

# La soledad y el aislamiento social en las personas mayores

## Loneliness and social isolation in the elderly

Aitor Vicente Arruebarrena y Antonio Sánchez Cabaco  
*Universidad Pontificia de Salamanca*

### RESUMEN

El aislamiento social se define como una ausencia objetiva de relaciones/contactos sociales y la soledad como la experiencia subjetiva aversiva que se siente al valorar esas relaciones/contactos sociales como insuficiente en cantidad y/o calidad. Existen variables que pueden predecir su aparición, tanto en el entorno como en la propia persona, del mismo modo que soledad y aislamiento social pueden predecir otros fenómenos. Las personas que las sufren pueden padecer consecuencias como depresión, demencia, problemas cardiovasculares o mortalidad. Por ello, es importante conocer bien este complejo fenómeno y elaborar intervenciones eficaces que ayuden a prevenirlo y/o afrontarlo.

**PALABRAS CLAVE:** aislamiento social; soledad; mayores.

### ABSTRACT

Social isolation is defined as an objective lack of social contacts/relationships, and loneliness refers to a subjective condition in which a person considers his/her social contacts/relationships as insufficient in quality and/or quantity, and therefore experiences negative feelings. Both of them can be predicted by a range of personal or environmental variables, and likewise, they can elicit the appearance of other issues. People who are isolated or lonely (or both) can suffer consequences as depression, dementia, cardiovascular diseases or mortality. Thus, it is important to get to know these complex phenomena and develop effective interventions to either prevent their appearance or face them when they are present.

**KEY WORDS:** social isolation; loneliness; elderly.

Recibido: 26/06/2020  
Evaluado: 17/09/2020  
Aceptado: 30/09/2020

## 0. INTRODUCCIÓN. AISLAMIENTO SOCIAL Y SOLEDAD

En los últimos tiempos el debate sobre la soledad en las personas mayores ha ido ganando protagonismo en los medios de comunicación, y nos encontramos ante una “epidemia” que va en aumento. Aunque no se debe restar importancia a este fenómeno, sobre el que ahondaremos más adelante, no disponemos de evidencias sólidas para afirmar que estamos ante una nueva epidemia de este siglo. Por las deficiencias metodológicas y la falta de consenso al medir la soledad, carecemos de datos longitudinales (tomados a las mismas personas en distintos momentos a lo largo de los años) que confirmen que las personas mayores se sienten más solas que antes. Ahora bien, la realidad también indica que es un problema presente y necesario de abordar cuanto antes: aunque debido a la falta de consenso a la hora de medir la soledad los datos recogidos no son particularmente sólidos, diversos estudios han encontrado tasas de soledad entre las personas mayores de 65

en España de entre un 14%<sup>1</sup> o un 24%<sup>2</sup>, llegando al 40% en algunos casos (para una discusión más profunda de este tema ver<sup>3</sup>).

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<sup>4</sup>. Según las estimaciones que realizó el INE en 2019, para 2050 casi un tercio de la población será mayor de 65 años<sup>5</sup>, con crecidas más notorias entre los años 2030 y 2040 por la llegada de las cohortes del *baby boom*<sup>6</sup>, manteniéndose en esos números por lo menos hasta 2060. Las implicaciones que esto trae consigo son un mayor número de personas mayores de 65 que viven solas<sup>7</sup>: actualmente son alrededor de 1 de cada 5, en su mayor parte mujeres<sup>8</sup> (principalmente por su mayor longevidad).

Aunque algunas revisiones sistemáticas han encontrado que vivir solo aumenta la probabilidad de mortalidad<sup>9</sup> y de desarrollar demencia<sup>10</sup>, otras investigaciones no encuentran esta relación, y concluyen que el hecho de vivir solo para personas que aún sean capaces de manejarse bien en las actividades del día a día puede suponer una estimulación cognitiva que ayude a preservar sus capacidades<sup>11</sup>. Y es que, aunque vivir solo se ha relacionado con el aislamiento social y la soledad, esta relación suele ser leve-moderada; de hecho, en algunos casos las personas mayores que viven solas participan en más actividades sociales que las que viven acompañadas<sup>12</sup>. Además, se ha comprobado que en la relación entre el vivir solo y el aislamiento social y la soledad intervienen otras variables como el estado de salud<sup>13</sup>. Por último, el siguiente dato es ilustrador a la hora de entender que vivir solo no implica sentirse solo: en los países del norte de Europa (Dinamarca, Suecia, Alemania, etc.) el número de personas mayores viviendo solas es mayor y el contacto intergeneracional es menor que en los países del Mediterráneo (España, Italia, Grecia, etc.)<sup>14</sup>. Sin embargo, los niveles de soledad de las personas mayores son más altos en los países del Mediterráneo que en los del norte de Europa<sup>15</sup>.

