Laila Ayadi Asraoui

Luis Zaragozà Martí

SOLEDAD Y RIESGO DE DETERIORO FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DESDE LA PERSPECTIVA ENFERMERA

TRABAJO FIN DE GRADO

Dirigido por: José Fernández Sáez, PhD.

Grado de enfermería

TORTOSA, 2026

UNIVERSITAT ROVIRA i VIRGILI
Facultat d'Infermeria

AGRADECIMIENTOS

La realización de este Trabajo de Fin de Grado ha supuesto un reto importante, y no habría sido posible sin el apoyo de distintas personas a las que queremos dedicar unas palabras.

En primer lugar, agradecemos a nuestro tutor, José Fernández Sáez, por su disponibilidad y por habernos acompañado durante este proceso. Su orientación y sus aportaciones han sido de gran ayuda para dar forma a este trabajo y avanzar con seguridad en su desarrollo.

Queremos agradecer también a nuestras familias por estar siempre presentes. Su apoyo, paciencia y ánimo han sido fundamentales para poder afrontar esta etapa con constancia y motivación.

Asimismo, reconocemos el papel de todo el profesorado que ha contribuido a nuestra formación a lo largo de la carrera. Gracias a su trabajo, hoy contamos con los conocimientos y herramientas necesarias para iniciar nuestra etapa profesional.

Este proyecto representa el final de una etapa exigente, pero también muy enriquecedora. Nos llevamos no solo aprendizaje académico, sino también experiencias y valores que nos acompañarán en nuestro futuro como profesionales de la enfermería.

UNIVERSITAT ROVIRA i VIRGILI

Índice

1. Resumen **3**
2. Introducción **5**
3. Marco conceptual **7**
3.1. Envejecimiento 7
3.2. Soledad 8
3.3. Dimensiones de la soledad 8
3.4 Consecuencias del concepto de soledad en los adultos mayores. 9
3.5. Rol de la Enfermería ante una situación de soledad en población envejecida 10
4. Hipótesis **11**
5. Objetivos **11**
5.1. Objetivo general 11
5.2. Objetivos específicos 11
6. Metodología **12**
6.1 Diseño de estudio 12
6.2 Estrategia de búsqueda 12
6.3. Fuentes utilizadas y secuencia de búsqueda 13
7.Resultados **16**
7.1 Diagrama de flujo 16
7.2 Tabla de resultados 17
8. Análisis/Discusión **23**
8.1. Impacto de la soledad en la salud y la mortalidad 24
8.2. Relación entre soledad, fragilidad y deterioro funcional 25
8.3. Influencia de la soledad en la salud mental y el deterioro cognitivo 26
8.4. Papel de los determinantes sociales y estilos de vida 27
8.5. Implicaciones para la práctica enfermera y la salud pública 28
8.6. Limitaciones, fortalezas y futuras líneas de investigación 29
9. Conclusiones **30**
10. Bibliografía **32**
11. Anexos **35**

1. Resumen

Introducción: El envejecimiento de la población y el aumento de la esperanza de vida han favorecido un incremento de las situaciones de soledad y aislamiento social en las personas mayores. La soledad no deseada se relaciona con consecuencias negativas sobre la salud física, mental y funcional, constituyendo un importante problema de salud pública. En este contexto, la enfermería desempeña un papel clave en la detección y prevención de sus consecuencias.

Objetivo: Analizar la relación entre la soledad y la salud en personas mayores mediante una revisión bibliográfica, identificando sus efectos y las intervenciones enfermeras con mayor evidencia de eficacia, con el fin de evidenciar que la valoración enfermera favorece la detección precoz de situaciones de riesgo relacionadas con la soledad

Metodología: Se realizó una revisión bibliográfica mediante una búsqueda estructurada en PubMed, ScienceDirect y Cinahl, utilizando descriptores DeCS y MeSH relacionados con soledad, enfermería, geriatría y deterioro clínico. Se aplicaron criterios de inclusión y exclusión para seleccionar los estudios más relevantes.

Resultados y discusión: Los estudios revisados muestran que la soledad y el aislamiento social se asocian con mayor riesgo de fragilidad, deterioro funcional, depresión, deterioro cognitivo y mortalidad. Además, la evidencia destaca que la valoración enfermera y la detección precoz mediante escalas validadas permiten identificar situaciones de vulnerabilidad antes de la aparición de complicaciones graves. Las intervenciones más eficaces combinan acompañamiento, promoción de la participación social, educación sanitaria y coordinación con recursos comunitarios.

Conclusión: La soledad en las personas mayores constituye un problema complejo que afecta negativamente a la salud y la calidad de vida. La valoración enfermera favorece la detección de situaciones de riesgo relacionadas con la soledad y contribuye a prevenir el deterioro funcional asociado mediante intervenciones preventivas e individualizadas.

Palabras clave: Soledad, personas mayores, enfermería, aislamiento social y deterioro funcional.

Abstract

Introduction: Population ageing and increased life expectancy have led to a rise in loneliness and social isolation among older adults. Unwanted loneliness is associated with negative consequences for physical, mental, and functional health, becoming a significant public health issue. In this context, nursing plays a key role in the early detection and prevention of its consequences.

Objective: To analyse the relationship between loneliness and health in older adults through a literature review, identifying its effects and the nursing interventions with the greatest evidence of effectiveness, in order to demonstrate that nursing assessment promotes the early detection of risk situations related to loneliness.

Methodology: A literature review was conducted through a structured search in PubMed, ScienceDirect and Cinahl using DeCS and MeSH descriptors related to loneliness, nursing, geriatrics, and clinical deterioration. Inclusion and exclusion criteria were applied to select the most relevant studies.

Results and discussion: The reviewed studies show that loneliness and social isolation are associated with a higher risk of frailty, functional decline, depression, cognitive impairment, and mortality. Furthermore, evidence highlights that nursing assessment and early detection through validated scales allow the identification of vulnerable situations before severe complications appear. The most effective interventions combine emotional support, promotion of social participation, health education, and coordination with community resources.

Conclusion: Loneliness in older adults is a complex problem that negatively affects health and quality of life. Nursing assessment promotes the early detection of risk situations related to loneliness and contributes to preventing associated functional decline through preventive and individualized interventions.

Keywords: Loneliness, older adults, nursing, social isolation, and functional decline.

2. Introducción

El envejecimiento de la población es uno de los principales desafíos sociosanitarios del siglo XXI, especialmente en países europeos como España, donde el incremento de la esperanza de vida ha dado lugar a una población cada vez más envejecida. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), a 1 de enero de 2025, el 20,7% de la población residente en España tenía más de 64 años, lo que refleja el progresivo envejecimiento demográfico y el aumento de la tasa de dependencia asociado a este fenómeno (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2025). Este contexto supone importantes implicaciones sanitarias, sociales y económicas, especialmente en relación con la atención y el bienestar de las personas mayores.

Dentro de este contexto, la soledad y el aislamiento social se han identificado como factores que afectan de forma significativa al bienestar de las personas mayores. Además, el propio INE señala que más de dos millones de personas mayores de 65 años viven solas en España, representando aproximadamente el 10,7% del total de hogares, una situación que aumenta especialmente en municipios pequeños y entornos rurales, donde el porcentaje puede alcanzar el 16,2% (INE, 2020). Estos datos ponen de manifiesto la magnitud de un problema que no solo afecta al ámbito individual, sino también a la estructura social y sanitaria del país.

La soledad, entendida como una percepción subjetiva de desconexión o ausencia de vínculos significativos, se ha relacionado con importantes consecuencias para la salud física, emocional y social (Cacioppo & Cacioppo, 2018).

Diversos estudios han demostrado que la soledad no deseada incrementa el riesgo de depresión, ansiedad, deterioro cognitivo, fragilidad, enfermedades cardiovasculares e incluso mortalidad prematura (Domènech-Abella et al., 2019; Holt-Lunstad, 2021).

La importancia de abordar este problema radica en que la soledad, aparte de afectar individualmente a las personas mayores, también tiene un impacto directo en el sistema sanitario y en la cohesión social. Si se demuestra la hipótesis de que la soledad afecta negativamente a la salud de la población envejecida, la sociedad ganaría una comprensión más profunda de un problema silencioso pero creciente, lo que permitiría desarrollar políticas públicas más eficaces, fortalecer las intervenciones comunitarias y orientar los recursos hacia medidas preventivas que mejoren la calidad de vida de las personas mayores. Además, invertir en la reducción de la soledad

podría disminuir hospitalizaciones evitables, reducir costes sociosanitarios y promover un envejecimiento más saludable y activo, beneficiando tanto a los individuos afectados como a la sociedad en su conjunto (OMS, 2021; Holt-Lunstad, 2021).

