

SENTIMIENTO DE SOLEDAD EN LAS PERSONAS MAYORES DE LA CIUDAD DE MADRID

Encuesta de Salud de la ciudad de Madrid, 2017

Autores del informe:

Pedro Montejo Carrasco

David Prada Crespo

Mercedes Montenegro Peña

Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid

INDICE

	Página
1	INTRODUCCIÓN 3
2	METODOLOGÍA 6
2.1	Participantes 6
2.2	Procedimiento 7
2.3	Análisis estadístico 8
3	RESULTADOS 8
3.1	Descripción de la muestra 8
3.2	Datos globales. 9
3.2.1	Vivir solo/a. Datos sociodemográficos. Distritos. 10
3.2.2	Sentirse solo/a y variables sociodemográficas. 14
3.2.3	Sentirse solo/a en función del distrito 16
3.2.4.	Calidad de Vida relacionada con la salud. 20
3.2.5.	Salud mental. 22
3.2.6	Rendimiento cognitivo, quejas de memoria y declive cognitivo subjetivo. 26
3.2.7.	Estado de salud y enfermedades. 29
	1. Percepción del estado de salud.
	2. Multimorbilidad.
	3. Utilización de recursos de salud.
3.2.8.	Dolor y sentirse solo. 32

3.2.9.	Situaciones de carencia	34
3.2.11.	Hábitos de vida	34
	1. Actividad física	
	2. Hábito de fumar.	
	3. Consumo de alcohol	
	4. Ruido ambiental	
	5. Utilización del móvil y teléfono fijo.	
	6. Animales de compañía	
	7. Actividades del barrio	
	8. Dedicar tiempo a cuidarse	
	9. “Que otras personas se preocupen por el mayor”	
4	TABLA RESUMEN DE RELACIONES BI-VARIABLES	41
5	ESTUDIO MULTIVARIABLE	44
	1. Sentirse solo y variables sociodemográficas	
	2. Rendimiento Cognitivo	
	3. Salud Mental	
	4. Variables relacionadas con la enfermedad y Calidad de Vida	
	5. Sentir dolor	
	6. Enfermedades específicas	
	7. Situaciones de carencia	
	8. Hábitos de vida	
6	ANALISIS GLOBAL DE TODAS LA VARIABLES	50
	1. Predictores (Regresión logística).	
	2. Análisis de factores	
	3. Grupos de riesgo	
7	CONCLUSIONES	53
	BIBLIOGRAFIA	56

1. INTRODUCCION

La soledad es un fenómeno que cada vez está siendo más frecuente en los países desarrollados. Afecta todas las edades del individuo y tiene connotaciones particulares entre las personas mayores. A este grupo de población, que comparte unas características comunes y presenta otras muy diversas, nos vamos a referir en adelante. El tema de la soledad preocupa actualmente a los profesionales de diversos campos (salud, sociología,...) y a las autoridades políticas, pero ya era una preocupación a mediados del siglo pasado (Sheldon, 1948¹; Townsend, 1957²; Tunstall, 1966³). La actual preocupación en los países desarrollados probablemente se base en el progresivo incremento del porcentaje de mayores respecto al resto de la población debido al aumento de la esperanza de vida (el fenómeno de la pirámide poblacional invertida), a la solución, mayor o menor, de los problemas básicos para gran parte del grupo de mayores (pensiones de toda la población, sistemas de salud desarrollados,...), al cambio de modelo de familia y de entramado social, y a cuestiones de tipo político, entre otras.

Los conceptos relacionados con la soledad han sido delimitados desde hace años. En 1968, ya Townsend y Tunstall⁴ indicaron las diferencias entre *vivir solo* (vivir en un domicilio sin otras personas acompañantes), *sentir soledad* (percepción y valoración subjetivas de la falta de relaciones sociales y afectivas satisfactorias; es un sentimiento que es independiente tanto de vivir solo o no, como de que existan o no en su entorno próximo redes sociales) y *aislamiento social* (carencia de relación objetiva y satisfactoria con el entorno por falta de contactos sociales). Otros autores hablan de soledad subjetiva o emocional y de soledad objetiva o aislamiento social^{5 6}. Puede haber también a otros niveles: a) soledad existencial o filosófica, propia de la persona que se da cuenta de la singularidad e individualidad radical del ser humano; b) soledad latente, propia de aquellas personas que no tienen relaciones sociales y afectivas satisfactorias y que se comportan igual que las personas que se sienten solas, pero no manifiestan el sentimiento de soledad; c) igualmente hay una soledad deseada, una soledad indiferente y una soledad no deseada (SND). A esta última es a la que nos vamos a referir en lo sucesivo y es la que ha concitado la mayoría de los estudios.

La soledad se ha asociado a numerosas alteraciones orgánicas y psicológicas. Se asocia sobre todo a patologías relacionadas con la hiperestimulación del eje hipotálamo-

hipófisis-córtico-suprarrenal, a riesgo cardiovascular, tensión arterial alta, colesterol alto, alteraciones en el sueño, funcionamiento inmunitario, efectos sobre la transcripción de algunos genes, etc.⁷. No solo se asocia con mayor morbilidad, también se ha asociado con mayor riesgo de mortalidad⁸. Los aspectos cognitivos también han sido ampliamente estudiados, se considera que es un factor de riesgo para el deterioro cognitivo y la demencia⁹¹⁰. Respecto a la salud mental, se ha asociado a depresión¹¹, ansiedad, baja autoestima, inestabilidad emocional, pensamientos negativos sobre sí mismo, etc.; se ha asociado así mismo a ciertos rasgos de personalidad como timidez, menor sociabilidad o conductas de evitación¹².

Un problema que se plantea da el modo de valorar y medir la soledad. Puede hacerse con escalas o cuestionarios estructurados o con algunas preguntas. Hay diversas escalas, entre ellas: UCLA loneliness scale (o alguna version modificada) (Russell et al. 1980)¹³, Jong Gierveld Scale (Jong Gierveld & Kamphuis 1985)¹⁴, The Lubben Social Network Scale (Lubben 1998)¹⁵, Escala Este de Soledad Social (ESTE I y ESTE II)¹⁶¹⁷, Escala para la Evaluación de la Soledad Social y Emocional (SESLA – S)¹⁸ y otras. En los estudios poblacionales la valoración básica se hace con una o varias preguntas directas que suelen incluir: “vive usted solo/a” y “se siente o ha sentido solo...” habitualmente con varias opciones de respuesta. Estas preguntas a veces se incluyen en protocolos más extensos. La correspondencia entre este tipo de preguntas y las escalas validadas ha sido objeto de estudios con resultados dispares¹⁹²⁰.

Otra cuestión importante es la estabilidad del sentimiento de soledad. Hay pocos estudios longitudinales. Víctor et al (2012)²¹ realizaron un estudio de seguimiento de 8 años y hallaron que el 60 % de los mayores no modificaban su valoración sobre soledad; cuando encontraron variaciones observaron que eran debidos a cambios de estatus marital, cambio de lugar de residencia, cambios en los contactos sociales y cambios en la salud física.

Para mitigar o remediar la soledad se han realizado numerosas intervenciones, ya desde los años 60²². Las intervenciones se han llevado a cabo desde diversos ámbitos, algunas son exitosas, otras obtienen resultados regulares y otras no consiguen resultados. Uno de los problemas más importantes es la relación efectividad - coste, que con frecuencia suele ser

muy baja, la mayor parte de las intervenciones es muy poco eficiente. Dichas intervenciones han sido estudiadas y valoradas por diversos grupos de investigadores que han publicado estudios de revisión, metaanálisis y otros tipos de trabajos^{23 24 25}. Algunos autores han indicado las características que tienen los trabajos exitosos respecto a la soledad. Cattán y cols. (2005)²⁶ encuentran efectivas las actividades sociales y educativas que se dirigen a grupos concretos, para estos autores los resultados de las actividades individuales y de amistad (befriending) son más dudosos. Dickens et al. (2011)²⁷ (citado) concluyen en su revisión que los trabajos más exitosos son aquellos que presentan las siguientes características: tener un contexto y un fundamento teórico sólido, los que ofrecen actividades sociales y apoyo en un entorno de grupo, e intervenciones en las que los mayores son participantes activos. Para Masi et al (2011)²⁸ los programas mejores son los que se dirigen a modificar la cognición social desadaptada. Para Gardiner y cols (citado) (2016) las características de las intervenciones con buenos resultados son: adaptabilidad al contexto local y particular de los sujetos sobre los que se va a realizar el programa, acercamiento comunitario donde las intervenciones se proyectan y se realizan por los usuarios de dichas intervenciones, las intervenciones que implican un compromiso activo y no pasivo de la población objetivo de dicha intervención, las actividades con un objetivo claro y que no sea general; para estos autores no han demostrado mayor efectividad las intervenciones grupales que las que se realizan de modo individual, uno a uno. Hay también un tipo de estudios de revisión para resolver la soledad en ambientes más concretos como el de Bermeja AI y Ausin B (2017) en personas institucionalizadas²⁹. Otras revisiones centradas en objetivos como la salud³⁰ indican que las intervenciones deben ser adaptadas a los participantes teniendo en cuenta a cada individuo, consideran que son efectivas las intervenciones de grupo que permiten compartir experiencias, mejorar las habilidades de comunicación, establecer nuevas relaciones y ampliar las redes sociales; estos autores también indican el manejo que se debe hacer de la propia soledad aceptando que nos puede acompañar en la vida. Como puede observarse hay unas características compartidas por todos los autores, mientras que también existen discrepancias entre las distintas revisiones.

En nuestro país se han realizado diversos estudios o encuestas importantes sobre la soledad, algunos de tipo poblacional, entre ellos: Díaz Nicolás y Morenos Páez (2015)³¹,

Losada et al (2012)³². El estudio de Madrid Salud se engloba en estos estudios de corte transversal epidemiológico con una muestra representativa de la población.

El **objetivo** de este informe es describir mediante un estudio trasversal la situación de la soledad en los mayores de la ciudad de Madrid y analizar las relaciones con distintas variables epidemiológicas, de salud, sociales y de tipo de vida.

2. METODOLOGÍA

2.1.Participantes

La muestra está tomada del Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid, 2017. Tomando como base el censo, se realizó un muestreo aleatorio estratificado según los distritos de la ciudad y posteriormente se eligió a la persona a entrevistar en cada hogar con muestreo probabilístico por edad y sexo. La encuesta se efectuó mediante entrevista por teléfono. La “N total” del estudio fue de 8845 personas desde los 15 a los 98 años. Para el estudio de soledad se tomaron los mayores de 65 años. La muestra de este trabajo la componen 2060 personas entre 65 y 98 años de la Ciudad de Madrid (Media de edad: 73,26; DT: 6,19; 38,6 % varones). El presente trabajo es un estudio epidemiológico, transversal y descriptivo con enfoque analítico. Los objetivos de la encuesta fueron describir los factores de tipo social, económico, de salud, de hábitos de vida, tales como ejercicio físico, consumo de alimentos o animales de compañía y de ciertos fenómenos (empleo, ruido, uso del teléfono móvil...) que afectan a los ciudadanos de Madrid.

2.2.Procedimiento¹

En el campo de la salud se han realizado preguntas sobre enfermedades padecidas, consumo de diversos tipos de medicamentos, cuestiones de salud tales como incapacidad, sueño,

¹ Para una descripción detallada del Procedimiento, consúltese el apartado correspondiente del informe general del Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid, 2017.

asistencia a servicios de salud, etc. Se aplicó también el Cuestionario de Salud General de Goldberg de 12 ítems^{33 34}, el cual se ha utilizado en Atención Primaria y con población general como prueba de “Screening” de patología de salud mental no psicótica (síntomas de depresión, estrés, ideación suicida, afrontamiento, etc.). Para medir la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) se utilizó el COOP-Wonca³⁵. Para evaluar la presencia de enfermedades, incluidas depresión y ansiedad, se realizaron preguntas tales como “¿su médico le ha dicho que usted padece la enfermedad...?”, siendo este modo de encuestar frecuente en estudios poblacionales (Comijs, 2002)³⁶. El resto de variables de salud, aspectos sociales y hábitos de vida se midieron también con preguntas directas sobre dolor, sueño, consumo de alcohol, etc. El rendimiento cognitivo objetivo se estudió con cinco cuestiones sobre orientación temporal (OT): Día de la semana, Día del mes, Mes actual, Estación actual, Año actual³⁷ y con ellas se construyó una variable que es el número de fallos que tiene cada sujeto y valora el rendimiento objetivo de la memoria³⁸. La variable “clase social” se construyó siguiendo el consenso propuesto por la SEE para clasificar la clase social ocupacional en estudios de salud ([Domingo Salvany et cols en Gaceta Sanitaria](#), (ver metodología Estudio de Salud de la ciudad de Madrid 2018)). Los 9 grupos resultantes y para mejorar la potencia estadística de los análisis se llevaron a 3 (clase favorecida, media y desfavorecida) según las equivalencias (de 7 a 3) propuestas en ese mismo artículo de referencia. Se ha usado casi en todos los análisis la clase social familiar (es decir, a todo el hogar se le asigna la del sustentador principal del hogar) para evitar la situación frecuente de dejar si asignar clase alguna al que no trabajó nunca fuera del hogar. En algunos análisis se usa, no obstante, la clase individual categorizada en 4 grupos.

Respecto a la soledad se hicieron varias preguntas específicas:

- *¿Vive usted solo/a?* Con respuestas: *Si-No*.
- *¿Se ha sentido solo en el último año?* Con respuestas: *Siempre/casi siempre; bastantes veces; pocas veces; nunca o casi nunca*. Estas opciones se categorizaron en dos: *se siente solo (las dos primeras categorías)* y *no se siente solo (las dos últimas)*.
- *¿Con cuántas personas vive usted?*

2.3. Análisis estadístico

El análisis estadístico se realizó con el Programa SPSS (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0. Armonk, NY; IBM Corp.). La variable dependiente fue “sentir soledad” o “sentirse solo”. Para la mayor parte de los análisis, la variable sentir soledad se categorizó de modo dicotómico (sí: siempre-casi siempre y bastantes veces) /no: pocas veces-nunca y casi nunca). Las variables categóricas se codificaron de modo que el número más elevado indicaba siempre la mayor carga o patología. Para estudiar la asociación entre la variable dependiente y las independientes se utilizaron, según fueran categóricas o escalares, el ANOVA, con el tamaño del efecto η^2 parcial, las tablas de contingencia con el estadístico “V de Cramer” para el tamaño del efecto y la correlación de Pearson. Para el estudio de predictores se utilizó la regresión logística con la Odds Ratio (OR) y su nivel de confianza. Se realizó también análisis factorial con las variables predictoras. La mayoría de las cuestiones se administraron a toda la muestra, aunque en algunas variables hubo participantes que no respondieron y se han considerado como datos “perdidos”. Las preguntas de actividad física se plantearon a 703 participantes; igualmente la “n” de casi todas las preguntas de memoria fue de 200.

Nota: para los tamaños de efecto se toman los siguientes estadísticos: V Cramer (0,1=efecto pequeño; 0,3= efecto mediano; 0,5= efecto grande); ANOVA η^2 (0,01=efecto pequeño; 0,06 = efecto mediano; 0,14 = efecto grande); Regresión múltiple η^2 (0,02= efecto pequeño; 0,13=efecto mediano; 0,26 = efecto grande)^{39 40}.

3. RESULTADOS

3.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.

Los datos de tipo epidemiológico de nuestra muestra se encuentran en la tabla 1.

Características: N = 2060; rango edad: 65 años a 98; media edad: 74,39 años					
Variable	N	%		N	%
Edad grupos			Clase social laboral		
65-69	703	34,1	Grupo I (Gerente/Universitario)	473	23,0
70-74	528	25,6	Grupo II (Diplomado)	253	12,3
75-79	565	27,4	Grupo III (Administrativo)	450	21,8
80-84	153	7,4	Grupo IV (Trabajador cuenta propia)	53	2,6

85 y más	111	5,5	Grupo V (Técnico cualificado)	249	12,1
Sexo			Grupo VI (Trabajador semicualificado)	341	16,6
Hombre	795	38,6	Grupo VII (Trabajador no cualificado)	188	9,1
Mujer	1265	61,4	NC	40	1,9
Nivel de estudios			No ha trabajado	13	0,6
Primarios o menos	594	28,8			
Secundarios	822	39,9			
Universitarios (medio alto/ alto)	644	31,3			

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra

3.2. DATOS GLOBALES.

En el gráfico 1 a y b podemos observar que se siente solo el 9,24% de la población de mayores de 65 años. El porcentaje de la población de mayores que vive solo es el 27,5 % (gráfico 2). De entre los que viven solos, se siente solo el 19,7 % y de los que no viven solos, se siente solo el 5,3 %. Este porcentaje es del 3,7 % para los que viven con dos o más personas. El vivir solo y el sentirse solo se asocian², aunque es de notar que casi la mitad de los que se sienten solos (5,3%) tienen este sentimiento a pesar de vivir con otras personas. En la tabla 2 se presenta un resumen de las diversas situaciones, el número de participantes en cada situación y los porcentajes correspondientes.

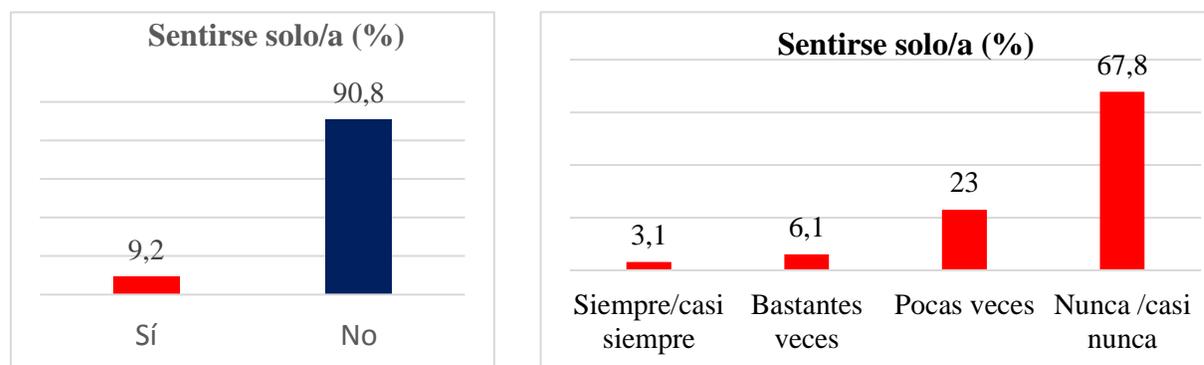


Gráfico 1 a y b. Porcentaje de mayores que se sienten solos

² Chi²=100,991; p <0,001; V=0,22

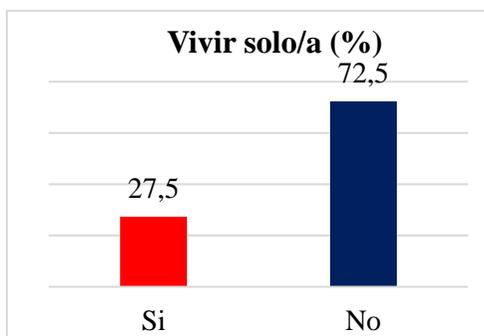


Gráfico 2. Porcentaje de mayores que viven solos

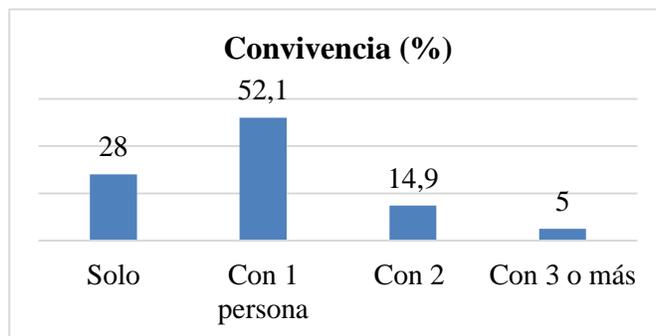


Gráfico 3. Porcentaje de mayores según tipo de convivencia

Situación	n	%
Viven solos (toda la muestra, n=2060)	566	27,5
Se sienten solos (toda la muestra, n=2056)	190	9,2
Viven solos y se sienten solos (n=564)	111	19,7
Viven solos y no se sienten solos (n=564)	456	80,3
Viven con otros y se sienten solos (n=1492)	79	5,3

Tabla 2. Resumen de vivir solo y sentirse solo.