Para entender la etiología es importante aclarar que estar solo no implica sentirse solo, y viceversa. Generalmente el *aislamiento social* (estar solo) se ha definido como una condición objetiva

<sup>1</sup> RUBIO, Ramona; ALEIXANDRE, Manuel. “Un estudio sobre la soledad en las personas mayores: entre el estar solo y el sentirse solo”. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 2001, vol. 11, n.º 1 pp. 23-28.

<sup>2</sup> DEL BARRIO, Elena; CASTEJÓN, Penélope; SANCHO CASTIELLO, Mayte; TORTOSA, María Ángeles, SUNDSTRÖM, Gerdt; MALMBERG, Bo. “La soledad de las personas mayores en España y Suecia: contexto y cultura”. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 2010, vol. 45, n.º 4, pp. 189-195.

<sup>3</sup> ORTIZ-OSPINA, Esteban y ROSER, Max. *Loneliness and Social Connections. Our World in Data* [en línea]. Disponible en: <https://ourworldindata.org/social-connections-and-loneliness>. Consultado el 14 de abril de 2020.

<sup>4</sup> RUBIO y ALEIXANDRE, *op. cit.*

<sup>5</sup> INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Encuesta continua de hogares 2018*. Madrid: INE, 2019.

<sup>6</sup> ABELLÁN GARCÍA, Antonio; ACEITUNO NIETO, Pilar; PÉREZ DÍAZ, Julio; RAMIRO FARIÑAS, Diego; AYALA GARCÍA, Alba; PUJOL RODRÍGUEZ, Rogelio. *Un perfil de las personas mayores en España, 2019. Indicadores estadísticos básicos*. Madrid: Informes Envejecimiento en Red, 2019, p. 22.

<sup>7</sup> ORTIZ-OSPINA y ROSER, *op. cit.*

<sup>8</sup> DEL BARRIO *et al.*, *op. cit.*

<sup>9</sup> HOLT-LUNSTAD, Julianne; SMITH, Timothy B.; BAKER, Mark; HARRIS, Tyler; STEPHENSON, David. “Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review”. *Perspectives on Psychological Science*, 2015, vol. 10, n.º 2, p. 227-237.

<sup>10</sup> PENNINKILAMPI, Ross; CASEY, Anne-Nicole; FIATARONE SINGH, Maria y BRODATY, Henry. “The Association between Social Engagement, Loneliness, and Risk of Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis”. *Journal of Alzheimer’s Disease*, 2018, vol. 66, n.º 4, p. 1619-1633.

<sup>11</sup> EVANS, Isobel E.M.; LEWELLYN, David J.; MATTHEWS, Fiona Elaine; WOODS, Robert T.; BRAYNE, Carol y CLARE, Linda. “Living alone and cognitive function in later life”. *Archives of Gerontology & Geriatrics*, 2019, vol. 81, p. 222-233.

<sup>12</sup> *Ibid.*

<sup>13</sup> SUNDSTRÖM, Gerdt; FRANSSON, Eleonor I.; MALMBERG, Bo y DAVEY, Adam. “Loneliness among older Europeans”. *European Journal of Ageing*, 2009, vol. 6, n.º 4, p. 267-275.

<sup>14</sup> ABELLÁN GARCÍA, Antonio; AYALA GARCÍA, Alba; PUJOL RODRÍGUEZ, Rogelio. *Un perfil de las personas mayores en España, 2017. Indicadores estadísticos básicos*. Madrid: Informes Envejecimiento en Red, 2017, p. 15.

