cambio, cuando se utilizan escalas en donde no aparece escrita la palabra “soledad”, las diferencias disminuyen o incluso desaparecen. Asimismo, Steed et al. (2007) compararon los resultados de diversas investigaciones comprobando que al utilizar la Escala de Soledad de Jong Gierveld, los varones puntuaban menos en soledad emocional y más en soledad social que las mujeres. Cuando se usaba una pregunta directa, las mujeres informaban sentirse más solas que los hombres. Por otro lado, en un estudio que utilizó la Escala UCLA, en la que no aparecía la palabra “soledad” no se identificaron diferencias (122).

En el meta-análisis llevado a cabo por Pinquart & Sörensen (123), se halló que las diferencias de soledad en hombres y mujeres explicaban tan solo el 0,6 % de la varianza. Otras investigaciones más recientes confirman que el hecho de ser hombre o mujer, no tiene capacidad de predecir la soledad por sí sola (80,124).

Donio-Bellegarde, (2017) han estudiado la prevalencia de soledad en mujeres mayores de 60 años que viven solas. Para evaluar la presencia y la intensidad de los sentimientos de soledad, se utilizó la Jong Gierveld Loneliness Scale. Los resultados del estudio muestran que efectivamente la soledad está más presente en el colectivo entrevistado que en otros grupos de personas mayores. Se



confirmaron fuertes asociaciones entre la soledad y la salud, el tamaño de la red social, la frecuencia de contacto con los familiares y la satisfacción con la vida, ofreciendo un perfil de mujer muy mayor con bajo nivel de estudios, bajo nivel de ingresos mensuales y que se encuentra viviendo sola por viudedad (125).

Todos estos estudios señalan la necesidad de seguir investigando con perspectiva de género y de trayectoria vital sobre los caminos que conducen a la soledad no deseada en la vejez.

3. Soledad y envejecimiento activo.

Naciones Unidas y la OMS nos vienen alertando desde hace tiempo de que el envejecimiento poblacional es un fenómeno mundial actual, presente en todos los lugares del mundo (Naciones Unidas, 2014; OMS, 2015).

Las personas mayores se tienen que adaptar a numerosos cambios, tanto biológicos (problemas de salud, incapacidad), como sociales (jubilación, nido vacío, viudedad y otras pérdidas) que les exige nuevas maneras de relacionarse y comunicarse con el mundo que les rodea. Ante estas exigencias las personas mayores toman decisiones y realizan comportamientos para adaptarse que determinan su modo de envejecer.

Para explicar los mecanismos que facilitan la adaptación a los cambios en las personas mayores, Kahana et al, propusieron el Modelo de Afrontamiento Proactivo. Este modelo mantiene la hipótesis de que el efecto negativo que provocan los estresores sobre la calidad de vida en las personas mayores está mediado o moderado por amortiguadores del estrés. Entre los amortiguadores del estrés, en el modelo se incluyen los tradicionales recursos internos y externos de la persona y, además, se añaden nueve adaptaciones proactivas que se consideran fundamentales para lograr la adaptación a los cambios y pérdidas y envejecer con éxito (126).

- Adaptaciones preventivas: promocionar la salud, ayudar a otras personas, planificar a largo plazo.
- Adaptaciones correctivas: ayuda de recursos sociales disponibles, sustituir roles, modificar el ambiente.
- Adaptaciones mixtas (preventivas y correctivas): usar tecnologías, usar recursos de salud y mantener actitud de crecimiento personal.

Asimismo, en el modelo se tiene en cuenta el contexto espacio-temporal de la persona, ya que éste condiciona todos los componentes incluidos en el modelo: los factores de estrés, los factores amortiguadores del estrés y las variables de calidad de vida. Desde este modelo se considera que la persona mayor es un agente activo



de su envejecimiento y que las adaptaciones proactivas que realice amortiguarán el efecto negativo del estrés, facilitarán su adaptación a los cambios o las pérdidas que le acontezcan y, de este modo, envejecerá con éxito.

Algunas de las adaptaciones proactivas propuestas en dicho modelo tienen que ver, directa o indirectamente, con situaciones de interacción social y relación con otras personas.

Se debe tener en cuenta que las preferencias de las personas mayores a la hora de relacionarse y sus metas sociales, cambian a medida que estas personas perciben que el tiempo que les queda por vivir es limitado.

Desde esta teoría se asumen tres ideas fundamentales:

3. La interacción social es fundamental para la supervivencia;
4. Los seres humanos, como seres intervinientes en el entorno, tienen un comportamiento social dirigido a metas.
5. En ocasiones, existen varias metas simultáneas y se debe elegir entre ellas, por lo que la selección de metas u objetivos precede al comportamiento.

En la teoría se destacan dos motivaciones fundamentales para la interacción social:

- La motivación por aprender y conocer nuevas cosas del entorno físico y social.
- La motivación dirigida a la regulación emocional, que tiene que ver con el deseo de encontrar sentido en la vida, lograr intimidad emocional y establecer sentimientos de integración social (127).

La Teoría de la Selectividad Socioemocional también subraya el papel fundamental que tiene la visión del tiempo en el proceso de evaluación que precede a la selección de metas u objetivos (127).

De esta manera, las personas mayores, como perciben más la limitación del tiempo, están más orientadas en el presente, reducen su red de contactos sociales y se relacionan principalmente con personas bien conocidas como familiares y viejos amigos. De hecho, según afirman los autores:

“La previsibilidad de las interacciones sociales familiares permite a las personas mayores afrontar los cambios sociales difíciles a los que se deben enfrentar, recibir emociones positivas más fiables y sinceras y conseguir un sentido de integración social y un significado en la vida”.

Según estas consideraciones, el envejecimiento de las personas mayores se verá influido por las adaptaciones proactivas que realicen y el apoyo socioemocional que perciban en su entorno.



Así pues, si las personas mayores que viven solas realizan un afrontamiento proactivo ante esta situación y tienen una buena red de apoyo socioemocional se espera que envejecan de forma activa y exitosa.

En España los familiares (hijos y nietos) tienen cada vez más problemas para conciliar la vida familiar y laboral, hecho que preocupa mucho a las personas mayores de nuestro país (MSSSI, 2015). Por lo tanto, las personas que viven solas, pueden encontrarse con dificultades para disponer del apoyo de su familia y también pueden tener menos oportunidades de satisfacer sus necesidades socioemocionales.

Ante esta coyuntura, es más probable que las personas mayores que viven solas desarrollen sentimientos de insatisfacción, inseguridad, ansiedad y soledad que dificulten su adaptación a los cambios, aumentando su vulnerabilidad y comprometiendo de esta manera su proceso de envejecimiento.

El envejecimiento, vivir solo, estar aislado socialmente y la soledad no deseada, se han considerado factores psicosociales de riesgo para la salud y se han incluido dentro de los criterios de selección para la detección de ancianos frágiles en atención primaria (128,129).

La cara más negativa de la soledad para las personas que viven solas está asociada al miedo a estar enfermas, sin tener nadie a su lado que les atienda o socorra de inmediato, y a la ausencia de apoyo afectivo o relacional por llevar una vida que transcurre en solitario.

Las personas mayores que viven solas, en especial las de edad avanzada, viven de manera especial las pérdidas conyugales y familiares con el consiguiente deterioro de la autoestima y crisis de identidad. Al mismo tiempo, ven disminuida su capacidad de autonomía por el deterioro del organismo y de las posibilidades de desenvolverse en las actividades de la vida diaria (AVD). Además, experimentan la crisis de pertenencia por la pérdida de roles y de grupos relacionales, familiares y sociales. Y por último, muchos de ellos pueden ver agravada su situación por la pobreza económica al carecer de recursos económicos suficientes.

Si bien, envejecer viviendo solos constituye una conquista social asociada al incremento de la longevidad y a la existencia de un número cada vez mayor de personas que tienen competencias suficientes para vivir solas con plena autonomía e independencia, vivir con edades avanzadas en soledad, la falta de red familiar o social, con deterioro del organismo y enfermedades, los bajos ingresos y la condición de género femenino tienen consecuencias negativas para la salud y el bienestar y puede conducir a situaciones de aislamiento social.

A nivel internacional, la OMS (2016) advierte que la soledad es uno de los problemas que amenaza la salud mental de las personas mayores y propone



promocionar la salud de estas a través de programas sanitarios y sociales dirigidos específicamente a poblaciones vulnerables, como el caso de las personas mayores que viven solas, para poder prevenir situaciones de aislamiento social o soledad.

Del mismo modo, en el Marco del Envejecimiento en España (MSSSI, 2015) se afirma que:

“La soledad constituye uno de los principales problemas de las personas mayores (...) este problema repercute directamente, de forma negativa, en la satisfacción de sus necesidades vitales, en su salud, en la relación con su entorno, en el acceso a los servicios comunitarios de apoyo que necesitan, en su seguridad, en su nutrición y en su calidad de vida en general” (p. 36).

En el documento referido se aborda la cuestión de la soledad desde la perspectiva de las personas mayores y se recogen las preocupaciones que los mayores trasladaron en el Congreso del Consejo Estatal de Personas Mayores en 2009 y en el Libro Blanco del Envejecimiento (IMERSO, 2011) sobre la soledad y, más aún, se plantean una serie de medidas y propuestas para combatir la soledad de las personas mayores. A continuación se recogen algunas de estas recomendaciones (para ampliar esta información MSSSI, 2015):

- En relación al tipo de soledad que se debe combatir se advierte que “es necesario luchar contra la soledad de las personas mayores, no solo la física, sino también la emocional no deseada” (propuesta 3.2.18. p.39).
- En relación a los esfuerzos para abordar la soledad de las personas mayores desde las instituciones públicas se recomienda “potenciar políticas basadas en evidencias resultantes de investigaciones científicas validadas y no en meras conjeturas sobre lo que puede funcionar mejor” (propuesta 2.8.10. p.29).
- En relación a las competencias de los profesionales de los servicios sociales y sanitarios que están en contacto con personas mayores se considera que “la formación de estos profesionales (...) es fundamental para que sepan cómo intervenir en la prevención y contención de la soledad” (propuesta 3.2.13. p.38).
- En relación a las iniciativas populares para combatir la soledad de los mayores se reconoce que se debe “facilitar al máximo las iniciativas populares en favor del aumento de oportunidades de mantener el contacto social de las personas mayores (...) Habría que hacer un esfuerzo para integrar esas iniciativas de modo que los grupos implicados puedan intercambiar sus esfuerzos” (propuesta 3.2.14. p. 38).
- En relación a las acciones para combatir la soledad se propone “fomentar, a todos los niveles, medidas para combatir la soledad, de manera especial de las mujeres mayores, por ser quienes más la sufren” (propuesta 3.2.16. p. 38). Además “conviene que las acciones sean de carácter comunitario y, a ser posible, dirigidas por los propios usuarios, desde su propia percepción



de la situación en la que se encuentran, con la ayuda y el apoyo de personas relevantes de su entorno” (propuesta 3.2.16. p. 38).

- En relación al voluntariado de jubilados y mayores se sugiere que “la sociedad debe reconocer más aún el voluntariado que puedan realizar, en especial las actividades de acompañamiento y aquellas otras que intentan combatir la soledad de otras personas, sean o no dependientes” (propuesta 3.3.7. p. 40).
- En relación a la soledad en el ámbito residencial se propone “fomentar un mayor número de visitas de familiares, vecinos y amigos de las personas mayores acogidas en ellos, así como del personal voluntario de acompañamiento, con el fin de evitar situaciones de soledad” (propuesta 4.5.12.f. p.79).

4. Prevalencia de soledad no deseada en las personas mayores.

Cada vez se presta más atención a la soledad, a las personas que viven solas. Se trata de un problema que ya se considera un mal que afecta a la salud de las personas y por ende, a la sociedad.

En España está aumentando la conciencia acerca de la importancia de la soledad no deseada. Ya en 2015, un informe realizado por un equipo de investigadores del Centro de Análisis Sociológicos, Económicos y Políticos: La soledad en España, pudo comprobarse que uno de cada 10 españoles admitía sentirse solo "con mucha frecuencia". Es decir, 4,6 millones de personas en nuestro país (el 8% de la población) se sienten solas habitualmente.

Según la última Encuesta Continua de Hogares del Instituto Nacional de Estadística (INE) un total de 4.732.400 personas vivían solas en España. De esta cifra, 2.037.700 (un 43,1 por ciento) tenían 65 o más años, y de ellas, 1.465.600 (un 71,9 por ciento) eran mujeres. Con esta radiografía de la población se ha identificado un perfil muy claro de las personas que viven en soledad: mujer y que ha cumplido ya los 65 años. Esta es la tendencia nacional en los hogares.

Dentro de 15 años, hacia 2033, uno de cada cuatro españoles tendrá 65 años o más. Habrá más de doce millones de personas en esas edades, ahora son nueve. En 50 años, la cifra se subirá a unos 15 millones. Para entonces, en 2068, casi siete millones (6,85) de personas habrán cumplido o superado los 80 años, ahora son cerca de tres millones. Esta es la proyección de población y hogares que lanza el Instituto Nacional de Estadística (INE).

Para Louise C. Hawkey y John T. Cacioppo ,la soledad es una experiencia común (130,131), que afecta a todas las edades; hasta el 80% de los menores de 18 años y el 40% de los adultos mayores de 65 años declaran sentirse solos al menos



alguna vez, con niveles de soledad que disminuyen gradualmente a lo largo de la edad adulta media y luego aumentan en vejez (es decir, ≥ 70 años). Si bien esta experiencia ocurre a lo largo de la vida, el 50% de las personas mayores de 60 años están en riesgo de aislamiento social y un tercio experimentará algún grado de soledad a lo largo de la vida (132).

En el Reino Unido se ha creado un Ministerio de la Soledad para tratar específicamente los problemas que afectan a los 9 millones de personas que en ese país viven solas, el 13,7% de la población total. (133). Se estima que:

- El número de personas mayores de 50 años que experimentan la soledad alcance los dos millones en 2025/6. Esto se compara con alrededor de 1,4 millones en 2016/7, un aumento del 49% en 10 años.
- Medio millón de personas mayores pasan al menos cinco o seis días a la semana sin ver ni hablar con nadie.
- Más de la mitad (59%) de las personas de 85 años o más y el 38% de las de 75 a 84 años viven solas.
- Dos quintas partes de todas las personas mayores (alrededor de 3,9 millones) dicen que la televisión es su principal pasatiempo.

Los datos sobre la prevalencia de la soledad en la población mayor fluctúan considerablemente entre los estudios, sugiriendo que dicha variabilidad podría deberse, además de otros factores, a la cultura, o a aspectos como la deseabilidad social de los encuestados, que no suelen reconocer sentirse solos, y a los instrumentos empleados para evaluar la soledad, como preguntas de autovaloración, o instrumentos validados. Un ejemplo claro de esta variabilidad se encuentra en el meta-análisis de Pinquart y Sorensen en el que se informó que entre un 5% y un 15% de las personas mayores tenían sentimientos frecuentes de soledad y entre el 20% y el 40% tenía soledad ocasional.

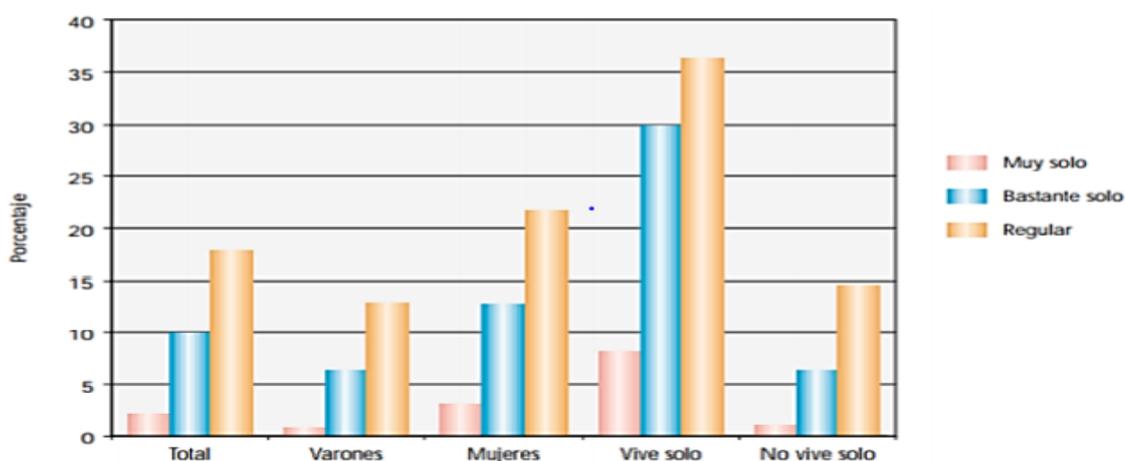
De la misma manera, se observan oscilaciones en función del instrumento utilizado para evaluar la soledad, por ejemplo, Losada et al. (2012) evaluaron la soledad con una pregunta (“¿se siente usted solo?”) a una muestra aleatoria de 199 personas de 65 años o más residentes de Salamanca y hallaron que el 17,1% de las personas mayores reconocía sentirse sola algunas veces y el 6% reconocía sentirse de ese modo con mucha frecuencia.

Sin embargo, proporciones más modestas encontró Sánchez (2009), que evaluó la prevalencia de la soledad en una muestra aleatoria de 646 personas de 65 años o más que vivían en Salamanca y otras provincias de Castilla y León mediante un instrumento validado (escala de soledad de De Jong Gierveld) y observó que el 14,6% mostraba una soledad moderada y el 2,2% presentaba niveles altos de soledad.



A nivel nacional en 1998 el CIS realizó un estudio específico de la soledad en la vejez, en el que, entre otras cuestiones, se preguntó a las personas mayores encuestadas cómo valorarían su nivel de soledad, ofreciéndoles seis alternativas de respuesta. A esta cuestión respondieron un total de 2179 personas mayores, de las cuales el 2,2% afirmaron sentirse muy solos, el 10% afirmaron sentirse bastante solos y el 17,9% se sintieron “regular”. Además, los datos de esta encuesta revelaron que las personas mayores consultadas que vivían solas, tenían proporciones notablemente más altas de soledad, donde el 38% se sentía muy o bastante solas y el 36,6% “regular”, y solo uno de cada cuatro se sintieron acompañados. Por lo que la prevalencia de soledad en las personas mayores que viven solas en España es mucho mayor (figura 36).

Figura 36. Sentimientos de soledad según género y forma de convivencia.



Fuente: gráfico del estudio 2.279 del CIS-IMSERSO (1998) extraído de Castiello et al. (2002).

También existen datos sobre la soledad en la Encuesta de Mayores realizada por el IMSERSO (2010), a una muestra representativa de 2500 personas de 65 años o más, donde se pudo observar, que el 65,1% de las personas mayores reconocieron que habían sentido momentos de soledad.

De este porcentaje, el 11,4% reconocieron que se sentían solas todo el día. Por otro lado, las personas refirieron momentos más intensos de soledad coincidiendo con ocasiones especiales (24,7%), con momentos de enfermedad (9,6%), durante la noche (8,7%), los fines de semana (5,7%) y durante el día fue referida por el 5%.

Estas situaciones son similares a las referidas por las personas mayores en otras encuestas de ámbito nacional en Gran Bretaña, donde la noche, los fines de semana y las vacaciones fueron los momentos que las personas mayores reconocieron sentir mayor soledad (89,134,135).

También coinciden con las que refieren las personas mayores que viven solas en el estudio de López-Doblas, que fundamentalmente señalan que, por la tarde,

cuando vuelven al hogar, y por la noche y la madrugada son los momentos que más sienten la soledad (42).

A pesar de los intentos de estas encuestas, por recoger información sobre la soledad de las personas mayores, el modo de evaluar la soledad es limitado, ya que, como subraya López-Doblas, las preguntas que se emplean para evaluar la soledad, no logran evaluar la experiencia de soledad subjetiva o interna. Así, en la primera encuesta (CIS, 1998) se considera únicamente el contacto social con otras personas en la medición de soledad y la segunda encuesta (IMSERSO, 2010) se pregunta acerca de los momentos o situaciones que provocan más soledad.

La soledad no deseada aunque afecta a todas las edades del individuo, es más frecuente y tiene connotaciones particulares entre las personas mayores.

Sea por pérdida de relaciones familiares, o por carecer de ellas, o por cambio en las circunstancias personales, la soledad en las personas mayores se considera un problema ya que se produce en una etapa de la vida en la que va a necesitar de otras personas, por sus limitaciones funcionales para las actividades básicas de la vida diaria, y por los riesgos de vivir en soledad que compromete su seguridad.

Además no se pueden olvidar otras dimensiones de la soledad no deseada que tienen que ver con la necesidad de compañía humana, que genera gran sufrimiento cuando no se ve satisfecha

La soledad varía según la edad (96) (figura 37). Por ello, se ha señalado la necesidad de realizar estudios longitudinales que estudien la trayectoria de la soledad de las personas mayores siguiendo enfoques biográficos, que permitan mejorar la comprensión teórica y conceptual de la soledad en la vejez y, con la finalidad de diseñar intervenciones más efectivas para su abordaje y prevención (Victor et al., 2005).

Figura 37. Porcentaje de personas con soledad percibida por grupo de edad, 2017.



Fuente: INE Encuesta de salud 2017.



Desde este enfoque, Victor et al, evaluaron la trayectoria de la soledad de las personas mayores a través de una pregunta que pedía a los encuestados que comparasen, a nivel retrospectivo, el nivel de soledad actual con el que tenían 10 años antes.

Teniendo en cuenta estos datos los autores definieron cuatro tipos de trayectorias de la soledad: las personas mayores que nunca se sentían solas (54%), las que habían desarrollado sentimientos de soledad con el paso del tiempo (21%), las que habían disminuido su soledad durante ese periodo (10%) y las que siempre habían estado solas (15%) (89).

Posteriormente Víctor et al, realizaron un estudio de seguimiento de 8 años y hallaron que el 60 % de los mayores no modificaban su valoración sobre soledad; cuando encontraron variaciones observaron que eran debidos a cambios de estatus marital, cambio de lugar de residencia, cambios en los contactos sociales y cambios en la salud física (136).

Trayectorias similares identificó posteriormente Newall, que comparó los niveles de soledad referidos por las personas mayores encuestadas en el estudio longitudinal del envejecimiento de Manitoba a lo largo de 5 años, definiendo también cuatro trayectorias de la soledad en la vejez: los solitarios persistentes (14,7%), los no solitarios persistentes (56,6%), los que superan la soledad (16,2%) y los que empiezan a sentir la soledad (12,5%) (137).

Dichas trayectorias identifican dos perfiles de soledad: uno continuo y otro discontinuo, lo que puede estar reflejando la influencia de factores más personales en las trayectorias continuas, y la influencia de acontecimientos vitales en las trayectorias fluctuantes, confirmando la necesidad de tener en cuenta la variabilidad que puede existir en la experiencia de soledad durante la vejez (138).

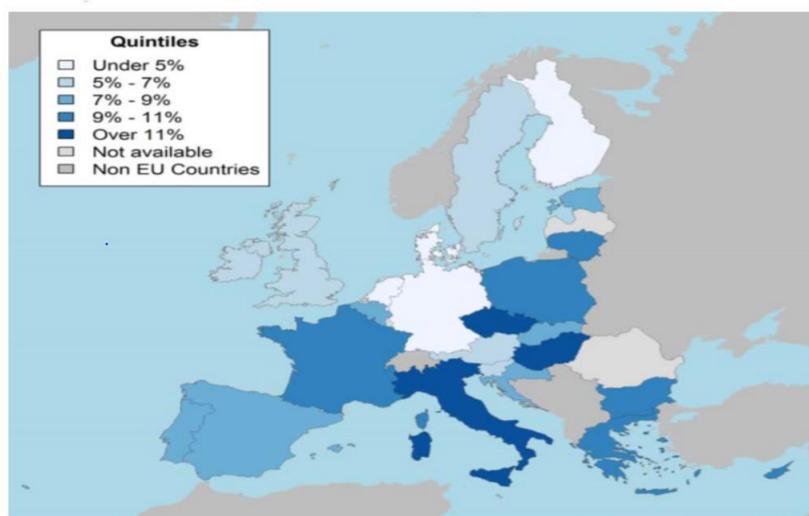
Conjuntamente al enfoque biográfico de la soledad en la vejez, cabe destacar la influencia que ejerce la sociedad y la cultura en esta experiencia y en su prevalencia.

A modo de ejemplo, véase como en España y otros países del Mediterráneo, a pesar de tener un menor número de personas mayores viviendo solas, en relación a otros países del norte y oeste del continente (EUROSTAT, 2015), este grupo de población presenta mayor prevalencia de soledad (Del Barrio et al., 2010; Dykstra, 2009).

Las tasas más bajas se aprecian en Dinamarca y Suecia (6%).y las más altas se encuentran en las naciones de Europa del Este (10-34%) (3), figura 38.



Figura 38. Prevalencia de soledad en Europa.



Note 1: European Social Survey (2010, 2012 and 2014).

Fuente: EUROSTAT 2015

Igualmente se han encontrado diferencias culturales en las causas de la soledad entre centenarios de Estados Unidos y Suecia (Martin, Hagberg y Poon, 1997), y entre personas mayores de Norte América (Estados Unidos y Canadá) y España (Rokach, Orzeck, Moya y Expósito, 2002). En este último estudio, Rokach et al. (2002) observaron diferencias significativas entre ambos grupos culturales a la hora de explicar las causas de la soledad, siendo los norteamericanos, como sociedad que fomenta la individualidad y la competitividad, los que muestran mayor conciencia de las causas de su soledad y de la responsabilidad de su contribución personal en la aparición de este sentimiento.

Es muy posible que detrás de estas diferencias culturales se encuentren los patrones de solidaridad familiar característicos de los países del sur de Europa, en los cuales se asume que las familias son los principales responsables del bienestar de sus miembros (Flaquer, 2004, p. 54). Como en nuestro país, donde la solidaridad familiar es una dinámica común, en la cual las personas mayores manifiestan abiertamente su deseo de ser cuidadas por el grupo familiar, y el cuidado de estas personas se considera un deber moral (López-Doblas, 2005).

Esta influencia cultural también se observa en otros países de Latinoamérica, donde la familia es la principal forma de compañía y protección social de las personas mayores (Gajardo, 2015).

Así, la cultura puede influir en las expectativas de las personas mayores de recibir apoyo socioemocional por parte de sus familiares y también en las atribuciones de sus sentimientos de soledad a causas externas a ellos, puesto que se presupone que es la familia la que debe ofrecerles ese apoyo cuando se sienten solos.

Así pues, como señala Gajardo (2015), en el abordaje de la soledad, primero se deben atender los escenarios culturales y las representaciones de la soledad, para procurar los apoyos asistenciales necesarios y combatir este sentimiento de acuerdo a la cultura y a la historia de vida de las personas.

Recientemente, se ha realizado un estudio acerca del Sentimiento de Soledad de las personas Mayores de la Ciudad de Madrid, analizando datos de la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017. Su objetivo es describir mediante un estudio transversal la situación de la soledad en los mayores en la ciudad de Madrid y analizar las relaciones con distintas variables epidemiológicas, de salud, sociales y de tipo de vida. Para el estudio de soledad se tomaron los mayores de 65 años. La muestra de este trabajo la componen 2060 personas entre 65 y 98 años de la Ciudad de Madrid (Media de edad: 73,26; DT: 6,19; 38,6 % varones). Se pudo observar que el 9,24% de la población de mayores de 65 años experimentó soledad en el último año.

El programa de Personas Mayores de la Obra Social "la Caixa", durante los meses de abril y mayo de 2018, realizó una encuesta telefónica para estudiar la red social de las personas mayores y profundizar en el fenómeno de la soledad en varias ciudades (Terrassa, Tortosa, Girona, Tàrrega, Santa Coloma de Gramenet, Palma, Logroño y Jerez de la Frontera) que participaban en el programa "Siempre acompañados". La soledad se analizó, utilizando algunos ítems concretos del cuestionario de De Jong Gierveld (De Jong Gierveld et al., 1985). Esta se mide a partir de dos conceptos: la soledad social, que hace referencia al sentimiento de pertenencia a un grupo, y la soledad emocional, que explora los sentimientos de desolación y falta de relaciones significativas. A partir de ahí se determina la soledad total de la persona.

Se pudo observar:

- Un aumento de la soledad a medida que aumenta la edad.
- Llamam la atención los altos niveles de soledad en todas las edades (el 34,36 % de los individuos entre 20 y 39 años presentan soledad emocional y el 26,78 %, soledad social), hecho que resulta más alarmante en personas de más de 65 años (el 39,81 % presenta soledad emocional y el 29,14 %, soledad social) y, sobre todo, de 80 o más años (el 48 % presenta soledad emocional y el 34,83 %, soledad social), ya que afecta a una parte muy importante de la población.
- Se observa una prevalencia mayor de la soledad emocional que de la soledad social, con independencia de la edad, el género y el nivel educativo. La soledad social es similar entre las mujeres y los hombres. En cambio, la soledad emocional es un 5 % mayor en las mujeres sobre todo en edades medias.



La red social se estudió a partir de la escala de Lubben. Este instrumento mide, entre otras cuestiones, varios aspectos de la red social (tamaño, cercanía emocional y confianza), tanto de la red familiar como de la red de amigos. Se observó lo siguiente:

- La red familiar aporta un nivel más elevado de apoyo con independencia del género y la edad. En cambio, la red de amigos es la que lleva a un riesgo de aislamiento más elevado. A partir de los 65 años, la red de amigos se empieza a romper (27,7 %), lo que se acentúa a partir de los 80 años (45,5 %). Este hecho compromete el apoyo, en especial, en las personas más mayores.
- El riesgo de aislamiento por pérdida de la red social de amigos es superior en los hombres que en las mujeres. En los hombres empieza a aumentar a partir de los 40 años, antes que en las mujeres, en las que el riesgo es más elevado a partir de los 65 años.
- Se observa también un deterioro de la red de amigos en todas las edades, especialmente a partir de los 65 años.
- El riesgo de aislamiento comienza antes en los hombres que en las mujeres
- La red familiar aporta más apoyo que la red de amigos
- El riesgo de aislamiento de la red social de amigos —que es aproximadamente tres veces superior al riesgo de aislamiento de la red familiar— es mayor cuanto más bajo es el nivel socioeducativo (15,6 % en las personas con estudios superiores y 57 % en las personas sin estudios). Dicho de otro modo, el riesgo de aislamiento se acentúa en las personas de menor nivel educativo (37 % en las personas sin estudios y 6,6 % en las personas con estudios superiores).
- Cuando nos fijamos en la red familiar, observamos mayor riesgo de aislamiento en el caso de las mujeres sin estudios (21,1 %) que en los hombres (18,7 %). Por el contrario, las mujeres con estudios primarios, secundarios y superiores tienen menor riesgo de aislamiento familiar que los hombres. En lo que se refiere a la red de amigos, en niveles socioeducativos bajos (sin estudios y estudios primarios) hay más riesgo de aislamiento social en los hombres que en las mujeres. En cambio, en niveles socioeducativos altos (estudios secundarios y superiores), la tendencia se invierte y el riesgo es más elevado en las mujeres
- Las personas que viven solas, respecto de las que lo hacen en pareja o en familia, tienen una frecuencia más limitada de contactos, menos cercanía emocional y una confianza en su red social más condicionada.
- Las mujeres tienen una red social más amplia y de más calidad (cercanía emocional y confianza) que los hombres y esas diferencias son especialmente relevantes e intensas a partir de la entrada de las personas en los escenarios del envejecimiento (a partir de los 65 años).

El estudio concluye:



- Hay un alto riesgo de aislamiento social en todas las edades. Un riesgo que es especialmente evidente en las personas mayores de 65-79 años y muy grande en las de 80 años o más. Existe más riesgo de aislamiento en los hombres que en las mujeres: en el primer caso, el riesgo de aislamiento aumenta desde la edad adulta y en el segundo, crece más a partir de la entrada en los escenarios de la vejez.
- El riesgo de aislamiento incide más en las personas con un nivel educativo más bajo: Los aspectos subjetivos de la red social (la cercanía emocional y la confianza) son los más comprometidos.
- La soledad prevalece de forma importante en diferentes edades: Es más elevada en los hombres que en las mujeres y más elevada la soledad emocional que la social.
- Las trayectorias vitales tienen importancia en el fomento de la red social y en la disminución de la soledad, por lo que debemos sensibilizarnos ante el valor de las relaciones sociales, que son sinónimo de salud y calidad de vida. Tenemos que estar alerta ante un nivel elevado de soledad y una red social que, a causa de factores demográficos, sufrirá en los años próximos.