3.2.1. VIVIR SOLO/A. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS. DISTRITOS.

En el gráfico 4 observamos que la edad es un factor clave que condiciona el vivir solo. El incremento es muy notable en todos los grupos de edad. A partir de los 80 años tenemos a casi la mitad de la población de mayores que viven solos³. Respecto al sexo, observamos en el gráfico 5 y 6 que en todos los grupos de edad los porcentajes tanto para hombres como para mujeres son muy elevados; observamos también que en todos los grupos hay un porcentaje más elevado de mujeres que viven solas^{4 5}.

³ Chi²= 65,90; p<0,001; V=0,18

⁴ Chi²= 80,39; p<0,001; V= 0,20

⁵ Chi²=19,460, p<0,001; V=0,097

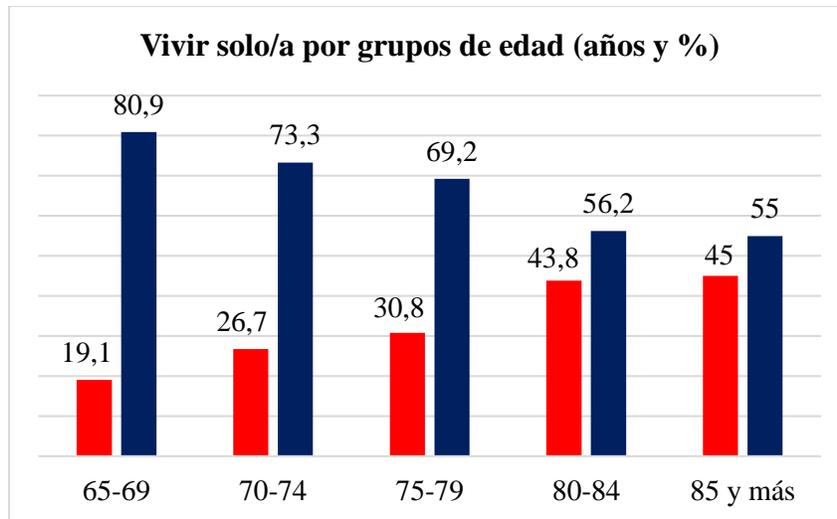


Gráfico 4. Distribución de frecuencias de vivir solo frente a no hacerlo por grupos de edad (%).

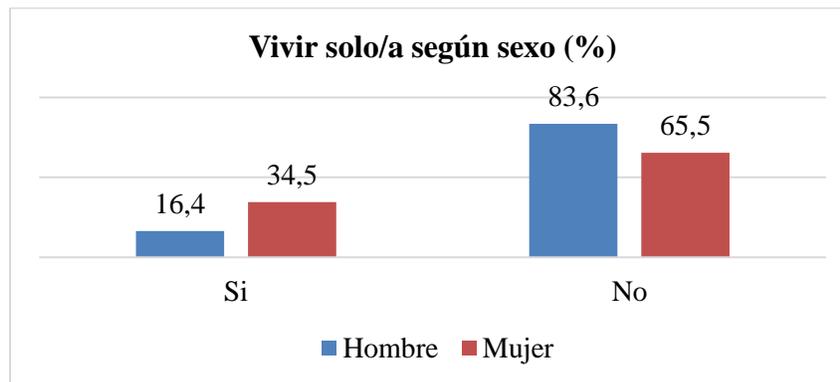


Gráfico 5. Prevalencia de mayores que viven solos en función del sexo (por 100)

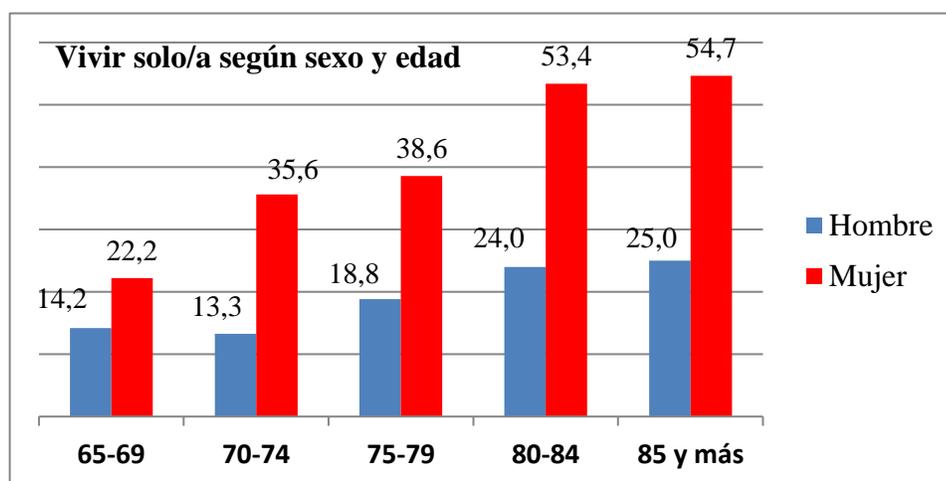


Gráfico 6. Prevalencia de mayores que viven solos en función del sexo y la edad (por 100)

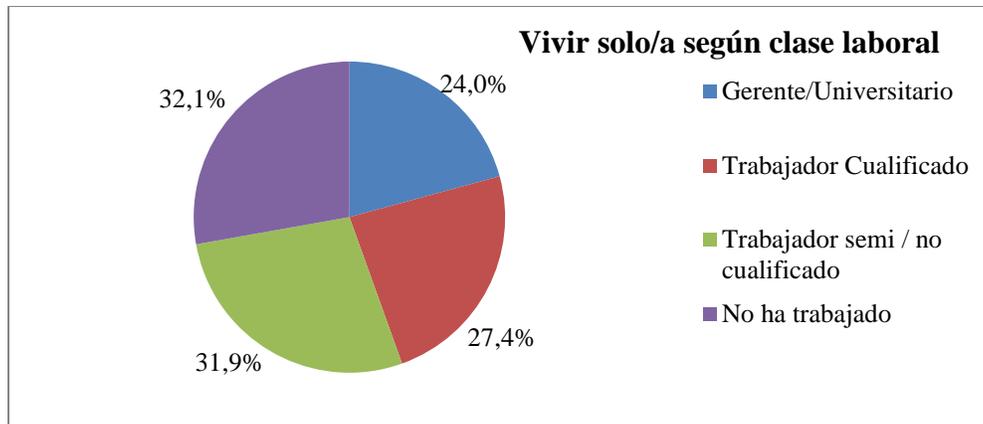


Gráfico 7. Distribución de frecuencias de mayores que viven solos en función de la clase ocupacional individual en 4 categorías⁶

En el gráfico 7 mostramos el porcentaje de mayores que viven solos según clase laboral.

En la tabla 3 hemos indicado el porcentaje de mayores que viven solos por tipo de distrito, clasificándolos por su nivel de desarrollo. Se puede ver que no hay diferencias significativas en cuanto a vivir solo según esta clasificación de distritos⁷.

Nivel de desarrollo	%
Alto	28,00
Medio/alto	29,70
Medio Bajo	24,54
Bajo	29,40

Tabla 3. Vivir solo por distritos según nivel de desarrollo.

En el gráfico 8 se presenta el porcentaje de mayores que viven solos en cada distrito. Hay una gran diferencia entre unos distritos y otros. Vemos que mientras hay distritos como Centro en el que el 42 % de los mayores viven solos, otros como Vicálvaro u Hortaleza tienen menos del 20 %.⁸

⁶ Chi²= 10,358; p=0,071; V=0,016

⁷ Chi²: 4,903; p=0,179; V=0,049

⁸ Chi²: 43,109; p=0,002; V=0,145

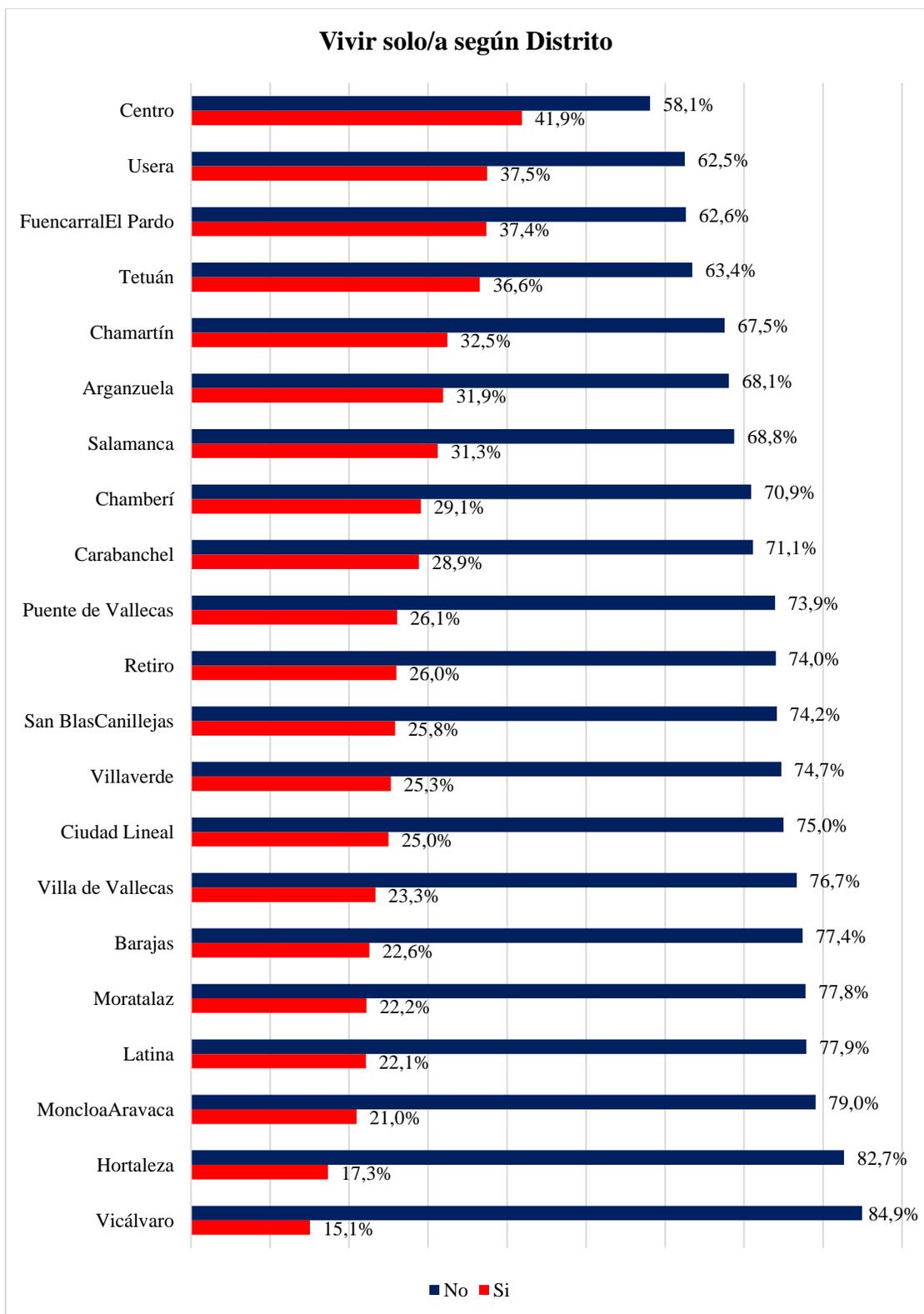


Gráfico 8. Distribución de frecuencias de mayores que viven solos o no según distrito.⁹

⁹ Chi²= 43,109; p=0,002; V=0,145

3.2.2. SENTIRSE SOLO/A Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

Observamos en el gráfico 9 que el incremento del sentimiento de soledad es constante en las distintas edades, llegando a ser desde los 85 años el doble que en el grupo de menos de 70 años. Señalamos también el porcentaje de mayores que no se sienten solos, para visualizar que la mayoría de la población no se siente sola. Este sentimiento de soledad es el doble entre mujeres que entre hombres (gráfico 10 y 11). Los estudios también se asocian al sentirse solo (gráfico 12); observamos que entre las personas con menos formación académica el sentimiento de soledad es mayor y llega a ser tres veces más entre los mayores con estudios primarios (15,9%), en comparación con los mayores con estudios Universitarios (5,1%). Según la clase ocupacional, los mayores con mayor nivel también presentan unos porcentajes más bajos de sentirse solos (gráfico 13). Dado que algunos mayores siguen trabajando y no están jubilados, hemos planteado si estos mayores que trabajan se sienten menos solos: trabaja el 3,5 %, de estos el 11,1 % se sienten solos, es decir, un porcentaje algo mayor que los que no trabajan (el 9,2%), pero no es una relación estadísticamente significativa¹⁰, por lo que no podemos concluir que el trabajo sea una variable asociada al sentirse solo.

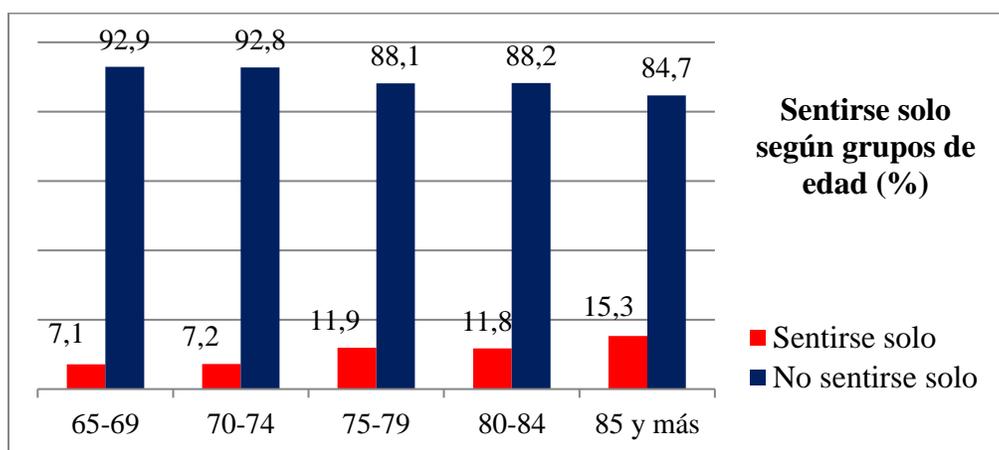


Gráfico 9. Distribución de frecuencias de mayores que se sienten solos o no en función del grupo de edad¹¹.

¹⁰ Chi²=0,311; p=0,577; V=0,012

¹¹ Chi²=17,04; p=0,002; V=0,09

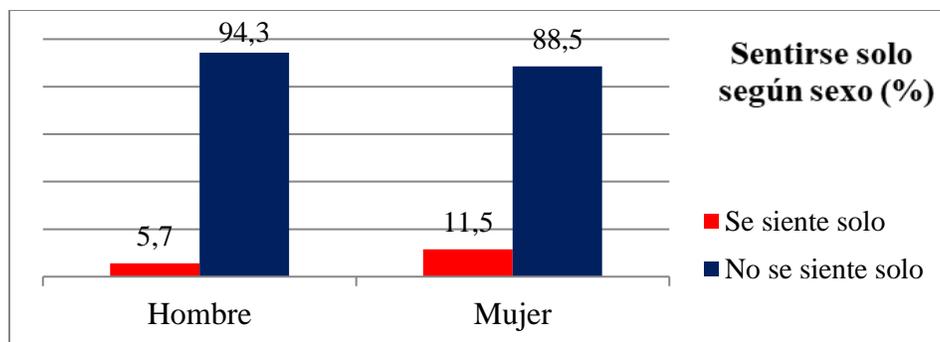


Gráfico 10. Distribución de frecuencias de mayores que se sienten solos y no en función del sexo¹².

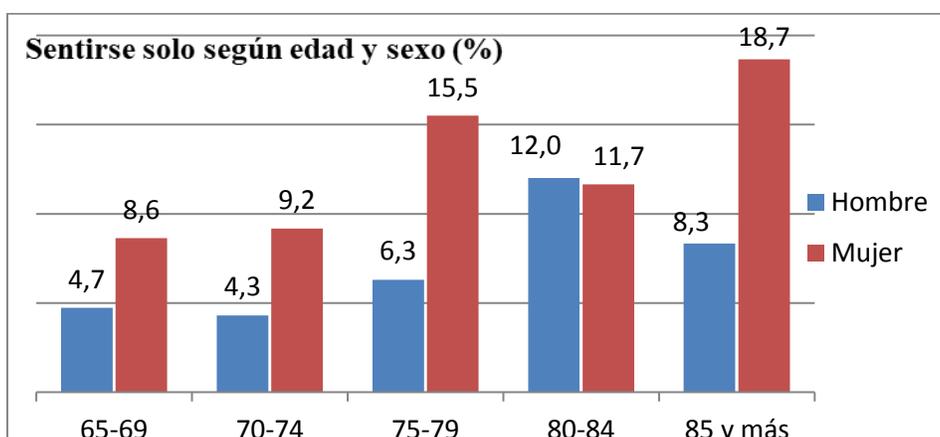


Gráfico 11. Distribución de mayores que se sienten solos y no por edad y sexo.¹³

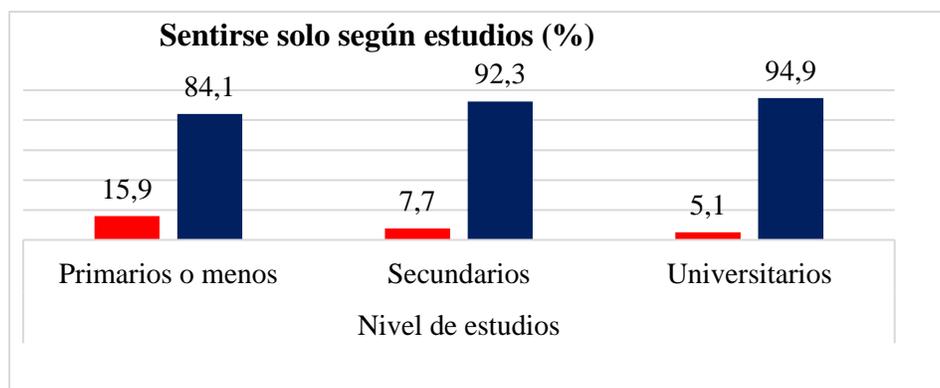


Gráfico 12. Distribución de mayores que se sienten solos o no según el nivel de escolaridad¹⁴.