<sup>15</sup> LORENTE, Raquel. *La Soledad en la Vejez: Análisis y evaluación de un programa de intervención en personas mayores que viven solas*. Tesis doctoral inédita, Universidad Miguel Hernández, 2017; DEL BARRIO *et al.*, *op. cit.*; SUNDSTRÖM *et al.*, *op. cit.*

de falta de integración social, esto es, de falta de interacciones con otros o con la comunidad<sup>16</sup>. En primer lugar, es necesario recordar que las definiciones de *aislamiento social* (estar solo) que se han utilizado desde la década de los 80 hasta la actualidad han sido inconsistentes entre estudios, algo que ha limitado mucho su investigación y la posibilidad de sacar conclusiones sólidas<sup>17</sup>. En un trabajo de revisión de las conceptualizaciones hechas hasta 2007 se concluyó que era necesario incluir en la definición de aislamiento social las siguientes características: número de contactos, sentimiento de pertenencia, relaciones satisfactorias, compromiso con otras personas y calidad de los miembros de la red social<sup>18</sup>. Sin embargo, más de la mitad de esas características no pueden ser consideradas objetivas. Y es que una de las mayores dificultades a la hora de medir el aislamiento social ha sido la falta de acuerdo para hacerlo bien de una manera unidimensional o bien de manera multidimensional. En este sentido, se han alternado definiciones que incluían únicamente aspectos “estructurales” o únicamente aspectos “funcionales” del apoyo social con definiciones que incluían ambos<sup>19</sup>. Las mediciones unidimensionales son aquellas que analizan factores bien estructurales o bien funcionales, pero que no combinan ambos (esas serían multidimensionales). Los factores estructurales miden de manera objetiva el número y tipo de personas con quien la persona interacciona, la densidad y reciprocidad de la red social y la frecuencia y duración de los contactos con otras personas; los factores funcionales engloban las características cualitativas y conductuales de las interacciones con otras personas<sup>20</sup>, incluyendo un juicio subjetivo de la calidad del apoyo emocional, instrumental e informacional de los demás<sup>21</sup>. En una revisión de 2017 sobre estudios que abordasen aislamiento social y/o soledad, los autores hallaron que la mayoría de los trabajos que se centraban en el aislamiento social lo definían de manera unidimensional, como una medida objetiva del número de contactos con familia y amigos<sup>22</sup>. La falta de consistencia a la hora de definir este concepto también ha llevado al desarrollo de diversos instrumentos que miden el aislamiento social, cada uno con sus distinciones. Eso sumado a que, muchas veces se utilizan cuestionarios sin validar, complica mucho que los resultados entre estudios puedan ser comparables. Para ofrecer a los investigadores de este tema una herramienta que facilite la interpretación de los resultados de cada estudio, un grupo de autores elaboró una clasificación de los diferentes instrumentos de medida de aislamiento social y soledad más frecuentes, determinando si se centraban en elementos estructurales y/o funcionales y el grado de subjetividad que implicaban<sup>23</sup>.

Por otra parte, la *soledad* (sentirse solo) ha sido entendida como una condición subjetiva, una experiencia desagradable, a nivel íntimo, que aparece cuando la persona percibe que no tiene a nadie con quien comunicarse para compartir necesidades y preocupaciones de carácter social y emocional<sup>24</sup>. En ocasiones, también se han utilizado otros términos como aislamiento social

<sup>16</sup> DICKENS, Andy P.; RICHARDS, Suzanne H.; GREAVES, Colin J.; CAMPBELL, John L. “Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review”. *BMC Public Health*, 2011, vol. 11, n.º 1, artículo n.º 647; LEIGH-HUNT, Nicholas; BAGGULEY, David; BASH, Kristin; TURNER, Victoria; TURNBULL, Stephen; VALTORTA, Nicole K.; CAAN, Woody. “An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness”. *Public Health (Elsevier)*, 2017, vol. 152, p. 157-171.

<sup>17</sup> NICHOLSON, Nicholas R. “Social isolation in older adults: an evolutionary concept analysis”. *Journal of Advanced Nursing*, 2009, vol. 65, n.º 6, p. 1342-1352; NICHOLSON, Nicholas R. “A review of social isolation: an important but underassessed condition in older adults”. *The Journal of Primary Prevention*, 2012, vol. 33, n.º 2-3, p. 137-152.

<sup>18</sup> NICHOLSON, *op. cit.*

<sup>19</sup> NEWALL, Nancy E.G.; MENEZ, Verena H. “Loneliness and social isolation of older adults: Why it is important to examine these social aspects together”. *Journal of Social and Personal Relationships*, 2019, vol. 36, n.º 3, p. 925-939.

<sup>20</sup> VALTORTA, Nicole K.; KANAAN, Mona; GILBODY Simon; HANRATTY, Barbara. “Loneliness, social isolation and social relationships: what are we measuring? A novel framework for classifying and comparing tools”. *BMJ open*, 2016, vol. 6, n.º 4, doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010799>.

