



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Master

El sentimiento de soledad en personas mayores: un estudio
descriptivo en Atención Primaria.

The feeling of loneliness in the elderly: a descriptive study in
Primary Care.

Autora:
Sanz Domingo, Ana Isabel

Director:
Gasch Gallén, Ángel

Facultad / Año
Facultad Ciencias de la Salud / 2021 – 2022

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo fin de master ha implicado un desarrollo a nivel personal y profesional muy importante. Además de despertar en mí una nueva motivación profesional como es la investigación.

Todo esto ha sido posible gracias a la colaboración de mi tutor, Ángel Gasch Gallén. Gracias por la paciencia, el apoyo, la implicación y el tiempo dedicado.

Agradecer a la Universidad de Zaragoza por darme la oportunidad de cursar los estudios de master y favorecer la investigación y el desarrollo de nuevos proyectos de interés científico.

Un agradecimiento muy especial a todas las personas que quisieron participar en esta investigación, y que han permitido que se lleve a cabo este trabajo.

Y por último, pero no menos importante, gracias a mi familia por todo el apoyo durante este tiempo, por su motivación, su ayuda y por ser un pilar fundamental en esta etapa y a lo largo de toda mi vida.

INDICE

1. RESUMEN	4
2. ABSTRACT	5
3. INTRODUCCIÓN	6
4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	12
5. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	12
6. METODOLOGÍA	12
7. DISEÑO DEL ESTUDIO	13
Área de estudio	13
Participantes y selección de la muestra.....	14
Variables	14
Recogida de información	15
Análisis estadístico	16
Cronograma.....	17
Aspectos éticoS.....	18
Alcance.....	18
8. RESULTADOS	19
1. Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas	19
2. Análisis del nivel de soledad auto percibida de los y las pacientes.	21
Escala de soledad social ESTE II	21
Soledad social - Edad	22
Soledad social – sexo.....	24
Soledad social – Estado civil	25
Soledad social – Lugar de residencia.....	26
Soledad social – Con quién convive	27
Soledad social – Número de hijos	29
Soledad social – Nivel de estudios	30
Soledad social – Nivel de ingresos	31
3. Análisis de fiabilidad de la Escala ESTE II.	33
3. Análisis de las diferencias según sexo	36
Análisis según sexo	36
9. DISCUSIÓN	38
Limitaciones del estudio.....	42
10. CONCLUSIÓN	43
11. BIBLIOGRAFIA	45

1. RESUMEN

Introducción: El envejecimiento de la población es un fenómeno global que se debe sobre todo a la transición demográfica y a los descensos en las tasas de fecundidad y mortalidad. En las últimas décadas, las sociedades occidentales están experimentando un rápido aumento del número de personas mayores de 65 años.

La soledad se caracteriza por ser un estado emocional en el que la persona experimenta un poderoso sentimiento de vacío y de aislamiento. Representa una prevalencia del 20 % al 40 % en la población adulta mayor. El aislamiento social y la soledad influyen decisivamente en el bienestar y la calidad de vida de los ancianos. Varios estudio muestra que las variables sociodemográficas como edad, género, estado civil, personas con las que conviven, estrato socioeconómico y nivel educativo se asocian con la aparición de dicho sentimiento.

La soledad es un problema real de todos los cohortes y generaciones donde la sociedad se ha encargado de asociar dicho sentimiento a una visión negativa. Cualquier integrante del equipo de atención primaria puede explorar los sentimientos de soledad y la calidad de la red social y los vínculos afectivos de las personas que presentan estos factores de riesgo. Es por ello que sus intervenciones deben encajar perfectamente en este contexto.

Objetivo: Identificar los factores de socio-demográficos que determinan la existencia de soledad social auto percibida de las personas mayores de 65 años en Atención Primaria.

Metodología: Se ha diseñado un estudio de investigación observacional descriptivo de corte transversal para conocer el nivel de soledad en la población mayor o igual a 65 años del centro de salud J. Ramón Fernández según los factores sociodemográficos.

Conclusiones: Con este estudio se ha demostrado la existencia de factores sociodemográficos de mayor vulnerabilidad que predisponen la aparición del sentimiento de soledad social en pacientes mayores de 65 años.

Palabras clave: Soledad, adulto mayor, envejecimiento, factores sociodemográficos, atención primaria.

2. ABSTRACT

Introduction: The aging of the population is a global phenomenon that is due to the demographic transition and the decline in fertility and mortality rates. In recent decades, western societies have registered significant growth in the number of people over 65 years of age.

Loneliness is characterized by been an emotional state in which the person experiences a powerful feeling of emptiness and isolation. It represents a prevalence of 20% to 40% in the older adult population. Social isolation and loneliness have a decisive influence on the well-being and quality of life of the elderly. Several studies show that sociodemographic variables such as age, gender, marital status, people they live with, socioeconomic status and educational level are associated with the appearance of that feeling.

Loneliness is a real problem for all cohorts and generations where society has been responsible for associating this feeling with a negative view. Any member of the primary care team can explore the feelings of loneliness and the quality of the social network and affective ties of people who present these risk factors. That is why your interventions must fit perfectly in this context.

Objective: To identify the socio-demographic factors that determine the existence of self-perceived social loneliness in people over 65 years of age in Primary Care.

Methodology: A cross-sectional descriptive observational research study has been designed to determine the level of loneliness in the population greater than or equal to 65 years of the J. Ramón Fernández health center according to sociodemographic factors.

Conclusions: This study has demonstrated the existence of sociodemographic factors of greater vulnerability that predispose the appearance of the feeling of social loneliness in patients older than 65 years.

Keywords: Loneliness, older adults, ageing, sociodemographic factors, primary care.

3. INTRODUCCIÓN

ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento de la población, con los matices particulares en cada país o región, es un fenómeno global que se debe a diversos factores de tipo histórico, cultural, demográfico, político-social y biológico, entre otros, pero sobre todo a la transición demográfica o los descensos en las tasas de fecundidad y mortalidad (1,2). Se considera que hay envejecimiento poblacional cuando los adultos mayores sobrepasan el 15 % del total de la población (3).

El envejecimiento es una parte más del ciclo de la vida que se caracteriza por el aumento de la probabilidad de sufrir limitaciones por deterioro del estado de salud, disminución de las redes sociales, rechazo social y muerte de familiares o amigos. Estas características producen sentimientos de inutilidad, carga y aislamiento que generan una sensación de soledad en el adulto mayor (4).

En las últimas décadas, las sociedades occidentales están experimentando un rápido aumento del número de personas mayores de 65 años, y el 36,8% de este grupo de población residen en hogares unipersonales (5). Según los datos estadísticos del Padrón Continuo (INE) a 1 de enero de 2021 hay 9.310.828 personas mayores, un 19,65% sobre el total de la población. Según la proyección del INE, en 2035 podría haber más de 12,8 millones de personas mayores, 26,5% del total de una población que alcanzaría unos 48.284.478 habitantes. Durante los próximos años y especialmente a partir de 2030, se registrarían los mayores incrementos, con la llegada a la vejez de las voluminosas cohortes nacidas durante el baby boom (6).

La población mayor está aumentando cada día y no solo involucra a los adultos mayores, sino también a la sociedad como tal; esta se debe preparar para atender las necesidades de las personas mayores y al mismo tiempo para afrontar cambios a nivel social y económico (2).

En los años 60 surgió la idea de que para envejecer óptimamente hay que llevar a cabo pautas de actividad, incidiendo en la edad adulta y en la vejez. Fue entonces cuando se inicia un largo proceso para forjar el significado de activo. Esta expresión fue propuesta

por la OMS, la cual, define el Envejecimiento Activo como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” (7).

El marco político del envejecimiento activo descansa sobre tres pilares básicos: la salud, la participación y la seguridad. En relación con la salud se requiere prevenir, reducir la carga del exceso de discapacidades, enfermedades crónicas y mortalidad prematura. En cuanto a la participación se pretende proporcionar oportunidades de educación y aprendizaje y permitir la participación activa en las actividades y organizaciones. En materia de protección se requiere garantizar seguridad social, financiera y física (8).

La Asamblea General de las Naciones Unidas declaró el periodo 2021-2030 como la Década del Envejecimiento Saludable y pidió a la OMS que se encargara de liderar su puesta en práctica. La Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030) de las Naciones Unidas tiene como objetivo reducir las desigualdades en materia de salud y mejorar la vida de las personas mayores, sus familias y sus comunidades a través de la acción colectiva (9).

El envejecimiento demográfico comporta también aspectos positivos, y es necesario reconocer el potencial productivo de las personas mayores como un rasgo que ha sido invisible en la sociedad y que ha reforzado el edadismo y la existencia de estereotipos negativos. La imagen que la sociedad tiene de los mayores produce sentimientos encontrados con dos caras: una de dependencia, enfermedad e incompetencia que lleva a la exclusión social, y otra de sabiduría y experiencia que favorece el desarrollo de programas de atención y protección (10).

El envejecimiento no es sólo un proceso biológico, sino un proceso determinado por una serie de factores biológicos, sociales, psicológicos y ecológicos. El envejecimiento saludable es el resultado de un proceso que dura toda la vida (7).

SOLEDAD Y AISLAMIENTO SOCIAL

Desde hace décadas se conoce que las relaciones sociales están vinculadas a la salud física y mental. El aislamiento social y la soledad influyen decisivamente en el bienestar y la calidad de vida de los ancianos (11).

Según la Real Academia Española, la soledad es “la carencia voluntaria o involuntaria de compañía” o “pesar y melancolía que se sienten por la ausencia, muerte o pérdida de alguien o de algo”. Mientras que el aislamiento social se define como «la situación objetiva de tener mínimos contactos con otras personas, bien sean familiares o amigos» (12, 11).

La soledad se caracteriza por ser un estado emocional en el que la persona experimenta un poderoso sentimiento de vacío y de aislamiento. Representa una prevalencia del 20 % al 40 % en la población adulta mayor, una situación desfavorable que puede traerle repercusiones negativas. Algunos autores lo describen una condición de malestar a nivel emocional, producto de un sentimiento de incomprensión y rechazo de parte de los otros, de la falta de compañía para la realización de actividades o el logro de intimidad emocional (13, 14).

En estudios entre personas mayores en Europa, la prevalencia de la soledad crónica puede llegar al 45%. Probablemente uno de los hechos que suscitan la aparición de la creencia de que las personas mayores se sienten cada vez más solas es el incremento en el número de personas mayores viviendo solas (15, 16).

Diversos estudios de ámbito internacional han evidenciado que la soledad se asocia a un peor estado de salud general, una mayor mortalidad por todas las causas, mayor riesgo de hipertensión y de enfermedades coronarias, problemas de salud mental como depresión y suicidio, así como una mayor probabilidad de prácticas menos saludables como son el menor cumplimiento o abandono del tratamiento farmacológico y no farmacológico o alteraciones del ciclo normal del sueño. Este efecto es similar a otros factores de riesgo conocidos como el tabaquismo, el alcohol, la inactividad física y la hipertensión (17, 13, 15).

Los ancianos y ancianas aisladas tienen más riesgo de deterioro cognitivo y además la población anciana aislada consume más recursos sanitarios: tiene un mayor riesgo de caídas, más reingresos hospitalarios, más institucionalización y necesita más atención domiciliaria (11).