¹² Chi²=19,46 p<0,001; V=0,09

¹³ Chi²=19,46; p<0,001; V=0,097

¹⁴ Chi²=46,17; p<0,001; V=0,15

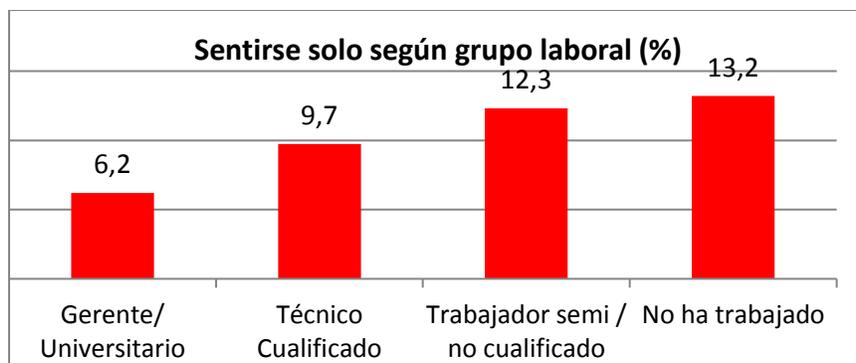


Gráfico 13. Frecuencia de mayores que se sienten solos según clase ocupacional¹⁵.

3.2.3. SENTIRSE SOLO/A EN FUNCIÓN DEL DISTRITO.

Hemos analizado la relación entre sentirse solo y vivir en uno u otro distrito. En primer lugar hemos realizado el análisis según desarrollo del distrito (gráfico 14). En los distritos que se consideran de bajo nivel de desarrollo, la prevalencia es mayor que en todos los demás y esta relación es significativa. No hay diferencias significativas entre los otros distritos¹⁶.

En el gráfico 15 presentamos el porcentaje de mayores que se sienten solos en cada distrito. Hay diferencias notables entre unos y otros. En Moncloa-Aravaca tenemos el menor porcentaje (4,8 %), mientras que el mayor está en Usera (18,2 %) y Centro (14,9 %).

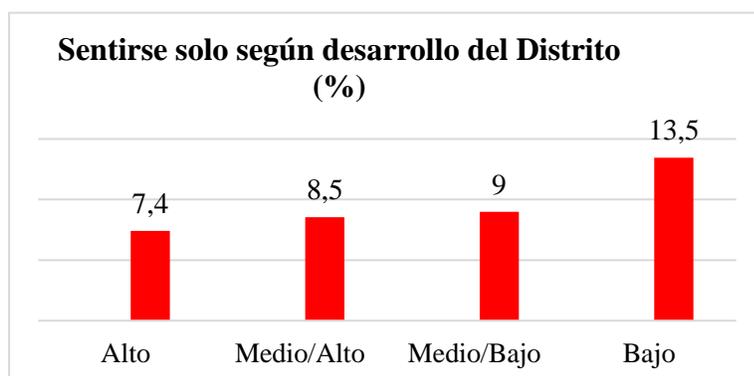


Gráfico 14. Prevalencia de mayores que se sienten solos en función del desarrollo de su distrito¹⁷.

¹⁵ $\chi^2=22,124$; $p=0,0008$; $V=0,11$

¹⁶ $\chi^2=1,028$; $p=0,598$; $V=0,025$

¹⁷ $\chi^2=10,329$; $p=0,016$; $V=0,071$

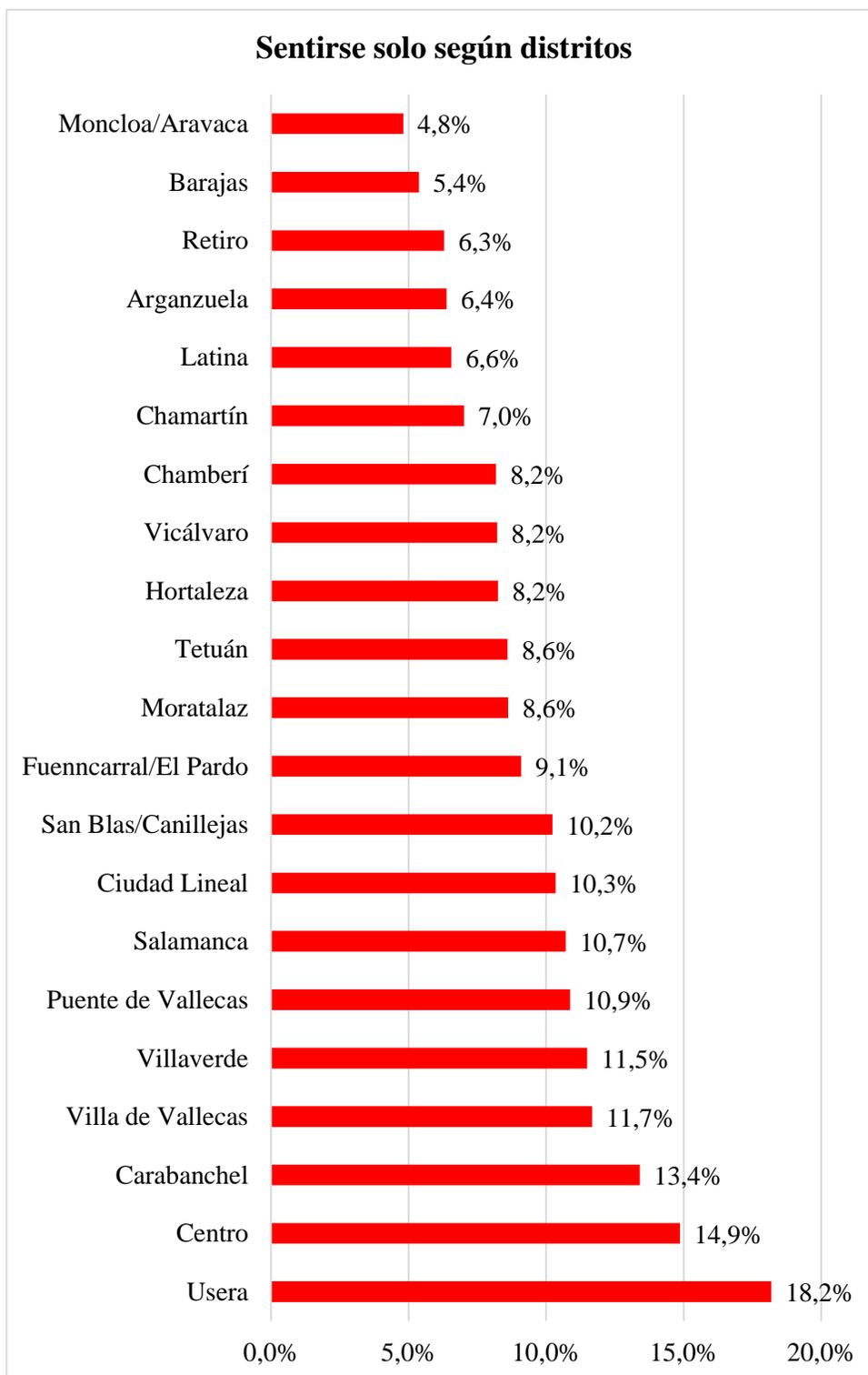


Gráfico 15. Prevalencia de mayores que se sienten solos según distrito de residencia¹⁸

¹⁸ Chi2=23,471; p=0,266; V=0,107

En la Tabla 4 se indica el orden de mayor a menor de los porcentajes de mayores que se sienten solos y que viven solos según distritos. No se observa asociación significativa entre estos dos tipos de datos¹⁹; no obstante, la correlación es media-alta por lo que se observa una tendencia a tener mayor porcentaje de mayores que se sienten solos los distritos con un mayor porcentaje de mayores que viven solos.

Datos por Distrito. Ordenados.	
% que se siente solo	% que vive solo
1° - Usera	1° - Centro
2° - Centro	2° - Usera
3° - Carabanchel	3° - Fuencarral-El Pardo
4° - Villa de Vallecas	4° - Tetuán
5° - Villaverde	5° - Chamartín
6° - Puente de Vallecas	6° - Arganzuela
7° - Salamanca	7° - Salamanca
8° - Ciudad Lineal	8° - Chamberí
9° - San Blas/Canillejas	9° - Carabanchel
10° - Fuencarral/El Pardo	10° - Puente de Vallecas
11° - Moratalaz	11° - Retiro
12 - Tetuán	12° - San Blas-Canillejas
13° - -Hortaleza	13° - Villaverde
14 - Vicálvaro	14° - Ciudad Lineal
15 - Chamberí	15° - Villa de Vallecas
16 - Chamartín	16° - Barajas
17 - Latina	17° - Moratalaz
18° - Arganzuela	18° - Latina
19° - Retiro	19° - Moncloa-Aravaca
20° - Barajas	20° - Hortaleza
21° - Moncloa/Aravaca	21° - Vicálvaro

Tabla 4. Comparación del orden de distritos según prevalencia de sentimiento de soledad y según prevalencia de mayores que viven solos.

¹⁹ Spearman, correlación: $r=0,396$; $p=0,075$

Si tenemos en cuenta a toda la población de Madrid (a 1 de Enero de 2018: 3.266.126 personas), algo más del 20 % son mayores de 65 años, es decir, 656.887 personas (Datos: Ayuntamiento de Madrid, Subdirección General de Estadística). De todos ellos, se sienten solos, según la Encuesta Madrid Salud, 62.284 mayores.

Distritos de Madrid	Población > 65 años	% de soledad (encuesta Madrid-2017)	Se sienten solos por distrito
01. Centro	21.513	14,9	3205,4
02. Arganzuela	29.094	6,4	1862,0
03. Retiro	30.377	6,3	1913,7
04. Salamanca	34.755	10,7	3718,8
05. Chamartín	33.557	7,0	2349,0
06. Tetuán	30.528	8,6	2625,4
07. Chamberí	33.552	8,2	2751,2
08. Fuencarral-El Pardo	50.230	9,1	4570,9
09. Moncloa-Aravaca	25.719	4,8	1234,5
10. Latina	59.046	6,6	3897,0
11. Carabanchel	48.641	13,4	6517,9
12. Usera	23.842	18,2	4339,2
13. Puente de Vallecas	41.967	10,9	4612,2
14. Moratalaz	24.509	8,6	2107,8
15. Ciudad Lineal	49.445	10,3	5.092,8
16. Hortaleza	34.416	8,2	2822,1
17. Villaverde	25.890	11,5	2977,4
18. Villa de Vallecas	13.309	11,7	1557,2
19. Vicálvaro	10.424	8,2	854,8
20. San Blas-Canillejas	27.642	10,2	2819,5
21. Barajas	8.431	5,4	455,3
TOTALES	656.887	9,24	62.284,1

Tabla 5. Número de mayores en cada distrito que se sienten solos. Cálculo de datos extrapolados según % de soledad en la encuesta y datos reales de población mayores de 65 años de cada distrito según datos del Ayuntamiento de Madrid 2018.

3.2.4. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD.

La Calidad de Vida se asocia de modo significativo a sentirse solo. Hemos medido la Calidad de Vida con el COOP-Wonca, instrumento aceptado internacionalmente para este propósito. La puntuación media de las personas que se sienten solas es de 27 y la de las que no se sienten solas es de 21 (téngase en cuenta que cuanto mayor es la cifra, peor Calidad de Vida) (Gráfico 16). Estas diferencias son estadísticamente significativas²⁰.

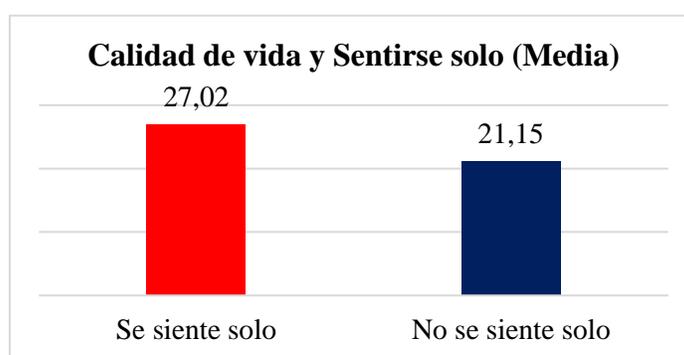


Gráfico 16. Calidad de Vida y sentirse solo (Media)

Ítems de Calidad de Vida	Nada/ Muy bien	Casi nada	Media/ Intermedio	Bastante peor	Mucho peor	Tamaño efecto (V)
1. Molestia por problemas emocionales	4,3	12,6	15,6	34,3	22,2	0,28
2. Molestia por salud física o problemas emocionales	5,5	13,6	12,3	35,4	35,7	0,26
3. Limitación en actividades sociales	6,8	16,8	22,8	32,7	52,2	0,25
4. Califica su estado de salud comparando con hace 2 semanas	5,5	15,9	7,6	20,2	47,1	0,17
5. Califica estado de salud en general	3,2	3,7	5,4	17,9	34,2	0,26
6. Tener dolor	4,0	5,9	10,0	14,9	22,7	0,21
7. Tener personas que le ayuden	3,6	5,0	8,7	11,1	30,5	0,19
8. Cómo le han ido las cosas	2,8	4,7	14,7	44,3	54,5	0,32
9. Puede realizar actividad de caminar	5,9	3,8	5,0	11,8	24,1	0,21

Tabla 6. Ítems de Calidad de Vida y % de mayores que se sienten solos.

²⁰ ANOVA, F=285,195; p<0,001; R²=0,122.

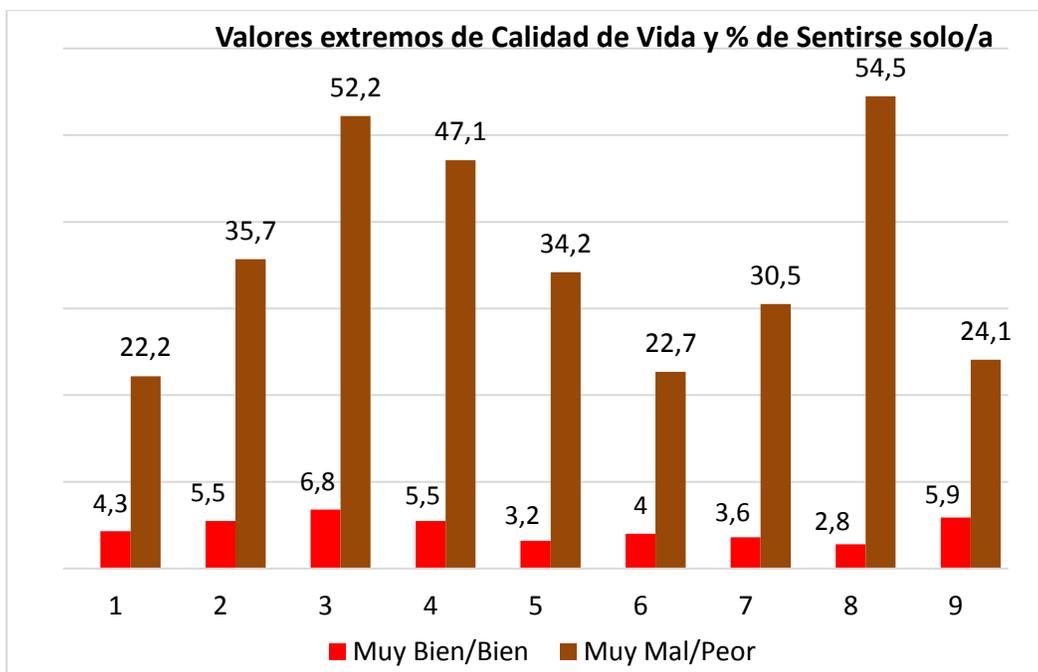


Gráfico 17. Calidad de Vida y sentirse solo/a. Valores extremos de cada ítem (sentirse muy bien y sentirse mucho peor) y % de sentirse solo (los números corresponden a la numeración de ítems de tabla 5).

Podemos observar la intensa relación entre la Calidad de Vida que perciben los mayores y el sentirse solo. En la Tabla 6, las dos últimas columnas que indican una Calidad de Vida percibida mala o muy mala, el porcentaje de personas que se sienten solas es muy elevado (Ver también gráfico 17). Esto sucede en todas los ítems. Se puede observar que en el grupo de las personas de la primera columna que se sienten bien o muy bien, el porcentaje de las que se sienten solas es bajo. La consideración de “cómo le han ido las cosas”, que indicaría una visión global de la propia vida, es la cuestión que tiene el mayor tamaño de efecto en su relación con la Calidad de Vida. Claramente las personas que se sienten solas tienen una percepción de peor Calidad de Vida que las que no se sienten solas²¹.

²¹ Para todas las variables $p < 0.001$).

3.2.5. SALUD MENTAL.

Analizamos la salud mental general medida por el GHQ de 12 ítems.

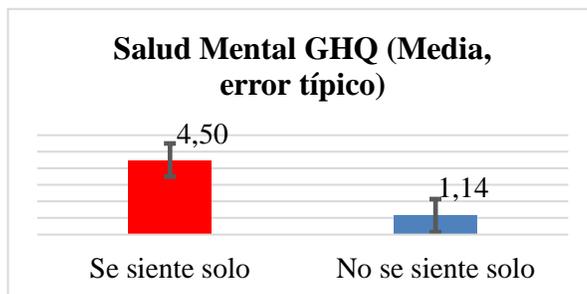


Gráfico 18. Media del GHQ y Sentirse solo” (rango 0-12)

En el gráfico 18 observamos que las personas que se sienten solas tienen una peor salud mental general, existiendo asociación entre ambas variables, aunque con un tamaño del efecto bajo²². Para este análisis tomamos el GHQ con su punto de corte 3/4 (probable no caso/caso), entre los mayores que tienen 4 o más puntos (probable caso psiquiátrico) que son el 11,6 % de la muestra, se sienten solos el 39,3 %; de los que son “no caso” se sienten solos el 5,3 %²³.

Variabes	Se siente solo %	Variabes	Se siente solo %
Depresión ²⁴		Toma antidepresivos ²⁵	
Sí	32,5	Sí	26
No	6,3	No	7,9
Ansiedad Crónica ²⁶		Toma tranquilizantes ²⁷	
Sí	30,9	Sí	18,9
No	7,5	No	6,6
Calidad de sueño ²⁸		Horas de sueño ²⁹	
Muy Bien/Bien/Regular	7,1	Menos de 6	14,4
Muy mal/Mal	24,6 %	Entre 6 y 8 horas	6,1
		Más de 8 horas	15,3

Tabla 7. Salud Mental y Sentirse solo.

