

Soledad y envejecimiento

Mercedes Adelaida Hernández Gómez^a, María José Fernández Domínguez^b, Néstor Javier Sánchez Sánchez^c, Manuel Ángel Blanco Ramos^d, María Celsa Perdiz Álvarez^e y Pedro Castro Fernández^f

^aDoctora en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Novoa Santos-Ourense. Servicio Galego de Saúde. Ourense (España).

^bDoctora en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Leiro-Ribadavia. Servicio Galego de Saúde. Ourense (España).

^cEspecialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Maceda. Servicio Galego de Saúde. Ourense (España).

^dDoctor en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Director ejecutivo de Government Affairs & Market Access en Organon. Madrid (España).

^eTrabajadora social. Doctora en Psicopedagogía. Centro de Salud Novoa Santos-Ourense. Servicio Galego de Saúde. Ourense (España).

^fEstudiante en la Facultad de Medicina. Universidad de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela. A Coruña (España).

Correspondencia

Mercedes Adelaida Hernández Gómez. Centro de Salud Novoa Santos. C/ Juan XXIII nº 6. 32003 Ourense (España).

Correo electrónico

hernandezgomez2002@yahoo.es

Recibido el 2 de mayo de 2021.

Aceptado para su publicación el 28 de septiembre de 2021.

RESUMEN

El objetivo del estudio es conocer la prevalencia de soledad y aislamiento social en mayores de 65 años en Ourense y sus factores asociados.

Métodos: estudio descriptivo transversal, muestra aleatoria de personas mayores de 65 años a las que se realizó una entrevista entre junio de 2010 y junio de 2011. Tamaño muestral: 486 pacientes (soledad estimada del 35%). Se administró la escala OARS-MFAQ (Olders American Resource and Services Multidimensional Functional Assessment Questionnaire), que recoge variables sociodemográficas, recursos sociales, económicos, salud física, mental y la capacidad para llevar a cabo actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Se les hizo la pregunta «¿Se encuentra usted sola/solo?», con cuatro posibles respuestas: siempre, a menudo, casi nunca, nunca.

Resultados: se entrevistó a 572 personas de una edad media de 79 años (desviación estándar [DE]: 6,79). Soledad: 32,7%; vive sola/solo: 17%; sin contacto semanal: 18,9%; aislamiento social: 1,4%. Fueron factores asociados a la percepción de soledad: ser mujer, tener pensión y nivel educativo bajos, depresión, deterioro cognitivo, pérdida de visión, dependencia para las AVBD, tomar psicofármacos en los 6 meses previos y la necesidad de mejoras en la vivienda. La práctica de ejercicio regular constituyó un factor protector.

Conclusiones: la soledad en nuestra población es similar a la descrita en otros ámbitos, se asocia a desigualdad de género, factores sociales y demográficos, depresión y deterioro cognitivo. Los profesionales de Atención Primaria deben identificarla y abordarla.

Palabras clave: soledad, personas mayores, aislamiento social, promoción de la salud, condicionantes sociales de la salud.

LONELINESS AND AGEING

ABSTRACT

Background: the aim of this research is to ascertain the prevalence of loneliness and social isolation in people aged over 65 in Ourense and its associated factors.

Methods: descriptive cross-sectional study, random sample of people aged over 65 interviewed between June 2010 and June 2011. Sample size was 486 patients (estimated loneliness 35%). The OARS (Olders American Resource and Services Multidimensional Functional Assessment Questionnaire) scale was administered. This includes sociodemographic variables, socio-economic resources, physical and mental health and the ability to undergo BADL and IADL. The question "are you alone?" with four possible answers was also posed.

Results: a total of 572 people were interviewed, aged on average 79 years old (SD: 6.79). Loneliness 32.7%; living alone 17.0%; no weekly contacts 18.9%; social isolation (living alone + no contacts) 1.4%. Feelings of loneliness were associated with sex (women), low pension and educational level, depression, cognitive impairment, vision loss, dependence for BADL, psychopharmacological treatment in the previous six months and the need for home improvements. Regular physical exercise was a protective factor.

Conclusions: loneliness in our population is similar to the one reported in other areas. It is associated with sex inequalities, social and demographic factors, depression and cognitive impairment. Primary care professionals need to identify and tackle loneliness.

Keywords: elderly population, loneliness, health promotion, social health determinants, social isolation.



El contenido de la Revista Clínica de Medicina de Familia está sujeto a las condiciones de la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0

INTRODUCCIÓN

Los vínculos entre la soledad o el aislamiento social y la salud son frecuentes, y de graves consecuencias para la salud. Es habitual utilizar ambos términos indistintamente, sin embargo, la soledad es una percepción subjetiva negativa, «sentir ausencia de red social», mientras que el aislamiento social implica falta objetiva de interacción con otras personas y es, por tanto, cuantificable¹⁻⁵. Tienen en común, soledad y aislamiento social, que para ser identificadas no es suficiente el censo municipal de viviendas unipersonales. Sentirse solo o no tener relación con otros no es sinónimo de vivir solo⁵ y hay que utilizar alguna de las escalas disponibles.

