

# Soledad y aislamiento social en personas mayores de una población rural de Galicia

## Loneliness and social isolation in elderly people in a rural population of Galicia

Alba Alonso González<sup>1,\*</sup>  
 Ángel Alfredo Martínez Qués<sup>2</sup>  
 Leticia Salgado Babarro<sup>1</sup>  
 Carmen Vázquez Domínguez<sup>3</sup>  
 Ángel Ramos Cid<sup>1</sup>  
 María del Carmen López Pérez<sup>4</sup>

1. Área Sanitaria de Ourense, Verín y Barco de Valdeorras. Servicio Gallego de Salud (SERGAS). Ourense, España.
2. Instituto de Salud Carlos III. Madrid, España.
3. Centro de Salud de Crespos. Área Sanitaria de Ourense, Verín y Barco de Valdeorras. Servicio Gallego de Salud (SERGAS). Ourense, España.
4. Centro de Salud de A Notaría. Área Sanitaria de Ourense, Verín y Barco de Valdeorras. Servicio Gallego de Salud (SERGAS). Ourense, España.

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alba\_alongonz@hotmail.com (Alba Alonso González).

Recibido el 3 de mayo de 2023; aceptado el 22 de mayo de 2023

### RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de soledad y aislamiento social de pacientes > 65 años pertenecientes a una población rural, su perfil sociodemográfico y los factores condicionantes de la soledad.

**Metodología:** Estudio descriptivo, transversal, analítico, realizado en los centros de atención primaria de Padrenda (Ourense). Se incluyeron 172 pacientes. Se administró un cuestionario conformado por variables sociodemográficas, variables relacionadas con su conectividad digital, estado de salud mediante escala analógica, índice de Barthel, la pregunta simplificada de Blake y Mckay y la escala UCLA. **Resultados:**

La edad media de los participantes fue de  $77,85 \pm 6,96$  años, y el número medio de hijos fue de  $2,35 \pm 1,26$ . El 78,5% de las personas declararon tener un estado de salud bueno o excelente. El 41,3% de los participantes presentaron algún nivel de soledad no deseada. En el análisis bivariado, la variable sexo mostró un valor de  $\chi^2 = 7,692$  y de  $p = 0,021$ . Vivir solo o en compañía tuvo un valor de  $\chi^2 = 6,117$  y de  $p = 0,047$ . La edad mostró una  $\chi^2 = 11,943$  y una  $p = 0,003$ . El número de coches y el índice Barthel mostraron una  $\chi^2 = 11,493$  y  $\chi^2 = 12,003$ , respectivamente, y una  $p < 0,003$  en ambos casos. La *odds ratio* para el estado de salud (malo, regular, bueno y excelente) y para 2 grupos (con soledad y sin soledad) fue de 0,4 (0,156-0,860).

**Conclusiones:** La edad, ser mujer y recibir poco apoyo social se relacionan con un mayor grado de soledad. Las personas mayores con un sentimiento de soledad pueden presentar un estado de salud peor si las comparamos con personas con un menor sentimiento de soledad.

**PALABRAS CLAVE:** Soledad, aislamiento social, anciano, apoyo social.

### ABSTRACT

**Objective:** To determine the prevalence of loneliness and social isolation in patients > 65 years old, belonging to a rural population, their sociodemographic profile and the conditioning factors of loneliness. **Methodology:** Descriptive, cross-sectional, analytical study, carried out in the Primary Care Centers of Padrenda (Ourense). 172 patients were included. A questionnaire made up of sociodemographic variables, variables related to their digital connectivity, health status using an analog scale, Barthel index, the simplified Blake and Mckay question and the UCLA Scale was administered. **Results:** The mean age of the participants was  $77.85 \pm 6.96$  years, and the mean number of children was  $2.35 \pm 1.26$ . 78.5% of the people stated that they had a good or excellent state of health. 41.3% of the participants presented some level of unwanted loneliness. In the bivariate analysis, the sex variable showed a value of  $\chi^2 = 7.692$  and  $p = 0.021$ . Living alone or in company was  $\chi^2 = 6.117$  and  $p = 0.047$ . Age showed a  $\chi^2 = 11.943$  and  $p = 0.003$ . The number of cars and the Barthel index showed  $\chi^2 = 11.493$  and  $\chi^2 = 12.003$ , respectively, and  $p < 0.003$  in both cases. The odds ratio for the state of health (poor, regular, good and excellent) and for 2 groups (with loneliness and without loneliness) of 0.4 (0.156-0.860). **Conclusions:** Age, being a woman and receiving little social support are related to a higher degree of loneliness. Older people with a feeling of loneliness may present a worse state of health if we compare them with people with a lesser feeling of loneliness.