²² ANOVA, F=61,832; p=0,000000; R²=0,029

²³ Chi²=291,925; p<0,001; R²= 0,377

²⁴ Chi²=167,384; p<0,001; R²=0,285

²⁵ Chi²=55,571; p<0,001; R²=0,164

²⁶ Chi²=91,980; p<0,001; R²=0,212

²⁷ Chi²=6,286; p<0,001; R²=0,175

²⁸ Chi²=22,093; p<0,001; R²=0,148

²⁹ Chi²=18,870; p<0,001; R²=0,136

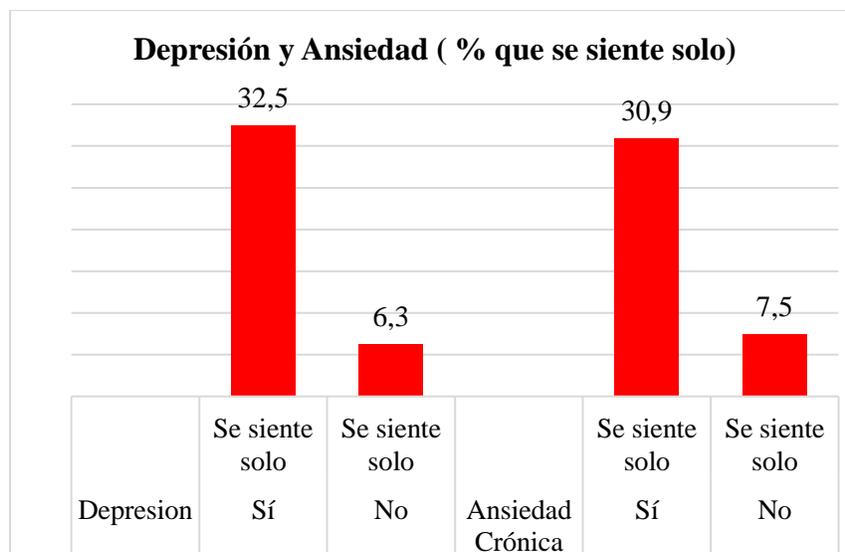


Gráfico 19. Depresión (Sí/No) y Ansiedad (Sí/No) y % de mayores que se sienten solos

En la Tabla 7 y en el gráfico 19 observamos cómo el sentirse solo se asocia de modo significativo a todos los aspectos que hemos valorado de Salud Mental. Los participantes con depresión y ansiedad se sienten solos en un porcentaje muy elevado, por encima del 30 %. También son más numerosos los mayores que toman tranquilizantes y antidepresivos y se sienten solos. La encuesta no permite valorar si toman más psicofármacos porque están solos o los que toman más psicofármacos están en una situación en la que, como consecuencia, van a estar más solos. Únicamente se puede hablar de asociación de un dato con el otro. La mayor asociación se observa con la depresión, de manera que el 32,5 % de los mayores con depresión se sienten solos, eso sólo sucede en el 7,5 % de los mayores sin depresión. La calidad del sueño también se asocia a sentirse solo, estas personas tienen una calidad de sueño muy inferior a los que no se sienten solos. Las horas de sueño también se asocian a sentirse solo: los que duermen entre 6 y 8 horas, que suele ser lo recomendable y, en principio, es un sueño reparador para la mayoría de las personas, se sienten solos en un menor porcentaje. Si analizamos algunos ítems del GHQ, observamos que entre aquellos que han pensado que no valen para nada, la prevalencia de soledad es del 45,7 %, sin embargo, entre los que no tienen ese pensamiento solamente sienten soledad el 7,5 %. Los mayores que se sienten felices, tienen un 6,4 % de soledad, frente a los que no se sienten felices con un 41,6 % de soledad.

3.2.6. RENDIMIENTO COGNITIVO, QUEJAS DE MEMORIA Y DECLIVE COGNITIVO SUBJETIVO.

Tiene problemas de memoria el 19,68 % de la población entrevistada y de estos el 14,5 % se sienten solos, mientras que aquellos que no refieren problemas de memoria se sienten solos el 6,6 %. A los participantes que respondieron que sí tenían problemas de memoria se les realizaron otras preguntas relacionadas con las quejas de declive cognitivo (n=200).

Respecto a la soledad podemos observar que el hecho de vivir solo no se asocia a las quejas subjetivas de memoria (QSM)³⁰. El vivir con otros tampoco se asocia a las QSM en los mayores de 65 años³¹. Sin embargo, sí hay asociación entre tener quejas de memoria con “sentirse solo” (tabla 8). Mientras los que se sienten solos siempre o casi siempre tienen quejas de memoria el 52 %, entre los que nunca o casi nunca se sienten solos el porcentaje de QSM es del 16 %. En la tabla 8, los ítems que se asocian significativamente a sentir soledad, además del 1 ya referido, son el 5 (los problemas de atención o de memoria “Le producen alteraciones en su vida cotidiana”) y el 6 (“Se siente peor que otras personas de su edad” en relación a estos problemas de memoria y atención”); el 30 % de las personas que responden sí a estas preguntas se siente solo.

Quejas cognitivas	% que se siente solo	
	Sí	No
1. Tiene problemas de memoria ³²	14,5	6,6
2. Tiene problemas de atención (n=200) ³³	17,5	13,1
3. Le preocupan estos problemas (n=200) ³⁴	17,1	10,4
4. Ha consultado al médico por esta causa (n=200) ³⁵	17,4	12,3
5. Le produce alteraciones en su vida cotidiana (n=200) ³⁶	30,0	11,8
6. Está peor que otras personas de su edad (n=200) ³⁷	30,4	12,4

Tabla 8. Prevalencia de mayores que se sienten solos en relación al Declive Cognitivo Subjetivo.

³⁰ Chi²=0,258; p=0,612; V=0,016

³¹ Chi²=0,541; p=0,763; V=0,023

³² Chi²= 13,303; p<0,001; V=0,111

³³ Chi²=0,650; p=0,420; V=0,057

³⁴ Chi²=0,650; p=0,420; V=0,057

³⁵ Chi²=1,053; p=0,305; V=0,073

³⁶ Chi²=6,840; p=0,009; V=0,185

³⁷ Chi²=5,323; p=0,021; V=0,163.

Respecto al rendimiento cognitivo medido por las preguntas de orientación temporal hallamos el porcentaje de sentirse solo según los fallos que han tenido en las cinco preguntas. Según aumentan los fallos encontramos que hay mayor porcentaje de sentir soledad. Es de notar que las personas que no tienen ningún fallo se sienten solas el 7,1 %, mientras que sube al 12,2 y al 17,4 % para los que tienen dos o tres fallos.-Se observa una asociación entre el bajo rendimiento cognitivo y el sentir soledad, sin embargo el tamaño del efecto es muy pequeño. Debido a las características de la encuesta, hay un número muy bajo de personas que tienen 2 fallos (n=43) y tres o más (n=23)³⁸. Podemos decir que las personas que se sienten solas tienen un peor rendimiento cognitivo, especialmente de la memoria.

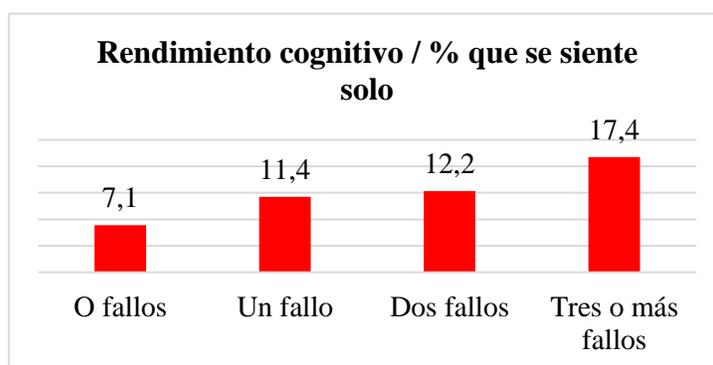


Gráfico 20. Porcentaje de mayores que se sienten solos según número de fallos en orientación temporal (memoria).

3.2.7. ESTADO DE SALUD Y ENFERMEDADES.

1. Percepción del estado de salud.

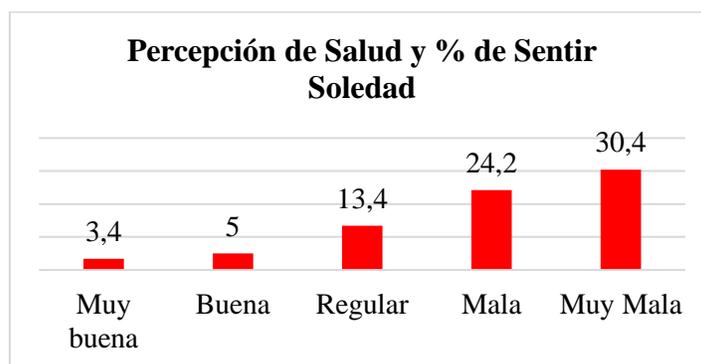


Gráfico 21. Percepción del estado de Salud y Sentir Soledad

³⁸ ANOVA: F=6,828; p<0,001; R²:0,007.

Podemos observar que se asocia la percepción del estado de salud con el sentir soledad. En los extremos del gráfico 21 tenemos aquellos que consideran su estado de salud como muy bueno y sólo el 3,4 % sienten soledad, mientras que quienes consideran su salud como mala o muy mala tienen sentimiento de soledad el 24 o el 30 %³⁹. El tamaño del efecto es mediano.

2. Multimorbilidad.

La presencia de alguna enfermedad crónica (sí/no) se asocia a sentir soledad de modo estadísticamente significativo⁴⁰. Para el estudio del número de enfermedades (multimorbilidad) hemos dividido la muestra en tres grupos: aquellos que no padecen ninguna enfermedad crónica (n=268; 13%), los que padecen una o dos enfermedades (n=1006; 48,9%) y los que padecen más de dos enfermedades crónicas (n=782; 38,1%). En el gráfico 22 podemos observar cómo va aumentando el porcentaje de los que se sienten solos según se incrementa el número de enfermedades. Aquellos que no padecen ninguna enfermedad tienen un porcentaje de sentir soledad muy por debajo de la media (4,5%) al igual que los que padecen una o dos enfermedades crónicas. Las personas que padecen multimorbilidad (más de dos enfermedades) tienen un porcentaje de sentir soledad (13,6 %) que está por encima de la media⁴¹. La morbilidad se asocia claramente a sentir soledad.

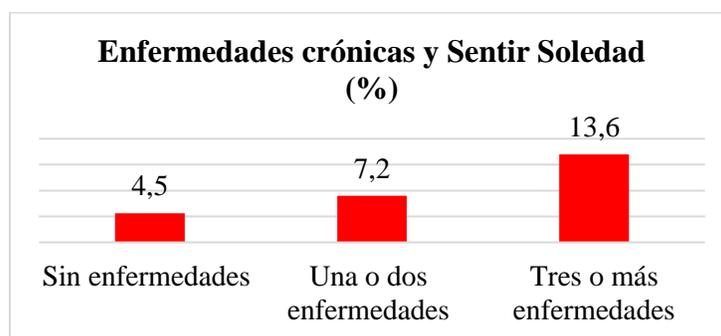


Gráfico 22. Enfermedades crónicas y sentir soledad.

³⁹ Chi²=105,649; p<0,001; V=0,227

⁴⁰ Chi²=15,163; p=0,001; V=0,086

⁴¹ Chi²=28,811; p<0,001; V=0,120

Enfermedades crónicas	% de Sentirse solo	
	Sí	No
Hipertensión ⁴²	11,4	7,5
Cardiopatía (Fibrilación auricular, infarto, angina,...) ⁴³	15,9	8,5
Artrosis (artritis) ⁴⁴	14,4	5,4
Alergia crónica (dermatitis, conjuntivitis, rinitis,...) ⁴⁵	12,2	8,6
Asma ⁴⁶	16,3	8,8
Enfermedad pulmonar ⁴⁷	13,4	9,0
Diabetes ⁴⁸	14,9	8,2
Enfermedad del estómago-Ulcera de estómago/Duodeno ⁴⁹	11,7	9,1
Hipercolesterolemia ⁵⁰	10,8	8,4
Enfermedad del Tiroides ⁵¹	14,9	8,4
Otra enfermedad crónica ⁵²	8,6	9,4
Dificultades en la vista para realizar sus labores habituales ⁵³	20,1	7,5
Dificultades importantes para oír ⁵⁴	17,2	8,3

Tabla 9. Prevalencia de sentimiento de soledad en portadores de algunos problemas crónicos vs no portadores.

Al analizar las enfermedades crónicas más frecuentes observamos que excepto en el ítem “otra enfermedad crónica”, siempre se asocia de modo significativo la mayor frecuencia de sentir soledad con el padecimiento de la enfermedad. Esto sucede más en algunas enfermedades crónicas; por ejemplo, las personas que padecen cardiopatía tienen una frecuencia de sentir soledad del 15,9 %, mientras que las personas sin este tipo de enfermedad tiene una frecuencia del 8,5 %; otra enfermedad donde se observa una diferencia notable es el asma, cuando se padece la enfermedad hay un 16,3 % de personas que se sienten solas, mientras que entre las que no la padecen, sienten soledad el 8,8 %. El mayor tamaño de efecto la tiene la artrosis o artritis (probablemente por su asociación con el dolor, como veremos

⁴² Chi²= 9,08; p=0,003; V=0,066

⁴³ Chi²= 12,107; p=0,001; V=0,077

⁴⁴ Chi²=48,760; p<0,001; V=0,15

⁴⁵ Chi²= 4,481; p=0,034; V=0,047

⁴⁶ Chi²=8,128; p=0,004; V=0,063

⁴⁷ Chi²= 2,662; p=0,103; V=0,036

⁴⁸ Chi²= 14,03; p<0,001; V=0,083

⁴⁹ Chi²= 0,711; p= 0,399; V= 0,019

⁵⁰ Chi²=3,237; p=0,072; V=0,040

⁵¹ Chi²= 11,405; p=0,001; V= 0,074

⁵² Chi²=0,260; p=0,610; V=0,011

⁵³ Chi²= 45,560; p<0,001; V=0,149

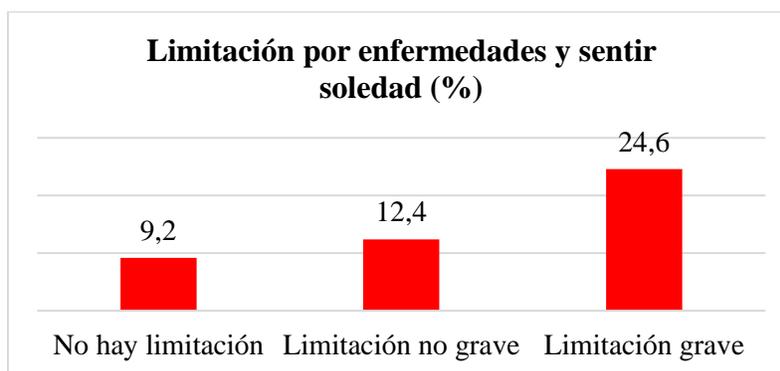
⁵⁴ Chi²=18,675; p<0,001; V=0,095B

más adelante). La diabetes y las alteraciones de la percepción (dificultades para oír y para ver), tienen tamaños de efecto medios y superiores a las demás enfermedades crónicas. Se asocian a sentir soledad todas las enfermedades listadas en la tabla 9, aunque para algunas de ellas como la enfermedad pulmonar, úlcera de estómago e hipercolesterolemia, la asociación no es estadísticamente significativa.

3. Utilización de recursos de salud.

Respecto a los mayores que han estado ingresados en un hospital en el último año, se sienten solos el 15,7 %; de los que no han estado ingresados se sienten solos el 8,1 %, esta diferencia es significativa⁵⁵. En cuanto a la toma de medicamentos: El 83,3 % ha tomado algún tipo de medicamento en las últimas dos semanas y entre estos el 9,8 % se sienten solos, casi el mismo porcentaje que la población general; el 16,7 % no han tomado medicamento alguno en las dos últimas semanas y, de este grupo, siente soledad el 6,4 %⁵⁶. Se asocia, pues, el tomar medicamentos con la soledad.

Estos problemas de salud han provocado limitaciones respecto a lo que habitualmente hacemos en la vida diaria y afectan más a las personas que se sienten solas. Para aquellos que se encuentran gravemente limitados (son el 14,7 % de los mayores), se sienten solos el 24,6 %, los que tienen una limitación pero no es grave (el 43,2 %), se sienten solos el 12,4 %. Entre los que no se encuentran limitados (42,1 %), el porcentaje de sentirse solo es del 9,2%⁵⁷ (gráfico 23). Puede observarse la asociación significativa entre el sentir soledad y el verse con limitaciones por enfermedades.



⁵⁵ Chi²=17,290; p<0,001; V= 0,092

⁵⁶ Chi²=3,923; p=0,048; V= 0,044

⁵⁷ Chi²=53,503; p<0,001; V=0,16

Gráfico 23. Limitaciones producidas por las enfermedades y sentir soledad.

3.2.8. DOLOR Y SENTIRSE SOLO.

Tipos de dolor	% de Sentir Soledad	
	Sí	No
Cefaleas o migrañas ⁵⁸	15,5	8,8
Dolor por artrosis o artritis ⁵⁹	14,4	5,4
Dolor cervical ⁶⁰	15,4	7,3
Dolor Lumbar ⁶¹	14,9	7,0
Dolor en general ⁶²	15,1	4,6
Toma medicamentos fuertes para el dolor (Tramadol, opioides,...) ⁶³	18,5	8,1
Índice de dolor (0-6) ⁶⁴ (Media)	2,59	1,47

Tabla 10. Prevalencia de soledad según sufrimiento de dolor por tipo vs quienes no lo sufren

Observamos que todas las variables que miden dolor se asocian con sentir soledad. Esta asociación es especialmente alta para el dolor en general y para los sujetos que toman “medicamentos fuertes para el dolor” como los opioides (ver gráfico 24).

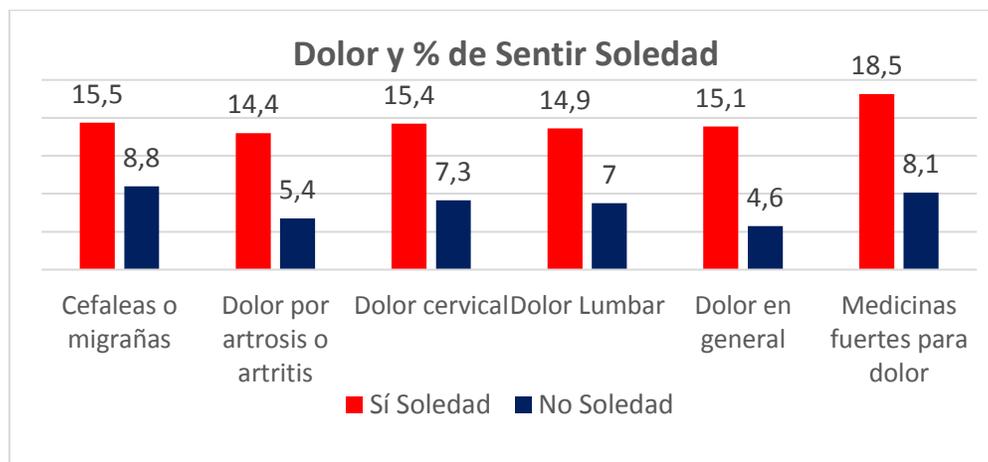


Gráfico 24. Tipos de dolor y sentir soledad.