En los países occidentales la soledad tiene una prevalencia de 24-40% en personas mayores de 65 años y aumenta con la edad^{1-3,6,7}, por tanto, nos enfrentamos a una epidemia de soledad que puede afectar a personas de cualquier edad y a miembros de cualquier comunidad^{2,8,9}. Un auténtico problema de salud pública con consecuencias emocionales, mentales, sociales y en la salud física. En estos países, soledad y aislamiento social son factores de riesgo de mortalidad prematura en magnitud similar a tabaquismo y obesidad, y de aumento en el uso de servicios sanitarios y sociales en las personas más mayores, independientemente de su estado de salud^{3,7, 10-15}, y son determinantes sociales que se asocian a mayor mortalidad por todas las causas^{10,13}, especialmente por enfermedad mental y cardiovascular^{1,2,4,6,7,16}.

Se han descrito como factores predisponentes para la soledad o el aislamiento la viudez, soltería, vivir solo, tendencia a la vida solitaria o baja calidad de las relaciones sociales, la edad avanzada, poca cultura y recursos económicos bajos. También se asocia a depender de otros para las actividades de la vida diaria (AVD), a no colaborar en la cohesión social y no disfrutar de espacios públicos.

Son más vulnerables las mujeres, quienes refieren peor salud subjetiva o limitaciones funcionales^{6,7,17}.

La soledad se relaciona con problemas de salud mental como depresión, baja autoestima, ansiedad, estrés, psicosis, demencia incipiente, trastornos del sueño y pensamientos suicidas en adultos mayores^{8,16}. La propia enfermedad en sí misma es un escenario común para sentir la soledad, y apenas es explorada en enfermedades oncológicas y en otras crónicas como las cardiovasculares o las degenerativas. De hecho, los primeros resultados de estudios sobre los efectos de la soledad se remontan a 1980, y a pesar del impacto que tiene sobre la calidad de vida y de su fuerte asociación con resultados en salud, la evaluación de la soledad y el aislamiento como determinantes sociales no se ha integrado en la atención médica^{3,7}, por este motivo algunos autores demandan la estandarización de un elemento de medida sencillo y bien aceptado e intervenciones con muestras y seguimiento adecuadas¹⁸.

El objetivo de este estudio es conocer la prevalencia de la soledad y el aislamiento social en la población mayor de 65 años de la ciudad de Ourense e identificar los factores asociados para diseñar una estrategia de intervención.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal de base poblacional mediante encuesta OARS-MFAQ (Olders American Resource and Services Multidimensional Functional Assessment Questionnaire)¹⁹, validada al castellano en el año 1993^{19,20} y la validada al gallego en 1994²¹, a una muestra aleatoria representativa de la población mayor de 65 años de la ciudad de Ourense. La selección fue aleatoria y representativa del padrón municipal y la base de Tarjeta Sanitaria del Servicio Galego de Saúde durante el año 2010. Del padrón se seleccionaron las personas, volcando individualmente sus datos en la base de Tarjeta Sanitaria, y así se obtuvieron dirección y teléfonos de contacto, y combinando ambas bases se pudo llegar a personas no empadronadas que figuran como «desplazadas» en Tarjeta Sanitaria. Contamos con ayuda de los profesionales sanitarios y no sanitarios de los centros de salud de la ciudad. Mediante carteo se les informó del estudio y la cita se concertó telefónicamente. Se incluyó a personas de edad igual o mayor a 65 años, residentes en Ourense, no institucionalizadas y que dieron consentimiento para participar. Se excluyó a aquellas que se negaron, que tenían alguna incapacidad para responder a la encuesta, cuando no pudieron ser localizados tras tres intentos telefónicos o si estaban fuera de la ciudad. Las renuncias y exclusiones fueron reemplazadas en los listados por personas de la misma edad. Las entrevistas se hicieron en sus domicilios entre junio de 2010 y junio de 2011.

Para valorar la percepción de soledad se preguntó «¿Se encuentra usted sola/solo?», que tenía cuatro posibles respuestas: siempre, a menudo, casi nunca, nunca. Para su análisis, estas respuestas fueron agrupadas bajo dos lemas: «soledad» (siempre y habitualmente) y «no soledad» (casi nunca y nunca). En la bibliografía consultada, esta única pregunta se utiliza en estudios poblacionales por ser bien aceptada por las personas encuestadas; además es una medida fácil de utilizar y se adapta bien a grupos de mayor edad. No obstante, no da información sobre la carga de soledad, sobre sus causas o sus consecuencias^{7,22,23}. La escala OARS la incluye en el apartado «Recursos sociales», donde, además, hay otras preguntas que sirven para determinar los contactos sociales del entrevistado y que se incluyeron como recursos sociales. Para determinar el aislamiento social se agruparon «vivir sola/solo» y «tener menos de un contacto presencial o telefónico a la semana».