Según la OMS (2021), los profesionales de Enfermería desempeñan un papel clave en la promoción del envejecimiento saludable y en la reducción de los riesgos asociados a la soledad. Desde la perspectiva enfermera, la soledad supone un reto especialmente relevante. La profesión cuenta con herramientas y competencias para la detección precoz del aislamiento social mediante escalas validadas, así como para desarrollar intervenciones centradas en el acompañamiento, la educación sanitaria y la promoción del apoyo social

En este marco, resulta esencial revisar la evidencia disponible para comprender de forma profunda el impacto de la soledad en la salud de las personas mayores y las intervenciones que han demostrado ser más efectivas desde la práctica enfermera. Por ello, este Trabajo de Fin de Grado se plantea realizar una revisión bibliográfica que permita sintetizar el conocimiento actual y aportar una visión global y crítica sobre lo que supone la soledad en la salud de las personas mayores.

3. Marco conceptual

3.1. Envejecimiento

Según la OMS (2021), el envejecimiento es un proceso biológico, psicológico y social caracterizado por cambios progresivos en la funcionalidad. Este proceso se trata de una etapa heterogénea y condicionada por factores individuales, sociales y ambientales, lo que explicaría la variabilidad en la forma en que cada persona vive esta etapa.

Este término debe sobre todo incorporar las opiniones de los adultos mayores, para dejar claro cuál es su visión del envejecimiento y como se define la vejez, ya que de esta manera tendremos una definición clara y concreta. Las áreas de conocimiento que se interesan por el proceso de envejecimiento son amplias y en todas ellas se trata de describir el envejecimiento como un proceso. Algunas de estas áreas son la literatura y la sociología gerontológica.

Desde la literatura, se puede observar que el concepto de vejez se trabaja desde los aspectos subjetivos del individuo, donde se incorporan elementos como los cambios biológicos, psicosociales y capacidades cognitivas.

Desde la sociología gerontológica al concepto de envejecimiento se le atribuyen tres tipos distintos de definición:

1. **Vejez cronológica**: definida en función de la edad en años del individuo, utilizada como criterio objetivo para clasificar el envejecimiento independientemente de su estado biológico o funcional.
2. **Vejez funcional**: enfoque de la vejez basado en la capacidad de la persona para mantener su autonomía y realizar las actividades de la vida diaria; las limitaciones y discapacidades aparecen cuando esa capacidad disminuye.
3. **Vejez entendida como parte del proceso de ciclo vital**: etapa del proceso vital en la que, de acuerdo con las características propias de cada individuo, se presentan manifestaciones singulares y diferenciadas (Rodríguez Ávila, 2018).

3.2. Soledad

La soledad puede describirse como un malestar emocional que se genera cuando un individuo se siente incomprendido y rechazado por otro, o cuando carece de compañía para llevar a cabo aquellas actividades que desea, sean físicas, intelectuales o emocionales (Acosta et al., 2017). No debe confundirse con el aislamiento social, que es un fenómeno objetivo relacionado con el número real de interacciones sociales (Cacioppo & Cacioppo, 2018). Una persona también puede estar rodeada de gente y, aun así, sentirse sola.

De la revisión de la literatura se derivan los siguientes atributos del concepto de soledad: es un fenómeno individualizado, se trata de una experiencia subjetiva o percepción, está determinada por el contexto, es susceptible de modificación e implica consecuencias relevantes.

La aparente claridad conceptual en la diferenciación entre soledad, aislamiento social y vivir solo no tiene un correlato en el discurso de los profesionales sanitarios. Estos los conceptualizan a partir de marcadores como «perfiles de riesgo» o «patrones de residencia», que no siempre se ajustan a las situaciones reales. Además, por parte de este colectivo en el cual se incluye el personal de enfermería, existe una dificultad evidente a la hora de identificar situaciones de soledad cuando no se vive solo. (Trujillo-León et al., 2021).

3.3. Dimensiones de la soledad

La soledad puede entenderse desde distintas perspectivas, ya que no siempre significa lo mismo ni se vive de la misma manera.

La soledad familiar hace referencia al vínculo con la familia, que desde la infancia debería aportar seguridad y ayudar a formar la identidad personal. También es un pilar importante de apoyo a lo largo de la vida. La soledad conyugal o existencial está relacionada con la ausencia o dificultad en la relación de pareja. En este ámbito, la compañía afectiva es clave, ya que a través de ella la persona puede sentirse valorada, acompañada e importante.

Por último, la soledad social se refiere a la falta o debilidad de relaciones con otras personas del entorno. Estas conexiones sociales son necesarias para convivir, compartir experiencias y crear lazos significativos fuera del ámbito familiar o de pareja.

Además, hay que distinguir entre la soledad subjetiva y la soledad objetiva.

Esta última hace referencia a la falta de compañía, la cual puede ser voluntaria o impuesta. Cuando el estar solo es una experiencia buscada puede convertirse en algo positivo, en una experiencia enriquecedora y de crecimiento personal. Sin embargo, cuando estar solo aparece como consecuencia de la ausencia involuntaria, se puede traducir a algo negativo.

La soledad en el adulto mayor (AM), es involuntaria generalmente y este sentimiento le aflige, pues para él no es una condición gratificante, sino como un sentimiento doloroso y temido, lo cual le puede afectar en el aspecto emocional, la salud, repercutiendo en el bienestar y la calidad de vida (Trujillo-León et al., 2021).

3.4 Consecuencias del concepto de soledad en los adultos mayores.

La soledad se genera por múltiples causas en los AM como son la ausencia o baja relación familiar, el no realizar actividades que le eran gratas por deterioros físicos y perceptivos, por los cambios propios del envejecimiento, entre otros.

El resultado de las causas antes mencionadas son la limitación de la comunicación con personas de su misma generación y con los más jóvenes, además, cuando la soledad se percibe como dañina se desarrollan sentimientos de tristeza, infelicidad y depresión, impactando de forma negativa en el bienestar.

La soledad tiene efectos perjudiciales en la salud de la persona mayor, ya que limita la actividad física y afecta la nutrición saludable, dando como desenlace el deterioro de la salud física, haciendo propenso al adulto mayor a enfermedades cardiovasculares así como afecciones en la salud mental propiciando el desarrollo de depresión, ansiedad y deterioro a nivel cognitivo. Además, está asociada a prácticas menos saludables como son el menor cumplimiento o abandono del tratamiento farmacológico y no farmacológico, alteraciones del ciclo normal del sueño. Asimismo, se ha relacionado con el incremento en la demanda de consultas médicas y la medicación crónica.

De igual manera se vincula con un mayor riesgo de mortalidad temprana como resultado de las conductas poco saludables, las cuales se pueden presentar a corto, mediano o largo plazo. (Trujillo-León et al., 2021)

3.5. Rol de la Enfermería ante una situación de soledad en población envejecida

La Enfermería desempeña un papel fundamental en la detección precoz de la soledad y el aislamiento social en las personas mayores mediante el uso de escalas validadas, como la *UCLA Loneliness Scale* o la escala ESTE II. Estas herramientas permiten identificar situaciones de vulnerabilidad y valorar el impacto de la soledad en la salud y la calidad de vida de la población envejecida (OMS, 2021).

Las intervenciones enfermeras deben centrarse en el acompañamiento, la promoción de actividades sociales y comunitarias, la educación sanitaria y el fortalecimiento de las redes de apoyo social y familiar. Todo ello contribuye a prevenir el deterioro funcional y mejorar el bienestar físico, emocional y social de las personas mayores.

Además, el abordaje de la soledad requiere un trabajo interdisciplinar y coordinado entre enfermería, medicina, trabajo social, psicología y servicios comunitarios, con el objetivo de ofrecer una atención integral adaptada a las necesidades de cada persona (Nakou et al., 2025).

4. Hipótesis

- La valoración enfermera favorece la detección precoz de situaciones de riesgo relacionadas con la soledad en las personas mayores, contribuyendo al abordaje temprano de sus consecuencias y a la prevención del deterioro funcional asociado

5. Objetivos

5.1. Objetivo general

Analizar la relación entre la soledad y la salud en personas mayores mediante una revisión bibliográfica, identificando sus efectos y las intervenciones enfermeras con mayor evidencia de eficacia. Para poder así demostrar la hipótesis planteada.

5.2. Objetivos específicos

1. Describir los principales efectos de la soledad sobre la salud física, mental y emocional de las personas mayores.

2. Analizar los factores individuales y sociales que influyen en la aparición de soledad no deseada.

3. Identificar intervenciones enfermeras y comunitarias con evidencia científica para reducir la soledad en personas mayores.

4. Sintetizar las recomendaciones actuales para la práctica enfermera orientadas a la detección y abordaje de la soledad.

