

**EL SENTIMIENTO DE SOLEDAD EN LAS  
PERSONAS MAYORES**

**TRABAJO DE FIN DE GRADO**

**LORENA SÁNCHEZ CASADO**

**Dirigido por: Dra. Montserrat Domènech Auqué**

**Grado de Psicología**

**2023**



**UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI**

## **Resumen**

Durante el envejecimiento se producen múltiples cambios propios de la edad que afectan negativamente tanto a nivel físico como mental. Es por ello por lo que esta etapa se encuentra asociada a diversas enfermedades y trastornos psicológicos. Además, si se suman factores o sucesos inesperados, es común que se intensifiquen sentimientos como el de soledad.

En el presente estudio, se investigará este periodo de gran vulnerabilidad y se analizarán diversos factores asociados. Asimismo, se pretende medir el nivel de soledad subjetiva en personas mayores y explorar algunas de las variables que pueden influir en dicho sentimiento. Para llevar a cabo esta investigación, se contará con una muestra de 40 personas usuarias de una residencia de Camp de Tarragona, los cuales se dividirán en dos grupos: residentes en la institución y asistentes a el recurso de hospital de día. Con el objetivo de comparar sus puntuaciones se utilizarán las siguientes escalas: Escala de soledad de UCLA, y la Escala de depresión Yesavage.

**Palabras clave:** Envejecimiento, soledad, institucionalización, depresión

## **Abstract**

During the aging process, multiple age-related changes occur that have a negative impact on both physical and mental levels. As a result, this stage is associated with various diseases and psychological disorders. Additionally, when unexpected factors or events are added, feelings such as loneliness often intensify.

The present study aims to investigate this period of significant vulnerability and analyze various associated factors. Furthermore, the objective is to measure the level of subjective loneliness in older individuals and explore some of the variables that may influence this feeling. To conduct this research, a sample of 40 residents from a residential facility in Camp de Tarragona will be utilized, divided into two groups: institutional residents and participants in the day hospital program. The following scales will be used to compare their scores: the UCLA Loneliness Scale and the Yesavage Depression Scale.

**Key words:** Aging, loneliness, institutionalization, depression

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1.INTRODUCCIÓN</b>  | <b>5</b>  |
| <b>2. MARCO TEÓRICO</b>  | <b>7</b>  |
| 2.1 El proceso de envejecimiento                                   | 7         |
| 2.2 Geriátría y Gerontología: las ciencias del envejecimiento      | 10        |
| 2.2.1 Geriátría  | 11        |
| 2.2.2 Gerontología   | 13        |
| 2.3 Trastornos asociados al envejecimiento                         | 14        |
| 2.4 El sentimiento de soledad en las personas de edad avanzada     | 19        |
| 2.4.1 Tipos de soledad: la Soledad Objetiva y la Soledad Subjetiva | 22        |
| 2.4.2 Consecuencias de la soledad                                  | 25        |
| <b>3. MOTIVACIÓN</b>   | <b>29</b> |
| <b>4. OBJETIVOS</b>  | <b>31</b> |
| <b>5. METODOLOGIA</b>  | <b>32</b> |
| 5.1 Participantes  | 32        |
| 5.2 Instrumentos   | 33        |
| 5.2.1 Escala de soledad de UCLA                                    | 34        |
| 5.2.2 Escala de Yesavage   | 35        |
| 5.3 Procedimiento  | 36        |
| 5.4 Anàlisis de datos  | 37        |
| <b>6. RESULTADOS</b>   | <b>37</b> |
| <b>7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</b>                                 | <b>41</b> |
| <b>8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO</b>                                 | <b>44</b> |
| <b>9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>                               | <b>45</b> |

“La soledad es muy hermosa... cuando se tiene alguien a quien decírselo”.

Gustavo Adolfo Bécquer (1836-1870)

## **1.INTRODUCCIÓN**

El pasado 5 de mayo de 2023, tras más de tres años de convivencia con el SARS-CoV-2 en estado de pandemia, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado el fin de la alerta de salud pública internacional. Gracias a la investigación biomédica, a la innovación tecnológica y a la colaboración entre el mundo académico, el asistencial y la industria farmacéutica, el grave riesgo que supuso el Covid-19 hace apenas unos meses ha ido disminuyendo paulatinamente, y aunque el virus continúa siendo una amenaza y ha venido para quedarse (Aguilar-Gamboa y Sucuple-Campos, 2022; Delgado, 2021; Serra, 2023), la capacidad de los sistemas sanitarios para responder a posibles rebrotes se ha incrementado considerablemente (Alguacil, 2022). De hecho, el impacto que la enfermedad y el confinamiento han tenido a nivel sanitario, económico y social, además de evidenciar la resiliencia, la implicación y el compromiso de los profesionales de la salud y de los ciudadanos, ha venido a demostrar que, a pesar de su aparente fortaleza, el sistema sanitario necesitaba más personal, mayor financiación y nuevos modelos organizativos (Consejo de Colegios Médicos de Cataluña [CCMC], 2020).

Como sucede en toda pandemia, y la del SARS-CoV-2 no es una excepción, los factores biológicos, psicológicos, económicos y sociales que la integran y la sustentan se han ensamblado en un complejo «armazón» que, al combinarse con los adversos efectos del confinamiento, ha obligado a replantearse de forma inmediata, como señalan Buitrago et al. (2020), la gestión y organización del sistema sanitario: presupuestos, prioridades, tecnología, necesidades de los profesionales, bioética, etc. En este sentido, y desde una perspectiva etiológica, nadie puede poner en duda los avances de la ciencia biomédica en la secuenciación del virus, el diagnóstico *ultra-rápido* de las personas afectadas, el desarrollo de vacunas eficaces, los tratamientos específicos de los pacientes con Covid-19 y la potenciación de los hábitos de higiene y prevención contra esta enfermedad contagiosa. Sin embargo, aunque la información científica sobre el virus aumenta constantemente, la mayor parte de la misma, tal y como sostiene

Huarcaya-Victoria (2020), se centra en los aspectos genéticos y epidemiológicos del virus y en las medidas preventivas de salud pública, dejando a un lado los posibles efectos en la salud mental de las personas.

En efecto, la pandemia y el confinamiento causados por el SARS-CoV-2 han sacado a la luz, como afirman Buitrago, et al. (2020), otros «virus» sumergidos, marginados o negados de nuestra sociedad:

- ❖ Las políticas socio-sanitarias que niegan la importancia de los servicios públicos y de la atención primaria de salud (APS).
- ❖ Las relaciones e interacciones sociales emocionalmente virulentas (difusión intencionada de datos alarmantes, temores infundados y noticias falsas).
- ❖ El desigual impacto de clase de la pandemia, que se ha cebado con la población con escasos recursos económicos o marginada social o emocionalmente (personas en pobreza extrema, personas sin techo o que viven solas, inmigrantes recientes, personas institucionalizadas/residencias de ancianos, pisos tutelados, cárceles, etc.).
- ❖ La escasez de datos científicos, objetivables y generalizables, sobre las secuelas post-Covid en los grupos de población más vulnerables (niños, ancianos, mujeres amenazadas por situaciones previas de violencia de género, enfermos mentales, personas en situación de violencia familiar o de maltrato infantil, etc.).

Así pues, todo parece apuntar a que un problema sanitario de base biológica ha puesto en valor los componentes psicológicos y psicosociales del sistema sanitario, un cambio de enfoque que obliga a reflexionar sobre el estatus y la importancia de estos componentes en nuestra manera entender y adjetivar el sistema de salud pública y los sistemas sociales. No hay que olvidar, como señalan Balluerka et al. (2020), que la pandemia y el confinamiento han traído consigo importantes cambios en el humor, las actitudes, las conductas y la sintomatología de las personas, tanto a nivel psicológico (temores, preocupaciones, problemas de sueño, sentimientos depresivos, incertidumbre, angustia, sentimientos de soledad, etc.), como a nivel social (relaciones interpersonales, académicas, laborales, familiares, etc.), cambios que, lamentablemente, están lejos de desaparecer.

Si bien es cierto que durante la crisis causada por la pandemia los trabajadores sanitarios han tenido que enfrentarse a una situación de sobrecarga extrema de trabajo, riesgo continuado de infección y demanda asistencial abusiva, que han puesto a prueba su capacidad de cordura, contención y resiliencia, no lo es menos que, una vez controlado el impacto epidemiológico, la preocupación de los investigadores se centra ahora en los colectivos especialmente vulnerables, sobre todo en los enfermos crónicos, los niños y las personas de edad avanzada, institucionalizados o no, y en los factores que pueden afectar a su salud física y mental.

Con todos estos antecedentes, se le suma el hecho de que he realizado las prácticas obligatorias del grado en una residencia, que se compromete en los cuidados de la salud, la asistencia en actividades de la vida diaria y la atención personalizada de las personas de edad avanzada, en este trabajo de fin de grado nos se han propuesto unos objetivos concretos a abordar (apartado 4).

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 El proceso de envejecimiento**

Como señalan Alvarado y Salazar (2014), el envejecimiento no deja de ser un proceso más dentro del ciclo vital de los seres vivos, un proceso gradual e irreversible de cambios fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales que, con el paso del tiempo, ocasionan un importante deterioro funcional y aumentan el riesgo de vulnerabilidad, enfermedad y muerte. Por decirlo con otras palabras, el envejecimiento es un fenómeno natural de cambios y transformaciones biológicas, psicológicas y sociales que se inicia en el momento mismo de la concepción, que condiciona el estado físico y funcional de las personas y que conlleva la pérdida progresiva de la capacidad de adaptación hasta el momento de la muerte.

Para entender la enorme complejidad de este proceso, basta decir que se han realizado innumerables estudios intentando determinar cuáles pueden ser las causas que provocan este dinámico e irreversible proceso de deterioro de la vida, pero, como señala la *Organización Mundial de la Salud* [OMS] (2018), al ser los mecanismos que lo provocan tan sumamente complejos y dinámicos entre sí, ninguno de ellos ha conseguido llegar al fondo de la cuestión. De hecho,

como aclaran Esmeraldas et al. (2019), se han propuesto -desde diferentes disciplinas y enfoques científicos- cerca de trescientas teorías explicativas acerca del proceso de envejecimiento y de sus consecuencias, pero, lamentablemente, los expertos no han llegado a formular una teoría general que integre y dé cohesión a todas las propuestas.

Las teorías biológicas, por ejemplo, han considerado oportuno explicar el proceso de envejecimiento desde la perspectiva del desgaste natural de todos los órganos y sistemas corporales, un desgaste que, como señalan Birren y Schroots (1996), es normal y lógico si tenemos en cuenta la constante agresión del medio ambiente y la permanente necesidad del organismo de producir energía a través de las funciones metabólicas, funciones que generan productos tóxicos que ponen en peligro el funcionamiento normal del cuerpo y la reparación celular. Las teorías sociales, por su parte, han intentado explicar y predecir la adaptación satisfactoria de los adultos mayores en la sociedad, un complicado ajuste que, dependiendo del modelo de referencia, puede oscilar entre la **desvinculación** completa -el interés se centra en uno mismo, se reducen los compromisos sociales y aumenta la indiferencia por la vida de los demás -y el **apego** más exacerbado -los vínculos afectivos constituyen la principal fuente de energía y vitalidad para las personas mayores-.

En cualquier caso, y aunque ninguna de las teorías comprendidas en este intervalo de oscilación, por sí sola, tiene cuerpo conceptual suficiente para explicar las causas, las implicaciones y las consecuencias del envejecimiento, tampoco puede descartarse por completo ninguna de ellas, ya que, de un modo u otro, representan una forma de envejecer positiva para algunas personas. Nos estamos refiriendo, en concreto, a las teorías sociales que plantean:

- Que el envejecimiento es más satisfactorio cuantas más actividades sociales realiza la persona.
- Que la aceptación de la pérdida de roles conlleva una adaptación mucho más positiva al proceso de envejecimiento.
- Que los adultos mayores constituyen un grupo unido que comparte los mismos intereses e inquietudes.
- Que la posición social que ocupan las personas mayores es inversamente proporcional al grado de industrialización de la sociedad.

- Que los cambios en la vejez tienen más garantías de éxito cuando el individuo ha mantenido constante su actividad.

En cuanto a las teorías psicológicas, vale decir que la mayoría de ellas han centrado su interés en los cambios cognitivos, conductuales y de personalidad que acompañan, en cada una de sus diferentes fases, al proceso de envejecimiento. Se trata de cambios que trascienden la morfología y la estética e implican a aspectos cognitivos, anímicos y emocionales que muchas veces pueden pasar desapercibidos: lagunas de memoria, dificultades de concentración, merma de la velocidad de procesamiento de la información, dificultad para resolver problemas abstractos o complejos, disminución de las respuestas adaptativas al entorno, etc.