**KEYWORDS:** Loneliness, social isolation, aged, social support.

### INTRODUCCIÓN

Al explorar la dialéctica de la soledad, Octavio Paz afirmaba que la soledad es el fondo último de la condición humana. El hombre es el único ser que experimenta la soledad y, al mismo tiempo, el único que busca a otro<sup>1</sup>. Esta reflexión filosófica precisa muestra cómo la soledad es una parte integral de la condición humana. Esta condición individual humana se

ha convertido en un problema social y de salud pública importante en cuanto determinante de la salud, lo que está respaldado por numerosos estudios epidemiológicos y demográficos<sup>2</sup>.

La soledad es un problema cada vez más frecuente en países con un envejecimiento demográfico acelerado en nuestro entorno. La Organización Mundial de la Salud pronostica que para el año 2050, más del 30% de la población en España y Europa tendrá más de 60 años<sup>3</sup>. En países

como España, el 36,8% de las personas mayores de 65 años viven solas, y la prevalencia del aislamiento y la soledad en este grupo oscila entre el 20 y el 40%<sup>4</sup>, afectando más a mujeres que a hombres<sup>5,6</sup>.

Los avances científicos y tecnológicos de las últimas décadas han aumentado significativamente la esperanza de vida, lo que significa que seremos mayores durante más tiempo. Este fenómeno del “envejecimiento del envejecimiento” es probable que aumente la vulnerabilidad social, la dependencia, la soledad, el aislamiento social<sup>7</sup> y la exclusión social<sup>8</sup>.

La soledad se define como un sentimiento subjetivo no deseado de ausencia o pérdida de compañía, o la falta de una red social<sup>9</sup>. Este sentimiento subjetivo aparece cuando hay una discrepancia entre el nivel deseado de relaciones sociales y el real<sup>10</sup>. Es importante distinguir la soledad del aislamiento social, que es una situación objetiva caracterizada por la falta de interacciones con otras personas<sup>11</sup>.

La soledad, como marcador cualitativo de las interacciones sociales de una persona<sup>12</sup>, es particularmente problemática en la vejez debido a la disminución de los recursos económicos, las limitaciones funcionales, la muerte de allegados y los cambios en las estructuras sociales y la movilidad. Es fundamental abordar el problema de la soledad y el aislamiento social en las personas mayores para mejorar su bienestar y su calidad de vida.

Es cierto que vivir solo no necesariamente implica sentir soledad o aislamiento social, ya que hay personas que viven solas, pero mantienen relaciones sociales activas. Asimismo, hay personas que viven acompañadas, pero pueden sentirse solas debido a la falta de relaciones significativas con sus allegados.

El aislamiento social y la soledad son muy comunes en los adultos mayores y se asocian con una morbilidad y mortalidad considerables. De hecho, se ha demostrado que el impacto de la soledad y el aislamiento social en la salud es comparable al de otros factores de riesgo establecidos como el tabaquismo, la obesidad, el consumo de alcohol o la presión arterial alta<sup>13</sup>.

La evidencia emergente muestra que los factores sociales tienen efectos considerables sobre muchos aspectos de la salud en los adultos mayores incluyendo depresión, deterioro cognitivo, trastornos del sueño, manejo ineficaz del régimen terapéutico, menor resistencia a las infecciones, presión arterial alta, niveles elevados de colesterol y enfermedad coronaria, y puede estar relacionada con un mayor uso de algunos servicios de atención social y de salud<sup>14-21</sup>.

Los profesionales de atención primaria son fundamentales en la identificación temprana de factores sociales, físicos y mentales asociados con la soledad y el aislamiento social en la población que atienden<sup>22</sup>. En Galicia, donde la población envejecida es especialmente numerosa en las zonas rurales, es importante conocer la prevalencia de estos problemas para implementar intervenciones adecuadas y prevenir situaciones de riesgo en la población de adultos mayores<sup>23</sup>.

