

**Haizea Liju Azpiroz Alcoz y Paula Borrego Gómez**

**SOLEDAD, AISLAMIENTO SOCIAL Y SUICIDIO EN HOMBRES Y MUJERES: UNA  
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA PRE Y POST PANDEMIA COVID-19**

**TRABAJO DE FINAL DE GRADO**

**Dirigido por: Dra. Laura Ortega Sanz**

**Grado de Enfermería**



**UNIVERSITAT  
ROVIRA i VIRGILI**

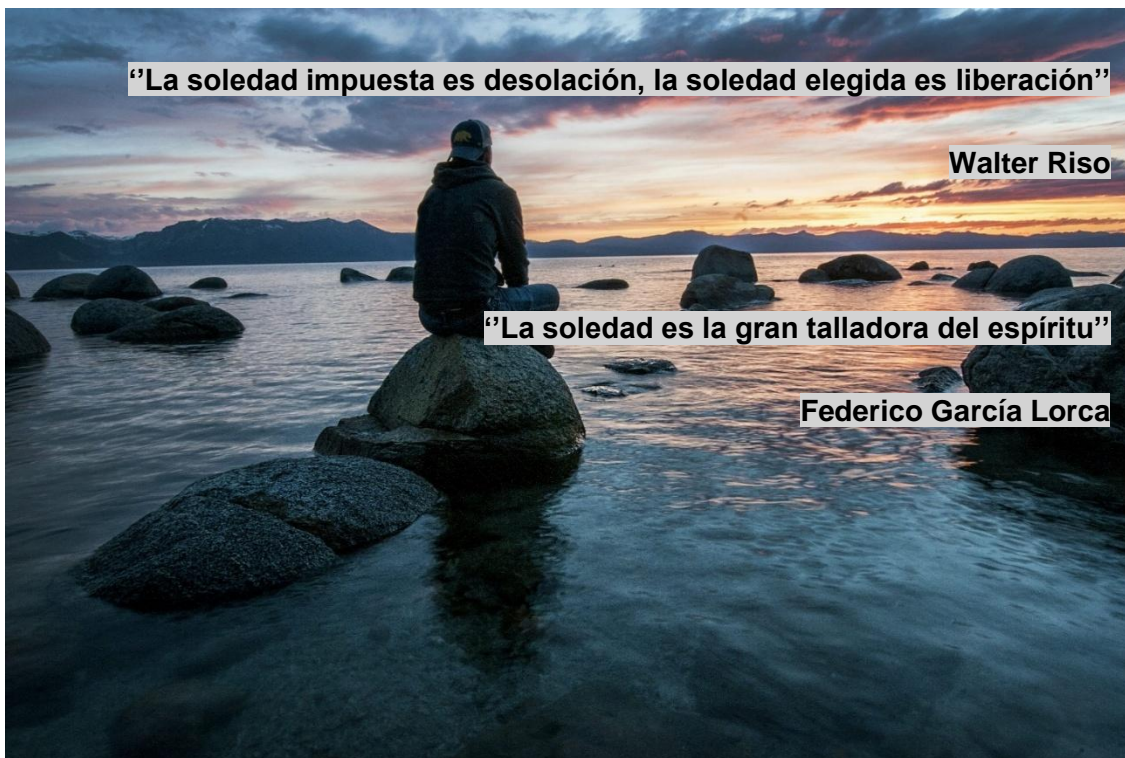
**Facultad de Enfermería**

**COMARRUGA 2025**



UNIVERSITAT  
ROVIRA I VIRGILI

## SOLEDAD, AISLAMIENTO SOCIAL Y SUICIDIO EN HOMBRES Y MUJERES: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA PRE Y POST PANDEMIA COVID-19



Haizea Liju Azpiroz Alcoz y Paula Borrego Gómez

## **AGRADECIMIENTOS**

Ha llegado la hora de poner fin a esta gran experiencia llena de emociones y esfuerzo.

Muchas gracias a nuestras familias por confiar en nosotras y ayudarnos en momentos más difíciles de estos cuatro años. También, agradecer a nuestros amigos y compañeros que nos han acompañado y han hecho esta experiencia más bonita.

A nuestra tutora de nuestro trabajo, Dra. Laura Ortega Sanz por haber hecho este trabajo posible y haber confiado en nosotras.

Por último, agradecer a todas aquellas personas que invierten su tiempo en leer este trabajo.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

1.	INTRODUCCIÓN .....	1
2.	OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	2
2.1.	Objetivo general .....	2
2.2.	Objetivos específicos.....	2
2.3.	Hipótesis .....	2
2.4.	Pregunta PICO .....	2
3.	MARCO TEÓRICO .....	3
3.1.	¿Qué es la soledad y el aislamiento social? .....	3
3.1.1.	Tipos de soledad .....	3
3.1.2.	Soledad y aislamiento social como factores de riesgo.....	4
3.2.	Suicidio.....	4
3.2.1.	Conceptos de suicidio.....	5
3.2.2.	Causas y factores de riesgo/precipitantes.....	5
3.3.	Pandemia COVID-19.....	6
3.3.1.	Historia de la pandemia 2020 .....	6
3.3.2.	Confinamiento .....	6
3.4.	Abordaje de enfermería en la soledad y el aislamiento social.....	8
3.5.	Modelo de enfermería .....	9
4.	METODOLOGÍA .....	11
4.1.	Estrategia de búsqueda.....	11
4.1.1.	Palabras clave y operadores booleanos .....	11
4.1.2.	Bases de datos.....	13
4.1.3.	Proceso de selección.....	14
4.1.4.	Diagrama de flujo PRISMA .....	15
4.2.	Gestión de la información.....	16
5.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	17

5.1.	Resultados de las hipótesis planteadas.....	19
5.2.	Soledad.....	19
5.3.	Aislamiento social.....	20
5.4.	Vivir solo.....	20
5.5.	Edad.....	21
5.6.	Sexo.....	22
5.7.	COVID-19 .....	23
5.8.	País de origen de los artículos .....	24
5.9.	Limitaciones .....	25
6.	CONCLUSIÓN.....	26
7.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	27
8.	ANEXOS.....	35
8.1.	Anexo 1: Escala de De Jong Gierveld .....	35
8.2.	Anexo 2: Cronograma .....	38

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1:</b>	Palabras clave .....	11
<b>Tabla 2:</b>	Operadores booleanos .....	12
<b>Tabla 3:</b>	Filtros aplicados en cada base de datos .....	13
<b>Tabla 4:</b>	Criterios de análisis. ....	14
<b>Tabla 5:</b>	Resultados de los artículos escogidos.....	18

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1:</b>	Muertes por suicidio entre 2005 – 2022 separadas por sexo. Instituto Nacional Estadística. ....	1
<b>Gráfico 2:</b>	Línea del tiempo de los artículos escogidos. <b>¡Error! Marcador no definido.</b>	
<b>Gráfico 3:</b>	Países de los artículos escogidos.....	24

## **GLOSARIO DE TERMINOS**

### **A:**

- APA – American Psychological Association.

### **C:**

- CRAI - Centre de Recursos per l'Aprenentatge i la Investigació.

### **D:**

- DeCS - Descriptores en Ciencias de la Salud.

### **I:**

- INE – Instituto Nacional de Estadística.

### **M:**

- MeSH - Medical Subject Headings (MeSH).

### **P:**

- PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses.

### **O:**

- OMS – Organización Mundial de la Salud.

### **U:**

- URV – Universitat Rovira i Virgili

## RESUMEN

**Título:** Soledad, aislamiento social y suicidio en hombres y mujeres: Una revisión bibliográfica pre y post pandemia COVID-19.

**Objetivo:** Comparar las tasas de suicidio debidas al factor de riesgo soledad / aislamiento social entre hombres y mujeres mayores de 18 pre y post pandemia COVID-19.

**Metodología:** Identificación de una búsqueda total de 640 artículos de tipología cuantitativa en las bases de datos PUBMED, PSYCOINFO y Dialnet de texto completo gratuito pre (2016 – 2019) y post pandemia (2020 – 2024).

**Resultados:** Se seleccionaron 9 títulos procedentes de Reino Unido, Japón, Indonesia, Australia y Alemania. 8 de los artículos se situaban entre 2020 – 2024, el restante se realizó durante 2017.

**Conclusión:** Los resultados muestran que el concepto de soledad en muchos casos se relaciona con vivir solo. El aislamiento social, por el contrario, está poco estudiado a pesar de ser mencionado en los diferentes artículos como un factor de riesgo. Debido a la pandemia COVID-19, los sentimientos de soledad y aislamiento social han aumentado siendo los colectivos vulnerables los jóvenes-adultos y los hombres con menos apoyo social que otros grupos de población, a pesar de que las mujeres presentan más riesgo de soledad. Se deberían realizar más investigaciones cuantitativas y cualitativas sobre la ideación suicida y su relación con los factores de riesgo soledad y aislamiento social en diferentes poblaciones mundiales para dirigir intervenciones más específicas. Para investigaciones futuras sería interesante clarificar los conceptos aislamiento social, soledad y “vivir solo”, además de estudiarlos por separado. Por otro lado, se deberían investigar estrategias de prevención frente a ello haciendo distinción entre edades y géneros, ya que actualmente la bibliografía hace hincapié en la edad avanzada dejando de lado el resto de población.

**Palabras clave:** soledad, aislamiento social, COVID-19, pandemia, hombres, mujeres, suicidio.

## ABSTRACT

**Title:** Loneliness, social isolation and suicide in males and females: a literature review before and after the COVID-19 pandemic.

**Objective:** Compare suicide rates due to loneliness/social isolation risk factor among men and women over 18 before and after the COVID-19 pandemic.

**Methodology:** Identification of a total search of 640 articles of quantitative typology in the databases PUBMED, PSYCOINFO and Dialnet free full text pre (2016 - 2019) and post pandemic (2020 - 2024).

**Results:** 9 titles were selected from the UK, Japan, Indonesia, Australia and Germany. 8 of the articles were between 2020 - 2024, the rest was carried out during 2017.

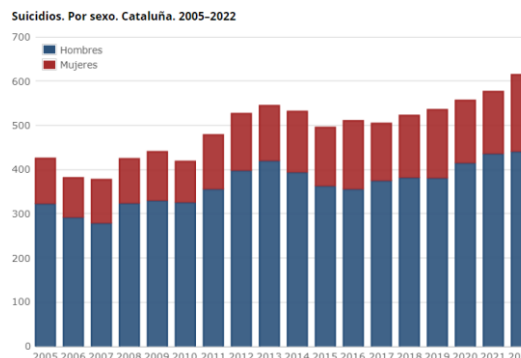
**Conclusion:** The results show that loneliness, as a concept, is often related with living alone. Conversely, social isolation is not widely studied even though been mentioned in different articles as a risk factor. Both feelings, loneliness and social isolation, have increased due to the COVID-19 pandemic, being young-adults and males presenting less social support the vulnerable groups, despite being females the ones presenting higher risk of loneliness. More quantitative and qualitative research about suicidal ideation and its relationship with loneliness and social isolation as risk factors in different places all over the world should be carried out, to run more specific procedures. For further research, it would be interesting clarify social isolation, loneliness and "living alone" as concepts, as well as study them separately. What is more, research about prevention strategies against it should be made, differentiating between ages and genres, since nowadays, sources are focused in elderly and ignore the rest of the population.