Así pues, como afirman Costa et al. (2003), el proceso de envejecimiento no debe ser estudiado únicamente desde el punto de vista cronológico, sino que también han de incluirse los factores personales y ambientales que influyen en él. Por este motivo, y porque trae consigo importantes cambios psicosociales asociados a la pérdida de familiares o amigos, al cambio de roles y posición social, al uso de nuevas tecnologías y, muy especialmente, al sentimiento de soledad, el envejecimiento debe ser analizado desde una triple perspectiva: a) la del deterioro funcional de algunos órganos, con la consecuente reducción de la percepción sensorial y de la velocidad de reacción ante los estímulos; b) la del cambio de la apariencia física, con la consiguiente aparición de las canas, las arrugas y la pérdida de firmeza y tonificación de la piel; y c) la del desarrollo personal y la madurez, un desarrollo que correlaciona significativamente con la experiencia de vida, la relatividad en la apreciación de los problemas y la aceptación incondicional de uno mismo y de los demás (Vaillant y Mukamal, 2001).

Ya para finalizar el apartado, y siguiendo a Rodríguez (2009), habremos de considerar el envejecimiento como un proceso natural de la vida humana que trasciende el ámbito de lo biológico, lo psicológico y lo social, un proceso al que, por su complejidad para la conceptualización, se le han dado algunas denominaciones que merece la pena comentar:

- *Vejez*: es la fase final del proceso de envejecimiento, la última etapa de la vida de un ser humano que, debido a los muchos años vividos, sufre una manifiesta decadencia biológica en su organismo (Dulcey y Valdivieso, 2002).
- *Ancianidad*: es el último periodo de la vida ordinaria del ser humano, el que sigue a la madurez y en el que la persona tiene ya una edad avanzada. Según la OMS (2015), se inicia aproximadamente a los sesenta años, se prolonga hasta los setenta y cuatro y se caracteriza por la disminución de la fuerza física y el descenso progresivo de la actividad mental.
- *Tercera edad*: es el término con el que nos referimos a las últimas décadas de la vida de una persona, un periodo de la vida que se caracteriza por un declive de las funciones físicas y cognitivas de las personas (Kart y Kinney, 2001).
- *Longevidad*: es un concepto que hace referencia a la extensión máxima en años de vida de una persona -existencia-, un concepto que incluye el hecho de poder vivir de forma independiente y con un estado general de buena salud (Alvarado y Salazar, 2014).

## **2.2 Geriatría y Gerontología: las ciencias del envejecimiento**

Geriatría y Gerontología son dos disciplinas científicas estrechamente relacionadas con el estudio del envejecimiento y la vejez, y aunque ambas tienen como objetivo garantizar la calidad de vida de las personas mayores y proponer soluciones a los problemas que se les puedan presentar durante el proceso de envejecimiento, el enfoque y abordaje de estos problemas es muy diferente. La Geriatría, como especialidad de la medicina dedicada al estudio de la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de las enfermedades de las personas mayores, trata de resolver los problemas de salud de las personas que, por su edad avanzada o su falta de autonomía, tienen una fuerte dependencia en el área comunitaria, residencial u hospitalaria (atención socio-sanitaria enfocada a la salud y a la integración social). La Gerontología, en cambio, estudia los procesos y problemas de las personas de edad avanzada no sólo desde la perspectiva clínica, sino también desde la psicológica, educativa, social, económica y demográfica.

### **2.2.1 Geriatría**

Los cambios físicos, psicológicos y sociales que caracterizan a los adultos mayores suelen estar relacionados, como afirman Martín et al. (2010), con el lesivo efecto de diversas enfermedades agudas y crónicas que, al tener las personas de edad avanzada una menor reserva funcional y una mayor fragilidad, conllevan la pérdida de autonomía física y social. Esta pérdida de autonomía hace necesario un abordaje multidisciplinar de la población mayor de 65 años que, aun no siendo en absoluto homogénea, es el grupo de edad que necesita una mayor atención socio-sanitaria. De hecho, la incidencia y prevalencia de enfermedades degenerativas, la tendencia a la cronicidad de las enfermedades previamente diagnosticadas, el incremento del consumo de fármacos, la mayor utilización de recursos sociales y la más que comprensible necesidad de cuidados continuados de este grupo de edad, ha supuesto, como indican Robles et al. (2006), una auténtica «Geriatrización de la Medicina».

En este sentido, merece la pena recordar que la Geriatría es una especialidad de la medicina que se ocupa de la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de las enfermedades de las personas mayores, es decir, que se ocupa del envejecimiento patológico. La Sociedad Británica de Geriatría define esta especialidad médica orientada a la salud global de las personas de edad avanzada como:

La rama de la medicina que se ocupa no sólo de la prevención y asistencia de las enfermedades que presentan las personas de edad avanzada, sino también de la recuperación funcional de estas y de su reinserción en la comunidad, estableciendo un matiz práctico que se dirige a la atención integral de los ancianos y en especial del «paciente geriátrico» (citado en Millán, 2006, p. 4).

Así pues, podría decirse que el objetivo prioritario de la Geriatría es resolver los problemas de salud de los adultos mayores para lograr su recuperación funcional, asegurar su integración en la comunidad, optimizar su calidad de vida y alcanzar un mayor grado de bienestar. De hecho, prevenir la aparición de las enfermedades, tratarlas cuando aparecen, impedir que evolucionen hacia la cronicidad y procurar que los casos que lleguen a la incapacidad o a la

dependencia total sean los clínicamente inevitables, son algunas de las actuaciones exigibles a los médicos expertos en geriatría y al personal relacionado con esta especialidad (enfermeros, terapeutas, trabajadores sociales, auxiliares de geriatría, etc.). En cualquier caso, la recuperación funcional de la persona mayor incapacitada debe complementarse, tal y como señalan Robles et al. (2006), con otras acciones que, desde la cooperación multidisciplinar, faciliten la integración de las personas de edad avanzada a su entorno social. A saber:

- Manejo adecuado de las situaciones provocadas por los llamados «síndromes geriátricos»: demencia, depresión, caídas, incontinencia, dependencia funcional, desnutrición, ulceraciones, trastornos de motilidad y fragilidad, entre otros.
- Gestión eficaz de las enfermedades crónicas severas que acompañan al proceso de envejecimiento: diabetes, síndrome metabólico, insuficiencia cardiaca, cáncer, etc.
- Formación específica del personal de geriatría necesario para diagnosticar, tratar y rehabilitar a las personas mayores enfermas, de forma que puedan disfrutar de la mayor autonomía e independencia posibles.
- Coordinación eficiente de todo el capital humano implicado en las tareas de cuidado de las personas de edad avanzada, de cara a conseguir mantener un cierto equilibrio funcional y a mejorar la calidad de vida de estas personas.
- Organización de sistemas de cuidados a corto, medio y largo plazo que faciliten la productividad y la inserción del adulto mayor en la comunidad.
- Asistencia a los familiares y cuidadores de las personas que sufren problemas relacionados con la decadencia funcional, la pérdida de autonomía o el incremento de la fragilidad que ocasionan las enfermedades asociadas al envejecimiento.
- Fomento de la investigación biológica, psicopatológica y farmacológica que pueda aportar a los profesionales de la geriatría conocimiento suficiente para resolver los problemas de salud que aquejan a los adultos mayores.

### **2.2.2 Gerontología**

A diferencia de la Geriátrica, la Gerontología es una disciplina científica que estudia el proceso de envejecimiento, la vejez y los problemas del adulto mayor desde los puntos de vista biológico, psicológico y social. Engloba, entre otras, ciencias como la medicina, la biología, la psicología, la sociología, la antropología, la enfermería o la farmacología, ciencias que centran su interés en el estudio científico del envejecimiento -tanto desde una perspectiva individual como poblacional- con dos objetivos primordiales: prolongar la existencia de las personas mayores y mejorar, en la medida de lo posible, su calidad de vida. Se trata, pues, de una disciplina que intenta integrar los conocimientos y saberes de las ciencias sociales y de las ciencias de la salud para lograr una mejor comprensión de la vejez. De hecho, la Gerontología no es una ciencia específica, propia de una determinada profesión, sino que aspira a ser, como señala Argulló (1999), una fuente de conocimiento a la que los científicos sociales pueden acudir para informarse y formarse.

Por decirlo con otras palabras, desde una perspectiva biológica, la Gerontología estudia los cambios físicos que experimenta el cuerpo durante el proceso de envejecimiento con la finalidad de retardarlo lo máximo posible (los biólogos, los genetistas y los geriatras serán los encargados de analizar el envejecimiento celular, las enfermedades degenerativas derivadas de la vejez, el aumento del margen de vida, etc.). En cambio, desde una perspectiva psicológica se encarga de estudiar los cambios cognitivos, conductuales y afectivos que las personas perciben a medida que van enfrentándose a la vejez. Los psicólogos especializados en gerontología son los encargados de analizar y atender patologías como la depresión o el envejecimiento cognitivo, entre otras.

La gerontología, igualmente, estudia el envejecimiento desde el punto de vista social, es decir, observa y analiza todas aquellas circunstancias y situaciones que suponen un cambio de roles, una modificación en las relaciones e interacciones sociales o una variación en las funciones ejecutivas a las que ha de hacer frente una persona a medida que va envejeciendo. Los especialistas en la gerontología social se encargan, pues, de temas como los estereotipos asociados a la vejez (ideas apriorísticas sesgadas y no contrastadas), la seguridad social de los mayores, la discriminación por edad (edadismo) o los

prejuicios acerca de las personas de edad avanzada (sentimientos de preferencia o de rechazo relacionados con lo afectivo).

A fin de diferenciar estereotipos y prejuicios vale decir aquí que los estereotipos revelan desconocimiento, implican creencias preconcebidas en relación a un grupo social determinado, y pueden ser de carácter negativo o positivo. Los prejuicios, en cambio, suelen revelar la presencia de sentimientos de hostilidad, sentimientos que infunden un peso emocional negativo y nocivo hacia el grupo en cuestión. En resumen, podría decirse que:

- Los aspectos cognitivos se relacionan con los estereotipos.
- Los aspectos afectivos se relacionan con los prejuicios.
- Los aspectos conductuales se relacionan con la discriminación.

Así pues, podría decirse que la gerontología es un estudio multidisciplinar porque, como toda nueva área de conocimiento, se ha nutrido y nutre del conocimiento aportados por otras. De hecho, como ya se ha señalado con anterioridad, la biología, la sociología, la psicología, la antropología, la demografía, la educación y otros campos del saber aportan su cuota de conocimientos para hacer de la gerontología una realidad como campo de conocimiento independiente.

### **2.3 Trastornos asociados al envejecimiento**

Como ya se ha comentado con anterioridad, el envejecimiento es un proceso natural de cambios y transformaciones que afectan negativamente al estado físico, mental y funcional de las personas, ocasionando la pérdida progresiva de la capacidad de adaptación al entorno y aumentando el riesgo de vulnerabilidad, enfermedad y muerte. De hecho, como advierten Tello-Rodriguez et al. (2016), existen numerosos factores biológicos, psicológicos y sociales con un evidente impacto, más o menos profundo, en la salud mental de las personas adultas mayores. Al margen de los cambios «normales» asociados a los procesos fisiológicos, morfológicos y psicológicos propios del envejecimiento, o a la ocurrencia de enfermedades médicas sobrevenidas, sucesos inesperados como la muerte de un ser querido, la jubilación o la discapacidad funcional pueden favorecer la aparición y desarrollo de una amplia variedad de problemas físicos,

sociales y mentales que pueden ocasionar la pérdida de la independencia, el aislamiento, la soledad y la angustia en las personas de edad avanzada.

En lo que a los problemas físicos se refiere, el envejecimiento parece estar asociado con el deterioro de la función neuromuscular y la disminución del rendimiento, un deterioro que correlaciona significativamente con la merma de fuerza y de potencia muscular causada, como señalan Landinez et al. (2012), por la pérdida de masa en los músculos esqueléticos -sarcopenia- y los cambios en la arquitectura muscular. Esta disminución de la fuerza y la potencia muscular, junto con la degeneración de los sistemas somato-sensorial (tacto, temperatura, posición del cuerpo, dolor, etc.) y motor (control del movimiento reflejo y voluntario), tiene importantes implicaciones funcionales, como la pérdida de la coordinación muscular (ataxia), las contracciones involuntarias (disonía), la disminución en la velocidad al caminar, el aumento del riesgo de caídas..., trastornos del movimiento que reducen la autonomía de las personas mayores y deterioran significativamente su calidad de vida.