La pandemia provocada por la infección del SARS-CoV-2 o COVID-19 ha acentuado los efectos negativos causados por la soledad y el aislamiento social, lo que ha llevado a considerarla una emergencia geriátrica<sup>24,25</sup>. Por tanto, es fundamental estudiar la prevalencia de la soledad y el aislamiento social en la población de adultos mayores de zonas rurales, su perfil sociodemográfico y los factores que condicionan estos problemas.

## ■ OBJETIVO

El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de soledad y aislamiento social de los pacientes ancianos, mayores de 65 años, pertenecientes a una población rural, su perfil sociodemográfico y los factores condicionantes.

## ■ METODOLOGÍA

El ámbito de estudio fue el municipio de Padrenda (Ourense, Galicia). El período de recogida de datos fue de agosto a noviembre de 2021. Se diseñó un estudio observacional, de corte transversal, analítico.

- *Criterios de inclusión.*
  - Personas de ambos sexos mayores de 65 años.
  - Residentes en el municipio de Padrenda (Provincia de Ourense).
  - Que aceptaran participar en el estudio.
- *Criterios de exclusión.*
  - Presentar deterioro cognitivo moderado o grave.
  - Estar incapacitados legalmente.
- *Cálculo del tamaño muestral.* Se partió del censo de personas mayores de 65 años del municipio de Padrenda a 1 de enero de 2019, según datos del INE (730 personas), estimándose para un porcentaje de error del 6,5% y un nivel de confianza del 95% un total de 172 personas.
- *Variables del estudio e instrumentos de medida.* Se utilizó un cuestionario para recopilar datos sobre variables sociodemográficas, conectividad digital y estado de salud de los participantes. También se utilizó el índice de Barthel, un cuestionario heteroadministrado, que mide el grado de dependencia para realizar actividades básicas de la vida diaria. Los resultados se codificaron en 5 categorías según el grado de dependencia (independiente, dependencia leve, dependencia moderada, dependencia grave y dependencia total).
- *Apoyo estructural o red social.* Se determinó mediante la pregunta simplificada de Blake y McKay, que consta de una única pregunta acerca del número de personas con las que puede contar el entrevistado cuando tiene un problema o dificultad. La valoración comprende un rango de puntuación de 0 a 10 puntos, siendo la red social escasa o ninguna (de 0 a 1 puntos), media (de 2 a 5 puntos) y elevada (de 6 o más)<sup>26</sup>.
- *Escala UCLA.* La soledad no deseada se midió con la escala UCLA (University of California at Los Angeles), que mide tanto el sentimiento de soledad como el apoyo social y familiar mostrando una validez discriminante con respecto a las personas mayores de 65 años que no viven solas<sup>27</sup>. Está compuesta de 10 ítems, que puntúan entre 1 y 4 puntos cada uno hasta un total de 40 puntos. La escala se clasificó en 3 estados: grado severo de soledad (para puntuaciones < 20 puntos); grado moderado (entre 20 y 30) y, por último, grado leve o ausente (más de 30 puntos).
- *Análisis estadístico.* Se realizó estadística descriptiva para todas las variables de estudio utilizando frecuencias y porcentajes para variables cualitativas y medidas de tendencia central para las cuantitativas. Para verificar la normalidad en la distribución de las variables se utilizó el test de Kolmogorov-Smirnov. Para el análisis bivalente se utilizaron  $\chi^2$ , la prueba de la t de Student y la prueba de Kruskal-Wallis, como prueba no paramétrica. Para determinar la correlación entre 2 variables se usó el coeficiente de correlación de Pearson. También se llevó a cabo un análisis de regresión lineal para identificar factores predictores en el riesgo de soledad. Se hizo un cálculo de las *odds ratio* y de la razón de prevalencias. Todos estos análisis estadísticos se realizaron con el software SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences) versión 19.0, y se consideró un nivel de significación estadística de 0,05.
- *Aspectos éticos.* Se contó con la evaluación favorable del Comité de Ética de Investigación de Galicia Sur, con el número de expediente: 2021/040. A los participantes se les pidió el consentimiento después de ser informados de la naturaleza y objetivos de la investigación.