De la escala OARS se tomaron las variables descriptivas sexo, edad, estudios (ninguno, elementales, medio-superiores), y sobre cinco dimensiones: recursos sociales (gente que conoce como para visitarla o pasar un rato, veces que habla por teléfono, si se encuentra solo, si alguien le podría cuidar); recursos económicos (ingresos y percepción de gastos); salud mental (deterioro cognitivo valorado por puntuación ≥ 5 en el test de Pfeiffer-SPMSQ, y depresión al puntuar ≥ 5 en el SPES-Short Psychiatric Evaluation Schedule); salud física (visitas médicas y de enfermería, déficits sensoriales, uso de prótesis, autopercepción de salud, incontinencia); capacidad para llevar a cabo ABVD y AIVD. En cada dimensión, la información obtenida se resume en una escala de 6 puntos, donde los valores oscilan entre 1 (nivel de funcionamiento excelente) y 6 (nivel de funcionamiento totalmente deteriorado). El tiempo total de administración de la escala es de 1 hora 45 minutos. La información se obtuvo en el hogar mediante entrevista personal con el sujeto y un informante. Las en-

cuestas fueron realizadas por un único psicólogo entrenado a tal efecto, financiado gracias a la beca con la que se sostuvo el estudio.

Se precisa una muestra aleatoria de 486 personas para estimar un porcentaje de soledad del 35%, con una confianza del 99% y una precisión del 6%, contando con 15% de pérdidas en una población igual o mayor de 65 años de 27.000 habitantes.

Análisis estadístico de los datos. Inicialmente, se realizó un análisis descriptivo. Para determinar la posible asociación entre variables cualitativas, se utilizó el estadístico chi-cuadrado o exacto de Fisher. La comparación de valores medios se determinó con la prueba Student si la variable numérica seguía una distribución normal; en otros casos se aplicaba el test no-paramétrico U de Mann-Whitney. La normalidad de las variables se comprobó previamente con la prueba de Kolmogorov Smirnov. La regresión logística se construyó teniendo en cuenta la significación en el análisis univariante y el papel de determinados factores descritos en la literatura. En todos los análisis se consideraron estadísticamente significativas las diferencias con $p < 0,05$. Los análisis se hicieron utilizando SPSS 22.0, Epidat 4.2 y el software libre R (<http://www.r-project.org>).

Consideraciones éticas. Este trabajo ha contado con la autorización del Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia, código 2008/287. Cumplió en todo momento la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y las recomendaciones de la Agencia Europea de Medicamentos, así como con la legislación vigente en materia de investigación clínica.

RESULTADOS

Se han entrevistado a 572 personas mayores de 65 años en la ciudad de Ourense seleccionadas aleatoriamente. Son mujeres el 60,1% (intervalo de confianza [IC] 95%: 56,0-64,2) con una edad media de 79 años (DE: 6,79), siendo mayores de 85 años el 20,1% (IC 95%: 16,7-23,4%). El 42,5% (IC 95%: 38,3-46,5%) se encontraba solo o sola para hacer la entrevista. La **tabla 1** muestra las características sociodemográficas y los recursos sociales de la población analizada.

La prevalencia de soledad declarada en base a la pregunta «¿Se encuentra usted sola/solo?» es del 32,7% (IC 95%: 28,8-36,7%). Viven solas el 17% (IC 95%: 13,8-20,1%) de las personas entrevistadas; el 18,9% (IC 95%: 15,5-22,3%) no tiene contacto presencial con nadie a la semana; el 8,6% (IC 95%: 6,2-10,9%) no habla semanalmente por teléfono; el aislamiento social definido por vivir sola/solo y carecer de contactos presenciales o telefónicos afecta a un 1,4% (IC 95%: 0,3-2,4%).

Se observaron diferencias significativas ($p < 0,0001$) entre quienes manifestaron soledad y quienes no respecto al sexo (ser mujer), y se observó menor nivel de estudios, vivir sola/solo, viudez o divorciados entre quienes tienen un círculo social más estrecho y una pensión más baja, como refleja la **tabla 2**.

El sentimiento de soledad es casi el doble en el intervalo de 75 a 85 años (51,2%) (IC 95%: 40,0-62,3%), siendo casi similares en el intervalo de 65 a 75 años, que es del 23,3% (IC 95%: 13,7-32,7%) y de los

mayores de 85 años del 25,6% (IC 95%: 15,7-35,3%) ($p = 0,262$). Las mujeres tienen una pensión más baja en todos los casos.

Encontramos asociación estadísticamente significativa en el análisis bivalente entre el sentimiento de soledad con depresión ($p < 0,0001$), pérdida de visión ($p = 0,001$), uso de bastón ($p = 0,005$) o muletas ($p = 0,009$), recibir tratamiento con psicofármacos ($p < 0,0001$), la dependencia para las AVD ($p < 0,0001$) y la necesidad de mejoras en la vivienda ($p = 0,012$). Por el contrario, la práctica de ejercicio físico de forma regular ($p < 0,0001$) y no necesitar ayuda para cocinar ($p < 0,005$) presentan una relación significativa a no tener sensación de soledad, como detallamos en la **tabla 3**.

Al observar las escalas de recursos sociales, económicos, salud mental, salud física y dependencia, vemos que a peor puntuación en estos aspectos más soledad sufren las personas, siendo significativa en todos ellos ($p < 0,0001$), como reflejamos en la **tabla 4**.

Sí encontramos que el sentimiento de soledad incrementa por 6 el riesgo de aislamiento social (3,2% frente a 0,5%, $p = 0,017$).

Al realizar el análisis multivariante, encontramos que la probabilidad del sentimiento de soledad se incrementa de forma significativa 3,4 veces en las personas que tienen depresión, 2 veces en las que no llevan a cabo regularmente alguna actividad física, 1,6 veces en las que son dependientes para las AVD y 2,1 veces en las que reciben tratamiento por problemas familiares o personales, nerviosos o emocionales en los últimos 6 meses (**tabla 5**).