Cabe establecer la diferencia entre estar solo/a y sentirse solo/a. Autores como Rubio y Alexandre y Yaben hablan de, por un lado, la soledad objetiva como la falta de compañía,

y no siempre implica una vivencia negativa, sino que puede ser una experiencia buscada y enriquecedora. Por otro lado, define la soledad subjetiva como la situación en la que las personas mayores se sienten solas, independientemente de que tengan o no relaciones sociales (14, 16). Por otro lado, el estar o vivir solo no es forzosamente sinónimo de soledad; el problema se produce cuando la persona no está satisfecha con la cantidad o calidad de las relaciones (3).

Varios estudio muestra que las variables sociodemográficas como edad, genero, estado civil, personas con las que conviven, estrato socioeconómico y nivel educativo se asocian con la aparición del sentimiento de soledad (14, 16, 18).

Sin embargo, a pesar de que existen diversos fenómenos u objetos de estudio en relación con los adultos mayores, la soledad no deja de ser un tema de interés en este momento de la vida, pues la sociedad se ha encargado de asociarla con una visión negativa de la vejez (2).

Desde que la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) una pandemia el 11 de marzo de 2020, los países de todo el mundo han adoptado varios niveles de medidas de distanciamiento social para limitar la propagación del virus. Aunque la evidencia sugiere que las medidas de distanciamiento social son efectivas para controlar la propagación del virus, es probable que haya efectos adversos a nivel psicológico, social y físico especialmente entre los sectores vulnerables de la población (19).

Sin embargo, los efectos del confinamiento en la soledad percibida de la población han recibido menor atención por parte de la comunidad científica, a pesar de que varios estudios publicados coinciden en que esta situación excepcional ha afectado a los sentimientos de soledad (20). En un documento de posición reciente, un grupo de investigadores en salud mental propuso que estudiar el impacto psicológico secundario de la COVID-19 debería ser una de las prioridades de investigación en la pandemia (21).

Para analizar la percepción que tiene el sujeto del contenido social y la vivencia que el mismo experimenta se ha diseñado y validado la denominada escala de “SOLEIDAD SOCIAL” que intenta analizar esa experiencia subjetiva. Esto se ha realizado a través de un proyecto de investigación entre La Universidad de Granada, a través del Gabinete de

Calidad de Vida y Envejecimiento, y el IMSERSO durante el año 2009, por Rubio et al. (22).

La Escala de Soledad Social Este II pretende ser la continuidad de la Escala Este I, creada en 1999 por Rubio y Aleixandre (23). La Escala Este I mide cuatro factores (Soledad conyugal, soledad familiar, soledad existencial y soledad social), mientras que la Escala Este II se centra en profundidad en el factor de Soledad Social dividiéndolo en tres factores; Factor 1, percepción del apoyo social. Factor 2, uso que el mayor hace de las nuevas tecnologías. Factor 3, índice de participación social. La puntuación total de la escala oscila entre 0 y 30 puntos y se obtiene mediante la suma de la puntuación en cada uno de los ítem (22).

ACTUACIÓN

Cada día aumentan más las cifras de mayores que viven solos, que son institucionalizados o que presentan síntomas asociados con la depresión, pero son escasas las investigaciones que incluyen la opinión y la concepción de la soledad por los mismos mayores (11). Por tanto, no es igual juzgar sobre la soledad de los mayores sin tomarse a la tarea de preguntarles a ellos mismos qué es la soledad. La soledad es un problema real de todos los cohortes y generaciones (2).

Cualquier integrante del equipo de atención primaria puede explorar los sentimientos de soledad y la calidad de la red social y los vínculos afectivos con sus allegados de las personas que presentan estos factores de riesgo (11). Para desarrollar el concepto de envejecimiento activo y saludable se necesita una actuación multidisciplinar e interdisciplinar. La enfermería, como disciplina responsable del cuidado de la salud de las personas, debe tener sin duda un papel clave en el desarrollo de las estrategias encaminadas a fomentar este concepto (10).

Si bien existen escalas válidas para medir la soledad, no se utilizan regularmente en las prácticas de atención primaria. Además, el papel de la atención primaria en el tratamiento de la soledad sigue sin estar claro. Por lo tanto, si el objetivo es abordar la soledad dentro de la atención primaria, es fundamental comprender las características y comportamientos de las personas solitarias (24).

Las intervenciones del equipo de atención primaria deben encajar perfectamente en este contexto. El primer paso es identificar la soledad en nuestros pacientes. Si lo hacemos, nuestra actividad profesional será más efectiva y menos medicalizadora, además de ser capaces de actuar con la población en riesgo que, una vez identificada, podrá ser objeto de intervención individual o comunitaria (11).

La bibliografía analizada evidencia que para que las personas mayores se mantengan activas, los sistemas sanitarios han de tener una perspectiva del ciclo vital completo, centrándose en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el acceso equitativo tanto en atención primaria como en los cuidados de larga duración. Los programas de envejecimiento activo tienen que ir encauzados tanto a promover conductas orientadas a la salud como a prevenir y/o reeducar hábitos de vida no saludables, donde la enfermera tiene un papel clave a través de la estrategia del autocuidado y bajo la filosofía del cuidado humanizado, teniendo en cuenta todas las esferas que conforman al ser humano (10).

4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Son los factores socio-demográficos determinantes de la mayor frecuencia de soledad social en personas mayores en Atención Primaria y diferentes para mujeres y hombres?

5. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

HIPOTESIS

Existe mayor frecuencia de soledad social en personas mayores que presentan factores socio-demográficos de mayor vulnerabilidad en el contexto de la Atención Primaria.

OBJETIVOS

Objetivo principal

Identificar los factores de socio-demográficos que determinan la existencia de soledad social auto percibida de las personas mayores de 65 años en Atención Primaria.

Objetivos específicos

- Describir el nivel de soledad social auto percibida en pacientes mayores de 65 años, aplicando la Escala ESTE II en el centro de salud J. Ramón Fernández.
- Estudiar la fiabilidad de la Escala ESTE II en la población de estudio.
- Analizar las diferencias por sexo y variables socio-demográficas en la Escala ESTE II en la población de estudio.

6. METODOLOGÍA

La revisión de artículos publicados se realizó a través de las siguientes bases de datos, páginas web y buscadores como Cochrane, Scielo, Cuiden, Google Académico, Envejecimiento en red, INE, ELSEVIER y Pubmed.

Los descriptores utilizados para la búsqueda fueron: soledad, anciano, atención primaria, exclusión social, envejecimiento activo y Covid-19; combinándolos con los operadores booleanos “and” y “or”.

Los límites para la búsqueda de información fueron: artículos publicados en los últimos 10 años, a texto completo, escritos en español o en inglés y que trataran sobre el sentimiento de soledad en los ancianos y/o exclusión social en los pacientes geriátricos.

7. DISEÑO DEL ESTUDIO

Se llevó a cabo un estudio de investigación observacional descriptivo de corte transversal con la intención de conocer el nivel de soledad en la población mayor o igual a 65 años del centro de salud J. Ramón Fernández según los factores sociodemográficos. De esta forma conoceremos la distribución del sentimiento de soledad en la población para así identificar situaciones de riesgo de exclusión social y realizar actuaciones encaminadas a la mejora de dicho sentimiento.

ÁREA DE ESTUDIO

El presente estudio se ha realizado en el centro de salud J. Ramon Fernandez de Zaragoza ubicado en el área de Salud Zaragoza II.

La zona de salud de Miraflores está situada en la zona centro de Zaragoza. Consta con una superficie de 1.808.623 m² y una población de 50.715 habitantes con una tendencia decreciente en los últimos años. La densidad de población es de 28.041 hab/km² de los cuales un 55% son mujeres y un 45% son hombres.

La pirámide de población muestra una población envejecida con una edad media de 53 años en el caso de las mujeres y de 48 años en el caso de los hombres. Cabe destacar que dicha área de salud presenta una tasa de envejecimiento del 297%, una tasa de sobre envejecimiento del 20% y una tasa de dependencia del 71% (25).

En Zaragoza el 31% de los hogares son unipersonales de los que un 38% son >65 años. En la zona Centro los hogares unipersonales son un 36,17% y el 17,14% pertenecen a personas >65 años (26, 27).

PARTICIPANTES Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA

- **Reclutamiento de pacientes**

Los pacientes han sido reclutados de forma consecutiva en el centro de salud y residencias asociadas a este, siempre que se encontraran en condiciones de comprender las preguntas y aceptaran de manera voluntaria colaborar en el estudio mediante el consentimiento informado, así como cumpliendo los criterios de inclusión.

- **Tamaño muestral**

Con la finalidad de lograr unos resultados adecuados en función del número de variables estudiadas se han reclutado un total de 207 personas con edad mayor o igual a 65 años. El tamaño de la muestra se considera suficiente en función de las variables incluidas y con el objetivo de obtener mejor representatividad de la población.

- **Criterios de inclusión y exclusión**

Como criterios de inclusión se incluyeron personas de edad igual o mayor de 65 años, personas que no estuvieran diagnosticadas de deterioro cognoscitivo grave y además que tuvieran un buen dominio y comprensión del idioma español.

Como criterios de exclusión no se tuvieron en cuenta personas menores de 65 años de edad, personas con deterioro cognoscitivo grave diagnosticado o personas con dificultades de comprensión.

VARIABLES

La variable dependiente del estudio es la percepción del sentimiento de soledad en los pacientes que forman la muestra seleccionada, que será evaluada a través de la Escala de Soledad Social ESTE II (ANEXO 1).

Las variables independientes hacen referencia a los factores sociodemográficos (ANEXO 2):

- Edad, medida en años.
- Identidad de género (femenino, masculino, otros).
- Domicilio (domicilio particular, residencia).
- Convivencia (solo, pareja, familia nuclear, amigos/as, otros).
- Número de hijos.
- Nivel de formación (No sabe leer ni escribir, No han cursado estudios pero saben leer y escribir, Graduado escolar, Estudios secundarios (ESO, Bachillerato superior, COU, PREU,FPPII), Estudios universitarios).
- Nivel de ingresos (Sin ingresos, Pensión mínima (< 800 euros), Pensión media (800-1500 euros), Pensión alta (1500-2500 euros), Pensión máxima (>2500 euros).

RECOGIDA DE INFORMACIÓN

En primer lugar se contacta con la directora del centro de salud José R. Muñoz Fernández con la finalidad de explicarle el proyecto y solicitar permiso para poder llevarlo a cabo (ANEXO 3), acordando también pedir el consentimiento informado de forma escrita a cada uno de los participantes que forman la muestra de estudio (ANEXO 4).

La recogida de datos se realizó a través de la entrevista por medio de una encuesta ya que de todas las técnicas conocidas en investigación esta es la más común y conocida. Además puede proporcionar al investigador gran cantidad de datos y tiene un bajo coste económico. El contenido que permiten recoger puede ser muy diverso y al estar las preguntas delimitadas por el investigador garantiza la estabilidad en la misma. Otra gran ventaja es que en pocas sesiones se consigue toda la información pertinente, pudiendo contrastar, comparar y transformar estos datos en términos estadísticos.

Los participantes que muestren su deseo de participar tendrán que contestar 8 preguntas sociodemográficas, con la finalidad de conocer un poco más sobre la muestra. Estos datos serán de gran utilidad a la hora de analizar los resultados.

En este caso la evaluación de la percepción del sentimiento de soledad de va a realizar a través del cuestionario validado ESTE II. Esta escala fue diseñada para evaluar principalmente los déficits existentes en el soporte social del sujeto, así como el sentimiento que estas situaciones pueden provocar. La escala está compuesta por 15 ítems y se divide en tres factores: percepción del apoyo social, uso que el mayor hace de las nuevas tecnologías e índice de participación social; y presenta tres alternativas de respuesta: siempre, a veces y nunca.