Gene et al (2020) han realizado un estudio descriptivo transversal mediante encuesta telefónica a una muestra aleatoria representativa de la población mayor de 65 años del área básica de salud Casanova (ABS 2E) de Barcelona. Concluyendo que existen 2 perfiles de soledad, una moderada relacionada con las dificultades a la sociabilidad que aparecen con el envejecimiento, y otra severa que no está asociada a la salud o las barreras. Las intervenciones deberían adecuarse a cada uno de estos perfiles. Los datos de prevalencia obtenidos son los siguientes:

- La soledad se correlacionaba estrechamente con el aislamiento social $r = 0,736$.
- La soledad moderada, con una prevalencia del 16,54%, se asocia a presentar dificultades a la marcha (OR 3,09, IC del 95%, 1,03-9,29), deterioro cognitivo (OR 3,97, IC del 95%, 1,19-13,27) y a barreras arquitectónicas (OR 5,29, IC del 95%, 2,12-13,23), mientras que la soledad severa, con una prevalencia de 18,71%, solo se asocia a convivir con menos personas (OR 0,61, IC del 95%, 0,40-0,93).
- El riesgo de aislamiento social, con una prevalencia del 38,85%, se asocia a la edad (OR 1,06, IC del 95%, 1,02-1,10) y a problemas de salud (OR 4,35, IC del 95%, 1,11-16,99).

Lopez Doblas, J y Diaz Conde, P (2018) (139), han analizado cómo afecta el sentimiento de soledad a las personas mayores, particularmente, su relación con la viudedad y con el hecho de residir en un hogar unipersonal desde una óptica cualitativa. Finalizamos este epígrafe con palabras de dichos autores:



“El presente trabajo contribuye a aportar un conocimiento cuya importancia tenderá a incrementarse en el futuro, habida cuenta de que España, como el resto de los países occidentales, continuará registrando un proceso de envejecimiento demográfico, de manera que las personas mayores seguirán aumentando su relevancia social. En la medida en que siga retrocediendo la convivencia intergeneracional, tal como viene ocurriendo durante las últimas décadas (109), cabe esperar que un porcentaje cada vez más elevado de ellas habiten en hogares unipersonales. El sentimiento de soledad, en definitiva, constituye un problema social que podría generar una creciente demanda de investigaciones sociológicas.”

5. Conclusiones.

El progresivo envejecimiento de la población ha convertido la soledad de las personas mayores en un reto político, familiar y socio-sanitario.

Para la OMS, la soledad es uno de los mayores riesgos para el deterioro de la salud de las personas mayores, y un factor determinante que favorece su entrada en situaciones de dependencia.

Si bien es cierto que la soledad es una experiencia humana que puede ocurrir a lo largo de todo el ciclo vital, se ha comprobado que ciertos factores asociados al envejecimiento, hacen que las personas mayores sean más vulnerables a este sentimiento.

Aunque la edad adulta avanzada es a menudo un período de bienestar socioemocional, también plantea un riesgo creciente de soledad en el contexto de factores relacionados con la edad, como la pérdida de relaciones cercanas y la contracción de las redes sociales, las deficiencias sensoriales (especialmente la audición), condiciones de salud crónicas, deterioro cognitivo, recursos económicos limitados, limitaciones de movilidad y otros deterioros físicos y cognitivos.

Pero además de los factores relacionados con la edad, existen causas estructurales que tienen que ver con los cambios sociales y que añaden gran complejidad en la génesis de la soledad de las personas mayores:

- Los cambios en las estructuras y modelos familiares, menos extensos y más frágiles.
- Las nuevas formas de trabajo y de producción, que implican mayor movilidad (los hijos ya no viven necesariamente cerca de sus padres durante toda su vida).
- Los nuevos modelos de comunicación y relaciones vecinales y sociales.
- El impacto de las nuevas tecnologías en las formas de relación y de ocio.



- El urbanismo no pensado para la convivencia vecinal, o la despoblación en zonas rurales.
- Los nuevos valores tan arraigados en cada uno de nosotros, y que percibimos como derechos, por ejemplo a la intimidad, el derecho a vivir nuestra vida etcétera. De alguna forma en nuestra sociedad se ha instalado el individualismo y podemos decir que, en nuestro modo de vida de hoy, con estos valores tan apreciados, estamos germinando los riesgos de soledad no deseada en nuestra edad adulta.

Estas circunstancias que pueden ser comunes a muchas personas, como determinantes de su situación de soledad no deseada, sin embargo, en cada persona operan de distinta manera, y tienen consecuencias y abordajes diferentes.

El modo de convivencia de las personas mayores ha cambiado sin cesar durante las últimas décadas, acentuándose el número de personas que viven solas y el número de hogares unipersonales.

La soledad de las personas mayores, en cuanto a experiencia negativa, se entiende como una situación que surge a partir de:

- a) La experiencia subjetiva de la persona mayor en la que percibe carencias en sus relaciones sociales. Es importante entender la soledad desde la experiencia individual y la influencia cultural que ejerce el entorno en su desarrollo.
- b) Esta situación no se elige voluntariamente, por lo que la persona mayor no percibe control sobre la situación.
- c) Esta situación genera sentimientos desagradables en la persona.

López-Doblas, en el estudio que realizó sobre las personas mayores que viven solas en España, subrayaba que la soledad es uno de los principales problemas que acecha a esta población. Así, el autor, teniendo en cuenta la faceta más negativa de esta experiencia, distingue dos dimensiones o sentidos de la soledad como problema en esta población:

- Lo que el autor considera una dimensión material o centrada en la salud, que tiene que ver con el sentimiento de temor que genera la posibilidad de caer enfermo, y se relaciona con la indefensión que sienten al vivir solos y no tener a alguien cerca, si ocurre cualquier problema que amenace la salud de estas personas.
- La dimensión más subjetiva o centrada en los sentimientos, que se refiere a la ausencia habitual que notan las personas al no poder hablar con alguien, o tener alguna persona a la que confiar los problemas, en momentos de decaimiento anímico.



Según afirma el autor, existe una tendencia a ocultar, o no reconocer los sentimientos de soledad propios. Ello explica el hecho de que las personas mayores sí pidan ayuda en su entorno para cuestiones materiales, pero no la pidan en cuestiones emocionales.

Sánchez (2009) estudió la influencia de las relaciones sociales en la soledad de las personas mayores integrando las asunciones del Modelo Teórico del Convoy Social y la Aproximación Cognitiva de la soledad. Observó que la evaluación de la red social mediaba el efecto de las variables relacionadas con dicha red y la soledad, confirmando así la hipótesis cognitiva de la soledad y destacando la importancia del proceso evaluativo de la red social en el desarrollo de la soledad en personas mayores.

Cohen-Mansfield y Parpura-Gill (2007) propusieron un modelo explicativo de los predictores de la soledad en este grupo de población y, al mismo tiempo, para comprobar si ésta era el mayor predictor de la depresión en personas mayores. Se reveló que el principal predictor de la soledad eran las barreras psicológicas (autoeficacia en situaciones sociales), seguido de las barreras ambientales (ingresos y falta de oportunidades para el contacto social) y de salud (dificultades de movilidad). Además, se demostró que los eventos estresantes no tenían un efecto explicativo sobre la soledad, y se confirmó, que la soledad era el predictor más importante de la depresión en población mayor.

Por su parte, en España, Losada et al. (2012) basándose en los hallazgos del estudio anterior, propusieron un modelo predictivo de la soledad en población española. Asimismo, quisieron comprobar si la soledad predecía la salud mental de las personas mayores. Comprobaron que las variables psicosociales tienen influencia en la soledad de las personas mayores y, que la soledad tiene gran poder explicativo en la salud mental en este grupo de población.

La capacidad predictiva de variables como la autoeficacia y la evaluación subjetiva de la red social, es muy importante para explicar el desarrollo de la soledad en la vejez.

Así pues, para entender la soledad y su abordaje, se deben tener en cuenta tanto los aspectos psicológicos de la persona, como los aspectos sociales, de las relaciones que mantiene, y la participación social que realiza en su entorno. El enfoque cognitivo recoge estos aspectos, y, consideraría la soledad como una experiencia en la que influyen multitud de variables, pero, ante todo, una vivencia que surge a partir de la relación individual de la persona con su entorno social.

La evidencia científica acumulada, sobre los factores psicosociales que determina la soledad en la vejez, muestra, cómo las variables psicosociales tienen un peso relevante en la explicación del desarrollo y mantenimiento de la soledad en las personas mayores.



Este conocimiento debe servir para guiar el desarrollo de intervenciones psicosociales, para prevenir o reducir la soledad de las personas mayores que se centren en intervenir sobre estos “ingredientes clave” de la soledad.

Las diferencias de género al envejecer son notables a nivel demográfico (hay más mujeres mayores y éstas son más longevas) y también en las condiciones socioeconómicas. Las mujeres presentan niveles más elevados de soledad, sobre todo en el grupo de personas de 85 o más años de edad.

En un estudio llevado a cabo en la ciudad de Madrid (2017) la prevalencia de soledad de los hombres mayores de 65 años era del 5,7% y la de las mujeres del 11,5%, prácticamente el doble. Esta diferencia podría ser explicada por las circunstancias que suelen estar asociadas a la condición de ser “mujer mayor”. Las mujeres suelen ser más longevas que los hombres, estando más predispuestas a vivir solas cuando se hacen mayores, ya sea por viudedad o por la pérdida de otras personas de su generación. Un aspecto que podría contribuir a explicar esa diferencia, en favor de la mujer, se relaciona con el sesgo de deseabilidad social que puede ocurrir, dependiendo de la manera cómo se pregunte sobre los sentimientos de soledad. Algunos autores explican que parece ser culturalmente más aceptable que las mujeres hablen de sus sentimientos, y que asuman su soledad.

Vivir solo aumenta el riesgo de soledad. En España, la proporción de mujeres mayores que vive en soledad supera a la de hombres (2016: 28,8% frente a 14,7%). La soledad aumenta con la edad y en la vejez es sobre todo femenina.

En hombres, el factor más fuertemente asociado a la soledad es vivir solo y para las mujeres el estado de salud es muy importante.

Un perfil de riesgo para sufrir soledad sería: mujer muy mayor, que vive sola, viuda, con bajo nivel de estudios y bajo nivel de ingresos mensuales y que se encuentra viviendo sola por viudedad.

El 50% de las personas mayores de 60 años están en riesgo de aislamiento social y un tercio experimentará algún grado de soledad a lo largo de la vida. Los datos sobre la prevalencia de la soledad en la población mayor fluctúan considerablemente entre los estudios, sugiriendo que dicha variabilidad podría deberse, además de otros factores, a la cultura, o a aspectos como la deseabilidad social de los encuestados, que no suelen reconocer sentirse solos, y a los instrumentos empleados para evaluar la soledad, como preguntas de autovaloración, o instrumentos validados.

Se han realizado muchas encuestas para evaluar el sentimiento de soledad, con resultados diversos. A pesar de ello, el modo de evaluar la soledad es limitado, ya que, como subraya López-Doblas (2005), las preguntas que se emplean para



evaluar la soledad, no siempre logran evaluar la experiencia de soledad subjetiva o interna.

Se han comprobado dos perfiles de soledad: uno continuo y otro discontinuo, lo que puede estar reflejando la influencia de factores más personales en las trayectorias continuas, y la influencia de acontecimientos vitales en las trayectorias fluctuantes, confirmando la necesidad de tener en cuenta la variabilidad que puede existir en la experiencia de soledad durante la vejez.

Conjuntamente al enfoque biográfico de la soledad en la vejez, cabe destacar la influencia que ejerce la sociedad y la cultura en esta experiencia y en su prevalencia. A modo de ejemplo, véase como en España y otros países del Mediterráneo, a pesar de tener un menor número de personas mayores viviendo solas, en relación a otros países del norte y oeste del continente, las personas mayores tienen mayores niveles de prevalencia de soledad. Es muy posible que detrás de estas diferencias culturales se encuentren los patrones de solidaridad familiar característicos de los países del sur de Europa, en los cuales se asume que las familias son los principales responsables del bienestar de sus miembros.

Así, la cultura puede influir en las expectativas de las personas mayores de recibir apoyo socioemocional por parte de sus familiares y también en las atribuciones de sus sentimientos de soledad a causas externas a ellos, puesto que se presupone que es la familia la que debe ofrecerles ese apoyo cuando se sienten solos.

La soledad y el aislamiento social pueden existir en todos los momentos del ciclo vital, pero con la edad se reduce la red social, al mismo tiempo que aumenta el sentimiento de soledad y de aislamiento. Por eso las personas mayores son el colectivo más vulnerable y el que más necesita intervenciones para que puedan tener contactos sociales frecuentes y, sobre todo, de mayor calidad.

López Doblas, J y Díaz Conde, P (2018) (139), han analizado cómo afecta el sentimiento de soledad a las personas mayores, particularmente, su relación con la viudedad y con el hecho de residir en un hogar unipersonal desde una óptica cualitativa. Finalizamos este epígrafe con palabras de dichos autores:

“El presente trabajo contribuye a aportar un conocimiento cuya importancia tenderá a incrementarse en el futuro, habida cuenta de que España, como el resto de los países occidentales, continuará registrando un proceso de envejecimiento demográfico, de manera que las personas mayores seguirán aumentando su relevancia social. En la medida en que siga retrocediendo la convivencia intergeneracional, tal como viene ocurriendo durante las últimas décadas (109), cabe esperar que un porcentaje cada vez más elevado de ellas habiten en hogares unipersonales. El sentimiento de soledad, en definitiva, constituye un problema social que podría generar una creciente demanda de investigaciones sociológicas.”



VI. FACTORES PREDISPONENTES DE SOLEDAD NO DESEADA EN LAS PERSONAS MAYORES

Se acepta ampliamente que el contexto social y el entorno físico son factores decisivos en el proceso del envejecimiento, con una influencia más potente que factores biológicos o genéticos.

La soledad es una experiencia individual y subjetiva que puede ocurrir en cualquier etapa del ciclo vital, pero es común, y tiene connotaciones especiales, en las personas mayores.

Los cambios económicos y socioculturales han hecho que la soledad haya experimentado un notable aumento, siendo muchos los determinantes que influyen en su aparición. Cambios en los modelos familiares, crisis del sistema de cuidados, prevalencia en la sociedad de un modelo joven, nuevos modelos urbanísticos, barreras arquitectónicas, son algunos de los cambios de nuestra sociedad actual, responsables del mayor aislamiento de las personas mayores (140).

El grado de aislamiento social entre las personas mayores se ha convertido en una de las principales preocupaciones de la política sanitaria y social.

Los estudios sobre efectividad de las intervenciones para abordar la soledad y el aislamiento social entre las personas mayores señalan la importancia de la identificación y reclutamiento de poblaciones en riesgo.

Investigaciones recientes han identificado una gran cantidad de factores de riesgo para la soledad percibida, que van desde la edad, el género femenino, los bajos ingresos, hasta los problemas de salud, y la poca calidad de las relaciones sociales (96,98,141).

La mayoría de las personas experimentan sentimientos de soledad o aislamiento en algún momento de sus vidas, aunque tales estados de ánimo pueden ser transitorios, sin consecuencias duraderas. Sin embargo, para algunas personas pueden persistir, con efectos nocivos sobre la salud física y mental.

Identificar los factores de riesgo asociados a la soledad en las personas mayores, es un aspecto clave para su abordaje y prevención

Es más probable que las personas mayores, experimenten circunstancias vitales que reducen las redes sociales y facilitan los sentimientos de soledad, tales como: el fallecimiento del cónyuge o de otras personas cercanas, la jubilación, la disminución o la pérdida de algunas relaciones de amistad, los traslados de vivienda, la institucionalización, los problemas de salud propios o de algún familiar,



las situaciones de dependencia, las barreras arquitectónicas, o los problemas que pueden surgir en las relaciones familiares.

Hay factores personales, muchas veces culturales, que también pueden contribuir a generar sentimientos de soledad en las personas mayores. Castro (2010) los resume en cinco puntos:

- La forma de entender las relaciones sociales y las expectativas que se tiene sobre ellas.
- La forma de ser, comportarse y sobre todo de comunicarse, que podría facilitar o dificultar el hecho de establecer relaciones sociales satisfactorias.
- La pérdida del sentido de la vida y de perspectivas de futuro, que podría conllevar una actitud pasiva a la hora de establecer y mantener vínculos. Tener un camino, un porqué, un algo que dé sentido a la existencia, una vida con sentido y significado, se relaciona directamente con bienestar, afecto positivo y felicidad. Además, y a diferencia de los animales, los seres humanos no encontramos el sentido pleno a nuestra existencia si no es en compañía de los otros. Por esa razón, la pérdida de relaciones puede ocasionar un daño grande al sentido de la propia vida e incluso a cómo se percibe uno a sí mismo, su identidad. Esta pérdida de sentido está facilitada en las personas mayores, por las crisis propias de este momento de su existencia: La crisis de identidad, que viene dada especialmente por el conjunto de pérdidas que se van experimentando y que puede deteriorar la propia autoestima porque aumenta la distancia que el anciano percibe entre su yo ideal y su yo real. La crisis de autonomía, que viene dada especialmente por el deterioro del organismo y de las posibilidades de desenvolverse de manera libre en el desarrollo de las actividades normales de la vida diaria. La crisis de pertenencia, que se experimenta sobre todo por la pérdida de roles y de capacidades físicas que dificulta su integración en el tejido social.
- La dificultad para pedir o aceptar la ayuda de otras personas cuando uno se siente solo.
- La falsa creencia de que la soledad es un hecho normal e inevitable que hay que aceptar.

También las normas socioculturales desempeñan un papel importante en la definición del nivel deseado y esperado de relación social. La soledad puede producirse cuando la cantidad y/o calidad real de las relaciones sociales no cumplen con las expectativas normativas. Estas normas cambian a lo largo de la vida. Por ejemplo, un adolescente puede sentirse sólo si tiene nada más que un buen amigo, mientras que una mujer de 80 años puede sentirse muy satisfecha porque todavía tiene una buena amiga.

Los adultos jóvenes intentan construir redes sociales amplias, iniciar carreras profesionales y establecer relaciones de pareja. Por lo tanto, tener pocos amigos,

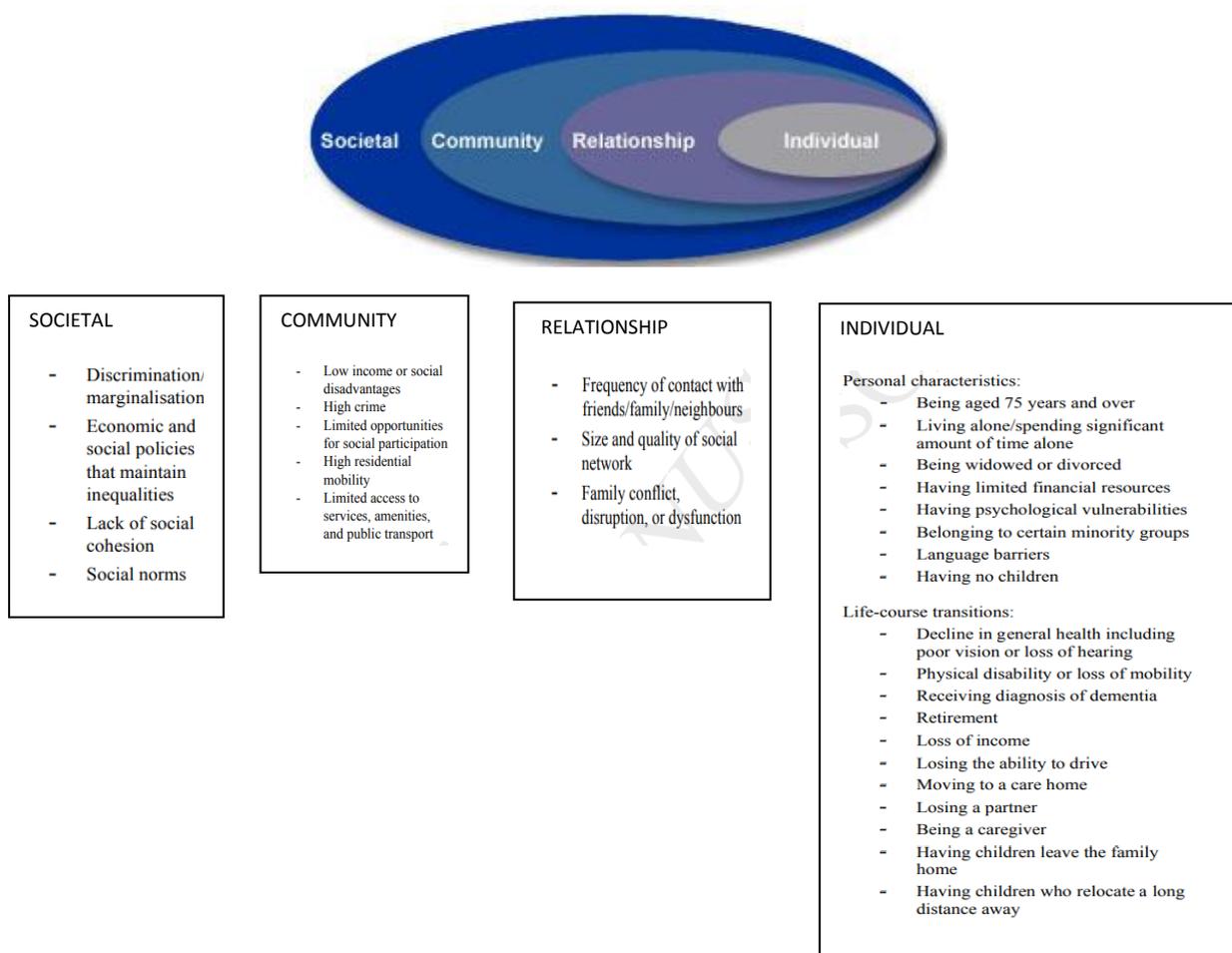


ningún trabajo y ninguna pareja romántica pueden ser factores de riesgo particularmente importantes para la soledad entre los adultos jóvenes. Por tanto, las expectativas son muy importantes como determinantes de soledad percibida. La literatura disponible sobre los factores relacionados con la soledad en la vejez es muy extensa, estudiándose tanto los factores que explican la soledad objetiva como la soledad subjetiva.

Se presentan a continuación diferentes aspectos, que se han asociado con el sentimiento de soledad de las personas mayores en numerosas investigaciones. Dichos factores se han clasificado de forma diversa. Cotterell et al, en 2018 (142), distinguen cuatro niveles de factores que influyen en el aislamiento social:

- Ambito personal.
- Relaciones cercanas.
- Comunidad en la que se vive.
- Sociedad en general (figura 39).

Figura 39. Modelo ecológico: ejemplo de factores de riesgo asociados a cada nivel.



Fuente: Cotterell et al., 2018



Para su exposición, siguiendo a R Lorente Martínez (93), dichos factores se han clasificado en cuatro grupos: variables sociodemográficas, variables de salud y autonomía funcional, variables cognitivas y de personalidad, y, variables sociales y de participación social.

1. Variables sociodemográficas.

Aunque las variables sociodemográficas no suelen influir en la soledad tanto como otros factores, existen muchas evidencias sobre su contribución a la hora de identificar quiénes son las personas más vulnerables al sentimiento de soledad.

Tras revisar los hallazgos de diversas investigaciones que se han dedicado a estudiar los factores de riesgo y los factores protectores de la soledad, queda claro que las características sociodemográficas suelen actuar en conjunto, contribuyendo a incrementar o reducir el riesgo de que las personas mayores se sientan solas. En general, los hallazgos de las investigaciones sugieren que los grupos con mayor riesgo de sentirse solos son (80):

- Las mujeres (143–145).
- Las personas más mayores (146).
- Las personas no casadas o que no tienen una pareja confidente (113).
- Las personas que viven solas (147).
- Las personas que tienen niveles más bajos de estudios (148).
- Las personas que tienen menos ingresos económicos (76).
- Las personas que pertenecen a minorías étnicas (149).
- Para Jong Gierveld y Havens, los principales factores determinantes de la soledad en edad avanzada son: estar viudo, ser mujer, vivir sola y tener problemas de salud.

1- Edad.

La relación entre soledad y edad no está clara, ya que la evidencia de los diferentes estudios no es homogénea:

Algunas investigaciones sugieren que la soledad disminuye a lo largo de la vida (146). Otras no encontraron diferencias significativas en función de la edad tras controlar el efecto de las demás variables (150), o sugieren que a más edad, mayor es la prevalencia de soledad (146). Por último, algunas investigaciones han visto que la soledad sigue una distribución en forma de U a lo largo de la vida, es decir, que es más frecuente en los adolescentes y jóvenes adultos y en las personas mayores y menos frecuente durante la edad adulta (96,151). Cuando se realizan investigaciones con muestras compuestas exclusivamente por personas mayores, en general se nota un aumento de soledad en las etapas más avanzadas de la



vida. Además, muchos estudios indican que las personas mayores de 80 años suelen sentirse solas con más frecuencia que los que tienen menos edad (99).

Datos del IMSERSO (2016) (basados en Encuesta continua de hogares, 2015) muestran un porcentaje de personas mayores en hogares unipersonales que va desde el 19.3 % en personas de 65 a 69 años, hasta 20.71 % en personas mayores de 85 años; siendo las mujeres el 72.93 % de las personas mayores que viven solas y siendo viudas el 70.52 % y solteras el 16.14 %.

Siguiendo a Sacramento Pinazo Hernandis, parece que, de modo similar a lo que pasa con el género, el aumento de la soledad en las personas más mayores, podría ser explicado por la consonancia de circunstancias vitales que suelen darse con más frecuencia al avanzar la edad (80). Por un lado, el hecho de que las personas con edad más avanzada, tengan mayor probabilidad de haber sufrido pérdidas (del cónyuge, amigos y familiares), afecta al tamaño y la composición de sus redes sociales (89,152–154). Por otro, el deterioro de la salud y la mayor probabilidad de tener alguna discapacidad o situación de dependencia, disminuye las oportunidades de integración social de las personas más mayores y consecuentemente las expone a un riesgo añadido de sentirse más solas (80,155).

2- Género.

Es un aspecto controvertido, que tiene muchos matices. Para entenderlo hay que tener en cuenta distintas consideraciones, que se van a detallar a continuación.

Las mujeres suelen presentar niveles más elevados de soledad, sobre todo en el grupo de personas de 85 o más años de edad (80,153,156–159). En algunos casos, la prevalencia de soledad entre las mujeres llegaba a ser más del doble que la de los varones (160). Esta diferencia podría ser explicada por las circunstancias que suelen estar asociadas a la condición de ser “mujer mayor”. Las diferencias de género al envejecer son notables a nivel demográfico y socioeconómico. Las mujeres suelen tener menos ingresos y cobrar pensiones más bajas que los hombres y, consecuentemente, sus condiciones de vida son peores. Esto puede facilitar situaciones de aislamiento social. En cambio, los varones suelen estar más protegidos porque en general cuentan con más años de estudios y niveles de ingresos más elevados que las mujeres. Y esto pasa en España y en todos los lugares del mundo, con sus diferencias culturales, sociales y de desarrollo, evidentemente (80). Además, las mujeres suelen ser más longevas que los hombres, estando más predispuestas a vivir solas cuando se hacen mayores, ya sea por viudedad o por la pérdida de otras personas de su generación (80,158).

Por otro lado, se han identificado diferencias de género que podrían contribuir a que los hombres se sintieran solos con más frecuencia que las mujeres, ya que éstas tienen más facilidad para establecer nuevas relaciones, por ejemplo, y suelen contar con redes sociales más diversas, que incluyen relaciones cercanas con



familiares, amigos y vecinos. Los hombres, en cambio, tienden a centrarse más en las relaciones de intimidad con su pareja (161). Otras investigaciones, sugieren que las mujeres mayores perciben más cercanía en sus relaciones sociales que los varones, y que es más frecuente que tengan en su red social, a un miembro cercano aparte de sus cónyuges (162). Asimismo, la soledad de los hombres depende en gran medida de la percepción de sus relaciones de amistad, mientras que la de las mujeres se asocia más con la falta de relaciones cercanas (77).

Todas estas consideraciones pondrían a los hombres mayores en una posición más vulnerable al sentimiento de soledad, sobre todo, cuando faltan sus cónyuges y se ven obligados a vivir solos, por ejemplo.

Un aspecto, además, que podría contribuir a explicar esa diferencia a favor de las mujeres se relaciona con la manera de preguntar acerca de los sentimientos de soledad. El sesgo de discapacidad social puede influir en las respuestas diferenciadas de hombres y mujeres. Puede parecer culturalmente más aceptable que las mujeres hablen de sus sentimientos y que por tanto refieran su soledad con más facilidad que los hombres (148). En este sentido, el tipo de instrumento utilizado para medir la soledad podría contribuir a las diferencias observadas en cuanto al género. Cuando se pregunta sobre la soledad con preguntas directas, los hombres parecen estar menos dispuestos a expresar sus sentimientos (80,153). Asimismo, Steed et al, compararon los resultados de diversas investigaciones y hallaron que al utilizar la Escala de Soledad de Jong Gierveld, los varones puntuaban menos en soledad emocional y más en soledad social que las mujeres. Cuando se usaba una pregunta directa, las mujeres informaban sentirse más solas que los hombres (80,163). Por otro lado, en un estudio que utilizó la Escala UCLA, en la que no aparecía la palabra “soledad” no se identificaron diferencias entre hombres y mujeres (80,122). En este sentido también, en el meta-análisis llevado a cabo por Pinquart & Sörensen, se halló que las diferencias de soledad en hombres y mujeres explicaban tan solo el 0,6% de la varianza.

Otras investigaciones más recientes también confirman que la variable género no tiene capacidad de predecir la soledad por sí sola (124). Esta ambigüedad de la relación, se confirma en muchos estudios que encuentran asociación entre ambas variables en las correlaciones bivariadas, pero cuya relación desaparece en los análisis multivariados (93,98).

Seguir investigando con perspectiva de género y de trayectoria vital sobre los caminos que conducen a la soledad no deseada en la vejez es importante para profundizar en esta relación.

3- Estado Civil.



Las investigaciones suelen coincidir en el hecho de que de tener pareja funciona como un importante factor protector contra la soledad, de forma que las personas casadas (o viviendo en pareja) se encuentran en menor riesgo de experimentar soledad que los viudos, solteros o separados (80,152,155,156). Pero el simple hecho de tener pareja no es suficiente para evitar que las personas se sientan solas (164). Más que la simple presencia de la pareja, lo que más se asocia con bajos niveles de soledad es la buena calidad de la relación, lo que incluye tener intimidad y buena comunicación con el cónyuge (165). Aunque también contribuya a aliviar la soledad social, el hecho de tener pareja es beneficioso especialmente contra la soledad de tipo emocional (80,166).

El estatus de no casados, que generalmente incluye a personas solteras, divorciadas o viudas, ha sido consistentemente asociado como un factor de riesgo de soledad (98). Entre las personas que no tienen pareja, aquellas que están solteras suelen informar de niveles más bajos de soledad que las viudas o las divorciadas/separadas (42). Esta diferencia podría ocurrir porque mientras las personas divorciadas y viudas se quedaron solas por una situación forzosa (por causa mayor), los solteros pueden estarlo o bien porque no han encontrado su pareja ideal o bien porque han preferido y elegido estar solos. Además, al no haberse casado nunca, probablemente se hayan dedicado más, a cultivar las relaciones de amistad y con otros familiares (80).

Por otro lado, la viudedad ha sido frecuentemente asociada con un mayor riesgo de aislamiento social y soledad (76). El sentimiento de soledad suele ser más intenso en las personas que son viudas recientes, independientemente de la presencia de hijos y de la frecuencia de sus visitas (80,167,168). La situación de viudedad es especialmente complicada debido a la pérdida de un importante vínculo afectivo, y un cambio importante que afecta a muchas esferas de la vida, y puede facilitar una situación de aislamiento. En mujeres cuidadoras, y en los casos de enfermedad del marido, es común que la esposa se aleje de su red social para cuidarlo, muchas veces sin darse cuenta de ello y este aislamiento contribuye a incrementar su sentimiento de soledad cuando fallece el marido. Además, la relación con amistades de toda la vida puede ser más difícil cuando falta la pareja.

Las tasas de viudedad aumentan con la edad, pero hay más mujeres viudas que hombres. La proporción de mujeres viudas de 65 a 69 años representa el 20,9% del total y, entre las mayores de 70 años llega al 52,3%. En cambio, la proporción de varones viudos de 65 a 69 años representa tan solo el 5,0% del total y, entre los mayores de 70 años llega al 18,0% (IMSERSO, 2015).

La relación de estado civil con género también influye en el nivel de soledad. Así, los hombres que no están casados, suelen sentirse más solos, que las mujeres en la misma situación (80,169)). Los hombres casados, en cambio, están menos solos que las mujeres casadas. El matrimonio es más beneficioso para los hombres que para las mujeres mayores, significa más esperanza de vida, más satisfacción vital



y mejor estado de salud. Pinquart (2003) explica que los niveles más altos de soledad corresponden a hombres divorciados comparados con las mujeres en la misma situación; y en los hombres solteros frente a las mujeres en la misma situación, dado que éstas suelen tener un contacto más frecuente con sus hijos, hermanos y amigos (80).