DISCUSIÓN

En este trabajo de base aleatoria poblacional, contamos con una muestra amplia y representativa de la población mayor de 65 años. Detectamos que casi un tercio de las personas mayores de 65 años de esta ciudad sufren de soledad, en proporción similar a la encontrada en otros trabajos^{1,2,6,7}. El aislamiento social es menor¹⁶.

Gracias a la longitudinalidad y continuidad asistencial, los médicos y médicas de familia construyen un plan de salud a largo plazo con sus pacientes. Las personas mayores que se sienten solas consideran confidentes a sus especialistas en Medicina Familiar, cuya responsabilidad es escuchar las necesidades de sus pacientes y poner en contacto a estas personas con quienes les puedan ayudar^{7,10,12}. El 75% de médicas y médicos de familia y hasta 1 de cada 10 médicos y médicas de hospital estiman que han atendido a 1-5 personas diarias con soledad²³. No solo hay que hacer estimaciones, abordar la soledad implica identificarla, preguntar a quienes acuden a consulta si se sienten solos¹ y fomentar este registro en la historia clínica. Además, es necesario identificar la causa y a la vez conocer recursos disponibles en la comunidad que favorezcan las interacciones sociales.

En el contexto de patologías crónicas, se han desarrollado distintos modelos con mayor o menor implicación de la esfera comunitaria, pero se ha descuidado la soledad como factor de riesgo social y de salud^{1,7,24}. Este estudio confirma que hay variables que ayudan a identificar a personas en riesgo de soledad y aislamiento. La mayoría son sociales, como la viudez, bajas pensiones, círculo reducido de

Tabla 1. Análisis descriptivo de las características sociodemográficas y recursos sociales de la población analizada

	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Estudios			
• Ninguno	2,3% (13)	1,8% (4)	2,6% (8)
• Elementales	84,4% (483)	81,1% (185)	86,6% (298)
• Medios/superiores	13,3% (76)	17,1% (39)	10,8% (37)
Estado civil			
• Soltero/a	6,6% (38)	3,5% (8)	8,7% (30)
• Casado/a o en pareja	65,1% (372)	84,2% (192)	52,3% (180)
• Viudo/a	25,3% (145)	9,2% (21)	36% (124)
• Divorciado/a o separado/a	3% (17)	3,1% (7)	2,9% (10)
Vive solo/a	17% (97)	7,9% (18)	23% (79)
¿Cuánta gente conoce como para ir de visita a su casa?			
• Ninguna	4,9% (28)	4,4% (10)	5,3% (18)
• 1-2	17,6% (100)	14,2% (32)	19,9% (68)
• 3-4	20,1% (114)	20,4% (46)	19,9% (68)
• ≥ 5	57,4% (326)	61,1% (226)	55% (188)
¿Cuántas veces habló por teléfono la pasada semana?			
• Ninguna	8,6% (49)	9,2% (21)	8,2% (28)
• 1	18% (103)	24,1% (55)	14% (48)
• 2-6	44,8% (256)	45,2% (103)	44,6% (153)
• Diariamente	28,5% (163)	21,5% (49)	33,2% (114)
¿Cuántas veces pasó la pasada semana un rato con alguien con quien no vive?			
• Ninguna	18,9% (104)	19,9% (43)	18,3% (61)
• 1	28,4% (156)	25,9% (56)	29,9% (100)
• 2-6	36,2% (199)	34,3% (74)	37,4% (125)
• Diariamente	16,5% (91)	19,9% (43)	14,4% (48)
Tiene alguien en quien confiar	97% (546)	97,3% (218)	96,8% (328)
¿Se encuentra solo/a muy a menudo, a veces o casi nunca?			
• Muy a menudo	11,7% (67)	7% (16)	14,8% (51)
• Algunas veces	21% (120)	16,7% (38)	23,8% (82)
• Casi nunca	67,3% (384)	76,2% (173)	61,3% (211)
No ve a sus familiares tanto como quisiera	44,7% (253)	42,5% (96)	46,2% (157)
Alguien le ayudaría si estuviera enfermo/a	88,2% (469)	94,3% (200)	84,1% (269)
Alguien le cuidaría siempre	60,5% (473)	69,2% (181)	54% (203)

relaciones, barreras arquitectónicas o dependencia, pero también se debe a variables de salud: enfermedad mental, incontinencia, pérdida de visión y audición, y uso de dispositivos para caminar.

Igual que se aborda el estilo de vida en la consulta clínica, se deben abordar las relaciones sociales. El hecho de que haya limitada efectividad de las intervenciones disponibles sobre este determinante de salud no justifica cribados sistemáticos, pero su alta prevalencia en la población anciana sí que justifica realizar un cribado oportunista y, sobre todo, promover intervenciones comunitarias^{1,12,16}.