Esta escala fue creada por expertos de la Universidad de Granada, y resultó de una continuación de la Escala ESTE I, creada en 1999 por Rubio y el profesor Manuel Aleixandre para medir los cuatro tipos de soledad, la soledad familiar, conyugal, la social y la existencial.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Una vez recogidos los datos, se ha usado el paquete estadístico IBM SPSS© Statistics 29 para analizar cada una de las variables, y valorar su posible relación con el grado de Soledad Social auto percibida.

En cada una de las variables sociodemográficas se ha realizado un análisis descriptivo para el global de la muestra de pacientes. Si la variable es cuantitativa, inicialmente, se ha comprobado si sigue una distribución normal; si la sigue, se ha calculado la media y la desviación típica, así como el intervalo de confianza para la media y, si no la ha seguido, se ha calculado la mediana y el rango intercuartílico. Si la variable a analizar ha sido cualitativa, se han calculado la frecuencia absoluta y el porcentaje de casos. Todos los resultados numéricos se han acompañado con gráficos: histogramas en el caso de las variables cuantitativas; y gráficos de barras simples en el caso de las variables cualitativas.

En cuanto al análisis del nivel de soledad auto percibida de los pacientes en primer lugar, se ha realizado un análisis descriptivo, para el global de la muestra de pacientes, de la variable con la puntuación obtenida en la escala ESTE II de Soledad social; tanto en su versión cuantitativa como cualitativa ordinal .

Posteriormente, se ha analizado la posible relación entre esta puntuación en la escala de soledad del o la paciente y las diferentes variables sociodemográficas. Para ello se han realizado tablas de contingencia (o tablas cruzadas) como análisis descriptivo; acompañadas de respectivos gráficos de barras agrupadas y, para el análisis inferencial se ha empleado la prueba Chi-cuadrado de independencia. En el caso de las variables cuantitativas (número de hijos) se ha comprobado, inicialmente, la Normalidad de la variable mediante la prueba de Shapiro-Wilk donde se rechaza la normalidad y por lo tanto se ha realizado la prueba de Kruskal-Wallis acompañando los resultados con un gráfico de barras de error.

Para estudiar la fiabilidad de la escala en nuestra población de estudio, se ha analizado la consistencia interna de los ítems de la escala, calculando el Alpha de Cronbach y se ha procedido a realizar un análisis factorial de tipo exploratorio, de componentes principales y rotación varimax.

Para conocer la relación entre el nivel de soledad y los factores sociodemográficos según el sexo, se ha analizado un análisis bivariado aplicando los diferentes tipos de test estadísticos en función de la naturaleza de las variables, exigencia un nivel de significación estadística de $p < 0,05$.

CRONOGRAMA

Para la planificación del programa se ha elaborado el “Diagrama de Gantt” en el cual se especifica el tiempo de dedicación previsto para cada una de las fases del programa.

	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Revisión evidencia científica y recogida de información					
Solicitud permisos CEICA y centro de salud					
Recogida de encuestas					
Análisis estadístico con SPSS e interpretación					
Presentación PPT para defensa TFM					

Tabla 1: Cronograma

ASPECTOS ÉTICOS

Para la realización del presente estudio, fue absolutamente necesaria la obtención de ciertos permisos que garantizaran tanto el compromiso bioético como la aplicabilidad clínica en el ámbito sanitario del mismo:

- Dictamen favorable del Comité de Ética de Investigación Clínica de Aragón (CEICA), el cual fue emitido a fecha de 5 de Octubre de 2022, con el identificador PI22/421 (ANEXO 5).

- Permiso de la Dirección médica y de enfermería del Centro de Salud J. Ramón Fernández.

ALCANCE

Los resultados obtenidos de la investigación serán generalizados en el Centro de Salud J. Ramón Fernández, asimismo podrán ser utilizados como referencia para posteriores investigaciones en poblaciones con características similares.

8. RESULTADOS

1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

En cada una de las variables sociodemográficas se realizó un análisis descriptivo para el global de la muestra de pacientes. Si la variable a analizar es cuantitativa, inicialmente, se comprobó si sigue una distribución Normal; si la sigue, se calculó la media y la desviación típica, así como el intervalo de confianza para la media y, si no la siguió, se calculó la mediana y el rango intercuartílico. Si la variable a analizar fue cualitativa, se calculó la frecuencia absoluta y el porcentaje de casos.

Para cada una de las variables se obtuvieron los siguientes resultados:

CARACTERÍSTICAS	Frec. (%)
Edad del paciente	
<i>Mediana (RI) → 78,0 (18)</i>	
< 70 años	44 (21,3%)
70 – 80 años	74 (35,7%)
80 – 90 años	52 (25,1%)
≥ 90 años	37 (17,9%)
Identidad de género del paciente	
Masculino	96 (46,4)
Femenino	111 (53,6)
Estado civil	
Casado/a	100 (48,3)
Soltero/a	23 (11,1)
Separado/a-Divorciado/a	15 (7,2)
Viudo/a	69 (33,3)
Lugar de residencia	
Domicilio particular	163 (78,7)
Residencia	44 (21,3)
Circulo de convivencia	
Sólo	51 (24,6)
Pareja	85 (41,1)
Familia nuclear	17 (8,2)
Residencia /Albergue	46 (22,2)
Otros	8 (3,9)
Número de hijos	

<i>Mediana (RI) → 3,0 (1,0)</i>	
1 hijo/a	30 (14,5%)
2 hijos/as	50 (24,2%)
3 hijos/as	84 (40,6%)
4 hijos/as	34 (16,4%)
5 hijos/as	6 (2,9%)
6 hijo/as	2 (1,0%)
7 hijo/as	1 (0,5%)
Nivel de formación	
Sin estudios (lee y escribe)	28 (13,5)
Graduado escolar	93 (44,9)
Estudios secundarios	45 (21,7)
Estudios universitarios	41 (19,8)
Ingresos	
Pensión mínima	62 (30,0)
Pensión media	91 (44,0)
Pensión alto	49 (23,7)
Pensión máxima	5 (2,4)

Tabla 2: Características de la población de estudio

Respecto a la edad del paciente, se comprobó que la mediana de la edad es de 78 años. Se comprobó que la mayoría de los pacientes (un 35,7%) tienen entre 70 y 80 años; observándose que está bastante repartido entre los cuatro rangos de edad el porcentaje total, con un considerable 17,9% de pacientes con 90 o más años.

En el análisis del sexo del paciente, se comprobó que la mayoría de las pacientes atendidas son mujeres. La diferencia entre ambos sexos es del 7,2%.

Respecto al estado civil del paciente, se observó que la mayoría de los pacientes (48,3%) están casados/as; y, en segunda opción, están viudos/as (33,3%).

En el análisis del lugar de residencia, para el global de la muestra, se comprobó que la amplia mayoría de los pacientes residen en un domicilio particular (el 78,7%).

Respecto al tipo de convivencia del paciente, se observó, que la mayoría de los pacientes conviven con una pareja (el 41,1%). Y junto a "Sólo" (24,6%) y a "Residencia" (22,2%) suman casi el 88% de los pacientes entrevistados.

Respecto al "Número de hijos" del paciente, se comprobó que, tanto la mediana como la categoría que presenta una mayor frecuencia, muestran que es 3 el número de hijos que

mayoritariamente declaran tener los pacientes. Se observa que con 3 o menos hijos se tiene a más del 79% de los pacientes y con 4 o menos casi al 96% de ellos.

En el análisis del nivel de formación del paciente, para el global de la muestra, se comprobó que una ligera mayoría de los pacientes atendidos tienen el Graduado escolar (el 44,9%); que con estudios medios o superiores hay un 41,5% y que sin estudios hay un considerable 13,5%.

En el análisis del nivel de ingresos del paciente se comprobó que la mayoría de los pacientes atendidos tienen una “Pensión media” (el 44,0%); que les siguen en porcentaje aquellos que tienen una “Pensión mínima” (el 30,0%) y que, por otra parte, no llegan al 3% los que tienen una “Pensión máxima”.

2. ANÁLISIS DEL NIVEL DE SOLEDAD AUTO PERCIBIDA DE LOS Y LAS PACIENTES.

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo, para el global de la muestra de pacientes, de la variable con la puntuación obtenida en la escala ESTE II de Soledad social; tanto en su versión cuantitativa como cualitativa ordinal.

Posteriormente, se va a analizar la posible relación entre esta puntuación en la escala de soledad del paciente y las diferentes variables sociodemográficas. Para ello se van a realizar tablas de contingencia (o tablas cruzadas) como análisis descriptivo; acompañadas de respectivos gráficos de barras agrupadas y, para el análisis inferencial se empleará la prueba Chi-cuadrado de independencia. En el caso de las variables cuantitativas (número de hijos) se comprobará, inicialmente, la Normalidad de la variable mediante la prueba de Shapiro-Wilk y si se acepta la normalidad realizará un ANOVA de un factor y si se rechaza la normalidad se realizará la prueba de Kruskal-Wallis y se acompañarán los resultados de un gráfico de barras de error.

Escala de soledad social ESTE II

En el análisis de las puntuaciones obtenidas en la escala ESTE II de Soledad social, se han obtenido los siguientes resultados:

<i>Característica</i>	
<i>Soledad social</i>	
Mediana (RI)	14,0 (8,0)
Nivel bajo (0-10)	67 (32,4%)
Nivel medio (11-20)	126 (60,9%)
Nivel alto (21-30)	14 (6,8%)

Tabla 3. Soledad social

Se comprueba que, tanto la mediana (14 puntos) como la categoría que presenta una mayor frecuencia (11-20 puntos), muestran que, en general, hay un “Nivel medio” de soledad social en los pacientes.

En el gráfico que sigue se observa, por una parte, que la distribución de los valores de la variable presenta asimetría negativa y, por otra parte, que la mayoría de los casos se dan entre 12 y 18 puntos.

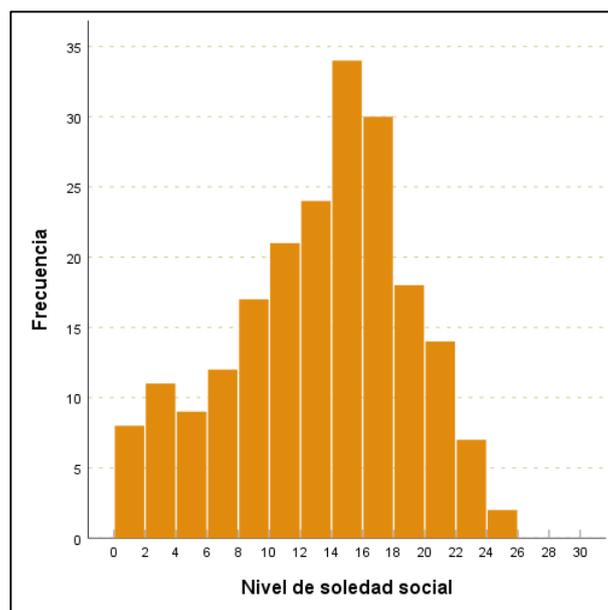


Gráfico 1. Soledad social

Soledad social - Edad

En el análisis de la posible relación entre la Edad del paciente y la soledad social, se han obtenido los siguientes resultados:

	<i>Nivel de soledad social</i>			
<i>Característica</i>	<i>Nivel bajo (0-10)</i>	<i>Nivel medio (11-20)</i>	<i>Nivel alto (21-30)</i>	<i>X² (sig.)</i>
<i>Edad</i>				
< 70 años	27 (61,4%)	17 (38,6%)	0 (0,0%)	39,289 (<0,001)
70-80 años	28 (37,8%)	43 (58,1%)	3 (4,1%)	
80-90 años	9 (17,3%)	35 (67,3%)	8 (15,4%)	
> 90 años	3 (8,1%)	31 (83,8%)	3 (8,1%)	