## ■ RESULTADOS

En el estudio participaron un total de 172 sujetos, de los cuales el 59,3% (n = 102) eran mujeres. La edad media de los participantes fue de  $77,85 \pm 6,96$  años, y el número medio de hijos fue de  $2,35 \pm 1,26$ . Respecto al estado de salud autopercebido, la media fue de  $6,18 \pm 2,10$  puntos, lo que indica que el 78,5% de las personas declararon tener un estado de salud bueno o excelente. En relación con los bienes materiales, se observó una media de  $1,62 \pm 0,79$  teléfonos personales,  $0,47 \pm 0,91$  coches y  $2,18 \pm 1,14$  televisores por hogar. De las 38 personas que necesitaban ayuda, el 39,47% (n = 15) recibía asistencia de una persona contratada, el 26,31% (n = 10) por sus hijos, el 21,05% (n = 8) por su cónyuge y el 13,15% (n = 5) por otras personas.

La tabla 1 detalla las características sociodemográficas de los participantes.

El 41,3% de las personas mayores de 65 años experimentan algún nivel de soledad no deseada. Los resultados de las variables relacionadas con la escala UCLA en relación con el nivel de intensidad de la soledad, se presentan en la tabla 2.

La distribución de la soledad es significativamente distinta ( $p < 0,05$ ) respecto a las mujeres y los hombres, y también respecto a vivir solo o en compañía. En la muestra estudiada hay una relación entre sexo y total de la escala, es decir, las mujeres puntúan una media inferior a la de los hombres. También se encontró relación entre apoyo social (Blake y Mckay) y soledad ( $p < 0,05$ ). Según aumenta el nivel de apoyo social aumenta la puntuación de la escala de soledad. Las personas

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de la muestra

Variable		Frecuencia (n)	%
Sexo	Hombre	70	40,7
	Mujer	102	59,3
Estado civil	Soltero	12	7
	Casado	97	56,6
	Viudo	55	32
	Divorciado, separado	8	4,7
Estudios	Sin estudios	30	17,4
	Primarios	135	78,5
	Secundarios	6	3,5
	Universitarios	1	0,6
Estado de salud (recodificado)	Malo	7	4,1
	Regular	30	17,4
	Bueno	83	48,3
	Excelente	52	30,2
Situación laboral	Activo	2	1,2
	Desempleado	3	1,7
	Jubilado	167	97,1
Apoyo social (Blake y Mckay)	Escaso	24	14
	Medio	137	79,7
	Elevado	11	6,4
Hijos en el mismo municipio (n = 158)	Sí	64	37,2
	No	94	54,7
Contactos	Sí	167	97,1
	No	5	2,9
Con quién vive	Solo	49	28,5
	En compañía	123	71,5
Precisa ayuda	Sí	38	22,1
	No	134	77,9

Continúa

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de la muestra (cont.)

Variable	Frecuencia (n)	%	
Tipo de ayuda (n = 38)	Hijos	10	5,8
	Conyugue	8	4,7
	Persona contratada	15	8,7
	Otros	5	2,9
Ordenador e internet	Sí	37	21,5
	No	135	78,5
Conocimiento internet	Excelente	1	0,6
	Bueno	6	3,5
	Regular	11	6,4
	Bajo	154	89,5
Videollamada	Excelente	1	0,6
	Bueno	10	5,8
	Regular	14	8,0
	Bajo	147	85,5
Barthel	Independiente	134	77,9
	Dependencia leve	23	13,4
	Dependencia moderada	12	7
	Dependencia grave	3	1,7
	Dependencia total	0	0

que viven solas presentan una media inferior a las personas que viven en compañía ( $p = 0,007$ ). Las personas que disponen de ordenador y conexión a internet presentan una media superior a las personas que no disponen de ordenador ni de conexión a internet ( $p = 0,043 < 0,05$ , respectivamente).

En la tabla 3 se presentan los resultados de los estadísticos de contraste, con la escala UCLA para 7 variables. De estas, se observa que las variables sexo, vivir solo o acompañado, la edad y el número de coches tienen valores de  $p < 0,05$ , lo que indica una asociación significativa con el resultado de interés. Las variables hijos que viven en el mismo municipio, internet, número de hijos y teléfonos fijos/móviles no muestran una asociación significativa.

Tener o no tener hijos que viven en el mismo municipio o tener acceso a internet no es significativamente distinta en las 3 categorías de la escala UCLA. Sin embargo, para el total de la escala, hay una relación entre tener o no internet y la soledad ( $p = 0,043$ ), mientras que las personas que disponen de ordenador y conexión a internet puntúan una media superior a las personas que no disponen de ordenador ni de conexión a internet. Respecto al nivel de conocimiento para acceder a videoconferencia a través del móvil, la escala UCLA total no sigue una tendencia uniforme.