La sensación de soledad es mayor en mujeres, y se asocia al estado civil, en particular a la viudedad^{1,3,6,7,9,12,16,25,26}; sin embargo, a la hora de hacer el cribado en la práctica diaria, debemos tener en cuenta que el matrimonio no protege de la soledad, uno se puede sentir sola o solo y vivir en pareja, y en nuestro trabajo, como en otros, la mayor parte de las personas entrevistadas estaban casadas^{1,3,5,6,14}. Por el contrario, son factores protectores el mayor nivel cultural, una buena autopercepción de la salud, hogares con varios convivientes, la integración social, el número de contactos sociales y de confidentes, el ejercicio físico, las pensiones más altas, así como la sensación de seguridad^{6,12}. Dada la prevalencia de este determinan-

te y los efectos significativos en la salud, no es aceptable ignorar la soledad, es hora de registrarla y empezar a trabajar en soluciones significativas¹.

Además de desigualdad de género y de cultura, hay otras causas asociadas a este factor de riesgo social, como la económica. En el estudio de Nyqvist se analiza la influencia del sistema de bienestar en Europa en la integración social y la sensación de soledad. Los regímenes más igualitarios y redistributivos no solo brindan más transferencias de ingresos, lo que reduce la pobreza, sino que también favorecen el acceso a los servicios sociales para las personas mayores, lo que puede suponer una diferencia en el bienestar⁶.

Se confirma el vínculo soledad-depresión y se debe tener precaución porque, como dice Víctor et al.²², se tiende a ocultar la soledad bajo los síntomas depresivos, sin reconocer que se trata de un riesgo social que va más allá de la enfermedad. Existe asociación también con una autopercepción de mala salud global, por eso los objetivos básicos en promoción de la salud de la persona adulta mayor deben incluir las redes sociales, además de la capacidad funcional y el autocuidado^{16,24,27-29}.

Tabla 2. Análisis bivariante de las variables sociodemográficas, recursos sociales y soledad

	¿SE ENCUENTRA USTED SOLO/A?		P SIGNIFICACIÓN
	SÍ	NO	
Edad	79 años	78 años	0,238 ^a
Sexo			
• Hombres	28,9%	45,2%	< 0,0001 ^b
• Mujeres	71,1%	54,8%	
Estudios			
• No sabe leer	3,7%	1,6%	< 0,0001 ^b
• Elementales	90,9%	81,3%	
• Superiores	5,3%	17,1%	
Vive solo/a	31,6%	9,9%	< 0,0001 ^b
Estado civil			
• Soltero/a	4,8%	7,5%	< 0,0001 ^b
• Casado/a	48,7%	73%	
• Viudo/a	42,8%	16,9%	
• Divorciado/a	3,7%	2,6%	
¿Cuánta gente conoce lo suficientemente bien como para ir de visita a sus casas?			
• Ninguna	7,5%	3,7%	< 0,0001 ^b
• 1-2 personas	24,7%	14,1%	
• 3-4 personas	26,9%	16,8%	
• 5 o más	40,9%	65,4%	
¿Esta semana cuántas veces pasó usted un rato con alguien con quien no vive?			
• Ninguna	24,5%	16,1%	< 0,0001 ^b
• 1 vez	33,7%	25,7%	
• 2-6 veces	34,8%	36,9%	
• A diario	7,1%	21,3%	
Tiene alguien en quien confiar	95,6%	97,6%	0,181 ^b
Ve a sus familiares tanto como quiere	35,9%	64,7%	< 0,0001 ^b
Ayuda en caso de enfermedad	77%	93,6%	< 0,0001 ^b
Pensión mensual	850 euros	1.115 euros	< 0,0001 ^a

^a U Man Whitney.
^b Chi-cuadrado.

Como en el resto de los estudios, la sensación de soledad y el riesgo de aislamiento social van totalmente de la mano¹. Ambas situaciones pueden estar condicionadas por la presencia de barreras arquitectónicas en la vivienda y afectar a las relaciones sociales. En nuestro trabajo se observa asociación significativa con la necesidad de ayudas para habitabilidad en la vivienda, y esta asociación está también presente en otros estudios^{1,11}. Sobre este punto también se puede intervenir, como demuestran iniciativas como la actividad Baixem al Carrer, en la que las personas participantes mejoraron su percepción de salud al poder bajar a la calle con ayudas en edificios que no tenían ascensor¹¹. Por tanto, no solo características personales sino también del vecindario afectan a la soledad de las personas. Si averiguamos cuáles pueden explicar el uso del espacio de los residentes más mayores que se mueven en radios de acción más limitados, podremos aumentar el bienestar y reducir y prevenir la soledad. En los últimos años, los espacios públicos parecen haber disminuido en número y calidad, especialmente en áreas con alta densidad de población; sin embargo, es previsible que en los próximos años, al incrementarse la esperanza de vida y haber más personas mayores viviendo en núcleos grandes de población, haya un aumento de la demanda urbanística de alta calidad, por lo que es necesaria una estrategia que promueva la satisfacción con la vida y disminuya la soledad de los ciudadanos^{11,16,17}.

Se deben tener en cuenta también las características de movilidad, los flujos, el uso del transporte, la distancia a los espacios públicos, los espacios verdes que aumentan las oportunidades para participar e interactuar con otros¹⁷, etc. Según Bergefourt, las personas que viven en entornos verdes, en general, son más positivas sobre la salud autopercebida y se sienten menos solas que las personas que viven más lejos de ellos, y este efecto es aún más fuerte entre quienes pasan más tiempo en casa. La percepción de soledad y el aislamiento social están asociados^{1,2,4,17}, y para abordarlos, los sistemas de atención social se deben adaptar a los entornos físicos y sociales, con el fin de dar apoyo a la ciudadanía que se siente sola y en riesgo de sufrir una calidad de vida subóptima^{9,24}.