En cuanto a los problemas de salud mental, que muchas veces pasan inadvertidos, no son diagnosticados o, como señalan Tello-Rodríguez et al. (2016), son *subtratados*, vale decir aquí que son relativamente frecuentes en la población adulta mayor (personas de 60 años y más). De hecho, aunque la mayoría de las personas mayores envejecen de forma «exitosa», algunas de ellas corren el riesgo de padecer trastornos mentales, enfermedades neurológicas o problemas relacionados con el consumo de sustancias según se van acercando al final de la vida. Basándose en los datos publicados por la OMS (2017) sobre la salud mental de los adultos mayores, Zambrano-Calozuma y Estrada-Cherre (2020) afirman que más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad sufren, en sus diferentes grados de severidad, algún tipo de trastorno mental o neural, concretando, además, que el 6,6% de la discapacidad en este grupo etario es debida a trastornos mentales y del sistema nervioso.

Estos datos, unidos a que una cuarta parte de las muertes por daños autoinfligidos corresponden a personas de sesenta años de edad o mayores, sugieren que las personas de edad avanzada constituyen un grupo poblacional especialmente vulnerable no sólo al maltrato -físico, sexual, psicológico, emocional, económico o material-, al abandono y a la falta de atención, sino

también a los problemas de salud mental, especialmente a la demencia y a la depresión (OMS, 2017). Por estos y otros motivos, resulta totalmente necesaria una intervención socio-sanitaria con las personas de edad avanzada que incluya el incremento de los recursos sociales y sanitarios, el tamizado en los servicios de salud, la incorporación a los programas educativos, la participación en diferentes grupos comunitarios y el fomento de la actividad física, ya que sólo con un abordaje terapéutico multidisciplinar se podrá conseguir un envejecimiento saludable con mejor calidad de vida (Rojo-Pérez y Fernández-Mayoralas, 2011).

Siguiendo con los problemas de salud mental que repercuten en el desarrollo vital de las personas mayores, existe evidencia de que los trastornos mentales más frecuentes en este grupo etario afectan a las dimensiones **neurocognitiva** -alteraciones de memoria, cambios de comportamiento, dificultades para comunicarse, problemas de atención y de concentración, etc.-, **afectiva** -ansiedad, depresión, desorientación espacio-temporal, sensación de confusión, etc.- y **onírica** -insomnio, somnolencia, síndrome de piernas inquietas, bruxismo, apnea obstructiva del sueño, etc.-.

En el caso de los trastornos que afectan a las funciones cognitivas, una leve alteración en el funcionamiento de las mismas puede considerarse como *normal* dentro del proceso de envejecimiento (fallos de memoria, comportamientos inadecuados, falta de higiene, acumulación de objetos, etc.), sin embargo, alteraciones más graves, que ya son llamativas y afectan a la vida cotidiana del adulto mayor, pueden indicar el inicio de un trastorno cognitivo. Así pues, y siguiendo el *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales* (DSM-V), es importante insistir en que los trastornos neurocognitivos son un grupo de patologías que ocasionan un deterioro significativo de las funciones mentales del «*geronte*» al afectar, en mayor o menor grado, al pensamiento, la memoria, la percepción, la comunicación, la orientación, el cálculo, la comprensión y la resolución de problemas, aunque, si hacemos caso a Rincón (2018), la pérdida de autonomía del sujeto para realizar las actividades de la vida cotidiana es el factor determinante para realizar el diagnóstico diferencial.

En efecto, no hay que olvidar que la causa más común de los trastornos cognitivos son las enfermedades neurodegenerativas (demencia, alzheimer, parkinson, esclerosis múltiple, etc.), enfermedades que van reduciendo

paulatinamente la autoconfianza, la autoestima y la autonomía personal del afectado, exigiendo a la familia y cuidadores un mayor esfuerzo en la atención y cuidados de salud de la persona dependiente.

Los trastornos afectivos, por su parte, trastornos cuyo síntoma más representativo es la alteración permanente del estado de ánimo (depresión, distimia, ciclotimia, manía, bipolaridad, etc.), se caracterizan por persistentes sentimientos de tristeza, vacío emocional, apatía y desesperanza, sentimientos que pueden acentuarse por la falta de apoyo familiar y por el empobrecimiento de las relaciones sociales. Junto con la ansiedad, constituyen la alteración psiquiátrica más común en las personas mayores, y aunque, en general, presentan cuadros clínicos muy parecidos a los de las personas jóvenes y responden a factores etiológicos similares, existen ciertas particularidades en los signos semiológicos y en las causas desencadenantes -fundamentalmente médicas y psicosociales- que dificultan el diagnóstico en el caso de los adultos mayores (Lucero y Casali, 2006).

En efecto, tomando como referencia la depresión, que es el trastorno afectivo con mayor prevalencia en este grupo etario (tasa en torno al 7%), podemos observar que, a diferencia de las personas jóvenes o adultas, en el caso de las personas de edad avanzada los episodios tienden a ser más prolongados, la ansiedad y la agitación aparecen con mayor asiduidad, la sintomatología paranoide es más frecuente, los síntomas hipocondríacos y las somatizaciones son más comunes, el insomnio es mucho más intenso, existe una importante disminución de los rendimientos cognitivos, una mayor resistencia al tratamiento y, especialmente, un mayor riesgo de suicidio.

En esta misma línea argumental, Sable et al. (2002) insisten en destacar el deterioro cognitivo y los contratiempos vitales asociados al envejecimiento como principales causas de la dificultad que entraña el diagnóstico clínico de depresión en los adultos mayores (aislamiento social, pérdida de autonomía, empobrecimiento del estado de salud, dificultades económicas y proximidad de la muerte, entre otros), al tiempo que advierten de que la propia idiosincrasia del proceso puede facilitar el ocultamiento de los síntomas depresivos.

Finalmente, y en lo que a los trastornos del sueño-vigilia se refiere, merece la pena recordar aquí que, conforme la persona envejece, la cantidad de tiempo

que invierte en el sueño profundo (fases 3 y 4) se reduce y, en consecuencia, aumenta el sueño ligero (fases 1 y 2). También sucede, como explican Echávarri y Erro (2007), que el primer periodo de sueño REM se inicia con una latencia mucho más prolongada y, por tanto, el tiempo que se invierte en sueño REM se reduce. Por este motivo, las personas mayores tardan más tiempo en dormirse y se despiertan más fácilmente, lo que les hace más propensos al insomnio, la apnea obstructiva, la somnolencia diurna, el descenso del nivel de alerta y los cambios de humor, trastornos específicos que alteran significativamente la calidad de vida de esta población.

**Tabla 1**

*Fases del ciclo del sueño*

|  |                |   |  |
|--|----------------|---|--|
| <b>FASES NO REM</b><br>Durante estas fases se produce un descenso progresivo de la actividad EEG (ondas cerebrales lentas) | Fase I         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conciliación del sueño</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se inicia la reducción de la tensión muscular y del ritmo cardiaco</li> </ul> |
|  | Fase II        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sueño ligero</li> </ul>  |  |
| <b>FASES REM</b><br>Ondas cerebrales iguales a la vigilia  | Fases III y IV | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sueño profundo, insensible a los ruidos. Funciones vitales mínimas. Recuperación del cansancio físico</li> <li>• Es cuando pueden presentarse pesadillas, sonambulismo y, en los niños, terrores nocturnos y enuresis</li> </ul> |  |
|  | Fase V         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sueño paradójico, movimientos oculares rápidos (REM)</li> <li>• Tono muscular mínimo. Ritmo cardiaco y respiratorio irregular. Actividad onírica. Recuperador del cansancio psíquico y nervioso</li> </ul>                       |  |

*Fuente: Alonso, M. J. (2019)*

Así pues, y a tenor de todo lo anteriormente expuesto, parece razonable pensar que las instituciones y los profesionales encargados de velar por la salud y el bienestar de las personas mayores deben prestar tanta o más atención a los problemas de salud mental que a los de salud física, ya que los trastornos cognitivos, afectivos y emocionales pueden exacerbar la sintomatología de las enfermedades -en particular las de las patologías crónicas- e incrementar la dependencia funcional y el mayor uso de los recursos sanitarios de este grupo etario. Como señalan Tello-Rodríguez et al. (2016), es necesario contar, además de con una sociedad que no segregue y estigmatice a las personas mayores, con instituciones, centros y servicios especializados que garanticen una atención médica y psicológica de calidad para la población anciana. A lo que habría que añadir políticas, estrategias y planes de acción en el ámbito de la salud que preserven y garanticen la calidad de vida de las personas mayores y de sus familiares.

## 2.4 El sentimiento de soledad en las personas de edad avanzada

Como se viene subrayando a lo largo de este trabajo, el envejecimiento es un proceso de cambios y transformaciones, tan natural como irreversible, que conlleva la pérdida progresiva de la capacidad de adaptación de las personas mayores al entorno. Los cambios corporales, psicológicos y sociales asociados al envejecimiento, junto con la jubilación, la ocurrencia de enfermedades médicas, la pérdida de seres queridos o la discapacidad funcional, propician la aparición de problemas de índole físico, social y mental que pueden causar la pérdida de la autonomía personal, el aislamiento, la soledad y la angustia en las personas de edad avanzada.

En este sentido, y siguiendo a Rodríguez (2009), habremos de decir aquí que la vejez es una etapa de la vida en la que suceden una serie de pérdidas que facilitan la aparición y el desarrollo del sentimiento de soledad. De hecho la soledad es un fenómeno cada vez más estudiado e investigado por diferentes autores y desde diferentes perspectivas (Cardona et al., 2013; Fonseca, 2019; López y Conde, 2018; Palm-Ayllón y Escarabajal-Arrieta, 2021; etc.), aunque si prestamos atención a las observaciones realizadas y a las conclusiones extraídas a partir de las mismas, se aprecia con claridad meridiana la necesidad de abordar el tema del sentimiento de soledad de forma multidisciplinar.

Respecto al término «soledad», el Diccionario de la *Real Academia de la Lengua Española* (RAE) incluye, entre sus diferentes acepciones, la que hace referencia a "*la carencia voluntaria o involuntaria de compañía*" y la que representa el "*pesar y melancolía que se sienten por la ausencia, muerte o pérdida de alguna persona*", dos acepciones con matices marcadamente psicosociales que permiten una primera toma de contacto con el tema. Siguiendo con las definiciones, y por considerarla relevante para la realización de este trabajo, cabe destacar la expuesta por Rubio (2009) en un estudio sobre la problemática de la soledad en los mayores, un estudio en el que se describe la soledad como "*una condición de malestar emocional que surge cuando una persona se siente incomprendida o rechazada por otros, o carece de compañía para las actividades deseadas, tanto físicas como intelectuales o para lograr la intimidad emocional*" (p. 4).

Una vez definido el concepto, la primera dificultad que plantea el estudio de la soledad es la falta de unanimidad existente entre los investigadores respecto a su naturaleza -unidimensional o multidimensional-, su estructura -social o emocional-, su evaluación -indicadores objetivos o subjetivos- o su prevalencia en las diferentes etapas del ciclo vital -infancia, juventud, adultez o vejez-. Pero, vayamos por partes.

Es un hecho contrastado que la etapa del desarrollo en la que el sentimiento de soledad es más acentuado es en el ocaso de la vida. Ya sea porque se van perdiendo seres queridos, familiares y amigos, o porque el envejecimiento, con sus limitaciones físicas y psíquicas, dificulta enormemente las relaciones sociales, lo cierto es que la correlación soledad/envejecimiento en esa etapa del ciclo vital es cada vez más significativa. Aún más, si a esta ocurrencia se añade que el envejecimiento de la población es un fenómeno de alcance global y que se espera un aumento significativo de la población mayor de 65 años en la primera mitad del siglo XXI, el sentimiento de estar solo y el aislamiento social pueden llegar a convertirse en una auténtica pandemia.

En este sentido, basta decir que las previsiones de la *Organización de las Naciones Unidas* (ONU) para el año 2050 contemplan que una de cada seis personas en el mundo tendrá más de 65 años (16%), y que la población de las personas de 80 años o más se triplicará, pasando de 143 millones en 2019 a 426 millones (Garcés et al., 2021). Esta previsión demográfica, de llegar a confirmarse, supondría el crecimiento exponencial del sentimiento de soledad y, por tanto, de la problemática que conlleva el proceso de envejecimiento, obligando a las autoridades sanitarias a elaborar un *plan de acción* internacional que dé protagonismo y aproveche el enorme potencial de las personas mayores en el siglo XXI (ONU, 2002).