⁵⁸ Chi² = 7,108; p=0,008 ; V=0,059B

⁵⁹ Chi² =48,760; p<0,001; V=0,15B

⁶⁰ Chi² =29,479; p<0,001; V=0,12B

⁶¹ Chi² =31,970; p<0,001; V=0,125B

⁶² Chi² =66,775; p<0,001; V=0,18

⁶³ Chi²=26,597; p<0,001; V=0,11

⁶⁴ ANOVA F=89,185; p<0,001; R²=0,041

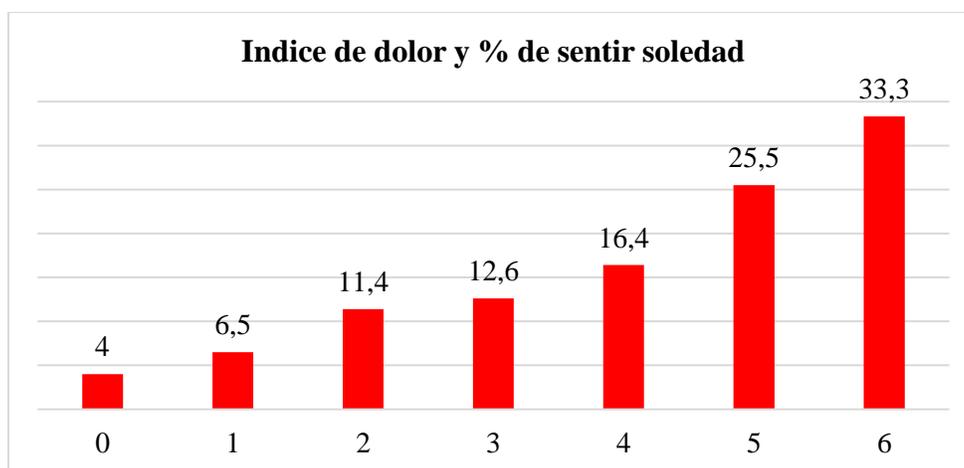


Gráfico 25. Índice de dolor y sentir soledad.

El índice de dolor que hemos hallado (0-6) con todas las variables anteriores da una media de 2,59 para las personas que se sienten solas y de 1,47 para las que no se sienten solas, son diferencias significativas⁶⁵. En el gráfico 25 puede observarse cómo se va incrementando de modo notable el porcentaje de las personas que se sienten solas en relación con el mayor dolor percibido, y va desde el 4 % entre los que no tienen dolor ninguno, al 33,3% entre los que tienen un índice de dolor máximo.

3.2.9. SITUACIONES DE CARENCIA

Podemos observar que las personas que están en situaciones de carencia tienen más probabilidades de sentirse solos. Todas las cuestiones estudiadas (ver tabla 11) se asocian de modo estadísticamente significativo a sentir soledad. Hay un 9,7 % de mayores que tiene reconocida alguna discapacidad. De estas personas, el 14 % se sienten solas en comparación con el 8,7 % de aquellas que no tienen reconocida discapacidad.

Carencia	% se sienten solos	
	Sí	No
Discapacidad reconocida ⁶⁶	14	8,7
No tiene a nadie a quien acudir si necesita ayuda ⁶⁷	26,3	7,8
Su salud le impide salir a la calle ⁶⁸	27,2	8,1

⁶⁵ ANOVA, F=88,185; p<0,001; R²=0,041

⁶⁶ Chi²=5,982; p=0,014; V=0,054;

⁶⁷ Chi²=58,446; p<0,001; V=0,169

⁶⁸ Chi²=51,178; p<0,001; V=0,158

Tiene problemas de salud que le impiden valerse por sí mismo ⁶⁹	36,1	7,5
Necesita de alguien que le ayude a menudo ⁷⁰	18,2	7,7
No comer caliente más de dos días por semana ⁷¹	31,4	8,5

Tabla 11. Situaciones de carencia y porcentaje de mayores que se sienten solos.

El 7,6 % de los mayores no tiene a nadie a quien acudir si necesita ayuda y de estos el 26,3 % se sienten solos. Igualmente, de aquellos a los que su salud les impide salir a la calle (el 6,1 %), sienten soledad el 27,2%. El porcentaje de sentirse solos es mayor para aquellos cuya salud les impide valerse por sí mismos (el 5,9 % de la muestra), es decir, son personas que se sienten “dependientes”; de estos, se sienten solos el 36,1 %. Respecto a “no comer caliente más de dos días a la semana”, al 96,6 % de mayores no le sucede este hecho, sólo al 3,4 %; de estos últimos el 31 % se sienten solos.

3.2.11. HÁBITOS DE VIDA

En este apartado hemos estudiado la actividad física realizada, hábitos como el fumar o tomar alcohol, uso del móvil y tener animales de compañía.

1. Actividad física.

En relación con la **actividad física** y sentir soledad, observamos que entre aquellos que no hacen actividad física o deportiva, el 15 % sienten soledad, mientras que sólo la sienten el 6,2 % de los que hacen ejercicio físico o alguna actividad deportiva (gráfico 26 a y b). Este dato es de asociación, sin poder determinar cuál es el origen: si el ejercicio físico disminuye la soledad, quizá a través del ámbito en que se hace o por sus efectos físicos o psicológicos o bien que las personas que no se sienten solas tienden a hacer más ejercicio; podría existir también una relación circular o de “*feed-back*” mutuo. Una pregunta en relación con la actividad física fue: Durante las dos últimas semanas, ¿cuál ha sido la máxima actividad física que pudo realizar durante al menos dos minutos? A este respecto observamos que aquellos mayores que sienten soledad tienen menos capacidad para realizar actividad física que los que no se sienten solos; el 70 % de los que sienten soledad sólo pueden realizar una actividad ligera o muy ligera (gráfico 27). Esta diferencia no está condicionada por la edad. Un fenómeno diferente es la actividad física realizada; en el gráfico 28 observamos que entre quienes no realizan ninguna actividad, se sienten solos el 10,5 %, mientras que los en el grupo que realiza alguna actividad existe un porcentaje menor de personas que se sienten solas, llegando al 6 % entre las personas que realizan una actividad intensa; sin embargo son diferencias que no son significativas estadísticamente.

⁶⁹ Chi²=11,267; p<0,001; V=0,233

⁷⁰ Chi²=34,526; p<0,001; V=0,13

⁷¹ Chi²=42,534; p<0,001; V=0,14

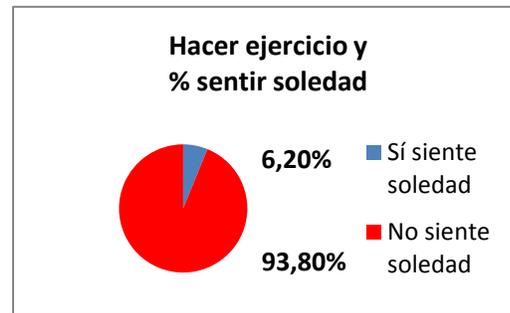


Gráfico 26 a y b. Hacer ejercicio y sentir soledad.

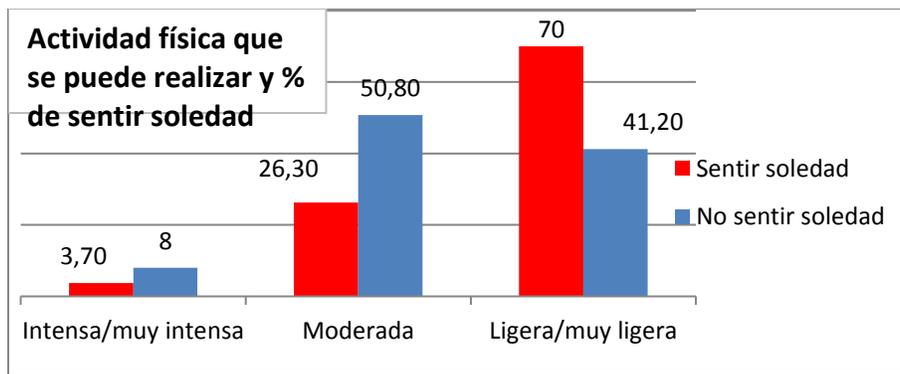


Gráfico 27. Actividad física que pueden realizar las personas que sienten o no soledad.

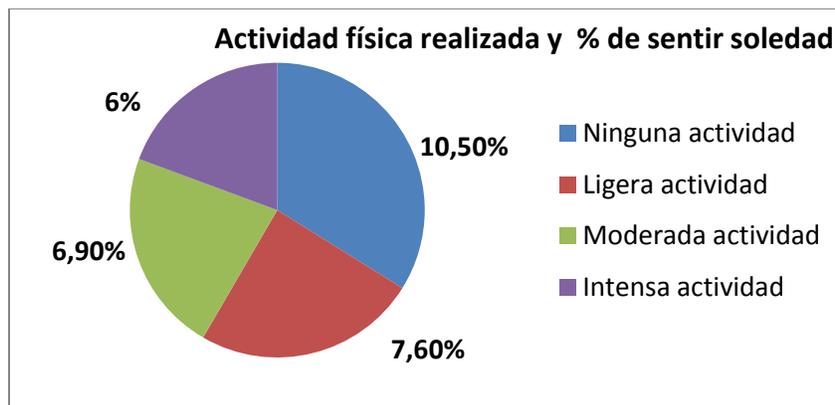


Gráfico 28. Actividad física realizada y sentir soledad.

2. Hábito de fumar.

En cuanto al fumar observamos que no se asocia a sentir soledad. Entre aquellos mayores que fuman diariamente, sienten soledad el 12,1 %, mientras que de aquellos que no sienten

soledad, lo hace el 9,9 %. El 87,4 % de los que sienten soledad no han fumado nunca frente al 89,4 % de los que la sienten⁷².

3. Consumo de alcohol.

No sucede lo mismo con el consumo de alcohol. De entre aquellos que no consumen alcohol el porcentaje de personas que se sienten solas es del 12 %, mientras que entre los que tienen un consumo medio/alto sienten soledad el 5,8 %⁷³ (gráfico 29). ¿Puede ser este dato indicativo del efecto socializador que tiene en nuestra sociedad el consumo de alcohol? Sabemos por experiencia diaria que con frecuencia nuestras relaciones sociales están acompañadas por el alcohol y su consumo es un modo, o una excusa, para mantenerlas.



Gráfico 29. Porcentaje de sentir soledad según consumo de alcohol.

4. Ruido ambiental.

Respecto al ruido ambiental que se oye en la vivienda y que puede molestar, no se asocia este fenómeno a sentir o no sentir soledad. Entre las personas a las que les molesta el ruido, se sienten solas el 10,8% y entre aquellas a las que no les molesta se siente solos el 8,6 %, esta asociación no es significativa⁷⁴.

5. Utilización del móvil y teléfono fijo.

Respecto al uso del teléfono fijo en casa, tenemos datos de 134 mayores, de estos tienen teléfono fijo 92 (68,7%), entre los que tienen teléfono fijo sienten solos el 7,6 % y sin embargo de los que no tienen teléfono fijo, sienten soledad el 16,7 %, el dato no es significativo y puede ser debido al azar, pero puede indicar una tendencia (obsérvese el tamaño del efecto: 0,137)⁷⁵, de modo que el teléfono podría ser un factor anti-soledad pues facilita la comunicación. En cuanto al uso del móvil, no tenemos datos suficientes que

⁷² Chi²= 3,999; p=0,262; V=0,044

⁷³ Chi²=17,912; p<0,001; V=0,093

⁷⁴ Chi²=2,509; p=0,113; V=0,035

⁷⁵ Chi²=2,529; p=0,112; V=0,137

puedan dar significación a la asociación posible entre el uso del móvil y sentir o no sentir soledad.

6. Animales de compañía.

El tener animales de compañía podría verse como un factor anti-soledad: dan compañía, reciben y dan afecto, facilitan la relación con otros dueños de animales, etc. Tienen animales de compañía (mascotas) el 14,5 % de los mayores, la mayoría perros (59,5 %), gatos (22,1 %) y aves (13%). Sin embargo, ese hecho no parece que intervenga en el sentimiento de soledad, pues entre los que tienen alguna mascota, la sienten el 10,4 %, mientras que los que no tienen mascotas, sienten soledad el 9 %⁷⁶. Diferenciando por tipo de mascota, entre los que tienen perros presentan soledad el 9 %, entre los que tienen gatos, el 10,6 % y entre los que tiene aves, el 15,4 %, pero estas diferencias no son significativas, por lo que no podemos descartar que sean debidas al azar. Un elemento que puede influir en estas diferencias entre mascotas es la interacción mayor o menor con cada uno de estos animales; según estos datos, habría más interacción con los perros, menos con los gatos y mucho menos con las aves.

7. Actividades del barrio.

Se pregunta sobre la participación en las actividades del barrio. Hay sólo un 10 % que participa siempre o casi siempre y un 76 % que no participa nunca o casi nunca. Observamos la asociación entre participar en estas actividades y sentir soledad: hay diferencias estadísticamente significativas que se concentran en los dos extremos de las categorías: nunca participa, con un 11,40 % de soledad y siempre participa, con un 6,30 %⁷⁷ (gráfico 30 y 31).

A la pregunta: ¿Utiliza los recursos públicos de su barrio (centro deportivo, centro cultural, centro social, parque y jardines...)? Responden que nunca el 30,8 %, casi nunca el 8,8 %, a veces el 25,6 %, casi siempre el 16,2 % y siempre el 18,5 %. Observamos asociación entre la utilización de recursos del barrio y sentir soledad⁷⁸, aunque esta diferencia se da entre los valores extremos, es decir, nunca los utiliza (12,90 % de soledad) y los utiliza siempre (6,3 % de soledad) (gráfico 32). Como otras veces, hablamos de asociación y no de causalidad. Obsérvese el bajo tamaño de efecto ($V=0,089$) que es bajo.

⁷⁶ $\text{Chi}^2=0,530$; $p=0,467$; $V=0,016$

⁷⁷ $\text{Chi}^2=22,551$; $p<0,001$; $V=0,105$

⁷⁸ $\text{Chi}^2=16,268$; $p=0,003$; $V=0,089$

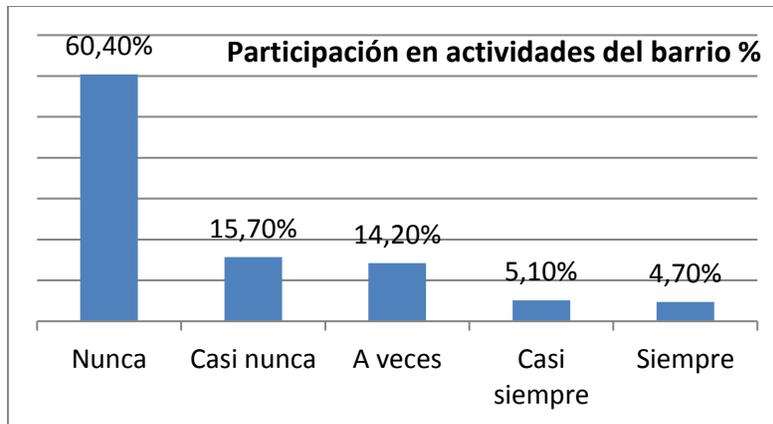


Gráfico 30. Participación en actividades del barrio.

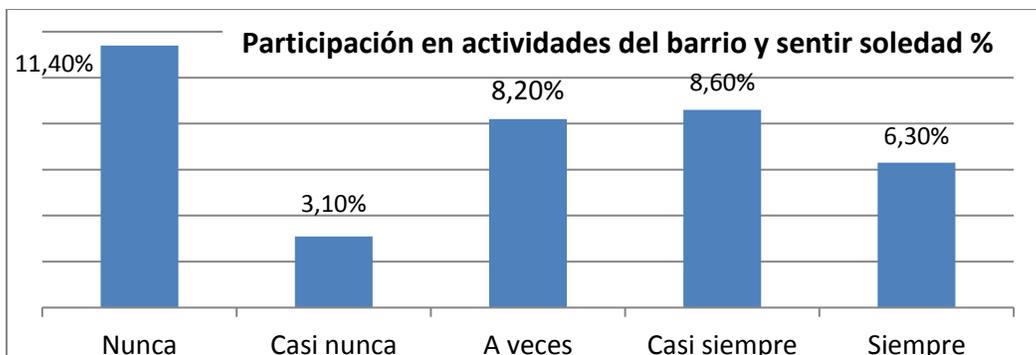


Gráfico 31. Participación en actividades del barrio y sentir soledad.

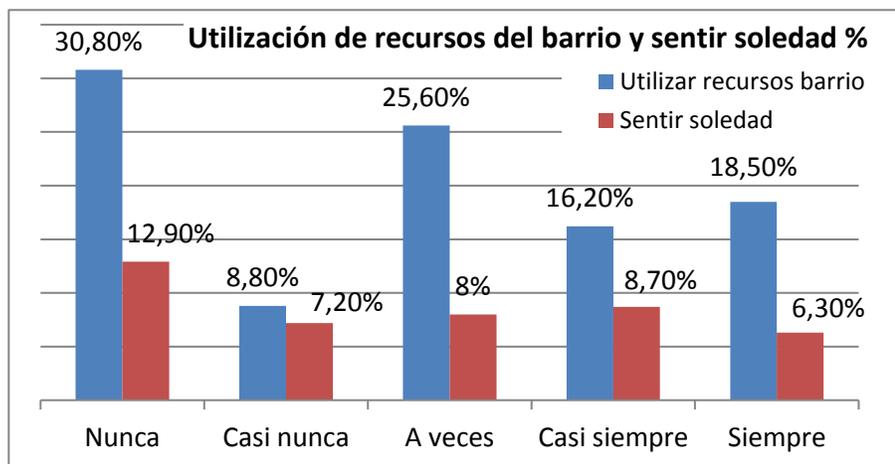


Gráfico 32. Utilización de los recursos del barrio y % de sentir soledad en mayores.

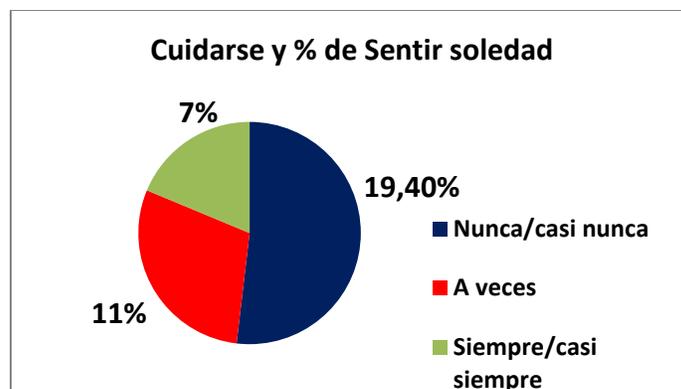


Gráfico 33. Cuidarse y % de sentir soledad

8. Dedicar tiempo a cuidarse.

El tiempo dedicado a cuidarse y sentirse bien se asocia con el sentimiento de soledad. Aquellas personas que dedican menos tiempo a cuidarse y sentirse bien tienen un porcentaje mayor de soledad que las que se cuidan⁷⁹; sin embargo, no se puede decir que un factor sea causa del otro, sólo que hay asociación (gráfico 33).