<sup>21</sup> DICKENS *et al.*, *op. cit.*

<sup>22</sup> COURTIN, Emile; KNAPP, Martin. “Social isolation, loneliness and health in old age: A scoping review”. *Health & Social Care in the Community*, 2017, vol. 25, n.º 3, p. 799-812.

<sup>23</sup> VALTORTA *et al.*, “Loneliness, social isolation and social...”, *op. cit.*

<sup>24</sup> LORENTE, *op. cit.*

percibido para definirla<sup>25</sup>. Ha habido numerosos intentos de describir y clasificar los distintos tipos de soledad en base a diversos criterios. Primero Weiss y posteriormente de-Jong Gierveld y Van Tilburg diferenciaron dos tipos de soledad: por una parte, la *soledad social*, que describe una situación subjetiva en la que la persona no tiene la red social y el número de relaciones que le gustaría; por otra parte, la *soledad emocional* se refiere a la ausencia del apego emocional y la intimidad deseados por la persona en sus relaciones<sup>26</sup>. Esta última categorización es bastante popular en los trabajos sobre la soledad hasta la fecha<sup>27</sup>, aunque por lo general no ha sido la más utilizada: la mayoría de los estudios (un 77%) emplean una definición unidimensional de la soledad (más adelante veremos cuál es la más popular) y un 23% contrastan diferentes dimensiones, como la soledad emocional con la social<sup>28</sup>. Sin embargo, esta conceptualización bidimensional es de gran ayuda a la hora de apreciar la subjetividad que implica la soledad, el sentirse solo, y es que esta experiencia surge cuando no se cumplen los deseos o expectativas que tiene la persona respecto a sus relaciones sociales, tanto en cantidad como en calidad. De este modo, cobran especial relevancia las interpretaciones que el individuo hace sobre sus relaciones sociales, y todos los procesos cognitivos que toman parte en ellas.

Y es que, aunque el sentimiento de soledad se ha interpretado desde distintas aproximaciones teóricas de la psicología como la existencial, la psicodinámica, la interaccionista o la cognitiva<sup>29</sup>, hasta ahora la aproximación más empleada en el estudio de la soledad ha sido la cognitiva<sup>30</sup>. El modelo de De Jong y Van Tilburg de *soledad emocional* y *soledad social* se enmarcaría dentro de esta corriente: desde la perspectiva cognitiva se subraya la importancia de la interpretación individual de la experiencia de soledad, esto es, cómo influyen procesos cognitivos (autoestima, habilidades sociales, etc.) a la hora de gestionarla e interpretarla; para ello se tienen en cuenta factores situacionales y ambientales, comportamentales y de la personalidad<sup>31</sup>. Dentro de esta corriente otro modelo que se ha planteado ha sido el de la Discrepancia Cognitiva de Perlman y Peplau, según el cual la experiencia de soledad nace de la discrepancia entre las relaciones sociales que la persona desea tener y las que en realidad tiene<sup>32</sup>. Este se fundamenta en la Teoría Atribucional de Weiner y recurre a los procesos de atribución causal, comparación social y control percibido para explicar la aparición de la soledad. En primer lugar, de la teoría de Weiner concluyen que las atribuciones causales que la persona haga de sus relaciones sociales condicionarán sus emociones, expectativas y conducta, de tal modo que las atribuciones internas, inestables y controlables son las más deseables a la hora de afrontar la soledad. La comparación social afectará a la hora de graduar la magnitud del déficit social. Por último, la sensación de control sobre el nivel de contacto social modulará la experiencia de soledad, de tal modo que las personas que piensen que no tienen control sobre la situación será menos probable que intenten ponerle solución<sup>33</sup>. Este modelo también describe una serie de variables predisponentes (como las características individuales y

<sup>25</sup> CACIOPPO, John T.; HAWKLEY, Louise C. "Perceived social isolation and cognition". *Trends in Cognitive Sciences*, 2009, vol. 13, n.º 10, p. 447-454; PERISSINOTTO, Carla; HOLT-LUNSTAD, Julianne; PERIYAKOIL, Vyjeyanthi S.; COVINSKY, Ken. "A Practical Approach to Assessing and Mitigating Loneliness and Isolation in Older Adults". *Journal of the American Geriatrics Society*, 2019, vol. 67, n.º 4, p. 657-662.