6. Metodología

6.1 Diseño de estudio

Se ha realizado una revisión bibliográfica de diferentes estudios con la finalidad de poder confirmar la relación existente entre la soledad y el deterioro de la salud de las personas mayores buscando dar un enfoque desde la perspectiva enfermera.

6.2 Estrategia de búsqueda

Primeramente, se planteó la hipótesis del tema de interés, a continuación se utilizaron las siguientes palabras claves para la búsqueda: soledad, salud del adulto, enfermería, geriatría y deterioro clínico en lenguaje DeCS (Descriptors in health science) y MeSH (Medical Subject Headlines), junto al operador booleano AND.

Para asegurar la validez y la reproducibilidad de la revisión bibliográfica, se establecen los siguientes criterios:

Criterios de Inclusión

- Estudios que analicen la relación entre la soledad (sentimiento subjetivo) o el aislamiento social (objetivo) y el deterioro funcional, la fragilidad o la mortalidad.
- Artículos que contemplen la intervención o valoración de enfermería o equipos multidisciplinares de salud.
- Se incluirán revisiones sistemáticas, metaanálisis, estudios de cohortes, estudios transversales y ensayos clínicos aleatorizados (ECA).
- Artículos publicados en los últimos 5 años para garantizar la actualidad de la evidencia
- Publicaciones en español e inglés.

Criterios de Exclusión

- Estudios centrados exclusivamente en pacientes con demencia avanzada o patologías psiquiátricas graves que impidan la valoración de la soledad subjetiva.
- Cartas al editor, protocolos de estudio no finalizados, resúmenes de congresos o literatura gris sin revisión por pares.
- Artículos con puntuaciones bajas en las escalas de valoración crítica (como CASPe o JBI) o que no detallen la metodología estadística empleada.
- Artículos cuyo texto completo no esté disponible a través de los recursos de la Universitat Rovira i Virgili o por solicitud a los autores.

6.3. Fuentes utilizadas y secuencia de búsqueda

Para el desarrollo de la búsqueda bibliográfica se seleccionaron cuatro bases de datos: PubMed, Scopus y Cinahl. La estrategia de búsqueda se diseñó a partir de descriptores DeCS y MeSH relacionados con la temática del estudio, entre ellos: soledad, salud del adulto, enfermería, geriatría y deterioro clínico, tanto en español como en inglés (véase Tabla 1).

La búsqueda se realizó entre los meses de septiembre de 2025 y enero de 2026, aplicando criterios de inclusión y exclusión previamente definidos, con el fin de seleccionar los artículos más relevantes para el estudio. Después de aplicar estos criterios, el número de artículos se redujo considerablemente.

Finalmente, se efectuó una revisión detallada de los trabajos seleccionados para comprobar su adecuación y relevancia al tema de estudio, verificando el cumplimiento de los criterios de inclusión y eliminando los artículos duplicados.

Tabla 1. Descriptores DeCS i MeSH soledad, salud del adulto, enfermería, geriatría

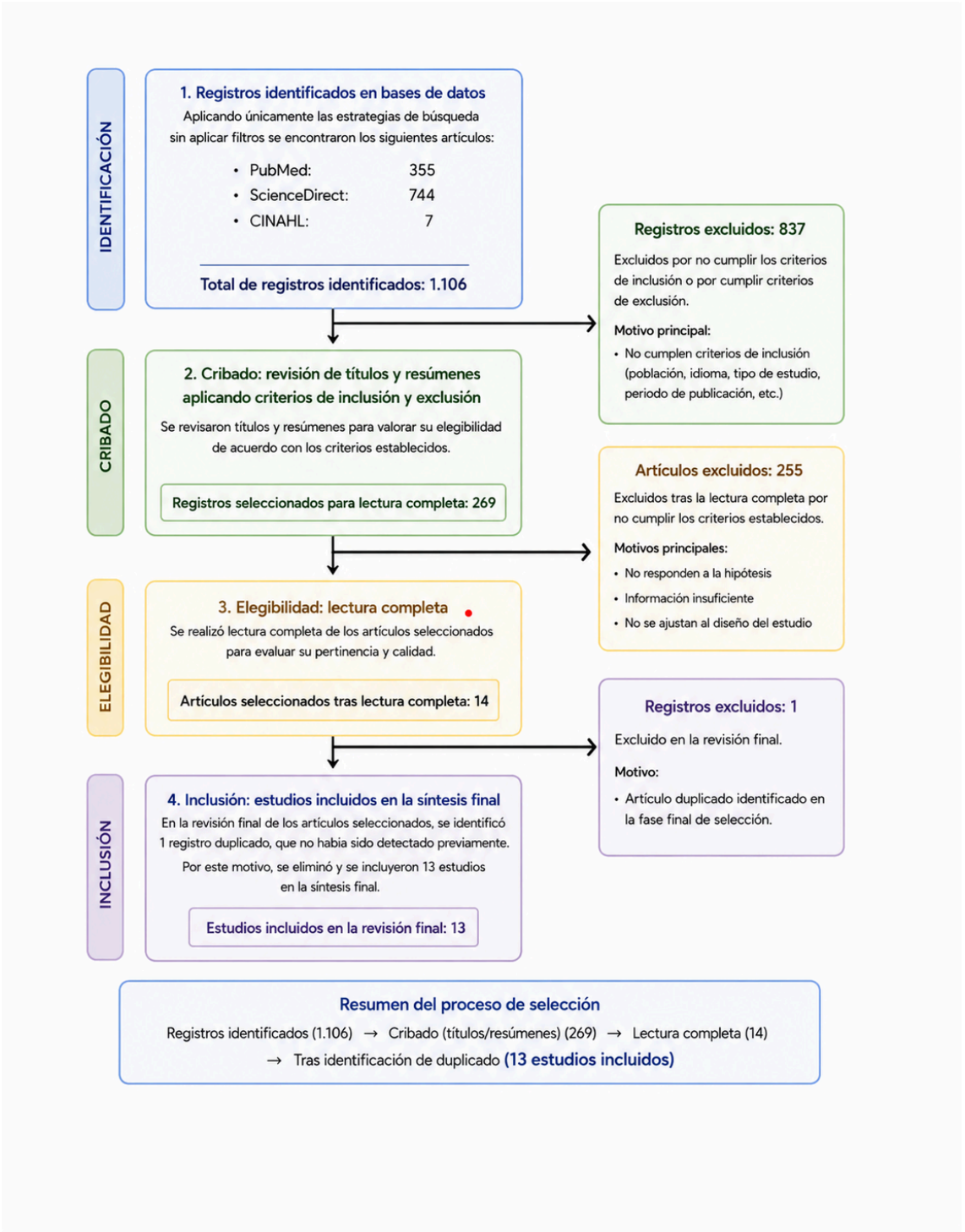
Palabra clave	**Palabra clave (inglés)**	**Descriptores (Mesh)**	**Descriptores (Decs)**
Soledad	Loneliness	Loneliness	Loneliness/ D008132
Salud del adulto	Adult Health	Adult Health	Adult Health/ DDCS028469
Enfermería	Nursing	Nursing	Nursing/ D009729
Geriatría	Geriatrics	Geriatrics	Geriatrics/ D005853
Deterioro clínico	Clinical Deterioration	Clinical Deterioration	Clinical Deterioration/ D000075902

Tabla 2: Secuencia de búsqueda

Bases de datos	**Estrategia de búsqueda (inglés)**	**Estrategia de búsqueda (español)**	**Artículos totales**	**Artículos utilizados**
PubMed	Loneliness AND Adult Health AND Nursing AND Geriatrics	Soledad AND Salud del adulto AND Geriatría	335	7
	Loneliness AND Adult Health AND Clinical Deterioration	Soledad AND Salud del adulto AND Deterioro clínico	20	1
ScienceDirect	Loneliness AND Adult Health AND Nursing AND Geriatrics AND Clinical Deterioration	Soledad AND Salud del adulto AND Enfermería AND Geriatría AND Deterioro clínico	744	4
Cinahl	Loneliness AND Adult Health AND Nursing AND Geriatrics	Soledad AND Salud del adulto AND Enfermería AND Geriatría	7	2