En España, según datos estadísticos del Padrón continuo del *Instituto Nacional de Estadística* (INE) del año 2019, el grupo etario de personas mayores de 65 años representaba el 19,3% sobre el total de la población, alrededor de 9 millones de personas. Apenas unos meses después, en 2020, el número de habitantes mayores de 65 años en España ascendía ya a 9,3 millones, un 20% sobre el total de la población, y si siguen las tendencias demográficas actuales, la población de 65 y más años supondrá el 26% del total en el año 2037 (INE, 2023).

**Tabla 2**

*Datos del Padrón continuo del INE*



*Fuente: Centro de Psicología Canvis (INE, IMSERSO y CIS)*

A esta situación demográfica originada por el aumento de la esperanza de vida en los países occidentales, se suman otros factores que hace que el sentimiento de soledad se multiplique: los cambios sociales y los nuevos modelos de familia. Como señalan Sáenz de Jubera et al. (2019), el aumento de la longevidad y la crisis económica acontecida ha hecho que la población mayor de 65 años se haya duplicado en los últimos años, afectando directamente a los modelos, a la estructura y a las funciones de la familia. De hecho, la institución familiar está sufriendo en la actualidad una profunda transformación, ya que, junto con las familias nucleares tradicionales, cada vez van teniendo más presencia y notoriedad las familias monoparentales, las familias recompuestas y, debido a la crisis suscitada por la Covid-19, las familias multigeneracionales.

En cualquier caso, y aunque la pandemia y la crisis económica hicieron crecer coyunturalmente esta modalidad de hogar, se está pasando de un modelo de convivencia intergeneracional -abuelos, padres y nietos viven juntos- a un modelo de convivencia nuclear en el que sólo tienen cabida padres e hijos, un modelo en el que la persona mayor no tiene sitio y es desplazada del núcleo

familiar, viéndose obligada a vivir en un centro asistencial, una residencia o sola en su domicilio, con o sin la supervisión externa de un cuidador. De ahí que resulte necesario, dada la problemática clínica y social que suscita el tema del envejecimiento -con estos nuevos modelos de sociedad y familia- reorientar las políticas públicas de salud mental y de atención geriátrica, tanto a nivel institucional como a nivel social y familiar (Garcés et al., 2021).

En efecto, desarrollando políticas sociales responsables, coherentes y solidarias que promuevan la salud mental de las personas mayores, prevengan las enfermedades, favorezcan la integración social y erradiquen los estereotipos asociados a vejez, se conseguirá que la soledad y el aislamiento pasen a ser considerados dos problemas que repercuten directamente en el sistema de salud pública (Yanguas, 2018), y que, por este motivo, hay que abordar de forma urgente. No hay que olvidar que, además de dificultar las relaciones sociales, el aislamiento y el sentimiento de soledad pueden provocar, favorecer o agravar las enfermedades físicas (neuromusculares, cardiovasculares, neurocognitivas, etc.) y psicológicas (ansiedad, depresión, desorientación, confusión, etc.) de las personas de todas las edades, y muy especialmente, como señala Yanguas (2021), de las de edad avanzada.

Así las cosas, y ya para finalizar este apartado dedicado a la problemática social de las personas mayores, merece la pena mencionar aquí una noticia publicada por el periódico la Razón el 21 de abril de 2023, una en la que se informaba de que la Comunidad Autónoma de Aragón iba a ser la primera administración pública en crear una Consejería para hacer frente a la problemática de la soledad, una loable acción que, caso de llevarse a cabo, convertiría a esta comunidad autónoma en la primera en elevar a nivel de consejería el problema de la soledad y sus consecuencias, y tratarlo mediante las políticas sociales.

#### ***2.4.1 Tipos de soledad: la Soledad Objetiva y la Soledad Subjetiva***

El hecho de que el sentimiento de soledad sea experimentado por cada individuo de forma diferente hace que el constructo «soledad» sea difícil de delimitar y medir, básicamente porque se refiere al malestar emocional que surge en una persona cuando se siente incomprendida por otros o carece de compañía (Madoz, 1998), un malestar en el que intervienen e interactúan

múltiples factores, tanto personales como sociales. De hecho, es un concepto que se ha reformulado en muchas ocasiones a lo largo de la historia y se ha abordado desde diferentes puntos de vista (Coca y Gómez, 2015).

El primer problema que plantea el estudio de la soledad, afirma Rubio (2004), es la falta de acuerdo entre los autores sobre su conceptualización y la clasificación de los tipos de soledad existentes. Weiss (1973), por ejemplo, piensa que la soledad es *"un fenómeno natural, un sentimiento que puede surgir en ciertos momentos de la vida y que puede afectar a cualquier persona, independientemente de su género, edad u otra característica sociodemográfica"* (citado en Mozo, 2020, p.7). Además, considera que es necesario diferenciar en este concepto dos dimensiones: la dimensión **social** y la dimensión **emocional**. La primera dimensión hace referencia a un déficit en las relaciones, las redes y los soportes sociales del individuo, mientras que la segunda dimensión, la emocional, indica una carencia de cercanía o intimidad con otras personas.

Como afirma Rubio (2009), no es lo mismo estar solo que sentirse solo. Estar solo, siempre que sea algo que realmente se necesita o se desea, no tiene por qué ser un problema. Todas las personas, incluidas las de edad avanzada, necesitan pasar cierto tiempo a solas para hacer cosas, conseguir objetivos y sentirse bien consigo mismas. Es algo tan natural como necesario. Sentirse solo, en cambio, es algo mucho más complejo e, incluso, paradójico, ya que se trata de un sentimiento que podemos experimentar incluso estando en compañía de otras personas.

Así pues, como afirma Bermejo (2016), la soledad no deja de ser una sensación subjetiva que se experimenta cuando no se está satisfecho o cuando las relaciones no son suficientes o no son tan satisfactorias como se desearía que fueran. Por ello se habla de la existencia de una **soledad objetiva**, la que hace referencia a la falta de compañía, y de una **soledad subjetiva**, la que padecen las personas que se sienten solas, con independencia de que vivan con otras personas o estén convenientemente integradas en la comunidad. No se habla aquí de aislamiento, abandono o ausencia de relaciones, sino de un sentimiento doloroso de tristeza, pesar y melancolía que, lamentablemente, cada vez afecta más a las personas mayores.

En esta misma línea argumental, y desde el punto de vista de la diversificación del concepto, Álvarez (1983) insiste en la conveniencia de diferenciar lo que se vive de lo que se siente, revelando así las dos dimensiones de la soledad: la **exterior** -en referencia a la interacción con el entorno social- y la **interior** -en referencia a la idiosincrasia particular-. Para este autor, la soledad interior estaría relacionada con la personalidad y la intimidad del sujeto, y la soledad exterior con el funcionamiento social. Isidro et al. (1999), por su parte, identifican la soledad como un sentimiento desagradable vinculado a un desajuste en la percepción de la calidad de las relaciones sociales establecidas, un desajuste que se asocia con la falta de confianza del individuo en su capacidad para afrontar las situaciones que potencialmente pueden llegar a generarle soledad.

Basándose en la afirmación de no es lo mismo estar solo que sentirse solo, Rubio y Aleixandre (1999) recogen el testigo de sus antecesores diferenciando los conceptos de soledad objetiva y soledad subjetiva. En su opinión, cualquier individuo que viva solo puede experimentar falta de compañía, aislamiento o desarraigo (soledad objetiva), pero también puede suceder que, a pesar de contar con apoyos sociales, le invada un sentimiento de melancolía, nostalgia, añoranza o tristeza, que ha de ser interpretado como soledad subjetiva. Por decirlo de otro modo, el hecho de que una persona se encuentre en una situación de soledad objetiva o de aislamiento, no quiere decir que tenga que sentir soledad o tenga que tener una vivencia desagradable, al contrario, esta situación puede ser saludable, enriquecedora y, a veces, incluso deseada.

A decir verdad, la mayoría de estos autores reconocen que la soledad objetiva no tiene por qué ser considerada siempre un problema, ya que el aislamiento, en sí mismo, no determina el sentimiento de soledad. Un individuo solo, podría no sentir soledad, mientras que sí podría sentir soledad, o un vacío emocional/existencial subjetivo, estando acompañado. En este sentido, merece la pena mencionar en este apartado la categorización realizada por la Universidad de Granada en 2003 [*Escala Este de Soledad (Este-R)*], una categorización en la que, como señala Rubio (2004), se aborda la soledad como un constructo multidimensional y se pone el énfasis tanto en los déficits existentes en el soporte social del sujeto (tanto familiar, conyugal como social), como en el sentimiento que tales déficits pueden provocar. A saber:

- La Soledad Familiar: Que surge cuando hay una falta de apoyo de la familia o cuando la persona mayor no percibe el apoyo como idóneo (puede darse tanto si la persona mayor no tiene familia como si, teniéndola, la valoración que hace de su interacción no es buena).
- La Soledad Conyugal: Que tiene lugar cuando falta el sentimiento de amor en la pareja, ya sea porque la relación no es satisfactoria o porque se ha producido la pérdida del cónyuge, pérdida que, en la etapa final de la vida, supone un gran impacto emocional que dificulta el hecho de tener que vivir en soledad.
- La Soledad Social: Que se produce cuando existen importantes carencias en las relaciones e interacciones sociales, carencias que pueden causar el retraimiento y el aislamiento de la persona mayor.
- La Crisis Existencial: Que se da cuando la persona mayor piensa o siente que no vale la pena seguir viviendo o que no encuentra el sentido para ello. Normalmente, está asociada a una pérdida importante de autonomía, de salud o de un ser querido.

Ya para terminar, y aunque en la actualidad ostenta la consideración de *clásica*, interesa hacer referencia a la clasificación de la soledad realizada por Young (1982), una clasificación en la que la duración del sentimiento de nostalgia, pesar y melancolía que caracteriza a la soledad constituye la piedra angular de la estructura. En su trabajo sobre la soledad, la depresión y la terapia cognitiva, este autor diferencia entre tres tipos de soledad: la **soledad crónica**, que tiene una duración de dos o más años y se puede identificar por el sentimiento de insatisfacción en las relaciones sociales y la dificultad para mantener y desarrollar relaciones sociales que conlleva; la **soledad situacional**, que al ser causada por un suceso vital estresante -como la muerte del cónyuge o la ruptura del matrimonio- es temporal y se supera cuando el individuo acepta la pérdida; y la **soledad pasajera**, que es la más común en la población y se caracteriza por episodios cortos de sentimientos de soledad.

#### **2.4.2 Consecuencias de la soledad**

Como se ha podido apreciar a lo largo del desarrollo de los diferentes apartados que componen el marco teórico de este trabajo, el avance inexorable de la edad aumenta la posibilidad de vivir en soledad, y por ende el aislamiento

social. Todos los datos demográficos y epidemiológicos revisados apuntan a que, en un futuro próximo, el sentimiento de soledad causará una problemática social de profundo calado, una problemática cuyo impacto se hará notar de forma muy especial en el ámbito de la salud, tanto en lo referente a la asistencia sanitaria como a la sociosanitaria.

Por esta y otras razones, se prevé un aumento significativo de las enfermedades médicas crónicas, de las enfermedades mentales y de la dependencia en las personas de edad avanzada, así como una merma igualmente significativa de la autonomía y la funcionalidad de estas personas. El hecho de que se pierdan a dichas edades los refuerzos sociales y familiares, puede actuar como catalizador para que el aislamiento y la soledad de las personas mayores aumenten, haciéndoles más vulnerables frente a las enfermedades y originándoles un profundo sentimiento de indefensión.

En efecto, los resultados del estudio de Bermejo (2022) sobre la salud y la soledad de las personas mayores vienen a demostrar que la soledad puede tener consecuencias muy negativas sobre la salud, tanto en el plano físico como en el psicológico. A nivel fisiológico, tiene un efecto asténico sobre el organismo (fatiga general) que afecta fundamentalmente al sistema inmunológico, un efecto debilitador que puede provocar el incremento de migrañas, dolores de cabeza, problemas digestivos y de corazón, dificultades para dormir, insomnio, apatía, etc. A nivel psicológico, continúa refiriendo este autor, la soledad correlaciona significativamente con el descenso del nivel de confianza y de autoestima y, lógicamente, con el aumento de trastornos como la depresión, la ansiedad o el alcoholismo, trastornos a los que, además, habría que añadir el sustancial incremento de las ideas suicidas en las personas mayores. Por esta razón, no hay que olvidar que la situación de aislamiento social es uno de los escenarios potencialmente susceptibles de provocar la aparición -o facilitar el desarrollo- de trastornos psicopatológicos tan graves como la depresión o la neurosis, trastornos que exigen el incremento y mejora de los servicios sociosanitarios del Sistema Público de Salud para este grupo de edad.