El modelo de correlación muestra las correlaciones entre la variable UCLA total (escala de soledad), la edad, el índice de Blake y Mackey, el número de hijos y si la persona vive sola o con alguien más. Se observa que la edad está significativamente correlacionada negativamente con la escala de soledad a un nivel de significancia de 0,01 (bilateral). La correlación entre la suma total de la escala UCLA y las variables cuan-

titativas se muestra en la tabla 4. Esto sugiere que a medida que la edad aumenta, la escala de soledad disminuye. Con otras 2 variables, apoyo social y número de hijos con los que convive, presenta una correlación positiva. Para todas las variables analizadas, el coeficiente de correlación lineal es débil o muy débil, excepto con el número de hijos, que no presenta correlación.

Para identificar qué variables explican mejor la variabilidad que presenta la variable soledad, se realizó un análisis de regresión múltiple y se tomó como base las variables que individualmente eran significativas ( $p < 0,05$ ), lo que sugiere que todas ellas influyen de manera importante en la percepción de soledad. El modelo se asumió con las variables predictoras: sexo, pregunta simplificada de Blake y Mckay, internet, estudios, estado civil, edad, número de baños o aseos, número de hijos con los que convive y personas con las que convive. Este modelo ( $p < 0,001 < 0,05$ ) explicaría el 21,8% de la variabilidad en la variable soledad (tabla 5).

De acuerdo con este modelo, la condición de ser hombre influye en un aumento en la suma total de la escala de soledad, lo mismo que por cada punto en la escala de apoyo social hay un aumento de 0,157 en la escala de soledad. En cuanto a la edad, la mayor edad incluye un descenso de la escala (mayor grado de soledad).

Se realizó una estimación del riesgo y del cálculo de la razón de prevalencia para el estado de salud (malo, regular, bueno y excelente) y para 2 grupos (con soledad y sin soledad). La razón de ventajas (*odds ratio*) para el estado de salud fue de 0,4 (0,156-0,860). Es decir, la probabilidad de tener un estado de salud malo era 0,4 veces menor en el grupo que presentaba soledad, en comparación con el grupo sin soledad. El riesgo relativo (RR) fue de 0,5, con un intervalo de confianza del 95%

**Tabla 2.** Distribución de variables según el grado de intensidad de la soledad (UCLA)

		Escala UCLA					
		Normal		Moderado		Severo	
		n	%	n	%	n	%
<b>Sexo</b>	Hombre	6	3,5	31	18	33	19,2
	Mujer	24	14	45	26,2	33	19,2
<b>Estudios</b>	Sin estudios	9	5,2	17	9,9	4	2,3
	Primarios	19	11	56	32,6	60	34,9
	Secundarios	2	1,2	2	1,2	2	1,2
	Universitarios	0	0	1	0,6	0	0
<b>Apoyo social (Black y Mckay)</b>	Ninguno	10	5,8	9	5,2	5	2,9
	Medio	20	11,6	62	36	55	32
	Elevado	0	0	5	2,9	6	3,5
<b>Estado civil</b>	Soltero	2	1,2	6	3,5	4	2,3
	Casado/en pareja	13	7,6	38	22,1	46	26,7
	Viudo	15	8,7	28	16,3	12	7
	Separado/divorcio	0	0	4	2,3	4	2,3
<b>Hijos en el mismo domicilio</b>	Sí	10	6,3	32	20,3	22	13,9
	No	18	11,4	38	24,1	38	24,1
<b>Contactos</b>	Sí	30	17,4	71	41,3	66	38,4
	No	0	0	5	2,9	0	0
<b>Convivencia</b>	Vive solo	14	8,1	20	11,6	15	8,7
	En compañía	16	9,3	56	32,6	51	28,7
<b>internet</b>	Sí	2	1,2	17	9,9	18	10,5
	No	28	16,3	59	34,4	48	27,9
<b>Conocimiento internet</b>	Excelente	0	0	0	0	1	0,6
	Bueno	0	0	3	1,7	3	1,7
	Regular	1	0,6	4	2,3	6	3,5
	Malo	29	16,9	69	40,1	56	32,6
<b>Estado de salud</b>	Excelente	5	16,7	16	21,1	31	47
	Bueno	17	56,7	39	51,3	27	40,9
	Regular	7	23,3	16	21	7	10,6
	Malo	1	3,3	5	6,6	1	1,5