7.Resultados

7.1 Diagrama de flujo



7.2 Tabla de resultados

Nombre autor, país y años	Nombre artículo	Objetivos	Metodología	Resultados y conclusiones	CASPe
Suen AO, Iyer AS, Cenzer I, Farrand E, White DB, Singer J, Sudore R, Kotwal A. Estados Unidos. 2023	National Prevalence of Social Isolation and Loneliness in Adults with Chronic Obstructive Pulmonary Disease	-Determinar la prevalencia nacional y las características asociadas con el aislamiento social y la soledad en personas con EPOC.	- Estudio transversal de adultos que viven en la comunidad de ⩾50 años en el HRS (Estudio de salud y jubilación) representativo a nivel nacional (2016-2018). -Los participantes se clasificaron en tres grupos: *1*) sin EPOC; *2*) EPOC; y *3*) EPOC con oxígeno. -El aislamiento social se definió utilizando una escala de nueve ítems que indica contactos domésticos mínimos, interacción en redes sociales y participación comunitaria. -La soledad se midió utilizando la Escala de soledad de UCLA de 3 ítems.	-Quienes recibían oxígeno suplementario, la prevalencia de aislamiento social y soledad frecuente fue casi el doble que en la población general, -Puede ser estigmatizante llevar oxígeno y dar lugar a percepciones de debilidad o fragilidad -se necesitan más estudios de intervenciones basadas en evidencia para abordar el aislamiento social y la soledad de las personas con EPOC	7/10
Nakou A, Dragioti E, Bastas NS, Zagorianakou N, Kakaidi V, Tsartsalis D, Mantzoukas S, Tatsis F, Veronese N, Solmi M, Gouva M. Grecia. 2025	Loneliness, social isolation, and living alone: a comprehensive systematic review, meta-analysis, and meta-regression of mortality risks in older adults.	-Cuantificar sus asociaciones con la mortalidad por todas las causas y por causas específicas en adultos mayores, ampliando la investigación previa al incluir más factores sociales.	-Se realizaron búsquedas exhaustivas en PubMed, APA PsycINFO y CINAHL hasta el 31 de diciembre de 2023, siguiendo las directrices PRISMA 2020 y MOOSE. -Los estudios incluidos fueron estudios de cohorte prospectivos o longitudinales que examinaron la relación entre la soledad, el aislamiento social, vivir solo y la mortalidad. -La calidad se evaluó mediante la Escala de Newcastle-Ottawa. -Los metaanálisis utilizaron modelos de efectos aleatorios con el método de Máxima	Los análisis de subgrupos y metarregresión exploraron las relaciones con más profundidad. De los 11.964 estudios identificados, 86 cumplieron los criterios de inclusión. La soledad se asoció con una mayor mortalidad por todas las causas (HR 1,14, IC del 95%: 1,10-1,18), con una heterogeneidad sustancial (I^2 = 84,0%). Se encontraron asociaciones similares para el aislamiento social (HR 1,35, IC del 95%: 1,27-1,43) y vivir solo (HR 1,21, IC del 95%: 1,13-1,30). Los análisis de subgrupos revelaron variaciones basadas en factores como el sexo, la edad, la región, las enfermedades crónicas y la calidad del estudio.	9/10

			Verosimilitud Restringida.		
Boucham M, Salhi A, El Hajji N, Gbenonsi GY, Belyamani L, Khalis M. Marruecos. 2024	Factors associated with frailty in older people: an umbrella review.	-Resumir la evidencia sobre los factores asociados con la fragilidad en las personas mayores, utilizando un enfoque socioecológico.	Se realizaron búsquedas sistemáticas en PubMed (MEDLINE), Scopus, Web of Science, ScienceDirect, Hinari (research4life) y la base de datos Trip hasta abril de 2023. -Se consideraron para su inclusión revisiones sistemáticas de estudios observacionales que exploraron los factores asociados con la fragilidad en adultos mayores de 60 años. -No se aplicaron restricciones de idioma, geográficas ni de entorno.	- Se observó que varios factores de riesgo, factores protectores y biomarcadores se asociaban con la fragilidad, especialmente en personas mayores que viven en la comunidad -Estos factores incluyen depresión (OR 4,66, IC del 95%: 4,07 a 5,34), soledad (OR 3,51, IC del 95%: 2,70 a 4,56), limitaciones en las actividades de la vida diaria (OR 2,59, IC del 95%: 1,71 a 3,48), riesgo de desnutrición (OR 3,52, IC del 95%: 2,96 a 4,17)	8/10
Li Z, Gu J, Li P, Hu J, Wang S, Wang P, Zhou L, Yun Y, Shi Y, Wang P. China. 2024	The relationship between social frailty and loneliness in community-dwelling older adults: a cross-sectional study.	-Determinar la prevalencia de la fragilidad social y la soledad entre los adultos mayores que viven en la comunidad y explorar sus correlaciones con base en el modelo de convoyes.	- Se realizó un estudio transversal en el que participaron 295 adultos mayores de 10 comunidades de Zhengzhou, provincia de Henan. - La fragilidad social y la soledad se evaluaron por separado con la Escala de Fragilidad Social y la Escala de Soledad de la Universidad de California en Los Ángeles.	- Las puntuaciones totales de fragilidad social y soledad de los adultos mayores de la comunidad fueron de 2,09 (DE = 1,53) y 43,19 (DE = 8,91), respectivamente. . - Se observó una correlación positiva moderada entre la fragilidad social y la soledad ($r = 0,621$, $p < 0,01$). - Los resultados del análisis de regresión lineal múltiple por pasos mostraron que la edad, los estilos de vida, la balanza de pagos y la soledad fueron los principales factores que influyeron en la fragilidad social de los adultos mayores de la comunidad ($F = 27,180$, $p < 0,001$). - La incidencia de la fragilidad social en los adultos mayores de la comunidad fue alta, mientras que la de la soledad se situó en un nivel medio. Es necesario fortalecer la intervención en la fragilidad social y la soledad de los adultos	7/10

				mayores de la comunidad, mejorar su calidad de vida y promover un envejecimiento saludable.	
Hernández-López MJ, Hernández-Méndez S, Leal-Costa C, Ramos-Morcillo AJ, Díaz-García I, López-Pérez MV, García-González J, Ruzafa-Martínez M. España. 2024	Prevalence of Unwanted Loneliness and Associated Factors in People over 65 Years of Age in a Health Area of the Region of Murcia, Spain: HELPeN Project.	- Evaluar la prevalencia de la soledad y su relación con el aislamiento social, la depresión, el deterioro cognitivo, la calidad del sueño y el nivel de movilidad física y funcionamiento de las personas mayores en el Área de Salud 3 de la Región de Murcia.	Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal. -Los criterios de inclusión fueron edad ≥ 65 años, residir en el Área de Salud 3 de la Región de Murcia y no estar institucionalizado. -Se evaluaron las siguientes variables: variables sociodemográficas, soledad (escala UCLA), aislamiento social (DUFSS), depresión (GDS), deterioro cognitivo (Pfeiffer), calidad del sueño (PSQI) y movilidad (índice de Barthel).	-Del total de participantes, el 31,4% percibió soledad no deseada y el 14,7%, bajo apoyo social. -El análisis de regresión multivariante mostró que el aislamiento social, la depresión geriátrica y el deterioro cognitivo fueron predictores significativos de soledad. -Los hallazgos resaltan la importancia de desarrollar intervenciones multifacéticas que aborden no solo el aislamiento social, sino también otros factores interrelacionados, como la depresión, el deterioro cognitivo y la calidad del sueño. -Las estrategias deben centrarse en programas comunitarios y redes de apoyo.	8/10
Bugallo-Carrera C, Dosil-Díaz C, Anido-Rifón L, Pacheco-Lorenzo M, Fernández-Iglesias MJ, Gandoy-Crego M. España. 2023	A systematic review evaluating loneliness assessment instruments in older adults.	-Evaluar las herramientas existentes para evaluar la soledad en adultos mayores.	-Se realizó una búsqueda bibliográfica en Web of Science, Medline y PsycINFO, siguiendo las directrices de PRISMA (Ítems de Informe Preferidos para Revisiones Sistemáticas y Metaanálisis)-Posteriormente, se examinaron las propiedades psicométricas de los instrumentos, centrándose en la fiabilidad, la validez y las conclusiones principales.	-Hasta la fecha, existen pocos instrumentos para evaluar la soledad en adultos mayores.	7/10
Lapane KL, Lim E, McPhillips E, Barooah A, Yuan Y, Dube CE. Estados Unidos. 2022	Health effects of loneliness and social isolation in older adults living in congregate long term	-Evaluar la literatura sobre el impacto de la soledad en la salud de los adultos mayores que viven en entornos de vida colectiva (es decir, residencias	-Se realizaron búsquedas de estudios cuantitativos y cualitativos en cinco bases de datos desde enero de 1990 hasta agosto de 2021. -La calidad metodológica se evaluó mediante criterios modificados	-A pesar de las diferentes herramientas utilizadas para medir la soledad, esta pareció ser común entre los residentes mayores que viven en comunidades. -En la mayoría de los estudios, la soledad se asoció con la depresión (independientemente de la escala utilizada), aunque	8/10