**Keywords:** loneliness, social isolation, COVID-19, pandemic, males, female, suicide.

## 1. INTRODUCCIÓN

El suicidio es la tercera causa de muerte entre los jóvenes según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Organización Mundial Salud, 2023).

En España, según el Instituto Nacional de Estadística (INE), durante el 2022 se registraron 4.227 muertes por suicidio, de las cuales 614 sucedieron en Catalunya. De estas se observa una mayor prevalencia en el sexo femenino, como se puede observar en el gráfico 1 (IDESCAT, 2023).



**Gráfico 1:** Muerres por suicidio entre 2005 – 2022 separadas por sexo. Instituto Nacional Estadística (IDESCAT, 2023).

Durante el 2023 se observan 3.952 muertes por suicidio. La tendencia de las muertes por suicidio ha bajado un 6,5% respecto a 2022 (Ministerio de Sanidad, 2023). Los datos continúan siendo preocupantes, la soledad y el aislamiento social representan una relación de forma directa con la aparición de problemas de salud mental a la larga (Teo et al., 2023).

La soledad y el aislamiento social representan un problema de salud pública que generalmente pasa desapercibido, pero son tan perjudiciales como otros factores de riesgo, como, por ejemplo, fumar o la obesidad, puesto que, se relacionan de forma directa con problemas de salud mental, tales como, la depresión, demencia, déficit cognitivo, discapacidad cognitiva y suicidio. Además, pueden derivar a problemas físicos, como, enfermedades cardiovasculares, aumento de la presión arterial, ictus y respuestas inflamatorias, junto al incremento de la demanda de uso de los servicios sanitarios. Una gestión ineficaz de la soledad y el aislamiento social, un tratamiento inadecuado y la mala recuperación, aumentan la tasa de suicidio (Aran et al., 2022; Gerst-Emerson & Jayawardhana, 2015; Paris, 2019; Zalsman, 2020).

En esta revisión bibliográfica se quiere estudiar la relación que existe entre el factor de riesgo soledad y aislamiento social con las tasas de suicidio distinguiendo el género y periodo de pandemia Covid-19. Resulta interesante que enfermería estudie y cree nuevas líneas de investigación sobre este tema.

## **2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS**

### **2.1. Objetivo general**

El objetivo general es comparar las tasas de suicidio debidas al factor de riesgo soledad / aislamiento social entre hombres y mujeres mayores de 18 pre y post pandemia COVID-19.

### **2.2. Objetivos específicos**

- Diferenciar entre hombres y mujeres las tasas de suicidio pre y post pandemia COVID-19.
- Diferenciar entre hombres y mujeres el cómo afecta el factor de riesgo soledad en las tasas de suicidio pre y post pandemia.
- Analizar geográficamente como afecta el factor de riesgo soledad / aislamiento social en las tasas de suicidio haciendo diferencia entre hombres y mujeres.
- Comparar las tasas de suicidio debidas al factor de riesgo soledad / aislamiento social por grupos de edad a partir de los 18 años.
- Analizar cómo se diferencian el concepto soledad y aislamiento social en los diferentes estudios.

### **2.3. Hipótesis**

- Las tasas de suicidio han aumentado tanto en hombres como en mujeres post pandemia COVID-19.
- El factor de riesgo soledad se asocia más a las mujeres.
- Las tasas de suicidio debidas al factor de riesgo soledad aparecen más frecuentemente post pandemia COVID-19.
- El factor de riesgo soledad y aislamiento social se tratan por igual en los estudios, aunque no signifiquen lo mismo.

### **2.4. Pregunta PICO**

¿Qué implicación tienen el factor soledad y/o aislamiento social en las tasas de suicidio, teniendo en cuenta el género y el periodo de Pandemia del Covid-19?

### **3. MARCO TEÓRICO**

#### **3.1. ¿Qué es la soledad y el aislamiento social?**

La soledad es la sensación subjetiva voluntaria o involuntaria de la persona de sentirse solo y de no poder mantener el contacto con su entorno. El aislamiento social es un estado de la propia persona donde carece de sentimientos de vínculo con las relaciones interpersonales. Es decir, la soledad puede desencadenar un estado de aislamiento social lo cual puede dificultarse en trastornos cognitivos y enfermedades crónicas (Gené-Badía et al., 2016; Williams, 2020). Ambos conceptos son un problema de salud común, donde la mayor prevalencia suele darse en la población joven y en personas mayores (Terapéutica en Alza, 2020).

##### **3.1.1. Tipos de soledad**

Existen diferentes tipos de soledad, como la soledad social y emocional. La soledad social es la ausencia de las relaciones satisfactorias como la ausencia de pertinencia a grupos y redes. La soledad emocional, en cambio, es la ausencia de la necesidad de apego o de relaciones íntimas (Zubieta et al., 2012).

La soledad contextual es el sentimiento de estar solo y es predecible cuándo comienza y cuándo termina. La soledad transitoria aparece en momentos concretos y no dura mucho más que un día. En cambio, la soledad crónica es la que perpetúa en el tiempo y se mantiene en diferentes ámbitos de la vida. Puede desaparecer como la soledad transitoria, pero tarda más tiempo y tiene mayor complejidad. La diferencia entre la soledad autoimpuesta y la impuesta es que la primera es una consecuencia de un aislamiento impuesto por la propia persona, como, una persona que no se relaciona por miedo al rechazo o desconfianza. Sin embargo, la soledad impuesta es la soledad más habitual porque es debido a privaciones materiales, actitudes o situaciones que someten a la persona a distanciarse en contra de su voluntad, como, por ejemplo, por largas jornadas laborales, por vivir en un lugar muy reducido o falta de tiempo (Torres, 2018).

También existe la soledad existencial donde la emoción de soledad se mezcla con la duda existencial de por qué y para qué se vive y qué es lo que nos conecta a otros. Por último, la soledad psicopatológica puede ser un trastorno psicopatológico, tal como, un trastorno esquizoide de la personalidad (Torres, 2018).

### **3.1.2. Soledad y aislamiento social como factores de riesgo**

La soledad y el aislamiento social aumentan el riesgo de morbilidad, tales como, infarto, ictus, diabetes tipo 2, problemas mentales y de conducta (depresión, ansiedad, suicidio, adicciones), problemas cognitivos (discapacidad cognitiva, demencia y Alzheimer) (McClinton et al., 2016; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine et al., 2020; Valtorta et al., 2016). Además, aumenta la probabilidad de sufrir inactividad física, obesidad y contaminación ambiental (Hawkley, 2009; Holt-Lunstad J, 2021; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine et al., 2020). El sistema inmunitario también resulta afectado porque las personas que experimentan estresores interpersonales incrementan el desarrollo de enfermedades de las vías respiratorias altas. En cambio, las personas con redes sociales están mejor preparados para responder al virus influenza (Cohen, 2021, Pressman, 2005). No solo eso, la carencia de las redes sociales está asociado a un mayor aumento de consumo de sustancias, problemas de sueño y malnutrición (Holt-Lunstad J, 2021; McClinton et al., 2016; Valtorta et al., 2016).

En un metaanálisis epidemiológico donde se incluían más de 3,4 millones de participantes demuestra que la soledad está asociada a muerte temprana en un 26%, aislamiento social en un 29% y vivir solo en un 32%, por eso, un déficit social está asociado con el riesgo de muerte (Holt-Lunstand et al., 2015). Por ejemplo, durante el primer mes de pandemia, más de 2 millones de americanos tenían pistolas compradas y estudios afirman que hubo un incremento de 100% de riesgo de muerte por suicidio al cabo de 20 días de comprar un arma de fuego (Studdert et al., 2020).

### **3.2. Suicidio**

El suicidio es la muerte evitable provocada por la misma persona que la padece. Este tipo de muerte tiene múltiples repercusiones a nivel físico y psicológico en la persona que lo sufre y sus allegados (Canal Salut, 2024).

Actualmente representa un gran problema de salud pública, ya que las tasas han aumentado considerablemente de forma mundial. Hay que destacar que hay muchos más intentos de suicidio que muertes por este, por lo tanto, es importante su abordaje precoz (Organización Mundial de la Salud, 2023).

### **3.2.1. Conceptos de suicidio**

Idea suicida: Pensamiento de la persona sobre el suicidio sistematizados o con una idea más o menos clara (Canal Salut, 2024).

Amenaza Suicida: Verbalización o acto que indican que la persona tiene ideas suicidas y se ve una intención clara ello (Canal Salut, 2024).

Autolesión: Se observa un daño autoinfligido por la persona per sin una ideación suicida (Canal Salut, 2024).

Intento de suicidio: Conducta autolesiva de la persona con la finalidad de morirse, pero que únicamente queda en una lesión autoinfligida (Canal Salut,2024).

Muerte por suicidio: Conducta autolesiva voluntaria premeditada de la persona con la finalidad de fallecer y que resulta en la muerte (Canal Salut, 2024).

### **3.2.2. Causas y factores de riesgo/precipitantes**

El suicidio no tiene una causa común, lo que se sabe es que no ocurre de manera precipitante, la persona va dando señales de alerta, por lo tanto, puede ser evitado (Canal Salut, 2024). Aunque se ha visualizado que la gran proporción de tasas de suicidio en Europa se relaciona directamente con enfermedades de salud mental como pueden ser la depresión o el abuso de sustancias (Navarro-Gómez, N., 2017).

Los factores de riesgo son aquellos que hacen más vulnerables a la persona, algunos conocidos son enfermedades de salud mental, amenaza de la conducta suicida, entorno desestructurado, maltratos o abusos, bullying, entre otros. Los factores precipitantes se relacionan situaciones estresantes presentadas por la persona como pueden ser la muerte de alguna persona allegada, el fracaso laboral, situaciones traumáticas, abuso de sustancias, entre otros. Se aumentan las tasas de suicidio cuando los factores de riesgo y los factores precipitantes se relacionan (Navarro-Gómez, N., 2017).