Cuidar a los demás puede ser una acción frecuente para las personas que no viven solas; de estas, las que cuidan a los demás tienen un nivel algo más bajo de soledad, diferenciando a las que manifiestan hacerlo siempre (soledad: 5,90%) o a veces (soledad: 3,10%). Por el contrario, para aquellas que viven solas, el porcentaje de soledad es mucho mayor entre las que no cuidan a los demás (31,70%) en comparación con las que sí manifiestan hacer este cuidado (16 o 17 %⁸⁰). Por lo tanto el cuidar a los demás se asocia con no sentir soledad, especialmente en las personas que viven solas, con un tamaño de efecto mediano-bajo (gráfica 34).

9. Que otras personas se preocupen por el mayor.

Hay una gran diferencia en soledad cuando hay alguna persona que siempre se preocupa del mayor (en este caso, sienten soledad el 7,20 %), mientras que en el extremo opuesto, cuando nadie se preocupa, sienten soledad el 31,9% de mayores⁸¹. Podemos observar que la diferencia es notable en porcentaje (gráfica 35). El tamaño de efecto es mediano-bajo.

⁷⁹ Chi²=37,179; p=0.000; V=0,134

⁸⁰ Chi²=54,052; p=0.000; V=0,162

⁸¹ Chi²=64,015; p=0.000; V=0,176

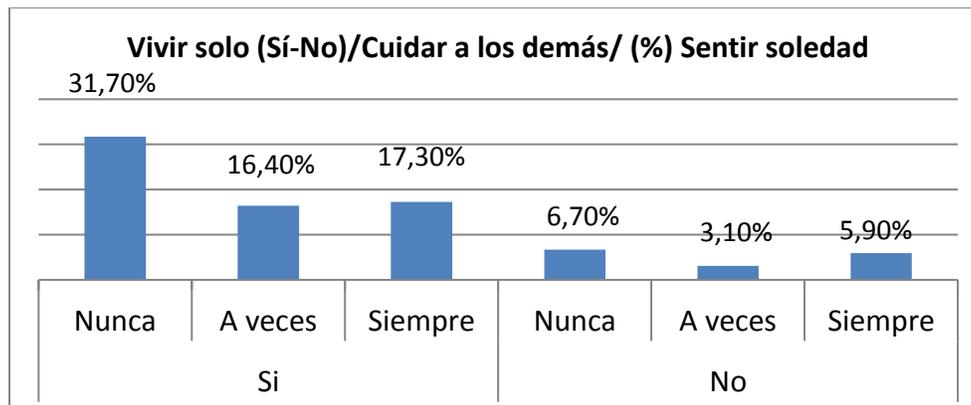


Gráfico 34. Vivir solo, cuidar a los demás y % de sentir soledad

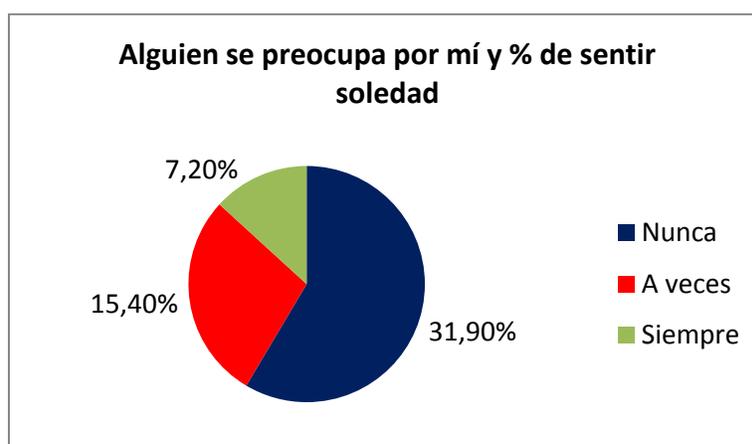


Gráfico 35. Tener alguien que se preocupe por uno y % de sentir soledad

4. TABLA RESUMEN DE RELACIONES BI-VARIABLES

Variables	Estadístico	p (signific)	Tamaño de efecto
Vivir solo y variables sociodemográficas			
Vivir solo y Edad	Chi ² : 65,90	p<0,0001	V= 0,18
Vivir solo y Educación (primaria, secundaria, universitaria)	Chi ² :46,17	p<0,001	V=0,15
Vivir solo y Grupo laboral	Chi ² =22,124	p=0,0008	V=0,11
Vivir solo y Estado ocupacional	Chi ² =0,311	p<0,577	V=0,012
Vivir solo según Sexo	Chi ² : 80,39	p<0,0001	V= 0,20
Vivir solo y Nivel económico por distritos	Chi ² : 4,903	p=0,179	V=0,049

Sentirse solo y variables sociodemográficas			
Vivir solo y soledad	Chi ² =100,99	p<0,001	V=0,22
Edad y soledad	Chi ² =17,04	p=0,002	V=0,09
Género y soledad	Chi ² =19,46	p=<0,001	V=0,09
Sigue trabajando o no y soledad	Chi ² =0,311	p=0,577	V=0,012
Grupo laboral y soledad	Chi ² =15,100	P<0,002	V=0,86
Nivel de escolaridad y soledad	Chi ² :46,17	P<0,001	V=0,15
Nivel de desarrollo del distrito (4 niveles) y soledad	Chi ² =10,329	p=0,016	V=0,071
Nivel de desarrollo del distrito (todos los distritos) y soledad	Chi ² =23,471	p=0,266	V=0,107
Rendimiento Cognitivo			
Orientación Temporal	F=6,828	p<0,001	R ² =0,007
Quejas de memoria	Chi ² = 13,303	p<0,001	V=0,111
Quejas de problemas de atención	Chi ² =0,650	p=0,420	V=0,057
Problemas de memoria; ¿Alteraciones en la vida diaria?	Chi ² =6,840	p=0,009	V=0,185
Calidad de Vida y Salud mental			
Salud Mental General (GHQ 0-12)	F=61,832	p<0,001	R ² =0,029
Depression	Chi ² =167,38	p<0,001	R ² =0,285
Ansiedad crónica	Chi ² :91,980	p<0,001	R ² =0,212
Tomar antidepresivos (últimas dos semanas)	Chi ² :55,57	p<0,001	R ² =0,164
Tomar sedantes (últimas dos semanas)	Chi ² =6,29	p<0,001	R ² =0,175
Calidad del sueño	Chi ² =22,09	p<0,001	R ² =0,148
VARIABLES RELACIONADAS CON LA ENFERMEDAD			
Percepción del estado de salud	Chi ² =105,65	p<0,001	V=0,227
Calidad de Vida relacionada con la salud (COOP-Wonca)	F=285,20	p<0,001	R ² =0,122
Multimorbilidad (0-11)	Chi ² =28,81	P<0,001	V=0,120
Presencia de Enfermedades crónicas (sí/no)	Chi ² =15,16	p<0,001	V=0,086
Admisión en el Hospital en el último año (sí/no)	Chi ² =17,29	p<0,001	V= 0,092
VARIABLES DE DOLOR Y SOLEDAD			
Dolor (sí/no)	Chi ² =66,775	p<0,001	V=0,18
Dolor cervical crónico	Chi ² =29,479	p<0,001	V=0,12
Dolor lumbar crónico	Chi ² =31,970	p<0,001	V=0,125
Cefaleas o Migrañas	Chi ² = 7,108	p=0,008	V=0,059
Artritis/artrosis	Chi ² =48,760	p<0,001	V=0,15
Tomar opioides (últimas 2 semanas)	Chi ² =26,597	p<0,001	V=0,11

Indice de dolor (rango 0-6; 0=no dolor)	F=89,185	p<0,001	R ² =0,041
Enfermedades específicas y soledad			
Dificultades para ver	Chi ² = 45,560	p<0,001	V=0,149
Dificultades para oír	Chi ² =18,675	p<0,001	V=0,095
Factores de riesgo vascular			
Colesterol alto	Chi ² =3,237	p=0,072	V=0,040
Enfermedad cardíaca (angina, infarto)	Chi ² = 12,107	p=0,001	V= 0,077
Hipertensión	Chi ² = 9,08	p=0,003	V= 0,066
Asma	Chi ² =8,128	p=0,004	V=0,063
Alergia crónica	Chi ² = 4,481	p= 0,034	V= 0,047
Enfermedad pulmonar	Chi ² = 2,662	p=0,103	V=0,036
Diabetes	Chi ² = 14,03	p<0,001	V=0,083
Úlcera gastroduodenal	Chi ² = 0,711	p= 0,399	V= 0,019
Enfermedad del tiroides (hipotiroidismo,...)	Chi ² = 11,405	p=0,001	V= 0,074
Situaciones de carencia y soledad			
No tiene a nadie a quien acudir si necesita ayuda	Chi ² =58,446	p<0,001	V=0,169
Discapacidad reconocida	Chi ² =5,982	p=0,014	V=0,054
Tiene problemas de salud que le impiden valerse por sí mismo	Chi ² =11,267	p<0,001	V=0,233
Su salud le impide salir a la calle	Chi ² =51,178	p<0,001	V=0,158
Necesita de alguien que le ayude a menudo	Chi ² =34,526;	p<0,001	V=0,13
No comer caliente dos días por semana	Chi ² =42,534	p<0,001	V=0,14
Hábitos de vida y soledad			
Actividad física o deportiva que hace	Chi ² =43,401	p<0,001	V=0,145
Actividad física que puede realizar	Chi ² =87,730	p<0,001	V=0, 21
Frecuencia de consumo de alcohol	Chi ² =17,912	p<0,001	V=0,093
Fumar	Chi ² = 3,999	p=0,262	V=0,044
Utilización del móvil	Pocos datos		
Utilización del teléfono fijo	Chi ² =2,529	p=0,112	V=0,137
Tener animales en casa (mascotas)	Chi ² =0,530	p=0,467	V=0,016
Participación en las actividades del barrio	Chi ² =22,551	p<0,001	V=0,105
Utilización de recursos del barrio	Chi ² =16,268	p=0,003	V=0,089
Sentirse molesto por el ruido ambiental	Chi ² =2,509	p=0,113	V=0,035
Dedicar tiempo a cuidarse y sentirse bien	Chi ² =37,179	p<0,001	V=0,134
Que alguien se preocupe por el mayor	Chi ² =64,015;	p<0,001	V=0,176

Tabla 12. Relaciones bivariadas entre sentirse solo y otras variables

5. ESTUDIO MULTIVARIABLE.

En el estudio multivariable vamos primero a analizar la soledad en relación a los diversos bloques de variables que se han expuesto en la Tabla Resumen. Para ello se realizará regresión logística dentro de cada grupo. La variable dependiente será el Sentir Soledad (Sí/No). Los factores que pueden predecir la soledad serán cada una de las variables de cada bloque que han sido significativas en el estudio bivariado. Se ha utilizado primero el método “enter” para diferenciar las variables significativas y no significativas y posteriormente el “método condicional” por pasos para hacer una gradación de cada variable por tamaños de efecto de predicción.

1. Sentirse solo y variables sociodemográficas

Analizamos las variables sociodemográficas: vivir solo, edad, género, nivel de escolaridad, grupo laboral y desarrollo del distrito en el que se vive.

Presentamos el resultado final de la ecuación, las variables explicativas y su tamaño de efecto⁸²:

VARIABLES	Odds Ratio	Intervalo confianza	R²	p (signif)
Vive solo	4,12	3,02 - 5,62	0,093	<0,001
Nivel educativo	1,81	1,47 – 2,24	0,033	<0,001
Edad				n.s.
Género				n.s.
Grupo laboral				n.s.
Desarrollo del Distrito				n.s.

Tabla 13. Sentirse solo y variables sociodemográficas

Este cuadro indica que cuando se estudian todas las variables sociodemográficas juntas, teniendo en cuenta sus relaciones entre ellas, la variable fundamental que predice el que una persona se sienta sola es “Vivir Solo” y, en menor medida, el Nivel Educativo. La edad y el sexo pueden influir a través de estas dos variables principales, pues las personas más mayores y las mujeres viven con mayor frecuencia solas; no es, pues, el hecho de tener más edad o ser mujer lo que hace que estas personas se sientan solas, sino que el hecho de que viven con

⁸² Chi²=122,586; p<0,001; R²=0,126

mayor frecuencia solas (comparar más arriba en el estudio univariable indicado en la tabla 12). Del mismo modo podemos concluir que el grupo laboral (gerente, trabajador semicualificado o cualificado,...) o el desarrollo del Distrito intervienen de modo indirecto en el sentimiento de soledad. El tamaño del efecto es $R^2=0,126$ lo que indica que es un efecto mediano.

2. Rendimiento Cognitivo.

En este grupo de variables relacionadas con los problemas de memoria y el rendimiento cognitivo, la única que es significativa es “Los problemas de memoria alteran su vida diaria”, el tamaño del efecto es bajo (0,049)⁸³. El resto de variables incluidas, aunque en el estudio univariable (ver tabla 12) sean significativas, no lo son cuando se toman considerando sus relaciones entre ellas. Según nuestros datos, las quejas de memoria y atención son predictoras del sentimiento de ~~de sentir~~ soledad a través de su efecto en la vida cotidiana; tampoco es significativo el efecto del menor rendimiento cognitivo aunque hay que tener en cuenta que, por las características de la encuesta, la población a que se refiere es una población sana, sin deterioro cognitivo. Además, las preguntas sobre si ha consultado al médico por sus problemas de atención o memoria, el sentir que están peor que otras personas de su edad y la preocupación por estos problemas no son variables predictoras cuando tomamos en cuenta todas las de este bloque.

Variables	Odds Ratio	Intervalo confianza	R²	p (signif)
Los problemas de memoria alteran su vida cotidiana	3,107	1,251 – 7,72	0,049	=0,015
Tiene problemas de memoria (quejas)				n.s.
Tiene problemas de atención (quejas)				n.s.
Ha consultado al médico por quejas				n.s.
Está peor que otras personas de su edad				n.s.
Le preocupan estos problemas				n.s.
Tiene fallos objetivos o reales de memoria				n.s.

Tabla 14. Rendimiento Cognitivo y sentir soledad

⁸³ $\text{Chi}^2=5,545$; $p<0,02$; $R^2=0,049$

3. Salud Mental

VARIABLES	Odds Ratio	Intervalo confianza	R ²	p (signif)
Depresión	6,09	3,62– 10,23	0,128	<0,001
Tomar tranquilizantes (últimas dos semanas)	2,26	1,36 – 3,74	0,021	=0,002
Salud Mental General (GHQ 0-12)	1,023	1,002 – 1,045	0,007	=0,036
Ansiedad crónica				n.s.
Tomar antidepresivos (últimas dos semanas)				n.s.
Calidad del sueño				n.s.

Tabla 15. Salud Mental y sentir soledad

Entre las variables de salud mental indicadas en la tabla 15, son significativas, por este orden, la depresión (con tamaño de efecto 0,128), la toma de tranquilizantes en las dos últimas semanas (tamaño de efecto 0,021) y la salud mental general medida por el GHQ (tamaño de efecto 0,007)⁸⁴. Observamos que la depresión tiene, con diferencia notable, el efecto más potente. El resto de variables no son significativas en el estudio multivariable y entre ellas se hallan correlacionadas de modo significativo (ansiedad y tomar tranquilizantes: r de Pearson = 0,27; ansiedad y tomar antidepresivos; r de Pearson = 0,38; depresión y tomar antidepresivos: r de Pearson = 0,58; y ansiedad y depresión ; r de Pearson = 0,44; depresión y tomar tranquilizantes: r de Pearson = 0,26; para todas las correlaciones p<0,001). La calidad de sueño es importante pero es un síntoma que es causado tanto por la ansiedad como por la depresión.

4. Variables relacionadas con la enfermedad y Calidad de Vida

Entre las variables relacionadas de modo general con la enfermedad, las dos que son predictoras significativas del sentimiento de soledad son Calidad de Vida relacionada con la salud y percepción del estado de salud; la primera tiene un tamaño de efecto mucho mayor (0,156) que la segunda (0,01)⁸⁵. No son significativas las variables que tienen mayor objetividad como la multimorbilidad, ingreso en hospital y tener alguna enfermedad crónica, que en el estudio univariable también se asocian con sentir soledad. Es probable que el aspecto objetivo de estas últimas, junto a otros factores, den como resultado una percepción

⁸⁴ Chi²=70,705; p<0,001; R²=0,156

⁸⁵ Chi²=162,998; p<0,001; R²=0,166

baja del estado de salud y una deficiente Calidad de Vida relacionada o causada por las alteraciones objetivas de la salud. Las variables anteriores ejercen su efecto en relación a la soledad a través de su relación con la Calidad de Vida y la Percepción del estado de salud.

Variables	Odds Ratio	Intervalo confianza	R²	p (signif)
Calidad de Vida relacionada con la salud (COOP-Wonca)	3,76	2,99 – 4,74	0,156	<0,001
Percepción del estado de salud	1,37	1,13 – 1,67	0,01	<0,001
Multimorbilidad (0-11)				n.s.
Presencia de Enfermedades crónicas (sí/no)				n.s.
Admisión en el Hospital en el último año (yes/no)				n.s.

Tabla 16. Variables relacionadas con la enfermedad y Calidad de Vida

5. Sentir dolor

En el estudio univariable, todas las variables que indicaban dolor en sus diversos tipos se asociaban con la soledad. Entre los predictores, la que tiene el efecto más potente es “dolor en general”, una variable que indica valoración general subjetiva. Además, es predictora la “artrosis” (muy frecuente en mayores), así como el tomar medicamentos fuertes para el dolor (opioides,...); tomar este tipo de medicamentos muestra una calidad de dolor intensa, que no desaparece con los analgésicos comunes. Ni cefaleas o migrañas, dolor lumbar o dolor cervical crónico son predictores cuando están todas estas variables en relación ⁸⁶.

Variables	Odds Ratio	Intervalo confianza	R²	p (signif)
Dolor en general (sí/no)	2,67	1,87 – 3,83	0,07	<0,001
Artritis/artrosis	1,94	1,38 – 2,72	0,018	<0,001
Tomar opioides (last 2 weeks)	1,49	1,01 – 2,21	0,004	=0,045
Cefaleas o Migrañas				n.s.
Dolor lumbar				n.s.
Dolor cervical crónico				n.s.
Indice de dolor (range 0-6; 0=no pain)				n.s.

Tabla 17. Dolor y sentir soledad

⁸⁶ Chi²=88,765; p<0,001; R²=0,092

6. Enfermedades específicas

Entre las enfermedades que son predictoras de sentir soledad⁸⁷, las que tienen mayor tamaño de efecto son las que indican una deficiente percepción del entorno; si el mayor ve u oye mal tiende a aislarse y a sentirse solo. Tienen un tamaño de efecto muy bajo, aunque son predictoras: la enfermedad cardíaca, la diabetes, la enfermedad del tiroides y la alergia crónica. El asma y la hipertensión en el estudio multivariable no son predictoras. Hay que tener en cuenta que las enfermedades ejercen algunos efectos por su propia condición, ser enfermedad en sí: la persona enferma por el mismo hecho de estar enferma tiene una carga negativa importante, independientemente de la enfermedad que le aqueje. Por otra parte, existe una carga negativa adicional por las características peculiares de la enfermedad concreta. Estas características que comparte con otras enfermedades probablemente podrían hacer que cuando se analizan las enfermedades conjuntamente, algunas dejen de ser predictoras.