	care settings: A systematic review of quantitative and qualitative evidence.	asistidas, hogares de ancianos).	específicos para estudios cuantitativos y cualitativos. -La doble revisión garantizó la calidad de la revisión sistemática.	todos menos uno provenían de estudios transversales. -Para los adultos mayores que viven en centros de atención a largo plazo en grupos, la soledad es un fenómeno común, y estudios transversales sugieren vínculos con la depresión, la ideación suicida y la fragilidad.	
Gheorghe, AC, Bălăşescu, E., Hulea, I., Turcu, G., Amariei, MI, Covaciu, AV, Apostol, CA, Asan, M., Badea, AC, Angelușiu, AC, Mihailescu-Marin, MM, Ion, DA y Nedelcu, RI. Suiza, (2024).	Fragilidad y soledad en adultos mayores: una revisión narrativa.	investigar la relación entre la fragilidad y la soledad en adultos mayores y ofrecer una perspectiva holística de estos conceptos	Se realiza una búsqueda en Index Medicus y PubMed; el período de nuestra investigación abarcó de 2013 a 2023. Se extrajeron datos sobre la población del estudio, así como evaluaciones y enfoques de la soledad y la fragilidad	-Se argumenta una relación positiva entre la soledad y la aparición y progresión de la fragilidad en adultos mayores. -La fragilidad y la soledad en adultos mayores suelen estar interconectadas y pueden tener un impacto significativo en su bienestar general. -La identificación temprana de la fragilidad mediante la evaluación de los factores de riesgo (como la soledad y/o el aislamiento social) debería convertirse en un estándar de atención para los pacientes mayores	7/10
Rodrigues, P. M. F., & Deleru e-Matos, A. Portugal. 2024	The effect of social exclusion on the cognitive health of middle-aged and older adults: A systematic review.	evaluar los efectos independientes y conjuntos de la exclusión social en tres dominios específicos (económico, relaciones sociales y participación cívica) sobre la salud cognitiva de adultos de mediana edad y mayores	-Se identificaron estudios longitudinales de enero de 2000 a octubre de 2023 a través de Web of Science, Scopus y PubMed. -La calidad de los estudios se evaluó con la Escala de Newcastle-Otawa	-El análisis reveló una fuerte asociación entre la exclusión económica y el deterioro cognitivo, y la mayoría de los estudios indicó un impacto negativo significativo. -la mayoría de los estudios relacionaron la soledad, el aislamiento social, las redes sociales más pequeñas, la reducción del contacto con familiares y amigos, la menor participación en actividades y las interacciones sociales negativas con el deterioro cognitivo. -En resumen, esta revisión muestra que la exclusión social en los dominios económico, de relaciones sociales y de participación cívica, y en conjunto, se asocia con un mayor deterioro cognitivo en los adultos mayores.	9/10
Wyman,C., Thomas, J.,	Associations between nutritional	esta revisión sistemática tuvo	Esta revisión sistemática siguió las	-Comer solo se asocia con un mayor riesgo nutricional	9/10

Lawless, M., & Yaxley, A. Australia. 2025.	and physical outcomes of community-dwelling older adults eating alone, versus with others: A systematic review.	como objetivo responder a la pregunta: "¿Cuál es la asociación entre los resultados nutricionales y físicos de los adultos mayores que viven en la comunidad (≥65 años) que comen solos, en comparación con los que comen acompañados?	directrices PRISMA. Se realizaron búsquedas en cuatro bases de datos (MEDLINE, CINAHL, Scopus, PsycINFO) hasta febrero de 2025 para identificar publicaciones relevantes.	y las personas mayores tienen mayor riesgo de aislamiento social.	
Tind, A. M., Hoeck, B., Andersen, H. E., & Delmar, C. Dinamarca. 2025.	Navigating health inequities in aging: The impact of social determinants on health and homecare nursing for older people.	Este estudio investiga cómo los DSS influyen en la salud de las personas mayores y en la atención domiciliaria	Utilizando un enfoque fenomenológico interpretativo, los datos se generaron mediante observaciones participantes, entrevistas situacionales y entrevistas en pequeños grupos con doce enfermeras de atención domiciliaria de dos municipios.	-La complejidad del sistema de salud y sus demandas sobre los pacientes, junto con el deterioro funcional del envejecimiento de la población, afectan significativamente la salud de las personas mayores y la atención domiciliaria. - Los DSS impactan profundamente en la salud de las personas mayores, lo que requiere apoyo adicional por parte de las enfermeras de atención domiciliaria y resalta la necesidad de un acceso equitativo y un enfoque holístico de enfermería.	8/10
Zhang, M., & Zhang, X. China. 2025.	Self-neglect in older adults: an evolutionar y concept analysis.	-Analizar el concepto de autodescuido de los adultos mayores, proporcionando un referente que ayude a los profesionales de la salud a comprenderlo.	-Se realizó una búsqueda sistemática de literatura relevante sobre el autodescuido en adultos mayores en la Infraestructura Nacional de Conocimiento de China , la base de datos Wanfang, la Base de Datos de Literatura Biomédica China, PubMed, Web of Science y la base de datos CINAHL. -El método evolutivo de análisis de conceptos de Rodgers se utilizó como marco para el artículo.	-Se necesitan futuros estudios a gran escala para validar los factores de riesgo y de protección asociados al autoabandono, así como estudios experimentales rigurosamente diseñados para evaluar las mejores prácticas de intervención y prevención.	7/10

Zafar, J., Malik, N. I., Atta, M., Makhdoom, I. F., Ullah, I., & Manzar, M. D. Pakistan. 2021.	Loneliness may mediate the relationship between depression and the quality of life among elderly with mild cognitive impairment.	-El presente estudio exploró el posible papel mediador de la soledad en la relación entre la depresión y la calidad de vida en personas mayores con DCL. -Un segundo objetivo fue examinar las diferencias en la depresión, la soledad y la calidad de vida en personas mayores con DCL según el género y el tipo de residencia.	-Se utilizó una encuesta transversal con muestreo intencional. Adultos mayores con deterioro cognitivo leve (DCL) (N = 170) de residencias de ancianos en Lahore y Rawalpindi (n = 82) y residencias familiares en Sargodha (n = 88) en Pakistán completaron la Escala de Soledad de la UCLA, la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés y la Escala de Deterioro Cognitivo Leve.	-La mayoría de los participantes tenían depresión severa a extrema (98,2%) y niveles moderados a moderadamente altos de soledad (85,3%). La depresión se asoció significativamente con la soledad (b = 0,29, P < 0,05) y la mala calidad de vida en DCL (b = 0,49, P < 0,001). -El efecto indirecto de la depresión sobre la calidad de vida en DCL a través de la soledad fue significativo (intervalo de confianza (IC) del 95% [0,002, 0,156]). -Los ancianos con DCL que vivían en residencias de ancianos tenían mayor depresión, soledad y mala calidad de vida. -Las mujeres mayores tenían mayores niveles de depresión y mala calidad de vida, mientras que los hombres mayores estaban más solos.	7/10

Fuente: elaboración propia a partir de los estudios incluidos

8. Análisis/Discusión

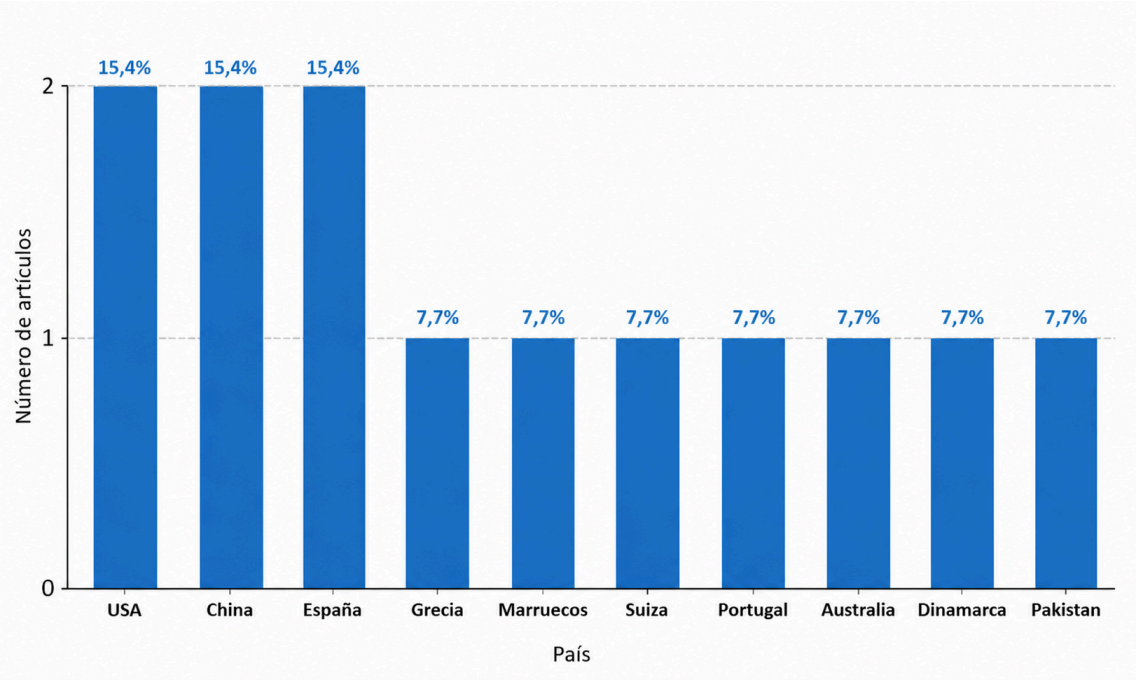
Tras la revisión exhaustiva de los artículos seleccionados, se ha realizado un análisis crítico mediante la comparación, integración y síntesis de los principales hallazgos. Este proceso ha permitido identificar patrones comunes, así como relaciones relevantes entre la soledad y distintos aspectos de la salud en la población envejecida.