Tabla 4. Nivel de soledad social según la edad

Realizando un análisis de los porcentajes de los tres niveles de soledad en cada una de las filas, se observa que, mientras que en los pacientes de menos edad el mayor porcentaje (61,4%) se da en el “Nivel bajo”, en el resto de los grupos de edad, el mayor porcentaje se da en el “Nivel medio” (con cuantías que se incrementan con la edad: 58,1%, 67,3% y 83,8%). Realizada la prueba de independencia entre variables, se comprueba que se obtiene un resultado significativo; por lo que se concluye que hay relación entre las dos variables. En el análisis de residuos estandarizados se observan las asociaciones marcadas en negrita en la tabla; de forma **que los pacientes de menor edad se asocian al nivel bajo y los pacientes de mayor edad se asocian a los niveles medio y alto.**

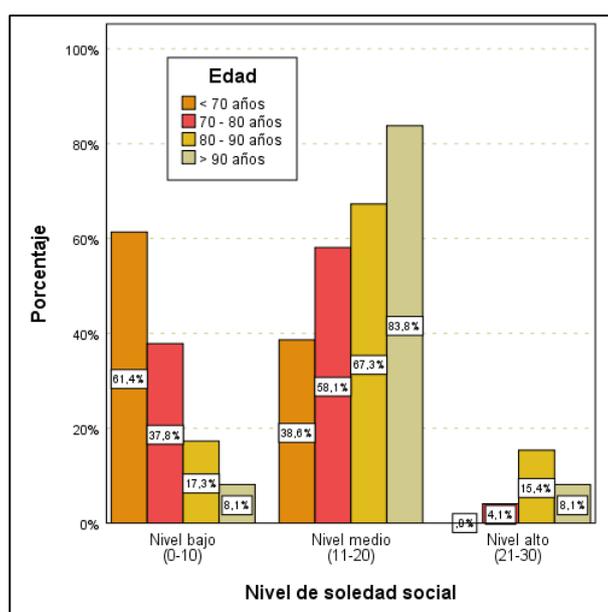


Gráfico 2. Nivel de soledad social según edad

Soledad social – sexo

En el análisis de la posible relación entre el sexo del paciente y la soledad social, se han obtenido los siguientes resultados:

<i>Característica</i>	<i>Nivel de soledad social</i>			<i>X²</i> <i>(sig.)</i>
	<i>Nivel bajo</i> <i>(0-10)</i>	<i>Nivel</i> <i>medio</i> <i>(11-20)</i>	<i>Nivel alto</i> <i>(21-30)</i>	
<i>Sexo</i>				
Masculino	34 (35,4%)	56 (58,3%)	6 (6,3%)	0,773
Femenino	33 (29,7%)	70 (63,1%)	8 (7,2%)	(0,679)

Tabla 5. Nivel de soledad social según el sexo

Realizando un análisis de los porcentajes de los dos grupos a comparar, se observa que hay bastante semejanza en el perfil de soledad social de hombres y mujeres: el mayor porcentaje (58,3% y 63,1%) se da en el “Nivel medio”, seguido por el “Nivel bajo” y del “Nivel alto” (con porcentajes en ambos grupos que no llegan al 8%). Realizada la prueba de independencia entre variables, se comprueba que se obtiene un resultado no significativo; por lo que se concluye que no hay relación entre las dos variables; es decir, que **no hay diferencias estadísticamente significativas en el nivel de soledad social entre hombres y mujeres.**

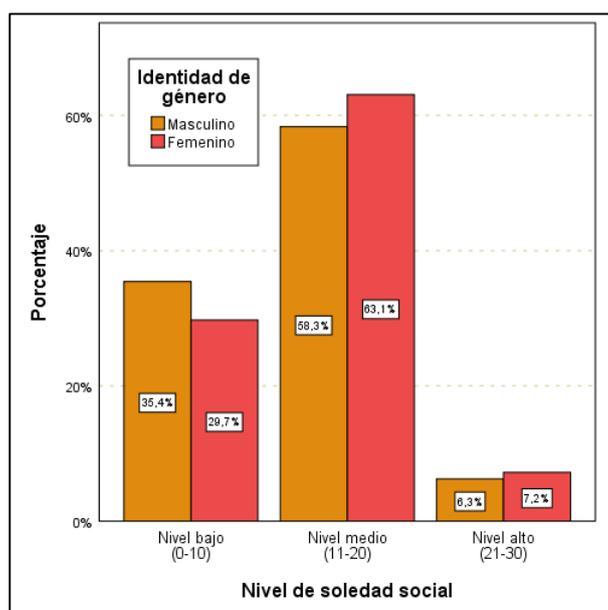


Gráfico 3. Nivel de soledad social según sexo

Soledad social – Estado civil

En el análisis de la posible relación entre el Estado civil del paciente y la soledad social, se han obtenido los siguientes resultados:

<i>Característica</i>	<i>Nivel de soledad social</i>			<i>X² (sig.)</i>
	<i>Nivel bajo (0-10)</i>	<i>Nivel medio (11-20)</i>	<i>Nivel alto (21-30)</i>	
<i>Estado civil</i>				
Casado/a	44 (44,0%)	54 (54,0%)	2 (2,0%)	34,874 (<0,001)
Soltero/a	4 (17,4%)	15 (65,2%)	4 (17,4%)	
Separado/- Div.	10 (66,7%)	5 (33,3%)	0 (0,0%)	
Viudo/a	9 (13,0%)	52 (75,4%)	8 (11,6%)	

Tabla 6. Nivel de soledad social según el estado civil

Realizando un análisis de los porcentajes de los cuatro niveles de soledad en cada una de las filas, se observa que, mientras que en los pacientes “Casado/a” y “Separado/Divorciado” hay más de un 40% de pacientes con “Nivel bajo”, en “Soltero/a” y “Viudo/a” pasan del 60% los pacientes con “Nivel medio” de soledad social. Por último, son en estos dos últimos estados civiles en los que hay más del 10% de pacientes con un “Nivel alto” de soledad social. Realizada la prueba de independencia entre variables, se comprueba que se obtiene un resultado significativo; por lo que se concluye que hay relación entre las dos variables. En el análisis de residuos estandarizados se observan las asociaciones marcadas en negrita en la tabla; de forma **que los pacientes casados y separados/divorciados se asocian al nivel bajo y los pacientes solteros y viudos se asocian a los niveles medio y alto.**

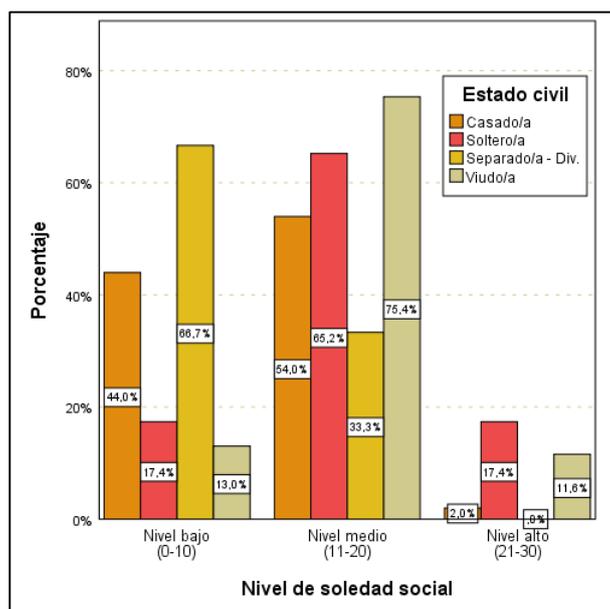


Gráfico 4. Nivel de soledad social según el estado civil

Soledad social – Lugar de residencia

En el análisis de la posible relación entre el lugar de residencia del paciente y la soledad social, se han obtenido los siguientes resultados:

<i>Característica</i>	<i>Nivel de soledad social</i>			<i>X² (sig.)</i>
	<i>Nivel bajo (0-10)</i>	<i>Nivel medio (11-20)</i>	<i>Nivel alto (21-30)</i>	
<i>Lugar de residencia</i>				
Domicilio particular	64 (39,3%)	92 (56,4%)	7 (4,3%)	20,649 (<0,001)
Residencia	3 (6,8%)	34 (77,3%)	7 (15,9%)	

Tabla 7. Nivel de soledad social según el lugar de residencia

Realizando un análisis de los porcentajes de los dos grupos a comparar, se observa que hay bastantes diferencias en los perfiles de soledad social de los pacientes según su lugar de residencia. Aunque el mayor porcentaje de los dos grupos está en el “Nivel medio”; sin embargo, hay diferencias entre los dos grupos, hay un 32,5% más de pacientes de “Nivel bajo” entre los pacientes que residen en Domicilio particular y, por el contrario, hay un 11,6% más de “Nivel alto” entre los pacientes que viven en Residencia. Realizada

la prueba de independencia entre variables, se comprueba que se obtiene un resultado significativo; por lo que se concluye que hay relación entre las dos variables y, por tanto, que el Lugar de residencia influye significativamente en el nivel de soledad social del paciente. **El vivir en Residencia se asocia a los niveles medio y alto y el vivir en domicilio se asocia al nivel de soledad social bajo.**

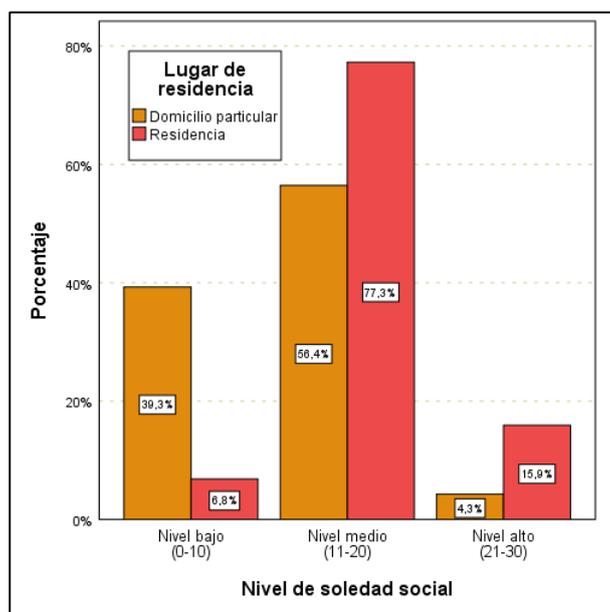


Gráfico 5. Nivel de soledad social según el lugar de residencia

Soledad social – Con quién convive

En el análisis de la posible relación entre el tipo de convivencia del paciente y la soledad social, se han obtenido los siguientes resultados:

<i>Característica</i>	<i>Nivel de soledad social</i>			<i>X² (sig.)</i>
	<i>Nivel bajo (0-10)</i>	<i>Nivel medio (11-20)</i>	<i>Nivel alto (21-30)</i>	
<i>Con quién convive</i>				
Sólo/a	19 (37,3%)	26 (51,0%)	6 (11,8%)	29,043 (<0,001)
Pareja	38 (44,7%)	46 (54,1%)	1 (1,2%)	
Familia nuclear	4 (23,5%)	13 (76,5%)	0 (0,0%)	
Residencia	5 (10,9%)	34 (73,9%)	7 (15,2%)	

Característica	Nivel de soledad social			X ² (sig.)
	Nivel bajo (0-10)	Nivel medio (11-20)	Nivel alto (21-30)	
Otros	1 (12,5%)	7 (87,5%)	0 (0,0%)	