Las personas mayores que participan en actividades sociales del vecindario están más satisfechas con su vida²⁹. Sentir apego al vecindario invita a las personas a participar activamente en el espacio público y a tener interacciones sociales. Por eso se sienten menos solas que las personas sin ese apego¹⁷. Esto sucede especialmente entre los grupos más vulnerables. Los espacios públicos donde las personas pueden reunirse y familiarizarse con el vecindario estimulan la cohesión social. Entre las personas mayores, la accesibilidad a esos espacios les permite mantenerse independientes¹⁷.

Tabla 3. Análisis bivariante (chi-cuadrado) entre soledad y las variables relacionadas con salud y dependencia

	¿SE ENCUENTRA USTED SOLO/A?		P SIGNIFICACIÓN
	SÍ	NO	
Depresión (SPES)	62,3%	27,4%	< 0,0001
Deterioro cognitivo	19,8%	15,8%	0,241
Tiene problemas de visión	49,2%	31,5%	0,001
Tiene problemas de oído	42,8%	38%	0,339
Tiene incontinencia	24,1%	16%	0,066
Usa bastón	32,1%	21,3%	0,005
Usa muletas	5,9%	1,8%	0,009
Usa audífono	5,4%	9,1%	0,125
Practica ejercicio físico regularmente	32,4%	58,9%	< 0,0001
Participa en actividades grupales	17,6%	21,8%	0,246
Ha recibido orientación emocional	12,4%	4,4%	< 0,0001
Necesita orientación emocional	6%	12,1%	< 0,0001
En tratamiento para los nervios	33,7%	16,4%	< 0,0001
Considera necesario este tratamiento	54,4%	32,2%	< 0,0001
Dependencia para actividades de la vida diaria • Independiente • Parcialmente dependiente • Dependiente	20,3% 73,3% 6,4%	37,4% 58,2% 4,4%	< 0,0001
Ayuda para cuidado personal diario	18,2%	11,5%	0,028
Considera necesaria esta ayuda	14,5%	7,9%	0,015
Ha recibido atención de enfermería	52,2%	52,7%	0,897
Considera necesario que alguien compruebe su estado general	60,5%	43,1%	< 0,0001
Alguien le prepara la comida	33,7%	46,2%	0,005
Ayuda para habitabilidad de la vivienda	4,3%	1%	0,012

SPES: Short Psychiatric Evaluation Schedule.

A nivel mundial, la preocupación por las cifras de la soledad y sus consecuencias, especialmente entre las personas adultas mayores, es creciente. En 2018, en el Reino Unido se lanzó una estrategia de

soledad y se nombró al primer ministro para la soledad en el mundo. En Estados Unidos establecieron un comité especial para examinar el problema. El grupo de Fried, en su editorial en *Lancet* 2018,

Tabla 4. Análisis bivariante (U Man Whitney) entre soledad y las escalas de recursos sociales, económicos, salud mental, salud física y dependencia

	¿SE ENCUENTRA USTED SOLO/A?		P SIGNIFICACIÓN
	SÍ	NO	
ESCALAS DE RECURSOS			
	Media (mínimo-máximo)	Media (mínimo-máximo)	
Recursos sociales	2,81 (1-6)	2,21 (1-5)	< 0,0001
Recursos económicos	2,80 (1-5)	1,49 (1-5)	< 0,0001
Salud mental	2,66(1-5)	2,25 (1-6)	< 0,0001
Salud física	2,99(1-6)	2,70 (1-6)	< 0,0001
AVD	2,88(1-6)	2,63 (1-6)	0,001
Puntuación acumulativa de deterioro	14,13(8-23)	12,26 (2-28)	< 0,0001

AVD: actividades de la vida diaria.

Tabla 5. Análisis multivariante de regresión múltiple de las variables asociadas a la soledad

	P	OR AJUSTADO (IC 95%)
Salud mental (tener depresión)	< 0,001	3,366 (2,256-5,022)
Actividad física (no práctica regular)	0,001	2,017 (1,332-3,054)
ABVD		
• Independiente	0,059	1
• Parcialmente dependiente	0,693	0.820 (0.307-2.192)
• Dependiente	0,043	1.600 (1.014-2.524)
Servicio de atención (recibirlos)	0,040	2.096 (1.033-4.255)

ABVD: actividades básicas de la vida diaria.

es crítico con la heterogeneidad en las escalas de medida de soledad, el diseño de los estudios, las muestras pequeñas que se utilizan y el seguimiento breve en las intervenciones, y señala que dentro de este contexto hay demasiado voluntarismo y programas con inadecuados niveles de evidencia empírica^{15,18,30}.

Como conclusiones de nuestro estudio, encontramos que la soledad es un condicionante prevalente de salud en personas mayores no institucionalizadas y que existen desigualdades que reflejan la importancia de los factores sociales en la salud de las personas. La depresión, el sedentarismo, ser dependiente en ABVD o estar en seguimiento por problemas emocionales son factores independientes asociados a la sensación de soledad. Por tanto, sería importante que el conjunto de profesionales de Atención Primaria detectase la necesidad de reconocer el entorno más amplio en el que operan los sistemas de salud y el abordaje mediante actividades comunitarias.