A partir de este análisis, se han establecido una serie de subtemas que permiten estructurar la discusión y profundizar en la comprensión del fenómeno estudiado. Estos subtemas no solo recogen los resultados de los estudios, sino que también permiten interpretarlos desde una perspectiva global, teniendo en cuenta la complejidad y multidimensionalidad de la soledad.

Los subtemas identificados son los siguientes:

- Impacto de la soledad en la salud y la mortalidad
- Relación entre soledad, fragilidad y deterioro funcional
- Influencia de la soledad en la salud mental y el deterioro cognitivo
- Papel de los determinantes sociales y estilos de vida
- Implicaciones para la práctica enfermera y la salud pública

Figura 1. Distribución por país de origen de los artículos incluidos.



Fuente: elaboración propia a partir de los estudios incluidos.

8.1. Impacto de la soledad en la salud y la mortalidad

La soledad en la población envejecida se configura como un fenómeno complejo que trasciende la mera vivencia subjetiva, adquiriendo un papel relevante como determinante de salud. En este sentido, la evidencia revisada coincide en señalar que la soledad y el aislamiento social se asocian con un empeoramiento del estado de salud general y un incremento del riesgo de mortalidad.

El metaanálisis de Nakou et al. (2025) aporta evidencia sólida al demostrar que la soledad, el aislamiento social y el hecho de vivir solo se relacionan con un aumento significativo de la mortalidad por todas las causas. Este hallazgo resulta especialmente relevante, ya que posiciona la soledad como un factor de riesgo comparable a otros determinantes clásicos de la salud. Además, la consistencia de los resultados refuerza la idea de que la falta de vínculos sociales tiene consecuencias directas sobre la supervivencia.

En esta misma línea, estudios centrados en poblaciones específicas permiten profundizar en la comprensión de esta relación. Suen et al. (2023) observan que las personas con EPOC, especialmente aquellas que requieren oxigenoterapia, presentan niveles significativamente más elevados de soledad. Este hecho pone de manifiesto cómo las enfermedades crónicas pueden favorecer el aislamiento social, ya sea por limitaciones funcionales o por el estigma asociado a determinados tratamientos. La percepción de fragilidad o dependencia puede contribuir a la retirada social, generando un círculo negativo en el que el deterioro físico y la soledad se retroalimentan.

En conjunto, estos resultados evidencian que la soledad no solo es consecuencia del deterioro de la salud, sino también un factor que contribuye activamente a su empeoramiento. No obstante, la heterogeneidad de los estudios analizados, así como la posible influencia de variables como la edad, el sexo o la comorbilidad, hace que sea recomendable interpretar estos hallazgos con cautela.

Además, estos resultados adquieren especial relevancia desde la perspectiva enfermera, ya que ponen de manifiesto que la identificación precoz de la soledad y el aislamiento social puede permitir detectar situaciones de riesgo antes de que se produzcan complicaciones clínicas graves. En este sentido, la valoración enfermera se posiciona como una herramienta fundamental para anticipar el deterioro del estado de salud y actuar de forma preventiva.

8.2. Relación entre soledad, fragilidad y deterioro funcional

Más allá de su impacto directo sobre la mortalidad, la soledad también se relaciona con otros síndromes geriátricos de gran relevancia, como la fragilidad, lo que refuerza su carácter multidimensional.

La fragilidad, entendida como un estado de mayor vulnerabilidad ante eventos adversos, se ve influida por múltiples factores, entre los cuales la soledad adquiere un papel destacado. Boucham et al. (2024) identifican la soledad como uno de los principales factores asociados a la fragilidad, junto con la depresión, la desnutrición y las limitaciones en las actividades de la vida diaria. Este hallazgo sugiere que la dimensión social debe ser considerada en la valoración del estado funcional de las personas mayores.

En esta misma línea, Li et al. (2024) evidencian una correlación positiva entre fragilidad social y soledad, indicando que la reducción de las redes sociales y de la participación comunitaria puede contribuir al deterioro funcional. A medida que disminuye la interacción social, también se reducen las oportunidades de actividad física y estimulación cognitiva, favoreciendo así la pérdida de autonomía.

Según Gheorghe et al. (2024) se plantea que la relación entre soledad y fragilidad es bidireccional. Por un lado, la soledad puede acelerar el proceso de fragilización; por otro, la fragilidad limita la capacidad de interacción social, incrementando el aislamiento. Este proceso genera un círculo vicioso que aumenta progresivamente la vulnerabilidad del individuo.

No obstante, cabe destacar que la mayoría de los estudios presentan un diseño transversal, lo que limita la posibilidad de establecer relaciones causales. Por ello, sería necesario el desarrollo de investigaciones longitudinales que permitan comprender con mayor precisión la evolución de estos fenómenos.

La relación observada entre soledad, fragilidad y deterioro funcional refuerza la importancia de la detección precoz en el ámbito clínico. En este sentido, la valoración enfermera integral permite identificar signos iniciales de vulnerabilidad —como el aislamiento social o la disminución de la participación comunitaria— antes de que se manifiesten en forma de deterioro funcional o patología física. Esto sugiere que una intervención temprana desde enfermería podría contribuir a frenar o retrasar la

progresión hacia estados de mayor dependencia, apoyando así el papel preventivo de los cuidados enfermeros.

8.3. Influencia de la soledad en la salud mental y el deterioro cognitivo

Además de las repercusiones físicas y funcionales, la literatura evidencia un impacto especialmente significativo de la soledad en la esfera psicológica y cognitiva.

Diversos estudios coinciden en señalar la estrecha relación entre soledad y depresión. Hernández-López et al. (2024) identifican la depresión, el aislamiento social y el deterioro cognitivo como predictores significativos de la soledad, lo que pone de manifiesto la existencia de una interacción compleja entre estos factores. En este sentido, la soledad puede actuar tanto como causa como consecuencia de los problemas de salud mental.

En entornos institucionalizados, esta problemática adquiere una mayor relevancia. Lapane et al. (2022) destacan que la soledad es un fenómeno frecuente en residencias de larga estancia y que se asocia con consecuencias graves como la ideación suicida y la fragilidad. Este hecho refleja la especial vulnerabilidad de las personas mayores en contextos donde se produce una pérdida de vínculos sociales y de autonomía.

Por otro lado, Zafar et al. (2021) aportan una perspectiva relevante al demostrar que la soledad actúa como mediadora entre la depresión y la calidad de vida en personas con deterioro cognitivo leve. Esto implica que la soledad no solo está asociada a peores resultados en salud mental, sino que también contribuye a intensificar su impacto en la calidad de vida.

En relación con el deterioro cognitivo, Rodrigues y Delerue-Matos (2024) señalan que la exclusión social, la reducción de las redes sociales y la menor participación en actividades se asocian con un peor funcionamiento cognitivo. Este hallazgo refuerza la importancia de la interacción social como factor protector frente al deterioro cognitivo.

No obstante, la naturaleza observacional de la mayoría de los estudios limita la capacidad para establecer relaciones causales, por lo que estos resultados deben interpretarse con cautela.

En este contexto, la detección temprana de la soledad y sus manifestaciones asociadas, como la depresión o el deterioro cognitivo, resulta clave en la práctica enfermera. La valoración continuada del estado emocional y cognitivo del paciente permite identificar cambios sutiles que pueden preceder a un deterioro más severo, facilitando así la implementación de intervenciones preventivas.