La mayor supervivencia de las mujeres supone una desventaja, ya que cuando los hombres llegan a una edad en la que son comunes las enfermedades y discapacidades, suelen contar con el apoyo y el cuidado de sus esposas. Sin embargo, la situación inversa es menos frecuente, porque generalmente sus maridos ya no están cuando las mujeres llegan a esa etapa en la que probablemente serían más dependientes y necesitarían ser cuidadas (IMSERSO, 2017).

El género marca también diferencias en relación con la condición de viudedad. La dependencia que los hombres de este grupo de edad tienen, en la actualidad, con respecto a las mujeres, para algunas actividades de la vida diaria, se hace más visible cuando desaparece la mujer. La forma en que el hombre asuma las tareas que anteriormente fueron realizadas por su mujer, marcará su proceso de adaptación a la nueva situación. La viudedad entre las mujeres suele añadir consecuencias económicas negativas. Suele suponer una pérdida afectiva muy grande. Thierry denomina “shock de la viudedad o teoría del corazón roto” a ese estado de vulnerabilidad de los viudos que se relaciona incluso con un aumento de la mortalidad. Parece poder afirmarse que el hecho de vivir con otra persona aporta al individuo mayor seguridad, confianza y ayuda mutua. Perder a la pareja implica, en algunos casos, la necesidad de un cambio residencial (80).

En definitiva, la relación entre estado civil y soledad está afectada por otros factores y circunstancias, de hecho, algunas investigaciones recientes no han detectado asociaciones estadísticamente significativas entre el estado civil y la soledad (80,145).

4- Estatus Socioeconómico.

La asociación entre soledad y nivel de estudios e ingresos todavía no está clara. El nivel de ingresos suele tener una relación más fuerte con la soledad que el nivel de estudios (96,99,123,169).

Una explicación posible para esas diferencias sería el hecho de que las personas con niveles socioeconómicos y de estudios más elevados suelen tener una red social más amplia que aquellos con menos estudios y recursos económicos reducidos, lo que les brindaría más oportunidades de interacción social (80,149).

5- Lugar de residencia.



Parece que las personas mayores que viven en residencias tienen más soledad que las que viven en la comunidad (96). Además se ha encontrado que las personas que viven en áreas rurales tienen más soledad que las que viven en áreas urbanas, sin embargo, esta variable ha sido poco investigada, por lo que no se tienen datos suficientes para concluir en este sentido (93).

Recientemente Christina R. Victor y Jitka Pikhartova (2020) han llevado a cabo una interesante investigación, argumentado que la soledad en la vejez es el producto de la interacción de tres conjuntos de factores que operan a nivel macro (social), meso (comunidad / vecindario) y micro (individual), concluyendo que la soledad en los adultos mayores es mayor en las áreas más desfavorecidas, independientemente de los factores a nivel individual.

Se requiere más investigación para investigar cómo los factores a nivel de área se combinan con las medidas de vulnerabilidad a la soledad a nivel individual para generar mayores niveles de soledad en áreas desfavorecidas (170),

2. Variables de salud física y de autonomía funcional.

1- Capacidad o estatus funcional,

Se ha relacionado consistentemente con la soledad, de manera que un estatus funcional pobre se relaciona con mayor soledad y una alta competencia funcional para las actividades de la vida diaria (AVD) se asocia con menor soledad (93,98).

2- Salud percibida.

Es una de las variables de salud que más se ha relacionado con la soledad, mostrando una relación negativa con la soledad, de manera que las personas que perciben su salud como pobre se sienten más solas (93,98). Especial riesgo tienen las personas con problemas de salud mental.(82). La depresión es la enfermedad mental que más se ha relacionado con sentimientos de soledad.

3- Gran comorbilidad.

Algunos estudios han evidenciado que a mayor comorbilidad, mayores niveles de soledad (93,98).

4- Dificultades de movilidad.

La movilidad influye en la capacidad funcional de las personas y también posibilita la interacción con las personas del entorno, demostrándose que está negativamente relacionada con la soledad, es decir, a menor movilidad mayores niveles de soledad (93,98).



5- Deterioro sensorial.

Tener deterioro visual y auditivo dificulta la interacción y comunicación con el entorno, por lo que se ha vinculado en muchos estudios con la soledad de las personas mayores (93,98).

3. Variables cognitivas y de personalidad.

El riesgo de mala salud mental aumenta la probabilidad de soledad percibida. La literatura recoge que desde la juventud hasta la vejez, la soledad se relaciona con mala salud autopercebida, síntomas depresivos y mala calidad del sueño (146).

1- Rasgos de personalidad.

Aunque hayan sido menos estudiadas las asociaciones entre soledad y variables cognitivas y de personalidad de las personas mayores, algunos autores defienden que estas variables podrían contribuir a explicar las diferencias individuales de soledad y también el por qué algunas personas se sienten solas aunque estén acompañadas (80,171).

Su importancia se ha visto, por ejemplo, en el estudio de Fry y Debats (2002), en el que las creencias de autoeficacia tenían un poder predictivo en la soledad más potente que las características sociodemográficas, el apoyo social y la salud de las personas mayores. En concreto, mientras las variables sociodemográficas contribuían a explicar tan solo el 7% de la varianza de soledad de la muestra total de hombres y mujeres de 65 a 86 años, la red de apoyo social y el estado de salud eran responsables de explicar el 5% de la varianza de soledad y la percepción de autoeficacia, el 36%. Tras analizar las distintas dimensiones de la autoeficacia en dicha muestra, se identificaron algunas diferencias de género en la relación soledad-autoeficacia. Por un lado, las creencias de las mujeres mayores sobre su autoeficacia interpersonal, social, emocional y espiritual eran más potentes para explicar los bajos niveles de soledad. Por otro lado, para los hombres eran las dimensiones de autoeficacia instrumental, económica y de salud física las más relevantes para explicar los bajos niveles de soledad (80,172).

El propio modelo teórico propuesto por de Jong Gierveld, consideraba que algunas características de la personalidad como la introversión-extroversión, la autoestima y la ansiedad social jugarían un papel importante en la soledad. Sin embargo, en esa investigación, se halló que solamente la autoestima tuvo una participación medianamente importante en la explicación de la soledad. Asimismo, niveles más bajos de extroversión se asocian con más soledad. La relación inversa entre soledad y extroversión podría explicarse porque las personas extrovertidas suelen



tener más actividades sociales y contar con más relaciones de amistad que los introvertidos, lo que reduciría la necesidad de depender exclusivamente del apoyo familiar (80,173).

Algunos autores añaden la personalidad ansiosa como uno de los factores predictores de la soledad en personas mayores; a mayor ansiedad, más altos eran los niveles de soledad (80).

Algunas limitaciones personales como las habilidades para establecer y/o mantener relaciones sociales satisfactorias parecen actuar como mediadoras en esa asociación entre la personalidad y la soledad (80,113).

Muchas investigaciones señalan la existencia de una relación inversa entre la autoestima y la soledad. En concreto, la baja autoestima, la sensación de impotencia o de rechazo, las altas expectativas sobre la eficacia personal y la dificultad de abrirse a los demás (apertura a la experiencia) así como las pocas habilidades de relación con la pareja, el hecho de centrarse en uno mismo y la baja participación en actividades grupales (80,113).

En la investigación de Cohen-Mansfield y Papura-Gill (2007), se halló que el predictor más importante de la soledad en una muestra de estadounidenses mayores era la baja autoeficacia en las situaciones sociales. En este sentido, también se ha detectado que el control percibido sobre las relaciones sociales tiene un papel predictor importante en los sentimientos de soledad en la vejez (80,112).

En una investigación longitudinal llevada a cabo por Newall, Chipperfield, y Bailis (2014), las personas que se sentían solas de manera persistente tendían a ser aquellas que creían tener menos control sobre sus relaciones sociales. Asimismo, cuando la percepción sobre ese control aumentaba a lo largo del tiempo, su sentimiento de soledad se veía reducido. Estos hallazgos podrían ayudar a comprender por qué algunas personas se sienten solas y otras no, aunque estén bajo las mismas circunstancias objetivas (de aislamiento o de integración social).

2- Baja satisfacción vital.

Se ha relacionado la baja satisfacción vital, con mayores niveles de soledad (174). Así como ocurre con la prevalencia de soledad, también se han detectado diferencias de satisfacción con la vida en función de variables sociodemográficas y socioculturales.

Por ejemplo, en un estudio con muestra de personas mayores españolas (Fernández-Ballesteros et al., 2001), los grupos que informaron estar menos satisfechos con sus vidas eran las mujeres, las personas mayores de 69 años, aquellos que estaban viudos o separados, y los que tenían niveles más bajos de estudios y de ingresos. En esta investigación, los niveles de estudio y los ingresos



tenían un impacto más fuerte sobre la satisfacción con la vida, que la edad y el género en esa muestra.

Esta falta de asociación entre edad y satisfacción con la vida podría ser explicada por un aumento en la capacidad de regulación emocional que se da en muchos casos con el avance de la edad y que contribuye a un mejor ajuste de las metas y expectativas sobre los recursos disponibles durante la vejez (175). Por ello, algunas personas mayores son más resilientes para afrontar las frustraciones y consecuentemente se muestran más satisfechas con sus vidas.

Asimismo, en el estudio de Pinto y Neri (2013) no se hallaron diferencias significativas de satisfacción con la vida en función del género de las personas mayores entrevistadas. Sin embargo, hay evidencias de que la satisfacción con la vida de los varones está mediada por el estado civil, ya que los viudos suelen puntuar más bajo en satisfacción con la vida que las viudas. En cambio, la satisfacción con la vida de las mujeres, se asocia con tener un buen estado de salud, y contar con apoyo afectivo de su red social (96). Las variables que sí se asociaban con bajos niveles de satisfacción con la vida en el estudio de Pinto y Neri (2013) eran: tener tres o más enfermedades crónicas, tener problemas de memoria, incontinencia urinaria y deterioro funcional. Además, el hecho de tener una escasa participación en actividades sociales, tales como hacer o recibir visitas, ir a la iglesia y participar en grupos sociales de la comunidad también se asociaba significativamente con niveles más bajos de satisfacción con la vida.

Algunas investigaciones han identificado que los niveles de soledad se asociaban negativamente con la satisfacción vital de las personas mayores y esta asociación era más fuerte en los varones que en las mujeres (145). Además, la misma investigación halló que las personas que tenían pareja o un hijo cercano puntuaban significativamente más alto en satisfacción con la vida, mientras que vivir solo se asociaba con menos satisfacción con la vida.

3- Depresión.

Es la enfermedad mental que más se ha relacionado con sentimientos de soledad (98). La relación sería recíproca, facilitándose la una a la otra.

5- Eventos negativos del pasado.

También se han encontrado algunos estudios que relacionan eventos negativos del pasado, como los traumas emocionales, con mayores sentimientos de soledad (93,98).

5- Comportamientos insalubres.



Algunos estudios han relacionado positivamente comportamientos poco saludables como beber, fumar, el sedentarismo, el sobrepeso y la obesidad con la soledad (93,98).

4. Variables sociales, de interacción y participación social.

1. Vivir solo.

En cuanto a la forma de convivencia, aunque se sepa que estar solo no es sinónimo de sentirse solo, existe un gran volumen de evidencias sobre la asociación entre la presencia de sentimientos de soledad y el hecho de vivir solo (93,98,155,176).

Los resultados de la Encuesta Continuada de Hogares del 2015 indican que el 22,4% de los españoles de 65 o más años que viven en viviendas familiares viven solos. Entre las personas de 85 y más años este porcentaje pasa al 34,2% del total de españoles en ese rango de edad (INE, 2016). Además, esa situación de modalidad de convivencia es más común entre las mujeres que entre los varones, sobre todo en el grupo de 85 años o más: el 40,9% de las mujeres de esta edad viven solas frente al 21,4% de varones de la misma edad (INE, 2016). Las mujeres mayores de 65 años tienen 2,4 veces más probabilidad de vivir solas que los hombres de la misma edad. Al ser más longevas que los hombres, las mujeres tienen más probabilidad de vivir solas y de que esta condición dure más tiempo que en los casos de los varones que se quedan solos. Muchos hombres que se quedan solos acaban por preferir otras alternativas más cómodas, como son la mudanza a vivir con los hijos o la institucionalización o incluso algunos optan por convivir con sus nuevas parejas (42,80,93).

Datos publicados por el Parlamento Europeo (2015) desvelan un incremento en la cantidad de mujeres que viven solas en los países de la Unión Europea. Han pasado de un 14,2% de la población femenina total en 2010 a un 18,4 % en 2013. En el caso de los hombres, ese aumento fue de un 10,8% en 2010 a un 15,1% en 2013. De entre las mujeres que viven solas, son las mujeres mayores las que representan la mayor proporción.

Las mujeres mayores de 65 años tienen 2,4 veces más probabilidad de vivir solas que los hombres de la misma edad. Al ser más longevas que los hombres, las mujeres tienen más probabilidad de vivir solas y de que esta condición dure más tiempo que en los casos de los varones que se quedan solos. Las mujeres mayores se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad al sentimiento de soledad por este motivo (80,93,125,157). En la investigación realizada por Donio-Bellegarde (Donio-Bellegarde, 2017) con mujeres mayores que vivían solas (N=9,48 años, DT = 9,80 años en esa condición de vida en solitario; siendo el mínimo 2,5 meses y el máximo 60 años), entre los motivos que les llevaron a vivir



solas, haberse quedado viudas fue el más frecuente (81,4 %). En segundo lugar, la pérdida por fallecimiento de otros familiares (8,4 %), seguido de la emancipación de los hijos (4,2 %). Otras motivaciones mencionadas fueron (6.1 %): haberse separado o divorciado de su pareja, no haberse casado nunca, y otros, sin especificar (1,1 %).

Se ha comprobado que las personas mayores que viven solas, se sienten más solas que aquellas que viven acompañadas, aunque la frecuencia de sus interacciones sociales y el tamaño de sus redes sociales puedan ser parecidas (147). De hecho, Jong Gierveld (1987) señaló que el factor protector contra la soledad que tenía más peso era el hecho de vivir en pareja. Steed et al. (2007) añaden que estar solo por elección propia, es una situación diferente. López-Doblas (2005) también observó que vivir solo puede tener significados distintos si esta situación se dio por voluntad propia o si resultó de una condición que fue impuesta por las circunstancias de la vida.

Se ha comprobado que el sentimiento de soledad de las personas que viven solas, depende además de otros factores, tales como el hecho de haber vivido solo anteriormente (de Jong Gierveld, 2003) o si la persona cuenta con una buena red de apoyo social (145). Además, también la cultura puede influir en el sentimiento de soledad de las personas mayores que viven solas. Para los españoles en general, por ejemplo, el hecho de vivir solo cuando uno es mayor se asocia a una condición negativa, como de abandono o desamparo familiar (77). Quizás esto mismo no sucede en la sociedad noruega o danesa, para quienes vivir solo a edades avanzadas es sinónimo de libertad e independencia.

2. Número de hijos.

El número de hijos no ha sido una variable muy estudiada pero sí se ha encontrado relación entre tener pocos hijos o no tener hijos con la soledad (93,98).

3. Red social y apoyo social.

a) Red social.

En lo que se refiere al tamaño de la red social, la red social de las personas mayores suele ser más reducida que la de los más jóvenes, debido tanto a las pérdidas involuntarias de algunos miembros de la red, como al proceso adaptativo de selección. A través de éste, se eliminan de la red social los miembros menos cercanos o desagradables y se mantienen solamente aquellos contactos considerados como emocionalmente significativos (80,177).

Esto se ha confirmado en una investigación que comparó una muestra de universitarios con otra de personas mayores: mientras la red social de los jóvenes tenía de media 8,32 miembros, la de las personas mayores estaba compuesta por



una media de 6,51 miembros. Sin embargo, se constató que la cercanía entre los miembros era más alta en las redes sociales de las personas mayores (162). Menos amigos, pero más próximos. Menos amigos, pero más fieles.

Sin embargo, algunos teóricos, defienden que la reducción del tamaño de la red social de las personas mayores no solo se debe a esas pérdidas involuntarias experimentadas en las etapas más avanzadas de la vida, sino que también influye, la actitud más o menos proactiva de los propios sujetos.

Para Victor et al., (2000), la red social de las personas mayores suele tener un promedio de 5 a 7 personas y suele estar compuesta principalmente por familiares, mientras que la red social de los más jóvenes suele estar compuesta por más de 20 personas y tener más amigos.

Por otro lado, muchas investigaciones han demostrado la existencia de una asociación significativa entre el tamaño de la red social y los sentimientos de soledad (178). De hecho, tener una red social pequeña se ha asociado con un riesgo tres veces más elevado de sentirse solo en una muestra de personas mayores alemanas (150).

En cuanto a la composición de la red social, Hughes et al, detectaron que las personas mayores que se sentían solas tenían menos amigos cercanos, tenían menor probabilidad de tener una pareja frente a los individuos que no se sentían solos.

Otros cambios típicos de la edad avanzada, que tienen influencia en el tamaño de la red social son: la jubilación, la migración y el ingreso en instituciones de larga duración (155). Este último genera un sentimiento de pérdida funcional, y consecuentemente eleva la vulnerabilidad a los sentimientos de soledad (179,180).

También algunas situaciones específicas vividas con familiares, como el divorcio de un hijo o el diagnóstico de una enfermedad grave de la pareja, pueden elevar el riesgo de soledad (100).

También la calidad de las interacciones sociales puede influir en el hecho de sentirse solo. Diversas evidencias señalan que, más que el tamaño de la red social, la calidad de las relaciones sociales tiene efectos importantes en los sentimientos de soledad y en el aislamiento social del individuo (181). Se ha estudiado tanto la calidad de los contactos sociales, entendida como el apoyo emocional que se recibe a través de las relaciones sociales, como la cantidad del contacto social, entendido como la frecuencia de contacto con personas que sirven de apoyo social. Ambas cualidades (calidad y cantidad o apoyo emocional y apoyo social) se han relacionado con la soledad, aunque se ha observado que la calidad del contacto social (apoyo emocional) está más relacionada que la cantidad (apoyo social) con la soledad en personas mayores (96,182). En concreto, los resultados



de un meta-análisis sugieren que la calidad de las relaciones sociales tiene un poder explicativo de la soledad más de tres veces superior al de la cantidad de contactos sociales (96).

Hawkley y Cacioppo (2009) afirman que es mejor tener relaciones que ofrezcan seguridad, confort, confianza y placer, aunque el contacto sea poco frecuente, que tener más amigos poco íntimos con interacciones frecuentes (183).

También la frecuencia de contacto con los miembros de la red social puede influir en los sentimientos de soledad. De hecho, se ha encontrado asociación entre la soledad, y la insatisfacción de las personas mayores con la frecuencia de contacto social que mantienen con sus familiares y amigos. Losada et al. (2012), al analizar la relación entre estas dos variables, defienden la importancia de valorar la percepción subjetiva (más que los datos objetivos) sobre la frecuencia de contactos sociales, para comprender la soledad en las personas mayores.

El contacto social con los miembros de la red, tiene efectos distintos en la soledad en función del estado civil y el hecho de tener o no hijos, tal y como ha identificado Pinquart. El contacto con los hijos, hermanos, amigos y vecinos tenía un mayor efecto en la reducción de la soledad de las personas que no estaban casadas frente a los casados. Asimismo, los que no estaban casados ni tenían hijos se beneficiaban más del contacto con los hermanos y los amigos que aquellos que, aunque no estuvieran casados, tenían hijos.

En la misma dirección, en un meta-análisis anterior, se había detectado que las relaciones de amistad cumplían una función más importante en la reducción de la soledad de las personas mayores que no estaban casadas, frente a los que tenían pareja (96).

Con respecto a la estabilidad de la red social, Zebhauser, Baumert et al., (2014) defienden, que es crucial ayudar a las personas mayores que viven solas, a mantener una red social estable, para evitar que se sientan solas, siendo éste un factor protector más importante incluso que tener buena salud y suficientes medios económicos. La participación en actividades sociales, tales como acudir a la iglesia o hacer un trabajo voluntario, actúa como factor protector contra la soledad (184).

Por otro lado, la disminución del nivel de actividad social de las personas mayores coincide con un aumento de la probabilidad de que se sientan solas. Esto puede ser un factor de riesgo importante de soledad, ya que diversas investigaciones han detectado que el avance de la edad coincide con un descenso en el nivel de participación social (80).

Entre los diversos motivos que contribuyen a este descenso de la participación social y el consecuente aumento del riesgo de soledad, algunos autores destacan obstáculos como la falta de transporte público, lo que limita la participación de las



personas mayores en actividades fuera de su hogar (155); la ausencia o la oferta limitada de actividades culturales o de ocio, las limitaciones físicas y los problemas de salud de las personas mayores. En cambio, cuanto mayor es el apoyo social percibido, mayor es la participación de las personas mayores en actividades sociales.

En la investigación realizada en Valencia por Donio-Bellegarde (2017) con 267 mujeres de 60 o más años de edad, que vivían, se utilizó la de Jong Gierveld Loneliness Scale para medir soledad y la escala Lubben para evaluar apoyo social, y se comprobó que las características sociodemográficas juegan un papel menos importante que las variables psicosociales a la hora de explicar la varianza de soledad. Se confirmaron fuertes asociaciones entre la soledad y la salud, el tamaño de la red social, la frecuencia de contacto con los familiares y la satisfacción con la vida, concluyéndose que, éstas son condiciones clave que contribuyen al aumento de sentimientos de soledad. Se ha encontrado una fuerte correlación negativa entre el contacto con amigos y vecinos y la soledad (93,125).

Siguiendo a Pinquart y Sorensen (2001), el contacto con amigos y vecinos, reduce más los sentimientos de soledad en las personas mayores, que tener contacto con la familia y los hijos. Además, estos autores informaron que esta relación fue consistente con todas las medidas usadas para evaluar soledad y que, aunque no reunieron suficientes datos para concluir al respecto, parece que el efecto de la amistad sobre la soledad se observaba más en el grupo de no casados (solteros, divorciados y viudos). No obstante, reconocen, que se tiene que seguir investigado la función protectora de la amistad en esta población, para concluir al respecto (96).

Realizar actividades sociales o de ocio, se ha asociado negativamente con la soledad, es decir, cuanto menor actividad social o de ocio se realiza mayores niveles de soledad. Además, un dato llamativo que se ha encontrado de manera consistente en la literatura es que las personas que ven mucho la televisión se sienten más solas por lo que la televisión no parece una buena estrategia para aliviar la soledad (96,98).

b) Apoyo social.

Aunque el apoyo social y la soledad son constructos diferentes, se ha observado que ambos se relacionan entre sí (185).

Existe evidencia científica de la asociación negativa del sentimiento de soledad y la percepción de apoyo social (98).

Hombrados-Mendieta et al., (2013) encontraron relaciones significativas entre el apoyo social y diferentes dimensiones de la soledad, en una muestra de población española. La frecuencia y la satisfacción con el apoyo de la pareja se relacionaban negativamente con la soledad emocional; la frecuencia y la satisfacción con el



apoyo de la familia se relacionaban negativamente con la soledad familiar. Asimismo, la frecuencia y la satisfacción con el apoyo de los amigos y la satisfacción con el apoyo de la comunidad se relacionaban negativamente con la soledad social. Otro hallazgo interesante del mismo estudio es que el apoyo emocional demostró ser el tipo de apoyo con mayor influencia en la reducción de la soledad frente al apoyo instrumental y al informacional (80,186).

El apoyo social sería la red de relaciones que proporcionan compañía, ayuda y alimento emocional a una persona. Disminuye el impacto de acontecimientos vitales estresantes, lo que disminuye el riesgo de morbilidad y mortalidad.

En este sentido, los intercambios de apoyo intergeneracional (Sacramento Pinazo Hernandis. Universidad de Valencia 2018) durante el proceso de envejecimiento, tienen un papel de especial relevancia. El apoyo social que se ofrece de una generación a otra puede ser tangible, tal y como es el apoyo instrumental y el apoyo económico, o intangible, como es el apoyo emocional. El cuidado es un ejemplo de apoyo social que mezcla características de apoyo instrumental y emocional y es fundamental en la vejez. Cada generación recibe cuidados al menos dos veces a lo largo del ciclo vital: en un primer momento son los padres los que cuidan a sus hijos pequeños; luego, serán estos hijos quienes de mayores ofrecerán el cuidado necesario a sus padres ancianos. Lo mismo pasa con la oferta de cuidado, ya que éste suele ser ofrecido primero de los padres a los hijos y luego de los hijos a sus padres mayores. No solamente el hecho de recibir apoyo social y cuidados de otras generaciones sino también el hecho de proveer cuidados es beneficioso para las personas mayores. Hay evidencias, por ejemplo, de que las mujeres mayores que cuidan a sus nietos perciben un mayor apoyo social recibido frente a las abuelas que no desempeñan el papel de cuidadoras de sus nietos. Las personas mayores que ofrecen apoyo intergeneracional en mayor proporción que el apoyo que reciben informan de menor soledad que aquellas que tienen poco intercambio de apoyo y se encuentran pocas veces con sus hijos (80). Las personas mayores que se sienten más solas son aquellas que reciben más apoyo del que ofrecen (187).

Datos del último Informe del IMSERSO (2016) hablan de la diferencia entre el apoyo que suministran las personas mayores a otras generaciones y el apoyo que reciben de ellas. Es mucho mayor el que ellos ofrecen.

En España, la mayor parte del apoyo social que reciben las personas mayores proviene del apoyo informal, es decir, de la ayuda ofrecida por sus familiares, amigos o vecinos, siendo los miembros más cercanos de la familia nuclear de origen los principales proveedores de cuidados (80,188). A partir de una submuestra extraída de la Encuesta Nacional de Salud 2003, Rogero-García (2009) halló que el 89,4% de los españoles que tenían 65 o más años, y que recibían algún tipo de ayuda para realizar las actividades de la vida diaria, contaban con apoyo de tipo informal, y para el 77,5% de ellos, ésta era su única fuente de apoyo. También es cierto que, con el avance de la edad, el porcentaje de personas mayores que



cuentan solamente con apoyo informal va disminuyendo, ya que éste es sustituido o complementado por el apoyo formal (80).

En parte, esto ocurre debido a la cultura de familia dominante en España (Sacramento Pinazo Hernandis. Universidad de Valencia 2018), lo que se confirma por el hecho de haber más personas mayores casadas que separadas, menos personas mayores viviendo solas y más hijos adultos compartiendo la vivienda con sus padres mayores frente a lo que sucede en países como Estados Unidos e Inglaterra (188). Existe una convicción muy fuerte en España tanto entre las personas que reciben apoyo, como entre las que lo ofrecen, de que el cuidado a las personas mayores es una obligación moral. Los españoles mayores esperan poder contar, con los cuidados de sus familiares siempre que necesiten ayuda en las actividades diarias. En este sentido, se ha detectado que la principal fuente de apoyo informal a las personas mayores españolas son sus hijos, seguidos del cónyuge (188,189). Es especialmente importante el papel de cuidadoras que asumen las mujeres de la familia y, en concreto, las hijas. Según datos del IMSERSO (2005), las hijas representaban el 50% de los cuidadores informales de los españoles mayores (frente al 7,2% de hijos varones).

Asimismo, el 12% eran las esposas (frente al 4,8% de maridos) de las personas mayores. En este contexto, como se podría esperar, algunos estudios sugieren que las personas mayores sin hijos o con pocos hijos están en mayor riesgo de soledad que aquellas personas con más hijos. El mayor miedo que hay es no tener a nadie que les defienda o luche por sus intereses cuando se hagan mayores y ya no puedan valerse por ellas mismas, no tener a quien llamar en caso de urgencia (el 16,3%), estar solo y perder a su grupo de pares (el 19,5%) y no contar con ayuda en tareas prácticas (el 9%). Sin embargo, en algunas investigaciones llevadas a cabo en muestras de personas mayores españolas no se hallaron diferencias en el nivel de soledad entre los grupos de personas que tenían hijos y aquellos que no los tenían (190). Puede que los motivos de no haber tenido hijos contribuyan a aspiraciones como, más independencia y más tiempo para uno mismo.

Russell y Cutrona (1991) hallaron una relación inversa entre el apoyo social percibido y la presencia de sintomatología depresiva después de un año de la primera medición. Más específicamente, los individuos que en la primera entrevista contaban con menos apoyo en casos de emergencia y aquellos que no recibían suficiente apoyo para reforzar su autoestima presentaban mayores puntuaciones en la escala de depresión en la segunda entrevista (80,191).

También hay evidencia de que el apoyo social percibido se relaciona con el estado de salud física (Sacramento Pinazo Hernandis. Universidad de Valencia 2018). Los resultados de una investigación longitudinal con una muestra de personas mayores sugieren que los individuos que informan tener más apoyo social en un primer momento de medición presentan mejor estado de salud física en un segundo momento de medición. Esta asociación fue especialmente evidente en aquellos que



cuentan con más apoyo para reforzar su autoestima y los que tienen más oportunidad de recibir amor y cariño. Una posible explicación para esa asociación es que los individuos que reciben refuerzo de los demás sobre su autoestima podrían cuidarse más y consecuentemente evitar algunas enfermedades. Otra explicación es que la alta autoestima podría tener efectos positivos en el sistema inmune de los individuos. En la misma investigación, se identificó que las personas mayores que recibían más apoyo social, eran más capaces de afrontar eventos estresantes. Otros estudios demuestran el papel del apoyo social en el mantenimiento de una buena satisfacción con la vida. Por ejemplo, el hecho de tener un buen amigo con quien poder hablar favorece una mayor satisfacción con la vida de las personas. Sin embargo, se ha visto que la disponibilidad de este tipo de amistad tiende a disminuir con el paso del tiempo seguramente por las circunstancias vitales que acompañan esta etapa de la vida y que ya han sido mencionadas con anterioridad (enfermedades, discapacidad, muerte de las personas de su generación, etc.).

Basado en la Teoría del Apego (Bowlby, 1972, 1983), y en la perspectiva del ciclo vital, Kahn y Antonucci (1980) desarrollaron el Modelo del Convoy de Apoyo Social para explicar los intercambios de apoyo social que se dan a lo largo de la vida. Enfatiza el desarrollo de relaciones sociales informales a lo largo del ciclo vital, y su papel en la provisión de apoyo social. La familia constituye uno de los recursos más importantes de la población mayor. Según los autores, cada persona tendría su propio convoy que está compuesto por una serie de personas con las que se relaciona y establece intercambios de apoyo social. La Teoría del Apego juega un papel importante en este modelo, ya que defiende que las relaciones de apego que se dan durante la niñez actúan como un modelo para las relaciones de intercambio de apoyo que ocurrirán en las etapas posteriores de la vida. Por otra parte, la perspectiva del ciclo vital es fundamental para entender el funcionamiento del apoyo social desde el Modelo del Convoy de Apoyo Social porque tiene en cuenta los diversos cambios vividos por los individuos a lo largo de su vida.

De acuerdo con las nuevas circunstancias que se van presentando (por ejemplo, tener hijos, asumir un nuevo puesto de trabajo o mudarse a otra casa), también cambian los roles asumidos por las personas y el tipo y la cantidad de apoyo social que necesitan en aquel momento determinado. Los roles tienen un aspecto dinámico, así que, con el avance de la edad, algunos de ellos tienen que ser abandonados y otros nuevos son adquiridos.

La perspectiva del ciclo vital contribuye a comprender las diferencias individuales en las redes de apoyo social que resultan de las experiencias que el individuo ha tenido a lo largo de su vida. Según Pinazo-Hernandis (2007), los convoys son “capas de apoyo” o “capas protectoras” formadas por los miembros de la red social de una persona, y se caracterizan por ser dinámicas y cambiantes, pero a la vez, duraderas y estables a lo largo del ciclo vital.



De acuerdo con el Modelo del Convoy de Apoyo Social, la estructura y las funciones del convoy están determinadas por las características de la persona (edad, género, estado civil, personalidad, etc.) y por las características situacionales (expectativas de rol, oportunidades, recursos, eventos vitales, etc.). Por ello, la estructura del convoy va sufriendo cambios a lo largo de la vida, ya sea en su tamaño, estabilidad, simetría, homogeneidad, conexión o complejidad. También cambian las características funcionales del convoy, es decir, la distribución de apoyo dado y recibido por los miembros que componen el convoy. Todos estos factores combinados afectan la percepción de adecuación que la persona tiene sobre su propio convoy y consecuentemente, repercute en diversos ámbitos del individuo: sus conductas, el desempeño de sus roles, su salud y su bienestar.

Los convoys contienen tres niveles y son representados gráficamente en forma de círculos concéntricos. En el círculo más pequeño y más central se posiciona la persona focal (P), es decir, el “dueño” del convoy. En el círculo más cercano a la P están las personas que mantienen las relaciones más cercanas, considerados como íntimos y fuentes indispensables de apoyo social. Ese círculo de los íntimos suele incluir aquellas personas que han alcanzado el papel de confidentes o de mejores amigos. Es común que estén presentes el cónyuge y algunos familiares, aunque su inclusión en este círculo depende más de la calidad del apoyo que simplemente del rol o el tipo de relación establecida. La composición de este primer círculo suele ser bastante estable a lo largo de la vida, y no le afectan los cambios de residencia, ciudad o de trabajo, sino que la pérdida de los miembros se asocia más con fallecimientos o separaciones.