Limitaciones. La principal limitación es que este trabajo ha sido realizado hace 10 años, pero consideramos que los resultados son extrapolables a los previos a la pandemia y que, por tanto, son útiles para establecer comparaciones en futuros estudios poblacionales.

Posibles investigaciones. Sería interesante valorar esta situación en el contexto actual de la pandemia COVID, así como potenciar la identificación de soledad en las consultas de Atención Primaria y trabajar con la comunidad para afrontarla.

AGRADECIMIENTOS

A todas las personas que participaron, nos abrieron su casa y su alma.
A Teresa Seoane por su análisis estadístico.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este trabajo ha contado con la autorización del Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia, código 2008/287. Cumplió en todo momento la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y las recomendaciones de la Agencia Europea de los Medicamentos, así como la legislación vigente en materia de investigación clínica.

FINANCIACIÓN

Beca de la Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia, PS08/50. Las autoras y autores declaran no tener conflictos de interés laboral, económico, moral o de investigación.

BIBLIOGRAFÍA

- Gené-Badía J, Comice P, Belchín A, Erdozain MÁ, Cáliz L, Torres S, et al. Perfiles de soledad y aislamiento social en población urbana [Profiles of loneliness and social isolation in urban population]. *Aten Primaria*. 2020 Apr; 52(4): 224-32. Spanish. Doi: 10.1016/j.aprim.2018.09.012. Epub 2019 Feb 12. PMID: 30770152.
- Suanet B, Van Tilburg TG. Loneliness declines across birth cohorts: The impact of mastery and self-efficacy. *Psychol Aging*. 2019 Dec; 34(8): 1134-43. Doi: 10.1037/pag000357. PMID: 31804117.
- Perissinotto C, Holt-Lunstad J, Periyakoil VS, Covinsky K. A Practical Approach to Assessing and Mitigating Loneliness and Isolation in Older Adults. *J Am Geriatr Soc*. 2019 Apr; 67(4): 657-62. Doi: 10.1111/jgs.15746. Epub 2019 Feb 14. PMID: 3076222.
- O'Suilleabháin PS, Gallagher S, Steptoe A. Loneliness, Living Alone, and All-Cause Mortality: The Role of Emotional and Social Loneliness in the Elderly During 19 Years of Follow-Up. *Psychosom Med*. 2019 Jul/Aug; 81(6): 521-6. Doi: 10.1097/PSY.0000000000000710. PMID: 31094903.
- Hughes ME, Waite LJ, Hawkey LC, Cacioppo JT. A Short Scale for Measuring Loneliness in Large Surveys: Results from Two Population-Based Studies. *Res Aging*. 2004; 26(6): 655-72. Doi: 10.1177/0164027504268574. PMID: 18504506.
- Nyqvist F, Nygård M, Scharf T. Loneliness amongst older people in Europe: a comparative study of welfare regimes. *Eur J Ageing*. 2018 Sep 6; 16(2): 133-43. Doi: 10.1007/s10433-018-0487-y. PMID: 31139028.
- Wang H, Zhao E, Fleming J, Denning T, Khaw KT, Brayne C; CC75C study collaboration. Is loneliness associated with increased health and social care utilisation in the oldest old? Findings from a population-based longitudinal study. *BMJ Open*. 2019 Jun 1; 9(5): e024645. Doi: 10.1136/bmjopen-2018-024645. PMID: 31154294.
- Shah SGS, Noguera D, Van Woerden H, Kiparoglou V. Effectiveness of digital technology interventions to reduce loneliness in adults: a protocol for a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2019 Sep 27; 9(9): e032455. Doi: 10.1136/bmjopen-2019-032455. PMID: 31562164.
- Tan SS, Fierloos IN, Zhang X, Koppelaar E, Alhambra-Borras T, Rentoumis T, et al. The Association between Loneliness and Health Related Quality of Life (HR-QoL) among Community-Dwelling Older Citizens. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Jan 17; 17(2): 600. Doi: 10.3390/ijerph17020600. PMID: 31963427.
- Aoki T, Yamamoto Y, Ikenoue T, Urushibara-Miyachi Y, Kise M, Fujinuma Y, et al. Social Isolation and Patient Experience in Older Adults. *Ann Fam Med*. 2018 Sep; 16(5): 393-8. Doi: 10.1370/afm.2257. PMID: 30201635.
- Díez E, Daban F, Pasarín M, Artazcoz L, Fuertes C, López MJ, et al. Evaluación de un programa comunitario para reducir el aislamiento de personas mayores debido a barreras arquitectónicas [Evaluation of a community program to reduce isolation in older people due to architectural barriers]. *Gac Sanit*. 2014 Sep-Oct; 28(5): 386-8. Spanish. Doi: 10.1016/j.gaceta.2014.04.013. Epub 2014 Jun 10. PMID: 24923205.
- Gerst-Emerson K, Jayawardhana J. Loneliness as a public health issue: the impact of loneliness on health care utilization among older adults. *Am J Public Health*. 2015 May; 105(5): 1013-9. Doi: 10.2105/AJPH.2014.302427. Epub 2015 Mar 19. PMID: 25790413.
- Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci*. 2015 Mar; 10(2): 227-37. Doi: 10.1177/1745691614568352. PMID: 25910392.
- Mas Martí A, Arciello P, Belmonte A, Perich S, Sáenz Hernáiz JJ. La soledad como determinante de salud en las personas mayores de 60 años en un entorno semirural. *Comunidad [Internet]*; 2020 [consultado el 2 de septiembre de 2021];23(1):6. Disponible en: <https://comunidad.semfyces.es/la-soledad-como-determinante-de-salud-en-las-per-sonas-mayores-de-60-anos-en-un-entorno-semirural/>
- Jarvis MA, Padmanabhanunni A, Chipps J. An Evaluation of a Low-Intensity Cognitive Behavioral Therapy mHealth-Supported Intervention to Reduce Loneliness in Older People. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Apr 11; 16(7): 1305. Doi: 10.3390/ijerph16071305. PMID: 30979042.