### **3.3. Pandemia COVID-19**

#### **3.3.1. Historia de la pandemia 2020**

En febrero de 2020 el virus se propagó el coronavirus en la península y es en marzo cuando se descontrolan los brotes de coronavirus en España siendo a partir de los días 19 y 25 de marzo cuando comienzan ascendiendo notablemente los fallecimientos con crecimientos directos (Zaar & García Ávila, 2020).

El 13 de marzo de 2020, tras dos días de que la Organización Mundial de la Salud declarase el Covid-19 como pandemia y con 4209 casos positivos y 118 fallecimientos, el Consejo de ministros decretó “estado de alarma” con la duración de dos semanas en todo el estado. Se impusieron a la ciudadanía restricciones de desplazamiento, excepto para la adquisición de alimentos y fármacos y productos de primera necesidad, asistencia a centros sanitarios, desplazamiento al lugar de trabajo si era debidamente justificada, entre otras (Zaar & García Ávila, 2020).

A finales de marzo se decretó la prórroga del “estado de alarma” que implicaba otros 15 días de confinamiento. Según transcurrían las semanas, la situación sanitaria del estado no mejoraba, los recursos eran limitados, se apoderaba el miedo y la soledad en la población y el número de fallecimientos era alta. Con lo cual, la mayor parte de la población permaneció en casa sin salir libremente hasta el 21 de junio de 2020 (Zaar & García Ávila, 2020).

#### **3.3.2. Confinamiento**

##### **3.3.2.1. Olas**

La primera ola fue desde el 1 de marzo de 2020 hasta el 26 de junio cuando comenzó la propagación del virus desde China que supuso confinamientos y restricciones con tasas máximas de muertes comparando con el resto de las olas (Moreno & Vayá, 2024).

La segunda ola transcurrió desde el 27 de junio hasta el 10 de diciembre con nuevas variantes, como el Alfa (Moreno & Vayá, 2024).

La tercera ola, en cambio, ocurrió desde el 11 de diciembre hasta el 16 de marzo de 2021 con la aparición de la variante Delta y comenzaron las campañas con la vacunación (Moreno & Vayá, 2024).

A raíz de eso, en la cuarta ola, desde el 17 de marzo hasta el 22 de junio, el 10% de la población estaba vacunada, se dio fin al segundo estado de alarma y supuso reducción de las restricciones (Moreno & Vayá, 2024).

En la quinta ola, desde el 23 de junio hasta el 14 de octubre, aumentaron las tasas de vacunación, habiendo un 70% de la población vacunada, lo cual supuso reducción de las restricciones, excepto el uso de la mascarilla en ciertos espacios, como hospitales, centros sanitarios y transporte público (Moreno & Vayá, 2024).

Por último, la sexta se mantuvo hasta el 10 de marzo de 2022 con un incremento de nuevos casos y muertes debido a la aparición de la variante Omicron. Por tanto, se mantuvo el uso de las mascarillas como factor protector (Moreno & Vayá, 2024).

### **3.3.2.2. Cómo ha afectado la pandemia y el confinamiento a la soledad y aislamiento social y al suicidio.**

El Informe España 2020, informe realizado por la Universidad Pontificia de Comillas, analizó la situación socioeconómica en España en 2020. El informe afirma que incrementó el sentimiento de soledad de un 5,2% a un 11% durante la crisis, por tanto, afirma que la pandemia ha duplicado la soledad severa en la sociedad española, siendo los jóvenes los más afectados (Martin et al., 2020).

La soledad fue un factor de riesgo para la salud mental durante la pandemia, puesto que se acentuó la situación en aquellas personas que vivían solas, las personas que se distanciaron de sus redes sociales por diferentes motivos, por ejemplo, por alto riesgo de infección y el aislamiento como medida preventiva, por la anulación de actividades de ocio, cierre de comercios, o por ser profesional sanitario y proteger a la red social más próximo. La soledad no solo afectó a ese grupo de población, también afectó a las personas que residían en residencias, a las personas que convivían con otras personas que no fueran familiares o pareja, a las familias, a los trabajadores. Las modificaciones en el emplazamiento laboral empeoran el sentimiento de aislamiento de los trabajadores habiendo una incidencia de 4000 intentos de suicidio entre los trabajadores durante la pandemia. Según afirma la familia de Kevin, taxista durante 20 años que en la pandemia tuvo que cambiar de trabajo por fuerzas mayores, le hizo alejarse de la familia, siendo la soledad y el aislamiento social una de las causas principales que condujo al hombre a suicidarse (Martin et al., 2020).

El estudio realizado por la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid afirma que, a partir de la fecha del inicio del confinamiento, el 55% de los españoles declaró al menos algunas veces falta de compañía y el 16% de los participantes del estudio afirmaron sentirse aislados a menudo, siendo más prevalente en menores de 40 años. Además, desde la pandemia se ha notado el incremento del sentimiento de no encontrar apoyo en familiares y amigos. El 29% de los participantes no podía afirmar tener familiares en quienes apoyarse, y el 16% de la población afirmaba no tener amigos en los que confiar. El informe caracteriza la soledad como una falta del capital relacional, es decir, ausencia en la calidad en las relaciones interpersonales y progreso de la persona y el colectivo, que supone una grave decadencia del capital social, conjunto de normas, pertenencias, redes interpersonales y confianza (Martin et al., 2020).

#### **3.4. Abordaje de enfermería en la soledad y el aislamiento social**

Enfermería es una actividad profesional que tiene como objetivo atender y cuidar las necesidades biopsicosociales de las personas para planificar intervenciones individualizados y holísticos para el bienestar y la calidad de vida de las personas. Dado que la soledad y el aislamiento social provocan afecciones físicas, psicológicas y sociales en el individuo, generando emociones negativas y falta de satisfacción con la vida, enfermería es imprescindible para su abordaje (Hauger et al., 2025; Buz & Prieto, 2013).

Enfermería establece una relación terapéutica en un entorno de confianza para entender las necesidades de la persona y llevar a cabo la detección de problemas que pueden interferir en la salud de la persona. En este sentido, Karlsson, Hammar y Kerstis (2021) señalan que “las enfermeras desempeñan un papel clave en la identificación de los signos de enfermedad mental en los pacientes”, para así, promover la salud, prevenir enfermedades y mejorar el manejo de las enfermedades crónicas (Hauger et al., 2025). Es importante valorar la severidad del problema, acompañar a la persona durante todo el proceso y hacer un seguimiento. La primera fase consiste en la sensibilización de la comunidad visibilizando el aislamiento y la soledad para luego, promover medidas de afrontamiento y mejora. En segundo lugar, se debe identificar y confirmar que la persona padece de soledad y detectar posibles consecuencias con la ayuda de indicadores de riesgo de aislamiento social (contactos sociales, problemas de salud que impiden mantener relaciones sociales, la vivienda y el entorno) e indicadores de riesgo de

soledad no deseada con indicadores objetivables e indicadores de percepción con la Escala de De Jong Gierveld ([Anexo 1](#)) (Buz & Prieto, 2013; Junta de Castilla y León, 2024).

Durante todo el proceso es imprescindible garantizar intimidad y confidencialidad para la expresión de emociones y preocupaciones para explorar qué ha desencadenado aquellas emociones y conductas. Una vez identificados los problemas, se debe acompañar a la persona explorando sus puntos fuertes y débiles de sus relaciones, instruir para fomentar habilidades para la toma de decisiones, ofrecer alternativas de actividades sociales y comunitarias y fomentar su participación en el tratamiento y la rehabilitación (NANDA International, s.f.). Como último paso, se debe establecer un canal de reincorporación, mantenimiento y seguimiento continuado para valorar la efectividad de las intervenciones y el progreso de la persona. En caso de ser necesario, esto ayudaría a plantear nuevas propuestas de mejora (Junta de Castilla y León, 2024).

### **3.5. Modelo de enfermería**

Hildegard E. Peplau fue nacida en Pensilvania en el año 1909 y falleció en California en 1999 (Asociación Española de Enfermería de Salud Mental, 2019). Actualmente es conocida como la madre de la enfermería psiquiátrica (Haber. J, 2000).

Durante el año 1948 presentó el modelo de enfermería de las relaciones intrapersonales (Asociación Española de Enfermería de Salud Mental, 2019), este fue el primer modelo publicado desde Nigthingale (Arredondo-González et al., 2009).

El modelo de enfermería de Hidehard Peplau pertenece a la escuela de interacción, la cual estudia las relaciones enfermera – paciente (Santander Vera, E.P., 2017), haciendo referencia a las acciones de enfermería como intervenciones terapéuticas. En la fase final ambos participantes deben obtener un aprendizaje del proceso (Carbelo Baquero et al., 1997).

En este modelo se exponen cinco etapas diferentes:

- Etapa de valoración: La enfermera debe informarse de todos los aspectos físicos y psíquicos del paciente de manera directa o indirecta. (Santander Vera, E.P., 2017).

Por lo tanto, en aquellas situaciones que existe riesgo de soledad/aislamiento social con riesgo de suicidio, la enfermera deberá establecer un vínculo terapéutico con el paciente, extraer información sobre el área social del paciente.

- Etapa de diagnóstico: A partir de la primera etapa, la enfermera debe ser capaz de visualizar los problemas de salud reales y aquellos factores de riesgo que pasado el tiempo pueden presentar un problema de salud (Santander Vera, E.P., 2017).

Una vez realizada la extracción de datos, la enfermera deberá de observar que el usuario presenta soledad o aislamiento social y el riesgo de suicidio. Esto deberá confirmarlo mediante datos objetivos como los cuestionarios.

- Etapa de planificación: A partir de los problemas de salud, la enfermera debe plantear unos objetivos con la finalidad de solventarlos o paliarlos (Santander Vera, E.P., 2017).

La enfermera deberá plantearse unos objetivos y pactar con el usuario unas intervenciones a realizar ante los factores de riesgo presentados y con ello minimizar el riesgo de suicidio.

- Etapa de ejecución: Aplicación de los objetivos a partir de intervenciones. El usuario deberá realizar las intervenciones pactadas con ayuda de la enfermera. (Santander Vera, E.P., 2017).
- Etapa de evaluación: La enfermera debe valorar si resultado de sus intervenciones ha sido eficaz. (Santander Vera, E.P., 2017).

La enfermera deberá valorar de manera objetiva los resultados obtenidos ante el paciente, por lo tanto, deberá de pasar los cuestionarios de nuevo de suicidio, soledad o aislamiento social.

## 4. METODOLOGÍA

Este trabajo de final de grado se realizó mediante una revisión bibliográfica descriptiva con un método sistemático, y se han aplicado los criterios PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) para la sistematización de la búsqueda.

### 4.1. Estrategia de búsqueda

#### 4.1.1. Palabras clave y operadores booleanos

Para la búsqueda bibliográfica utilizamos los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) de la Biblioteca Virtual de Salud y el Medical Subject Headings (MeSH). La búsqueda contenida de estudio se realizó con el empleo de las siguientes palabras clave (Tabla 1).