<sup>26</sup> DE JONG GIERVELD, Jenny; VAN TILBURG, Theo. "The De Jong Gierveld short scales for emotional and social loneliness: tested on data from 7 countries in the UN generations and gender surveys". *European Journal of Ageing*, 2010, vol. 7, n.º 2, p. 121-130; LORENTE *op. cit.*

<sup>27</sup> KEMPERMAN, Astrid; VAN DEN BERG, Pauline; WEIJS-PERRÉE, Minou; UIJTDEWILLEGAN, Kevin. "Loneliness of Older Adults: Social Network and the Living Environment". *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2019, vol. 16, n.º 3, artículo n.º 406.

<sup>28</sup> COURTIN y KNAPP, *op. cit.*

<sup>29</sup> TZOUVARA, Vasiliki; PAPADOPOULOS, Chris; RANDHAWA, Gurch. "A narrative review of the theoretical foundations of loneliness". *British Journal of Community Nursing*, 2015, vol. 20, n.º 7, p. 329-334.

<sup>30</sup> COHEN-MANSFIELD, Jiska; HAZAN, Haim; LERMAN, Yaffa; SHALOM, Vera. "Correlates and predictors of loneliness in older-adults: a review of quantitative results informed by qualitative insights". *International Psychogeriatrics*, 2016, vol. 28, n.º 4, p. 557-576.

<sup>31</sup> TZOUVARA *et al.*, *op. cit.*

<sup>32</sup> LORENTE, *op. cit.*

<sup>33</sup> *Ibid.*

las normas culturales) y eventos precipitantes que propiciarán que cuando el individuo ponga en marcha los procesos cognitivos descritos previamente aparezca el sentimiento de soledad; además, esa experiencia dará lugar a una serie de reacciones y estrategias de afrontamiento (para ahondar en todas estas ver<sup>34</sup>). Entre las aproximaciones cognitivas a la soledad, que son las más frecuentes, este modelo de Discrepancia Cognitiva es el más utilizado en las publicaciones académicas relevantes al respecto. Los propios autores admiten que no es una teoría específica de la soledad, pero hace una conceptualización importante de los factores que entran en juego.

Sin embargo, este modelo no está exento de críticas o limitaciones: algunos autores han afirmado que obvia la importancia de los factores culturales<sup>35</sup>. Es cierto que no se adentra en la especificidad de estos factores, pero sí que admite su relevancia como factores predisponentes. Como ya se ha afirmado en este trabajo, son los países en los que objetivamente más relaciones sociales tienen las personas mayores en los que también se observan unas mayores tasas de soledad<sup>36</sup>. La explicación a esto pasa, precisamente, por tener en cuenta los factores culturales: en países del sur de Europa y Latinoamérica se asume que la familia es la encargada de proporcionar bienestar a sus miembros y las personas mayores expresan sus deseos de ser cuidados por ellos; así, las personas mayores generan expectativas de recibir cuidado de sus familiares y atribuciones externas de sus sentimientos de soledad<sup>37</sup>. Por tanto, vemos cómo interactúan el plano cultural y el plano más individual: las expectativas o creencias que van a determinar la interpretación de la situación social como insuficiente (y propiciar la aparición de la soledad), son aprendidas del contexto en el que las personas se desarrollan. Así, también se explican diferencias individuales dentro de una misma cultura, teniendo en cuenta el contexto en el que la persona creció, los mensajes que recibió y cómo aprendió que debían ser las relaciones sociales. Los procesos cognitivos que participarán a la hora de evaluar las relaciones sociales como insuficientes o indeseables (las expectativas de esas relaciones sociales, por ejemplo), han sido influidos en su aprendizaje por el entorno, donde están presentes las normas culturales.