8.4. Papel de los determinantes sociales y estilos de vida

En este contexto, resulta imprescindible considerar el entorno social y los determinantes estructurales que influyen en la aparición y mantenimiento de la soledad.

Los determinantes sociales de la salud desempeñan un papel fundamental en el bienestar de las personas mayores. Tind et al. (2025) destacan que factores como la desigualdad, la falta de apoyo social y la complejidad del sistema sanitario influyen significativamente en la salud y en el acceso a los cuidados, pudiendo favorecer situaciones de vulnerabilidad, especialmente en personas con menor capacidad de adaptación.

Asimismo, los estilos de vida también se ven afectados por la soledad. Wyman et al. (2025) señalan que comer solo se asocia con un mayor riesgo nutricional, lo que puede derivar en problemas de salud adicionales. Este hecho pone de manifiesto cómo la soledad influye incluso en aspectos cotidianos y esenciales del autocuidado.

En este sentido, la soledad debe entenderse como un fenómeno multidimensional en el que intervienen factores individuales, sociales y estructurales, lo que refuerza la necesidad de un abordaje integral.

8.5. Implicaciones para la práctica enfermera y la salud pública

Los hallazgos obtenidos evidencian la relevancia de incorporar de forma sistemática la valoración de la soledad en la atención a las personas mayores como parte de la valoración integral enfermera. La evidencia revisada muestra que la soledad se asocia con peores resultados en salud física, funcional, cognitiva y emocional, lo que justifica su consideración como un determinante relevante de salud (Nakou et al., 2025; Boucham et al., 2024).

Desde la práctica enfermera, esto implica un enfoque holístico y centrado en la persona que integre las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales. La detección de la soledad debe entenderse como un punto de partida para la intervención, orientada a prevenir deterioro funcional, dependencia y pérdida de calidad de vida.

Cuando se identifican indicadores de soledad o aislamiento social, resulta necesario realizar una valoración ampliada que incluya el estado funcional, cognitivo, emocional y la red de apoyo. Este análisis permite detectar factores modificables como depresión, duelo, inmovilidad, déficits sensoriales, barreras ambientales o dificultades sociales (Rodrigues & Delerue-Matos, 2024; Tind et al., 2025).

A partir de esta valoración, la intervención enfermera debe orientarse a actuaciones concretas como educación para la salud, promoción del autocuidado, fomento de la participación social, derivación a recursos comunitarios y coordinación interdisciplinar. Este abordaje permite transformar la detección precoz en una intervención preventiva efectiva, con potencial para reducir deterioro funcional y hospitalizaciones evitables (Li et al., 2024).

La evidencia revisada sugiere que las intervenciones más eficaces para reducir la soledad en las personas mayores son aquellas que combinan el abordaje individual con estrategias comunitarias y de participación social. Entre ellas destacan los programas grupales de apoyo y socialización, las actividades comunitarias orientadas a mantener la participación activa, el acompañamiento en situaciones de duelo o transición vital, la educación para la salud, así como la derivación a recursos sociales y comunitarios disponibles en el entorno (Organización Mundial de la Salud, 2021; Tind et al., 2025). Estas intervenciones permiten no solo disminuir la percepción subjetiva de soledad, sino también prevenir el deterioro funcional, emocional y cognitivo asociado (Li et al., 2024; Rodrigues & Delerue-Matos, 2024; Nakou et al., 2025).

En este contexto, la enfermería comunitaria desempeña un papel clave en la identificación de necesidades, la coordinación de recursos y el seguimiento continuado, favoreciendo una atención integral y centrada en la persona (Tind et al., 2025).

En relación con los instrumentos de valoración, la UCLA Loneliness Scale (Anexo I) ofrece una evaluación más profunda de la soledad subjetiva, siendo especialmente útil en valoraciones completas y seguimiento clínico (Velarde-Mayol et al., 2016). Por su parte, la escala ESTE II (Anexo II), diseñada para población mayor, presenta mayor sencillez de aplicación y puede resultar más adecuada como herramienta de cribado en Atención Primaria (Pinel Zafra et al., 2010).

En consecuencia, no existe un instrumento superior de forma universal, sino que su elección debe ajustarse al contexto asistencial, al tiempo disponible y al objetivo clínico. Desde la perspectiva de salud pública, la soledad constituye un problema emergente vinculado al envejecimiento poblacional, que requiere estrategias preventivas intersectoriales. (Nakou et al., 2025; Tind et al., 2025).

8.6. Limitaciones, fortalezas y futuras líneas de investigación

A pesar de la consistencia de los resultados, es importante considerar ciertas limitaciones. La heterogeneidad de los estudios incluidos dificulta la comparación de los resultados, mientras que la predominancia de diseños transversales limita la capacidad para establecer relaciones causales. Además, Bugallo-Carrera et al. (2023) señalan la escasez de instrumentos específicos para medir la soledad en personas mayores, lo que puede afectar a la precisión de los resultados. Por otro lado, Zhang y Zhang (2025) destacan la necesidad de desarrollar estudios longitudinales y experimentales que permitan evaluar intervenciones eficaces.

Como fortaleza del presente trabajo, cabe destacar que, a lo largo del proceso de búsqueda bibliográfica, se ha identificado una limitada producción científica desarrollada específicamente desde el ámbito de la enfermería o llevada a cabo por profesionales enfermeros. Este hallazgo pone de manifiesto la necesidad de seguir impulsando investigaciones lideradas por enfermería en este campo, reforzando así la relevancia y oportunidad del presente estudio.

9. Conclusiones

En conjunto, los hallazgos obtenidos permiten confirmar la hipótesis planteada en este trabajo, al evidenciar que la valoración enfermera favorece la detección precoz de situaciones de riesgo relacionadas con la soledad en las personas mayores y contribuye al abordaje temprano de sus consecuencias, así como a la prevención del deterioro funcional asociado.

A partir de la revisión realizada, se concluye que la soledad en la población envejecida constituye un problema relevante de salud pública, de carácter complejo y multifactorial, que repercute de forma negativa en la salud física, psicológica, funcional y social de las personas mayores. Su aparición está condicionada por la interacción de factores individuales, sanitarios y sociales, lo que incrementa la vulnerabilidad y favorece procesos de aislamiento, dependencia y pérdida de autonomía.

Los resultados analizados muestran que la soledad y el aislamiento social se asocian con un peor estado de salud, mayor fragilidad, deterioro funcional, síntomas depresivos y deterioro cognitivo, lo que pone de manifiesto la necesidad de abordarla desde una perspectiva preventiva e integral.

Desde el ámbito enfermero, se destaca la importancia de incorporar de forma sistemática la valoración de la soledad dentro de la atención integral a las personas mayores, especialmente en Atención Primaria y en los recursos comunitarios. La enfermera, por su cercanía y continuidad asistencial, ocupa una posición estratégica para identificar precozmente situaciones de riesgo, realizar una valoración integral y poner en marcha intervenciones individualizadas orientadas a fortalecer redes de apoyo, fomentar la participación social y promover el autocuidado.

Cabe recalcar que el uso de instrumentos validados, como la UCLA Loneliness Scale o la escala ESTE II, puede facilitar la detección de la soledad y mejorar la planificación de cuidados ajustados a las necesidades de cada persona y al contexto asistencial.

Además, se ha identificado que las intervenciones enfermeras y comunitarias basadas en el fortalecimiento de las redes de apoyo, la promoción de la participación social y la coordinación con recursos sociosanitarios constituyen estrategias efectivas para reducir la soledad no deseada. El abordaje combinado entre la atención individualizada y la intervención comunitaria permite actuar no solo sobre la

percepción de soledad, sino también sobre sus consecuencias en la salud y la calidad de vida de las personas mayores.

Finalmente, este trabajo pone de manifiesto la necesidad de reforzar el papel de la enfermería en la prevención, detección e intervención frente a la soledad no deseada. Incorporar esta valoración en la práctica clínica habitual puede contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas mayores y a ofrecer una atención más humanizada, integral y centrada en la persona.