Tabla 8. Nivel de soledad social según el tipo de convivencia

Realizando un análisis de los porcentajes de los cuatro niveles de soledad en cada una de las filas, se observa que, mientras que en los pacientes “Casado/a” y “Separado/Divorciado” hay más de un 40% de pacientes con “Nivel bajo”, en “Soltero/a” y “Viudo/a” pasan del 60% los pacientes con “Nivel medio” de soledad social. Por último, son en estos dos últimos estados civiles en los que hay más del 10% de pacientes con un “Nivel alto” de soledad social. Realizada la prueba de independencia entre variables, se comprueba que se obtiene un resultado significativo; por lo que se concluye que hay relación entre las dos variables. En el análisis de residuos estandarizados se observan las asociaciones marcadas en negrita en la tabla; de forma **que la “Pareja” se asocia al nivel bajo, “Sólo/a” y “Residencia” al nivel alto y, el resto de tipos de convivencia se asocian al nivel medio.**

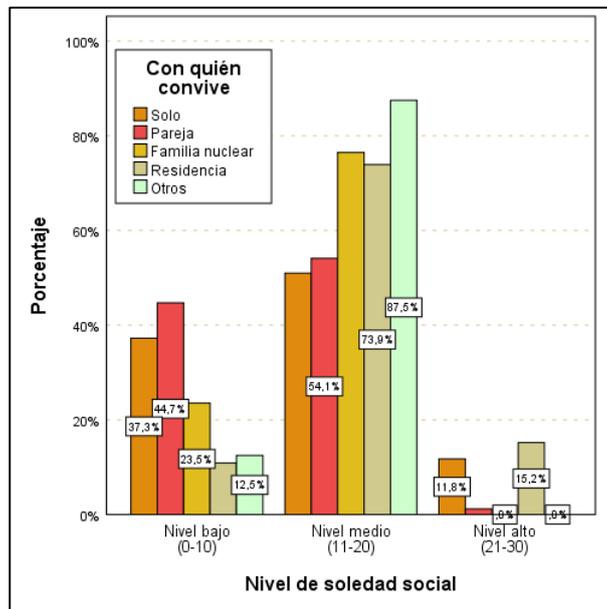


Gráfico 6. Nivel de soledad social según el tipo de convivencia

Soledad social – Número de hijos

En el análisis de la posible relación entre el número de hijos del paciente y la soledad social, se han obtenido los siguientes resultados:

<i>Característica</i>	<i>Nivel de soledad social</i>			<i>Z</i> <i>(sig.)</i>
	<i>Nivel bajo</i> <i>(0-10)</i>	<i>Nivel</i> <i>medio</i> <i>(11-20)</i>	<i>Nivel alto</i> <i>(21-30)</i>	
<i>Número de hijos</i>				
Mediana	3,0	3,0	2,0	13,094
Rango intercuartílico	2,0	1,0	2,0	(<0,001)
Media (Desv. Típ.)	3,1 (1,2)	2,6 (1,0)	2,1 (0,8)	

Tabla 9. Número de hijos en cada nivel de soledad social

Analizando los valores medianos (y medios) del número de hijos de los pacientes en cada nivel de soledad social, se observa que hay una progresión a la baja en el número de hijos según se incrementa el nivel de soledad social (el coeficiente de correlación de Spearman así lo indica también, al tener un valor de -0,282). Es decir, **a menor número de hijos, mayor nivel de soledad social**. Al realizar la prueba de Kruskal-Wallis, se obtiene una significación estadística que indica que, en efecto, la relación es significativa. Al realizar las comparaciones múltiples entre los niveles medianos de los tres niveles de soledad, se comprueba que es en el Nivel bajo en el que se presenta un número significativamente mayor de hijos que en los otros dos niveles de soledad, no habiendo diferencias significativas entre estos últimos. En el gráfico de barras de error se aprecia bien lo comentado.

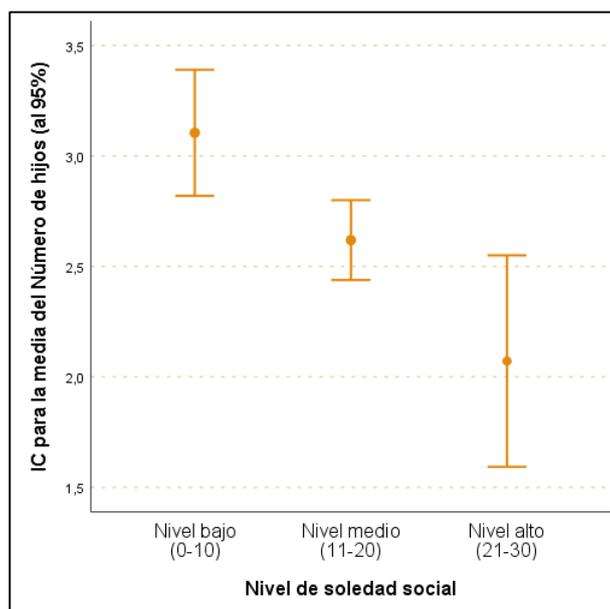


Gráfico 7. Número de hijos en cada nivel de soledad social

Soledad social – Nivel de estudios

En el análisis de la posible relación entre el Nivel de estudios del paciente y la soledad social, se han obtenido los siguientes resultados:

<i>Característica</i>	<i>Nivel de soledad social</i>			<i>X² (sig.)</i>
	<i>Nivel bajo (0-10)</i>	<i>Nivel medio (11-20)</i>	<i>Nivel alto (21-30)</i>	
<i>Nivel de estudios</i>				
Sin estudios (lee y escribe)	5 (17,9%)	21 (75,0%)	2 (7,1%)	15,228 (0,019)
Graduado escolar	22 (23,7%)	62 (66,7%)	9 (9,7%)	
Estudios secundarios	20 (44,4%)	23 (51,1%)	2 (4,4%)	
Estudios universitarios	20 (48,8%)	20 (48,8%)	1 (2,4%)	

Tabla 10. Nivel de soledad social según el nivel de estudios

Realizando un análisis de los porcentajes de los cuatro niveles de soledad en cada una de las filas, se observa que, siendo, en todas ellas, mayoritario el porcentaje de pacientes con “Nivel medio”; sin embargo, en las cuantías se observan diferencias. Se observa que el porcentaje desciende a medida que aumenta el nivel de estudios y, así, se pasa de un 75% en “Sin estudios” a un 48,8% en “Estudios universitarios”. Y justo ocurre lo contrario en

el “Nivel bajo”, ya que los porcentajes de este nivel aumentan conforme aumenta el Nivel de estudios (desde el más bajo 17,9% de “Sin estudios” al más alto 48,8% de “Estudios universitarios”). Realizada la prueba de independencia entre variables, se comprueba que se obtiene un resultado significativo; por lo que se concluye que hay relación entre las dos variables. En el análisis de residuos estandarizados se observan las asociaciones marcadas en negrita en la tabla; de forma que **los pacientes con menor nivel de estudios se asocian a los niveles más altos de soledad social y los pacientes con mayor nivel de estudios se asocian al nivel bajo de soledad social.**

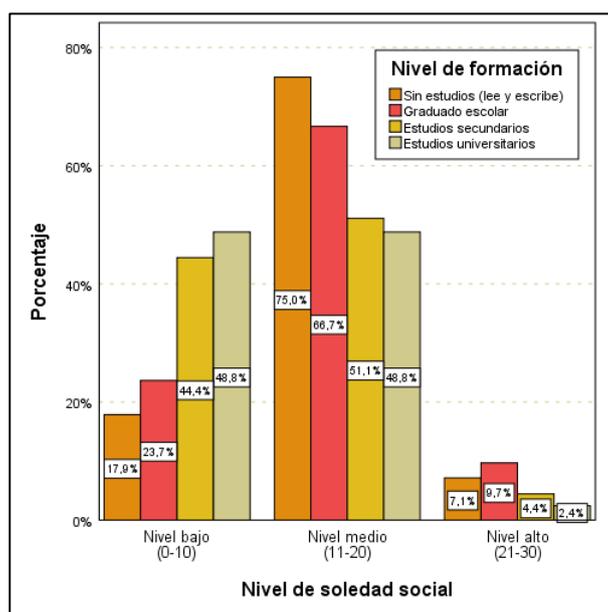


Gráfico 8. Nivel de soledad social según el nivel de estudios

Soledad social – Nivel de ingresos

En el análisis de la posible relación entre el Nivel de ingresos del paciente y la soledad social, se han obtenido los siguientes resultados:

<i>Característica</i>	<i>Nivel de soledad social</i>			X^2 (sig.)
	<i>Nivel bajo</i> (0-10)	<i>Nivel medio</i> (11-20)	<i>Nivel alto</i> (21-30)	
<i>Nivel de ingresos</i>				
Pensión mínima	11 (17,7%)	42 (67,7%)	9 (14,5%)	21,470 (0,002)
Pensión media	28 (30,8%)	59 (64,8%)	4 (4,4%)	
Pensión alta	25 (51,0%)	23 (46,9%)	1 (2,0%)	

<i>Característica</i>	<i>Nivel de soledad social</i>			<i>X² (sig.)</i>
	<i>Nivel bajo (0-10)</i>	<i>Nivel medio (11-20)</i>	<i>Nivel alto (21-30)</i>	
Pensión máxima	3 (60,0%)	2 (40,0%)	0 (0,0%)	

Tabla 11. Nivel de soledad social según el nivel de ingresos

Realizando un análisis de los porcentajes de los cuatro niveles de soledad en cada una de las filas, se observa que, mientras que en los dos niveles más bajos de ingresos son mayoría los pacientes que muestran un “Nivel medio” de soledad social; en los dos niveles más altos de ingresos lo son los que presentan un “Nivel bajo” de soledad social. Por último, sólo en “Pensión mínima” se observa un porcentaje importante (14,5%) de pacientes con “Nivel alto” de soledad social. Realizada la prueba de independencia entre variables, se comprueba que se obtiene un resultado significativo; por lo que se concluye que hay relación entre las dos variables. En el análisis de residuos estandarizados se observan las asociaciones marcadas en negrita en la tabla; de forma que **los pacientes con ingresos más altos se asocian al nivel bajo y los pacientes con menores ingresos a los niveles altos.**

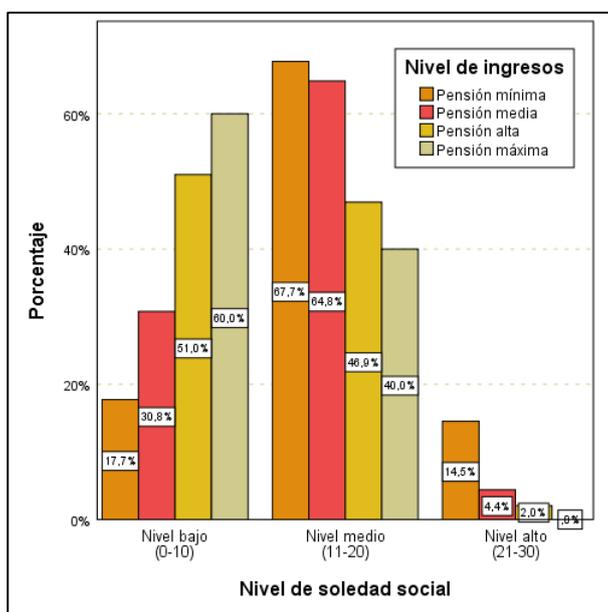


Gráfico 9. Nivel de soledad social según el nivel de ingresos

3. ANÁLISIS DE FIABILIDAD DE LA ESCALA ESTE II.

El análisis de la escala mostró en primer lugar que los ítems del cuestionario correlacionan todos de manera positiva, como puede observarse en el siguiente gráfico (gráfico 1).