En cuanto al grupo de personas mayores, se ha considerado la vejez como un momento en el que fácilmente se puede experimentar soledad<sup>38</sup>. El modelo de la Discrepancia Cognitiva expuesto sigue siendo válido para entender la naturaleza de la soledad en este grupo de población. Sin embargo, han surgido otras categorizaciones multidimensionales. Una de ellas es la que explica que las personas mayores expresan la soledad desde dos dimensiones diferentes: una dimensión *objetiva* o *material*, donde sus preocupaciones pasan por la indefensión ante posibles enfermedades o accidentes y no tener a nadie que les socorra; por otra parte, la explican desde una dimensión más *subjetiva* o *de sentimientos*, que se referiría a las preocupaciones que se relacionan con el déficit afectivo que supone para ellas vivir en solitario y no tener apoyo en los días de mayor decaimiento<sup>39</sup>. Aunque es la dimensión material la que más a menudo señalan como su mayor preocupación, puede que esto se deba a no reconocer el sentimiento de soledad, bien por no valorarla como una prioridad o por pura deseabilidad social<sup>40</sup>; a que esto ocurra contribuyen determinados prejuicios sobre la vejez<sup>41</sup>. En otros casos, se ha englobado dentro del fenómeno de la soledad lo que antes se ha definido como aislamiento social. Rubio habla 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, y

<sup>34</sup> *Ibid.*

<sup>35</sup> TZOUVARA *et al.*, *op. cit.*

<sup>36</sup> DEL BARRIO *et al.*, *op. cit.*; SUNDSTRÖM *et al.*, *op. cit.*

<sup>37</sup> LORENTE, *op. cit.*

<sup>38</sup> BERMEJO HIGUERA, José Carlos. "La Soledad en los mayores". *Ars Medica. Revista de Ciencias Médicas*, 2005, vol. 13, n.º 3, p. 126-144.

<sup>39</sup> LÓPEZ DOBLAS, Juan. *Personas mayores viviendo solas: la autonomía como valor en alza*. Madrid: IMSERSO, 2005, p. 188.

<sup>40</sup> *Ibid.*

<sup>41</sup> BERMEJO HIGUERA, *op. cit.*



lo viven como algo desagradable, ya que no es una situación elegida. Al hacer un análisis de las definiciones de la soledad subjetiva que se han empleado para elaborar diferentes instrumentos de medida y teniendo en cuenta también la gran variedad de significados que socialmente le dan las personas mayores a la soledad, elabora una escala multidimensional diferenciando cuatro sub-escalas: *soledad familiar*, *soledad conyugal*, *soledad social* y *soledad existencial*<sup>42</sup>. Esta variedad en las definiciones de soledad (subjetiva) y en los instrumentos de medida desarrollados (siendo algunos unidimensionales y otros multidimensionales, con distintas dimensiones entre ellos) hacen complicado un consenso que ratifique la solidez de los resultados obtenidos en las investigaciones. A nivel internacional, por orden de visibilidad, las medidas más utilizadas han sido la UCLA (en sus diferentes versiones), preguntas de un único ítem acerca de la soledad y la De Jong Gierveld Loneliness Scale (DJGLNS), esta última diseñada específicamente para población mayor<sup>43</sup>. Las dos primeras opciones emplean una definición unidimensional de la soledad mientras que la última es bidimensional.

Aunque existen estas discrepancias a la hora de delimitar qué es la soledad y cuáles son sus dimensiones, también encontramos puntos en común. Las definiciones coinciden en que la soledad es una experiencia subjetiva, que no es elegida y que genera emociones desagradables en la persona mayor que la sufre<sup>44</sup>. Sin embargo, la falta de consenso y la heterogeneidad en las conceptualizaciones tanto de la soledad como del aislamiento social hace que los límites entre ellos sean difusos.

Sin embargo, lo que sí está claro es que se trata de dos conceptos diferentes. En algunos estudios se discuten conjuntamente y es previsible que puedan tener influencia recíproca: el aislamiento social conduce a la soledad y la soledad puede exacerbar el aislamiento social<sup>45</sup>. Aunque existen varios estudios en los que la correlación entre ambos ha resultado ser baja<sup>46</sup>, recientemente una investigación centrada específicamente en la influencia del aislamiento social sobre la soledad halló que cuanto mayor era el aislamiento mayor era el sentimiento de soledad<sup>47</sup>, y esto sucedía con diferentes tipos de aislamiento (de los hijos, familiares, amigos, etc.). Es cierto que estos dos conceptos son cualitativamente distintos y pueden afectar a la persona por diferentes vías, mas es importante no aislarlos a la hora de investigar el fenómeno de la soledad<sup>48</sup>. Una reciente revisión concluyó que ambos son predictores independientes de diversos problemas de salud<sup>49</sup>. Aunque todavía es necesario consensuar los límites entre qué es soledad y qué aislamiento social, el abordarlos conjuntamente nos permite abarcar este fenómeno de manera completa. Además, siguiendo también el modelo cognitivo de la soledad, al tener ambos en cuenta como elementos indispensables de una experiencia más global, llegamos a la conclusión de que una persona puede estar socialmente aislada pero no sentirse sola y viceversa. Un recurso muy didáctico para

<sup>42</sup> RUBIO HERRERA, Ramona. *La soledad en las personas mayores españolas*. Madrid, Portal Mayores, 2004; RUBIO HERRERA, Ramona. "La problemática de la soledad en los mayores". *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2007, vol. 1, n.º 2, p. 11-27.