El siguiente círculo está formado por las personas de confianza, es decir, los miembros que, aunque no sean tan cercanos como los íntimos, cumplen un importante papel en el intercambio de apoyo social. Son las personas de confianza, y suele estar compuesto por familiares, amigos y compañeros de trabajo y depende en cierta medida del rol que ejerce la persona en un momento dado. Por ello, su composición es menos estable que la del primer círculo durante la etapa adulta, siendo común que nuevos miembros asuman el puesto de los que allí estaban en etapas anteriores.

Finalmente, en el círculo más lejano se encuentran las personas que son menos cercanas pero que también ofrecen algún tipo de apoyo social. Son las personas conocidas, y ahí suelen estar los compañeros de trabajo y los vecinos. Por ello, la composición del tercer círculo es más vulnerable a sufrir cambios cuando ocurren cambios de rol o situaciones diversas, como la jubilación, por ejemplo. Además de las diferencias individuales en la composición y el tamaño de los convoys, también se han observado diferencias en función de la edad de la persona. Las investigaciones que se basaron en el Modelo del Convoy de Apoyo Social comprobaron que la red social de las personas mayores suele ser más pequeña que la de las personas más jóvenes (161).



La mayor parte del apoyo social del que se benefician las personas mayores españolas proviene de sus familiares, actuando el cuidado formal como un complemento al apoyo informal. En este contexto, las empleadas del hogar, las cuidadoras no formales o las profesionales asumen un papel importante como alternativa en los casos en que la familia tenga condiciones económicas para delegar parte del cuidado que ella misma no puede asumir (192). Las cuidadoras son mayoritariamente mujeres. Algunas de ellas, mujeres inmigrantes que han dejado sus familias y convoy de apoyos en sus lugares de origen y que también sufren soledad. Según los datos analizados por Rogero-García (2009), las personas mayores que vivían solas, tenían mayor probabilidad de recibir apoyo de Servicios Sociales en lugar de cuidado informal. También podríamos añadir los centros municipales de personas mayores y los centros de día o centros de estancia diurna y las viviendas para mayores, desde viviendas tuteladas hasta el cohousing. Todas estas opciones retrasan o evitan la institucionalización y posibilitan seguir viviendo “en casa”.

Victor y Sullivan han argumentado que la soledad en la vejez, es el producto de la interacción de tres conjuntos de factores que operan a nivel macro (entorno social), meso (comunidad / vecindario) y micro (individual). Nuestra comprensión actual de los antecedentes de la soledad en la vejez enfatiza factores de nivel micro, como los psicológicos (por ejemplo, la autoestima), los eventos de la vida (por ejemplo, el duelo) o el inicio de una enfermedad crónica, posicionando así la soledad como un problema del individuo. Dichas autoras sugieren incluir las características más amplias de nivel meso y macro de la vida de las personas mayores, para generar una comprensión integral de la génesis de la soledad. En un estudio reciente, Christina R. Victor y JitKa PiKhartova (Mayo 2020) sugieren, que la calidad de la localidad en la que vive la gente, medida por el índice de privación, tiene un efecto independiente sobre la soledad (170).

En este sentido hay que destacar el interés creciente por comprender la relación entre el envejecimiento de la población y el cambio urbano, que se ha convertido en un tema importante para las políticas públicas. Un tema emergente, que se refiere a la necesidad de desarrollar comunidades urbanas en el sentido de “Ciudades Amigables con los Mayores de la OMS”(193).

Los resultados de estudios cuantitativos acerca de la soledad no deseada en las personas mayores, ayudan a comprender la génesis del problema, sin embargo, resultan limitados para comprender en profundidad las causas de este fenómeno ya que los datos cuantitativos únicamente facilitan relaciones entre algunas variables previamente elegidas por el investigador pero no permite conocer cómo es la experiencia de la persona mayor que convive con la soledad. Por ello, resulta necesario integrar la información cuantitativa con la opinión de las personas mayores. Ellas son las que experimenta la soledad y las que crean sus propias teorías explicativas de la aparición de este sentimiento, por ello, para conocer



realmente cuales son las causas que motivan la aparición de la soledad en la vejez es imprescindible tener en cuenta su visión del problema (93).

Conscientes de esta realidad, Cohen-Mansfield et al (2016), además de realizar la revisión sistemática de la literatura cuantitativa disponible sobre los predictores de la soledad en la vejez, realizaron un estudio cualitativo en Israel, en el que preguntaron las causas de la soledad a dos grupos focales de personas mayores entre 60 y 85 años, con el fin de comparar las similitudes y diferencias entre los resultados de ambos estudios y de ambos grupos. Del análisis cualitativo, se enumeran y citan los seis temas (causas) principales:

- El aburrimiento y la inactividad. Las personas mayores refieren que tanto las actividades sociales como las propias del hogar y de la vida diaria alivian sus sentimientos de soledad. Los voluntarios señalan que otras actividades significativas, como hacer voluntariado, puede proteger de la soledad, pero observan importantes barreras en la población que atienden para participar en actividades de este tipo.
- Limitación económica. La mayoría se queja de los problemas producidos por la falta de ingresos, ya que esto les limita a la hora de pagar las tasas para ir al centro social o, si existen barreras arquitectónicas para salir del hogar, cambiar de vivienda.
- Percibir el deterioro en el vecindario y la delincuencia. La percepción del crimen en el entorno crea inseguridad en las personas mayores, por lo que solo abren la puerta a las personas familiares, y esto produce en ellos mayor aislamiento. Además, se quejan de la escasez de actividades disponibles para mayores, y se quejan de que las cartas y el bingo no son actividades agradables para todos.
- Aislamiento social y falta de contacto social. Se plantean tres problemas fundamentales relacionados con el aislamiento:

1) Las visitas de los hijos son poco frecuentes y, cuando las hacen, son rápidas;

2) Tener pocos hijos o tener pocas cosas en común con ellos, genera un choque de valores sociales, de manera que los mayores perciben que se ha perdido el valor y el respeto hacia la persona mayor; y

3) La debilitación del apoyo emocional por ser cuidador del esposo o algún familiar, haber sufrido pérdidas en la red social y por la viudedad.

- Salud mental y física. A nivel físico se destacan los problemas de movilidad y falta de energía y, a nivel mental, se destacan sentimientos de temor, ansiedad y vergüenza.
- Voluntad/Recursos Personales. Solo los participantes del grupo 2 hablaron sobre la capacidad de las personas de resolver su situación de soledad. Destacan que muchas personas no tienen voluntad de cambiar,



mostrándose como víctimas y también subrayan la pasividad de las personas mayores, que tienden a esperar que otros tomen la iniciativa de mantener el contacto social. Finalmente, uno de los voluntarios apunta que “el miedo a la soledad es peor que la soledad en sí misma” para las personas mayores (98).

En otro estudio cualitativo de tesis doctoral desarrollado en Estados Unidos (Smith, 2011), se realizó un estudio sobre el significado de soledad y el afrontamiento de este sentimiento en las personas mayores. Entre las causas de soledad de los participantes del estudio, la autora destaca las pérdidas que experimentan como la viudedad, la jubilación y la retirada del carnet de conducir, así como la interrupción de la participación en actividades significativas, en gran medida causados por los cambios de la edad y también por los problemas de salud (194).

López-Doblas (2005) realizó un estudio cualitativo sobre la soledad de las personas mayores que viven en España. En el análisis de las causas, que precipitan la soledad en los grupos analizados, encontró:

- Causas asociadas a la viudedad y la adaptación a la vida en solitario. En primer lugar la ausencia de protección e intimidad conyugal, que se relaciona con la falta de la compañía y de apoyo que ofrecía la pareja y que deja un vacío que las personas mayores consideran que nunca puede ser reemplazado. En algunas personas la propensión a recordar obsesivamente al cónyuge y a los familiares difuntos, tendencia que incide en recordar momentos del pasado con las personas fallecidas, idealizando las vivencias pasadas y evaluando negativamente la vida en solitario que toca vivir en el presente que, en comparación, resulta vacía y provoca sentimientos de soledad. La pérdida de ilusión por la vida, que ocurre cuando la persona mayor al enviudar repentinamente después de haberse liberado de responsabilidades (como la jubilación y el cuidado informal de otros familiares), ve como se rompen las expectativas que la pareja tenía para el futuro. En estos casos las personas mayores pueden optar por recluírse en su domicilio y disminuir su actividad social, entrando en un círculo de aislamiento y soledad. En otros casos menos graves, se aprecia la pérdida de ilusión en gestos cotidianos, como dedicar menos esfuerzos a cocinar porque no se tiene la motivación de cocinar para alguien.
- Causas asociadas a las relaciones familiares. Las malas relaciones y la falta de contacto con la familia precipitan claramente la soledad. En el caso de las personas que tienen hijos pero viven lejos y las que no han tenido hijos es más probable que se sientan solas.
- Causas asociadas al estado de salud. El deterioro de la salud física y la dependencia funcional limitan la participación social y las relaciones sociales aumentando la soledad de estas personas. La pérdida de salud subjetiva también altera el ánimo de éstas y, cuando aparecen problemas psicológicos como la depresión se acentúa la pérdida de motivación e



interés por las relaciones sociales provocando mayor aislamiento. Además, en estas personas se observa una relación entre la depresión y la soledad difícil de deshacer, ya que parece que la soledad conduce a la depresión y viceversa (42).

Al comparar los resultados de estos estudios cualitativos con los informados previamente, se observa cómo muchas de las causas que se refieren en la literatura cuantitativa, coinciden con lo referido por las personas mayores en sus narraciones.

También surgen algunos temas emergentes, como los problemas asociados a la viudedad, la inseguridad, barreras arquitectónicas, la escasez de oferta de actividades de ocio, o entre otros, las barreras hacia la participación social de los mayores.

Todo ello pone de manifiesto que las causas de la soledad se deben entender dentro del contexto social e individual que viven las personas mayores (93).

5. Cómo identificar a quienes están, o pueden estar, en riesgo de aislamiento social o de experimentar soledad.

Se ha demostrado que cinco conjuntos de factores se asocian consistentemente con soledad:

- Atributos sociodemográficos (vivir solo, ser mujer, no tener hijos sobrevivientes, características de la vivienda, tener 75 años o más años).
- Circunstancias materiales (pobreza, educación limitada y bajos ingresos)
- Factores relacionados con la salud (discapacidad, salud autoevaluada, salud mental, función cognitiva, ansiedad y depresión);
- Recursos sociales (aislamiento, presencia de un confidente);
- Eventos de la vida (duelo reciente, cuidado de un familiar)(19)

Si bien existe una base de evidencia emergente sobre las fortalezas y debilidades de diferentes herramientas de medición para definir la soledad y el aislamiento social, todavía no está claro cómo identificar a quienes están o pueden estar, en riesgo de aislamiento social o de experimentar soledad.

Los estudios sobre efectividad de las intervenciones para abordar la soledad y el aislamiento social entre las personas mayores señalan la importancia de la identificación y reclutamiento de poblaciones en riesgo.

En este sentido es interesante la información que ha aportado el estudio que se ha llevado a cabo en la ciudad de Madrid, analizando la Encuesta de Salud de 2017



(82). Su objetivo fue describir, mediante un estudio transversal, la situación de soledad de los mayores en la ciudad de Madrid, analizando la relación de dicho sentimiento con variables sociodemográficas, de salud y de tipo de vida. Dicho estudio arroja los siguientes resultados:

- Experimenta soledad el 9,24% de la población de mayores de 65 años.
- El porcentaje de la población de mayores que vive solo es el 27,5 %.
- De entre los que viven solos, se siente solo el 19,7 %.
- De los que no viven solos, se siente solo el 5,3 %.
- Este porcentaje es del 3,7 % para los que viven con dos o más personas.
- El vivir solo y el sentirse solo se asocian, aunque es de notar que casi la mitad de los que se sienten solos (5,3%) tienen este sentimiento a pesar de vivir con otras personas.
- La edad es un factor clave que condiciona el vivir solo.
- A partir de los 80 años tenemos a casi la mitad de la población de mayores que viven solos.
- En todos los grupos hay un porcentaje más elevado de mujeres que viven solas.
- El hecho de vivir solo/a es un factor que multiplica casi por cuatro la frecuencia de soledad.
- Según se va avanzando en edad, aumenta el porcentaje de personas mayores que se sienten solos: desde el 7,1% entre los de 65 a 69 años, hasta el 15,3% de quienes tienen 85 y más años.
- Las mujeres mayores se sienten solas más frecuentemente que los hombres (11,5 % frente a 5,7 %) (el sentimiento de soledad es el doble entre mujeres que entre hombres).
- Entre las personas con menos formación académica el sentimiento de soledad es mayor y llega a ser tres veces más entre los mayores con estudios primarios (15,9%), en comparación con los mayores con estudios Universitarios.
- Al analizar el porcentaje de mayores que se sienten solos en cada distrito se ve que hay diferencias notables entre unos y otros. En Moncloa-Aravaca tenemos el menor porcentaje (4,8 %), mientras que el mayor está en Usera (18,2 %) y Centro (14,9 %).
- Claramente las personas que se sienten solas tienen una percepción de peor calidad de Vida que las que no se sienten solas.
- Las personas que se sienten solas tienen una peor salud mental general.
- La salud mental se asocia con la soledad: entre los mayores que han participado en la encuesta y que han sido diagnosticados de depresión, refiere sentimiento de soledad el 32,5%, frente al 6,3% de quienes nunca recibieron este diagnóstico.
- Este mismo hallazgo, aunque con porcentajes inferiores, se encontró entre quienes fueron diagnosticados de ansiedad, toman antidepresivos o tranquilizantes o tiene mala calidad de sueño.

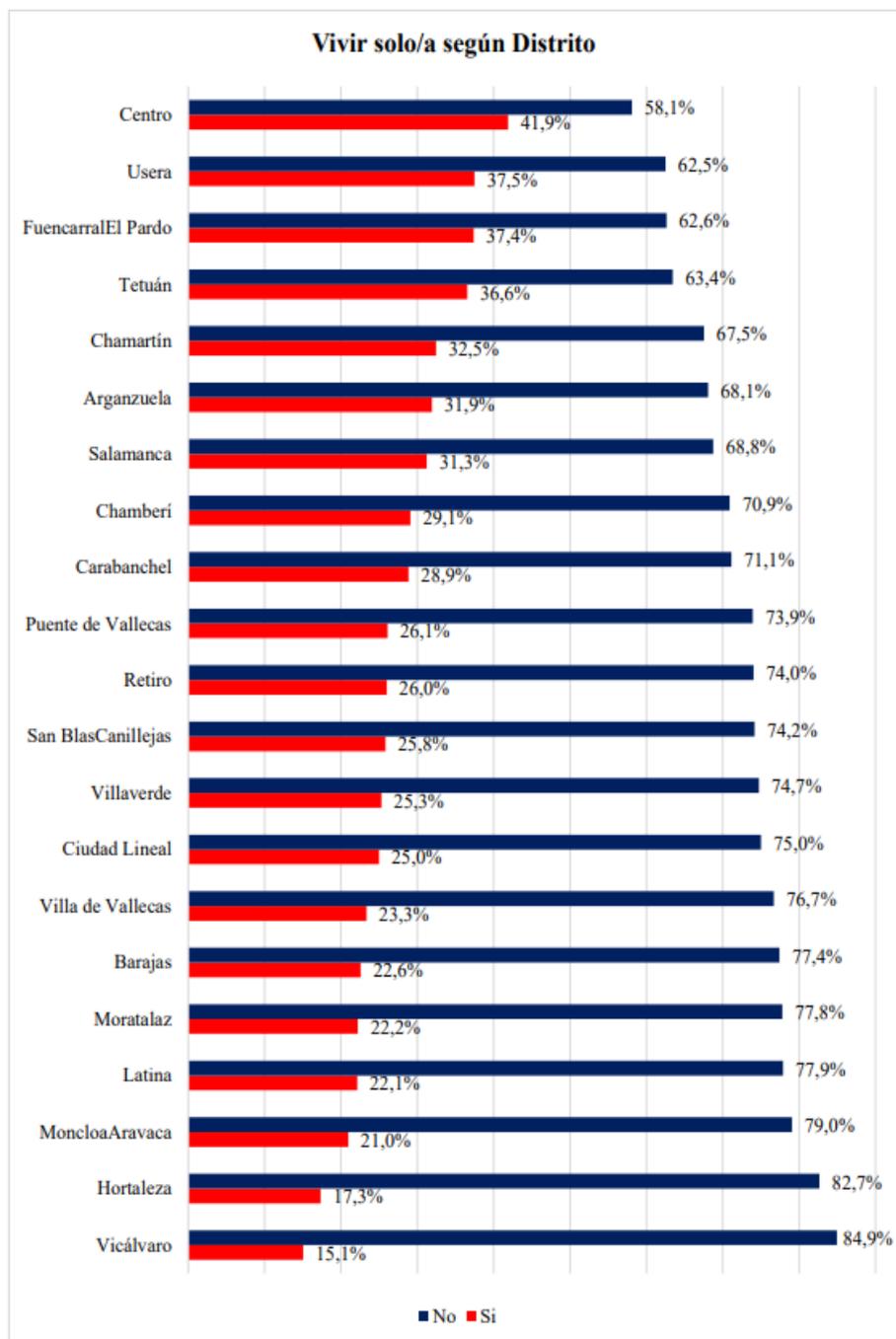


- Tiene problemas de memoria el 19,68 % de la población entrevistada y de estos el 14,5 % se sienten solos, mientras que aquellos que no refieren problemas de memoria, se sienten solos el 6,6 %.
- La presencia de alguna enfermedad crónica (sí/no) se asocia a sentir soledad de modo estadísticamente significativo.
- Las personas que están en situaciones de carencia tienen más probabilidades de sentirse solo.
- En relación con la actividad física y sentir soledad, observamos que entre aquellos que no hacen actividad física o deportiva, el 15 % sienten soledad, mientras que sólo la sienten el 6,2 % de los que hacen ejercicio físico o alguna actividad deportiva.
- Aquellas personas que dedican menos tiempo a cuidarse y sentirse bien tienen un porcentaje mayor de soledad que las que se cuidan.
- Sin embargo, no se puede decir que un factor sea causa del otro, sólo que hay asociación.
- Hay una gran diferencia en soledad cuando hay alguna persona que siempre se preocupa del mayor (en este caso, sienten soledad el 7,20 %), mientras que, en el extremo opuesto, cuando nadie se preocupa, sienten soledad el 31,9% de mayores
- Los mayores con un nivel de estudios elemental tienen con más frecuencia sentimiento de soledad, que los mayores con nivel de estudios superior.
- La edad y el sexo no son predictores de soledad, sino el hecho de vivir solo y en menor medida, el nivel de estudios.
- Cuando se estudian todas las variables sociodemográficas juntas, teniendo en cuenta las relaciones entre ellas, la variable fundamental que predice el que una persona se sienta sola es “Vivir Solo” y, en menor medida, el Nivel Educativo.
- La edad y el sexo pueden influir a través de estas dos variables principales, pues las personas más mayores y las mujeres viven con mayor frecuencia solas;
- no es, pues, el hecho de tener más edad o ser mujer lo que hace que estas personas tengan más riesgo de sentirse solas, sino el hecho de que viven con mayor frecuencia solas.
- Del mismo modo podemos concluir que el grupo laboral (gerente, trabajador semicualificado o cualificado,...) o el desarrollo del Distrito, intervienen de modo indirecto en el sentimiento de soledad.

En la figura 40, se presenta el porcentaje de mayores que viven solos en cada distrito.



Figura 40. Distribución de frecuencias de mayores que viven solos o no según distrito.



Fuente: Estudio sentimiento de soledad de Personas Mayores Ciudad de Madrid.

Cuando se tienen en cuenta todas las variables, las que predicen el sentimiento de soledad son ocho:

- la salud mental en general (es el factor más importante de todos),
- vivir solo/a (el segundo en importancia),
- la calidad de vida en relación con la salud,



- sentir que otros no se preocupan por uno mismo,
- padecer depresión,
- no comer caliente más de dos días a la semana,
- no tener nadie a quien acudir si se necesita ayuda,
- nivel educativo elemental. Estos resultados tienen mucho valor de cara a las intervenciones que puedan realizarse, pues ayudan a identificar las personas en riesgo de experimentar soledad.

En resumen: las personas que sienten soledad, tienen mala calidad de vida y problemas de salud mental general o depresión, junto a esto con frecuencia su nivel cultural es bajo; además con frecuencia viven solas y sienten que su entorno no es de ayuda, se sienten desvalidas y en peligro si les sucede alguna desgracia puntual o mantenida. Por último, va unido al sentimiento de soledad el “no tener a nadie que se preocupe por uno mismo”.

De acuerdo a estos resultados, los autores del estudio, establecen varios grupos de mayor o menor riesgo, según el hecho de vivir solo o no:

- 1) Entre las personas mayores que viven solas:
 - El grupo de alto riesgo estaría conformado por personas con mala salud mental y mala calidad de vida relacionada con la salud.
 - El grupo de bajo riesgo es: aquellos que tienen buena salud mental, percepción de no buena calidad de vida relacionada con la salud, pero tienen a alguien que se preocupe por ellos, de estos sólo el 4,8 % se sienten solos (4 veces menos que la muestra total).
- 2) Entre quienes viven con otras personas:
 - Grupo de alto riesgo: aunque vivan con otras personas, tienen una mala salud mental y además padecen depresión, el 45, 2 % sienten soledad.
 - También conforman un grupo de bajo riesgo quienes viven con otras personas, además tienen salud mental regular, pero tienen otras personas que se preocupan por ellos, de estos solo el 4,7 % se sienten solos.
 - Un grupo de muy bajo riesgo es el de aquellos que viven con otras personas y además tienen buena salud mental y buena calidad de vida, entre estos solamente el 0,8 % se sienten solos.

La soledad es, por tanto, una situación compleja con múltiples causas e implicaciones; es evidente que en esta situación las soluciones que se quieran dar para prevenirla y aliviarla no pueden ser simples, sino multifactoriales y coordinadas (82).

6. Conclusiones.



El grado de aislamiento social entre las personas mayores se ha convertido en una de las principales preocupaciones de la política sanitaria y social.

Se acepta ampliamente que el contexto social y el entorno físico son factores decisivos en el proceso del envejecimiento, con una influencia más potente que factores biológicos o genéticos.

Cambios en los modelos familiares, crisis del sistema de cuidados, prevalencia en la sociedad de un modelo joven, nuevos modelos urbanísticos, barreras arquitectónicas, son algunos de los cambios de nuestra sociedad actual, responsables del mayor aislamiento de las personas mayores. Hay que destacar el interés creciente por comprender la relación entre el envejecimiento de la población y el cambio urbano, que se ha convertido en un tema importante para las políticas públicas. Un tema emergente, que se refiere a la necesidad de desarrollar comunidades urbanas en el sentido de “Ciudades Amigables con los Mayores de la OMS”.

Es más probable que las personas mayores, experimenten circunstancias vitales que reducen las redes sociales y facilitan los sentimientos de soledad.

Identificar los factores de riesgo asociados a la soledad en las personas mayores, es un aspecto clave para su abordaje y prevención.

Hay factores personales, muchas veces culturales, que también pueden contribuir a generar sentimientos de soledad en las personas mayores, como la forma de entender las relaciones sociales y las expectativas que se tiene sobre ellas, la forma de ser, comportarse y sobre todo de comunicarse, que podría facilitar o dificultar el hecho de establecer relaciones sociales satisfactorias, la pérdida del sentido de la vida y de perspectivas de futuro, que podría conllevar una actitud pasiva a la hora de establecer y mantener vínculos.

También las normas socioculturales desempeñan un papel importante en la definición del nivel deseado y esperado de relación social. La soledad puede producirse cuando la cantidad y/o calidad real de las relaciones sociales no cumplen con las expectativas normativas. Estas normas cambian a lo largo de la vida.

Los datos cuantitativos únicamente facilitan relaciones entre algunas variables previamente elegidas por el investigador pero no permite conocer cómo es la experiencia de la persona mayor que convive con la soledad. Por ello, resulta necesario integrar la información cuantitativa con la opinión de las personas mayores recogida mediante estudios cualitativos.

La literatura disponible sobre los factores relacionados con la soledad en la vejez es muy extensa, estudiándose tanto los factores que explican la soledad objetiva



como la soledad subjetiva. Los factores relacionados con esta última, se han clasificado de forma diversa. Cotterell et al, en 2018, distinguen cuatro niveles de factores que influyen en el aislamiento social: ámbito personal, de las relaciones cercanas, comunidad en la que se vive y de la sociedad en general.

Siguiendo a R Lorente, dichos factores se han clasificado en cuatro grupos: variables sociodemográficas, variables de salud y autonomía funcional, variables cognitivas y de personalidad, y, variables sociales y de participación social:

1. **Variables sociodemográficas.**

Suelen actuar en conjunto, contribuyendo a incrementar o reducir el riesgo de que las personas mayores se sientan solas.

- **Edad.**

La relación entre soledad y edad no está clara, ya que la evidencia de los diferentes estudios no es homogénea. Algunas investigaciones han visto que la soledad sigue una distribución en forma de U a lo largo de la vida, es decir, que es más frecuente en los adolescentes y en las personas muy mayores y menos frecuente durante la edad adulta (pérdidas, deterioro de salud, discapacidad...).

- **Género.**

Es un aspecto controvertido, que tiene muchos matices. Las mujeres suelen presentar niveles más elevados de soledad, sobre todo en el grupo de personas de 85 o más años de edad. Esta diferencia podría ser explicada por las circunstancias que suelen estar asociadas a la condición de ser “mujer mayor”. Un aspecto que también podría contribuir a explicar esa diferencia a favor de las mujeres se relaciona con la manera de preguntar acerca de los sentimientos de soledad. El sesgo de deseabilidad social puede influir en las respuestas diferenciadas que se den de hombres y mujeres.

- **Estado civil**

Las investigaciones suelen coincidir en el hecho de que de tener pareja funciona como un importante factor protector contra la soledad, de forma que las personas casadas (o viviendo en pareja) se encuentran en menor riesgo de experimentar soledad que los viudos, solteros o separados. Pero el simple hecho de tener pareja no es suficiente para evitar que las personas se sientan solas. Más que la simple presencia de la pareja, lo que más se asocia con bajos niveles de soledad es la buena calidad de la relación. Por otro lado, la viudedad ha sido frecuentemente asociada con un mayor riesgo de aislamiento social y soledad. El sentimiento de soledad suele ser más intenso en las personas que son viudas recientes, independientemente de la presencia de hijos y de la frecuencia de las visitas que



reciban. En definitiva, la relación entre estado civil y soledad está afectada por otros factores y circunstancias, de hecho, algunas investigaciones recientes no han detectado asociaciones estadísticamente significativas entre el estado civil y la soledad.

- **Estatus socioeconómicos.**

La asociación entre soledad y nivel de estudios e ingresos todavía no está clara, pero en muchos estudios aparecen como variables asociadas al hecho de experimentar soledad.

- **Lugar de residencia.**

Parece que las personas mayores que viven en residencias tienen más soledad que las que viven en la comunidad. Ahora se ha visto que es muy importante el entorno (barreras arquitectónicas, urbanismo, índice de privación.)

2. Variables de salud física y de autonomía funcional.

Se ha relacionado consistentemente con la soledad: capacidad y estatus funcional, salud percibida, gran comorbilidad, dificultades de movilidad y deterioro sensorial.

3. Variables cognitivas y de personalidad.

Aunque hayan sido menos estudiadas las asociaciones entre soledad y variables cognitivas y de personalidad de las personas mayores, algunos autores defienden que estas variables podrían contribuir a explicar las diferencias individuales de soledad y también el por qué algunas personas se sienten solas aunque estén acompañadas. Algunas limitaciones personales como las habilidades para establecer y/o mantener relaciones sociales satisfactorias parecen actuar como mediadoras en esa asociación entre la personalidad y la soledad.

El riesgo de mala salud mental aumenta la probabilidad de soledad percibida.

La depresión es la enfermedad mental que más se ha relacionado con sentimientos de soledad. La relación sería recíproca, facilitándose la una a la otra.

También se han encontrado algunos estudios que relacionan eventos negativos del pasado, como los traumas emocionales, con mayores sentimientos de soledad.

4. Variables sociales, de interacción y participación social.

- **Vivir solo.**

Existe un gran volumen de evidencias sobre la asociación entre la presencia de sentimientos de soledad y el hecho de vivir solo. Al ser más longevas que los



hombres, las mujeres tiene más probabilidad de vivir solas y de que esta condición dure más tiempo que en los casos de los varones que se quedan solos. Las mujeres mayores se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad al sentimiento de soledad por este motivo. De hecho, Jong Gierveld (1987) señaló que el factor protector contra la soledad que tenía más peso era el hecho de vivir en pareja. Se ha comprobado que el sentimiento de soledad de las personas que viven solas, depende además de otros factores, tales como el hecho de haber vivido solo anteriormente o si la persona cuenta con una buena red de apoyo social. Además, también la cultura puede influir en el sentimiento de soledad de las personas mayores que viven solas.

- **Red social y apoyo social.**

La red social de las personas mayores suele ser más reducida que la de los más jóvenes debido tanto a las pérdidas involuntarias de algunos miembros de la red, como al proceso adaptativo de selección. Se ha constatado que la cercanía entre los miembros de la red, era más alta en las redes sociales de las personas mayores. Menos amigos, pero más próximos. Menos amigos, pero más fieles. Pero por otro lado, muchas investigaciones han demostrado la existencia de una asociación significativa entre el tamaño de la red social y los sentimientos de soledad. También la calidad de las interacciones sociales puede influir en el hecho de sentirse solo. Ambas cualidades (calidad y cantidad o apoyo emocional y apoyo social) se han relacionado con la soledad. En concreto, los resultados de un metanálisis sugieren que la calidad de las relaciones sociales tiene un poder explicativo de la soledad más de tres veces superior al de la cantidad de contactos sociales. Es crucial ayudar a las personas mayores que viven solas, a mantener una red social estable, para evitar que se sientan solas, siendo éste un factor protector más importante incluso que tener buena salud y suficientes medios económicos.

Victor y Sullivan han argumentado que la soledad en la vejez, es el producto de la interacción de tres conjuntos de factores que operan a nivel macro (entorno social), meso (comunidad / vecindario) y micro (individual). Nuestra comprensión actual de los antecedentes de la soledad en la vejez enfatiza factores de nivel micro, como los psicológicos (por ejemplo, la autoestima), los eventos de la vida (por ejemplo, el duelo) o el inicio de una enfermedad crónica, posicionando así la soledad como un problema del individuo. Dichas autoras sugieren incluir las características más amplias de nivel meso y macro de la vida de las personas mayores, para generar una comprensión integral de la génesis de la soledad en este grupo de edad.

Es muy interesante la información que ha aportado el estudio que se ha llevado a cabo en la ciudad de Madrid acerca del sentimiento de soledad de las personas mayores, analizando la Encuesta de Salud de 2017. En dicho estudio, cuando se tienen en cuenta todas las variables, las que predicen el sentimiento de soledad son ocho:



- La salud mental en general (es el factor más importante de todos),
- Vivir solo/a (el segundo en importancia),
- La calidad de vida en relación con la salud,
- Sentir que otros no se preocupan por uno mismo,
- Padecer depresión,
- No comer caliente más de dos días a la semana,
- No tener nadie a quien acudir si se necesita ayuda,
- Nivel educativo elemental.

De acuerdo a estos resultados, los autores del estudio, establecen varios grupos de mayor o menor riesgo, según el hecho de vivir solo o no. Estos resultados tienen mucho valor de cara a las intervenciones que puedan realizarse, pues ayudan a identificar las personas en riesgo de experimentar soledad.

El estudio de la génesis de la soledad en las personas mayores, pone de manifiesto que sus causas se deben entender dentro del contexto físico, cultural, social e individual que viven las personas de este grupo de edad.



VII. CONSECUENCIAS DE LA SOLEDAD SOBRE LA SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES.

Si bien es verdad que hay mayores que desean vivir solos, lo cual puede ser un indicador de éxito, independencia y bienestar, muchos mayores experimentan soledad involuntaria, no deseada.

El aislamiento social y la soledad son factores que condicionan seriamente la calidad de vida de la población mayor, aumentando su morbilidad y mortalidad. Respecto al impacto de estas circunstancias psicosociales sobre su salud, vivir solo, estar aislado socialmente y la soledad, se han considerado factores psicosociales de riesgo para la salud y se han incluido dentro de los criterios de selección para la detección de ancianos frágiles en atención primaria (128). Esto hace de la soledad una preocupación de salud pública de particular relevancia.

La OMS estima que las redes de apoyo social son un determinante social de salud al mismo nivel que la educación, el género, el estatus social, el ambiente físico o los servicios de salud.