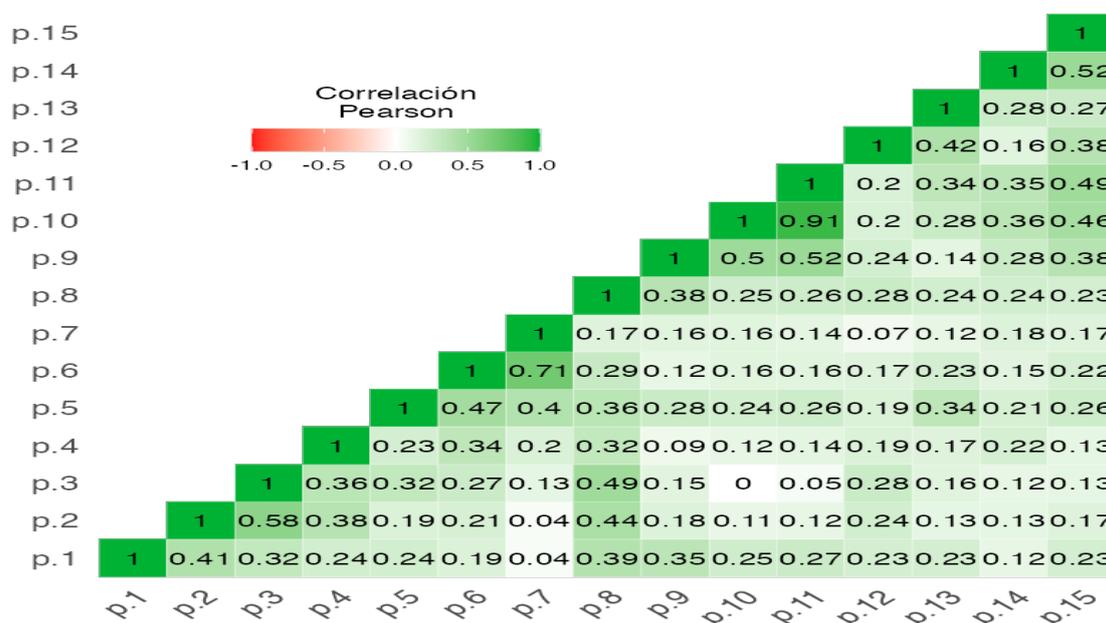


Gráfico 10. Mapa de calor de Correlación de la Escala ESTE II

El análisis de fiabilidad indicó validez y una buena consistencia interna de la escala en la población de estudio, con un Alpha de Cronbach de 0,837. En la población estudiada es factible realizar un análisis factorial exploratorio puesto que la prueba de esfericidad de Barlett fue significativa ($p < 0,001$) y la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de 0,785. En la tabla XX se muestran los resultados del análisis de fiabilidad de los diferentes ítems de la escala.

Si se descarta el elemento	
α de Cronbach	
p.1	0.829
p.2	0.831
p.3	0.831
p.4	0.832

Si se descarta el elemento	
α de Cronbach	
p.5	0.825
p.6	0.828
p.7	0.835
p.8	0.824
p.9	0.825
p.10	0.822
p.11	0.820
p.12	0.831
p.13	0.829
p.14	0.829
p.15	0.822

Tabla 12: Estadísticas de Fiabilidad de Elemento

El análisis factorial exploratorio aportó tres componentes o factores, explicando el 55,3% de la varianza. En la tabla XXX se presentan las cargas factoriales de cada uno de los ítems de la escala y su agrupación en los tres factores que resultan de dicho análisis. El gráfico de sedimentación (gráfico 2) ilustra cómo, en base a los valores propios (menores a 1) de cada uno de los ítems, es recomendable elegir el uso preferente de tres factores (28,29,30).

	Componente			Unicidad
	1	2	3	
p.1		0.600		0.552
p.2		0.804		0.352
p.3		0.802		0.324

	Componente			Unicidad
	1	2	3	
p.4		0.527	0.317	0.620
p.5			0.597	0.495
p.6			0.868	0.198
p.7			0.884	0.207
p.8		0.664		0.456
p.9	0.658			0.514
p.10	0.879			0.225
p.11	0.888			0.207
p.12	0.336	0.424		0.706
p.13	0.418			0.722
p.14	0.559			0.643
p.15	0.691			0.481

Tabla 13. Cargas de los Componentes

Nota. Se utilizó la rotación ‘varimax’

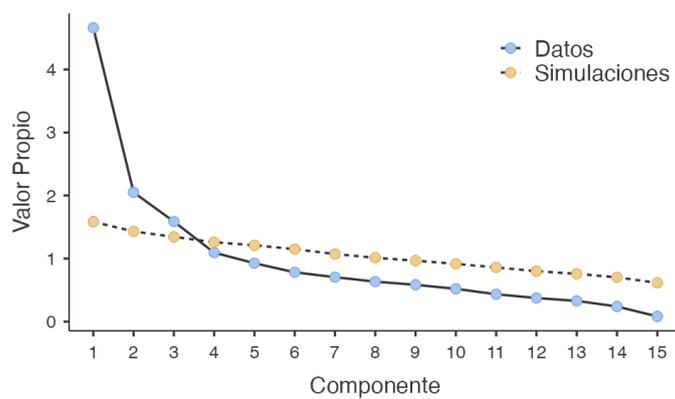


Gráfico 11. Gráfica de Sedimentación del AFE de la Escala ESTE II

3. ANÁLISIS DE LAS DIFERENCIAS SEGÚN SEXO

En el análisis de las posibles diferencias en el resto de las variables sociodemográficas según la identidad de género, se van a emplear técnicas similares al del análisis bivalente del punto anterior. Para ello se van a realizar tablas de contingencia (o tablas cruzadas) como análisis descriptivo; acompañadas de respectivos gráficos de barras agrupadas y, para el análisis inferencial se empleará la prueba Chi-cuadrado de independencia. En el caso de las variables cuantitativas (número de hijos) se comprobará, inicialmente, la Normalidad de la variable mediante la prueba de Shapiro-Wilk y si se acepta la normalidad realizará un ANOVA de un factor y si se rechaza la normalidad se realizará la prueba de Kruskal-Wallis y se acompañarán los resultados de un gráfico de barras de error.

Análisis según sexo

En el análisis de las diferentes variables sociodemográficas de los pacientes según el sexo de los mismos, se han obtenido los siguientes resultados:

	<i>Sexo</i>		
	Hombres <i>N = 96</i>	Mujeres <i>N = 111</i>	<i>p-valor</i>
Edad			
< 70 años	19 (19,8)	25 (22,5)	0,346
70-80 años	39 (40,6)	35 (31,5)	
80-90 años	25 (26,0)	27 (24,3)	
> 90 años	13 (13,5)	24 (21,6)	
Estado civil			
Casado/a	53 (55,2)	47 (42,3)	0,234
Soltero/a	8 (8,3)	15 (13,5)	
Separado/a-Divorciado/a	5 (5,2)	10 (9,0)	
Viudo/a	30 (31,3)	39 (35,1)	
Con quién convive			
Sólo	29 (30,2)	22 (19,8)	0,026
Pareja	43 (44,8)	42 (37,8)	
Familia nuclear	9 (9,4)	8 (7,2)	

Residencia	12 (12,5)	34 (30,6)	
Otros	3 (3,1)	5 (4,5)	
Número de hijos			
Mediana (RI)	3,0 (1,0)	3,0 (1,0)	0,451
Media (DT)	2,8 (1,0)	2,7 (1,2)	
Nivel de formación			
Sin estudios (lee y escribe)	8 (8,3)	20 (18,0)	
Graduado escolar	37 (38,5)	56 (50,5)	0,004
Estudios secundarios	23 (24,0)	22 (19,8)	
Estudios universitarios	28 (29,2)	13 (11,7)	
Nivel de ingresos			
Pensión mínima	15 (15,6)	47 (42,3)	
Pensión media	51 (53,1)	40 (36,0)	<0,001
Pensión alta	26 (27,1)	23 (20,7)	
Pensión máxima	4 (4,2)	1 (0,9)	
Lugar de residencia			
Domicilio particular	85 (88,5)	78 (70,3)	0,001
Residencia	11 (11,5)	33 (29,7)	
Nivel de Soledad Social			
Nivel bajo	34 (35,4)	33 (29,7)	
Nivel medio	56 (58,3)	70 (63,1)	0,679
Nivel alto	6 (6,3)	8 (7,2)	
Variables cualitativas: n (%) y Prueba Chi-cuadrado		Variables	
cuantitativas: Prueba de Mann-Whitney			

Tabla 14. Variables según sexo

Se observa en la tabla que el sexo tiene relación: con el “tipo de convivencia” (el hombre se asocia a vivir sólo y la mujer a la residencia), el “nivel de formación” (el hombre se asocia a los estudios universitarios y la mujer a los niveles más bajos), el “nivel de ingresos” (el hombre se asocia a la pensión media y la mujer a la pensión mínima) y el “lugar de residencia” (el hombre se asocia al domicilio y la mujer a la residencia).

9. DISCUSIÓN

Las personas mayores reúnen una serie de rasgos y características comunes que condicionan la esfera psicosocial. Por lo tanto es necesario conocer los aspectos generales, relacionados con el perfil de este grupo poblacional, para así comprender los resultados obtenidos.

Se ha realizado una investigación sobre el nivel de soledad auto percibida en pacientes mayores de 65 años que posteriormente hemos estudiado, más en profundidad, dividido según sexo para obtener las características principales, sobre los factores socio-demográficos de los dos grupos de interés.

Se procede a realizar una interpretación y discusión de los principales hallazgos obtenidos:

El primer estudio sobre la vejez en España se realizó en 1975 y es conocido como el Informe GAUR. En dicho informe se recogen diferentes aspectos de la vida de las personas mayores en aquellos años. Entre esos datos se preguntaba por la percepción de soledad demostrando que el 8% de las personas de más edad decía percibir soledad casi siempre o con frecuencia y un 20% alguna vez (31). En 1998 el IMSERSO con el CIS realizó un estudio monográfico sobre la soledad el cual reflejó que los mayores que se sentían regular, bastante y muy solos alcanzaban el 30% (32). Sin embargo, este sentimiento llegó a sus más altos niveles en el estudio del CIS del 2002 en el que un 40% de los mayores dijo sentirse solo con frecuencia y algunas veces (33).

Nuestro estudio sigue una trayectoria ascendente a los estudios previamente citados ya que la escala de Soledad Social muestra un nivel medio – alto en un 67,7% de los entrevistados frente a un 32,4% que muestran un nivel bajo.

En el caso de la edad en nuestro estudio se ha demostrado que los pacientes de menor edad se asocian al nivel bajo y los pacientes de mayor edad se asocian a los niveles medio y alto. Los resultados del estudio están en consonancia con otros estudios de ámbito internacional que han mostrado una mayor prevalencia de soledad no deseada en edades avanzadas. Como es el caso de un estudio publicado en 2013 en Colombia donde se demostró que las personas que presentan un mayor índice en el total de soledad

pertenecían al grupo de adultos mayores de 75 años (34). También respaldan nuestros hallazgos un estudio llevado a cabo en Portugal (35) y dos estudios realizados en el norte de Europa (36,37) donde se observó que los grupos de personas más jóvenes tendían a reportar menos sentimientos de soledad en comparación con los grupos de mayor edad.