(IC95%) que va de 0,264 a 0,958. Esto significa que las personas con soledad pueden presentar un estado de salud peor, que es la mitad que el RR de las personas sin soledad. Las personas con estado de salud bueno/excelente tienen un RR de 1,4 para no tener soledad, con un IC95% que va de 1,1 a 1,7. Esto significa que las personas con un buen estado de salud tienen un RR de no tener soledad que es 1,4 veces mayor que el RR de las personas con un estado de salud menos favorable. El IC95% no incluye el valor 1, lo que indica que la asociación es estadísticamente significativa.

## ■ DISCUSIÓN

Este estudio se realizó con el propósito de evaluar la prevalencia de la soledad en adultos mayores en un contexto rural muy disperso, así como su relación con diferentes factores sociodemográficos y de salud. Los resultados indican que 4 de cada 10 de los participantes experimentaban algún grado de soledad, siendo este porcentaje mayor en las mujeres. Aunque esta cifra es alta, es parecida a la encontrada en otros estudios realizados en entornos similares, como el de Gayol et al. en Asturias, donde se des-

**Tabla 3.** Estadísticos de contraste

Variable	$\chi^2$	gl	p
Sexo	7,692	2	0,021
Hijos que viven en el mismo municipio	1,422	2	0,491
Vive solo o en compañía	6,117	2	0,047
Internet	5,246	2	0,073
Edad	11,943*	2	0,003
Número de hijos	1,416*	2	0,493
Teléfonos fijos/móviles	4,504*	2	0,105
Coches	11,493*	2	0,003
Contactos frecuencia	9,960*	2	0,007
Barthel	12,003*	2	0,002
Hijos con los que vive	4,394*	2	0,111

gl: grados de libertad.  
Se considera significación estadística un valor de  $p < 0,05$ .  
\*Prueba de Kruskal-Wallis.

cribe un porcentaje del 44,4%<sup>28</sup>. Al comparar nuestros resultados con los del estudio de Velarde et al., en el que se validó la escala UCLA en una población rural y urbana<sup>27</sup>, se observan algunas diferencias en los datos, pues estos presentan un porcentaje menor de soledad y una diferencia más acusada entre mujeres y hombres en relación con nuestro estudio. Esta diferencia podría obedecer a que en nuestro caso la media de edad era relativamente mayor (77,8 años) frente a una media de 70,7 años del estudio referido. En este sentido, la mayor edad se presenta como un factor determinante<sup>29</sup>, es decir, que a medida que la edad aumenta, la puntuación en la escala es menor, por tanto, hay un mayor sentimiento de soledad.

Hay que señalar que, si bien el vivir solo influiría en el sentimiento de soledad, no encontramos diferencias entre las distintas condiciones de estado civil. Esto podría explicarse con otras covariables (como estar

viudo/a pero tener hijos o contar con una red de apoyo sólida). Igualmente, como se ha dicho anteriormente, muchas personas, aunque estén acompañadas, pueden sentirse solas.

A medida que aumenta el nivel de apoyo social, disminuye la sensación de soledad. Asimismo, las personas que viven solas presentan una media inferior a las que viven acompañadas.

En relación con la conectividad social, las preguntas formuladas no permiten ser concluyentes en la medida en que las cuestiones que pudieron influir no fueron estudiadas, como es el caso de la intensidad de uso de las redes sociales (Facebook, Instagram, etc.). No obstante, sí que se vio que tener acceso a internet se relaciona con un menor sentimiento de soledad. Esta cuestión es importante en la medida que el uso y conocimiento de las personas mayores en tecnologías de comunicación y su aplicación en los hogares, tiene un papel importante en el manejo de la soledad y el aislamiento social<sup>30</sup>.

**Limitaciones**

En cuanto a las limitaciones de este estudio hay que señalar que lo realizamos durante las últimas oleadas de la pandemia, en un momento en que no había medidas de confinamiento, aunque se mantenían medidas sanitarias. Los datos obtenidos son valiosos para comprender el impacto de la pandemia en la población mayor. De hecho, un estudio previo realizado por Su et al.<sup>29</sup> encontró que, a nivel mundial, la prevalencia de soledad y aislamiento social en personas mayores de 65 años durante la pandemia de COVID-19 fue del 28,6 y del 31,2%, respectivamente. Es importante destacar que estos datos incluyen a población urbana. No obstante, al ser la situación pandémica excepcional, no resulta comparable a otras situaciones anteriores.