Estudios como el de Valarezo et al. (2020) sobre la influencia de la soledad en el estado cognitivo y emocional de las personas mayores residentes en una institución geriátrica, han venido a demostrar que la ansiedad que suscita la soledad se puede manifestar con síntomas cognitivos, emocionales o somáticos

-angustia, temores, preocupación, inseguridad, inquietud, hiperactividad, etc.-, mientras que su influencia en la depresión se exterioriza en forma de anhedonia, tristeza y llanto fácil. Además, estos autores llegan a la conclusión de que la soledad influye en *cierto nivel* al deterioro anímico y mental de las personas mayores, originando un desgaste cognitivo, que afecta sobre todo al recuerdo y la memoria, que dificulta enormemente la realización de las tareas cotidianas.

Estos mismos efectos de la soledad sobre la salud son corroborados por Palma-Ayllón y Escarabajal-Arrieta (2021) en una revisión bibliográfica realizada en las bases de datos biomédicas PubMed y Web of Science para comprobar los efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. Estas autoras, a partir de la revisión sistemática de la literatura especializada (2431 artículos), estudian la repercusión de la soledad como factor coadyuvante al deterioro cognitivo, concluyendo que la soledad está asociada con "*trastornos psicológicos, como la ansiedad y la depresión*" y tiene una "*relación predictiva con la presencia de deterioro cognitivo*" (p. 25).

Por lo demás, los resultados de este trabajo apuntan al sentimiento de soledad como un problema de salud pública que genera sufrimiento y enfermedad en las personas mayores, un factor predictor de deterioro cognitivo que está asociado a trastornos psicológicos como la ansiedad, el nerviosismo o la angustia, un factor que aumenta el riesgo de sufrir depresión, presentar insatisfacción con la vida y necesitar ayuda para realizar las actividades cotidianas. Sin olvidar, además, que existe evidencia científica que identifica la soledad como un síntoma neuropsiquiátrico relevante en la pre-clínica de la enfermedad de Alzheimer (Donovan, 2017).

De igual forma, merece la pena recordar que también se ha estudiado y analizado la problemática asociada a la situación de soledad y aislamiento durante la pandemia originada por el Covid-19, tanto en lo referente a las intervenciones realizadas durante el confinamiento para disminuir el sentimiento de soledad, como al abordaje psicosocial y clínico de los trastornos que esta situación ha podido ocasionar a las personas de la tercera edad. Sánchez-Ordóñez y Sánchez-Vázquez (2020), por ejemplo, analizaron las consecuencias de la soledad y el aislamiento en las personas de la tercera edad durante la pandemia concluyendo que, en esa situación en concreto, han tenido

efectos devastadores. Los adultos mayores, afirman Sánchez-Ordóñez y Sánchez-Vázquez:

No sólo han sufrido una mayor mortalidad y han tenido mayores complicaciones en el desarrollo de la enfermedad, sino que han soportado las consecuencias más graves. La soledad y el aislamiento del adulto mayor en estos momentos han producido efectos devastadores. La paralización de todas sus actividades y el aislamiento ha originado unas graves consecuencias físicas y psicológicas que están por evaluar (2020, p. 40).

De hecho, la comunidad científica ha podido constatar que la soledad y el aislamiento social aumentan alrededor de un 30% el riesgo de mortalidad, que hay más riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares e ictus en estas situaciones y que existe una mayor probabilidad de padecer demencias y problemas de salud mental (Holt-Lunstad et al., 2015). Igualmente, se ha identificado el aislamiento como factor de riesgo para el deterioro cognitivo y el desarrollo de determinadas enfermedades neurodegenerativas y se ha podido confirmar la relación del aislamiento con los factores de riesgo clásicos de las demencias relacionadas con la enfermedad de Alzheimer (Shafiqi et al. 2023).

De acuerdo con las evidencias aportadas por estos y otros trabajos, habría que considerar la soledad como uno de los factores condicionantes de la muerte prematura de las personas mayores, ya que, como afirman Sánchez-Ordóñez y Sánchez-Vázquez (2020), el no tener interacción social ni estimulación cognitiva conlleva un aumento de los problemas fisiológicos, afectivos y emocionales, que, como se ha venido argumentando a lo largo de todo este apartado, se constituyen en factor de riesgo no sólo para la salud de las personas de edad avanzada, sino también para el advenimiento de una muerte prematura. Si a todo esto añadimos la falta de actividad física, el riesgo se convierte ya en *severo*, pudiéndose apreciar todavía con mayor claridad la relación existente entre la soledad y la presencia de enfermedades físicas y el riesgo de muerte.

Así pues, soledad y salud están íntimamente ligadas, son las dos caras de una misma realidad, una realidad que evidencia la vulnerabilidad de las personas mayores frente a la enfermedad y que refleja la necesidad de atención y compañía para poder salir del aislamiento y, de este modo, vencer la soledad (al

menos la soledad objetiva). Como señala Pinazo-Hernandis (2020), es necesario investigar cómo mejorar la sensibilidad interpersonal y el compromiso social hacia los otros, porque este aprendizaje socioemocional podría favorecer la creación de relaciones solidarias positivas, desarrollar la confianza social y ayudar a eliminar los prejuicios existentes respecto a la competencia, capacidad y funcionalidad de las personas mayores.

En resumen, el proceso de envejecimiento y los cambios en la forma de vida que lleva asociados, sobre todo los que afectan a los roles sociales y familiares de convivencia, hacen que la soledad se cebe de forma muy especial en las personas mayores, causándoles un grave deterioro de la salud y generando, por ende, un problema sociosanitario que el Sistema Público de Salud debe abordar lo antes posible y de la manera más adecuada (planes de prevención y asistencia sociosanitaria, programas de conexión intergeneracional, intervenciones psicosociales que mejoren la calidad de vida del adulto mayor, programas de intervención psicológica orientados a la resiliencia y las estrategias de afrontamiento, etc.).

Por este y otros motivos, el presente estudio pretende evaluar la percepción que tienen las personas mayores institucionalizadas, ingresadas o no, respecto a la soledad social y a la vivencia subjetiva que experimentan como consecuencia del contento o descontento que surge de esa percepción de la soledad, y analizar sus posibles consecuencias y repercusiones. Se trata, pues, de aportar conocimiento para ayudar a la comunidad a diseñar estrategias de actuación y planes de acción multidisciplinarios de carácter preventivo que sirvan para mitigar los problemas de salud de la gente mayor, tanto a nivel institucional, como social y familiar.

### **3. MOTIVACIÓN**

¿Son la vejez y la soledad hoy en día un tándem inseparable? ¿Es la soledad dado el aumento de la esperanza de vida, el fenómeno que marcará la próxima pandemia del siglo XXII? ¿Se puede combatir la soledad desde el conocimiento de que grupo poblacional será el más afectado? ¿Influye el hecho de estar ingresado en un centro asistencial a potenciar el sentimiento de soledad?, o es,

por el contrario, el hecho de vivir solos, el desencadenante de un mayor índice de soledad?

Estas reflexiones son las que me han llevado a seleccionar el tema central de mi trabajo de fin de grado, quiero plantear un trabajo de investigación como fórmula o mecanismo de análisis para establecer dentro de la franja vital de la tercera edad que grupo, entre los adultos ingresados en centros asistenciales y los que no lo están, puede ser el más proclive a sufrir un índice mayor de sentimiento de soledad con los trastornos y secuelas física y mentales que esto puede comportar, ya que con este conocimiento podremos actuar desde todos los ámbitos, sociales, familiares y institucionales dando una respuesta conjunta que establezca los mecanismos y las estrategias de prevención necesarias.

La intencionalidad del trabajo es que mediante este conocimiento previo que nos muestra el análisis que vamos a efectuar, nos permita anticiparnos y aclarar el marco de las consecuencias de la soledad. Con el fin de que haya posibilidad de fijar un marco de prevención y actuaciones de apoyo, que se apliquen a un grupo concreto más proclive a sufrir los efectos de la soledad.

Si podemos establecer sobre la base de las comparativas y análisis la medición del grado de soledad que sufren las personas mayores en función de su realidad cotidiana, ingreso en centros residenciales, personas que viven solas, aislamiento social, o personas que conviven con familiares o bajo supervisión, podremos fijar sobre qué grupo deben desarrollarse las iniciativas para paliar esta situación, ya sea desde la toma de medidas preventivas y estrategias de apoyo que tomen las instituciones o bien generando una concienciación social que comporte un cambio de rol de la realidad de la tercera edad.

El estudio de la tercera edad abarca un amplio abanico de situaciones que han experimentado cambios debido a la evolución social. En lugar del modelo tradicional de estructura familiar donde la convivencia es generacional (abuelos, padres, nietos), ahora se ve más una tendencia hacia la familia nuclear (padres e hijos) y abuelos que viven por separado, sea en instituciones o en su propio domicilio. De esta manera, podemos establecer dos grandes grupos para efectuar la comparativa, ya que son los que más se ajustan a la realidad actual:

- Las personas mayores que residen en centros de titularidad pública o privados.
- Gente mayor que reside sola o con asistencia o supervisión de un cuidador.

#### **4. OBJETIVOS**

##### **Objetivo General**

El propósito de esta investigación es analizar y determinar el índice de soledad subjetiva experimentada por el colectivo de individuos que pertenecen a la tercera edad. Asimismo, se busca examinar cómo diferentes variables influyen en la intensidad de dicho sentimiento, ya sea amplificándolo o atenuándolo.

##### **Objetivos Específicos**

En concreto, los objetivos específicos que se pretenden alcanzar son los siguientes:

1. Realizar una comparación entre los niveles de soledad obtenidos en dos grupos principales: personas que están institucionalizadas en una residencia con las que no lo están, pero asisten a un recurso de hospital de día. Para determinar si existen diferencias significativas en la vivencia de dicho sentimiento entre estos dos grupos.
2. Evaluar y comparar el impacto en términos de afectación dentro de este grupo poblacional, considerando las diferencias de género entre hombres y mujeres.
3. Determinar la relación existente entre el índice de soledad y los síntomas depresivos, buscando establecer una correlación entre ambas variables.
4. Analizar entre los participantes que asisten al hospital de día, cuales experimentan una mayor sensación de soledad, distinguiendo entre aquellos que viven solos y aquellos que conviven con familiares u otros.

Para conseguir estos objetivos, partimos de la base de las siguientes **hipótesis:**

- H.1. El grupo de personas institucionalizadas consta de mayor apoyo, dado que tienen ayudas sociosanitarias y de carácter médico para afrontar, a diferencia de quienes no lo están. Por lo que señalamos a este grupo con menos sensación de soledad.
- H.2. Dentro de este rango de la población, diferenciando según el género, se considera que los hombres sienten más soledad que las mujeres.
- H.3. Los usuarios con claros síntomas de depresión serán aquellos que también obtendrán una puntuación más baja en la escala de UCLA (mide sentimiento de soledad).
- H.4. El grupo que reside en el domicilio, y además de ello sin compañía, es más susceptible a sufrir un mayor índice de soledad subjetiva.

## **5. METODOLOGIA**

### **5.1 Participantes**

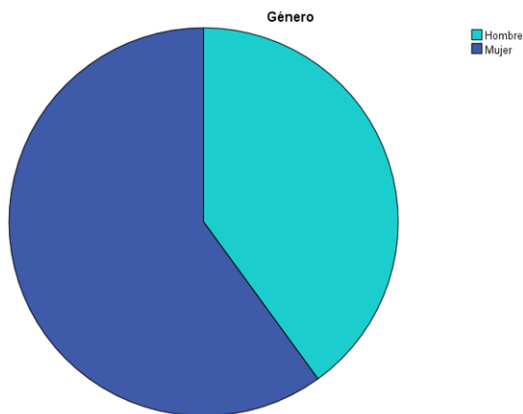
Para llevar a cabo este estudio hemos utilizado una muestra de 40 personas mayores (+65 años) usuarias de una residencia del Camp de Tarragona. Los participantes para el análisis han sido N=20 personas institucionalizadas en el mismo centro, y N=20 personas que asisten al recurso de Hospital de día de la residencia.