Variabes	Odds Ratio	Intervalo confianza	R²	p (signif)
Dificultades para ver	2,622	1,840- 3,73	0,039	<0,001
Dificultades para oír	1,810	1,206 - 2,715	0,010	<0,004
Enfermedad cardíaca (angina, infarto)	1,727	1,132 – 2,634	0,009	0,011
Diabetes	1,684	1,164 – 2,436	0,008	0,006
Enfermedad del tiroides (hipotiroidismo,...)	1,801	1,216 – 2,669	0,007	0,003
Alergia crónica	1,760	1,051 – 2,946	0,004	0,032
Hipertensión				n.s
Asma				n-s

Tabla 18. Enfermedades específicas y sentir soledad

7. Situaciones de carencia⁸⁸

Las situaciones de carencia se asocian a la soledad. Estas situaciones de carencia que mostramos más abajo tienen un componente objetivo, de necesidad real (No comer caliente más de dos días por semana), y un componente subjetivo (Sentir que alguien se preocupa por uno mismo). El tener problemas de salud que impidan a la persona valerse por sí misma es

⁸⁷ Chi²=74,273; p<0,001; R²=0,077

⁸⁸ Chi²=171,806; p<0,001; R²=0,174

el predictor con mayor efecto (las variables “Su salud le impide salir a la calle” y “Discapacidad reconocida” comparten contenido con la anterior). Por otra parte, hay tres variables (“No tener a nadie...”, “Necesitar a alguien...” así como “Discapacidad reconocida”) que indican un fenómeno semejante, el contenido común de las tres es necesitar a alguien y no tenerlo; de ellas la primera es estadísticamente significativa.

Variab les	Odds Ratio	Intervalo confianza	R²	p (signif)
Tener problemas de salud que le impiden valerse por sí mismo	7,921	5,114– 12,268	0,075	<0,001
Sentir que alguien se preocupa por uno mismo	1,680	1,440 – 1,959	0,054	<0,001
No tener a nadie a quien acudir si se necesita ayuda	3,201	2,069 – 4,954	0,033	<0,001
No comer caliente más de dos días por semana	3,749	2,055 – 6,840	0,015	<0,001
Su salud le impide salir a la calle				n.s.
Necesita de alguien que le ayude a menudo				n.s.
Tiene discapacidad reconocida				n.s.

Tabla 19. Situaciones de carencia y soledad

8. Hábitos de vida ⁸⁹

Entre estos hábitos indicados en la tabla 20, aquellos significativos son la actividad física que se puede realizar, no la que de hecho se realiza, y el dedicar tiempo a cuidarse. La actividad física que se puede realizar indica la percepción que se tiene sobre el estado de salud de uno mismo que hace que el mayor sienta que puede desarrollar actividades más o menos intensas. La actividad física que se realiza no se asocia con la soledad, es decir que se asocia el elemento subjetivo, no el objetivo. La participación en actividades del barrio o utilización de sus recursos no se asocian de modo significativo a soledad. El consumo de alcohol no se asocia, cuando se analiza conjuntamente con otras variables, a soledad.

⁸⁹ Chi²=17,159; p<0,001; R²=0,060

Variables	Odds Ratio	Intervalo de confianza	R²	p (signif)
Actividad física que puede realizar	1,680	1,160 – 2,433	0,033	0,006
Dedicar tiempo a cuidarse y sentirse bien	1,424	1,107 - 1832	0,027	0,006
Actividad física o deportiva real que hace				n.s.
Frecuencia de consumo de alcohol				n.s.
Participación en las actividades del barrio				n.s.
Utilización de recursos del barrio				n.s.

Tabla 20. Hábitos de vida y soledad

6. ANALISIS GLOBAL DE TODAS LA VARIABLES.

1. Predictores.

En el estudio multivariable realizamos Regresión Logística y utilizamos como posibles variables predictoras todas aquellas que han sido significativas en el estudio por bloques⁹⁰, excepto la variable actividad física que se ha valorado en pocos participantes. Como en los apartados anteriores, se ha utilizado primero el método “enter” para diferenciar las variables significativas y no significativas y posteriormente el método “condicional por pasos” para hacer una gradación de cada variable por tamaños de efecto de predicción.

En la tabla 21 se indican las variables predictoras, su Odds Ratio y el tamaño del efecto (R²) asociado a cada una de ellas⁹¹. No son predictoras y por lo tanto no han entrado en la ecuación: dolor, toma de tranquilizantes, percepción general de salud (COOP-Wonca), ver y oír con dificultades, artrosis y dedicar tiempo a cuidarse.

⁹⁰ No se han introducido aquellas variables que tenían un R² muy baja (< de 0,01). También se ha excluido las variables: “Los problemas de memoria alteran su vida cotidiana” porque las preguntas que tienen que ver con la memoria se han pasado a un número de personas reducido (n=200) en comparación con la muestra global (n=2060). Así mismo, se ha excluido Actividad Física porque las preguntas de actividad física se han pasado a un máximo de 703 personas. La variable Estudios se ha considerado como una variable escalar.

⁹¹ Modelo final en 8 pasos, significativo: Chi²=411,136; p<0,0001; el modelo pronostica correctamente al 92,3 % de los participantes (98,5 % de los que se sienten solos y 30,7 % de los que no se sienten solos). R² Nagelkerke: 0,396.

	OR	95% C.I. para OR	R² (en cada paso)	R² (acumulativa)	(p) Sig.
Salud Mental General (GHQ)	1,303	1,204 -1,409	0,244	0,244	<0,001
Vivir solo	4,587	3,153 -6,672	0,078	0,322	<0,001
Calidad de Vida (COOP-Wonca)	1,087	1,043- 1,133	0,025	0,347	<0,001
No tener otros que se preocupen por uno mismo	2,215	1,490-3,293	0,016	0,363	<0,001
Depresión	2,259	1,446 -3,529	0,012	0,375	<0,001
No comer caliente más de dos días a la semana	2,908	1,502- 5,631	0,010	0,385	=0,002
No tener nadie a quien acudir si necesita ayuda	1,964	1,184 -3,258	0,005	0,390	=0,009
Nivel Educativo Primaria	1,349	1,056 -1,724	0,006	0,396	=0,016

OR: Odds Ratio. C.I.: Intervalo de confianza al 95 %. R²: tamaño del efecto.

(p) sig.: significación estadística

Tabla 21. Factores predictoresw de soledad

En la tabla 21 podemos observar que la variable predictora con más efecto es la Salud Mental General, que muestra la percepción de salud mental. Es una percepción general que indica un fenómeno subjetivo, en este sentido semejante al sentimiento de soledad, que es también subjetivo. La segunda por tamaño de efecto es el vivir solo, sin embargo en la ecuación final tiene el mayor Odds Ratio, siendo esto un indicativo de que las personas que viven solas tienen la mayor probabilidad de sentirse solas; este fenómeno es un hecho sobre el que es complicado actuar con objeto de modificarlo, por lo que las intervenciones sobre la soledad van a tener siempre este obstáculo. La depresión se encuentra en cuarto lugar, con una Odds Ratio que es la tercera en valor; la depresión puede ser causa, consecuencia o variable de origen independiente que se asocia a la soledad. Las variables que hemos llamado de carencia también son predictoras; van desde una constatación (No tener a nadie a quien acudir si se necesita ayuda), una “valoración – percepción” (No tener a otras personas que se preocupen por uno mismo), hasta un hecho (No comer caliente más de dos días a la semana). Estas tres cuestiones, y sobre todo las dos primeras, muestran un sentimiento profundo de soledad. Los estudios de bajo nivel, aunque sea la variable predictora con efecto más débil, nos indica que estas personas tienen menos recursos que aquellas con mayor nivel educativo en relación a la soledad.

2. Análisis de factores.

Con objeto de reducir aún más las variables que son predictoras de soledad, hemos realizado análisis de los factores predictores hallados.

El resultado de este análisis define tres bloques de variables (tabla 22)⁹².

El primer bloque comprende: Calidad de Vida relacionada con la salud, salud mental general, depresión y estudios primarios. El factor que tiene más peso es Calidad de Vida, que hemos visto que se asocia en todos los análisis con la soledad con el mayor tamaño de efecto. Siguen en potencia la Salud mental general y la Depresión, esta última como elemento especial a destacar en la salud mental, pero que tiene efecto por sí misma. A mayor distancia se encuentran los Estudios Primarios. A este factor le hemos llamado: **vivencia subjetiva de la salud, sobre todo salud mental.**

El segundo bloque comprende, por este orden: No tener nadie a quien acudir si necesita ayuda, Vivir solo y No comer caliente más de dos veces a la semana. Estos tres factores se relacionan y son consecuencia unos de otros: quien vive solo, con frecuencia no tiene nadie a quien acudir si necesita ayuda y además es probable que tenga esa carencia respecto a la comida. La depresión también entra en este componente a veces como consecuencia o a veces como causa (la correlación de la depresión con todas estas variables es significativa, $p < 0,05$). El segundo factor es el hecho objetivo y la vivencia de aislamiento, podemos denominar a este factor: **aislamiento objetivo.**

El tercer bloque lo conforma la variable: No tener otros que se preocupen por uno mismo. Dicha variable puede interpretarse como una conclusión lógica: nadie se preocupa por mí, luego me siento solo. Este factor tiene peso por sí mismo. El no comer caliente más de dos días a la semana también puntúa en este factor, quizá como consecuencia. Podemos interpretar el presente factor como la vivencia de no importarle a nadie, de no tener valor para los demás, es no tener a nadie alrededor en su grado extremo, es la ausencia de vínculos creados con otras personas: le hemos denominado **aislamiento subjetivo** o psicológico, desvinculación radical.

⁹² KMO = 0,625; Bartlett: $\chi^2=965,87$; $p < 0,0001$; Varianza explicada: 50,32 %.

Factores predictores	Componentes		
	1	2	3
Calidad de Vida (COOP-Wonca)	0,814		
Salud Mental General (GHQ)	0,777		
Depresión	0,598	-0,272	
Nivel Educativo Estudios Primarios	0,377		
No tener nadie a quien acudir si necesita ayuda		0,703	
Vivir solo/a		0,543	
No comer caliente más de dos días a la semana		0,468	-0,412
No tener otros que se preocupen por uno mismo			0,878

Tabla 22. Análisis de factores y soledad

Estos resultados creemos que tienen valor importante de cara a las intervenciones que puedan realizarse, pues concretan y delimitan a las personas que se sienten solas, aunque también muestran la diversidad de los mayores y que otras no siguen estos patrones. En resumen: las personas que sienten soledad, tiene mala Calidad de Vida y problemas de salud mental general o depresión, junto a esto con frecuencia su nivel cultural es bajo; además con frecuencia viven solas y sienten que su entorno no es de ayuda, se sienten desvalidas y en peligro si les sucede alguna desgracia puntual o mantenida. Por último, va unido al sentimiento de soledad el no tener a nadie que se preocupe por uno mismo.

3. Grupos de riesgo:

Con el objetivo de ahondar más en la características que delimitan los grupos de riesgo y aquellas que conforman grupos protectores realizamos el procedimiento “Arbol”. Incluimos las variables predictoras.

Para la elaboración de los grupos de riesgo adoptamos la siguiente dos estrategias:

1ª. Una de las variables que dividen a la población con mayor o menor porcentaje de personas que sienten soledad es el vivir solo, y además esta variable es totalmente objetiva y fácil de conocer. Teniendo en cuenta este hecho dividimos a la población entre los que viven o no viven solos. A partir de aquí establecemos dos grupos de riesgo.

Grupos de riesgo: Vive solo

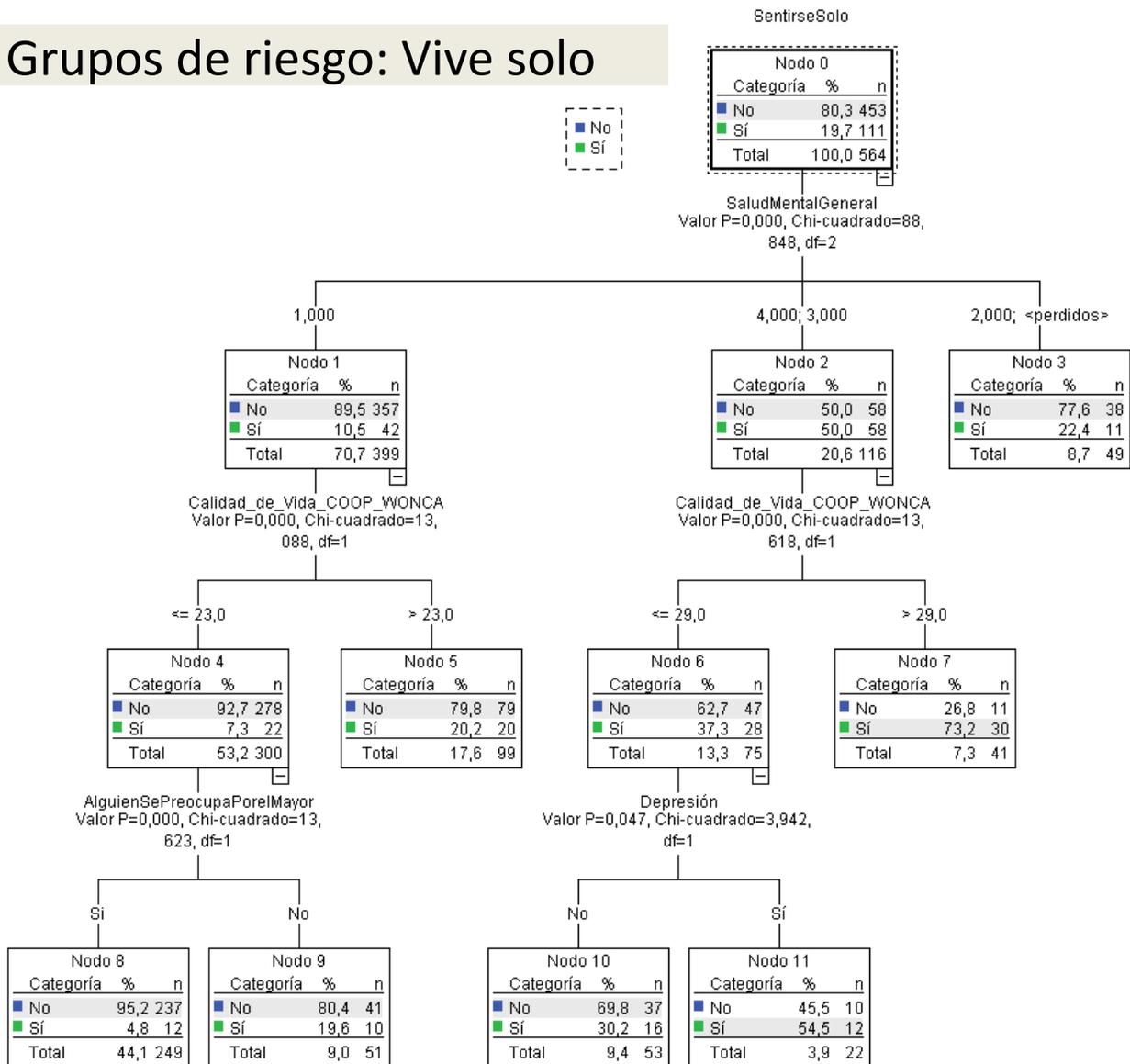


Figura 1. Árbol de decisión en la que la variable dependiente es sentirse solo. En cada nodo se muestra el número y el porcentaje de personas que se sienten solas (Sí) y el de las que no se sienten solas (No). En la última línea de cada nodo están los totales del nodo y el porcentaje del toda la muestra que representan los individuos incluidos en dicho nodo.

Hemos visto que la media de sentirse solo en el grupo de personas que viven solas es de 19,7 % (nodo 0). El número total de sujetos representados es de 564. La primera variable que interviene es la Salud Mental General (medida por el GHQ). Se dividen en tres categorías: el de aquellos que no tienen problemas de Salud Mental (1,000) (Nodo 1), con el 10,5 % de personas que sienten soledad; el de los que tienen algún problema (2,000) de los cuales sienten soledad el 22,4 % (Nodo 3) y el de los que presentan alteraciones (3,000 y 4,000)

(Nodo 2) y de estos sienten soledad el 50 %. Los del grupo 1,000 se dividen entre los que tienen mejor calidad de vida (< 23 puntos en COOP-Wonca) (Nodo 4) y los que tienen peor calidad de vida (>de 23 puntos) (Nodo 5). Los primeros solo el 7,3 % sienten soledad y de los peor calidad de vida sienten soledad el 20,2%. Aquellos que tienen mejor calidad de vida pueden tener alguien que se preocupa por ellos y de estos sienten soledad solamentel el 4,8 % (Nodo 8), mientras que para aquellos que no tienen esta persona que se preocupe por ellos sienten soledad el 19,6 % (Nodo 9). El grupo que tiene peor salud mental general (3,000 y 4,000) es dividido porla variable calidad de vida, observamos que aquellos que la tienen mejor (<29) (Nodo 6), sienten soledad el 37,3 % y de lo que tienen peor calidad de vida, sienten soledad el 73,3 % (Nodo 7). Los sujetos del Nodo 6 se dividen entre los que no tienen depresión (Nodo 10) de los cuales sienten soledad el 30,2 % y los que padecen depresión que tienen soledad el 54,5 % (Nodo 11).

Tenemos por lo tanto que las condiciones que hacen los grupos de riesgo son salud mental general, calidad de vida, depresión y que no tener a nadie que se preocupe por uno mismo. Los grupos con mayores porcentajes de personas con depresión son los que tienen peor salud sental y peor calidad de vida de los cuales llegan a tener soledad más de dos de cada tres personas, mientras que entre aquellos que tienen mala salud mental, mejor calidad de vida pero con depresión, llegan a sentir soledad el 50 %.

En la figura 1 podemos ver que hay también un grupo protegido contra la soledad no deseada: los que tienen buena salud mental y buena calidad de vida (7,3 % sienten soledad) y si además tienen a alguien que se preocupe por ellos, este porcentaje baja al 4,8 %.