<sup>43</sup> COURTIN y KNAPP, *op. cit.*

<sup>44</sup> Díez NICOLÁS, Juan; MORENOS PÁEZ, María. *La Soledad en España*. Madrid: Fundación ONCE-Fundación AXA, 2015; LORENTE, *op. cit.*

<sup>45</sup> PALMER, Barton W. "The effects of loneliness and social isolation on cognitive functioning in older adults: A need for nuanced assessments". *International Psychogeriatrics*, 2019, vol. 31, n.º 4, p. 447-449.

<sup>46</sup> MENEZ, Verena H.; NEWALL, Nancy E.; MACKENZIE, Corey S.; SHOOSHTARI, Shahin; NOWICKI, Scott. "Examining individual and geographic factors associated with social isolation and loneliness using Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA) data". *PLoS ONE*, 2019, vol. 14, n.º 2, p. 1-18; PERISSINOTTO, Carla M.; COVINSKY, Kevin E. "Living Alone, Socially Isolated or Lonely—What are We Measuring?". *Journal of General Internal Medicine*, 2014, vol. 29, n.º 11, p. 1429-1431; WILSON, Stephanie J.; WOODY, Alex; PADIN, Avelina C.; LIN, Jue; MALARKEY, William B.; KIECOLT-GLASER, Janice K. "Loneliness and Telomere Length: Immune and Parasympathetic Function in Associations With Accelerated Aging". *Annals of Behavioral Medicine*, 2019, vol. 53, n.º 6, p. 541-550; YU, Bin; STEPTOE, Andrew; NIU, Kaijun; KU, Po-Wen; CHEN, Li-Jung. "Prospective associations of social isolation and loneliness with poor sleep quality in older adults". *Quality of Life Research*, 2018, vol. 27, n.º 3, p. 683-691; PALMER, *op. cit.*

<sup>47</sup> TAYLOR, H.O. "Social Isolation's Influence on Loneliness Among Older Adults". *Clinical Social Work Journal*, 2019, vol. 48, n.º 1, p. 140-151.

<sup>48</sup> MENEZ *et al.*, "Examining individual...", *op. cit.*

<sup>49</sup> COURTIN y KNAPP, *op. cit.*

comprender esto es el hacer una distinción de estos cuatro grupos resultantes en una tabla de 2 x 2 entre las condiciones de aislamiento social y soledad en las personas mayores y una descripción de cada uno de ellos<sup>50</sup>. Los grupos serán, por tanto: ni solos ni aislados (la mayoría), aislados pero no solos (como los granjeros solitarios), solos pero no aislados (solitarios en la multitud) y solos y aislados (el grupo más vulnerable). Los autores de ese recurso también sugieren que en el futuro sería vital hacer investigaciones que comparen las características de cada grupo para poder diseñar intervenciones ajustadas a cada perfil. Esta distinción nos permite apreciar la necesidad de considerarlos de manera simultánea: el sentimiento de soledad de la persona nace de la interpretación de su situación social objetiva (en ocasiones el aislamiento social) y de otras variables que influyen en cómo hace esa interpretación (expectativas, creencias, etc.). Por lo tanto, para entender y poder afrontar el sentimiento de soledad de una persona nos será valioso conocer el estado objetivo de sus relaciones sociales, abordando ambos de manera conjunta.