Otra limitación pudo ser que el reclutamiento se realizó en el centro de salud, por lo que es posible que las personas con un alto grado de dependencia no entraran en el estudio.

**CONCLUSIONES**

Este estudio muestra la prevalencia de la soledad en adultos mayores relacionada con la edad, el sexo, el estado de salud, la convivencia y

**Tabla 4.** Correlaciones UCLA y variables cuantitativas

		Total escala UCLA	Edad	Blake y Mackey	Número de hijos	Con cuántos hijos vive
Total escala UCLA	Correlación de Pearson	1	-0,298**	0,195*	-0,030	0,198*
	Sig. (bilateral)		0,000	0,010	0,705	0,010
	n	172	172	172	158	170

Se considera significación estadística un valor de  $p < 0,05$ .  
\*La correlación es significativa con un nivel 0,01 (bilateral).

**Tabla 5.** Modelo de regresión múltiple

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado-correcta	Error estándar de la estimación	Estadísticos de cambio				
					Cambio en R2	Cambio en F	gl1	gl2	Sig. cambio en F
1	0,466	0,218	0,174	7,397	0,218	4,942	9	160	0,000

Se considera significación estadística un valor de  $p < 0,05$ .

algunos aspectos de conectividad digital. Con respecto a estos últimos, se necesitarán más estudios para identificar qué factores dentro de la conectividad digital pueden ser protectores o no de desarrollar sentimiento de soledad<sup>31,32</sup>. Los resultados resaltan la importancia de tener en cuenta estos factores al diseñar programas de intervención para reducir la soledad en los adultos mayores lo que, en definitiva, repercutirá en una mejor salud ■

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Agradecimientos

Los autores agradecen a Sara Teixeira Baltazar, de la Unidad de Metodología y Estadística del Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur, por su asesoramiento estadístico.