10. Bibliografía

Boucham, M., Salhi, A., El Hajji, N., Gbenonsi, G. Y., Belyamani, L., & Khalis, M. (2024). Factors associated with frailty in older people: An umbrella review. *BMC Geriatrics, 24*(1), Article 737. https://doi.org/10.1186/s12877-024-05288-4

Bugallo-Carrera, C., Dosil-Díaz, C., Anido-Rifón, L., Pacheco-Lorenzo, M., Fernández-Iglesias, M. J., & Gandoy-Crego, M. (2023). A systematic review evaluating loneliness assessment instruments in older adults. *Frontiers in Psychology, 14*, Article 1101462. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1101462

Cacioppo, J. T., & Cacioppo, S. (2014). *Social relationships and health: The toxic effects of perceived social isolation*. *Social and Personality Psychology Compass, 8*(2), 58–72. https://doi.org/10.1111/spc3.12087

Domènech-Abella, J., Mundó, J., Leonardi, M., Chatterji, S., Tobiasz-Adamczyk, B., Koskinen, S., Ayuso-Mateos, J. L., Haro, J. M., & Olaya, B. (2019). *Loneliness and depression among older European adults: The role of perceived neighborhood built environment*. *Health & Place, 62*, 102280. https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2019.102280

Fernández-Ballesteros, R., Molina, M. Á., Schettini, R., & Del Rey, Á. L. (2022). Validation of the Spanish version of the Three-Item Loneliness Scale. *Studies in Psychology, 43*(2), 311–331. https://doi.org/10.1080/02109395.2021.1989889

Gheorghe, A. C., Bălășescu, E., Hulea, I., Turcu, G., Amariei, M. I., Covaciu, A. V., Apostol, C. A., Asan, M., Badea, A. C., Angelușiu, A. C., Mihailescu-Marin, M. M., Ion, D. A., & Nedelcu, R. I. (2024). Fragilidad y soledad en adultos mayores: Una revisión narrativa. *Geriatrics, 9*(5), 119. https://doi.org/10.3390/geriatrics9050119

Hernández-López, M. J., Hernández-Méndez, S., Leal-Costa, C., Ramos-Morcillo, A. J., Díaz-García, I., López-Pérez, M. V., García-González, J., & Ruzafa-Martínez, M. (2024). Prevalence of unwanted loneliness and associated factors in people over 65 years of age in a health area of the Region of Murcia, Spain: HELPeN Project. *Journal of Clinical Medicine, 13*(18), Article 5604. https://doi.org/10.3390/jcm13185604

Holt-Lunstad, J. (2021). *The major health implications of social connection*. *Current Directions in Psychological Science, 30*(3), 251–259. https://doi.org/10.1177/0963721421999630

Instituto Nacional de Estadística. (2020). *El confinamiento en soledad*. Colección Cifras INE. https://www.ine.es

Instituto Nacional de Estadística. (2025). *Censo anual de población. Primeros resultados 2025*. https://www.ine.es

Lapane, K. L., Lim, E., McPhillips, E., Barooah, A., Yuan, Y., & Dube, C. E. (2022). Health effects of loneliness and social isolation in older adults living in congregate long-term care settings: A systematic review of quantitative and qualitative evidence. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 102*, Article 104728. https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104728

Li, Z., Gu, J., Li, P., Hu, J., Wang, S., Wang, P., Zhou, L., Yun, Y., Shi, Y., & Wang, P. (2024). The relationship between social frailty and loneliness in community-dwelling older adults: A cross-sectional study. *BMC Geriatrics, 24*(1), Article 73. https://doi.org/10.1186/s12877-024-04666-2

Nakou, A., Dragioti, E., Bastas, N. S., Zagorianakou, N., Kakaidi, V., Tsartsalis, D., Mantzoukas, S., Tatsis, F., Veronese, N., Solmi, M., & Gouva, M. (2025). Loneliness, social isolation, and living alone: A comprehensive systematic review, meta-analysis, and meta-regression of mortality risks in older adults. *Aging Clinical and Experimental Research, 37*(1), Article 29. https://doi.org/10.1007/s40520-024-02925-1

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Social isolation and loneliness among older people: Advocacy brief*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240030749

Pinel Zafra, M., Rubio Rubio, L., & Rubio Herrera, R. (2010). *Un instrumento de medición de soledad social: Escala ESTE II*. Universidad de Granada. http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-este2.pdf

Rodrigues, P. M. F., & Delerue-Matos, A. (2024). The effect of social exclusion on the cognitive health of middle-aged and older adults: A systematic review. *Archives*

of Gerontology and Geriatrics, 130, 105730. https://doi.org/10.1016/j.archger.2024.105730

Rodríguez-Ávila, N. (2018). *Envejecimiento: Edad, salud y sociedad*. *Horizonte Sanitario, 17*(2), 87–88. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-745920180002000087&lng=es&tlng=es

Suen, A. O., Iyer, A. S., Cenzer, I., Farrand, E., White, D. B., Singer, J., Sudore, R., & Kotwal, A. (2023). National prevalence of social isolation and loneliness in adults with chronic obstructive pulmonary disease. *Annals of the American Thoracic Society, 20*(12), 1709–1717. https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.202304-288OC

Tind, A. M., Hoeck, B., Andersen, H. E., & Delmar, C. (2025). Navigating health inequities in aging: The impact of social determinants on health and homecare nursing for older people. *Geriatric Nursing, 67*, 103714. https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2025.103714

Trujillo-León, Y. I., Casique-Casique, L., Morales-Jinez, A., & Álvarez-Aguirre, A. (2021). *Soledad en el adulto mayor: Análisis de concepto*. *Revista Científica Eureka, 18*(M), 257–271. https://www.researchgate.net/publication/352694522_Soledad_en_el_adulto_mayor_Analisis_de_concepto

Velarde-Mayol, C., Fragua-Gil, S., & García-de-Cecilia, J. M. (2016). Validación de la escala de soledad de UCLA y perfil social en la población anciana que vive sola. *SEMERGEN, 42*(3), 177–183. https://doi.org/10.1016/j.semerg.2015.05.017

Wyman, C., Thomas, J., Lawless, M., & Yaxley, A. (2025). Associations between nutritional and physical outcomes of community-dwelling older adults eating alone, versus with others: A systematic review. *Appetite, 217*, 108327. https://doi.org/10.1016/j.appet.2025.108327

Zhang, M., & Zhang, X. (2025). Self-neglect in older adults: An evolutionary concept analysis. *International Journal of Nursing Studies Advances, 8*, 100350. https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2025.100350

11. Anexos

- Anexo I. Escala UCLA de Soledad (UCLA Loneliness Scale)

La Escala UCLA de Soledad es un instrumento psicométrico ampliamente validado para evaluar la percepción subjetiva de soledad. Fue desarrollada originalmente por Russell (1996) y posteriormente adaptada y validada en población española en diferentes versiones, incluyendo versiones abreviadas de 3, 10 y 20 ítems (Velarde-Mayol et al., 2016).

Su objetivo es medir la discrepancia entre las relaciones sociales deseadas y las percibidas, considerando la soledad como una experiencia subjetiva.

Característica	**Descripción**
Tipo de escala	Likert
Nº de ítems	20 (versión original) / 10 / 3 (versiones reducidas)
Dimensión evaluada	Soledad subjetiva
Aplicación	Autoadministrada o entrevista
Tiempo estimado	5–10 minutos (versiones cortas)

Ejemplos de ítems (versión generalizada)

- “Me siento aislado de los demás”
- “Siento que no tengo a nadie con quien hablar”
- “Me siento excluido”

Sistema de puntuación

Cada ítem se puntúa mediante una escala tipo Likert (habitualmente de 1 a 3 o de 1 a 4, según versión), indicando la frecuencia de la experiencia:

- 1 = Nunca
- 2 = A veces
- 3 = A menudo / Frecuentemente

Interpretación:

- Mayor puntuación → mayor nivel de soledad percibida
- No existen puntos de corte universales, aunque se establecen rangos según la población estudiada.

Referencia

Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment, 66*(1), 20–40. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6601_2

- **Anexo II. Escala ESTE II (Escala de Soledad en Personas Mayores)**

Descripción del instrumento

La Escala ESTE II es un instrumento diseñado específicamente para la evaluación de la soledad en personas mayores, con especial énfasis en la soledad social y la percepción de apoyo. Su desarrollo está orientado a su uso en contextos clínicos y comunitarios, especialmente en Atención Primaria por su facilidad de aplicación (Pinel Zafra et al., 2010).

Característica	**Descripción**
Tipo de escala	Likert
Población diana	Personas mayores
Dimensiones	Soledad social y apoyo percibido
Aplicación	Entrevista o autoadministrada
Tiempo estimado	5–10 minutos

Dimensiones evaluadas

- Integración social
- Apoyo familiar y social
- Sentimiento de pertenencia
- Percepción de aislamiento

Sistema de puntuación

Cada ítem se responde mediante escala tipo Likert:

- 1 = Nunca
- 2 = A veces
- 3 = Frecuentemente
- 4 = Siempre

Interpretación:

- Mayor puntuación → mayor soledad social percibida
- Permite identificar riesgo de soledad en población mayor de forma rápida.

Referencia

Fuente: Adaptado de Pinel Zafra, M., Rubio Rubio, L., & Rubio Herrera, R. (2010). *Un instrumento de medición de soledad social: Escala ESTE II*. Universidad de Granada. http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-este2.pdf