Hay una fuerte relación entre soledad y salud y es un potente factor predictor de mortalidad. El riesgo asociado a la soledad (y también al aislamiento social) se considera que es equiparable al de otros factores de riesgo bien establecidos de mortalidad. Se trataría de un factor de riesgo de mortalidad equivalente a fumar 15 cigarrillos al día o ser consumidor excesivo de alcohol y representaría un riesgo más importante que factores como el sedentarismo o la obesidad (3,4,195–197).

Por tanto, puede considerarse a la soledad como un grave problema de salud pública cuya letalidad estamos subestimando en la actualidad (3).

1. Mecanismos fisiopatológicos por los que la soledad desencadena efectos patológicos en la salud.

Como especie social, los humanos confían en un entorno social seguro para sobrevivir y prosperar. La percepción de aislamiento social aumenta la vigilancia ante amenazas y así como los sentimientos de vulnerabilidad. La soledad induce un estado de hipervigilancia que altera los procesos psicológicos que influyen en el funcionamiento fisiológico, disminuyendo la calidad del sueño y aumentando la morbilidad y mortalidad (6,198).



Las relaciones sociales “amortiguan el estrés”, ya que proporcionan recursos (informativos, emocionales o materiales), que promueven respuestas neuroendocrinas adecuadas, a factores estresantes agudos o crónicos (enfermedad, eventos de la vida, transiciones de la vida) (199).

Aunque existe un creciente interés en estudiar la prevalencia y los efectos perjudiciales de la soledad en la vejez, la comprensión total del fenómeno está lejos de ser completa.

Parece que la soledad afecta los resultados de salud a través de vías conductuales, psicológicas y biológicas.

En cuanto a los mecanismos biológicos subyacentes relacionados con la soledad y sus efectos sobre la salud, algunos hallazgos señalan que puede deberse a:

- Procesos inflamatorios del Sistema Inmune.

La hipótesis de la inflamación, se basa en la idea de que los eventos estresantes y el estrés emocional, como puede ser la experiencia de soledad, aumenta sustancialmente la producción de citoquinas proinflamatorias (interleukina-6, antagonista del receptor de la interleukina-1 y la proteína-1 quimiotáctica del monocito) que median en los procesos inflamatorios, y que alteran nuestro sistema inmune, como consecuencia de la tensión emocional que supone la vivencia del aislamiento (200–202). Se ha encontrado que niveles elevados de soledad se asocian con la respuesta psicológica al estrés (aumentos en las interleucinas IL6 y IL-Ra) en mujeres mayores sometidas a situaciones de estrés inducido en laboratorio (202) y esta relación es independiente de otras variables (edad, ocupación, índice de masa corporal o consumo de tabaco). También se ha relacionado con la respuesta conservada transcripcional a la adversidad (CTRA), fenómeno que aumenta la expresión de genes implicados en los procesos inflamatorios y disminuye la expresión de genes implicados en respuestas antivirales (203,204). Además, recientemente se ha comprobado cómo esta relación puede verse afectada por factores de resiliencia psicológica, lo que parece indicar que, en ciertas circunstancias, la resiliencia minimiza los efectos negativos de la soledad (204).

- Activación sostenida del sistema hipotálamo – hipófisis – adrenal.

Los niveles de cortisol se elevan sistemáticamente por las experiencias emocionales y psicosociales negativas, siendo los sentimientos de soledad, tristeza y amenaza (ansiedad) los que más elevan los niveles de esta hormona (205). Concretamente se ha mostrado una relación positiva entre la soledad y la respuesta de cortisol diurna, encontrando que los niveles de soledad altos se asocian con mayor nivel de cortisol por la mañana (Adam et al., 2006). Esta elevación tendría como consecuencia la alteración del tono del sistema nervioso vegetativo y



produciría daño oxidativo celular (206). Efectos distintos encontraron Hackett et al. (2012), que observaron una relación inversa entre la soledad y la respuesta de cortisol al estrés en mujeres, independientemente de otras variables. Según los autores, estos hallazgos sugieren que las personas que sienten soledad tienen una respuesta insuficiente en los receptores de glucocorticoides (GC) para inhibir las respuestas inflamatorias bajo estrés, no solo debido a la respuesta atenuada de los receptores de GC sino también porque se reduce la liberación de la hormona de cortisol.

A modo de resumen, el estrés psicológico altera la respuesta inmune por la activación de dos ejes: por un lado se activa constantemente el eje hipotalámico-pituitario-adrenal y por otro el eje neuroendocrino (simpático-adrenal). Las células linfoides y mieloides tienen receptores para los neuropéptidos y las hormonas liberadas por estos dos ejes. Además de esto, hay inervación directa de los tejidos linfoides primarios y secundarios (medula ósea, timo, bazo, ganglios linfáticos) por el sistema nervioso autónomo. Estas vías, a través de los glucocorticoides, la somatostatina, las endorfinas y la sustancia P, también funcionan estimulando (o inhibiendo) a determinadas células de la inmunidad celular, alterando la producción de anticuerpos, liberando mediadores biológicos (citoquinas), favoreciendo la quimiotaxis de monocitos, neutrófilos y la citotoxicidad de las Natural Killers (207). Por ende, los autores proponen que la disminución de la respuesta del cortisol al estrés, la reducción de la sensibilidad de los receptores de GC y el aumento de la actividad de las vías de transcripción proinflamatorias contribuyen a aumentar la respuesta inflamatoria en las personas solitarias y poner en riesgo su salud.

Sin embargo, esta relación entre los sistemas neuroendocrinos y los procesos inflamatorios aún no se ha confirmado (202).

- Acortamiento acelerado de los telómeros.

En tercer lugar, y aquí entramos en un terreno de controversia, es posible que la soledad produzca un acortamiento acelerado de los telómeros (de igual manera que lo hace en otras especies de “animales sociales”).

Algunos autores, entre los que se encuentra la premio nobel de medicina Elizabeth Blackburn, sostienen que hay un acortamiento acelerado de los telómeros en cohortes sometidas a estrés de forma mantenida, a través fundamentalmente del aumento sostenido del cortisol diario y que tendría consecuencias sobre el sistema inmune, el riesgo cardiovascular y fenómenos degenerativos en general (208,209).

Pero, por el contrario, también hay estudios que no encuentran este efecto de acortamiento acelerado, después de décadas de seguimiento (210,211).



Considerando los múltiples efectos negativos que provoca el sentimiento de soledad, J. T. Cacioppo y S. Cacioppo, proponen que la soledad puede activar mecanismos neurobiológicos que promueven la auto preservación a corto plazo, esto es que motiva comportamientos para resolver la situación de soledad y recuperar el equilibrio, sin embargo, el mantenimiento de este sentimiento a largo plazo provoca efectos negativos sobre la salud y el bienestar de las personas mayores que se relacionan con el aumento de la morbilidad y la mortalidad de éstas.

Además, la soledad afecta los resultados de salud a través de vías conductuales ya que la red social moldea los comportamientos y los estilos de vida desde la adolescencia a la vejez.

Se ha visto que la soledad está asociada con comportamientos de salud adversos: prácticas de salud más deficientes (por ejemplo, consumo de alcohol y tabaquismo) y menos comportamientos que promueven la salud (por ejemplo, menos actividad física, mala nutrición) entre las personas mayores. Además, la soledad se asocia con una disminución del *sueño* (por ejemplo, menor duración y eficiencia del sueño,) en la edad adulta tardía (212).

Se ha visto que la soledad no deseada es un predictor más fuerte de peores resultados para la salud, que el aislamiento social. Las consecuencias de la soledad no deseada sobre la salud de las personas mayores se puede describir en tres categorías: a nivel de la salud física, psicológica y social (93).

2. Consecuencias en la salud física.

- **Predictor de muerte prematura.**

La falta de contacto humano predice mortalidad (213). La medicina contemporánea también podría beneficiarse con el reconocimiento de los datos: las relaciones sociales influyen en los resultados de salud de los adultos.

Existe evidencia epidemiológica consolidada, que identifica la soledad como un importante predictor de muerte prematura, con efectos similares o mayores que otros factores de riesgo bien establecidos, como tabaquismo y obesidad (4).

Con el fin de aclarar en qué medida estas situaciones psicosociales (vivir solo, soledad objetiva y subjetiva) suponen un riesgo real para la salud, Holt-Lunstad et al. (2015) llevaron a cabo un metanálisis para comprobar la relación de estos tres factores con la mortalidad. Tras controlar la influencia de posibles covariables, comprobaron que vivir solo aumenta un 32% la probabilidad de morir y que el aislamiento social y la soledad aumentan la probabilidad de morir en un 29% y 26% respectivamente. Asimismo, no se encontraron diferencias entre la soledad objetiva



y subjetiva a la hora de predecir la mortalidad (197), lo que da cuenta de que ambos tipos de soledad son perjudiciales para la salud, coincidiendo con lo indicado en estudios anteriores sobre los efectos del aislamiento y la soledad en la salud de las personas mayores (101,214).

Por tanto, las personas mayores que viven solas se enfrentan a una doble amenaza para su salud: el hecho de vivir en solitario y la soledad subjetiva.

La soledad puede coexistir con una amplia variedad de problemas de salud, lo que la convierte en un marcador de riesgo de alta relevancia clínica (215).

Se asocia sobre todo a patologías relacionadas con la hiperestimulación del eje hipotálamo-hipófisis-córtico-suprarrenal, a riesgo cardiovascular, hipertensión arterial, hiperlipemia, alteraciones en el sueño, alteraciones en el funcionamiento inmunitario y efectos sobre la transcripción de algunos genes, etc (216).

Básicamente, en la esfera física, la soledad se comporta como un potente factor de riesgo cardiovascular, afectando a nuestro sistema inmune y produciendo deterioro cognitivo y problemas de salud mental y muerte prematura.

- **Factor de riesgo cardiovascular.**

Hawkley, Masi, Berry y Cacioppo (2006) encontraron que la soledad aumenta la presión sanguínea sistólica en personas mayores de 50 años y que esta relación es independiente de otros factores psicosociales asociados a las enfermedades cardiovasculares o la hipertensión (síntomas depresivos, estrés percibido, hostilidad y bajo apoyo social) (217). A nivel longitudinal, se ha comprobado que la soledad aumenta la presión sanguínea sistólica a partir de los dos años, es decir, que el efecto de la soledad sobre la presión sanguínea de las personas mayores es acumulativo y se manifiesta a largo plazo (217).

En el caso de las mujeres, tras un seguimiento prospectivo de 19 años y controlando múltiples variables confusoras, se ha comprobado que niveles altos de soledad aumentan el riesgo de sufrir enfermedades cardíacas coronarias (218).

Un metanálisis realizado en 2016 apoya la inclusión de la calidad de las redes de apoyo social (aislamiento social y soledad percibida) como factor de riesgo cardiovascular (219), ya que moldea los comportamientos y los estilos de vida desde la adolescencia a la vejez. Estos factores, unidos a los problemas psicológicos que produce la soledad, alteran determinados biomarcadores (HTA, Índice de masa corporal, datos de inflamación sostenida, alteración de la expresión de los genes, etc) conduciendo al desarrollo y progresión de la enfermedad coronaria y al accidente cerebrovascular (probablemente más intenso en mujeres que en hombres). Los autores concluyen que las deficiencias en las relaciones sociales están asociadas con un mayor riesgo de desarrollar cardiopatía coronaria



y accidente cerebrovascular y que se necesitan estudios futuros para investigar si las intervenciones dirigidas a la soledad y el aislamiento social pueden ayudar a prevenir dos de las principales causas de muerte y discapacidad en los países de ingresos altos (219–221).

El síndrome metabólico (hipertensión arterial, altos niveles de glucosa, altos niveles de triglicéridos, bajos niveles de colesterol HDL y exceso de grasa abdominal), es mucho más frecuente entre los pacientes con una escasa red social, que en los que no se sienten aislados, lo que implica también mayor riesgo cardiovascular. Y esta relación es independiente de la edad y del hábito de fumar (222).

En un reciente estudio danés (2019), se ha encontrado una fuerte asociación entre la soledad y la falta de apoyo social con un mayor riesgo de morbilidad cardíaca y mortalidad isquémicas. Los resultados sugieren que la soledad debería ser una prioridad para las iniciativas de salud pública y también debería incluirse en la evaluación del riesgo clínico en pacientes cardíacos.

Cada vez más pruebas apuntan, a que la influencia de la soledad y el aislamiento social en los problemas de salud, es equivalente al riesgo asociado con la obesidad severa. Por tanto, es importante poner en marcha iniciativas desde la salud pública para abordar este problema (223).

Los hallazgos están en línea con investigaciones previas que sugieren que la soledad está asociada con cambios en la función cardiovascular, neuroendócrina e inmune, así como con elecciones de estilo de vida poco saludables que pueden afectar los resultados negativos para la salud.

- **Disfunción del sistema inmune**

Parece que el estrés crónico está asociado con una disfunción del sistema inmune, en la que clínicamente se ha observado, aumento del número de infecciones respiratorias de vías altas, menor capacidad para controlar la expresión de virus latentes, como el de Epstein Barr o el virus herpes simple tipo 1, y mayor susceptibilidad a infecciones tanto bacterianas, víricas o de origen micótico. De la misma manera que se comportarían los pacientes inmunosuprimidos por fármacos tras un trasplante o personas con SIDA. Así mismo algunos estudios, muestran un retardo en la seroconversión frente a vacunas, como la de la hepatitis B o la de la gripe, y menor título de anticuerpos medidos a los 6 meses de la inoculación (207).

- **Alteración de la calidad del sueño.**

La soledad se ha considerado un factor de riesgo que condiciona la calidad global del sueño en personas mayores (224).



Asimismo, se ha observado que, ante las mismas horas de sueño, las personas que refieren sentir soledad, durante el día permanecen más tiempo en la cama despiertas y tienen un peor funcionamiento diario, que se caracteriza por tener baja energía, altos niveles de sueño y fatiga (225).

- **Relación entre aislamiento social, soledad y fragilidad en personas mayores.**

Se estima que alrededor del 10% de las personas mayores de 65 años son frágiles. La soledad y el aislamiento social están relacionados con una mayor mortalidad y una menor capacidad funcional.

Con una población cada vez más envejecida, la fragilidad supondrá una carga cada vez más importante para la salud y el bienestar, lo que a su vez tendrá un efecto considerable en los recursos de atención social y tendrá implicaciones para la práctica clínica y la salud pública.

Davies et al. (2021)), han evaluado la tendencia en el estado de fragilidad asociado con la soledad y el aislamiento social, durante 14 años en una muestra representativa de adultos mayores ingleses. Esta investigación sugiere que tanto la soledad como el aislamiento social están asociados con un mayor riesgo de desarrollar fragilidad y, por lo tanto, brindan una oportunidad para atenuar ese riesgo. Debido a que la soledad y el aislamiento social son constructos separados y se asocian independientemente con la fragilidad, dichos hallazgos respaldan las intervenciones que se dirigen a ambos y respaldan la necesidad de realizar más investigaciones sobre la efectividad de tales intervenciones cuando estos constructos se analizan por separado (226).

3. Efectos psicológicos de la soledad.

- **Efectos cognitivos.**

Cuando se experimenta soledad se genera una activación que, de manera implícita, provoca la hipervigilancia hacia las amenazas sociales, generando sesgos cognitivos en la atención y la memoria (93,183,227).

De este modo, con el fin de conocer cuáles son los efectos cognitivos que produce el sentimiento de soledad en personas mayores de 60 años Boss, Kang, y Branson (2015) realizaron una revisión sistemática de los estudios que relacionaban la soledad con la función cognitiva. A pesar de que los estudios que analizaron no permitieron clarificar la relación de causa-efecto entre la soledad y la función cognitiva (Boss et al., 2015), sí se pueden destacar algunas relaciones significativas que se han confirmado de manera consistente en la literatura científica. A



continuación se presentan los resultados principales del estudio de revisión de Boss et al. (2015) (228):

- 1) **Funcionamiento cognitivo general.** La mayoría de estudios indican que existe una asociación negativa significativa entre la soledad y la capacidad cognitiva general. De hecho, en un estudio longitudinal con 10 años de seguimiento incluido en la revisión, se demostró que, tras controlar la variable edad, tener soledad al inicio del estudio predecía el deterioro cognitivo. Igualmente, Donovan et al. (2016) encontraron en su estudio longitudinal que las personas que tenían soledad al principio del estudio tenían un 20% más de probabilidad de sufrir deterioro cognitivo después de 12 años y esta relación era independiente de otras variables sociodemográficas, la red social y las condiciones de salud.
- 2) **Inteligencia.** También se ha visto esta relación negativa entre la soledad con la inteligencia, de manera que los niveles altos de soledad se han asociado con menor inteligencia y, aún más, en un estudio de la revisión se observó que la soledad era el único factor predictor significativo de la habilidad cognitiva de las personas mayores. - **Memoria.** Se han encontrado asociaciones negativas entre la soledad y el recuerdo inmediato y demorado, de manera que las personas con mayores niveles de soledad, tienen peor ejecución en las tareas de recuerdo inmediato y demorado. En estudios longitudinales, tras controlar otras variables, observaron también una correlación negativa significativa entre la soledad y la memoria semántica y la memoria visual.
- 3) **Velocidad de procesamiento.** Tres estudios de la revisión encontraron de manera consistente, una asociación negativa significativa entre la soledad y la velocidad de procesamiento de la información, después de controlar el efecto de otras variables, como la depresión, red de contactos, factores cognitivos y sociodemográficos.
- 4) **Demencia y Alzheimer.** En dos estudios longitudinales incluidos en la revisión se encontró que un mayor nivel de soledad predecía significativamente, el aumento del riesgo de sufrir demencia y Enfermedad de Alzheimer en el seguimiento.
- 5) Boss et al. (2015), encontraron resultados contradictorios sobre las funciones ejecutivas. La relación entre la soledad y funciones ejecutivas se muestra en las correlaciones bivariadas, pero no en los modelos multivariados, lo que sugiere que la relación entre la soledad y el deterioro de las funciones ejecutivas estaría mediada por otros factores como podrían ser el enlentecimiento del procesamiento de la información y los problemas de memoria u otros factores emocionales. En esta línea, Donovan et al. (2016) comprobaron que la depresión interactuaba en la relación entre ambas variables. Así pues, los autores sugieren que es la combinación de ambos efectos la que precipita el deterioro cognitivo.



Hay múltiples estudios que relacionan la soledad con un deterioro cognitivo acelerado, independientemente de factores de riesgo sociodemográficos bien establecidos como la edad, sexo femenino, baja educación, bajo nivel socioeconómico, etc. Estimándose un deterioro cognitivo de un 20% aproximadamente, más rápido en los grupos de personas en soledad que en los grupos con una red social más robusta (229,230).

En pacientes diagnosticados de enfermedad de Alzheimer, la progresión de la enfermedad fue inversamente proporcional al tamaño de sus redes sociales sin modificar la magnitud de los depósitos de amiloide cortical, y estos resultados no se modificaron al controlar otros factores como la actividad física, síntomas depresivos o número de enfermedades crónicas concomitantes (231).

Es posible que una buena red social pueda retrasar el inicio de una demencia, proporcionando estimulación intelectual y apoyo práctico. En esta situación, una persona mayor podría compensar fácilmente cualquier deterioro cognitivo leve (228,231).

Actualmente existe una creciente evidencia de que la soledad está asociada con el deterioro cognitivo leve (DCL) y la demencia. Aunque, el alcance de esta asociación sigue sin estar del todo claro.

Lara et al (2019), un grupo del departamento de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM) (2019), centro colaborador de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y que forma parte del CIBER de Salud Mental (CIBERSAM), ha realizado una rigurosa revisión de los estudios publicados hasta la fecha sobre la asociación longitudinal entre soledad no deseada y demencia.

Los resultados mostraron que la soledad no deseada se asocia con un mayor riesgo de demencia en un metanálisis. Debido a la falta de datos suficientes, no se pudo explorar la asociación entre la soledad y el riesgo de deterioro cognitivo leve a través de un metanálisis, pero la evidencia limitada, sugiere un efecto potencial de la soledad en el deterioro cognitivo leve. Aunque este trabajo se ha realizado siguiendo una metodología robusta, los resultados han de interpretarse con cautela debido al limitado número de estudios incluidos.

El mantenimiento de la participación comunitaria y las redes sociales puede representar una estrategia para reducir el riesgo de deterioro cognitivo leve y demencia (232).

- **Efectos emocionales de la soledad no deseada.**

Sin duda los efectos emocionales de la soledad, son los que más refieren las personas mayores cuando se sienten solas, declarando tener sentimientos de aislamiento y vacío o de tristeza y miedo (42,93).



Se ha comprobado cómo la soledad se relaciona significativamente con la salud mental en ancianos españoles, independientemente de otras variables importantes para la salud, como vivir solo y la salud percibida (76). Se ha asociado a depresión, ansiedad, baja autoestima, inestabilidad emocional, pensamientos negativos sobre sí mismo, etc.; se ha asociado así mismo a ciertos rasgos de personalidad como timidez, menor sociabilidad o conductas de evitación.

La soledad se ha asociado de manera consistente con la depresión(93,233). En este sentido, Cacioppo et al. (2010), para aclarar la relación entre ambas variables y superar las limitaciones metodológicas que habían encontrado en estudios que relacionaban ambas variables, realizaron un estudio longitudinal de 5 años para comprobar en qué medida la soledad predecía la aparición de síntomas depresivos en 229 personas mayores de 50 años, controlando para ello otras variables que podrían ejercer un efecto confusor.

Los resultados del estudio confirmaron que la soledad predice, e incluso promueve, los cambios en la sintomatología depresiva, independientemente de los factores demográficos, el aislamiento social, los eventos vitales estresantes, el estrés percibido, el neuroticismo y el apoyo social. Asimismo, se comprobó también que la soledad es un predictor de la sintomatología depresiva mucho más importante que el aislamiento social y, además, que la relación entre la depresión y la soledad no es recíproca, es decir, los síntomas depresivos no predicen soledad en población general, por lo que la soledad es un factor de riesgo para desarrollar sintomatología depresiva pero no al contrario (233).

Además de sintomatología depresiva, los sentimientos de soledad están asociados a ideas autolíticas y deseo de morir. En alguno de los estudios que sostienen esta afirmación, encuentran en la soledad y una pobre red social, una Odds Ratio de 7,1 (6,2-8,2) siendo con diferencia la más alta de las 19 variables analizadas (234).

El reconocimiento de la importancia de la soledad como factor de riesgo de síntomas depresivos, puede ser importante para mitigar sus efectos potencialmente nocivos sobre la calidad de vida de los adultos mayores y de mediana edad.

También se ha visto un efecto sinérgico de la soledad y los síntomas depresivos disminuyendo el bienestar en los adultos mayores y de mediana edad (181).

Jingyi Wang et Al (2018) realizaron una revisión sistemática para ver la asociación entre la soledad y el apoyo social percibido, y los resultados de los problemas de salud mental, encontrando evidencia sustancial en algunos estudios prospectivos, de que las personas con depresión que perciben su apoyo social como más pobre, tienen peores resultados en términos de síntomas, recuperación y funcionamiento social. La soledad se ha investigado mucho menos que el apoyo social percibido, pero hay alguna evidencia de que una mayor soledad predice un peor resultado de la depresión. También hay alguna evidencia preliminar de asociaciones entre el



apoyo social percibido y los resultados en la esquizofrenia, el trastorno bipolar y los trastornos de ansiedad (235).

También se ha encontrado una asociación negativa entre la soledad y la autoestima, por lo que niveles altos de soledad se relacionan con la disminución de la autoestima en personas mayores (93,236).

Se ha vinculado la soledad con la reducción del control interno percibido por las personas mayores (93,236). Así mismo se ha informado de una relación negativa con el nivel de resiliencia en personas mayores (93,236).

Se ha investigado la relación de la soledad con la ideación suicida y el deseo de morir en personas mayores cuantitativa y cualitativamente, encontrando una relación positiva entre estas variables y la confirmación en las narraciones de las personas mayores de esta relación, de manera que el aumento de la soledad se asocia con mayor ideación suicida y deseo de morir en la vejez. De la misma manera, se ha comprobado longitudinalmente que la soledad es uno de los predictores de la ideación suicida pasiva, es decir, de tener deseos de morir, en una muestra amplia de ancianos de 12 países europeos (237).

- **Efectos en la conducta.**

La carga emocional negativa que implica la experiencia de soledad en personas mayores, inevitablemente tiene efectos sobre el comportamiento de estas personas y, aunque ha sido una consecuencia menos estudiada, la soledad se ha relacionado con mayor probabilidad de ser físicamente inactivo, ser fumador y de realizar ambos comportamientos de riesgo (93,238).

4. Efectos sociales de la soledad.

Las consecuencias sociales que provoca la soledad no han recibido la misma atención que los efectos físicos y psicológicos. Sin embargo, se ha sugerido la idea de que soledad podría estar asociada a dificultades para mantener los niveles previos de participación social.

En un estudio cualitativo para investigar las barreras hacia la participación social de mayores que viven solos y experimentan soledad en Londres, Goll et al. (2015) encontraron algunos resultados interesantes sobre las consecuencias sociales que produce la soledad en las personas mayores que viven en solitario:

- La mitad de las personas que entrevistaron minimizaban las dificultades de vivir en soledad, subrayando que disfrutaban estando solos. Sin embargo, los autores señalaron contradicciones en el discurso de estas personas,



evidenciando así la ambivalencia que se produce entre el deseo de preservar su vida e identidad independiente con el deseo de estar conectados con las personas de su entorno.

- Las personas entrevistadas no tenían interés en buscar la interacción social para solucionar su situación de soledad, afirmaban que no buscarían ponerse en contacto con nadie (otras personas o servicios) si se sentían solos y aceptaban vivir con niveles extremadamente bajos de contacto social.
- La mayoría usaba estrategias para evitar las oportunidades de interacción social en su entorno.
- Al menos dos tercios de los participantes confirmaron que llamar por teléfono para estar en contacto con los demás les ayudaba a reducir sus sentimientos de soledad. - Todos los participantes reconocieron que hacían actividades en solitario para reducir sus sentimientos de soledad, entre las que destacaban ver la televisión, escuchar la radio, leer o escribir y hacer tareas del hogar.

Además de estas consecuencias, los autores de este estudio vieron que detrás del rechazo de las personas solitarias a participar socialmente y estar conectados con otras personas, se escondían algunos miedos sociales, como el temor a ser rechazados y el miedo a que los demás se aprovechen de ellos y sean explotados.

Por otro lado, y en adición lo anterior, encontraron que los participantes temían también perder su identidad, concretamente se observó que tenían miedo a perder su imagen como persona independiente y joven y su identidad social preferida, que se refiere a la imagen que tienen de su “yo” social anterior y que puede que las oportunidades de interacción social actuales no le permitan desarrollar (93,239).

Se ha descrito cómo el mundo está envejeciendo y lo seguirá haciendo. Además, los actuales modelos de convivencia en países desarrollados, conducirán, previsiblemente a un aumento en el número de personas que vivirán solas.

La soledad subjetiva es una experiencia psicológica desagradable que afecta más a las personas mayores porque se enfrentan a numerosos cambios físicos, psicológicos y sociales que facilitan la aparición de este sentimiento. Esta soledad supone un verdadero problema para la calidad de vida y la salud de las personas mayores que tendrán más riesgo de envejecer de manera patológica y de morir prematuramente.

Se puede concluir por tanto que la soledad de las personas mayores supone un reto político, familiar y socio-sanitario.



5. Conclusiones.

La OMS estima que las redes de apoyo social son un determinante social de salud al mismo nivel que la educación, el género, el estatus social, el ambiente físico o los servicios de salud. Hay una fuerte relación entre soledad y salud y es un potente factor predictor de mortalidad. El riesgo asociado a la soledad (y también al aislamiento social) se considera que es equiparable al de otros factores de riesgo bien establecidos de mortalidad. Se trataría de un factor de riesgo de mortalidad equivalente a fumar 15 cigarrillos al día o ser consumidor excesivo de alcohol y representaría un riesgo más importante que factores como el sedentarismo o la obesidad. Esto hace de la soledad una preocupación de salud pública de particular relevancia.

Si bien es verdad que hay mayores que desean vivir solos, lo cual puede ser un indicador de éxito, independencia y bienestar, muchos mayores experimentan soledad involuntaria, no deseada. El aislamiento social y la soledad son factores que condicionan seriamente la calidad de vida de la población mayor, aumentando su morbilidad y mortalidad. Vivir solo, estar aislado socialmente, y la soledad, se han considerado factores psicosociales de riesgo para la salud, y se han incluido dentro de los criterios de selección para la detección de ancianos frágiles en atención primaria.

Las relaciones sociales “amortiguan el estrés”, ya que proporcionan recursos (informativos, emocionales o materiales), que promueven respuestas neuroendocrinas adecuadas, a factores estresantes agudos o crónicos.

Aunque existe un creciente interés en estudiar la prevalencia y los efectos perjudiciales de la soledad en la vejez, la comprensión total del fenómeno está lejos de ser completa. La soledad afecta los resultados de salud a través de vías conductuales, psicológicas y biológicas. En cuanto a los mecanismos biológicos subyacentes relacionados con la soledad y sus efectos sobre la salud, algunos hallazgos señalan que puede deberse a: procesos inflamatorios del sistema inmune, activación sostenida del sistema hipotálamo – hipófisis – adrenal, y posible acortamiento acelerado de los telómeros. Además, la soledad afecta los resultados de salud a través de vías conductuales ya que la red social moldea los comportamientos y los estilos de vida desde la adolescencia a la vejez.

Las consecuencias de la soledad no deseada sobre la salud de las personas mayores se puede describir en tres categorías: a nivel de la salud física, psicológica y social.



- **A nivel de la salud física.**

Existe evidencia epidemiológica consolidada, que identifica la soledad como un importante predictor de muerte prematura, con efectos similares o mayores que otros factores de riesgo bien establecidos, como tabaquismo y obesidad.

En un reciente estudio danés (2019), se ha encontrado una fuerte asociación entre la soledad y la falta de apoyo social con un mayor riesgo de morbilidad cardiaca y mortalidad isquémicas.

Cada vez más pruebas apuntan a que la influencia de la soledad y el aislamiento social en los problemas de salud, es equivalente al riesgo asociado con la obesidad severa.

También se ha asociado con una disfunción del sistema inmune, en la que clínicamente se ha observado, aumento del número de infecciones respiratorias de vías altas, menor capacidad para controlar la expresión de virus latentes, como el de Epstein Barr o el virus herpes simple tipo 1, y mayor susceptibilidad a infecciones tanto bacterianas, víricas o de origen micótico.

Se ha observado que, ante las mismas horas de sueño, las personas que refieren sentir soledad, durante el día permanecen más tiempo en la cama despiertas, y tienen un peor funcionamiento diario, que se caracteriza por tener baja energía, altos niveles de sueño y fatiga.

Davies et al (2021) han evaluado la tendencia en el estado de fragilidad asociado con la soledad y el aislamiento social durante 14 años, en una muestra representativa de adultos mayores ingleses. Concluyendo que tanto la soledad como el aislamiento social aumentan el riesgo de desarrollar fragilidad. Comprender estos mecanismos podría ofrecer oportunidades para atenuar el mismo.

- **Efectos psicológicos de la soledad.**

Cuando se experimenta soledad se genera una activación que, de manera implícita, provoca la hipervigilancia hacia las amenazas sociales, generando sesgos cognitivos en la atención y la memoria. La mayoría de estudios indican que existe una asociación negativa significativa entre la soledad y la capacidad cognitiva general.

Hay múltiples estudios que relacionan la soledad con un deterioro cognitivo acelerado, independientemente de factores de riesgo sociodemográficos bien establecidos como la edad, sexo femenino, baja educación, bajo nivel socioeconómico, etc. Es posible que una buena red social pueda retrasar el inicio de una demencia, proporcionando estimulación intelectual y apoyo práctico.



Un grupo del departamento de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM) (2019), ha realizado una rigurosa revisión de los estudios publicados hasta la fecha sobre la asociación longitudinal entre soledad no deseada y demencia. Los resultados mostraron que la soledad no deseada se asocia con un mayor riesgo de demencia en un metanálisis. Debido a la falta de datos suficientes, no se pudo explorar la asociación entre la soledad y el riesgo de deterioro cognitivo leve a través de un metanálisis, pero la evidencia limitada, sugiere un efecto potencial de la soledad en el deterioro cognitivo leve. Aunque este trabajo se ha realizado siguiendo una metodología robusta, los resultados han de interpretarse con cautela debido al limitado número de estudios incluidos.

- **Efectos emocionales de la soledad.**

Sin duda los efectos emocionales de la soledad, son los que más refieren las personas mayores cuando se sienten solas, declarando tener sentimientos de aislamiento y vacío o de tristeza y miedo.

Se ha comprobado cómo la soledad se relaciona significativamente con la salud mental en ancianos españoles, independientemente de otras variables importantes para la salud, como vivir solo y la salud percibida. Se ha asociado a depresión, ansiedad, baja autoestima, inestabilidad emocional, pensamientos negativos sobre sí mismo, etc.; se ha asociado así mismo a ciertos rasgos de personalidad como timidez, menor sociabilidad o conductas de evitación.