Sin embargo, un estudio nacional realizado en 2014 mostró que con el paso del tiempo y debido a la pérdida progresiva de amigos, familiares y personas que comparten valores y formas de vida, las personas pueden volverse más aisladas (38). Entonces, posiblemente no sea la edad la que influya en la soledad de los adultos mayores, sino los factores relacionados con la edad, como la viudez o la incapacidad física que pueden interferir con las oportunidades de contactos sociales (39).

Nuestro estudio también constata que el estado civil afecta a la forma en la que se percibe la soledad ya que los pacientes casados y separados/divorciados se asocian al nivel bajo y los pacientes solteros y viudos se asocian a los niveles medio y alto. Varios hallazgos de investigación han enfatizado el vínculo entre la viudez y la soledad (40,41). La pérdida de la pareja en la vejez es un factor central que conduce a la soledad y así lo muestran varios estudios revisados, afectando en mayor medida a quienes enviudan tras varias décadas de matrimonio, pasando a vivir en solitario prácticamente de inmediato y sin haberlo hecho nunca antes (42). Un estudio realizado en Chile proporcionó evidencia que refuerza nuestra hipótesis de que el estado civil es un predictor importante de soledad ya que el 82,9% de la muestra que se siente sola estaba compuesta por las personas solteras, separadas y viudas (43).

En relación al anterior factor el núcleo de convivencia y lugar de residencia también ha mostrado una relación significativa con el nivel de soledad social ya que los pacientes que viven en pareja se asocia al nivel bajo de soledad y vivir sólo/a o en Residencia se asocian a niveles altos de soledad. Sin embargo el vivir en domicilio se asocia a niveles más bajos de soledad social que el vivir en residencias de mayores. Estos resultados están en consonancia con muchos trabajos internacionales donde se ha encontrado que la viudez tiende a desencadenar este sentimiento de soledad (44,45) y que sobre todo lo experimentan aquellas personas que habitan en hogares unipersonales (46, 47). Así mismo un estudio reciente realizado en Colombia demostró que la desintegración del núcleo familiar afecta a todos sus miembros, y mucho más a los adultos mayores (48).

Por todo lo anterior, se puede confirmar que la familia es un factor esencial en el panorama de la percepción de la soledad social, confirmando lo señalado por Looor y Rodríguez (49) en cuanto que la familia genera apoyo y sustento vital, y además es por su medio que los adultos mayores experimentan aislamiento social (50). Datos que se apoyan en el estudio de Gene-Abadia et all (11) donde las personas que se sentían profundamente solas convivían con menos personas. Así pues nuestro estudio también muestra una relación significativa entre el número de hijos y el nivel de soledad auto percibida ya que a menor número de hijos, mayor nivel de soledad social.

Entre los atributos sociodemográficos que predijeron una mayor soledad en las personas mayores también se incluyen los niveles bajos de educación (48). Que a su vez se relacionan fuertemente con la condición de vulnerabilidad (51). Datos que respaldan los hallazgos de nuestro estudio donde se observa que los pacientes con menor nivel de estudios se asocian a los niveles más altos de soledad social y los pacientes con mayor nivel de estudios se asocian al nivel bajo de soledad social.

De forma similar se comporta el atributo de nivel de ingresos donde los pacientes con ingresos más altos se asocian al nivel bajo de soledad social y los pacientes con menores ingresos a los niveles más altos. Cabe destacar que en nuestro estudio sólo en “Pensión mínima” se observa un porcentaje importante del 14,5% de pacientes con nivel alto de soledad social. Una investigación realizada con grupos focales en Tel-aviv mostro que el nivel educativo y los ingresos pueden afectar al sentimiento de soledad social. Los participantes en los grupos focales comentaron que el analfabetismo limitaba las oportunidades sociales y de actividad para las personas mayores y los bajos ingresos limitan la capacidad de asistir a funciones sociales. Además los recursos financieros afectaban a la soledad a través del impacto en la autoestima y la autoeficacia, lo que, a su vez, puede conducir a la reducción de los contactos sociales (9).

El sexo es otra variable relevante en el estudio del envejecimiento, y con resultados controvertidos. Diversos estudios indican que existen diferencias de sexo en algunos indicadores de envejecimiento saludable, como es el caso de la soledad auto-percibida, con peores resultados en el caso de las mujeres (40). Así lo corrobora un estudio transversal realizado en nuestro país en 2018 donde el riesgo de sentirse solo/a fue desigual por sexo. Así, la prevalencia de soledad no deseada fue mayor en las mujeres.

Esta mayor prevalencia en las mujeres ocurrió en todos los grupos de edad y especialmente en el de 65 a 79 años (17).

Sin embargo, en el caso de nuestro estudio se observa la semejanza en el perfil de soledad social entre hombres y mujeres. Tras realizar la prueba de independencia entre variables, se ha comprobado que no hay diferencias estadísticamente significativas en el nivel de soledad social entre estos grupos de personas entrevistadas. Como es el caso de un estudio realizado en Chile donde no hubo relación estadística significativa entre el sexo femenino y masculino (43) u otro estudio transversal realizado en EEUU donde tampoco encontraron relación estadística según sexo (24).

Pero sin embargo al realizar un análisis más exhaustivo sobre la relación entre las diferentes variables y el sexo de los participantes, se ha observado que el tipo de convivencia, el nivel de formación, el nivel de ingresos y el lugar de residencia son diferentes entre mujeres y hombres y también el nivel de soledad que experimentan las personas mayores. Así, cabría profundizar en el análisis de cómo estas variables socio-demográficas operan en la diferenciación por sexo de la percepción del estado de soledad que tienen las personas mayores según sean mujeres u hombres. Conocer esta situación ampliaría las posibles formas de intervención específica para paliar los efectos de las desigualdades de género en salud en este grupo de población. Por lo tanto las tendencias que hemos obtenido informan de que el sexo masculino vive solo y en domicilio además de cursar estudios universitarios y tener una pensión de nivel medio. Sin embargo las mujeres viven en residencia, cursan estudios obligatorios y tienen una pensión mínima. Las mujeres tienen en mayor proporción niveles medios o altos de soledad social, mientras que los hombres tienen en mayor proporción niveles bajos (52).

Con este estudio se obtuvo evidencia de la validez de la estructura interna de la escala y se estimó la confiabilidad de la escala de soledad ESTE II adaptada a nuestra población de estudio. El análisis de fiabilidad indicó validez y una buena consistencia interna de la escala en la población de estudio, con un Alpha de Cronbach de 0,837. Muy cercano al estudio realizado en Granada (22) para la validación de la escala en la que se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0,72.

El análisis factorial exploratorio del estudio aportó tres componentes o factores, explicando el 55,3% de la varianza, de la misma forma que lo hizo el estudio de Granada

(22) en el que análisis factorial de los componentes explicó el 42,86% de la varianza. Además el gráfico de sedimentación ilustra cómo, en base a los valores propios (menores a 1) de cada uno de los ítems, es recomendable elegir el uso preferente de tres factores. Sin embargo en nuestro estudio los ítems se organizaron de diferente forma entre los tres factores.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Cabe destacar que el estudio se llevó a cabo en un país del sur de Europa con una prevalencia bastante alta de soledad en comparación con los países del norte de Europa. De hecho, los hallazgos informados pueden estar culturalmente situados y, por lo tanto, requieren replicación en otras culturas. De igual ocurre con el área básica de salud estudiada, sería interesante comprobar cómo se sienten las personas mayores de 65 años en otros entornos. En la misma línea deberíamos investigar si efectivamente las intervenciones diferenciadas según estos perfiles sociodemográficos son una estrategia realmente efectiva para actuar sobre la soledad social auto percibida como condicionante de salud.

Además, los hallazgos se basan en datos transversales, lo que implica que no se pueden sacar conclusiones sobre la temporalidad o la causalidad. Así pues investigaciones longitudinales futuras podrían aportar más información sobre el impacto y los efectos de la soledad social en el tiempo.

10. CONCLUSIÓN

Los cambios sociales que actualmente están experimentando las personas mayores en cuanto a nuevas tecnologías, nuevas formas de residencia, nuevas constituciones familiares, etc. unido a los cambios a nivel físico, social y económico suponen un gran esfuerzo a nivel adaptativo. Cuando no se consigue esa adaptación a la nueva situación se puede llegar a experimentar Soledad Social.

Tras la revisión bibliográfica podemos establecer que la soledad no tiene una única y determinada definición, ni se puede considerar rigurosamente positiva o negativa, su definición se elabora a partir de las teorías implícitas de los seres humanos que se manifiestan en su estilo de vida, creencias y pensamientos. Por lo tanto conocer el nivel de soledad social que experimentan nuestros pacientes puede ser un buen inicio para establecer una visión general de la situación de la población con la que trabajamos y así poder realizar en el futuro actuaciones encaminadas a mejorar la salud de nuestro pacientes según sus necesidades.

Con este estudio se ha demostrado que la percepción de la soledad social en la población de estudio se encuentra estrechamente relacionada con una serie de factores sociodemográficos. Existen unos factores más vulnerables que predisponen la aparición del sentimiento de soledad en pacientes mayores de 65 años.

Nuestro estudio informa de que el sexo masculino vive solo y en domicilio además de cursar estudios universitarios y tener una pensión de nivel medio. Sin embargo las mujeres viven en residencia, cursan estudios obligatorios y tienen una pensión mínima. Las mujeres tienen en mayor proporción niveles medios o altos de soledad social, mientras que los hombres tienen en mayor proporción niveles bajos.

Conocer la situación en la que se encuentran nuestros mayores ampliaría las posibles formas de intervención específica para paliar los efectos de la desigualdad de género en salud en este grupo de población. Su identificación puede ser de utilidad en las consultas de Atención Primaria para identificar de forma precoz la aparición de dicho sentimiento en las comunidades.

Además una vez confirmada la fiabilidad de la escala en nuestra población puede servirnos como herramienta principal para la detección de soledad social en nuestras

consultas de enfermería.

Nos encontramos con pocos estudios que hayan considerado el efecto que tiene la soledad social para la población mayor. Por ello con este estudio pretendemos dar un paso más en el ámbito de la soledad estableciendo las claves para su identificación e incluyendo un método de medida fiable a la hora de analizar un sentimiento tan subjetivo como es la soledad social. Además se aporta nuevas estrategias para promover el envejecimiento saludable.