Español	Inglés
COVID-19	COVID-19
Pandemia	Pandemic
Hombres	Males
Mujeres	Females
Soledad	Loneliness
Aislamiento social	Social Isolation
Suicidio	Suicide

**Tabla 1:** Palabras clave (Elaboración propia).

Los operadores booleanos utilizados en esta búsqueda incluyeron el término “AND”, porque busca documentos que contiene las palabras clave especificadas y elimina aquellos que no contienen las palabras claves especificadas. Al principio, se añadió el operador booleano “OR” para que una de las palabras clave apareciera en el artículo, pero finalmente, fue eliminado por el exceso de número de artículos que se encontraron aplicando este operador booleano.

<b>OPERADORES BOOLEANOS</b>	
<b>ESPAÑOL</b>	<b>INGLÉS</b>
Soledad (AND) suicidio	Loneliness (AND) suicide
Aislamiento social (AND) suicidio	Social isolation (AND) suicide
Soledad (AND) aislamiento social (AND) suicidio	Loneliness (AND) social isolation (AND) suicide
Soledad (AND) pandemia covid (AND) suicidio	Loneliness (AND) COVID pandemic (AND) suicide
Aislamiento social (AND) pandemia (AND) suicidio	Social isolation (AND) pandemic (AND) suicide
Soledad (AND) aislamiento social (AND) pandemia (AND) suicidio	loneliness (AND) social isolation (AND) pandemic (AND) suicide
<b>Operador booleano excluido por exceso de número de artículos encontrados:</b>	
<b>Español:</b> Soledad (OR) aislamiento social (AND) suicidio	
<b>Inglés:</b> Loneliness (OR) social isolation (AND) suicide	

**Tabla 2:** Operadores booleanos (Elaboración propia).

Se realizó una preselección y selección de artículos mediante una lectura crítica del título, del resumen y los objetivos de las investigaciones, para, así, obtener los artículos útiles para el trabajo. Una vez asegurados que estos artículos seleccionados cumplían los criterios de inclusión, se archivaron para una posterior lectura completa.

#### 4.1.2. Bases de datos

Para la búsqueda bibliográfica de los artículos basados en la evidencia científica se utilizaron PubMed, Dialnet y Psycinfo como bases de datos.

Se realizó la búsqueda en las tres bases de datos mencionados anteriormente con los siguientes criterios: se incluyeron artículos cuantitativos de texto completo gratuito entre el año 2016 y 2020, y, por otro lado, artículos de entre 2020 y 2024, de esta manera, se dividieron los artículos de antes de la pandemia y artículos publicados tras la pandemia. Por último, los estudios debían incluir población mayor de 18 años. Se aplicaron filtros personalizados a cada base de datos que se pueden visualizar en la tabla 2.

PUBMED	DIALNET PLUS	PSYCOINFO
Female and male. Adult 19+ years. Free full text. 2016 – 2020 / 2020 – 2024.	Artículo de revista. Texto completo (si). Materias de Dialnet: <ul style="list-style-type: none"> <li>Ciencias de la salud.</li> </ul> Rango de años: <ul style="list-style-type: none"> <li>2010 – 2019 (2016 y 2017, 2018, 2019).</li> <li>2020 – 2029 (2020, 2021, 2022, 2023, 2024).</li> </ul> Idioma: Español.	Artículos evaluados por expertos. Revistas científicas. 2016 – 2020 / 2020 – 2024. Suicide and life – threatening behavior. Journal article. Materia: Suicidal ideation, loneliness, suicide, risk factors, male, female, pandemics, adult, young adult. Grupo edad: Adulthood (18 and older). Población: Humano, masculino, femenino. Metodología: <ul style="list-style-type: none"> <li>Estudio cuantitativo.</li> </ul> Idioma: Inglés, español.

**Tabla 3:** Filtros aplicados en cada base de datos (Elaboración propia).

#### 4.1.3. Proceso de selección

Durante el proceso de selección se realizó un registro con los subtemas a estudiar en cada uno de los artículos: país de origen, la edad de la población, si el concepto de soledad y el aislamiento social se distinguía o no, las tasas de soledad y suicidio en hombres y en mujeres y si los estudios hacían referencia a la red social. En la siguiente tabla se especifican los criterios de análisis de los artículos.

TABLA DE ANÁLISIS DE LOS ARTÍCULOS
<ul style="list-style-type: none"><li>• Referencia del artículo (con DOI):</li><li>• Año:</li><li>• Tipo de cuantitativa:</li><li>• Resumen:</li><li>• Criterios de análisis:<ul style="list-style-type: none"><li>○ ¿Hace referencia al COVID? ¿Cómo lo relaciona?</li><li>○ País de origen del estudio</li><li>○ Edad de la población estudiada</li><li>○ Número de población</li><li>○ ¿“Soledad” = “aislamiento social”?</li><li>○ ¿Hace referencia a la red social?</li><li>○ Tasas de la soledad en hombres y mujeres</li><li>○ Tasas de suicidio en hombres y mujeres</li></ul></li></ul>

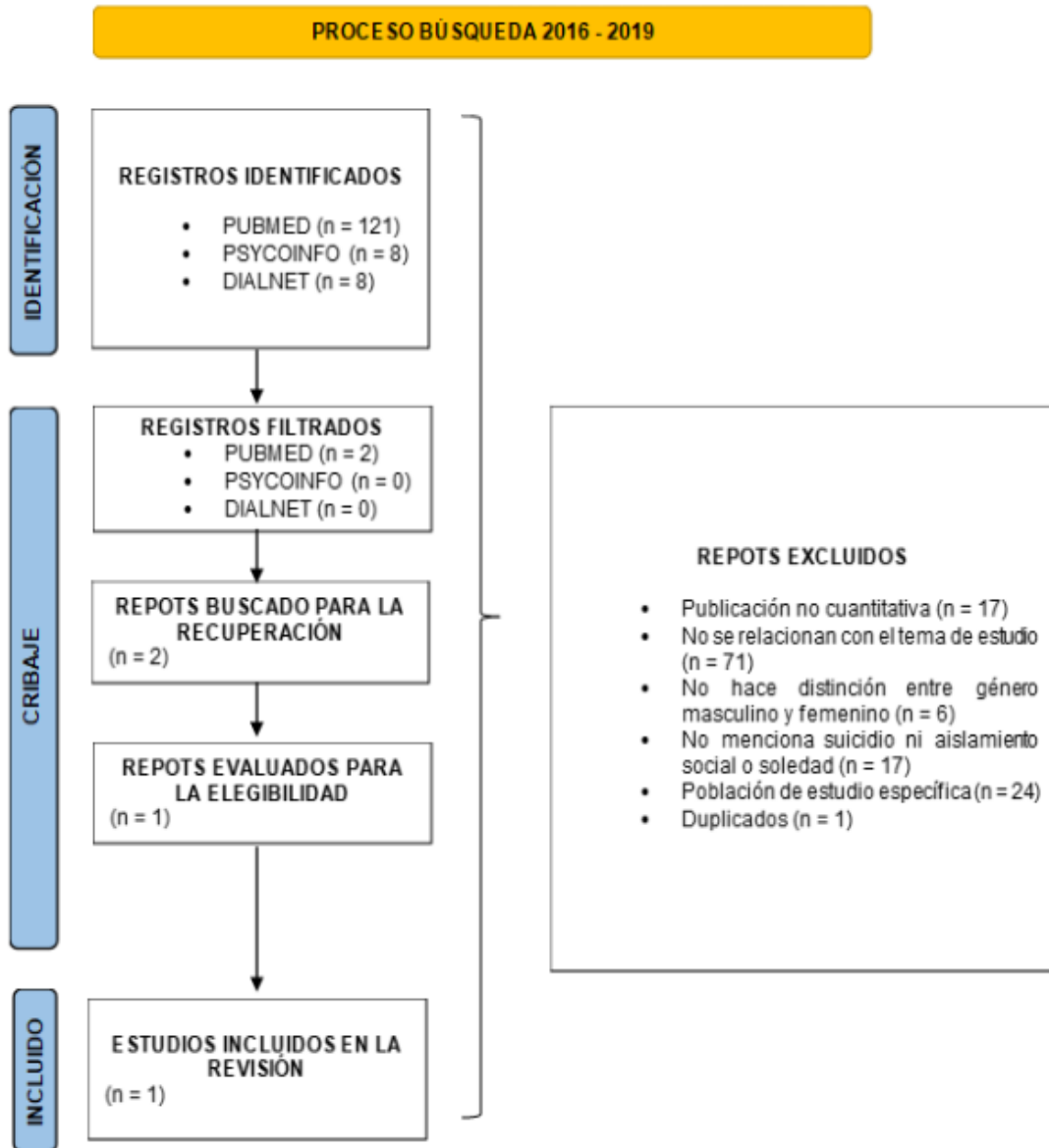
**Tabla 4:** Criterios de análisis (Elaboración propia).

Por otro lado, se realizó un cribado de los artículos excluidos en subgrupos según los criterios de exclusión:

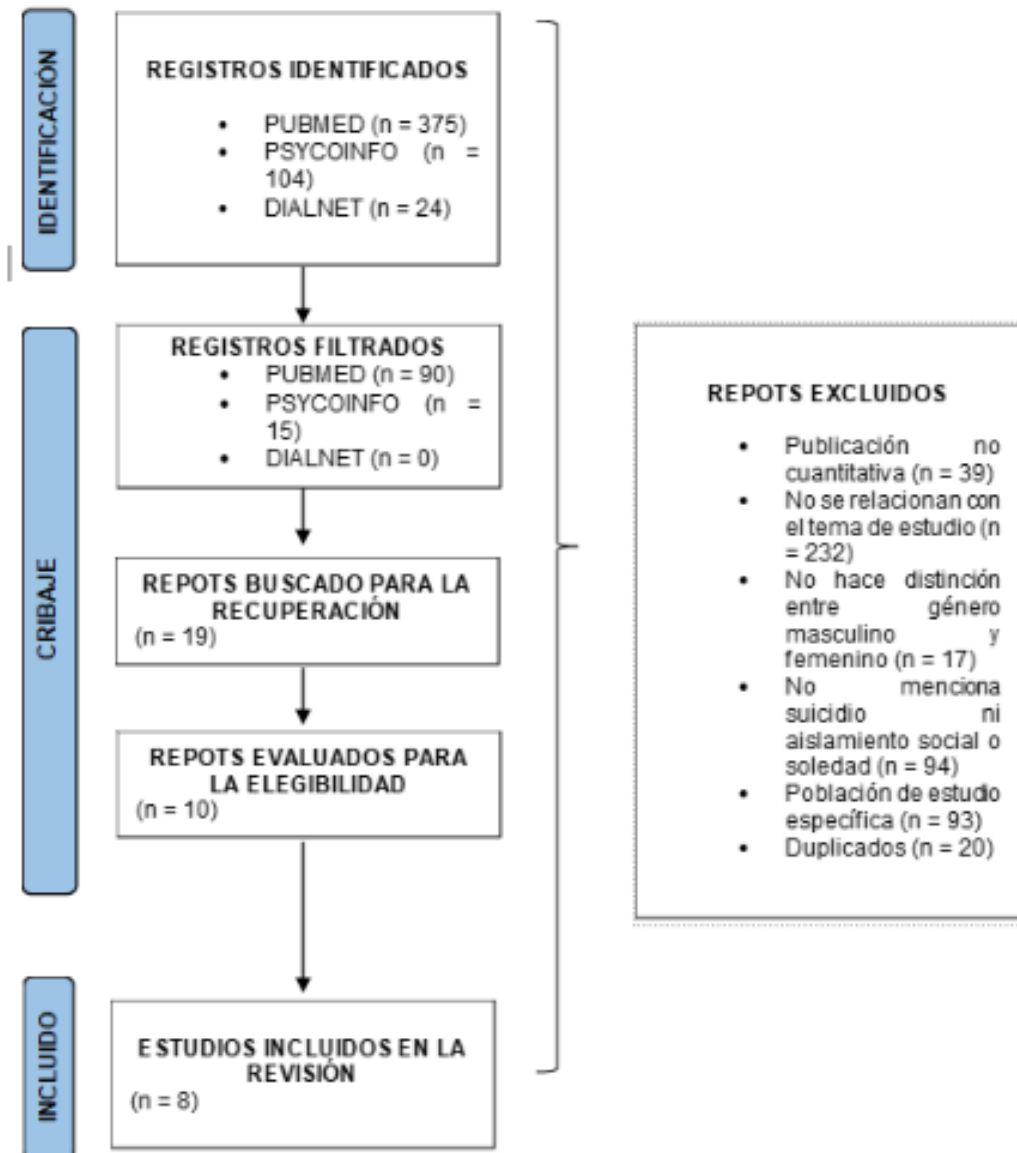
- Publicaciones no cuantitativas.
- Artículos que no se relacionaban con soledad, aislamiento social y el suicidio y la ideación suicida como consecuencia.
- Artículos que no distinguían ambos sexos.
- Estudios que no mencionaban el suicidio ni el aislamiento social.
- Excluidos porque la población de estudio no era la población adulta o la población estudiada tenían características especiales, como trastorno depresivo u otras patologías, estudiantes u otras características.

#### 4.1.4. Diagrama de flujo PRISMA

Se han realizado dos diagramas de flujo PRISMA, uno prepandemia COVID-19 (2016-2019) y otro postpandemia (2020 – 2024), donde se puede visualizar el cribaje de los artículos escogidos y sus criterios de exclusión.



## PROCESO BÚSQUEDA 2020 - 2024



### 4.2. Gestión de la información

Para gestionar la información seleccionada se crearon carpetas y documentos en el ordenador correctamente nombrados y organizados para una correcta revisión de los artículos excluidos e incluidos. Además, se ha empleado el Centre de Recursos per l'aprenentatge i la investigació (CRAI) de la Universitat Rovira i Virgili (URV) para acceder a los recursos de información electrónica desde dispositivo fuera de la red de la URV. Por último, la citación bibliográfica que se empleó en este estudio fue la normativa APA.

## 5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se identificaron un total de 640 artículos de los cuales, 9 de ellos han sido seleccionados para su análisis exhaustivo.

Autor. Año de publicación. País.	Resultados de las tasas de soledad y suicidio	Soledad ≠ Aislamiento social
Beutel et al., 2017. Alemania.	Soledad = ↑ Mujeres.  Ideación suicida = 40% participantes.	Sí.
Shaw et al., 2020. Reino Unido.	Soledad = ↑ Mujeres.  Suicidio = tres veces más alto en hombres que cohabitan solos.	Solo menciona soledad.
Yamamoto et al., 2022. Japón.	2ª Ola = ↑ Soledad Mujeres y hombres y ↓ redes sociales.  Ideación suicida más ↑ en hombres.	Sí, aunque los relaciona.
O'Connor et al., 2021. Reino Unido.	Soledad = Ligeramente más elevada en mujeres.  Ideación suicida = Similar entre mujeres y hombres.	No se definen, aunque los diferencia.
Murayama et al., 2021. Japón.	Aislamiento social = ↑ Hombres y personas mayores.  Soledad = ↑ en personas ya aisladas antes de la pandemia.	Sí.

	No asociación entre ideación suicida y soledad / aislamiento.	
Seidler et al., 2023. Australia.	Ideación suicida mayor probabilidad en hombres separados/ divorciados/viudos que hombres casados/con pareja.	Se mencionan, pero no se definen.
Hyland et al., 2022. Reino Unido.	Ser hombre con índice alto de soledad y menor de 65 años se relaciona con mayor ideación suicida.	Se mencionan, pero no se definen.
Althman et al., 2024. Reino Unido.	Los hombres presentan más asociación con el suicidio por soledad que las mujeres.	Se mencionan, pero no se definen.
Liem et al., 2022. Indonesia	Hombres que viven solos = más ideación suicida pero no quiere decir que experimenten soledad.  Mujeres = 1,55 más de probabilidades autolesiones e ideación suicida.  Soledad = las mujeres tienen índices más altos.	Se mencionan, pero no se definen.

**Tabla 5:** Resultados de los artículos escogidos (Elaboración propia).

## **5.1. Resultados de las hipótesis planteadas**

El presente estudio tenía como objetivo principal comparar las tasas de suicidio debidas al factor de riesgo soledad / aislamiento social entre hombres y mujeres mayores de 18 años pre y post pandemia COVID-19. Nuestros hallazgos confirman nuestras hipótesis, ya que las tasas de suicidio han aumentado en ambos sexos tras la pandemia. Además, se puede afirmar que el factor de riesgo soledad se asocia más a las mujeres y las tasas de suicidio aparecen más frecuentemente post pandemia COVID-19 debido a la soledad. Tras el estudio, se puede afirmar que las tasas de suicidio son más prevalentes en hombres que en mujeres. En los artículos, el riesgo de soledad y del aislamiento social no se tratan por igual. La definición de ambos conceptos es diferente porque la soledad se define como “una ausencia dolorosamente experimentada de contacto social, pertenencia o una sensación de aislamiento” y el aislamiento social, en cambio, como “una falta de contacto social, que puede cuantificarse objetivamente (por ejemplo, vivir solo, sin pareja)” (Beutel et al, 2017).

## **5.2. Soledad**

Shaw et al. (2020) define la soledad como una “percepción subjetiva de una falta de contacto con otras personas” mientras que Murayama et al. (2021) define la soledad como un sentimiento vinculado al “miedo”. En ambos casos se define la soledad como una experiencia subjetiva, emocional y vinculada a la ausencia de relaciones significativas. Aunque es verdad que Arroyo & de los Santos (2023), afirman que la soledad se asocia con el hecho de vivir solo. Cabe señalar que, aunque Gené-Badia et al. (2016) no fue considerado dentro de esta investigación, sus contribuciones refuerzan la definición de la soledad, puesto que la soledad es una sensación subjetiva de falta de afecto y proximidad a familiares y amigos que provocan sentirse no valorado.

En la mayoría de los artículos incluidos en este trabajo, como, por ejemplo, en los estudios de Beutel et al. (2017), Shaw et al. (2020) y Yamamoto et al. (2022), el tipo de soledad descrita es la soledad emocional, es decir, falta de soporte emocional de aquellas personas más íntimas que pueden ofrecer apoyo emocional en los momentos de mayor necesidad (Gené-Badia et al., 2016). Sin embargo, Beutel et al. (2017), Althman et al. (2024) y Liem et al. (2022) definen la soledad como soledad social. A parte, Beutel et al. (2017) también define la soledad como soledad impuesta por la pandemia y restricciones sociales. Por lo tanto, nos realizamos la siguiente pregunta: ¿el concepto de soledad está sesgado?

### **5.3. Aislamiento social**

Según Shaw et al. (2020), el aislamiento social se define como “falta de contacto social, que puede cuantificarse objetivamente”, es decir, una “situación objetiva de tener mínimos contactos con otras personas” (Gené-Badía et al., 2016) que se complementa con la definición de Murayama et al. (2021), “un contacto menos frecuente con personas que no fueran miembros de la familia que conviven”.

En cuanto al aislamiento social y su relación con el suicidio, Alothman et al. (2024) afirma que “la soledad y el aislamiento social se asocian con un aumento de aproximadamente cinco veces en el riesgo de mortalidad por suicidio”, sobre todo, en adultos jóvenes, siendo el aislamiento social “un factor de riesgo potencialmente reversible para el suicidio” (Alothman et al., 2024).

Aunque hay resultados significativos sobre el aislamiento social, no se ha estudiado de forma tan profunda como la soledad, ya que se relaciona de forma directa o como factor de riesgo (Yamamoto et al., 2022; Hyland et al., 2022).

### **5.4. Vivir solo**

En los artículos incluidos en esta investigación, describen el hecho de vivir solo, como sinónimo a estar confinado (Shaw et al., 2020; Yamamoto et al., 2022) y la inhibición de contacto social (Seidler et al., 2023). Es importante diferenciar vivir solo, estar solo, estar aislado y sentir soledad porque vivir solo no implica sentirse solo ni estar aislado socialmente. Al igual que las personas que viven solas pueden disfrutar de un apoyo social y una vida activa con familia y amigos, puede haber personas que cohabitan y se sientan solas. En conclusión y, como reflexionaba el actor Robin Williams, “Solía pensar que la peor cosa de la vida era terminar solo. No lo es. Lo peor de la vida es terminar con gente que te hace sentir solo” (Lemos, R., 2024).

Según el Informe España 2020 de Martin et al. (2020), vivir solo no es una experiencia solitaria, aunque es cierto que existe mayor nivel de soledad en mujeres, sin pareja que viven solas y sin hijos que aquellas con pareja, que cohabitan y tienen hijos (Beutel et al., 2017). Por el contrario, los hombres tienen más tasas de suicidio que las mujeres debido a la soledad y a vivir solo (Alothman et al., 2024) aunque no siempre significa que los hombres que viven solos y tienen ideación suicida experimentan soledad (Liem et al., 2022). En relación con lo comentado, Manfred et al. (2017) demuestra que “vivir

en pareja está vinculado a la soledad en casi todos los hombres y, en menor medida, en las mujeres”.