Se ha descrito cómo el mundo está envejeciendo y lo seguirá haciendo. Además, los actuales modelos de convivencia en países desarrollados, conducirán, previsiblemente a un aumento en el número de personas que vivirán solas. La soledad subjetiva es una experiencia psicológica desagradable que afecta más a las personas mayores porque se enfrentan a numerosos cambios físicos, psicológicos y sociales que facilitan la aparición de este sentimiento. Esta soledad supone un verdadero problema para la calidad de vida y la salud de las personas mayores que tendrán más riesgo de envejecer de manera patológica y de morir prematuramente.

Se puede concluir por tanto que la soledad de las personas mayores supone un reto político, familiar y socio-sanitario.



VIII. INTERVENCIONES EN SOLEDAD

1. Revisión de la literatura.

El grado de aislamiento social entre las personas mayores se ha convertido en una de las principales preocupaciones de la política sanitaria y social.

Aunque las consecuencias sobre la salud de la soledad y el aislamiento social, están bien documentados, la evidencia sobre la prevención del aislamiento en las personas mayores sigue siendo escasa.

La investigación acerca de intervenciones sobre aislamiento social y soledad de personas mayores que ofrezcan datos de evaluación sobre su efectividad son escasas, con muestras pequeñas y diseños de estudio poco óptimos, sin grupos de control, difícilmente comparables y en general poca calidad por las muchas limitaciones y dificultad del tema en estudio.

Como destacan diversos autores (Findlay, 2003; Masi et al., 2011; Cohen-Masfield y Perach, 2015; Ong et al., 2016) (93,240) tenemos más programas de intervención que evidencias de sus bondades, debido a falta de rigor metodológico y deficiencias evaluativas; aproximaciones muy variadas (cognitivas, fomento de relaciones, compañía, incrementar oportunidades de relación, tecnologías, etc.) que hacen muy complicada su comparación; y una falta de multidimensionalidad en la manera de entender las intervenciones en soledad, que por ejemplo no recoge el necesario empoderamiento de las personas para que aprendan a gestionar y vivir su propia soledad.

Las publicaciones existentes constatan el uso de muy diversos diseños metodológicos (93,240): desde diseños cuasi experimentales más “ligeros” con o sin grupo control, evaluación pre y post intervención, para medir la eficacia diferencial de tres tipos de programas de intervención (Bartlett et al., 2013), hasta ensayos aleatorizados controlados, con grupo experimental y grupo de control, con medidas pre y post intervención (a los tres y seis meses) de mucha mayor consistencia metodológica (Pitkala et al., 2009).

Además, es cada vez más común, aunque minoritario, el uso de metodología cualitativa para la evaluación de programas de intervención contra la soledad no deseada y el aislamiento (Hemingway y Jack, 2013; Swindells, 2013); y distintos proyectos que han evaluado sus intervenciones con metodologías mixtas (cuantitativa y cualitativa) en el mismo proceso evaluativo (240).



Además, en la evaluación de intervenciones en soledad se han utilizado distintos instrumentos de medida, lo que dificulta hacer comparaciones de eficacia entre intervenciones (241).

No es lo mismo utilizar la UCLA en sus diferentes versiones —UCLA, UCLA-R, UCLA-3— (Banks y Banks, 2002), que la escala De Jong Gierveld (Fokkema y Knipscheer, 2007; CollPlanas et al., 2017), el convoy de relaciones (Kahn y Antonucci, 1980), la escala de redes sociales de Lubben (1988), o algunas escalas de estado de ánimo como el Panas para medir bienestar subjetivo, debido esencialmente a que las pruebas que miden soledad o red social, no están midiendo el mismo constructo, por lo cual los resultados son difícilmente comparables (240).

En lo relativo al formato de la intervención y su eficacia, existe un buen número de revisiones sistemáticas (Algunas de ellas: Findlay, 2003; Cattan et al., 2005; Dikens et al., 2011; Hagan et al., 2014; Landeiro et al., 2017; Facoya et al., 2020).

Cattan et al. (2005) identificaron y categorizaron treinta estudios, siendo diecisiete de ellos intervenciones de tipo grupal, diez intervenciones individuales, tres provisiones de servicios y una sobre desarrollo comunitario. El 90 % de las intervenciones eficaces fueron intervenciones grupales con grupo de apoyo o educativo, mientras que seis de las ocho intervenciones ineficaces proporcionaron apoyo individualizado (basado en consejo, información o asesoramiento en necesidades de salud).

En general, se acepta que las intervenciones grupales educativas y sociales dirigidas a grupos específicos pueden aliviar el aislamiento social y la soledad en las personas mayores, mientras que la efectividad de las intervenciones centradas en las visitas a domicilio y befriending (fomento de la amistad, compañía, etc.) no ha sido demostrada (lo cual no significa que carezcan de importancia).

Por otro lado, Stojanovic et al. (2016) realizaron una revisión y puesta al día de intervenciones en soledad y apoyo social publicadas en castellano e italiano: de las quince analizadas, ocho mostraron una reducción de la soledad y seis un aumento importante en apoyo social y reducción del aislamiento social. De entre ellas, los programas comunitarios mostraron un importante papel en el aumento de la inclusión social, mientras que las intervenciones educativas centradas en la implicación social y el apoyo fueron eficaces para reducir la soledad (240).

Cuatro estrategias de intervención son las que cuentan con más refrendo científico (Masi et al., 2011):

- Las que aumentan las habilidades sociales.
- Las dirigidas a fortalecer el apoyo social.
- Las que aumentan las oportunidades de interacción social.



- Las dirigidas al entrenamiento sociocognitivo (240).

Según diversos artículos, las intervenciones grupales, con actividades de apoyo y educativas, dirigidas a grupos específicos y que se apoyan en los recursos comunitarios existentes, que incluyen además un entrenamiento y apoyo específico a los facilitadores (Findlay, 2003; Cattan et al., 2005; Dickens et al., 2011) generalmente voluntarios de estas acciones, parecen ser las intervenciones más eficaces (240,242–244).

El contexto de las intervenciones es fundamentalmente comunitario, aunque sí es cierto que hay algunas intervenciones en contextos específicos, por ejemplo, en residencias de personas mayores.

De estas, algunas utilizan la terapia asistida por animales, como el programa de Banks y Banks (2002) o el de Vrbanac et al. (2013). Otras utilizan ejercicio físico (Tse et al., 2014) o programas de jardinería en interiores para facilitar el aumento de la socialización y la satisfacción con la vida, reducir la soledad y promover actividades de la vida diaria de las personas mayores que viven en residencias (Brown et al., 2004). En cualquier caso, y como destacan algunos autores, las intervenciones en soledad parecen estar ausentes de los centros residenciales, aunque la prevalencia de esta sea abrumadora (Jansson et al., 2017; Drageset et al., 2011; Slettebø, 2008), llegando en algunos casos a casi el 60 % de las personas que residen en ellas (240).

Cotterell et al, en 2018 (245) han realizado una revisión de la literatura que se centra en las estrategias de identificación, evaluación, prevención e intervención relevantes para el aislamiento social de las personas mayores. El documento analiza tanto las oportunidades como las limitaciones asociadas con diferentes enfoques:

- Intervenciones “uno a uno”.

Las intervenciones uno a uno, generalmente implican el emparejamiento de un individuo con un profesional o voluntario, que se conectan regularmente entre sí. Por ejemplo “los esquemas de amistad” donde se establecen nuevas amistades entre un adulto mayor y un voluntario que tienen intereses comunes, se han utilizado ampliamente, y han mostrado efectos positivos en la salud, ayudando a las personas a reconectarse con los demás. Sin embargo, no se ha evaluado su efecto en muchos estudios, lo que limita las conclusiones que pueden extraerse sobre la eficacia de este enfoque. Hay alguna evidencia de que entablar amistad puede ser más eficaz con algunos grupos sociales que con otros. Por ejemplo, una revisión sistemática concluyó que este método fue bastante eficaz para aumentar el apoyo social y la reducción de la depresión y la ansiedad en adultos mayores con enfermedades crónicas (246). Es necesario por tanto evaluar el impacto de este tipo de intervención en diferentes grupos de personas mayores aisladas.



En algunos estudios transversales se ha visto, que los sentimientos de soledad y aislamiento a menudo están asociados con sesgos cognitivos que promueven el pensamiento negativo y el aislamiento social (247). Se han utilizado intervenciones dirigidas a mejorar la capacidad de los individuos para hacer frente a este tipo de cogniciones y ayudar a volver a interactuar con sus redes sociales de una forma más saludable. Gardiner et al. (248) han concluido que dichos enfoques han tenido la evaluación más sólida de los diferentes tipos de intervenciones, concluyendo que reducen con éxito el aislamiento social. Sin embargo, la mayoría de las intervenciones identificadas involucraron algún grado de interacción grupal, lo que dificulta separar los factores individuales y grupales en el éxito de las intervenciones.

Además, la mayoría de los estudios utilizaron diseños transversales, por lo que la causalidad no puede ser inferida (249). Esto limita las conclusiones que pueden extraerse sobre la eficacia de las intervenciones individuales para abordar y prevenir el aislamiento social.

- Intervenciones grupales

Las intervenciones grupales normalmente reúnen a personas en torno a un interés común. Pueden incluir, por ejemplo, actividades sociales, sesiones educativas, de actividad física, discusiones grupales o terapias grupales.

Las revisiones sistemáticas han encontrado que las intervenciones grupales que involucraron activamente a las personas en el diseño, fueron dirigidas a grupos específicos, e incluyeron un aspecto educativo o terapéutico, fueron más eficaces para aliviar el aislamiento social (249,250). Sin embargo, hubo una heterogeneidad significativa en las intervenciones que limita la comparabilidad de los resultados, lo que dificulta la confirmación de las características de las intervenciones grupales eficaces.

Miyawaki (251) sugiere que las actividades grupales pueden ser particularmente importantes para grupos minoritarios que comparten los mismos valores culturales y que pueden tener dificultades para interactuar con la comunidad en general debido al idioma o las barreras culturales. Tales intervenciones pueden mejorar el sentido de pertenencia de un individuo, al tiempo que se alivia el aislamiento social (252). Según el Social Care Institute for Excellence (253), la evidencia de la investigación es favorece a actividades de grupo con un enfoque creativo (por ejemplo Mindfulness), terapéutico (terapia cognitiva, de reducción de estrés etc) o basado en debates (254) e intervenciones de apoyo social (255). Otros ejemplos de intervenciones grupales que han reducido el aislamiento social incluye: grupos de discusión sobre temas relacionados con la salud entre mujeres que viven solas; apoyo para el duelo de las personas que enviudaron recientemente (249,256).



- **Intervenciones de prestación de servicios.**

Las intervenciones existentes en el contexto de la prestación de servicios, pueden ofrecer ventajas para garantizar que el apoyo pueda mantenerse a medio y largo plazo (249,257). Por ejemplo, ayuda de instituciones para realizar actividades concretas, como programas de voluntariado para estudiantes que brindan capacitación informática gratuita en el domicilio o en residencias. También se han puesto en marcha programas para facilitar el transporte de personas mayores para que puedan acudir a realizar una determinada actividad (258). Tales intervenciones han aliviado con éxito el aislamiento, conectando a los adultos mayores con sus amigos y familiares en línea, mientras aumenta la autoestima y la confianza de los adultos más jóvenes (246,253).

- **Intervenciones de base tecnológica,**

Los avances y el uso creciente de tecnología entre las personas mayores (por ejemplo, correo electrónico, las llamadas de Skype) destacan el potencial de este medio para combatir el aislamiento social en la vejez.

El uso de Internet entre las personas de 65 a 74 años que viven en el Reino Unido ha aumentado de 52% en 2011 a 78% en 2017, con casi un tercio de esos adultos usando sitios de redes sociales. Otras formas de tecnología, como los teléfonos inteligentes, han cambiado la forma de comunicación entre las personas, aumentando las oportunidades para conectarse socialmente, al tiempo que mejora la calidad de vida y el alivio de la soledad entre adultos mayores. Chopik (259) encontró que el uso frecuente de la tecnología se asoció con una mayor salud subjetiva y bienestar en los adultos mayores. Otros estudios, sin embargo, no han encontrado ningún impacto o solo un impacto limitado del uso de la tecnología en la salud, la soledad y el aislamiento social (260).

Un desafío asociado con las intervenciones modernas basadas en la tecnología, es que las personas que tienen un alto riesgo de quedar severamente aisladas socialmente es menos probable que tengan acceso a este medio. Por ejemplo, el 60% de los residentes de hogares de ancianos en el Reino nunca habían usado Internet, con solo una quinta parte de los hogares de ancianos en Inglaterra que proporcionaban acceso a Internet.

Las intervenciones basadas en tecnologías y los programas de actividad física aparecen como una alternativa prometedora, aunque diversos autores han dado la voz de alarma sobre la necesidad de hacer “buenas” intervenciones y no solo intervenciones “tecnológicamente innovadoras” que es el gran peligro en este momento (240,261,262). La mayor parte de estas intervenciones con base tecnológica se centran en el fortalecimiento de los vínculos sociales y de amistad, su facilidad y bajo coste, además de sus grandes posibilidades para aumentar las redes sociales y reducir hipotéticamente “la soledad”, así como la apuesta en



Europa por los usos sociales y asistenciales que les han dado alas. La evidencia empírica existente, sin embargo, parece cuestionar algunas de las bondades de este tipo de sistemas: Pitkala et al. (2009) encontraron resultados alentadores sobre la eficacia, pero más recientemente Chipps, Jarvis y Ramlall (2017), tras realizar una revisión sistemática de “e-intervenciones” identificaron que algunos programas obtenían una eficacia moderada y que los estudios que los avalaban mostraban falta de rigor, concluyendo que la evidencia de este tipo de intervenciones es inconsistente y débil, por el momento (240).

- **Intervenciones vecinales.**

Existe evidencia limitada de la eficacia de las intervenciones para reducir el aislamiento social basadas en el desarrollo comunitario y las relaciones de vecinos. Sin embargo, la literatura sugiere que hay considerable potencial en el desarrollo de tales enfoques (263).

Muchas personas mayores tienen dificultades para caminar por su barrio y conectarse con los demás. Mayor disponibilidad de áreas para sentarse, pasos de peatones más seguros, y asientos prioritarios en el transporte público, hacen que los recursos comunitarios sean más accesibles para las personas mayores y puede ser importante para prevenir el aislamiento social.

La importancia de este tema, ha sido reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su desarrollo del concepto de "ciudades y comunidades adaptadas a las personas mayores".

Según la OMS, un entorno amigable con las personas mayores es aquel que puede proporcionar un buen lugar para envejecer: "debería ayudar a que las personas permanezcan independientes durante el mayor tiempo posible, y que brinden atención y protección cuando son necesarios, respetando la autonomía y la dignidad de las personas mayores" (264).

En 2010, la OMS impulsó la Red Global de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores. En 2017, 533 ciudades y comunidades formaban parte de dicha Red, (265) desarrollando intervenciones estructurales que implican la aplicación de estrategias preventivas a nivel poblacional incluida la promoción del envejecimiento positivo a través de políticas y cambios de actitud. Por ejemplo, La Estrategia de Envejecimiento Positivo de Nueva Zelanda refuerza el compromiso del Gobierno de promover la participación de las personas mayores en las comunidades (266). La estrategia describe los objetivos clave incluyendo: implementar políticas que apoyen el empleo de trabajadores mayores, proporcionar lugares de trabajo amigables para la familia, reconociendo a aquellos con responsabilidades de cuidado y permitir horarios de trabajo flexibles; promover programas de tutoría que aprovechen las habilidades y experiencia de las personas



mayores; y asegurar que la formación esté disponible para todos los trabajadores independientemente de la edad.

Tales políticas a nivel gubernamental intentan influir en las actitudes sociales hacia el envejecimiento, al promover un cambio de comportamiento (267). Esto es importante, ya que las campañas públicas a menudo hacen que las personas vean a los adultos mayores exclusivamente a través de un "prisma de vulnerabilidad", lo que induce a creer que, lo que se espera de las personas mayores, es que se retiren de la sociedad al llegar a la vejez. Las agencias gubernamentales tienen el poder de cambiar tales conceptos erróneos asegurando que las políticas y campañas muestren imágenes más positivas de las personas mayores, promoviendo la inclusión social y previniendo el aislamiento social de las personas mayores.

Esta revisión ha destacado la importancia de adoptar un enfoque más holístico en la comprensión del aislamiento social.

Las intervenciones anteriores a menudo han pasado por alto el efecto potencial de factores históricos, culturales, contextos políticos y económicos.

La discusión destaca las direcciones futuras de la investigación, enfatizando la necesidad de un cambio cultural de 'curación' a 'prevención' del aislamiento social a lo largo de la vida, y la importancia de reconocer una mayor diversidad dentro de la población que envejece.

Aunque no existe una solución única para todos, para prevenir el aislamiento social es importante promover la creación y mantenimiento de relaciones sociales de alta calidad a lo largo de toda la vida. Además, también es importante promover el desarrollo social y emocional desde una edad temprana, con un enfoque en la construcción de resiliencia. Recomiendan que las autoridades nacionales, regionales y locales, trabajen junto con las comunidades para comprender el contexto de aislamiento social en las áreas locales, adaptando las intervenciones de acuerdo a las necesidades de los ciudadanos. Esto ayudará a la prevención del aislamiento social, trayendo asociados beneficios sociales y económicos (245).

La individualidad de la experiencia de la soledad es un tema importante que también se ha destacado en la literatura (Landeiro et al., 2017), ya que esto puede causar dificultades en la ejecución de intervenciones estandarizadas: se ha sugerido que los programas que se adaptan a las necesidades individuales pueden ser más apropiados y tener más éxito. Las revisiones sistemáticas previas que evaluaron la calidad de los estudios sugieren que la literatura que investiga la efectividad de las intervenciones destinadas a reducir el aislamiento social o la soledad es de mala calidad metodológica y, aunque se han extraído conclusiones, se requiere una mayor investigación (268). La síntesis estadística de los datos de efectividad ha faltado en gran medida, así como la evaluación de la calidad de los estudios incluidos utilizando una herramienta validada (269).



Facoya et Al en 2020 (7) han realizado una revisión del alcance de las revisiones, sobre intervenciones sobre soledad y aislamiento social. Este tipo de revisiones son particularmente útiles cuando la literatura existente es abundante, compleja o heterogénea.

El objetivo de esta revisión de alcance es mapear la gran cantidad de literatura y describir la gama de intervenciones para reducir la soledad y el aislamiento social entre los adultos mayores. Se realizaron búsquedas de literatura relevante en tres bases de datos bibliográficas de salud (Medline, EMBASE y Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) desde su inicio hasta la fecha en que se realizó la búsqueda (15 de junio de 2018). La estrategia de búsqueda se desarrolló para identificar revisiones de intervenciones de soledad / aislamiento social para personas mayores.

Los autores destacan naturaleza heterogénea de las intervenciones dirigidas a aliviar la soledad y / o el aislamiento social entre la población mayor; los entornos en los que se prestan, por ejemplo, un hogar de cuidados o una comunidad; el modo de ejecución de la intervención grupal o individual; y las características de la población. Esto supone un desafío a la hora de establecer recomendaciones con evidencia de efectividad.

La individualidad de la experiencia de la soledad también es un tema importante que también se ha destacado en la literatura, ya que esto puede causar dificultades en la aplicación de intervenciones estandarizadas (270). No existe un enfoque único para todas las intervenciones de soledad (271–273), y se recomienda que la evaluación de las necesidades individuales se lleve a cabo durante las primeras fases de la intervención, con la posterior adaptación de los programas para satisfacer las necesidades de los individuos (274), grupos específicos o el grado y determinantes de la soledad del individuo. Esto incluye factores sociodemográficos, es decir, edad, pobreza, ser cuidador; el entorno social, acceso al transporte y salud física o mental (275).

También es esencial tener en cuenta las necesidades de los grupos menos investigados, como las personas con discapacidades físicas o grupos étnicos minoritarios, los cuidadores, los inmigrantes recientes, las personas con discapacidades auditivas y visuales, las personas que han estado aisladas durante mucho tiempo y los varones (276). Varios autores han informado que la captación de participantes en los estudios primarios estuvo muy sesgada hacia la población femenina. Esto puede deberse a la renuencia de los hombres mayores a participar en servicios y actividades en comparación con las mujeres.

No todas las personas mayores experimentan la soledad de la misma manera o en el mismo grado y, por lo tanto, existe una necesidad imperiosa de adaptar las intervenciones para satisfacer las necesidades individuales.



Se recomienda que la investigación futura diferencie el grupo diverso de adultos mayores y adopte un enfoque dirigido a discernir qué intervenciones funcionan para subconjuntos específicos de esta población; los contextos donde funcionan estas intervenciones; y los mecanismos por los que operan en ese contexto dado. Esta información será muy valiosa en la planificación e implementación de programas para reducir la soledad y el aislamiento social y mejorar el bienestar de las personas mayores (7).

2. Iniciativas en torno al abordaje de la soledad no deseada.

Uno de los principales retos a los que se enfrenta nuestra sociedad actualmente, es dar una respuesta integral, conjunta y coordinada, ante la situación de soledad no deseada del colectivo de personas mayores.

Las situaciones de soledad han existido siempre; también entre las personas mayores, por supuesto. Pero eran situaciones excepcionales. Actualmente son situaciones normalizadas y extendidas.

Sus principales causas no radican en situaciones personales determinadas, sino en el modelo de sociedad, en las formas de vida y de convivencia. Causas que desbordan el ámbito de intervención de los servicios públicos, ya que se insertan en las nuevas formas de producción, en las nuevas estructuras familiares, en las tecnologías, en la organización del territorio y la convivencia y, muy especialmente, en los nuevos valores de la individualidad. Causas que interaccionan entre sí, y de esa interacción surgen realidades muy diferentes. La soledad así contemplada, es un fenómeno complejo que precisa de intervenciones complejas, integradoras.

Se necesita un enfoque estratégico para abordar la soledad a fin de garantizar que las intervenciones tengan éxito.

La preocupación por la soledad no deseada de las personas mayores viene siendo, en los últimos años, un asunto que empieza a ocupar las agendas de las organizaciones internacionales y de las administraciones públicas de los distintos gobiernos nacionales en todo el mundo, dando lugar a distintas actuaciones al respecto. Además, la sociedad civil, a través de organizaciones sin ánimo de lucro, fundaciones, asociaciones, etc, ha empezado a intervenir de forma decidida con actuaciones de todo.

Tanto la Organización de las Naciones Unidas como la Organización Mundial de la Salud han puesto de manifiesto el reto que supone para nuestras sociedades el envejecimiento de la población.



En ese sentido, cabe destacar el Programa de Envejecimiento y Ciclo Vital de la OMS, como contribución a la Segunda Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento, celebrada en abril de 2002 en Madrid, España.

Este marco político pretende aportar información al debate, y a la formulación de planes de acción que promuevan la salud y el envejecimiento activo. Además, pone en relación la soledad en la vejez, con el declive del bienestar físico y mental, el aumento de los riesgos de discapacidad y muerte prematura en las personas mayores. Promueve la puesta en marcha de diferentes iniciativas para aliviar los riesgos que supone la soledad y el aislamiento en las personas mayores, como: apoyar a los cuidadores familiares, los grupos comunitarios gestionados por personas mayores, las sociedades tradicionales, los grupos de ayuda mutua, la esfera de acción de las personas de la misma edad, las visitas vecinales, los programas de ayuda telefónica, el contacto intergeneracional y, proporcionar viviendas en comunidades que fomenten la interacción social diaria y la interdependencia entre los jóvenes y los mayores.

Muchos países están empezando a enfrentar los retos del envejecimiento mediante distintas actuaciones, entre las que cabe destacar, por ser cercanas a nuestro entorno, entre otras, las realizadas en el Reino Unido con la creación, en 2018, de un Ministerio específico para tratar la cuestión de la soledad.

En Francia se han dado pasos importantes en este sentido, con la publicación, en 2015, de la Ley de adaptación de la sociedad francesa al envejecimiento.

En nuestro país, tanto a nivel nacional, de comunidad autónoma y local, vienen realizándose también distintas actuaciones al respecto.

A nivel nacional, el Imserso, como organismo de referencia Estatal en materia de Servicios Sociales, que se ocupa de manera prioritaria de las personas mayores, es una institución clave para liderar las actuaciones compartidas de la lucha contra la soledad dentro del conjunto de las administraciones públicas y la sociedad civil.

Esta Institución ha venido trabajando en dicha materia, poniendo en marcha iniciativas, planes y orientaciones que la posicionan como líder y referente en el sector de los servicios sociales y las personas mayores en el ámbito nacional e internacional.

Así por ejemplo en el año 2004 el Premio Imserso recayó sobre el estudio “Personas mayores viviendo solas, la autonomía como valor en alza” de Juan López Doblás. También el Imserso, el año 2010, desarrolló un proyecto destinado a conocer las posibilidades que podía ofrecer el acompañamiento a personas mayores que se sienten solas, a través de redes de voluntariado apoyadas con nuevas tecnologías para contribuir a romper su aislamiento.



Entre los estudios y documentos realizados por dicho Organismo, cabe destacar El Libro Blanco sobre el Envejecimiento Activo, publicado en 2011, cuyo capítulo dedicado a las Formas de vida y Convivencia de las Personas Mayores, que trata el tema de la soledad, contiene conclusiones y recomendaciones para dar ese salto adelante considerable en la calidad de vida y participación social de las personas mayores solas.

Por otra parte, a través de distintas publicaciones del citado Instituto, se vienen poniendo de manifiesto, tanto los retos del envejecimiento así como las distintas experiencias de lucha contra la soledad no deseada de las personas mayores llevadas a cabo en nuestro país (93).

Actualmente en proyecto y liderada por dicha entidad, el Imsero elaborará y presentará una propuesta de Estrategia Estatal de Lucha contra la Soledad no deseada de las Personas Mayores, que deberá ser aprobada por el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia y el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Las comunidades autónomas y los ayuntamientos, tienen desplegadas también, no sólo estrategias en materia de envejecimiento sino también distintas actuaciones concretas de lucha contra la soledad no deseada de las personas mayores.

Por último, la sociedad civil, a través de empresas, organizaciones, fundaciones, ONGs, etc...en colaboración con las administraciones públicas o de forma autónoma, están llevando a cabo múltiples iniciativas en la materia.

Se ha visto que es muy importante trabajar a nivel local, en el entorno de proximidad, donde se dan las relaciones vecinales.

Ninguna de las propuestas o experiencias puestas ya en marcha es la solución, pero todas ellas son parte de la misma. Siempre y cuando puedan encontrar la oportunidad de complementarse de manera integral con otras actuaciones, intervenciones o recursos.

Hace falta una intervención integrada. Por sí solas, cada una de las actuaciones, por espectaculares que sean, no aportan soluciones integrales en las situaciones de soledad no deseada de las personas mayores. Cuando se integran en torno a los deseos de la propia persona, como apoyos para facilitar su proyecto de vida de manera integral, es cuando pueden alcanzar su eficacia.



3. Conclusiones.

Uno de los principales retos a los que se enfrenta nuestra sociedad actualmente, es dar una respuesta integral, conjunta y coordinada, ante la situación de soledad no deseada del colectivo de personas mayores.

Las situaciones de soledad han existido siempre; también entre las personas mayores, por supuesto. Pero eran situaciones excepcionales. Actualmente son situaciones normalizadas y extendidas. Sus principales causas no radican en situaciones personales determinadas, sino en el modelo de sociedad, en las formas de vida y de convivencia. Causas que interactúan entre sí, y de esa interacción surgen realidades muy diferentes. La soledad así contemplada es un fenómeno complejo que precisa de intervenciones complejas, integradoras.

Muchos países están empezando a enfrentar los retos del envejecimiento mediante distintas actuaciones. En nuestro país, tanto a nivel nacional, de comunidad autónoma y local, vienen realizándose también distintas actuaciones al respecto. Actualmente en proyecto y liderada por el Imsero se elaborará y presentará una propuesta de Estrategia Estatal de Lucha contra la Soledad no deseada de las Personas Mayores.

La investigación acerca de intervenciones sobre aislamiento social y soledad de personas mayores con datos de evaluación sobre su efectividad son escasas, con muestras pequeñas y diseños de estudio poco óptimos, sin grupos de control, difícilmente comparables y en general poca calidad por las muchas limitaciones y dificultad del tema en estudio.

Como destacan diversos autores, tenemos más programas de intervención que evidencias de sus bondades, debido a falta de rigor metodológico, el uso de muy diversos diseños metodológicos, deficiencias evaluativas (utilizando distintos instrumentos de medida) y aproximaciones muy variadas, que hacen muy complicada la comparación entre los diferentes estudios.

En lo relativo al formato de la intervención y su eficacia, existe un buen número de revisiones sistemáticas. Cuatro estrategias de intervención son las que cuentan con más refrendo científico: las que aumentan las habilidades sociales, las dirigidas a fortalecer el apoyo social, las que aumentan las oportunidades de interacción social, y las dirigidas al entrenamiento sociocognitivo.

En general, se acepta que las intervenciones grupales educativas y sociales dirigidas a grupos específicos pueden aliviar el aislamiento social y la soledad en las personas mayores, mientras que la efectividad de las intervenciones centradas en las visitas a domicilio, fomento de la amistad, compañía, etc no ha sido demostrada (lo cual no significa que carezcan de importancia).



En algunos estudios transversales se ha visto, que los sentimientos de soledad y aislamiento a menudo están asociados con sesgos cognitivos que promueven el pensamiento negativo y el aislamiento social. Se han utilizado intervenciones dirigidas a mejorar la capacidad de los individuos para hacer frente a este tipo de cogniciones y ayudar a volver a interactuar con sus redes sociales de una forma más saludable. Dichos enfoques han tenido la evaluación más sólida de los diferentes tipos de intervenciones, y reducen con éxito el aislamiento social.

Las intervenciones existentes en el contexto de la prestación de servicios, institucional o realizadas por voluntarios, como facilitar el transporte, brindar capacitación informática etc, pueden ofrecer ventajas para garantizar que el apoyo pueda mantenerse a medio y largo plazo.

Los avances y el uso creciente de tecnología entre las personas mayores, destacan el potencial de este medio para combatir el aislamiento social en la vejez. Aparecen como una alternativa prometedora, aunque diversos autores han dado la voz de alarma sobre la necesidad de hacer “buenas” intervenciones y no solo intervenciones “tecnológicamente innovadoras”. La evidencia empírica sobre su efectividad es, por el momento, todavía débil.

Existe evidencia limitada de la eficacia de las intervenciones para reducir el aislamiento social basadas en el desarrollo comunitario y las relaciones de vecinos. Sin embargo, la literatura sugiere que hay considerable potencial en el desarrollo de tales enfoques. Muchas personas mayores tienen dificultades para caminar por su barrio y conectarse con los demás. Mayor disponibilidad de áreas para sentarse, pasos de peatones más seguros, y asientos prioritarios en el transporte público, hacen que los recursos comunitarios sean más accesibles para las personas mayores y puede ser importante para prevenir el aislamiento social.

Es importante adoptar un enfoque más holístico en la comprensión del aislamiento social, considerando, el efecto potencial de factores históricos, culturales, contextos políticos y económicos.

La individualidad de la experiencia de la soledad es un tema importante que también se ha destacado en la literatura, ya que esto puede causar dificultades en la ejecución de intervenciones estandarizadas: se ha sugerido que los programas que se adaptan a las necesidades individuales pueden ser más apropiados y tener más éxito. Es importante adoptar un enfoque multidimensional en la manera de entender las intervenciones en soledad, que incluya el necesario empoderamiento de las personas, para que aprendan a gestionar y vivir su propia soledad. Esto supone un desafío a la hora de establecer recomendaciones con evidencia de efectividad. No existe un enfoque único para las intervenciones en soledad y se recomienda que la evaluación de las necesidades individuales se lleve a cabo durante las primeras fases de la intervención, con la posterior adaptación de los



programas para satisfacer las necesidades de los individuos, grupos específicos o el grado y determinantes de la soledad del individuo.

Se recomienda que la investigación futura diferencie el grupo diverso de adultos mayores y adopte un enfoque dirigido a discernir qué intervenciones funcionan para subconjuntos específicos de esta población; los contextos donde funcionan estas intervenciones; y los mecanismos por los que operan en ese contexto dado. Esta información será muy valiosa en la planificación e implementación de programas para reducir la soledad y el aislamiento social y mejorar el bienestar de las personas mayores.

Se ha visto que es muy importante trabajar a nivel local, en el entorno de proximidad, donde se dan las relaciones vecinales.

Ninguna de las propuestas o experiencias puestas ya en marcha es la solución, pero todas ellas son parte de la misma. Siempre y cuando puedan encontrar la oportunidad de complementarse de manera integral con otras actuaciones, intervenciones o recursos.

Hace falta una intervención integrada. Por sí solas, cada una de las actuaciones, por espectaculares que sean, no aportan soluciones integrales en las situaciones de soledad no deseada de las personas mayores. Cuando se integran en torno a los deseos de la propia persona, como apoyos para facilitar su proyecto de vida de manera integral, es cuando pueden alcanzar su eficacia.