11. BIBLIOGRAFIA

1. Gajardo Jauregui Jean. Velhice e solidão: implicações a partir da construção da noção de risco. *Acta bioeth.* [Internet]. Nov 2015 [citado 19 Oct 2022]; 21(2): 199-205. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2015000200006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2015000200006>.
2. Rubio Herrera R, Cerquera Córdoba AM, Muñoz Mejía R, Pinzón Benavides EA. Concepciones populares sobre soledad de los adultos mayores de España y Bucaramanga, Colombia. *Diversitas.* 1 Jul 2011;7(2):307.
3. González-Tovar J, Garza-Sánchez RI. La medición de soledad en personas adultas mayores. *Interdisciplinaria Revista de Psicología y Ciencias Afines.* 10 May 2021;38(3):169–84.
4. Chaparro Díaz L, Carreño Moreno S, Arias-Rojas M. Soledad en el adulto mayor: implicaciones para el profesional de enfermería. *Revista Cuidarte* [Internet]. 3 May 2019 [citado 14 Oct 2022];10(2). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v10n2/2346-3414-cuid-10-2-e633.pdf>
5. Perfiles de soledad y aislamiento social en población urbana. *Atención Primaria* [Internet]. 1 Abr 2020;52(4):224–32. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656718303810>
6. Un perfil de las personas mayores en España, 2022. Indicadores estadísticos básicos - EnR [Internet]. 2022 [citado 12 Oct 2022]. Disponible en: <https://envejecimientoenred.csic.es/un-perfil-de-las-personas-mayores-en-espana-2022-indicadores-estadisticos-basicos/>
7. Mendizábal MRL. Envejecimiento activo: un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez. *Aula abierta* [Internet]. 2018 [citado 12 Oct 2022];47(1):45–54. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6292831>
8. Azcuy Aguilera Lucrines, Valdés Hernández Vivian Alene, Camellón Pérez Ariagnis, Roque Doval Yamila, Borges Machín Anaiky Yanelín, Zurbano Cobas Lilian. Intervención educativa comunitaria para un envejecimiento activo y con calidad de vida. *EDUMECENTRO* [Internet]. 2021 Sep [citado 14 Oct 2022]; 13(3): 81-101. Disponible en:

- http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742021000300081&lng=es.
9. Década de Envejecimiento Saludable (2021-2030) [Internet]. www.who.int. Available from: <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
 10. Mostacero Morcillo E, Martínez Martín ML, Mostacero Morcillo E, Martínez Martín ML. Rol de la enfermera en el envejecimiento activo y saludable. Revisión narrativa. Gerokomos [Internet]. 2019 [citado 14 Oct 2022];30(4):181–9. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2019000400181&lng=es&tlng=es.
 11. Gené-Badia J, Ruiz-Sánchez M, Obiols-Masó N, Oliveras Puig L, Lagarda Jiménez E. Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria? Atención Primaria [Internet]. 1 Nov 2016;48(9):604–9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6877840/>
 12. Real Academia Española [Internet]. [Www.rae.es](http://www.rae.es). 2010. Disponible en: <https://www.rae.es>
 13. Trujillo YI, Casique L, Morales A, Álvarez A. Soledad en el adulto mayor: Análisis de concepto. Revista científica eureka [Internet]. 2021 Jun 1;18:257-271. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/352694522_Soledad_en_el_adulto_mayor_Analisis_de_concepto.
 14. Camargo-Rojas CM, Chavarro-Carvajal DA, Camargo-Rojas CM, Chavarro-Carvajal DA. El sentimiento de soledad en personas mayores: conocimiento y tamización oportuna. Universitas Medica [Internet]. 2020 Jun 1 [citado 10 Oct 2022];61(2):64–71. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-08392020000200007
 15. Due TD, Sandholdt H, Siersma VD, Waldorff FB. How well do general practitioners know their elderly patients' social relations and feelings of loneliness? BMC Family Practice [Internet]. 2018 Feb 26 [citado 10 Oct 2022];19. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5828068/>
 16. Arruebarrena AV, Cabaco AS. La soledad y el aislamiento social en las personas mayores. Studia Zamorensia [Internet]. 2020 [citado 2022 Oct 12];(19 (Studia

- Zamorensia (segunda etapa)):15–32. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7718190>
17. Martín Roncero U, González-Rábago Y. Soledad no deseada, salud y desigualdades sociales a lo largo del ciclo vital. *Gaceta Sanitaria*. 2021 Sep;35(5):432–7.
 18. Gené-Badia, J., Comice, P., Belchín, A., Erdozain, M. Á., Cáliz, L., Torres, S., & Rodríguez, R. Perfiles de soledad y aislamiento social en población urbana. *Atención Primaria* [Internet]. 1 Abr 2020 [citado 2022 Oct 10];52(4):224–32. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656718303810>
 19. López-Martínez Alicia E, Serrano-Ibáñez Elena R. Impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental. *Escritos de Psicología* [Internet]. 2021 Dic [citado 2022 Oct 10];14(2):48-50. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092021000200001&lng=es.
 20. Ausín B, González-Sanguino C, Castellanos MÁ, Muñoz M. Estudio longitudinal de la percepción de soledad durante el confinamiento derivado de la Covid-19 en una muestra de población española. *Acción Psicológica*. 2021 Jun 30;18(1).
 21. Holmes EA, O’Connor RC, Perry VH, Tracey I, Wessely S, Arseneault L, et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2020 Abr;7(6):547–60. Disponible en: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpsy/PIIS2215-0366\(20\)30168-1.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpsy/PIIS2215-0366(20)30168-1.pdf)
 22. Mercedes Pinel Zafra, Laura Rubio Rubio y Ramona Rubio Herrera. Un instrumento de medición de soledad social: escala ESTE II. Universidad de Granada. 2010 [citado 2022 Oct 15]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-este2.pdf>
 23. Rubio, R. y Aleixandre, M. (1999). La escala “Este”, un indicador objetivo de soledad en la tercera edad. *Geriatrka. Revista Iberoamericana de Geriatría y Gerontología*, 15, 26-35.
 24. Mullen RA, Tong S, Sabo RT, Liaw WR, Marshall J, Nease DE, et al. Loneliness in Primary Care Patients: A Prevalence Study. *The Annals of Family Medicine* [Internet]. 2019 Mar [citado 2022 Oct 12];17(2):108–15. Disponible en: <http://www.annfammed.org/content/17/2/108.full>

25. Abierto O de P Transparencia y Gobierno. Cifras de Zaragoza. Datos Demográficos del Padrón Municipal de Habitantes. 2022. Publicación municipal. Ayuntamiento de Zaragoza [Internet]. www.zaragoza.es. [citado 1 Nov 2022]. Disponible en: <https://www.zaragoza.es/sede/servicio/publicacion-municipal/12035>
26. Oracle Analytics [Internet]. bi.aragon.es. [citado 2 Nov 2022]. Disponible en: https://bi.aragon.es/analytics_pub/saw.dll?Go
27. Número de hogares por provincias según tipo de hogar y número de habitaciones de la vivienda [Internet]. INE. [citado 2 Nov 2022]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/p274/serie/def/p03/l0/&file=03003.px#>
28. The jamovi project (2022). *jamovi*. (Version 2.3) [Computer Software]. Disponible en: <https://www.jamovi.org>.
29. R Core Team (2021). *R: A Language and environment for statistical computing*. (Version 4.1) [Computer software]. Disponible en: <https://cran.r-project.org>. (R packages retrieved from MRAN snapshot 2022-01-01).
30. Revelle, W. (2019). *psych: Procedures for Psychological, Psychometric, and Personality Research*. [R package]. Disponible en: <https://cran.r-project.org/package=psych>.
31. Confederación Española de Cajas de Ahorros. La situación del anciano en España. Informe GAUR. Madrid: Centro de Estudios GAUR; 1975.
32. CIS. La soledad en las personas mayores. Estudio 2.279. Madrid: CIS Febrero-Marzo; 1998.
33. CIS. Actitudes y valores en las relaciones interpersonales II. Estudio 2442. Madrid: CIS; 2002
34. Jiménez JLC, Gallego MMV, Villa EH, Echeverri ÁQ. El sentimiento de soledad en adultos. *Medicina UPB* [Internet]. 15 Jun 2013 [citado 1 Nov 2022];32(1):9–19. Disponible en: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/medicina/article/view/1584/1392>
35. Ferreira-Alves J, Magalhães P, Viola L, Simoes R. Loneliness in middle and old age: Demographics, perceived health, and social satisfaction as predictors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. Nov 2014;59(3):613–23.

36. Nicolaisen M, Thorsen K. Who are Lonely? Loneliness in Different Age Groups (18–81 Years Old), Using Two Measures of Loneliness. *The International Journal of Aging and Human Development*. Abr 2014;78(3):229–57.
37. Lasgaard M, Friis K, Shevlin M. “Where are all the lonely people?” A population-based study of high-risk groups across the life span. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* [Internet]. 29 Agos 2016;51(10):1373–84. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00127-016-1279-3>
38. Losada A, Márquez-González M, García-Ortiz L, Gómez-Marcos MA, Fernández-Fernández V, Rodríguez-Sánchez E. Loneliness and Mental Health in a Representative Sample of Community-Dwelling Spanish Older Adults. *The Journal of Psychology*. 2012 May;146(3):277–92.
39. Cohen-Mansfield J, Hazan H, Lerman Y, Shalom V. Correlates and predictors of loneliness in older-adults: a review of quantitative results informed by qualitative insights. *International Psychogeriatrics* [Internet]. 1 Oct 2015;28(4):557–76. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/international-psychogeriatrics/article/correlates-and-predictors-of-loneliness-in-olderadults-a-review-of-quantitative-results-informed-by-qualitative-insights/EF57448627F1EF5CFD89F83C3F188175>
40. Nicolaisen M, Thorsen K. Who are Lonely? Loneliness in Different Age Groups (18–81 Years Old), Using Two Measures of Loneliness. *The International Journal of Aging and Human Development*. 2014 Apr;78(3):229–57.
41. Losada A, Márquez-González M, García-Ortiz L, Gómez-Marcos MA, Fernández-Fernández V, Rodríguez-Sánchez E. Loneliness and mental health in a representative sample of community-dwelling Spanish older adults. *J Psychol* [Internet]. 2012 [citado 12 de noviembre 2022];146(3):277–92. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22574421/>
42. Doblás J, Del Pilar M, Conde D. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2018;53(3):128–33. Disponible en: <https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S0211139X1730183X&r=124>
43. Sequeira Daza D. La soledad en las personas mayores: factores protectores de riesgo. Evidencias empíricas en adultos mayores chilenos [Internet]. *digibug.ugr.es*. Granada: Universidad de Granada; 2012 [cited 1 Nov 2022]. Disponible en: <https://digibug.ugr.es/handle/10481/21617>

44. Victor C, Bowling A. A longitudinal analysis of loneliness among older people in Great Britain. *J Psychol.* 2012;146:313–31.
45. Lasgaard M, Friis K, Shevlin M. "Where are all the lonely people?" A population based study of high-risk groups across the life span. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2016;51:1373-84.
46. De Jong Gierveld J, Dykstra PA, Schenk N. Living arrangements, intergenerational support types and older adult loneliness in Eastern and Westerns Europe. *Demogr Res.* 2012;27:167–200.
47. Greenfield EA, Russell D. Identifying living arrangements that heighten risk for loneliness in later life: Evidence from the U. S. National Social Life, Health, and Aging Project. *J Appl Gerontol.* 2011;30:524–34.
48. Gonzales J. Factores de vulnerabilidad asociada a la percepción de soledad social en adultos mayores del departamento del Quindío (Colombia). *Psicología y Salud [Internet].* 22 Jun 2021 [citado 1 Nov 2022];33:119–30. Disponible en: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2778/4637>
49. Lóor López CL, Rodríguez Álava JB. El abandono del adulto mayor y su incidencia en su estado emocional en el Centro Gerontológico Casa Hogar Caleb de la ciudad de Portoviejo en la provincia de Manabí en el año 2018. *Caribeña de Ciencias Sociales [Internet].* 11 Dic 2018. Disponible en: <https://www.eumed.net/rev/caribe/2018/12/abandono-adulto-mayor.html>
50. Bermejo Higuera JC. La soledad en los mayores. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas.* 2016 Agos 7;32(2):126.
51. Cardona D, Segura Á, Segura A, Muñoz D, Jaramillo D, Lizcano D, et al. Índice de vulnerabilidad de adultos mayores en Medellín, Barranquilla y Pasto. *Biomédica.* 2017 Sep 19;38:108–20.
52. Hernández Gómez, M. A., Fernández Domínguez, M. J., Sánchez Sánchez, N. J., Blanco Ramos, M. Á., Perdiz Álvarez, M. C., & Castro Fernández, P. (2021). Soledad y envejecimiento. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 14(3), 146-153.