### **5.5. Edad**

Diversas investigaciones, como las realizadas por Yamamoto et al. (2022), O'Connor et al. (2021) y Liem et al. (2022), la población que reporta mayores niveles de soledad corresponde a los adultos jóvenes, aquellos entre los 18 y 29 años, coincidiendo los resultados en ambos estudios. A partir de los 65 años, los niveles de soledad en ambos sexos se equiparán, y generalmente el nivel suele ser alto (Beutel et al., 2017). Por otro lado, la ideación suicida debido al factor de riesgo soledad y aislamiento social es más prevalente entre los 30 y 49 años, según subrayaban Seidler et al. (2023) y Yamamoto et al. (2022).

De acuerdo con lo que destacaban Yamamoto et al. (2022), O'Connor et al. (2021) y Liem et al. (2022), los adultos jóvenes de entre 18 y 29 años manifiestan mayores niveles de soledad, lo cual reafirma Ruiz et al. (2023) en su trabajo: “La soledad no deseada alcanza los valores máximos en las franjas centrales de la juventud, entre los 22 y los 27 años”.

Ahora bien, a pesar de que en este estudio el objetivo era estudiar las tasas de suicidio debido a la soledad y aislamiento social en adultos, es importante explicar que la incidencia de suicidio debido a la soledad y aislamiento social en adolescentes es significativa y relevante. Murayama et al. (2021) garantiza que las personas de mediana edad han tenido más prevalencia de aislamiento social que las personas jóvenes y personas mayores. De hecho, Zygo et al. (2019), avala que los adolescentes entre 17 y 18 años son los que más ideas suicidas, planes suicidas e intentos de suicidio experimentan. Esto concuerda con los resultados de Liem et al. (2022), ya que asegura que las personas jóvenes de entre 18 y 24 años tienen 2.56 veces más de probabilidad de experimentar autolesiones e ideación suicida que los mayores de 35 años. Por esta razón, es importante trabajar con este grupo de población, como bien estudia Paricio-del Castillo et al. (2024).

Existe una duplicación de los suicidios nacionales en menores de 14 años en 2020 respecto al año 2019, con mayores conductas suicidas en mujeres (Paricio-del Castillo et al. 2024). Estos datos sugieren que, además de las personas mayores con pensamientos de suicidio asociado a la falta de apoyo social (Solomonov et al. 2023), la

población de adolescentes y joven adulta también se encuentra en una situación significativa de riesgo. Del mismo modo, Frey et al. (2024), señala que casi del 50% de los participantes manifestaron ideación suicida, las mujeres con más prevalencia. De hecho, el Informe España 2020 de Martin et al. (2020) revela que “los jóvenes muestran menos satisfacción en general con su vida” en comparación con las personas mayores, porque señala que “los más satisfechos son los mayores de sesenta años”.

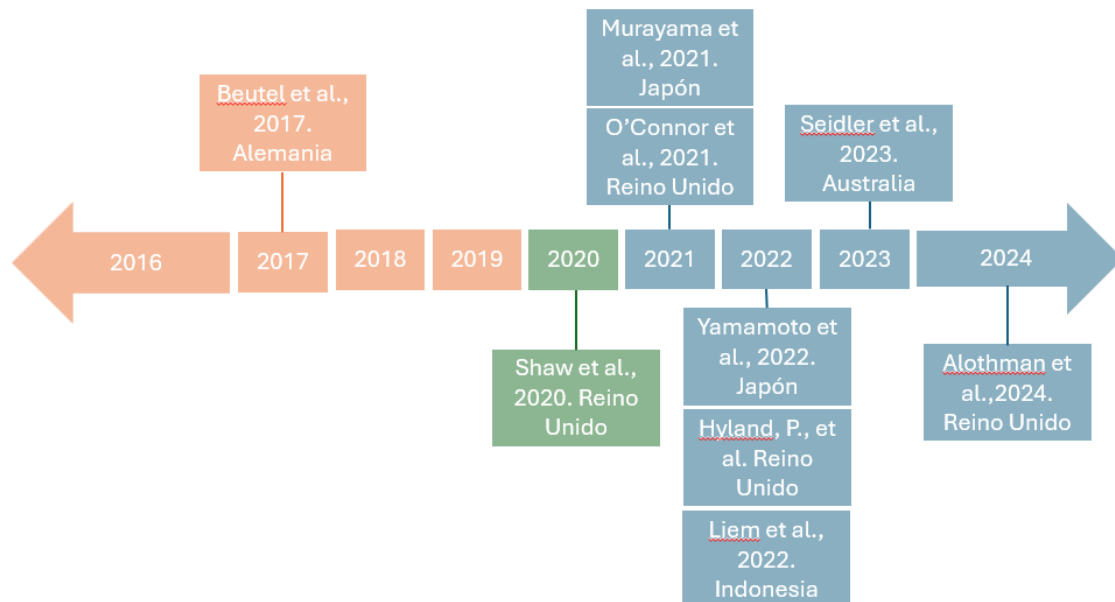
## **5.6. Sexo**

En cuanto al aislamiento social, la prevalencia era mayor en hombres antes y durante la pandemia que las mujeres. Asimismo, fue mayor el incremento de la prevalencia del aislamiento social en hombres que en mujeres (Murayama et al., 2021). También se ha visto que los hombres presentan más ideación suicida que las mujeres, a pesar de que ellas reportan niveles ligeramente más elevados de soledad (Martin et al. 2020; O'Connor et al., 2021). Desde el inicio de la pandemia, la incidencia de la ideación suicida ha aumentado de manera similar en ambos géneros (O'Connor et al., 2021). No obstante, Althman et al. (2024) y Hyland et al. (2022) señalan que dicha ideación está ligada más a los hombres que experimentan soledad, lo cual afirma Shaw et al. (2020) en su estudio, los hombres que viven solos o cohabitan con alguien que no es su pareja tienen tres veces más riesgo de morir por suicidio. Sin embargo, Liem et al. (2022) matiza que no todos los varones que viven solos y presentan ideación suicida necesariamente experimentan soledad.

Culturalmente los varones han sido educados para resolver sus problemas y gestionar sus emociones de manera autónoma sin externalizarlos (García, 2024). Manfred et al, (2017), asegura que los hombres suelen admitir en menor medida la soledad que las mujeres “porque les preocupa ser percibidos como débiles y menos masculinos si admiten sus luchas”, según Ernst et al. (2021) que, además, Liem et al. (2022) corrobora en su trabajo. Es por ello por lo que los hombres tienden a reprimir el miedo, el dolor, la tristeza y la vulnerabilidad. Esto deriva al desconocimiento emocional y mala gestión de emociones que puede llevar al uso de métodos violentos y riesgosos que pueden llegar a ser letales (García, 2024; Iñaki Psicóloga, 2025). “Los hombres son menos propensos a buscar apoyo psicológico, prefiriendo lidiar con sus problemas de forma independiente”, sin embargo, las mujeres “desarrollan mayor resiliencia ante adversidades”, debido a cambios corporales y sociales más frecuentemente (la menstruación, el embarazo y la menopausia, entre otros) (Iñaki Psicóloga, 2025). Por esta razón, como demostraban Althman et al. (2024) y Hyland

et al. (2022) en sus estudios, los hombres son más prevalentes para morir por suicidio. En cambio, las mujeres reportan más soledad (Martin et al. 2020; O'Connor et al., 2021) porque expresan más sus sentimientos y son más resilientes a situaciones familiares y demográficos, como el nido vacío y la viudez que conlleva a una situación de vivir en soledad (Rubio et al., 2009). Los hombres informan en niveles más bajos los estados emocionales (O'Connor et al., 2021), por tanto, informan en menor medida sentimientos de derrota, de atrapamiento y en la misma línea, sentimientos de soledad. Por lo que, el porcentaje y la intensidad del sentimiento de soledad es mayor en mujeres que en los hombres (Liem et al., 2022; O'Connor et al., 2021). Teniendo en cuenta que los hombres reportan menor soledad, se debe tener cuidado a la hora de extrapolar los datos obtenidos, para evitar obtener resultados sesgados.

### 5.7. COVID-19



**Gráfico 2:** Línea del tiempo de los artículos escogidos (Elaboración propia).

La reducción de redes sociales, contacto social y el sentimiento de soledad han afectado negativamente a la salud mental y el bienestar de la población, lo que conlleva al aumento del suicidio. Según destacaba Murayama et al. (2021), explica que las personas que no habían estado aisladas presentaron niveles más elevados de soledad que aquellas que ya habían estado aisladas antes de la pandemia.

Investigadores externos a esta revisión, como Poštuvan et al. (2024), demostró que la soledad emocional y la soledad social aumentaron significativamente desde el comienzo de la pandemia hasta el final de esta, y la conducta suicida fue disminuyendo

ligeramente según transcurría la pandemia. En cambio, el estudio incluido en esta revisión, llevado a cabo por O'Connor et al. (2021), demuestra que aumentó la incidencia con el paso del tiempo que se refuerzan los resultados con el estudio de Hyland et al. (2022) debido a la progresión de intentos de ideación suicida a medida que transcurría la pandemia.

A raíz de esto, se puede afirmar que durante y tras la pandemia se incide más en la investigación sobre las causas, factores de riesgo y las consecuencias de la soledad.

En nuestro estudio hemos afirmado que la cantidad de estudios acerca de la soledad/aislamiento social asociado con el suicidio es mucho mayor que antes de la pandemia (gráfico 2).

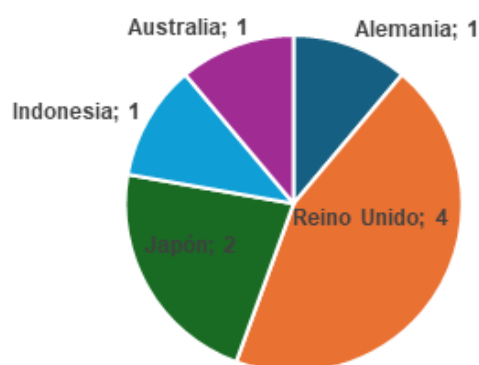
### 5.8. País de origen de los artículos

De los 640 revisados en Pubmed, Psycinfo y Dialnet, solo uno encontrado en Dialnet dirigido por Torre Díaz (2019) fue realizada en España, en la Universidad Pontificia Comillas, pero se excluye porque no cumple con los criterios establecidos de esta revisión bibliográfica. En general, la mayoría de los estudios encontrados están realizados en Europa y Asia; y de los nueve artículos escogidos, cuatro son del Reino Unido.

A pesar de la importancia que genera tanto la soledad como el suicidio en España, generando informes como el Informe España 2020 de Martin et al. (2020), llama la atención que no se encuentren publicaciones en relación con el tema.