IX. RECOMENDACIONES

A medida que la población envejece, el aislamiento social y la soledad de las personas mayores, se perfila como uno de los principales problemas que enfrenta la sociedad actual.

No debemos olvidar, que si hoy somos lo que somos y disponemos de mejores perspectivas de futuro, es gracias a los esfuerzos y sacrificios que durante muchos años han realizado nuestros mayores.

Vivir en soledad, con edades avanzadas, sin redes familiares o sociales, con deterioro del organismo, enfermedades y probablemente bajos ingresos, tiene consecuencias negativas para la salud, y sobre todo para el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores.

Sus principales causas no radican en situaciones personales determinadas, sino en el modelo de sociedad actual, nuevas estructuras familiares, nuevas formas de vida y de convivencia, y muy especialmente, en los nuevos valores de individualidad y falta de solidaridad intergeneracional, causas que desbordan el ámbito de intervención de los servicios públicos. Por ello es responsabilidad de todos, sumar esfuerzos para abordar este problema, y poder avanzar hacia un modelo social más justo y conveniente al bienestar de las personas mayores.

Es necesario adoptar un enfoque más holístico en la comprensión del aislamiento social que contemple, además de factores personales, el efecto potencial de factores históricos, culturales, y económicos.

Abordar con éxito este problema, implica también la necesidad de un cambio cultural de 'curación' a 'prevención', y la importancia de reconocer una mayor diversidad dentro de la población que envejece. Es importante tener en cuenta que cada generación, y cada persona, tiene su modo particular de pensar, actuar y sentir.

Es importante tener en cuenta, que en situaciones complejas como la soledad, las soluciones tienen que ser necesariamente complejas. No se pueden estandarizar las intervenciones. Hace falta una intervención integrada.

Las diferentes propuestas han de poder complementarse de manera integral con otras actuaciones y recursos, en torno a los deseos y necesidades de la propia persona. Desarrollando un sistema de actuación basado en la atención personalizada, coordinación, prevención (detección), intervención, seguimiento y



evaluación de actuaciones, con participación en la elaboración, de los diferentes agentes implicados en el mismo, con el objetivo de prevenir y atender la soledad de las personas mayores, y garantizar su bienestar emocional y reducir su soledad.

El buen trato a las personas mayores es condición imprescindible en cualquier actuación, especialmente a aquellas personas más vulnerables como son aquellas que se encuentran en situación de soledad, y constituye una obligación el implicar a toda la sociedad en prestarles un trato digno.

1. Recomendaciones orientadas a la prevención.

1. El envejecimiento con éxito, viene marcado por una confluencia armoniosa de distintos elementos, teniendo gran relevancia aquellos que tejen las relaciones de la persona con su entorno. Las relaciones intergeneracionales, la participación social a través de redes sociales, formales e informales, influyen en el bienestar de la persona tanto física como psicológicamente.

2. Es muy importante la sensibilización, concienciación e implicación de toda la sociedad frente a la soledad no deseada de las personas mayores. Es importante visibilizar esta realidad, a fin de concienciar a la sociedad, promoviendo su implicación, para poder intervenir de forma adecuada e integrada, dando a conocer pautas y mecanismos de actuación, ante la detección de situaciones de soledad. Es necesario que los ciudadanos sepan que hacer ante el conocimiento de una persona mayor que pueda estar en soledad no deseada.

3. Es necesario promover la difusión y sensibilización social sobre el valor del cuidado. Cuidar al que lo necesita es una obligación y responsabilidad compartida y no debe implicar la inhibición total de la familia y la sociedad al respecto, por lo que las medidas asistenciales deben ir acompañadas de campañas de sensibilización y educación de los ciudadanos. Por ejemplo, campañas de sensibilización en los medios de comunicación.

4. Es necesario el fomento de las relaciones interpersonales. Aunque no existe una solución única para todos, para prevenir el aislamiento social, es importante promover la creación y mantenimiento de relaciones sociales de alta calidad a lo largo de toda la vida. Además, también es importante promover el desarrollo social y emocional desde una edad temprana.

Para prevenir situaciones de soledad no deseada puede resultar útil promover y desarrollar programas de apoyo mutuo, de convivencia o de ocio entre familias, entre vecinos o dirigidos a grupos con un interés común. Este interés puede ser formativo, lúdico e incluso orientado a prevenir soledad en momentos críticos y de riesgo para experimentarla, por ejemplo, situaciones de duelo, jubilación, o pérdida



de salud. Se deben facilitar al máximo, las iniciativas que favorezcan el aumento de las oportunidades para mantener el contacto social de las personas mayores durante el mayor tiempo posible.

5. Es prioritario que las personas mayores participen en la vida social y cultural. Es importante conseguir que el capital humano, social e intelectual acumulado por los mayores, sus conocimientos y su experiencia no se pierdan, ni se dejen de lado. Puede contemplarse el encargo puntual, a personas que quieran seguir ejerciendo sus trabajos, y permitir que tengan algún tipo de contraprestación económica no regular, con las correcciones legales y económicas que deban realizarse. Puede resultar interesante promover programas que aprovechen las habilidades y experiencia de las personas mayores; y así mismo, asegurar que la formación esté disponible para personas de todos los grupos de edad.

Las necesidades y capacidades de las personas mayores deben ser consideradas en la planificación y ejecución de todas las iniciativas locales y autonómicas dirigidas a ellas y deben ser consultadas en todo aquello que les afecte. Tienen derecho a permanecer integradas en la sociedad, participar activamente en la formulación y la aplicación de las políticas que afecten directamente a su bienestar y poder compartir sus conocimientos y habilidades con las generaciones más jóvenes.

6. Son prioritarias las medidas para ayudar a las personas mayores a envejecer en su propio domicilio. No en vano, un 87,3% de las personas mayores españolas, quieren seguir viviendo en casa, aunque vivan solas (277)(Imsero. EPM, 2010), incluso, a pesar de las dificultades en la accesibilidad de sus viviendas. El apego que se tiene al lugar donde se ha residido siempre es enorme, y no disminuye, sino que incluso tiende a reforzarse cuando de la etapa matrimonial, se pasa a la de viudedad. No se refiere únicamente a la vivienda, sino también al entorno vecinal.

Por tanto, es muy necesario y conveniente asegurar ingresos económicos suficientes, que garanticen la independencia de las personas mayores.

Medidas muy útiles incluyen adaptar alojamientos y proporcionar servicios que permitan a las personas mayores que viven solas y con necesidades de apoyo, vivir con el mayor grado de autonomía. También las iniciativas de comedores sociales en clubs de convivencia.

Las nuevas tecnologías (en particular las que fomentan la comunicación y la integración, las que ofrecen oportunidades de aprender y las que permiten vigilar y garantizar la seguridad de una persona mayor), pueden hacer que este objetivo sea más fácil de alcanzar en el futuro. Son de gran ayuda, en este sentido, los programas de teleasistencia.



Poner en valor nuevas alternativas residenciales más acordes con las preferencias y gustos de cada cual. Por ejemplo, resulta interesante la disponibilidad de espacios adaptados y habitables autogestionados tipo cohousing... donde se valoren/ respeten la autonomía y las opciones preferenciales de cada persona mayor.

Será necesario adaptar alojamientos y proporcionar servicios que permitan a las personas mayores que viven solas y con necesidades de apoyo, vivir con el mayor grado de autonomía. las iniciativas de comedores sociales en clubs de convivencia

7. Muy importante en la lucha contra la soledad, es la autogestión de la soledad por la persona mayor (gestión personal positiva de la propia soledad). Utilizar habilidades y recursos psicológicos, emocionales, culturales, filosóficos, humanistas, religiosos, propios. Entenderse a si mismo, estar a gusto consigo mismo. Es interesante, en este sentido también, promover y desarrollar programas y actividades que destaquen el valor de la autonomía, que motive a las personas que viven solas en contra de su deseo

8. Promover y proteger la solidaridad intergeneracional. Que las personas mayores vivan solas no debería implicar que pierdan vínculos sociales y familiares, ya que ellos siguen necesitando saber que cuentan con las personas, que están ahí para ellos. Esta necesidad se ve satisfecha, normalmente, mediante la solidaridad familiar e intergeneracional, que habría que proteger, facilitar y promocionar, ya que es vital para su seguridad y bienestar. Favorecer entornos de trabajo “amigables para la familia”, reconociendo a aquellos con responsabilidades de cuidado y permitiendo horarios de trabajo flexibles.

9. Se necesita una planificación urbana adecuada a las necesidades de las personas mayores, que sea capaz de cubrir además, las necesidades de transporte de este grupo de población. A la hora de diseñar entornos o espacios, debe hacerse teniendo en cuenta las necesidades y preferencias de las personas mayores, y entre ellas el no favorecer entornos que propicien o agraven las situaciones de soledad.

10. Hay que fomentar las oportunidades de formación en el conocimiento de las TIC, para reducir la brecha digital y facilitar su incorporación a la sociedad digital y favorecer su participación y conexión a las redes sociales.

Apoyar la creación de redes para combatir la soledad de personas mayores y animar a su uso. Además, hay que favorecer el diseño de dispositivos de uso sencillo y manejable por personas mayores que tengan en cuenta sus limitaciones y características. Se consideran un factor de socialización, ya que progresivamente abren nuevas formas de comunicación entre las personas, tanto de forma individual como colectiva y posibilitan también el acceso a los recursos públicos y privados. Permiten la búsqueda de amigos y familiares con los que mantener o retomar un



contacto diario y la integración generacional con el resto de usuarios/as que ya acceden de forma habitual a Internet.

11. Motivación a la preparación para los momentos que implican mayor riesgo de sentir soledad, como la jubilación, o la pérdida de la pareja. Intentar ejercer una jubilación activa, aprovechando el tiempo útil del mayor.

Potenciar recursos personales que ayuden a aceptar las situaciones de pérdida afectiva y buscar alternativas al aislamiento (relaciones vecinales, participación en actividades sociales, viajes. Siempre, según las preferencias de la persona mayor en concreto.

12. Promover la mayor autonomía posible de las personas mayores institucionalizadas, favoreciendo la participación social y la continuidad de sus relaciones habituales, especialmente con sus familiares.

13. También hay que favorecer la participación de las personas mayores con discapacidad, mediante programas adecuados de ayuda según sus necesidades.

14. Valorar al máximo el modelo de familia nuclear bien estructurada, cohesionada, con un alto nivel de calidad afectiva y empática. Esto es muy importante-un punto crucial-, para paliar la soledad no deseada de las personas mayores y por tanto es muy importante fomentarlo y protegerlo.

2. Recomendaciones orientadas a la intervención sobre soledad no deseada de las personas mayores.

1. Formación de los profesionales. Es muy necesario adoptar medidas para combatir la soledad no deseada de las personas mayores, de manera especial de las mujeres mayores, por ser quienes más la sufren, pero teniendo en cuenta también la soledad de los hombres mayores ya que estos tienen más dificultad para hablar de ella.

En este sentido, la formación de los profesionales que más directamente están en contacto con personas mayores (servicios sociales y sanitarios) es fundamental para saber cómo actuar en la prevención e intervención de la soledad no deseada.

2. Conviene que las acciones sean de carácter comunitario, a nivel local y de cercanía y, a ser posible, con participación de las propias personas mayores, teniendo en cuenta su propia percepción de las necesidades concretas.

3. Fomentar la conciencia de las personas cercanas acerca de este problema, trabajando con los agentes clave que, por su cercanía a la persona, pueden prevenir, detectar y actuar (vecinos, oficinas de farmacia, etc).



Se debe promover en el ámbito más cercano a las personas, la existencia de al menos una red de apoyo informal que ayude a identificar y combatir situaciones de soledad no deseada y aislamiento social.

4. Analizar el riesgo de soledad en personas mayores, sobre todo de aquellas con más probabilidad de presentarla (mujeres muy mayores que viven solas, inmigrantes, personas con problemas de salud mental o discapacidad, momentos de duelo, cambios geográficos, jubilación, barrios con dificultades socioeconómicas etc). Muchas personas mayores que viven solas necesitan cuidados, que en ocasiones no les prestan los hijos, y a veces se encuentran abandonados en su entorno vital. Una de cada cuatro personas mayores necesita algún tipo de ayuda y desde luego, se ha de prestar, bien por las entidades privadas, bien por las administraciones públicas.

5. Se debe facilitar la vinculación de las personas que se sienten solas con la red social más cercana, promoviendo su participación en los recursos existentes, tanto públicos como privados. Es fundamental también la visibilización de todos los recursos existente que puedan suponer oportunidades de apoyo y relación para las personas que se sientan solas.

6. Deben apoyarse y fomentarse las organizaciones que realizan voluntariado de acompañamiento a personas mayores, así como el voluntariado desarrollado por personas mayores.

7. Es importante ayudar a las personas para que aprendan a gestionar y vivir su propia soledad. Si es necesario con ayuda profesional, para modificar cogniciones poco adaptativas, cuando se valore como necesario. En muchos estudios, este tipo de intervenciones se han configurado como muy eficaces.

3. Recomendaciones para futuras investigaciones.

Los proyectos para disminuir el impacto de la soledad en las personas mayores deben ser objeto de una evaluación en las distintas fases de su ejecución, que ayude a valorar su efectividad y pertinencia y deben estar basadas en evidencias resultantes de investigaciones científicas validadas, para tomar las decisiones más acertadas.

Algunas orientaciones para futuras investigaciones:

1. Un desafío clave para la investigación futura es maximizar la comparabilidad de los instrumentos diseñados para medir soledad y aislamiento social.



2. Es interesante promover estudios longitudinales, prospectivos que son de importancia crítica para avanzar en la ciencia de la soledad. Quedan dudas sobre si las asociaciones entre la soledad y la salud reflejan los efectos de la soledad, los efectos del aislamiento social objetivo o los efectos de variables no medidas. También es importante seguir investigando con perspectiva de género y de trayectoria vital sobre los caminos que conducen a la soledad no deseada en la vejez.

3. También es necesario impulsar la realización de estudios cualitativos, que recojan en profundidad la vivencia subjetiva de la soledad de las personas mayores, y su discurso en torno a sus causas y soluciones. Es muy importante conocer la opinión de las personas mayores y sus familias sobre los factores que modifican la permanencia en el domicilio.

4. Promocionar estudios, dada su escasez, que distingan a los adultos mayores que experimenten una soledad transitoria frente a una prolongada, y las consecuencias derivadas de ambas.

5. Promover estudios que definan la situación, localización y perfiles de las personas mayores que viven solas.

6. Se recomienda que la investigación futura diferencie el grupo diverso de adultos mayores, y adopte un enfoque dirigido a discernir qué intervenciones funcionan para subconjuntos específicos de esta población; los contextos donde funcionan estas intervenciones, y los mecanismos por los que operan en ese contexto dado. Esta información será muy valiosa en la planificación e implementación de programas para reducir la soledad y el aislamiento social y mejorar el bienestar de las personas mayores.

7. Se deberían realizar investigaciones sobre las modalidades de apoyo formal a las redes naturales de apoyo de la familia.

Nos encontramos ante un gran desafío: la necesidad de un progresivo desarrollo socioeconómico del país hasta situarnos en un nivel de riqueza, instrucción y calidad de vida similar al de las naciones más avanzadas de la Unión Europea, sin perder lo que de saludable hay en nuestra cultura mediterránea en lo que a las relaciones sociales se refiere.



X. BIBLIOGRAFIA

1. Cacioppo S, Grippo AJ, London S, Goossens L, Cacioppo JT. Loneliness: Clinical Import and Interventions. *Perspect Psychol Sci*. 1 de marzo de 2015;10(2):238-49.
2. Elovainio M, Hakulinen C, Pulkki-Råback L, Virtanen M, Josefsson K, Jokela M, et al. Contribution of risk factors to excess mortality in isolated and lonely individuals: an analysis of data from the UK Biobank cohort study. *Lancet Public Health*. 1 de junio de 2017;2(6):e260-6.
3. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLOS Med*. 27 de julio de 2010;7(7):e1000316.
4. Luo Y, Hawkey LC, Waite LJ, Cacioppo JT. Loneliness, health, and mortality in old age: a national longitudinal study. *Soc Sci Med* 1982. marzo de 2012;74(6):907-14.
5. Yang K, Victor C. Age and loneliness in 25 European nations. *Ageing Soc*. 2011;
6. Gené-Badia J, Ruiz-Sánchez M, Obiols-Masó N, Oliveras Puig L, Lagarda Jiménez E. Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria? *Aten Primaria*. noviembre de 2016;48(9):604-9.
7. Fakoya OA, McCorry NK, Donnelly M. Loneliness and social isolation interventions for older adults: a scoping review of reviews. *BMC Public Health*. 14 de febrero de 2020;20(1):129.
8. Landeiro F, Barrows P, Nuttall Musson E, Gray AM, Leal J. Reducing social isolation and loneliness in older people: a systematic review protocol. *BMJ Open*. 17 de mayo de 2017;7(5):e013778.
9. Hand C, McColl MA, Birtwhistle R, Kotecha JA, Batchelor D, Barber KH. Social isolation in older adults who are frequent users of primary care services. *Can Fam Physician Med Fam Can*. junio de 2014;60(6):e322, e324-329.
10. OMS | Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 19 de enero de 2021]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>
11. ESTRATEGIA DE PROMOCION DE LA SALUD. 2013;199.
12. Conocer, concienciar, gestionar y prevenir la soledad de las personas mayores, claves para disminuir sus consecuencias negativas – EnR? | [Internet]. [citado 19 de enero de 2021]. Disponible en: <http://envejecimientoenred.es/conocer-concienciar-gestionar-prevenir-la-soledad-las-personas-mayores-claves-disminuir-consecuencias-negativas/>
13. Estrada JDR, Vega N de la R. Intervención social y demandas emergentes [Internet]. 2003 [citado 19 de enero de 2021]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=388793>



14. Iglesias de Ussel J, López Doblas J, editores. La soledad en las personas mayores: influencias personales, familiares y sociales: análisis cualitativo. 1. ed. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2001. 218 p. (Colección Observatorio personas mayores).
15. Cuddy AJC, Norton MI, Fiske ST. This Old Stereotype: The Pervasiveness and Persistence of the Elderly Stereotype. *J Soc Issues*. 2005;61(2):267-85.
16. Nelson DW, Baumgarte R. Cross-Cultural Misunderstandings Reduce Empathic Responding1. *J Appl Soc Psychol*. 2004;34(2):391-401.
17. Kane R, Palmore E. Ageism: Negative and Positive. *J Public Health Policy*. 1 de enero de 2000;21:247.
18. fernandez-borrador-envejecimiento-01.pdf [Internet]. [citado 19 de enero de 2021]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/fernandez-borrador-envejecimiento-01.pdf>
19. 8088_8089libroblancoenv.pdf [Internet]. [citado 19 de enero de 2021]. Disponible en: https://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/8088_8089libroblancoenv.pdf
20. 789f9394-111c-55d2-0cd5-6b7379fef97c.pdf [Internet]. [citado 19 de enero de 2021]. Disponible en: https://www.aragon.es/documents/20127/2490005/Estrategia_atencion_personas_mayores_2.pdf/789f9394-111c-55d2-0cd5-6b7379fef97c?t=1562834588080
21. León J de C y. El maltrato a las personas mayores: bases teóricas para su estudio [Internet]. Junta de Castilla y León; [citado 19 de enero de 2021]. Disponible en: <https://familia.jcyl.es/web/jcyl/Familia/es/Plantilla100Detalle/1246988963464/21/1237540725050/Redaccion>
22. Carmona MB, Lagares MP, Sarasola JL. Propuestas saludables para el envejecimiento activo. *Hekademos Rev Educ Digit*. 2012;(11):29-36.
23. Steves CJ, Spector TD, Jackson SHD. Ageing, genes, environment and epigenetics: what twin studies tell us now, and in the future. *Age Ageing*. septiembre de 2012;41(5):581-6.
24. de la Salud OM, Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental GO de, Promoción de la Salud Envejecimiento y Ciclo Vital D de P de las ENT y. Envejecimiento activo: un marco político*. *Rev Esp Geriatria Gerontol*. 1 de agosto de 2002;37:74-105.
25. Madrid_plan.pdf [Internet]. [citado 21 de enero de 2021]. Disponible en: https://www.un.org/en/events/pastevents/pdfs/Madrid_plan.pdf
26. WHO | Active ageing: a policy framework [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 20 de enero de 2021]. Disponible en: http://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/
27. 8088_8089libroblancoenv.pdf [Internet]. [citado 21 de enero de 2021]. Disponible en: https://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/8088_8089libroblancoenv.pdf



28. TD Lorente Martínez, Raquel.pdf [Internet]. [citado 21 de enero de 2021]. Disponible en: <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/4461/1/TD%20Lorente%20Mart%C3%ADnez%2c%20Raquel.pdf>
29. La Década del Envejecimiento Saludable y los Objetivos de Desarrollo Sostenible | Noticias | Helpage España [Internet]. [citado 21 de enero de 2021]. Disponible en: <http://www.helpage.es/noticias/dcada-del-envejecimiento-saludable-y-ods/>
30. Jin B, Baumgartner L. Ageism in the Workplace: A Review of the Literature. :7.
31. Dobson AJ, Hockey R, Brown WJ, Byles JE, Loxton DJ, McLaughlin D, et al. Cohort Profile Update: Australian Longitudinal Study on Women's Health. *Int J Epidemiol.* octubre de 2015;44(5):1547,1547a-1547f.
32. Fonds des Nations Unies pour la population. Ageing in the twenty-first century: a celebration and a challenge. New York: United Nations Population Fund (UNFPA); 2012.
33. European Commission. Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion. La aportación de la UE al envejecimiento activo y a la solidaridad entre las generaciones. [Internet]. LU: Publications Office; 2012 [citado 21 de enero de 2021]. Disponible en: <https://data.europa.eu/doi/10.2767/67663>
34. WPA2017_Report.pdf [Internet]. [citado 21 de enero de 2021]. Disponible en: https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017_Report.pdf
35. WHO_NMH_NPH_02.8.pdf [Internet]. [citado 20 de enero de 2021]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf?sequence=1
36. Background - Population (Demography, Migration and Projections) - Eurostat [Internet]. [citado 21 de enero de 2021]. Disponible en: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/population-demography-migration-projections/background>
37. Díaz JP, García AA, Nieto PA, Fariñas DR. Indicadores estadísticos básicos. 2020;39.
38. Ramos Cordero P, Pinto Fontanillo JA. Las personas mayores y su salud: situación actual. *Av En Odontostomatol.* junio de 2015;31(3):107-16.
39. Informe de Salud [Internet]. [citado 29 de enero de 2021]. Disponible en: <http://www.informesdesalud.sanidadmadrid.org>
40. Un perfil de las personas mayores en España, 2020. Indicadores estadísticos básicos – EnR? [Internet]. [citado 29 de enero de 2021]. Disponible en: <http://envejecimientoenred.es/un-perfil-de-las-personas-mayores-en-espana-2020-indicadores-estadisticos-basicos/>
41. Ballesteros García C. Los microcréditos: alternativa financiera para combatir la exclusión social y financiera en España: descripción de las principales iniciativas. Madrid: Fundación Nantik Lum Universidad Pontificia Comillas; 2004.
42. López Doblas J. Personas mayores viviendo solas: la autonomía como valor en alza. Madrid: IMSERSO; 2005.



43. 282221718007.pdf [Internet]. [citado 29 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2822/282221718007.pdf>
44. Saavedra C. Envejecimiento y demencias. *Indice Rev Estad Soc.* 2011;(49):24-5.
45. Antonucci TC, Ajrouch KJ, Birditt KS. The Convoy Model: Explaining Social Relations From a Multidisciplinary Perspective. *The Gerontologist.* febrero de 2014;54(1):82-92.
46. Rook K. Karl Pillemer, Phyllis Moen, Elaine Wethington, and Nina Glasgow (Eds.). *Social Integration in the Second Half of Life.* Baltimore, MD: Johns Hopkins, 2000. *Can J Aging Rev Can Vieil.* ed de 2002;21(4):595-7.
47. 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.
48. Giráldez S, Fernández Hermida J. Redes de soporte social y salud. *Psicothema* ISSN 0214-9915 Vol 2 N° 2 1990 Pags 113-135. 31 de diciembre de 1990;2.
49. INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL, 1995, VOL 4, N° 11. [Internet]. [citado 30 de enero de 2021]. Disponible en: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/1995/vol2/arti5.htm>
50. Bazo MT, Domínguez-Alcón C. Los cuidados familiares de salud en las personas ancianas y las políticas sociales. *Reis.* 1996;(73):43.
51. Fuentes CLC. La influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento en una muestra de ancianos. *Int J Psychol.* 2014;13.
52. B. C, M. M. Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. *Rev Investig En Psicol.* 5 de marzo de 2014;16:233.
53. Himes C, Reidy E. The Role of Friends in Caregiving. *Res Aging - RES AGING.* 1 de julio de 2000;22:315-36.
54. Guzmán JM, Huenchuan S. Políticas hacia las familias con adultos mayores: el desafío del derecho al cuidado en la edad avanzada. :24.
55. Hermida P, Tartaglini F, Stefani D. SOCIAL SUPPORT NETWORKS OF AGING AND ITS RELATIONSHIP WITH ATTITUDE TOWARDS RETIREMENT. *Rev Argent Clin Psicol.* 1 de noviembre de 2014;23:209-18.
56. Fuentes CLC. La influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento en una muestra de ancianos. *Int J Psychol.* 2014;13.
57. Puime ÁO, Pastor MVZ, Béland F, Laso ÁR. Relaciones sociales y envejecimiento saludable. :111.
58. Cassel J. Procesos psicosociales y «estrés»: formulación teórica. *Int J Health Serv.* 1 de julio de 1974;4(3):471-82.
59. Karlamangla AS, Singer BH, McEwen BS, Rowe JW, Seeman TE. Allostatic load as a predictor of functional decline. *MacArthur studies of successful aging. J Clin Epidemiol.* julio de 2002;55(7):696-710.



60. Marmot M. The Influence Of Income On Health: Views Of An Epidemiologist. *Health Aff Proj Hope*. 1 de marzo de 2002;21:31-46.
61. Zunzunegui M-V, Alvarado BE, Del Ser T, Otero A. Social Networks, Social Integration, and Social Engagement Determine Cognitive Decline in Community-Dwelling Spanish Older Adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. marzo de 2003;58(2):S93-100.
62. Ben-Shlomo Y, Kuh D. A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *Int J Epidemiol*. 1 de abril de 2002;31(2):285-93.
63. Holtzman RE, Rebok GW, Saczynski JS, Kouzis AC, Wilcox Doyle K, Eaton WW. Social network characteristics and cognition in middle-aged and older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. noviembre de 2004;59(6):P278-284.
64. Penninx BW, Leveille S, Ferrucci L, van Eijk JT, Guralnik JM. Exploring the effect of depression on physical disability: longitudinal evidence from the established populations for epidemiologic studies of the elderly. *Am J Public Health*. septiembre de 1999;89(9):1346-52.
65. Berkman LF, Blumenthal J, Burg M, Carney RM, Catellier D, Cowan MJ, et al. Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction: the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICH) Randomized Trial. *JAMA*. 18 de junio de 2003;289(23):3106-16.
66. Bebbington PE, Dunn G, Jenkins R, Lewis G, Brugha T, Farrell M, et al. The influence of age and sex on the prevalence of depressive conditions: report from the National Survey of Psychiatric Morbidity. *Psychol Med*. enero de 1998;28(1):9-19.
67. Puime ÁO, Pastor MVZ, Béland F, Laso ÁR. Relaciones sociales y envejecimiento saludable. :111.
68. Zunzunegui MV, Béland F, Llácer A, León V. Gender differences in depressive symptoms among Spanish elderly. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. mayo de 1998;33(5):195-205.
69. Minicuci N, Maggi S, Pavan M, Enzi G, Crepaldi G. Prevalence Rate and Correlates of Depressive Symptoms in Older Individuals: The Veneto Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1 de abril de 2002;57:M155-61.
70. Zunzunegui MV, Koné A, Johri M, Béland F, Wolfson C, Bergman H. Social networks and self-rated health in two French-speaking Canadian community dwelling populations over 65. *Soc Sci Med*. 1 de mayo de 2004;58(10):2069-81.
71. Zunzunegui MV, Rodriguez-Laso A, Otero A, Pluijm SMF, Nikula S, Blumstein T, et al. Disability and social ties: comparative findings of the CLESA study. *Eur J Ageing*. marzo de 2005;2(1):40-7.
72. Nguyen CT, Couture M-C, Alvarado BE, Zunzunegui M-V. Life course socioeconomic disadvantage and cognitive function among the elderly population of seven capitals in Latin America and the Caribbean. *J Aging Health*. abril de 2008;20(3):347-62.
73. Psicoterapia Geriatrica. Miguel Krassoievitch. Elkar.eus [Internet]. [citado 1 de febrero de 2021]. Disponible en: https://www.elkar.eus/es/liburu_fitxa/psicoterapia-geriatrica/krassoievitch-miguel/9789681638832



74. Seeman TE. Social ties and health: The benefits of social integration. *Ann Epidemiol.* 1 de septiembre de 1996;6(5):442-51.
75. Weiss RS. Loneliness: The experience of emotional and social isolation. Cambridge, MA, US: The MIT Press; 1973. xxii, 236 p. (Loneliness: The experience of emotional and social isolation).
76. 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.* 1 de mayo de 2012;146(3):277-92.
77. Buz J, Prieto G. Analysis of the De Jong Gierveld Loneliness Scale Using the Rasch Model. *Univ Psychol.* 1 de julio de 2013;12:971-81.
78. Buz J, Perez Arechaederra D. Psychometric properties and measurement invariance of the Spanish version of the 11-item De Jong Gierveld loneliness scale. *Int Psychogeriatr IPA.* 15 de abril de 2014;26:1-12.
79. Buz J, Sanchez M, Levenson MR, Aldwin CM. Aging and social networks in Spain: The importance of pubs and churches. *Int J Aging Hum Dev.* 2014;78(1):23-46.
80. Pinazo Hernandis S, Donio Bellegarde M. La soledad de las personas mayores: conceptualización, valoración e intervención. Madrid: Fundación Pilaes para la Autonomía Personal; 2018.
81. Sancho P, Pinazo-Hernandis S, Donio-Bellegarde M, Tomás JM. Validation of the University of California, Los Angeles Loneliness Scale (version 3) in Spanish older population: An application of exploratory structural equation modelling. *Aust Psychol.* 2020;55(3):283-92.
82. Sentimiento-soledad-en-Madrid-ES2018.pdf [Internet]. [citado 2 de febrero de 2021]. Disponible en: <http://madridsalud.es/wp-content/uploads/2020/08/Sentimiento-soledad-en-Madrid-ES2018.pdf>
83. La soledad como fenómeno psicológico: un análisis conceptual. *Salud Ment.* 2001;24(1):9.
84. Valtorta N, Hanratty B. Loneliness, isolation and the health of older adults: do we need a new research agenda? *J R Soc Med.* diciembre de 2012;105(12):518-22.
85. Hand C, McColl MA, Birtwhistle R, Kotecha JA, Batchelor D, Barber KH. Social isolation in older adults who are frequent users of primary care services. *Can Fam Physician Med Fam Can.* junio de 2014;60(6):e322, e324-329.
86. Nicholson NR. Social isolation in older adults: an evolutionary concept analysis. *J Adv Nurs.* junio de 2009;65(6):1342-52.
87. 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.
88. 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.
89. Victor CR, Scambler S, 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.* mayo de 2005;25(6):357-75.



90. rb_june15_lonelines_in_later_life_evidence_review.pdf [Internet]. [citado 2 de febrero de 2021]. Disponible en: https://www.ageuk.org.uk/globalassets/age-uk/documents/reports-and-publications/reports-and-briefings/health--wellbeing/rb_june15_lonelines_in_later_life_evidence_review.pdf
91. Evidence | Older people: independence and mental wellbeing | Guidance | NICE [Internet]. NICE; [citado 2 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/NG32/evidence>
92. rubio-soledad-02.pdf [Internet]. [citado 2 de febrero de 2021]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-02.pdf>
93. Martínez RL. La soledad en la vejez: análisis y evaluación de un programa de intervención en personas mayores que viven solas [Internet] [<http://purl.org/dc/dcmitype/Text>]. Universidad Miguel Hernández; 2017 [citado 21 de enero de 2021]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=123014>
94. Donaldson JM, Watson R. Loneliness in elderly people: an important area for nursing research. *J Adv Nurs*. noviembre de 1996;24(5):952-9.
95. 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.
96. Pinquart M, Sörensen S. Influences on Loneliness in Older Adults: A Meta-Analysis. *Basic Appl Soc Psychol - BASIC APPL SOC PSYCHOL*. 1 de diciembre de 2001;23:245-66.
97. Tzouvara V, Papadopoulou C, Randhawa G. Systematic review of the prevalence of mental illness stigma within the Greek culture. *Int J Soc Psychiatry*. 17 de febrero de 2016;62.
98. 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.
99. Pinazo Hernandis S, Donio Bellegarde M. La soledad de las personas mayores: conceptualización, valoración e intervención. Madrid: Fundación Pilares para la Autonomía Personal; 2018.
100. Jong-Gierveld J de. A review of loneliness: Concepts and definitions, determinants and consequences. *Rev Clin Gerontol*. 1998;(8):73-80.
101. CORNWELL EY, WAITE LJ. Social Disconnectedness, Perceived Isolation, and Health among Older Adults. *J Health Soc Behav*. marzo de 2009;50(1):31-48.
102. Victor C, Grenade L, Boldy D. Measuring loneliness in later life: a comparison of differing measures. *Rev Clin Gerontol*. febrero de 2005;15(1):63-70.
103. Sancho P, Pinazo-Hernandis S, Donio-Bellegarde M, Tomás JM. Validation of the University of California, Los Angeles Loneliness Scale (version 3) in Spanish older population: An application of exploratory structural equation modelling. *Aust Psychol*. 2020;55(3):283-92.
104. Tomás JM, Pinazo-Hernandis S, Donio-Bellegarde M, Hontangas PM. Validity of the de Jong Gierveld Loneliness Scale in Spanish older population: competitive structural models and item response theory. *Eur J Ageing*. diciembre de 2017;14(4):429-37.