16. Lara E, Caballero FF, Rico-Urbe LA, Olaya B, Haro JM, Ayuso-Mateos JL, et al. Are loneliness and social isolation associated with cognitive decline? *Int J Geriatr Psychiatry*. 2019 Nov; 34(11): 1613-22. Doi: 10.1002/gps.5174. Epub 2019 Jul 25. PMID: 31304639
17. Bergefurt L, Kemperman A, Van den Berg P, Borgers A, Van der Waerden P, Oosterhuis G, et al. Loneliness and Life Satisfaction Explained by Public-Space Use and Mobility Patterns. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Nov 4; 16(21): 4282. Doi: 10.3390/ijerph16214282. PMID: 31690000.
18. Fried L, Prohaska T, Burholt V, Burns A, Golden J, Hawkey L, et al. A unified approach to loneliness. *Lancet*. 2020 Jan 11; 395(10218): 114. Doi: 10.1016/S0140-6736(19)32533-4. PMID: 31929010.
19. Grau Fibla G, Eiroa Patiño P, Cayuela Domínguez A. Versión española del OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire: adaptación transcultural y medida de la validez. *Aten Primaria*. 1996; 17(8): 486-95.
20. Grau G. Evaluación funcional multidimensional de los adultos de edad avanzada. Versión española del OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire. Documento técnico de la Consejería de Salud de Andalucía. Sevilla: Dirección General de Coordinación, Docencia e Investigación; 1993.
21. Eiroa P. Valoración multidimensional de la tercera edad en el municipio de Vigo [tesis doctoral]. Universidad de Santiago de Compostela; 1994.
22. Víctor C, Grenade L, Boldy D. Measuring loneliness in later life: a comparison of differing measures. *Reviews in Clinical Gerontology*. 2005; 15 (1): 63-70. Doi: 10.1017/S0959259805001723
23. Cooper C. The Campaign to End Loneliness. [Internet]. Londres: Campaign to End Loneliness; 2021 [consultado el 10 de abril de 2021.] Disponible en: <https://www.campaigntoendloneliness.org/threat-to-health/>
24. Bibbins-Domingo K. Integrating social care into the delivery of health care. *JAMA*. 2019 Sep 25. Doi: 10.1001/jama.2019.15603. Epub ahead of print. PMID: 31553407
25. López Doblas J, Díaz Conde M del P. El sentimiento de soledad en la vejez. *Rev Int Sociol*. [Internet]. 30 de marzo de 2018 [consultado el 2 de septiembre de 2021]; 76(1): e085. Disponible en: <https://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/698>
26. Instituto de Mayores y Servicios Sociales-IMSERSO. Las personas mayores en España. Informe 2010. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2010 [consultado el 2 de septiembre de 2021]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/estadisticas/encuestas/index.html>
27. Klein J, Von dem Knesebeck O, Lüdecke D. Social Inequalities and Loneliness as Predictors of Ageing Well: A Trend Analysis Using Mixed Models. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Jul 23; 17(15): 5314. Doi: 10.3390/ijerph17155314.
28. Beard JR, Bloom DE. Towards a comprehensive public health response to population ageing. *Lancet*. 2015 Feb 14; 385(9968): 658-61. Doi: 10.1016/S0140-6736(14)61461-6. Epub 2014 Nov 6. PMID: 25468151.
29. Rodríguez López E, Castro Clemente C. Soledad y aislamiento, barreras y condicionamientos en el ámbito de las personas mayores en España. *Revista Ehquidad* [Internet]. 29 de junio de 2019 [consultado el 2 de septiembre de 2021];(12): 127-54. Disponible en: <https://revistas.proeditio.com/ehquidad/article/view/3046>
30. Yanguas J, Pinazo-Henandis S, Tarazona-Santabalbina FJ. La complejidad de la soledad. *Acta Biomed*. 2018; 89(2): 302-14. Doi: 10.23750/abm.v89i2.7404.
31. Losada-Baltar A, Márquez-González M, Jiménez-Gonzalo L, Pedroso-Chaparro MDS, Gallego-Alberto L, Fernandes-Pires J. Diferencias en función de la edad y la autopercepción del envejecimiento en ansiedad, tristeza, soledad y sintomatología comórbida ansioso-depresiva durante el confinamiento por la COVID-19. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2020; 55(5): 272-8. Doi: 10.1016/j.regg.2020.05.005.