Como observamos en la **Figura 1**, el 60% de la muestra son mujeres, y el 40% son hombres.

Las edades de los sujetos oscilan entre los 65 y los 100 años, con una media de edad de M=81,75 y una DT=9,39 (**Tabla 4**).

**Figura 1**

*Participantes distribución de géneros*



**Tabla 3**

*Participantes totales por género e institucionalización*

| Estadísticos descriptivos |        |       |         |
|---------------------------|--------|-------|---------|
|                           | N Resi | N H.D | N Total |
| Mujeres                   | 14     | 10    | 24      |
| Hombres                   | 6      | 10    | 16      |
| Total                     | 20     | 20    | 40      |

**Tabla 4**

*Edad de la muestra*

| Estadísticos descriptivos |    |        |        |       |       |
|---------------------------|----|--------|--------|-------|-------|
|                           | N  | Mínimo | Máximo | M     | DT    |
| Edad                      | 40 | 65     | 100    | 81,75 | 9,388 |

## 5.2 Instrumentos

Los instrumentos que se han utilizado para el presente estudio son los siguientes:

### 5.2.1 Escala de soledad de UCLA

La primera escala utilizada ha sido la Escala de Soledad de UCLA (*University of California at Los Angeles*). Este instrumento fue originalmente desarrollado por Russell, Peplau, y Ferguson (1978). Su elaboración fue motivada por la falta de un instrumento sencillo y fiable que midiera la soledad general. Esta escala tiene una validez de constructo con altas correlaciones entre ítems y un alfa de Cronbach de 0,95. Se trata de uno de los cuestionarios que más se usan hoy en día para medir dicho constructo.

Este cuestionario consta de 10 preguntas puntuables entre 1 y 4 puntos, lo que permite una puntuación mínima de 10 y máxima de 40.

- Puntuaciones < 20 pueden indicar un grado severo de soledad.
- Puntuaciones entre 20-30 pueden indicar un grado moderado de soledad.
- Mientras que una puntuación superior a 30 sería indicativa de un grado leve o ausente o de soledad.

**Tabla 5**

*Escala de Soledad UCLA*

| ESCALA DE SOLEDAD UCLA   |  |   |   |     |
|--|--|---|---|-----|
| <b>Indique en qué grado le describen a usted cada una de las afirmaciones siguientes. Señale con un número del 1 al 4 cada una de ellas.</b> |  |   |   |     |
| <b>1. Indica: «me siendo así a menudo».</b>  |  |   |   |     |
| <b>2. Indica: «me siento así con frecuencia».</b>  |  |   |   |     |
| <b>3. Indica: «raramente me siento así».</b>   |  |   |   |     |
| <b>4. Indica: «nunca me siento de ese modo».</b>   |  |   |   |     |
| 1  | ¿Con qué frecuencia se siente infeliz haciendo tantas cosas sólo?                            | 1 | 2 | 3 4 |
| 2  | ¿Con qué frecuencia siente que no tiene a nadie con quien hablar?                            | 1 | 2 | 3 4 |
| 3  | ¿Con qué frecuencia siente que no puede tolerar sentirse sólo?                               | 1 | 2 | 3 4 |
| 4  | ¿Con qué frecuencia siente que nadie le entiende?  | 1 | 2 | 3 4 |
| 5  | ¿Con qué frecuencia se encuentra a sí mismo esperando que alguien le llame o le escriba?     | 1 | 2 | 3 4 |
| 6  | ¿Con qué frecuencia se siente completamente sólo?  | 1 | 2 | 3 4 |
| 7  | ¿Con qué frecuencia se siente incapaz de llegar a los que le rodean y comunicarse con ellos? | 1 | 2 | 3 4 |
| 8  | ¿Con qué frecuencia se siente hambriento de compañía?  | 1 | 2 | 3 4 |
| 9  | ¿Con qué frecuencia siente que es difícil para usted hacer amigos?                           | 1 | 2 | 3 4 |
| 10   | ¿Con qué frecuencia se siente silenciado y excluido por los demás?                           | 1 | 2 | 3 4 |

### 5.2.2 Escala de Yesavage

El segundo test que se les ha administrado a los participantes ha sido la escala de Yesavage, construida inicialmente por Yesavage & Brink, 1983. Presenta una consistencia interna de 0.78 y fiabilidad de 0.87 y estructura.

Se trata de un cuestionario utilizado para el cribado de la depresión en personas mayores de 65 años. Esta escala explora únicamente síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor, con un patrón de respuesta dicotómica para facilitar el diligenciamiento por el evaluado. Además excluye intencionalmente los síntomas depresivos somáticos, debido a la alta prevalencia en adultos mayores, que podrían limitar la validez del cuestionario (Gómez-Angulo y Campo-Arias, 2011).

Existen dos versiones y en este caso se ha administrado la versión abreviada de 15 ítems. En la cual, las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 13 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 14. Cada respuesta errónea puntúa 1. Los puntos de corte son:

- 0 - 5 : Normal
- 6 - 10 : Depresión moderada
- + 10 : Depresión severa

**Tabla 6**

*Escala de Depresión Yesavage*

|   |    |    |
|---|----|----|
| 1- En general ¿Está satisfecho con su vida?                               | SÍ | NO |
| 2- ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?            | SÍ | NO |
| 3- ¿Siente que su vida está vacía?  | SÍ | NO |
| 4- ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?                                  | SÍ | NO |
| 5- ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?                 | SÍ | NO |
| 6- ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?                                   | SÍ | NO |
| 7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?                            | SÍ | NO |
| 8- ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?                 | SÍ | NO |
| 9- ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?  | SÍ | NO |
| 10- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?  | SÍ | NO |
| 11- En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo?               | SÍ | NO |
| 12- ¿Actualmente se siente un/a inútil?                                   | SÍ | NO |
| 13- ¿Se siente lleno/a de energía?  | SÍ | NO |
| 14- ¿Se siente sin esperanza en este momento?                             | SÍ | NO |
| 15- ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted? | SÍ | NO |

### **5.3 Procedimiento**

Este estudio se ha efectuado en una residencia del Camp de Tarragona, puesto que fue el centro donde se realizaron las prácticas del grado de psicología durante un período de tres meses. Por tanto, se decidió aprovechar la población con la que se trabajaba como muestra para poder llevar a cabo el análisis. Por lo tanto, durante las últimas semanas de la estancia en el centro, se aplicaron los cuestionarios a los individuos de la muestra.

El procedimiento de administración de los tests, se optó por realizarlo de forma individual, abordando a cada sujeto de manera personalizada. Esto se debió principalmente a que la mayoría de los participantes eran personas de edad avanzada, quienes requerían una atención especial para poder comprender los ítems de los tests. Así, también aseguramos obtener unas respuestas más fidedignas por parte de los individuos de la muestra.

En primer lugar, se elaboró una lista con los sujetos que consideramos más adecuados para llevar a cabo las entrevistas. Junto a la tutora, revisamos la lista para que se enfocase a aquellos usuarios con menores dificultades cognitivas o de conducta. Entonces, durante los períodos de menos carga de trabajo en la residencia, se aprovechó la oportunidad para administrar las encuestas.

Primero, se introducía el tema y se planteaba alguna pregunta más general. Después, la entrevista se centraba en los ítems de las escalas a evaluar. Iniciamos con la escala de soledad, que solía llevar más tiempo de comprensión y respuesta, ya que dependiendo del entrevistado requería entre unos 8 y 20 minutos. Seguidamente, se aplicaba la escala de depresión Yesavage, la cual se respondía de manera más rápida debido a que consistía en preguntas de respuesta sencilla, esto implicaba un tiempo máximo de 5 minutos por persona para su realización.

Es preciso añadir, que en esta fase se intentó crear un ambiente óptimo para las entrevistas, con el fin de que los participantes se sintieran cómodos en todo momento. Tras llevar a cabo las 40 entrevistas con los individuos seleccionados, se recopilaron y se sacaron las distintas puntuaciones directas obtenidas en relación a los niveles de soledad y sintomatología depresiva.

## 5.4 Anàlisis de datos

Para realizar el análisis de los datos obtenidos a través de las respuestas de los individuos de la muestra, se ha utilizado el programa estadístico informático *Statistical Package for the Social Science 28* (SPSS). Antes de proceder con el programa, se realizó la extracción de las puntuaciones directas obtenidas por cada uno de los participantes en las diversas escalas. Este proceso, se llevó a cabo manipulando los datos con el software Excel. Una vez recopiladas todas las variables, se procedió a introducirlas en el SPSS, con el fin de realizar el análisis y la comparación de los datos obtenidos.

Primeramente, sacamos los **estadísticos descriptivos** de nuestra muestra, así pudimos determinar los niveles de soledad experimentados por la población anciana.

A continuación, utilizamos la prueba **T de Student** para comparar las medias de los distintos grupos de estudio, y ver si existen diferencias significativas entre estas.

Para terminar, a fin de saber si había algún tipo de relación entre las variables dependientes de soledad y depresión se examinó haciendo una **correlación bivariada de Person** entre estas dos.

En el siguiente punto, se expondrán los diversos resultados de la investigación, que incluyen los análisis de comparación de medias basados en el grupo y en el género. Así como los análisis correlativos realizados con las variables dependientes evaluadas con los tests (soledad y depresión).

## 6. RESULTADOS

**Objetivo 1:** Determinar el índice de soledad subjetiva experimentada por el colectivo de individuos que pertenecen a la tercera edad.

En la **tabla 7** se exponen los resultados que extrajeron los participantes en la escala de UCLA, mostrando así las puntuaciones más bajas en el test, las máximas y la media en cuanto al sentimiento estudiado (M=26.67, DT=7.152).

**Tabla 7***Índice de soledad percibida por la muestra*

| Estadísticos descriptivos |           |               |               |              |              |
|---------------------------|-----------|---------------|---------------|--------------|--------------|
|                           | <b>N</b>  | <b>Mínimo</b> | <b>Máximo</b> | <b>M</b>     | <b>DT</b>    |
| <b>Soledad</b>            | <b>40</b> | <b>14</b>     | <b>38</b>     | <b>26,67</b> | <b>7,152</b> |

Una vez conocidos los niveles de soledad percibida por la población geriátrica de la residencia, pasamos a dar respuesta al segundo de los objetivos y ver si hay diferencias entre los dos grupos principales: la gente que vive institucionalizada en la residencia (R) y los que asisten al hospital de día (HD).

**Objetivo 2:** Comparar los niveles de soledad en dos grupos: personas institucionalizadas (R) y personas que no lo están pero asisten a un hospital de día (HD).

En la **tabla 8** se muestra el contraste de las medias entre los distintos grupos (R y HD) según su puntuación en la escala de soledad. Lo que se hizo fue realizar una prueba t de muestras independientes para comparar la sensación de soledad en personas institucionalizadas en la residencia (M=25.35, DT=6.24) y en personas que no lo están (M=28, DT=7.9).

En este caso, no hubo una diferencia significativa en las puntuaciones de ambos grupos para las distintas condiciones;  $t(38)=1.178$ ,  $p=0.123$ . Estos resultados sugieren que el hecho de estar viviendo en casa, en vez de en la residencia, no es indicativo de que ese grupo se sienta más solo.

**Tabla 8***Prueba T de student para la soledad en los dos grupos experimentales*

| Estadísticas de grupo |       |    |       |       |       |    |      |
|-----------------------|-------|----|-------|-------|-------|----|------|
|                       | Grupo | N  | M     | DT    | t     | gl | p    |
| Soledad               | HD    | 20 | 28,00 | 7,901 | 1,178 | 38 | ,123 |
|                       | R     | 20 | 25,35 | 6,24  |       |    |      |

**Objetivo 3:** Analizar si hay diferencias entre las puntuaciones de soledad según el género.

Para dar respuesta al tercer objetivo de estudio, se realizó de nuevo una prueba t de muestras independientes para evaluar las diferencias existentes entre hombres y mujeres respecto a la variable de soledad. En esta circunstancia, tampoco hubo una diferencia significativa en las puntuaciones para las condiciones hombre (M=27.44, DT=6.62) y mujer (M=26.17, DT=7.58);  $t(38)=0.55$ ,  $p=0,59$ .

Estos datos apuntan a que el género no tiene relevancia en cuanto a la existencia de un mayor sentimiento de soledad (**Tabla 9**).