## BIBLIOGRAFÍA

- Paz O. El laberinto de la soledad. Postdata y Vuelta a El laberinto de la soledad. Madrid. Fondo de Cultura Económica de España; 1998. p. 82.
- Luchetti M, Terracciano A, Aschwanden D, Lee JH, Stephan Y, Sutir AR. La soledad se asocia con riesgo de deterioro cognitivo en la Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2020;35:794-801.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. OMS; 2015.
- Hernández Ascanio J, Perula de Torres LA, Rich Ruiz M, Roldán-Villalobos AM, Perula-de Torres C, Ventura Puertos PE. Condicionantes para el abordaje del aislamiento social y la soledad de adultos mayores no institucionalizados desde atención primaria de salud. *Aten Prim*. 2022;54:102218.
- Gené-Badía J, Comice P, Belchín A, Erdozain MÁ, Cáliz L, Torres S, et al. Perfiles de soledad y aislamiento social en población urbana. *Aten Prim*. 2020;52:224-32.
- Fernández Muñoz JN, Vidal Domínguez MJ, Labeaga Azcona JM, Casado Durandez P, Madrigal Muñoz A, López Doblaz J, et al. IN-FORME 2016. Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. IMSERSO; 2017.
- d'Hombres B, Schnepf S, Barjaková M, Teixeira F. Loneliness – an unequally shared burden in Europe. European Commission. Disponible en: [https://knowledge4policy.ec.europa.eu/sites/default/files/fairness\\_pb2018\\_loneliness\\_jrc\\_i1.pdf](https://knowledge4policy.ec.europa.eu/sites/default/files/fairness_pb2018_loneliness_jrc_i1.pdf)
- Martínez Ques AA. Ageismo y derechos humanos en el contexto sanitario. Tesis doctoral. Madrid: UNED; 2015. Disponible en: MARTINEZ\_QUES\_AngelAlfredo\_Tesis.pdf
- Ong AD, Uchino BN, Wethington E. Loneliness and health in older adults: A mini-review and synthesis. *Gerontology*. 2016;62:443-9.
- Shiovitz-Ezra S, Shemesh J, McDonnell/Naughton M. Pathways from Ageism to Loneliness. En: Ayalon L, Tesch-Römer C, editors. *Contemporary Perspectives on Ageism. International Perspectives on Aging*. Springer; 2019; p. 19.
- Courtin E, Knapp M. Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health Soc Care Community*. 2017;25:799-812.
- Nicholson NR. A review of social isolation: An important but under-assessed condition in older adults. *J Prim Prev*. 2012;33:137-52.
- Freedman A, Nicolle J. Social isolation and loneliness: the new geriatric giants: Approach for primary care. *Can Fam Physician*. 2020;66:176-82.
- Fakoya OA, McCorry NK, Donnelly M. Loneliness and social isolation interventions for older adults: a scoping review of reviews. *BMC Public Health*. 2020;20:129.
- Landeiro F, Barrows P, Nuttall Musson E, Gray A, Leal J. Reducing social isolation and loneliness in older people: a systematic review protocol. *BMJ Open*. 2016;7:013778.
- Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLoS Med*. 2010;7:1000316.
- Schrepft S, Jackowska M, Hamer M, Steptoe A. Associations between social isolation, loneliness, and objective physical activity in older men and women. *BMC Public Health*. 2019;19:74.
- Beutel ME, Klein EM, Brähler E, Reiner I, Jünger C, Michal M, et al. Loneliness in the general population: prevalence, determinants and relations to mental health. *BMC Psychiatry*. 2017;17:97.
- Petit T, Mallow J, Barnes E, Petrone A, Barr T, Theeke L. A Systematic Review of Loneliness and Common Chronic Physical Conditions in Adults. *Open Psychol J*. 2015;8:113-32.
- O'Sullivan R, Leavey G, Lawlor B. We need a public health approach to loneliness. *BMJ*. 2022;376:280.
- Chawla K, Kunonga TP, Stow D, Barker R, Craig D, Hanratty B. Prevalence of loneliness amongst older people in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2021;16:0255088.
- Gálvez-Hernández P, González-de Paz L, Muntaner C. Primary care-based interventions addressing social isolation and loneliness in older people: a scoping review. *BMJ Open*. 2022;12:057729.
- Hernández Gómez MA, Fernández Domínguez MJ, Sánchez Sánchez NJ, Blanco Ramos MA, Perdz Álvarez MC, Castro Fernández P. Soledad y envejecimiento. *Rev Clin Med Fam*. 2021;14:146-53.
- Martínez Ques AA, Alonso González A. La soledad de los mayores durante la pandemia por COVID-19 como manifestación de la discriminación por edad. *Ética de los Cuidados*. 2020;13:e33001i.
- Bonand C, García-Blas S, Tarazona-Santabalbina FJ, Díez-Villanueva P, Ayesta A, Sanchis Forés J, et al. Coronavirus: la emergencia geriátrica de 2020. Documento conjunto de la Sección de Cardiología Geriátrica de la Sociedad Española de Cardiología y la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. *Rev Esp Cardiol*. 2020;73:569-76.
- Blake RL, McKay DA. A single-item measure of social supports as a predictor of morbidity. *J Fam Pract*. 1986;22:82-4.
- Velarde-Mayol C, Fragua-Gil S, García-de-Cecilia JM. Validación de la escala de Soledad de UCLA y perfil social en la población anciana que vive sola. *Semergen*. 2016;42:177-83.
- Gayol-Fernández M, Sánchez-Arguano J, Conde-Díez Y. Aislamiento social y dependencia en la población anciana de una población rural. *RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA)*. 2020;8:12-22.
- Su Y, Rao W, Li M, Caron G, D'Arcy C, Meng X. Prevalencia de la soledad y el aislamiento social entre los adultos mayores durante la pandemia de COVID-19: una revisión sistemática y un metanálisis. *Psicogeriatr Int*. 2023;35:229-41.
- León-Latorre MI, Martos-Enrique M, Galiana-Camacho T. Técnicas de comunicación en las personas adultas mayores ante el aislamiento social y la soledad. *Rev Esp Comun Salud*. 2020;11:268-77.
- Martín Roncero U, González-Rábago Y. Soledad no deseada, salud y desigualdades sociales a lo largo del ciclo vital. *Gac Sanit*. 2021;35:432-7.
- Gallardo-Peralta LP, Sánchez-Moreno E, Rodríguez Rodríguez V, García Martín M. La investigación sobre soledad y redes de apoyo social en las personas mayores: una revisión sistemática en Europa. *Rev Esp Salud Pública*. 2023;97:1-20.