Analizar que, de 640 publicaciones encontradas, un gran porcentaje pertenecían a países angloparlantes o por el contrario a Japón. Hecho que también se refleja en la investigación realizada (gráfico 3).

Se nos genera un debate entre si nuestras bases de datos seleccionadas han sido escasas para poder obtener publicaciones realizadas en España o, por el contrario, que al tema no se le otorgue la relevancia que tiene en la investigación.



**Gráfico 3:** Países de los artículos escogidos (Elaboración propia).

## 5.9. Limitaciones

Tras la realización de esta revisión bibliográfica en diferentes bases de datos, se han encontrado ciertas dificultades para encontrar artículos que incluyeran solo grupos de población adulta de hombres y mujeres, puesto que muchos de ellos incluían grupos de población muy específicos, tales como personas adolescentes, estudiantes, personas mayores o personas con alguna patología en específico o en una situación vital específica, entre otros. Por esta razón, la variedad de artículos que estudian solo la población adulta sin criterios especiales empleables en este trabajo ha sido limitada.

Además de estudiar la soledad, también se quería estudiar el aislamiento social antes y tras la pandemia. Sin embargo, existen pocos estudios publicados antes de la pandemia, por tanto, existen restricciones para estudiarlo en profundidad en ese periodo concreto.

Otra de las dificultades encontradas ha sido el déficit de información sobre el suicidio y la ideación suicida como consecuencia de la soledad y el aislamiento social. Es cierto que existen muchas investigaciones y resultados interesantes acerca del suicidio y la ideación suicida, pero como factores de riesgo de la soledad y el aislamiento social no son tan estudiadas y la información es insuficiente o incompleta.

Por último, llama la atención que, en las bases de datos utilizados en este trabajo, ningún artículo escogido está realizado en España. Debido a esto, no se han podido incluir datos de España y todos los datos obtenidos forman parte de países exteriores. Por lo tanto, estudios futuros deberían incluir una población adulta haciendo distinción entre géneros y sin criterios especiales, estudiar más a profundidad el aislamiento social y el suicidio y la ideación suicida como consecuencias de la soledad y el aislamiento social. Además, sería interesante que se realicen más estudios del tema en España y obtener más datos que puedan servir para mejorar la salud y la calidad de vida de las personas de este país.

## 6. CONCLUSIÓN

Los resultados muestran que el concepto de soledad en muchos casos se relaciona con vivir solo. El aislamiento social, por el contrario, está poco estudiado a pesar de ser mencionado en los diferentes artículos como un factor de riesgo.

La pandemia COVID-19 ha generado un impacto en la población, ya que la ideación suicida debida a sentimientos de soledad o al aislamiento social ha aumentado en los últimos años prueba de ello es reflejado en el proceso de búsqueda porque hay más resultados post pandemia que prepandemia. Los colectivos vulnerables son los jóvenes-adultos y los hombres, ya que estos últimos presentan tasas más bajas de apoyo social, a pesar de que cuando se menciona factor de riesgo soledad por sí solo, las mujeres presentan tasas más altas.

En cuanto a la ideación suicida y su relación con los factores de riesgo soledad y aislamiento social, se deberían realizar más investigaciones cuantitativas y cualitativas en diferentes poblaciones mundiales para dirigir intervenciones más específicas.

Para investigaciones futuras sería interesante clarificar los conceptos aislamiento social, soledad y "vivir solo", además de estudiarlos por separado. Por otro lado, se deberían investigar estrategias de prevención frente a ello haciendo distinción entre edades y géneros, ya que actualmente la bibliografía hace hincapié en la edad avanzada dejando de lado el resto de población.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alothman, D., Lewis, S., Card, T., Tyrrell, E., & Fogarty, A. W. (2024). The association between living alone, loneliness and suicide mortality and effect modification by age: A case:control study. *Journal of affective disorders*, 352, 278–280. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.02.047>

Aran, N., Card, K. G., Lee, K., & Hogg, R. S. (2022). *Patterns of Suicide and Suicidal Ideation in Relation to Social Isolation and Loneliness in Newcomer Populations: A Review*. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 25(2), 415. <https://doi.org/10.1007/S10903-022-01422-9>

Arredondo-González, Claudia Patricia, & Siles-González, José. (2009). *Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales*. *Index de Enfermería*, 18(1), 32-36. Recuperado en 20 de abril de 2025, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962009000100007&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000100007&lng=es&tlng=es).

Arroyo, M. C., & de los Santos, P. V. (2023). ¿Más vale solo/a? Motivaciones, significados y afrontamiento de la soledad elegida la vejez. *Perspectivas Sociales*, 25(1), 43-66.

Asociación Española de Enfermería de Salud Mental [AEESME]. (2019). Hildegard Elizabeth Peplau. <https://www.aeesme.org/aeesme/hildegard-elizabeth-peplau/>

Beutel, M. E., Klein, E. M., Brähler, E., Reiner, I., Jünger, C., Michal, M., Wiltink, J., Wild, P. S., Münzel, T., Lackner, K. J., & Tibubos, A. N. (2017). Loneliness in the general population: prevalence, determinants and relations to mental health. *BMC psychiatry*, 17(1), 97. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1262-x>

Buz, J. & Prieto Adánez, G. (2013). *Análisis de la Escala de Soledad de De Jong Gierveld mediante el modelo de Rasch*. *Universitas Psychologica*, 12 (3), 971-981.

Canal Salut (2024). Suïcidi i conducta suïcida. <https://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/s/suicidi-conducta-suicida/>

Carbelo Baquero, B. et al. (1997). El cuidado desde una perspectiva psicosocial. *Cultura de los cuidados*. 2. 54-59. <https://doi.org/10.14198/cuid.1997.2.09>

Cohen S. (2021). Psychosocial Vulnerabilities to Upper Respiratory Infectious Illness: Implications for Susceptibility to Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Perspectives on psychological science : a journal of the Association for Psychological Science*, 16(1), 161–174. <https://doi.org/10.1177/1745691620942516>

Ernst, M., Klein, E. M., Beutel, M. E., & Brähler, E. (2021). Gender-specific associations of loneliness and suicidal ideation in a representative population sample: Young, lonely men are particularly at risk. *Journal of affective disorders*, 294, 63–70. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.06.085>

Frey, L. M., Venugopal, D., & Dev, V. S. (2024). Prevalence and predictors of suicide ideation among university and high-school students during India's 2nd wave of the COVID-19 pandemic. *PloS one*, 19(12), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0311403>

García Fernández, A. G. (2024). *Experta explica por qué los hombres se suicidan más que las mujeres*. Universidad Iberoamericana. <https://ibero.mx/prensa/experta-explica-por-que-los-hombres-se-suicidan-mas-que-las-mujeres>

Gené-Badia J, Ruiz-Sánchez M, Obiols-Masó N, Oliveras Puig L, Lagarda Jiménez E. (2016). Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria? *Atención Primaria*, 48 (9), 563-618. DOI: 10.1016/j.aprim.2016.03.008

Gerst-Emerson, K., & Jayawardhana, J. (2015). Loneliness as a Public Health Issue: The Impact of Loneliness on Health Care Utilization Among Older Adults. *American Journal of Public Health*, 105(5), 1013. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302427>

Haber, J. (2000). *Hildegard E. Peplau: The psychiatric nursing legacy of a legend*. 6(1), 56 – 62. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1078390300900211>

Hauger, B., Martinsen, R., Hestad, K., & Ødbehr, L. S. (2025). Nurses' perspectives on clinical competence to identify loneliness and depression in older people in home care: a qualitative study. *BMC health services research*, 25(1), 370. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12428-y>

Hawley, L. C., Thisted, R. A., & Cacioppo, J. T. (2009). Loneliness predicts reduced physical activity: cross-sectional & longitudinal analyses. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 28(3), 354–363. <https://doi.org/10.1037/a0014400>

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 : a journal of the Association for Psychological Science*, 10(2), 227–237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>

Hyland, P., Rochford, S., Munnely, A., Dodd, P., Fox, R., Vallières, F., McBride, O., Shevlin, M., Bentall, R. P., Butter, S., Karatzias, T., & Murphy, J. (2022). *Predicting risk along the suicidality continuum: A longitudinal, nationally representative study of the Irish population during the COVID-19 pandemic*. *Suicide & life-threatening behavior*, 52(1), 83–98. <https://doi.org/10.1111/sltb.12783>

IDESCAT. (2023). Idescat. Anuario estadístico de Cataluña. Suicidios. Por sexo. Provincias. <https://www.idescat.cat/indicadors/?id=aec&n=15594&lang=es>

Iñaki Psikologoa. (2025). *¿Por qué los hombres se suicidan más que las mujeres?* [Episodio de pódcast]. Psiconsejos vendo. <https://inakipsikologoa.com/podcast/por-que-los-hombres-se-suicidan-mas/>

Junta de Castilla y León. (2024). *Guía de actuación ante situaciones de soledad no deseada o aislamiento social*. Servicios Sociales.

Karlsson, J., Hammar, L. M., & Kerstis, B. (2021). Capturing the Unsaid: Nurses' Experiences of Identifying Mental Ill-Health in Older Men in Primary Care-A Qualitative Study of Narratives. *Nursing reports (Pavia, Italy)*, 11(1), 152–163. <https://doi.org/10.3390/nursrep11010015>

Lemos, R. (2024). 5 frases de Robin Williams. *La mente es maravillosa*. <https://lamenteesmaravillosa.com/5-frases-de-robin-williams/>

Liem, A., Prawira, B., Magdalena, S., Siandita, M. J., & Hudyana, J. (2022). Predicting self-harm and suicide ideation during the COVID-19 pandemic in Indonesia: a nationwide survey report. *BMC psychiatry*, 22(1), 304. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03944-w>

Martín Patino, JM., Blanco Martín, A., Chueca, A., López Ruiz, JA., Mora Rosado, S. (2020). Parte segunda: La soledad del siglo XXI. Dentro: Vidal, F. & Halty, A. *Informe España 2020* (pp. 91-164). Universidad Pontificia Comillas de Madrid. <https://blogs.comillas.edu/informe-espana/informe-espana-2020/>

McClintock, M. K., Dale, W., Laumann, E. O., & Waite, L. (2016). Empirical redefinition of comprehensive health and well-being in the older adults of the United States. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 113(22), E3071–E3080. <https://doi.org/10.1073/pnas.1514968113>

Ministerio de Sanidad. (2023). Ministerio de Sanidad - Prensa y comunicación - Noticias. <https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=6510>

Moreno, R. & Vayá, E. (2024). Geographical distribution of the COVID-19 pandemic and key determinants: Evolution across waves in Spain. *Geographical Research* 62, 486-502. <https://doi.org/10.1111/1745-5871.12669>

Murayama, H., Okubo, R., & Tabuchi, T. (2021). Increase in Social Isolation during the COVID-19 Pandemic and Its Association with Mental Health: Findings from the JACSIS 2020 Study. *International journal of environmental research and public health*, 18(16), 8238. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168238>

NANDA International. (s.f.). *Riesgo de soledad excesiva*. En Taxonomía diagnóstica NANDA-I. Elsevier. ClinicalKey Student. [https://www.clinicalkey.com/student/nursing/nnn/nanda/taxonomy/82-s2.0-sp\\_00335](https://www.clinicalkey.com/student/nursing/nnn/nanda/taxonomy/82-s2.0-sp_00335)

NANDA International. (s.f.). *Soledad excesiva*. En Taxonomía diagnóstica NANDA-I. Elsevier. ClinicalKey Student. [https://www.clinicalkey.com/student/nursing/nnn/nanda/taxonomy/82-s2.0-sp\\_00335](https://www.clinicalkey.com/student/nursing/nnn/nanda/taxonomy/82-s2.0-sp_00335)

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Division of Behavioral and Social Sciences and Education; Health and Medicine Division; Board on Behavioral, Cognitive, and Sensory Sciences; Board on Health Sciences Policy; Committee on the Health and Medical Dimensions of Social Isolation and Loneliness in Older Adults. (2020).