105. Hughes M, Waite L, Hawkley L, Cacioppo J. A Short Scale for Measuring Loneliness in Large Surveys: Results From Two Population-Based Studies. *Res Aging*. 1 de febrero de 2004;26:655-72.
106. Antaviana C. DJGLS - Escala de Soledad de De Jong-Gierveld [Internet]. BiblioPRO. [citado 3 de febrero de 2021]. Disponible en: <http://www.bibliopro.org/buscador/1189/escala-de-soledad-de-de-jong-gierveld>
107. Bellón Saameño JA, Delgado Sánchez A, Luna del Castillo J de D, Lardelli Claret P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Aten Primaria*. 15 de septiembre de 1996;18(4):153-63.
108. Lucy L, Burns L. Devising a Composite Index to Analyze and Model Loneliness and Related Health Risks in the United Kingdom. *Gerontol Geriatr Med*. 1 de enero de 2017;3:2333721417714876.
109. Doblas JL, Conde M del PD. La modernización social de la vejez en España. *Rev Int Sociol*. 30 de abril de 2013;71(1):65-89.
110. Pujol Rodríguez R, García A, Ayala A. Un perfil de las personas mayores en España, 2017. *Indicadores estadísticos básicos*. 2017.
111. Fees BS, Martin P, Poon LW. A model of loneliness in older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. julio de 1999;54(4):P231-239.
112. Cohen-Mansfield J, Parpura-Gill A. Loneliness in older persons: a theoretical model and empirical findings. *Int Psychogeriatr*. abril de 2007;19(02):279.
113. Cacioppo JT, Hawkley LC. Perceived social isolation and cognition. *Trends Cogn Sci*. octubre de 2009;13(10):447-54.
114. Pikhartova J, Bowling A, Victor C. Is loneliness in later life a self-fulfilling prophecy? *Aging Ment Health*. 25 de marzo de 2015;20:1-7.
115. Martínez RL, Maciá ES. La soledad en personas mayores: una propuesta de intervención. En: *Cuidados, aspectos psicológicos y actividad física en relación con la salud del mayor*, Vol 1, 2015, ISBN 978-84-608-2405-3, págs 229-237 [Internet]. Asociación Universitaria de Educación y Psicología (ASUNIVEP); 2015 [citado 4 de febrero de 2021]. p. 229-37. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5695845>
116. Newall N, Chipperfield J, Clifton R, Perry R, Swift A, Ruthig J. Causal beliefs, social participation, and loneliness among older adults: A longitudinal study. *J Soc Pers Relatsh - J SOC Pers RELAT*. 31 de julio de 2009;26:273-90.
117. Las desigualdades de género se acentúan con la edad – EnR? | [Internet]. [citado 5 de febrero de 2021]. Disponible en: <http://envejecimientoenred.es/las-desigualdades-de-genero-se-acentuan-con-la-edad/>
118. Newall NEG, Chipperfield JG, Bailis DS. Predicting stability and change in loneliness in later life. *J Soc Pers Relatsh*. 1 de mayo de 2014;31(3):335-51.
119. 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*. junio de 2012;146(3):277-92.



120. Holwerda T, Deeg D, Beekman A, van Tilburg T, Stek M, 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*. 10 de diciembre de 2012;85.
121. Antonucci TC, Lansford JE, Akiyama H, Smith J, Baltes MM, Takahashi K, et al. Differences between men and women in social relations, resource deficits, and depressive symptomatology during later life in four nations. *J Soc Issues*. 2002;58(4):767-83.
122. 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.
123. Pinquart M, Sörensen S. Risk factors for loneliness in adulthood and old age:A meta-analysis. *Adv Psychol Res*. 1 de enero de 2003;19:111-43.
124. 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*. 2015;19(5):409-17.
125. Donio Bellegarde Nunes M. La soledad de las mujeres mayores que viven solas. 2017 [citado 4 de febrero de 2021]; Disponible en: <https://roderic.uv.es/handle/10550/58362>
126. Kahana E, Kelley-Moore J, Kahana B. Proactive Aging: A Longitudinal Study of Stress, Resources, Agency and Well-being in Late Life. *Aging Ment Health* [Internet]. 2012 [citado 5 de febrero de 2021];16(4). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3825511/>
127. Carstensen LL, Isaacowitz DM, Charles ST. Taking time seriously. A theory of socioemotional selectivity. *Am Psychol*. marzo de 1999;54(3):165-81.
128. Martín Lesende I, Gorroñoigoitia Iturbe A, Gómez Pavón J, Baztán Cortés JJ, Abizanda Soler P. El anciano frágil. Detección y tratamiento en AP. *Aten Primaria*. 1 de julio de 2010;42(7):388-93.
129. Abizanda Soler P, Gómez-Pavón J, Martín Lesende I, Baztán Cortés JJ. Detección y prevención de la fragilidad: una nueva perspectiva de prevención de la dependencia en las personas mayores. *Med Clínica*. 2010;135(15):713-9.
130. Pinquart: Influences on loneliness in older adults:... - Google Académico [Internet]. [citado 5 de febrero de 2021]. Disponible en: https://scholar.google.com/scholar_lookup?journal=Basic+and+Applied+Social+Psychology&title=Influences+on+loneliness+in+older+adults:+A+meta-analysis&author=M+Pinquart&author=S+Sorensen&volume=23&publication_year=2001&pages=245-266&
131. Berguno: Children's experience of loneliness at school... - Google Académico [Internet]. [citado 5 de febrero de 2021]. Disponible en: https://scholar.google.com/scholar_lookup?journal=Qualitative+Report&title=Children%E2%80%99s+experience+of+loneliness+at+school+and+its+relation+to+bullying+and+the+quality+of+teacher+interventions&author=G+Berguno&author=P+Leroux&author=K+McAinsh&author=S+Shaikh&volume=9&publication_year=2004&pages=483-499&



132. Hawkley LC, Cacioppo JT. Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Ann Behav Med Publ Soc Behav Med*. octubre de 2010;40(2):218-27.
133. The facts on loneliness [Internet]. Campaign to End Loneliness. [citado 5 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.campaigntoendloneliness.org/the-facts-on-loneliness/>
134. Sundström G, Fransson E, Malmberg B, Davey A. Loneliness among older Europeans. *Eur J Ageing* [Internet]. 6 de noviembre de 2009 [citado 5 de febrero de 2021];6(4). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5547349/>
135. Scambler S, Marston L, Bond J, Bowling A. Older People's Experiences of Loneliness in the UK: Does Gender Matter? *Soc Policy Soc*. 23 de enero de 2006;5:27-38.
136. Victor CR, Bowling A. A longitudinal analysis of loneliness among older people in Great Britain. *J Psychol*. junio de 2012;146(3):313-31.
137. Newall N, Chipperfield J, Bailis D. Predicting stability and change in loneliness in later life. *J Soc Pers Relatsh*. 15 de abril de 2013;31:335-51.
138. Victor C, Scambler S, Bowling A, Bond J. The prevalence of, and risk factors for, loneliness in later life: A survey of older people in Great Britain. *Victor C Scambler Bowl Bond J 2005 Preval Risk Factors Loneliness Later Life Surv Older People G B Ageing Soc* 25 3 Pp 357-375 ISSN 0144686X. 1 de mayo de 2005;25.
139. Doblaz JL, Conde M del PD. El sentimiento de soledad en la vejez. *Rev Int Sociol*. 30 de marzo de 2018;76(1):e085-e085.
140. Estudio «La Soledad en España» | Fundación ONCE para la Cooperación e Inclusión Social de Personas con Discapacidad [Internet]. [citado 6 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.fundaciononce.es/es/publicacion/estudio-la-soledad-en-espana>
141. Victor CR, Yang K. The prevalence of loneliness among adults: a case study of the United Kingdom. *J Psychol*. abril de 2012;146(1-2):85-104.
142. Cotterell N, Buffel T, Phillipson C. Preventing social isolation in older people. *Maturitas*. julio de 2018;113:80-4.
143. Rico-Urbe LA, Caballero FF, Olaya B, Tobiasz-Adamczyk B, Koskinen S, Leonardi M, et al. Loneliness, Social Networks, and Health: A Cross-Sectional Study in Three Countries. *PLOS ONE*. 13 de enero de 2016;11(1):e0145264.
144. 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*. 2015;19(5):409-17.
145. 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. *Int J Geriatr Psychiatry*. marzo de 2014;29(3):245-52.
146. Luhmann M, Hawkley L. Age Differences in Loneliness From Late Adolescence to Oldest Old Age. *Dev Psychol*. 23 de febrero de 2016;50:943-59.



147. 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*. 2004;26(6):655-72.
148. Savikko N, Routasalo P, Tilvis RS, Strandberg TE, Pitkälä KH. Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Arch Gerontol Geriatr*. diciembre de 2005;41(3):223-33.
149. Hawkley 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*. noviembre de 2008;63(6):S375-84.
150. Zebhauser A, Baumert J, Emeny RT, Ronel J, Peters A, Ladwig KH. What prevents old people living alone from feeling lonely? Findings from the KORA-Age-study. *Aging Ment Health*. 2015;19(9):773-80.
151. Victor CR, Yang K. The Prevalence of Loneliness Among Adults: A Case Study of the United Kingdom. *J Psychol*. 1 de enero de 2012;146(1-2):85-104.
152. Luanaigh CO, Lawlor BA. Loneliness and the health of older people. *Int J Geriatr Psychiatry*. diciembre de 2008;23(12):1213-21.
153. Nicolaisen M, Thorsen K. Loneliness among men and women--a five-year follow-up study. *Aging Ment Health*. marzo de 2014;18(2):194-206.
154. Nyqvist F, Victor CR, Forsman AK, Cattan M. The association between social capital and loneliness in different age groups: a population-based study in Western Finland. *BMC Public Health*. 11 de julio de 2016;16(1):542.
155. 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*. diciembre de 2014;59(3):613-23.
156. 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.
157. 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*. junio de 2012;146(3):277-92.
158. Dahlberg L, McKee KJ. Correlates of social and emotional loneliness in older people: evidence from an English community study. *Aging Ment Health*. mayo de 2014;18(4):504-14.
159. Ausín B, Muñoz M, Castellanos MA. Loneliness, Sociodemographic and Mental Health Variables in Spanish Adults over 65 Years Old. *Span J Psychol* [Internet]. ed de 2017 [citado 7 de febrero de 2021];20. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/spanish-journal-of-psychology/article/abs/loneliness-sociodemographic-and-mental-health-variables-in-spanish-adults-over-65-years-old/4CAF9FF0D10751A84D1468BE57F0F632>
160. Beal C. Loneliness in older women: a review of the literature. *Issues Ment Health Nurs*. septiembre de 2006;27(7):795-813.



161. Antonucci T, Akiyama H, Takahashi K. Attachment and close relationships across the life span. *Attach Hum Dev.* 1 de enero de 2005;6:353-70.
162. Green LR, Richardson DS, Lago T, Schatten-Jones EC. Network correlates of social and emotional loneliness in young and older adults. *Pers Soc Psychol Bull.* 2001;27(3):281-8.
163. Jylhä M. Old age and loneliness: cross-sectional and longitudinal analyses in the Tampere Longitudinal Study on Aging. *Can J Aging Rev Can Vieil.* 2004;23(2):157-68.
164. Expósito F, Moya M. Soledad y Apoyo Social [Social Support and Loneliness]. *Rev Psicol Soc.* 1 de mayo de 1999;14:297-316.
165. (PDF) Asociaciones de soledad en hombres y mujeres mayores casados [Internet]. [citado 8 de febrero de 2021]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/229080208_Associations_of_loneliness_in_older_married_men_and_women
166. De Jong Gierveld J, Van Tilburg T. The De Jong Gierveld short scales for emotional and social loneliness: tested on data from 7 countries in the UN generations and gender surveys. *Eur J Ageing.* junio de 2010;7(2):121-30.
167. Victor C, Scambler S, Bond J, Bowling A. Loneliness, Social Isolation and Living Alone in Later Life. *Rev Clin Gerontol.* 1 de noviembre de 2000;10.
168. Victor C, Scambler S, Bowling A, Bond J. The prevalence of, and risk factors for, loneliness in later life: A survey of older people in Great Britain. *Victor C Scambler Bowl Bond J 2005 Preval Risk Factors Loneliness Later Life Surv Older People G B Ageing Soc 25 3 Pp 357-375 ISSN 0144686X.* 1 de mayo de 2005;25.
169. Pinquart M. Loneliness in Married, Widowed, Divorced, and Never-Married Older Adults. *J Soc Pers Relatsh - J SOC Pers RELAT.* 1 de febrero de 2003;20:31-53.
170. Victor CR, Pikhartova J. Lonely places or lonely people? Investigating the relationship between loneliness and place of residence. *BMC Public Health.* 27 de mayo de 2020;20(1):778.
171. Rodrigues MMS, De Jong Gierveld J, Buz J. Loneliness and the exchange of social support among older adults in Spain and the Netherlands. *Ageing Soc.* febrero de 2014;34(2):330-54.
172. Fry PS, Debats DL. Creencias de autoeficacia como predictores de soledad y angustia psicológica en adultos mayores. *Int J Aging Hum Dev.* 1 de octubre de 2002;55(3):233-69.
173. Peerenboom L, Collard RM, Naarding P, Comijs HC. The association between depression and emotional and social loneliness in older persons and the influence of social support, cognitive functioning and personality: A cross-sectional study. *J Affect Disord.* 15 de agosto de 2015;182:26-31.
174. 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.
175. Scheibe S, Carstensen LL. Emotional aging: recent findings and future trends. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* marzo de 2010;65B(2):135-44.



176. Victor C, Scambler S, Bowling A, Bond J. The prevalence of, and risk factors for, loneliness in later life: A survey of older people in Great Britain. *Victor C Scambler Bowl Bond J 2005 Preval Risk Factors Loneliness Later Life Surv Older People G B Ageing Soc* 25 3 Pp 357-375 ISSN 0144686X. 1 de mayo de 2005;25.
177. Carstensen L, Fung H, Charles S. Socioemotional Selectivity Theory and the Regulation of Emotion in the Second Half of Life. *Motiv Emot.* 6 de enero de 2003;27:103-23.
178. Hawkley LC, Browne MW, Cacioppo JT. How Can I Connect With Thee?: Let Me Count the Ways. *Psychol Sci.* 1 de octubre de 2005;16(10):798-804.
179. Savikko N, Routasalo P, Tilvis RS, Strandberg TE, Pitkälä KH. Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Arch Gerontol Geriatr.* 1 de noviembre de 2005;41(3):223-33.
180. Bond J, Victor C, Scambler S, Bowling A. Being alone in later life: Loneliness, social isolation and living alone. *Rev Clin Gerontol [Internet].* 2000 [citado 8 de febrero de 2021]; Disponible en: <https://eprint.ncl.ac.uk/62836>
181. 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.* 2006;21(1):140-51.
182. 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.
183. Cacioppo JT, Hawkley LC. Loneliness. En: *Handbook of individual differences in social behavior.* New York, NY, US: The Guilford Press; 2009. p. 227-40.
184. Gierveld J de J. A review of loneliness: concept and definitions, determinants and consequences. *Rev Clin Gerontol.* febrero de 1998;8(1):73-80.
185. Expósito F, Moya M. Loneliness and social support. *Int J Soc Psychol.* 1 de enero de 1999;14(2-3):297-316.
186. Hombrados-Mendieta I, García-Martín MA, Gómez-Jacinto L. The Relationship Between Social Support, Loneliness, and Subjective Well-Being in a Spanish Sample from a Multidimensional Perspective. *Soc Indic Res.* 1 de diciembre de 2013;114(3):1013-34.
187. Gierveld J, Dykstra PA, Schenk N. Living arrangements, intergenerational support types and older adult loneliness in Eastern and Western Europe. *Demogr Res.* 2 de agosto de 2012;S11(7):167-200.
188. Solé-Auró A, Crimmins EM. Who cares? A comparison of informal and formal care provision in Spain, England and the USA. *Ageing Soc.* marzo de 2014;34(3):495-517.
189. Social Support and Quality of Life Among Older People in Spain - Fernández-Ballesteros - 2002 - *Journal of Social Issues* - Wiley Online Library [Internet]. [citado 8 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://spssi.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1540-4560.00282>
190. Fernández-Ballesteros R. Social Support and Quality of Life Among Older People in Spain. *J Soc Issues.* 2002;58(4):645-59.



191. Russell DW, Cutrona CE. Social support, stress, and depressive symptoms among the elderly: test of a process model. *Psychol Aging*. junio de 1991;6(2):190-201.
192. Rodríguez-Rodríguez P. El apoyo informal a las personas mayores en España y la protección social a la dependencia. Del familismo a los derechos de ciudadanía. *Rev Esp Geriatria Gerontol*. 1 de noviembre de 2005;40:5-15.
193. AFCSpanishfinal.pdf [Internet]. [citado 8 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/ageing/AFCSpanishfinal.pdf?ua=1>
194. Schmitt JP, Kurdek LA. Age and Gender Differences In and Personality Correlates of Loneliness in Different Relationships. *J Pers Assess*. 1 de octubre de 1985;49(5):485-96.
195. Chopik WJ. Associations among relational values, support, health, and well-being across the adult lifespan. *Pers Relatsh*. 2017;24(2):408-22.
196. Tilvis RS, Laitala V, Routasalo PE, Pitkälä KH. Suffering from Loneliness Indicates Significant Mortality Risk of Older People. *J Aging Res* [Internet]. 22 de febrero de 2011 [citado 9 de febrero de 2021];2011. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3056243/>
197. 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 J Assoc Psychol Sci*. marzo de 2015;10(2):227-37.
198. Cacioppo S, Grippo A, London S, Goossens L, Cacioppo J. Loneliness: Clinical Import and Interventions. *Perspect Psychol Sci*. 11 de marzo de 2015;10:238-49.
199. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLOS Med*. 27 de julio de 2010;7(7):e1000316.
200. Jaremka LM, Fagundes CP, Peng J, Bennett JM, Glaser R, Malarkey WB, et al. Loneliness Promotes Inflammation During Acute Stress. *Psychol Sci* [Internet]. 1 de julio de 2013 [citado 9 de febrero de 2021];24(7). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3825089/>
201. Maydych V. The Interplay Between Stress, Inflammation, and Emotional Attention: Relevance for Depression. *Front Neurosci* [Internet]. 24 de abril de 2019 [citado 9 de febrero de 2021];13. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6491771/>
202. Hackett RA, Hamer M, Endrighi R, Brydon L, Steptoe A. Loneliness and stress-related inflammatory and neuroendocrine responses in older men and women. *Psychoneuroendocrinology*. 1 de noviembre de 2012;37(11):1801-9.
203. Cole SW, Hawkey LC, Arevalo JM, Sung CY, Rose RM, Cacioppo JT. Social regulation of gene expression in human leukocytes. *Genome Biol*. 13 de septiembre de 2007;8(9):R189.
204. Cole SW, Levine ME, Arevalo JMG, Ma J, Weir DR, Crimmins EM. Loneliness, eudaimonia, and the human conserved transcriptional response to adversity. *Psychoneuroendocrinology*. diciembre de 2015;62:11-7.
205. 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.



206. 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 U S A*. 7 de noviembre de 2006;103(45):17058-63.
207. Yang EV, Glaser R. Stress-induced immunomodulation: impact on immune defenses against infectious disease. *Biomed Pharmacother*. 1 de junio de 2000;54(5):245-50.
208. Epel ES, Blackburn EH, Lin J, Dhabhar FS, Adler NE, Morrow JD, et al. Accelerated telomere shortening in response to life stress. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 7 de diciembre de 2004;101(49):17312-5.
209. Aulinas A, Santos A, Valassi E, Mato E, Crespo I, Resmini E, et al. Telómeros, envejecimiento y síndrome de Cushing: ¿están relacionados? *Endocrinol Nutr*. 2013;60(6):329-35.
210. Jodczyk S, Fergusson DM, Horwood LJ, Pearson JF, Kennedy MA. No Association between Mean Telomere Length and Life Stress Observed in a 30 Year Birth Cohort. *Royds J*, editor. *PLoS ONE*. 9 de mayo de 2014;9(5):e97102.
211. Redacción. La Soledad: Un grave problema de salud pública. [Internet]. 2020 [citado 9 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.doctutor.es/2020/03/03/la-soledad-un-grave-problema-de-salud-publica/comment-page-1/>
212. Ong AD, Uchino BN, Wethington E. Loneliness and Health in Older Adults: A Mini-Review and Synthesis. *Gerontology*. 2016;62(4):443-9.
213. 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.
214. Steptoe A, Shankar A, Demakakos P, Wardle J. Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 9 de abril de 2013;110(15):5797-801.
215. Matthews T, Danese A, Caspi A, Fisher HL, Goldman-Mellor S, Kopa A, et al. Lonely young adults in modern Britain: findings from an epidemiological cohort study. *Psychol Med*. enero de 2019;49(2):268-77.
216. Hawkley LC, Cacioppo JT. Loneliness Matters: A Theoretical and Empirical Review of Consequences and Mechanisms. *Ann Behav Med*. 1 de octubre de 2010;40(2):218-27.
217. 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.
218. Thurston RC, Kubzansky LD. Women, loneliness, and incident coronary heart disease. *Psychosom Med*. octubre de 2009;71(8):836-42.
219. 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.



220. 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.
221. 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.
222. 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.
223. Christensen AV, Juel K, Ekholm O, Thrysoe L, Thorup CB, Borregaard B, et al. Significantly increased risk of all-cause mortality among cardiac patients feeling lonely. *Heart*. 1 de enero de 2020;106(2):140-6.
224. Jacobs JM, Cohen A, Hammerman-Rozenberg R, Stessman J. Global Sleep Satisfaction of Older People: The Jerusalem Cohort Study. *J Am Geriatr Soc*. 2006;54(2):325-9.
225. Hawkley LC, Preacher KJ, Cacioppo JT. Loneliness impairs daytime functioning but not sleep duration. *Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc*. marzo de 2010;29(2):124-9.
226. Davies K, Maharani A, Chandola T, Todd C, Pendleton N. The longitudinal relationship between loneliness, social isolation, and frailty in older adults in England: a prospective analysis. *Lancet Healthy Longev*. 1 de febrero de 2021;2(2):e70-7.
227. Cacioppo JT, Cacioppo S. Social Relationships and Health: The Toxic Effects of Perceived Social Isolation. *Soc Personal Psychol Compass*. 2014;8(2):58-72.
228. Boss L, Kang D-H, Branson S. Loneliness and cognitive function in the older adult: a systematic review. *Int Psychogeriatr*. abril de 2015;27(4):541-53.
229. Donovan NJ, Okereke OI, Vannini P, Amariglio RE, Rentz DM, Marshall GA, et al. Association of Higher Cortical Amyloid Burden With Loneliness in Cognitively Normal Older Adults. *JAMA Psychiatry*. 1 de diciembre de 2016;73(12):1230-7.
230. Donovan NJ, Wu Q, Rentz DM, Sperling RA, Marshall GA, Glymour MM. Loneliness, depression and cognitive function in older U.S. adults. *Int J Geriatr Psychiatry*. mayo de 2017;32(5):564-73.
231. Bennett DA, Schneider JA, Tang Y, Arnold SE, Wilson RS. The effect of social networks on the relation between Alzheimer's disease pathology and level of cognitive function in old people: a longitudinal cohort study. *Lancet Neurol*. mayo de 2006;5(5):406-12.
232. Lara E, Martín-María N, De la Torre-Luque A, Koyanagi A, Vancampfort D, Izquierdo A, et al. Does loneliness contribute to mild cognitive impairment and dementia? A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Ageing Res Rev*. julio de 2019;52:7-16.
233. Cacioppo J, Hawkley L, Thisted R. 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*. 1 de junio de 2010;25:453-63.



234. Almeida OP, Draper B, Snowdon J, Lautenschlager NT, Pirkis J, Byrne G, et al. Factors associated with suicidal thoughts in a large community study of older adults. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* diciembre de 2012;201(6):466-72.
235. 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.* 29 de mayo de 2018;18(1):156.
236. Pinson MW. Effect of Loneliness on Older Adults' Death Anxiety [Internet]. UNT Digital Library. University of North Texas; 2010 [citado 9 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://digital.library.unt.edu/ark:/67531/metadc30501/m1/1/>
237. Stolz E, Fux B, Mayerl H, Rásky É, Freidl W. Passive Suicide Ideation Among Older Adults in Europe: A Multilevel Regression Analysis of Individual and Societal Determinants in 12 Countries (SHARE). *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* septiembre de 2016;71(5):947-58.
238. Shankar A, McMunn A, Banks J, Steptoe A. Loneliness, social isolation, and behavioral and biological health indicators in older adults. *Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc.* julio de 2011;30(4):377-85.
239. Goll JC, Charlesworth G, Scior K, Stott J. Barriers to social participation among lonely older adults: the influence of social fears and identity. *PloS One.* 2015;10(2):e0116664.
240. Lezaun J, Sarasola A, Chamorro S, pinazo-hernandis S, Canals S, Talavera C. El reto de la soledad en la vejez. *ZERBITZUAN.* 1 de enero de 2018;61-75.
241. 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.* 1 de abril de 2020;52(4):224-32.
242. 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.
243. Leigh-Hunt N, Bagguley 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.
244. Elston J, Gradinger F, Asthana S, Lilley-Woolnough C, Wroe S, Harman H, et al. Does a social prescribing 'holistic' link-worker for older people with complex, multimorbidity improve well-being and frailty and reduce health and social care use and costs? A 12-month before-and-after evaluation. *Prim Health Care Res Dev.* 2019;
245. Cotterell N, Buffel T, Phillipson C. Preventing Social Isolation in Older People. *Maturitas.* 1 de abril de 2018;113.
246. Siette J, Cassidy M, Priebe S. Effectiveness of befriending interventions: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.* 26 de abril de 2017;7(4):e014304.
247. Rotenberg KJ, Addis N, Betts LR, Corrigan A, Fox C, Hobson Z, et al. The relation between trust beliefs and loneliness during early childhood, middle childhood, and adulthood. *Pers Soc Psychol Bull.* agosto de 2010;36(8):1086-100.



248. 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.
249. Windle K, Francis J, Coomber C. Preventing loneliness and social isolation: interventions and outcomes. *Soc Care Inst Excell Res Brief* 39. 1 de noviembre de 2011;
250. Dickens AP, Richards SH, Greaves CJ, Campbell JL. Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. *BMC Public Health*. 15 de agosto de 2011;11(1):647.
251. Miyawaki CE. Association of social isolation and health across different racial and ethnic groups of older Americans. *Ageing Soc*. noviembre de 2015;35(10):2201-28.
252. Platt L. Actividad social, aislamiento social y etnia. *Sociol Rev*. 1 de noviembre de 2009;57(4):670-702.
253. SCIE: At a glance 60: Preventing loneliness and social isolation among older people [Internet]. [citado 10 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.scie.org.uk/publications/ataglance/ataglance60.asp>
254. 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.
255. 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*. diciembre de 2012;55(3):539-47.
256. 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(1):41-67.
257. Siette J, Cassidy M, Priebe S. Effectiveness of befriending interventions: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 1 de abril de 2017;7(4):e014304.
258. Wigfield A, Alden SD, Kispeter E. Age UK's fit for the future 'Social Prescribing' extension project Evaluation report [Internet]. 2015 [citado 10 de febrero de 2021]. Disponible en: </paper/Understanding-loneliness-in-the-twenty-first-an-on-Lim-Eres/6b2d74885b4547fb09b897360d126f512568a50a>
259. Chopik WJ. The Benefits of Social Technology Use Among Older Adults Are Mediated by Reduced Loneliness. *Cyberpsychology Behav Soc Netw*. septiembre de 2016;19(9):551-6.
260. Czaja SJ, Sharit J, Boot WR, Charness NH, Rogers WA. THE ROLE OF TECHNOLOGY IN SUPPORTING SOCIAL ENGAGEMENT AND SOCIAL SUPPORT AMONG OLDER ADULTS. *Innov Aging*. 30 de junio de 2017;1(Suppl 1):1026-7.
261. Poscia A, Stojanovic J, La Milia D, Duplaga M, Grysztar M, Moscato U, et al. Interventions targeting loneliness and social isolation among the older people: An update systematic review. *Exp Gerontol*. 1 de diciembre de 2017;102.



262. Stojanovic J, Collamati A, La Milia D, Borghini A, Duplaga M, Rodzinka M, et al. Targeting loneliness and social isolation among the elderly: an update systematic review: Jovana Stojanovic. *Eur J Public Health*. 1 de noviembre de 2016;26.
263. Buffel T. Buffel, T., Handler, S. and Phillipson, C. (2018) Introduction: Developing age-friendly cities and communities. A global perspective. In Buffel, T., Handler, S. and Phillipson, C. (eds) *Age-friendly cities and communities: A global perspective*. Bristol: Policy Press. En 2018.
264. Organization WH. *World Report on Ageing and Health*. World Health Organization; 2015. 260 p.
265. Rémillard-Boilard S. The UK Network of Age-friendly Communities: a general review. *Work Older People*. 24 de enero de 2018;22.
266. MSD. *New Zealand Positive Ageing Strategy (2001) - Ministry of Social Development* [Internet]. MSD; [citado 10 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.msd.govt.nz/about-msd-and-our-work/publications-resources/planning-strategy/positive-ageing/>
267. Policy Press | , Edited by Tine Buffel, Sophie Handler and Chris Phillipson [Internet]. Policy Press. [citado 10 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://policy.bristoluniversitypress.co.uk/age-friendly-cities-and-communities>
268. Franck L, Molyneux N, Parkinson L. Systematic review of interventions addressing social isolation and depression in aged care clients. *Qual Life Res*. 1 de junio de 2016;25(6):1395-407.
269. Landeiro F, Barrows P, Musson EN, Gray AM, Leal J. Reducing social isolation and loneliness in older people: a systematic review protocol. *BMJ Open*. 1 de mayo de 2017;7(5):e013778.
270. Landeiro F, Barrows P, Musson EN, Gray AM, Leal J. Reducing social isolation and loneliness in older people: a systematic review protocol. *BMJ Open*. 1 de mayo de 2017;7(5):e013778.
271. Mansfield PL, Kay PT, Daykin N, Lane MJ, Duffy LG, Alan P, et al. the effectiveness of interventions to address loneliness at all stages of the life-course. :87.
272. Holding E, Thompson J, Foster A, Haywood A. Connecting communities: A qualitative investigation of the challenges in delivering a national social prescribing service to reduce loneliness. *Health Soc Care Community*. 2020;28(5):1535-43.
273. *Promising-approaches-to-reducing-loneliness-and-isolation-in-later-life.pdf* [Internet]. [citado 10 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.campaigntoendloneliness.org/wp-content/uploads/Promising-approaches-to-reducing-loneliness-and-isolation-in-later-life.pdf>
274. 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.



275. Valtorta N, Hanratty B. La soledad, el aislamiento y la salud de los adultos mayores: ¿necesitamos una nueva agenda de investigación? *J R Soc Med.* 1 de diciembre de 2012;105(12):518-22.
276. Wenger GC, Burholt V. Changes in levels of social isolation and loneliness among older people in a rural area: a twenty-year longitudinal study. *Can J Aging Rev Can Vieil.* 2004;23(2):115-27.
277. [imerso-libroblancoenvejecimientoactivo-capitulo14-01b.pdf](#) [Internet]. [citado 10 de febrero de 2021]. Disponible en:
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/imerso-libroblancoenvejecimientoactivo-capitulo14-01b.pdf>





AISLAMIENTO Y SOLEDAD NO DESEADA EN LAS PERSONAS MAYORES

*FACTORES PREDISPONENTES Y CONSECUENCIAS
PARA LA SALUD*



**Comunidad
de Madrid**

Dirección General de Salud Pública
CONSEJERÍA SANIDAD