Grupos de riesgo: No vive solo

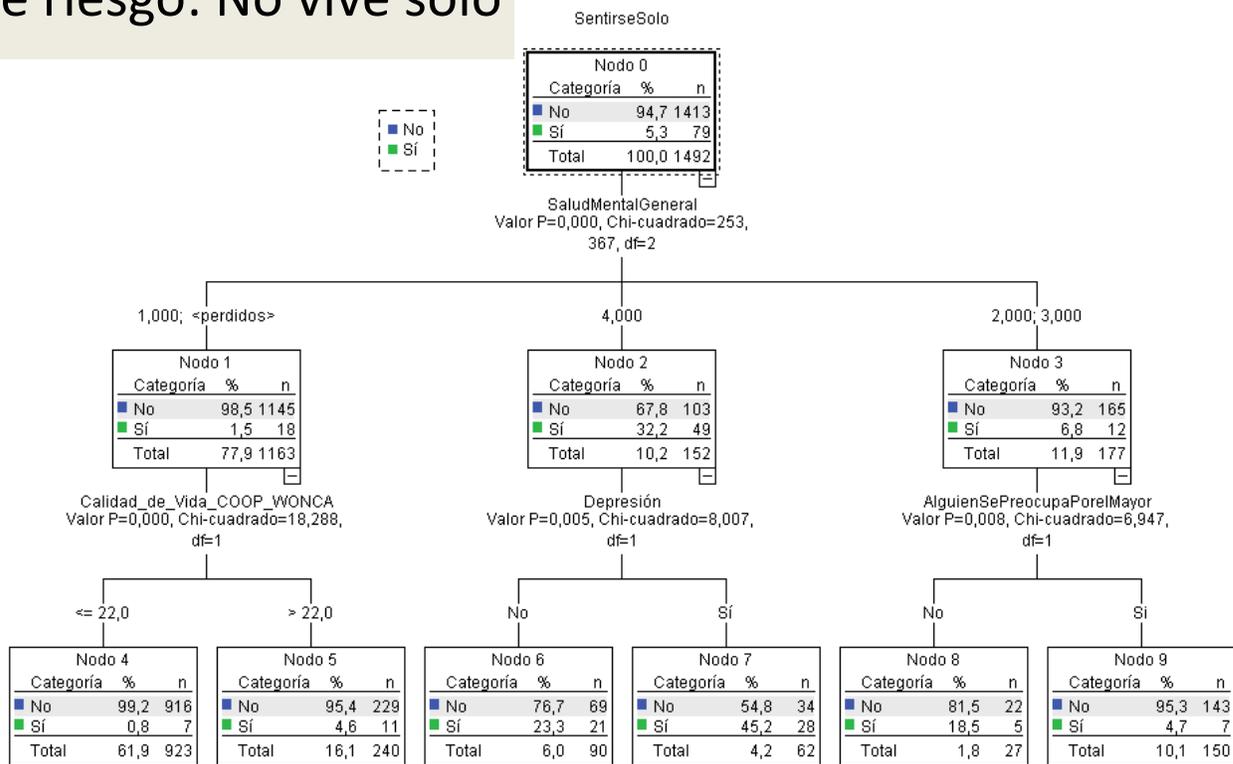


Figura 2. Árbol de decisión en la que la variable dependiente es sentirse solo/a. En cada nodo se muestra el número y el porcentaje de personas que se sienten solas (Sí) y el de las que no se sienten solas (No). En la última línea de cada nodo están los totales del nodo y el porcentaje del toda la muestra que representan los individuos incluidos en dicho nodo.

En la figura 2 observamos que el porcentaje de los que se sienten solos entre aquellos que no viven solos es del 5,3 % (Nodo 1) notablemente inferior al de los que viven solos. Esta figura recoge la distribución de 1492 personas. Como en el caso anterior la primera condición que divide al grupo es la salud mental general. Entre aquellos que tienen buena salud mental general, solo el 1,5 % sienten soledad, es por lo tanto un grupo protegido contra la soledad (Nodo 1), de entre estos los hay que tienen buena calidad de vida y de ellos solo el 0,8 % sienten soledad (Nodo 4); de los que tienen peor Calidad de Vida, el 4,6 % sienten soledad (Nodo 5). En el extremo opuesto tenemos el grupo con peor salud mental general, de estos el 32,2 % sienten soledad (Nodo 2) y si además tienen depresión, entonces el porcentaje sube al 45,2 % (Nodo 7), si no tienen depresión el porcentaje es del 23,3 % (Nodo 6). Para aquellos que tienen una salud mental con una valoración intermedia, el porcentaje de sentir soledad es 6,8 % (Nodo 3) muy próximo al de toda la muestra. De estos cuando tienen a alguien que

se preocupa por ellos, van a sentir soledad el 4,7 % (Nodo 9), mientras que si no tienen esta persona tendrán soledad el 18,5 % muy por encima del conjunto de la muestra (Nodo 8).

7- CONCLUSIONES

1. La frecuencia de sentir soledad para el conjunto de la población de mayores de 65 y más años, es del 9,2%.
2. Según la información recogida en la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017, en la ciudad de Madrid el número de personas mayores que se sienten solas se sitúa entre 61.182 y 62.756 (9,24% +/- 0,07%).
3. Para los mayores que viven solos (27,5% de participantes en la encuesta), la prevalencia de sentir soledad es del 19,7%. Para quienes no viven solos (72,5% de participantes) es del 5,3%. Como podemos observar, el hecho de vivir solo/a es un factor que multiplica casi por cuatro la frecuencia de soledad.
4. Según se va avanzando en edad, aumenta el porcentaje de personas mayores que se sienten solas: desde el 7,1% entre los de 65 a 69 años, hasta el 15,3% de quienes tienen 85 y más años.
5. Las mujeres mayores se sienten solas más frecuentemente que los hombres (11,5 % frente a 5,7 %).
6. Los mayores con un nivel de estudios elemental tienen con más frecuencia sentimiento de soledad que los de otros niveles: 15,9% frente a los que tienen estudios secundarios (7,7%) y universitarios (5,1%).
7. Los distritos en los que hay más participantes que viven solos son: Centro, Usera y Fuencarral-El Pardo. Los distritos en los que hay mayor porcentaje de personas que se sienten solas son: Usera, Centro y Carabanchel. Hay una correlación media-alta entre los distritos en los que hay más personas mayores que viven solos y aquellos en los que hay mayor porcentaje de los que se sienten solos.
8. La calidad de vida se asocia a sentirse solo. En este sentido, entre las personas mayores que opinaron que la vida les va “muy bien” o “bien” (uno de los 9 ítems que explora la escala COOP-WONCA) hay un porcentaje con sentimiento de soledad del 2,8% frente al 54,5% de quienes manifiestan que les va “muy mal” o “mal”.
9. La salud mental se asocia con la soledad: entre los mayores que han participado en la encuesta y que han sido diagnosticados de depresión, refiere sentimiento de soledad el 32,5%, frente al 6,3% de quienes nunca recibieron este diagnóstico. Este mismo hallazgo,

aunque con porcentajes inferiores, se encontró entre quienes fueron diagnosticados de ansiedad, toman antidepresivos o tranquilizantes o tiene mala calidad de sueño.

10. En este mismo sentido, los que piensan que no valen para nada, presentan un porcentaje de soledad del 45,7% frente al 7,5% de quienes no lo piensan. Entre las personas mayores que se sienten felices un 6,4% tiene sentimiento de soledad, frente al 41,6% de quienes no se sienten felices.
11. Entre las personas mayores que no se sienten solas, manifiestan tener problemas de memoria el 6,6% frente al 19,68% de quienes sí sienten soledad.
12. La percepción de la propia salud se asocia al sentimiento de soledad. Entre los mayores que dicen tener muy buena salud solo el 3,4% se sienten solos, frente al 30,4% de quienes piensan que su salud es muy mala.
13. De las personas mayores que manifiestan no padecer ninguna enfermedad crónica un 4,5% se sienten solas, frente al 13,6% de quienes tienen tres o más enfermedades crónicas. Las limitaciones que producen estas enfermedades se asocian con el sentimiento de soledad: el 9,2% de quienes no refieren ninguna limitación por enfermedades crónicas manifiesta sentir soledad frente al 24,6% de quienes tienen limitaciones graves.
14. Todos los tipos de dolor se asocian a sentir soledad (cefaleas, artrosis, dolor cervical, dolor lumbar dolor en general y tomar medicamentos fuertes para el dolor).
15. Las situaciones de carencia se asocian a soledad, especialmente citamos: aquellos que no tienen a nadie a quien acudir si necesitan ayuda, aquellos a los que su salud les impide salir a la calle, y quienes no comen caliente más de dos días a la semana.
16. Entre los hábitos de vida, fumar no se asocia con sentir soledad, pero sí el consumo de alcohol; entre quienes no consumen alcohol el porcentaje de sentirse solos es casi el doble que entre los que consumen.
17. Tener animales de compañía no se asocia de modo significativo a sentir o no soledad.
18. Respecto a las actividades del barrio, hay un 76 % de mayores que no participa nunca o casi nunca en ellas y un 10 % participa siempre o casi siempre. La participación y utilización de recursos públicos del barrio se asocia con el sentimiento de soledad, habiendo diferencias significativas entre quienes no los utilizan nunca o casi nunca, y quienes lo hacen siempre o casi siempre.
19. Cuando se realiza el análisis de todas las variables conjuntamente y por bloques resultan conclusiones tales como:
 - Entre los factores sociodemográficos, la edad y el género no son predictores de soledad, sino el hecho de vivir solo y el nivel de estudios;
 - Entre las situaciones de carencia, la que tiene mayor efecto como predictora de soledad es tener problemas de salud que le impiden valerse por sí mismo;
 - De todas las asociaciones de soledad con la salud y las enfermedades, de nuevo la que es más potente es la calidad de vida relacionada con la salud; la mayoría de los

factores de salud física intervienen en la soledad al disminuir la calidad de vida de las personas.

20. Cuando se tienen en cuenta todas las variables, las que predicen el sentimiento de soledad son ocho:

- la salud mental en general (es el factor más importante de todos),
- vivir solo/a (el segundo en importancia),
- la calidad de vida en relación con la salud,
- sentir que otros no se preocupan por uno mismo,
- padecer depresión,
- no comer caliente más de dos días a la semana,
- no tener nadie a quien acudir si se necesita ayuda,
- nivel educativo elemental.

Todos los demás factores indicados antes (dolor, morbilidad, edad, género, actividad física que puede realizar, participación en actividades de barrio, etc.) quedan englobadas y explicadas por las ocho variables anteriores.

21. Estas ocho variables las hemos resumido en tres factores que se relacionan entre ellos: vivencia subjetiva de la salud, sobre todo de la salud mental, aislamiento objetivo, aislamiento subjetivo o radical.

22. Parece evidente que al momento de realizar actividades para mitigar la soledad en los mayores hay que tener en cuenta sobre todo las conclusiones obtenidas a partir de los estudios multivariante (conclusiones 19 y 20).

23. Hemos establecido varios grupos de mayor o menor riesgo según el hecho de vivir solo o no.

- Entre las personas mayores que viven solas:

El grupo de alto riesgo estaría conformado por personas con mala salud mental y mala calidad de vida relacionada con la salud; entre éstos, el 73 % se sienten solos. Si tienen mejor calidad de vida, pero padecen depresión, el 54,5 % se sienten solos.

Un grupo de bajo riesgo es: aquellos que tienen buena salud mental, percepción de no buena calidad de vida relacionada con la salud pero tienen a alguien que se preocupe por ellos, de estos sólo el 4,8 % se sienten solos (4 veces menos que la muestra total).

- Entre quienes viven con otras personas:

Grupo de alto riesgo: aunque vivan con otras personas, tienen una mala salud mental y además padecen depresión, el 45,2 % sienten soledad.

También conforman un grupo de bajo riesgo quienes viven con otras personas, además tienen salud mental regular pero tienen otras personas que se preocupan por ellos, de estos solo el 4,7 % se sienten solos.

Un grupo de muy bajo riesgo es el de aquellos que viven con otras personas y además tienen buena salud mental y buena calidad de vida, entre estos solamente el 0,8 % se sienten solos.

La soledad es una situación compleja con múltiples causas e implicaciones; es evidente que en esta situación las soluciones que se quieran dar para prevenirla y aliviarla no pueden ser simples, sino multifactoriales y coordinadas.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Sheldon, J. H. 1948. *The Social Medicine of Old Age* Oxford University Press, London.
- ² Townsend, P. 1957. *The Family Life of Old People* Routledge and Kegan, London.
- ³ Tunstall, J. 1966, *Old and Alone. A sociological study of old people.* Routledge and Kegan, London.
- ⁴ Townsend, P. & Tunstall, S. 1968, "Isolation, desolation and loneliness," in *Old People in Three Industrial Societies.* Eds Shanas, E et al, Routledge and Kegan, London, pp. 258-287.
- ⁵ Weiss, R. S. (1983). *Loneliness: the experience of emotional and social isolation.* Cambridge, MA: MIT Press.
- ⁶ Santos-Olmo AB, Ausín B, Muñoz M, Serrano P. Personas mayores en aislamiento social en la ciudad de Madrid: experiencia de una intervención a través de la estrategia psicológica de búsqueda activa. *Intervención Psicosocial.*2008;17:307–19
- ⁷ Louise C. Hawkey,. And John T. Cacioppo, *Loneliness Matters: A Theoretical and Empirical Review of Consequences and Mechanisms.* *Ann Behav Med.* 2010 October; 40(2): doi: 10.1007/s12160-010-9210-8.
- ⁸ Luo, Y., Hawkey, L. C., Waite, L. J., & Cacioppo, J. T. (2012). Loneliness, health, and mortality in old age: A national longitudinal study. *Social science & medicine*, 74(6), 907-914.
- ⁹ Boss, L., Kang DH. and Branson, S. 2015. Loneliness and cognitive function in the older adult: a systematic review. *International Psychogeriatrics* 27:4, 541–553 doi:10.1017/S1041610214002749
- ¹⁰ John T. Cacioppo and Louise C. Hawkey, *Perceived Social Isolation and Cognition* *Trends Cogn Sci.* 2009 13(10): 447–454. doi:10.1016/j.tics.2009.06.005
- ¹¹ Cacioppo, J. T., Hawkey, L. C. & Thisted, R. A. (2010). Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychology and aging*, 25(2), 453-463. doi:10.1037/a0017216

-
- ¹² Cacioppo, J. T., Hawkey, L. C., Ernst, J. M., Burleson, M., Berntson, G. G., Nouriani, B., & Spiegel, D. (2006). Loneliness within a nomological net: An evolutionary perspective. *Journal of research in personality*, 40(6), 1054-1085.
- ¹³ Russell, D.; Peplau L.A. y Cutrona C.E. (1980). The revised UCLA loneliness scale: concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 472- 480.
- ¹⁴ De Jong Gierveld, J. y Van Tilburg, T. (2006). A six- item scale for overall, emotional and social loneliness: Confirmatory tests on survey data. *Research on Aging: A bimonthly on Aging and the Life Course*, 28, 582- 598.
- ¹⁵ Lubben JE Assessing social networks among elderly populations. *Family and Community Health* 11, 42–52, 1988
- ¹⁶ Rubio, R. y Aleixandre, M. (1999). La escala “Este”, un indicador objetivo de soledad en la tercera edad. *Geriatrics. Revista Iberoamericana de Geriatría y Gerontología*, 15, 26- 35.
- ¹⁷ Mercedes Pinel Zafra. Laura Rubio Rubio. Dra. Ramona Rubio Herrera. UN INSTRUMENTO DE MEDICION DE SOLEDAD SOCIAL: ESCALA ESTE II. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-este2.pdf>
- ¹⁸ Yárnoz, S. (2008). Adaptación al castellano de la escala para la evaluación de la soledad social y emocional en adultos SESLA-S. *International Journal of Psychology and psychological Therapy*, 8 (1), 103-116.
- ¹⁹ Victor, C., Grenade, L., & Boldy, D. (2005). Measuring loneliness in later life: a comparison of differing measures. *Reviews in Clinical Gerontology*, 15(1), 63-70.
- ²⁰ Shiovitz-Ezra, S. & Ayalon, L. (2012). Use of direct versus indirect approaches to measure loneliness in later life. *Research on Aging*, 34, 5, 572-591. doi: 10.1177/0164027511423258
- ²¹ Victor, C. R., & Bowling, A. (2012). A longitudinal analysis of loneliness among older people in Great Britain. *The Journal of psychology*, 146(3), 313-331.
- ²² Cattan, M. and White, M. 1998. Developing evidence based health promotion for older people: a systematic review and survey of health promotion interventions targeting social isolation and loneliness among older people. *Internet Journal of Health Promotion* 1998. <http://www.rhpeo.org/ijhp-articles/1998/13/index.htm>
- ²³ Cattan, M. and White, M. (1998) Developing Evidence Based Health Promotion for Older People: A Systematic Review and Survey of Health Promotion Interventions Targeting Social Isolation and Loneliness among Older People. *Internet Journal of Health Promotion*, 13, 1-9.
- ²⁴ Dickens et al Suzanne H Richards¹, Colin J Greaves¹ and John L Campbell (2011): Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. *BMC Public Health* 11:647.
- ²⁵ Masi, C. M., Chen, H. Y., Hawkey, L. C. & Cacioppo, J. T. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Pers Soc Psychol Rev.*,15(3): 219-66. doi: 10.1177/ 1088868310377394.
- ²⁶ Cattan, M., White, M., Bond, J., & Learmouth, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing & Society*, 25(1), 41-67.

-
- ²⁷ Dickens et al Suzanne H Richards¹, Colin J Greaves¹ and John L Campbell (2011): Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. *BMC Public Health* 11:647.
- ²⁸ Masi, C. M., Chen, H. Y., Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and Social Psychology Review*, 15(3), 219-266.
- ²⁹ Bermeja AI, Ausín B. Programas para combatir la soledad en las personas mayores en el ámbito institucionalizado: una revisión de la literatura científica. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2017.05.006>.
- ³⁰ Javier Yanguas, Sacramento Pinazo-Henandis, Francisco José Tarazona-Santabalbina The complexity of loneliness. *Acta Biomed* 2018; Vol. 89, N. 2: 302-314 DOI: 10.23750/abm.v89i2.7404
- ³¹ Juan Díez Nicolás, María Morenos Páez. La soledad en España (ASEP) 2015 Edita Fundación ONCE y Fundación AXA.
- ³² Losada, A., Márquez-González, M., García-Ortiz, L., Gómez-Marcos, M. A., Fernández-Fernández, V. & Rodríguez-Sánchez, E. (2012). Loneliness and mental health in a representative sample of community-dwelling Spanish older adults. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 146, 3, 277-292. doi: 10.1080/00223980.2011.582523
- ³³ Goldberg, D.P. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford University Press.
- ³⁴ Sánchez-López M del P. Cuestionario de Salud General-12 ítems. *Psicothema*. 2008; 20(4):839-43 (Goldberg DP. General Health Questionnaire-12 items. *Psychol Med*. 1997 Jan;27(1):191-7)
- ³⁵ Wonca Classification Committee (1990). Functional status measurement in primary care. In M. Lipkin (Ed.), *Frontiers of Primary Care*. New York: Springer-Verlag.
- ³⁶ Comijs, H.C., Deeg, D.J., Dik, M.G., Twisk, J.W., & Jonker, C. (2002). Memory complaints: The association with psycho-affective and health problems and the role of personality characteristics. A 6-year follow-up study. *Journal of Affective Disorders*, 72, 157–165.
- ³⁷ Folstein MF, Folstein S, McHugh PR. Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinicians. *J Psychiat Res* 1975; 12: 189-98.
- ³⁸ Sweet JJ, Suchy Y, Leahy B, Abramowitz C, Novinsky CJ. (1999). Normative clinical relationships between orientation and memory: age as an important moderator variable. *Clin Neuropsychol* 1999; 13(4): 495-508. doi: 10.1076/1385-4046(199911)13:04;1-Y;FT495
- ³⁹ Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- ⁴⁰ Becker, L. A. (2000). *Basic and Applied Research Methods*. En *Course Content: Part II, Lecture Notes: Effect Size*. Colorado University – ColoradoSpring.