**Tabla 9***Prueba T de student para la soledad según el género*

| Estadísticas de grupo |        |    |       |       |      |    |      |
|-----------------------|--------|----|-------|-------|------|----|------|
|                       | Grupo  | N  | M     | DT    | t    | gl | p    |
| Soledad               | Hombre | 16 | 27,44 | 6,623 | ,546 | 38 | ,294 |
|                       | Mujer  | 24 | 26,17 | 7,58  |      |    |      |

**Objetivo 4:** Buscar establecer la relación entre el índice de soledad y los síntomas depresivos.

Para determinar si existía relación entre el índice de soledad y los síntomas depresivos, es decir, para ver si ambas variables correlacionan, se ha calculado un coeficiente de correlación de Pearson. En los resultados de esta prueba, se encontró una correlación de:  $r=-0.358$ ,  $N=40$ ,  $p=0.023$ .

De manera que, se observa una fuerte correlación positiva entre el sentimiento de soledad y los síntomas de depresión. Las personas que se sienten más solas tienen más síntomas depresivos.

Existe una correlación negativa entre la escala de soledad de UCLA y la escala de depresión. Porque en la escala de soledad, una puntuación más baja indica mayor sentimiento de soledad, mientras que en la escala de depresión, una puntuación más alta indica mayor probabilidad de presentar síntomas depresivos.

**Objetivo 5:** Observar las diferencias entre los participantes del hospital de día, diferenciando entre aquellos que viven solos y los que conviven con familiares u otros, con el fin de identificar quienes experimentan más sensación de soledad.

**Tabla 10**

*Prueba T de student para la soledad según los subgrupos de HD*

**Estadísticas de grupo**

|                |                   | <b>Grupo</b> | <b>N</b>  | <b>M</b>     | <b>DT</b>    | <b>t</b>      | <b>gl</b> | <b>p</b>        | <b>d</b>      |
|----------------|-------------------|--------------|-----------|--------------|--------------|---------------|-----------|-----------------|---------------|
| <b>Soledad</b> | <b>Solo</b>       |              | <b>10</b> | <b>21,40</b> | <b>5,420</b> | <b>-7,058</b> | <b>18</b> | <b>&lt;,001</b> | <b>-3,156</b> |
|                | <b>Acompañado</b> |              | <b>10</b> | <b>34,60</b> | <b>2,366</b> |               |           |                 |               |

En la **tabla 10** constata que hay diferencias significativas entre los participantes que viven en casa solos y los que viven en casa acompañados.

Lo que se llevó a cabo para dar con los resultados fue ejecutar una prueba t de muestras independientes para comparar el índice de soledad según si los participantes de hospital de día (HD) viven solos o bien en compañía. Se observó una diferencia significativa en las puntuaciones vivir solo (M=21.4, DT=5.4) y vivir acompañado (M=34.6, DT=2.36);  $t(18) = -7.06$ ,  $p=0,001$ . Lo que señala que los sujetos que viven solos experimentan mayor sensación de soledad en comparación con aquellos que viven acompañados.

Una vez establecido que hay un efecto de una variable sobre la otra, se analizó el tamaño de este con la prueba "d de Cohen". Los resultados de esta prueba evidencian una relación significativamente fuerte entre las variables observadas ( $d=-3.16$ ).

## 7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El propósito inicial de este estudio era investigar sobre el proceso de envejecimiento y aquellos sucesos que van de la mano con este. Entonces a posteriori, analizar de qué manera puede llegar a influir la sensación de un sentimiento como es la soledad en esta etapa.

Por ese motivo, se decidió medir el índice de soledad subjetiva que siente el grupo poblacional de la 3ª edad utilizando como muestra para la investigación a las personas usuarias de una residencia de la provincia de Tarragona.

A pesar de las circunstancias que han limitado bastante este estudio, los resultados que se han extraído nos han confirmado o desmentido las hipótesis que se planteaban en un inicio, con lo que se ha llegado a las conclusiones siguientes:

En primer lugar, para dar respuesta al objetivo de determinar si el grupo residente presenta un nivel más bajo que el otro en cuanto a soledad, no se ha encontrado ningún resultado concluyente. Así pues, **rechazamos nuestra hipótesis puesto que, que las personas mayores vivan institucionalizadas en una residencia no implica que se deban sentir menos solas que las que viven en sus domicilios** a pesar de que tengan más recursos sociosanitarios al abasto que el segundo grupo.

En segundo lugar, los hallazgos que se han obtenido en comparar las puntuaciones respecto al género tampoco respaldan nuestra hipótesis. **No se**

**corroborar que el género masculino experimente una mayor incidencia de soledad en comparación con el género femenino.** De hecho, cabe destacar que en este estudio han sido un poco más elevadas las puntuaciones del colectivo femenino que las del masculino en cuanto a soledad. Aunque esto puede deberse también a que la muestra es desigual y hay un menor número de hombres que de mujeres.

Por otro lado, en el transcurso de la investigación, se decidió comparar dentro del mismo grupo de participantes que asisten al recurso de hospital de día, si había alguna diferencia entre aquellos que viven totalmente solos y los que viven acompañados, ya sea por sus hijos o sus cónyuges.

En este caso, como se esperaba, sí que se encontraron diferencias considerables entre ambos grupos, concluyendo así que **el grupo de participantes que reside en sus domicilios pero sin ningún tipo de compañía**, por más que asisten al hospital de día varias horas a la semana, **padecen un grado superior de soledad** que el resto de los entrevistados.

En base a la propia observación e información obtenida de los participantes se considera que estos resultados pueden ser bastante evidentes, ya que reflejan una realidad que puede considerarse previsible porque la mayoría de la gente pasa gran parte de sus vidas en compañía de sus familias y amigos. Entonces, a medida que vamos envejeciendo las circunstancias personales van cambiando y el día a día se modifica de una manera drástica. Por ejemplo, es frecuente que en la etapa de la vejez se experimenten pérdidas significativas, como la de la pareja, de distancias de los hijos y nietos, o que las amistades pasen a tener menos importancia, entre otros cambios.

Lo comentado en el párrafo anterior respalda el estudio de Rodríguez (2009) donde afirma que los vínculos que se han formado a lo largo de la vida de una persona se ven alterados en gran medida en la vejez, lo que provoca la aparición y el desarrollo del sentimiento de soledad.

Por otro lado, como hemos visto tras interpretar los datos estadísticos, **no hay una estrecha relación entre envejecer y sentirse solo.** Sin embargo, es importante destacar que la relación entre estas dos variables se intensifica cuando las personas mayores experimentan eventos o fenómenos que tienen un gran impacto en su bienestar emocional.

Por ese motivo quisimos ver si existía relación entre la sensación de soledad y los síntomas del trastorno depresivo. Al abordar este objetivo de estudio se obtuvieron datos que apuntan que los participantes con mayor nota en soledad tienen más síntomas depresivos y a la inversa. Estos resultados coinciden con los estudios de Bermejo (2022) quien demostró la **correlación entre la soledad y el aumento de trastornos como la depresión.**

En base a toda la información obtenida mediante esta investigación, es importante remarcar que a pesar de haber encontrado datos relevantes en lo estudiado, estas variables no son necesariamente las únicas que influyen significativamente sino que hay otras que pueden afectar en mayor grado a la percepción de este sentimiento. Por ejemplo, de acuerdo con lo que dicen Sánchez-Ordóñez y Sánchez-Vázquez (2020), la falta de interacción social y estimulación cognitiva, así como la ausencia de actividad física, son factores de riesgo para experimentar la soledad. Son estos mismos factores los que podrían explicar que el índice de soledad obtenido en la residencia no haya salido significativo dado que los participantes de este grupo experimentan, en el centro donde residen, una vida rica en entretenimiento y cuidados personalizados que propicia su tranquilidad y confianza, sobre todo en términos de enfermedades y salud.

Además, en el marco de esta idea, como señalan Tello-Rodríguez et al. (2016), se pretende enfatizar en lo necesaria que es una sociedad que no segregue y estigmatice a las personas mayores, brindándoles apoyo emocional, social y sanitario. Del mismo modo ayudarles a afrontar y sobrellevar los cambios de una forma beneficiosa, promoviendo así su calidad de vida.

Como reflexión final, la obtención de resultados que han llevado a rechazar algunas de las hipótesis del presente estudio, va en la línea del concepto formulado por Madoz (1998) acerca de que la soledad es un sentimiento subjetivo, lo que significa que se experimenta por cada individuo de forma diferente porque se refiere al malestar emocional que surge en una persona cuando se siente incomprendida por otros o carece de compañía.

## **8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

En este estudio se presentan una serie de limitaciones que sería conveniente tener en cuenta. En primer lugar, el tamaño de la muestra. Dado que 40 participantes es un número considerablemente reducido para que el estudio pueda ser fiable y representativo de la población general de personas mayores. Esto sucede ya que cuando la muestra de un estudio es pequeña hay más efecto de la variabilidad intraindividual, por lo que los resultados encontrados pueden no ser generalizables a otras poblaciones.

En segundo lugar, la existencia de varios sesgos de respuesta en las entrevistas que pueden interferir en el desarrollo de esta intervención. Como por ejemplo, el sesgo de deseabilidad social, que consiste en distorsionar las respuestas a los cuestionarios que se les han pasado con el fin de dar una imagen más favorable.

Por otro lado, también se ha observado, la influencia de la fatiga y el agotamiento durante el transcurso de las entrevistas, lo que hace que los participantes puedan proporcionar respuestas inexactas debido a que se sienten cansados y con ganas de terminar la tarea.

Otra limitación de gran peso en investigaciones con una muestra formada por individuos de la tercera edad, es que las personas mayores es más fácil que tengan dificultades de memoria. Así como más posibilidad de padecer deterioro cognitivo leve o moderado debido a la edad.

Otra de ellas, el sesgo de respuesta que probablemente más limita en este estudio es que tanto la soledad como la depresión, son temas sensibles de tratar y hablar, ya que para la gran mayoría de gente, es complicado reportar de manera sincera sus emociones y sentimientos. Entonces sucede que algunas personas pueden no querer admitir o reconocer sentirse solas, mientras que otras pueden exagerar sus sentimientos de soledad para llamar la atención, etc.

Por último, mencionar que nos hemos percatado de la existencia de otros factores que también pueden influir en el sentimiento de soledad en las personas mayores, como la salud física, la situación o relación con la familia, el apoyo

social, entre otros. Si no se controlan de manera adecuada estas variables, los resultados pueden no ser del todo válidos.

Para concluir con este apartado, si tengo la ocasión de repetir o en futuras investigaciones tendría en cuenta las limitaciones recién mencionadas, ya que pueden provocar que los hallazgos de la investigación no sean válidos y no se puedan replicar. Aunque, a menudo son variables difíciles de controlar, pero es necesario considerarlas de cara a otros estudios en el marco del envejecimiento y la soledad.