Niu, L., Jia, C., Ma, Z., Sun, X., & Hu, M. (2018). *La validez de los datos basados en indicadores indirectos sobre la soledad en la investigación del suicidio: un estudio de autopsia psicológica de casos y controles en la China rural*. *BMC Psychiatry*, 18, 116. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1687-x>

Navarro-Gómez, Noelia. (2017). El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles. *Clínica y Salud*, 28(1), 25-31. <https://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2016.11.002>

O'Connor, R. C., Wetherall, K., Cleare, S., McClelland, H., Melson, A. J., Niedzwiedz, C. L., O'Carroll, R. E., O'Connor, D. B., Platt, S., Scowcroft, E., Watson, B., Zortea, T., Ferguson, E., & Robb, K. A. (2021). Mental health and well-being during the COVID-19 pandemic: longitudinal analyses of adults in the UK COVID-19 Mental Health & Wellbeing study. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 218(6), 326–333. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.212>

Organización Mundial Salud. (2023). Suicidio. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Paricio-del Castillo, Rocío, del Sol-Calderón, Pablo, García-Murillo, Lourdes, Mallol-Castaño, Leticia, Pascual-Aranda, Ana, & Palanca-Maresca, Inmaculada. (2024). Suicidio infanto-juvenil tras la pandemia de COVID-19: análisis de un fenómeno trágico. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 44(145), 19-45. Epub 02 de agosto de 2024. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352024000100002>

Paris, J. (2019). Suicidality in Borderline Personality Disorder. *Medicina*, 55(6), 223. <https://doi.org/10.3390/MEDICINA55060223>

Poštuvan, V., Krohne, N., Lavrič, M., Gomboc, V., De Leo, D., & Rojs, L. (2024). A Lonelier World after COVID-19: Longitudinal Population-Based Study of Well-Being, Emotional and Social Loneliness, and Suicidal Behaviour in Slovenia. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 60(2), 312. <https://doi.org/10.3390/medicina60020312>

Pressman, S. D., Cohen, S., Miller, G. E., Barkin, A., Rabin, B. S., & Treanor, J. J. (2005). Loneliness, social network size, and immune response to influenza vaccination in college freshmen. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 24(3), 297–306. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.24.3.297>

Rubio, R., Pinel, M., & Rubio, L. (2009). La soledad en los mayores: Una alternativa de medición a través de la escala Este. *Universidad de Granada. Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada*. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-02.pdf>

Ruiz, R., Tuñón, A., Fresno, J. M., del Río, F., & Sonat, D. (2023). Estudio sobre juventud y soledad no deseada en España. *Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada*. [https://www.soledades.es/sites/default/files/contenidos/Estudio%20soledad%20juvenil\\_V12\\_accesible.pdf](https://www.soledades.es/sites/default/files/contenidos/Estudio%20soledad%20juvenil_V12_accesible.pdf)

Santander Vera, E.P. (2017). *Aplicación del modelo de Hildegard Peplau en los cuidados de enfermería del personal que labora en el área de medicina interna (clínica 2) del Hospital de especialidades José Carrasco Arteaga. cuenca periodo septiembre 2017-febrero 2018*. [Trabajo de Fin de Grado, Universidad Católica de Cuenca]. <https://dspace.ucacue.edu.ec/server/api/core/bitstreams/39f6c7d8-6297-429a-90db-0e4cfb045671/content>

Shaw, R. J., Cullen, B., Graham, N., Lyall, D. M., Mackay, D., Okolie, C., Pearsall, R., Ward, J., John, A., & Smith, D. J. (2020). Living alone, loneliness and lack of emotional support as predictors of suicide and self-harm: A nine-year follow up of the UK Biobank cohort. *Journal of affective disorders*, 279, 316–323. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.026>

Seidler, Z. E., Wilson, M. J., Oliffe, J. L., Fisher, K., O'Connor, R., Pirkis, J., & Rice, S. M. (2023). Suicidal ideation in men during COVID-19: an examination of protective factors. *BMC psychiatry*, 23(1), 46. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04539-9>

Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Opportunities for the Health Care System. National Academies Press (US). Organización Mundial Salud. (2023). Suicidio. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Solomonov, N., Green, J., Quintana, A., Lin, J., Ognyanova, K., Santillana, M., Druckman, J. N., Baum, M. A., Lazer, D., Gunning, F. M., & Perlis, R. H. (2023). A 50-state survey study of thoughts of suicide and social isolation among older adults in the United States. *Journal of affective disorders*, 334, 43–49. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.04.038>

Studdert, D. M., Zhang, Y., Swanson, S. A., Prince, L., Rodden, J. A., Holsinger, E. E., Spittal, M. J., Wintemute, G. J., & Miller, M. (2020). Handgun Ownership and Suicide in California. *The New England journal of medicine*, 382(23), 2220–2229. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa1916744>

Teo, R. H., Cheng, W. H., Cheng, L. J., Lau, Y., & Lau, S. T. (2023). Global prevalence of social isolation among community-dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 107. <https://doi.org/10.1016/J.ARCHGER.2022.104904>

Terapéutica en Alza. (2020, mayo 8). Soledad y salud mental. Portal Psicología y Mente. <https://psicologiaymente.com/clinica/soledad-salud-mental>

Torre Díaz, J. de la. (2019). *Eutanasia: Los factores sociales del deseo de morir*. Revista Iberoamericana de Bioética, (11). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7114063>

Torres, A. (2018, noviembre 14). Los 7 tipos de soledad, y sus causas y características. Portal Psicología y Mente. <https://psicologiaymente.com/social/tipos-de-soledad>

Valtorta, N. K., Kanaan, M., Gilbody, S., Ronzi, S., & Hanratty, B. (2016). Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart (British Cardiac Society)*, 102(13), 1009–1016. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2015-308790>

Williams, P. (2020). Roles y relaciones: Proceso de enfermería para la soledad y el riesgo de aislamiento social. Dentro P Williams (Ed.), *Enfermería geriátrica* (pp. 218-227). Elsevier.

Yamamoto, T., Uchiumi, C., Suzuki, N., Sugaya, N., Murillo-Rodriguez, E., Machado, S., Imperatori, C., & Budde, H. (2022). Mental health and social isolation under repeated mild lockdowns in Japan. *Scientific reports*, 12(1), 8452. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-12420-0>

Zalsman, G. (2020). Neurobiology of suicide in times of social isolation and loneliness. *European Neuropsychopharmacology*, 40, 1-3. <https://doi.org/10.1016/J.EURONEURO.2020.10.009>

Zaar, M. H., García Ávila, M.-B. (2020). El Covid-19 en España y sus primeras consecuencias. *Revista Brasileira de Geografia Econômica. Espaço e Economia*. <https://doi.org/10.4000/espacoekonomia.10142>.

Zubieta EM, Fernández O, Daniel y Cejas LA. (2012). *Bienestar y soledad social emocional*. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en

*Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Zygo, M., Pawłowska, B., Potembska, E., Dreher, P., & Kapka-Skrzypczak, L. (2019). Prevalence and selected risk factors of suicidal ideation, suicidal tendencies and suicide attempts in young people aged 13-19 years. *Annals of agricultural and environmental medicine : AAEM*, 26(2), 329–336. <https://doi.org/10.26444/aaem/93817>

## 8. ANEXOS

### 8.1. Anexo 1: Escala de De Jong Gierveld

**Soledad emocional** (suma de ítems puntuables: 2, 3, 5, 6, 9, 10)

**Soledad social** (suma de ítems puntuables: 1, 4, 7, 8, 11)

#### Clasificación de los resultados:

- No soledad (puntuación 0, 1 o 2)
- Soledad moderada (puntuación de 3 a 8)
- Soledad severa (puntuación 9 o 10)
- Soledad muy severa (puntuación 11)

La calificación se realiza contando las respuestas neutrales y positivas (“más o menos” o “sí”) en los ítems 2, 3, 5, 6, 9, 10, que hace referencia a la puntuación de soledad emocional. Cuente las respuestas neutrales y negativas (“no” o “más o menos”) en los ítems 1, 4, 7, 8, 11 que pertenecen a la puntuación de soledad social. Para la puntuación total se suman ambas puntuaciones (Junta de Castilla y León, 2024)

	Sí	Algunas veces/más o menos	No
1. Siempre hay alguien con quien puede hablar de sus problemas diarios (-)			
2. Echa de menos tener un buen amigo de verdad (+)			

3. Siente una sensación de vacío a su alrededor (+)			
4. Hay suficientes personas a las que puede recurrir en caso de necesidad (-)			
5. Echa de menos la compañía de otras personas (+)			
6. Piensa que su círculo de amistades (amigos y conocidos) es demasiado limitado (+)			
7. Tiene mucha gente en la que confiar plenamente (-)			

8. Hay suficientes personas con las que tiene una amistad muy estrecha (-)			
9. Echa de menos tener gente a su alrededor (+)			
10. Se siente abandonado / rechazado a menudo (+)			
11. Puede contar con sus amigos siempre que lo necesita (-)			

**8.2. Anexo 2: Cronograma**

Año	2024												2025																										
Mes	OCTUBR E				NOVIEMB RE				DICIEMB RE				ENERO					FEBRER O				MARZO				ABRIL				MAYO					JUNIO				
Semana	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4
<b>Fase 1</b>																																							
Fase 1.1: Comencem!																																							
1ª tutoría: elección del tema.																																							
Reunión Paula y Haizea.																																							