## 9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar-Gamboa, F. R. y Sucuple-Campos, D. O. (2022). El camino hacia la estacionalidad del SARS-CoV-2: una visión de la era post pandémica. *Gaceta Médica Caracas*, 130(2), 436-449. [http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev\\_gmc/article/view/24125](http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_gmc/article/view/24125)
- Alguacil, J. (2022). Investigación e innovación biomédica ante la pandemia por COVID-19: informe SESPAS 2022. *Gaceta Sanitaria*, 36(1), 87-92. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2022.02.004>
- Alonso, M. J. (2019). Trastornos del sueño. *El Farmacéutico: Profesión y Cultura*, 582, 12-22. [https://www.elfarmacéutico.es/tendencias/te-interesa/trastornos-del-sueño\\_110552\\_102.html](https://www.elfarmacéutico.es/tendencias/te-interesa/trastornos-del-sueño_110552_102.html)
- Alvarado, A. M. y Salazar, A. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>
- Álvarez, S. (1983). *El hombre y su soledad: una introducción a la ética*. Sígueme.
- Balluerka, N., Gómez, J., Hidalgo, M. D., Gorostiaga, A., Espada, J. P., Padilla, J. L. y Santed, M. A. (2020). *Las consecuencias psicológicas de la Covid-19 y el confinamiento*.UPV/EHU. [https://cendocps.carm.es/documentacion/2020\\_Consecuencias\\_psicologicas\\_COVID19.pdf](https://cendocps.carm.es/documentacion/2020_Consecuencias_psicologicas_COVID19.pdf)

- Bermejo, J. C. (2016). La soledad en los mayores. *Ars Médica*, 32(2), 126-144. <https://www.arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/264>
- Bermejo, J. C. (2022). Soledad, salud y mayores. *Revista Chile* Birren, J. E., & Schroots, J. J. (1996). History, concepts, and theory in the psychology of aging. In J. E. Birren, K. W. Schaie, R. P. Abeles, M. Gatz, and T. A. Salthouse (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 3-23). Academic Press.
- na de *Endocrinología y Diabetes*, 15(3), 118-119. <https://www.josecarlosbermejo.es/wp-content/uploads/2020/12/2020-Soledad.pdf>
- Birren, J. E., & Schroots, J. J. (1996). History, concepts, and theory in the psychology of aging. In J. E. Birren, K. W. Schaie, R. P. Abeles, M. Gatz, and T. A. Salthouse (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 3-23). Academic Press.
- Bolaño, T. (23 de abril de 2023). Lambán creará en Aragón la primera Consejería de Soledad de España. *La Razón*. [https://www.larazon.es/espana/lamban-creara-aragon-primera-consejeria-soledad-espana\\_202304216441d2f47f1ecd0001994649.html](https://www.larazon.es/espana/lamban-creara-aragon-primera-consejeria-soledad-espana_202304216441d2f47f1ecd0001994649.html)
- Buitrago, F., Ciurana, R., Fernández, M<sup>a</sup>. C. y Tizón, J. L. (2020). Pandemia de la COVID-19 y salud mental: reflexiones iniciales desde la atención primaria de salud española. *Atención Primaria*, 53(1), 89-101. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.06.006>
- Cardona, J. L., Villamil, M. M., Henao, E., y Quintero, A. (2013). El sentimiento de soledad en adultos. *Medicina U.P.B.*, 32(1), 9-19. <https://revistas.upb.edu.co/index.php/medicina/article/view/1584/1392>
- Coca, A. y Gómez, J. L. (2015). Estudio de la compañía y la soledad a través de la lógica. *Ene*, 9(1). <https://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X2015000100005>
- Consejo de Colegios Médicos de Cataluña [CCMC] (2020). Covid-19. Lecciones aprendidas: por una reforma del sistema de salud de Cataluña. [https://www.congreso.es/docu/comisiones/reconstruccion/Sanidad/comp/Sr\\_Padros\\_Reflexiones\\_futuro.pdf](https://www.congreso.es/docu/comisiones/reconstruccion/Sanidad/comp/Sr_Padros_Reflexiones_futuro.pdf)

- Da Costa, T. E., D' Aquino, M. H., Dias de Oliveira, M. R., y Ramos, L. R. (2003). Factores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista de Saúde Pública*, 37(1),40-48. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102003000100008>
- Delgado, E., Montero, B., Muñoz, M., Vélez-Díaz, M., Lozano, I., Sánchez, C., & Cruz-Jentoft, A. (2015). Mejorando la prescripción de medicamentos en los ancianos: una nueva edición de los criterios STOPP/START. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 50(2), 89-96. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2014.10.005>
- Delgado, J. A. (2021). Modelo dinámico de la pandemia de COVID19. *Sanidad Militar*, 77(1), 7-16. <https://dx.doi.org/10.4321/s1887-85712021000100002>
- Donovan, N. J., Wu, Q., Rentz, D. M., Sperling, R. A., Marshall, G., & Glymour, M. (2017). Loneliness, depression and cognitive function in older U.S. adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(5), 564-573. <https://doi.org/10.1002/gps.4495>
- Dulcey, E. U. y Valdivieso, C. U. (2002). Psicología del ciclo vital: hacia una visión comprensiva de la vida humana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34(1-2), 17-27. [file:///C:/Users/pbpitlul/Downloads/Psicologia\\_del\\_ciclo\\_vital\\_Hacia\\_una\\_vision\\_compre%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/pbpitlul/Downloads/Psicologia_del_ciclo_vital_Hacia_una_vision_compre%20(1).pdf)
- Echávarri, C. y Erro, M. E. (2007). Trastornos del sueño en el anciano y en las demencias. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(1), 155-161. <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v30s1/14.pdf>
- Fonseca, I. (2019). Factores relacionados al sentimiento de soledad durante la vejez. *Anales en Gerontología*, 11, 141-157. <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-FactoresRelacionadosAlSentimientoDeSoledadDuranteL-7312955.pdf>
- Garcés, P., García, M., García, L. R., Barcelona, C., Millan, Y. y García, A. C. (2021). Estudio sobre soledad subjetiva en el anciano institucionalizado. *Revista Sanitaria de Investigación* 2(11). <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/soledad-subjetiva-en-el-anciano-institucionalizado/>

- Gómez-Angulo, C. & Campo-Arias, A. (2011). Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Universitas Psychologica*, 10 (3), 735-743. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-9267201100030008](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-9267201100030008)
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227-237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>
- Huarcaya-Victoria, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(2), 327-334. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>
- Instituto Nacional de Estadística [INE]. (2023). *Demografía y población: estadística del Padrón continuo*. INE. <http://www.ine.es>
- Isidro, A. I., Vega, M. T. y Garrido, E. (1999). Determinantes psicosociales de la experiencia de soledad. *Revista de Psicología Social*, 14(1), 55-65. <https://doi.org/10.1174/021347499760260073>
- Kart, C., & Kinney, J. (2001). *The realities of aging: an introduction to gerontology*. Allyn & Bacon.
- Landinez, N. S., Contreras, K. y Castro, A. (2012) Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(4), 562-580. [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/rcsp/v38n4/spu08412.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rcsp/v38n4/spu08412.pdf)
- López, J. y Conde, M<sup>a</sup>. P. (2018). El sentimiento de soledad en la vejez. *Revista Internacional de Sociología*, 76(1), e085. <https://doi.org/10.3989/ris.2018.76.1.16.164>
- Lucero, R. y Casali, G. (2006). Trastornos afectivos en el adulto mayor. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 70(2), 151-166. [http://www.spu.org.uy/revista/dic2006/06\\_emc\\_01.pdf](http://www.spu.org.uy/revista/dic2006/06_emc_01.pdf)
- Madoz, V. (1998). *10 palabras clave sobre los miedos del hombre moderno*. Verbo Divino.

- Martín, I., Gorroñoitía, A., Gómez, J., Baztán, J. J. y Abizanda, P. (2010). El anciano frágil: detección y tratamiento en AP. *Atención Primaria*, 42(7), 388-393. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-el-ancia-no-fragil-deteccion-tratamiento-S0212656709005666>
- Millán, J. C. (2006). *Principios de Geriátría y Gerontología*. McGraw-Hill.
- Mozo, M. (2020). *La percepción de la soledad en los adultos mayores: una aproximación al trabajo social* (Trabajo de fin de Grado). Facultad de ciencias Sociales y del Trabajo, Universidad de Zaragoza. <https://zaguan.unizar.es/record/88750/files/TAZ-TFG-2020-225.pdf?version=1>
- Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (2002). *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*. Naciones Unidas. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N02/397/54/PDF/N0239754.pdf?OpenElement>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2017). *La salud mental y los adultos mayores*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
- OMS. (2018). *Plan de acción sobre Salud Mental: 2013-2020*. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029\\_spa.pdf;jsessionid=A90CC08EA628876B76D189120E995714?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=A90CC08EA628876B76D189120E995714?sequence=1)
- Palma-Ayllón, E. y Escarabajal-Arrieta, M<sup>a</sup>. D. (2021). Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. *Gerokomos*, 32(1), 22-25. <https://dx.doi.org/10.4321/s1134-928x2021000100006>
- Pinazo-Hernandis, S. (2020). Impacto psicosocial de la COVID-19 en las personas mayores: problemas y retos. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 55(5), 249-252. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-o-impacto-psicosocial-covid-19-personas-mayores-S0211139X20300664>
- Real Academia Española [RAE] (2001). *Diccionario de la lengua española* (22<sup>a</sup> ed.). RAE.

Rincón, D. M. (2018). Trastorno cognitivo mayor en un adulto joven. *Cuadernos de Neuropsicología*, 12(2).  
file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-TrastornoNeurocognitivoMayorEnUnAdultoJoven-6653309.pdf

Robles, M. J., Miralles, R., Llorac, I., y Cervera, A. M. (2006). Definición y objetivos de la especialidad de Geriátrica: tipología de ancianos y población diana. En I. Ruipérez (Ed.), *Tratado de Geriátrica para residentes* (pp. 25-32). Sociedad española de Geriátrica y Gerontología.  
[https://www.segg.es/tratadogeriatría/pdf/s35-05%2000\\_primeras.pdf](https://www.segg.es/tratadogeriatría/pdf/s35-05%2000_primeras.pdf)

Rodríguez, M. (2009). La soledad en el anciano. *Gerokomos*, 20(4), 159-166.  
<https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v20n4/comunicacion2.pdf>

Rojo-Pérez, F. y Fernández-Mayoralas, G. (2011). *Calidad de vida y envejecimiento*. BBVA.  
[https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2017/05/dat/DE\\_2012\\_calidad\\_vida.pdf](https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2017/05/dat/DE_2012_calidad_vida.pdf)

Rubio, R. (2004). La soledad en las personas mayores españolas. *Portal Mayores* [online].  
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-01.pdf>

Rubio, R. (2009). *La soledad en los mayores: una alternativa de medición a través de la escala Este*. Universidad de Granada.  
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-02.pdf>

Rubio, R. y Aleixandre, M. (2001). Un estudio sobre la soledad de las personas mayores: diferencias entre estar solo y sentirse solo. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 11(1), 23-28.

Sable, J. A., Dunn L. B., & Zisook, S. (2002). Late-Life depression: how to identify its symptoms and provide effective treatment. *Geriatrics*, 57(2), 18-35.

Sáenz de Jubera, M., Ponce de León, A., Alonso, R. A. y De-Juanas, A. (2019). Perfil de las familias españolas en las que conviven tres

generaciones. *Cauriensia*, 14, 453-473.  
<https://doi.org/10.17398/2340-4256.14.453>

Shafiqi, K., Villeneuve, S., Rosa, P., Preet, A., Poirier, J., Sharma, V., Iturria, Y., Silveira, P., Dube, L., Glahn, D., & Bzdok, D. (2023). Social isolation is linked to classical risk factors of Alzheimer's disease-related dementias. *Plos One*, 18(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280471>

Sánchez-Ordóñez, R. y Sánchez-Vázquez, J. F. (2020). El aislamiento del adulto mayor por el COVID-19: consecuencias e intervenciones psicosociales durante la cuarentena. *Studia Zamorensia*, 19, 33-41.  
<https://revistas.uned.es/index.php/studiazamo/article/view/29364/22743>

Serra, R. (2023). Enfrentar riesgos para la seguridad sanitaria en el marco de un Estado de Derecho: lecciones a aprender de la Covid-19. *Teoría y Realidad Constitucional*, 51, 231-257.  
<https://doi.org/10.5944/trc.51.2023.37509>

Tello-Rodríguez, T., Alarcón, R. D. y Vizcarra-Escobar, D. (2016). Salud mental en el adulto mayor: trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(2), 342-350. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2211>

Vaillant, G., & Mukamal, K. (2001). Successful aging. *American Journal of Psychiatry*, 158(6), 839-847. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.6.839>

Valarezo, J. L., Silva, J. C. y Medina, R. P. (2020). Influencia de la soledad en el estado cognitivo y emocional en las personas de la tercera edad residentes en una institución geriátrica. *Revista ESPACIOS*. 41(14), 2-11.  
<https://www.revistaespacios.com/a20v41n14/a20v41n14p02.pdf>

Velarde-Mayol, C., Fragua-Gil, S. y García-de-Cecilia, J.M. (2016). Validación de la escala de soledad de UCLA y perfil social en la población anciana que vive sola. *Elsevier* 42(3), 177-183.  
<https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-validacion-escala-soledad-ucla-perfil-S1138359315001896>

Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: the experience of emotional and social isolation*. The MIT Press.

- Yanguas, J. (2018). *Soledad y riesgo de aislamiento social en las personas mayores*. Fundación la Caixa. <https://www.infocoonline.es/pdf/SOLEDAD-RIESGO-AISLAMIENTO.pdf>
- Yanguas, J. (2021). *La soledad no deseada en las personas mayores*. Fundación la Caixa. <https://elobservatoriosocial.fundacionlacaixa.org/-/la-soledad-no-deseada-en-las-personas-mayores>
- Young, J. E. (1982). Loneliness, depression and cognitive therapy: theory and application. In L. A. Peplau, & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: a sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 379-406). John Wiley and Sons.
- Zambrano-Calozuma, P. A. y Estrada-Cherre, J. P. (2020). Salud mental en el adulto mayor. *Polo del Conocimiento*, 5(2), 3-21. <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/1246>