A modo de síntesis, podríamos concluir que el aislamiento social y la soledad son dos fenómenos distintos pero que se necesitan medir conjuntamente, aunque hasta ahora no hayan correlacionado sólidamente en las investigaciones que los han estudiado. El aislamiento social supone una situación de déficit objetivo de relaciones sociales, habitualmente medida en número y frecuencia de contactos con otras personas, tamaño de la red social, etc. (factores estructurales); existe más controversia a la hora de incluir en esta medición factores funcionales, ya que estos conllevan una evaluación subjetiva de la situación social y por lo tanto sería más adecuado incluirlos dentro de lo que llamamos soledad<sup>51</sup>. Por su parte, la soledad es una experiencia subjetiva generalmente aversiva que surge cuando una persona tiene menos relaciones sociales y/o de menor calidad de las que le gustaría. Por lo tanto, nace de una interpretación de la situación personal. Al tener en cuenta ambos conceptos, podemos encontrarnos con personas aisladas pero no solas, solas pero no aisladas, solas y aisladas o ni solas ni aisladas, y dentro de cada grupo habría variaciones en cuanto al grado tanto de aislamiento como de soledad.

## I. ETIOLOGÍA DEL AISLAMIENTO SOCIAL Y LA SOLEDAD

En Europa, alrededor de 5 millones de personas mayores de 65 años han estado extremadamente aisladas durante un periodo de tiempo en su vejez, de las que 400.000 están crónicamente aisladas<sup>52</sup>. A la hora de diseñar intervenciones y políticas de prevención del aislamiento social en las personas mayores es de gran utilidad conocer cuáles son los indicadores de que esa persona puede encontrarse en riesgo de estar aislada. El tamaño de su red social, el número de contactos sociales y su frecuencia serán las características estructurales de su situación social que nos permitirán valorar si objetivamente se encuentra aislada. Sin embargo, otras condiciones, eventos y obstáculos son predictores de que una persona mayor acabe con unas relaciones sociales pobres; esto no quiere decir que tengan una relación causal y que su presencia determine que esa persona esté aislada socialmente, pero nos ayudan a identificar a aquellas que están en riesgo de estarlo. En diferentes revisiones sobre el aislamiento social en las que se trató de elaborar un perfil de la persona que podía estar aislada para facilitar su detección, se identificaron factores de riesgo *físicos* (problemas de salud comórbidos, dificultades en la vista/audición, incapacidades funcionales, problemas de movilidad, incontinencia urinaria o insomnio); *psicológicos* (declive cognitivo, depresión, problemas de salud mental); *sociodemográficos* (vivir solo, estatus socioeconómico bajo

<sup>50</sup> NEWALL y MENEK, *op. cit.*

<sup>51</sup> MENEK, Verena H.; NEWALL, Nancy E.; MACKENZIE, Corey S.; SHOOSHTARI, Shahin; NOWICKI, Scott 2020. "Examining social isolation and loneliness in combination in relation to social support and psychological distress using Canadian Longitudinal Study of Aging (CLSA) data". *PLoS ONE*, 2020, vol. 15, n.º 3, doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230673>.

<sup>52</sup> LITWIN, Howard; LEVINSKY, Michal. "Always alone? Network transitions among detached older Europeans and their effects." *Ageing & Society*, 2020, p. 1-15.

–bajos ingresos, menor clase social, menor nivel educativo–, mayor edad, ser mujer, viudez, no tener pareja/hijos) y *sociales* (residir en una zona desfavorecida, carecer de transporte accesible, jubilación, cambio de domicilio)<sup>53</sup>. Sí es cierto que a mayor edad se ha observado mayor aislamiento social, especialmente en los hombres y más aún si estos están viudos: esto es probable que se deba a que tienen una frecuencia menor de contactos sociales y una menor red social a la que recurrir en el caso de perder a su pareja<sup>54</sup>. Según avanza la edad, las personas ven su actividad social limitada debido a la reducción de los contactos sociales por las pérdidas de pareja, amigos y familiares que se dan a lo largo de la vida y que hacen que su red social sea más pequeña. Por ello, una mayor edad, la viudedad, divorcio o soltería<sup>55</sup>, la muerte de seres queridos o el no tener hijos/as pueden ser también factores relacionados con la aparición del aislamiento social y la soledad. El que ser mujer sea un factor de riesgo para sufrir aislamiento social probablemente se deba a su mayor longevidad, ya que es más probable que vivan hasta edades más avanzadas y por tanto que tengan más pérdidas en su red social.

A la hora de predecir la aparición del sentimiento de soledad recurriremos al modelo de DeJong Gierveld, que incorpora características de la red social, variables situacionales, variables disposicionales y la evaluación subjetiva de la situación<sup>56</sup>. Para ello hace especial énfasis en los procesos cognitivos que median en la relación entre las características de la red social y la experiencia de soledad, ya que esta no es causal. Las características de la red social nos aportan información sobre la función, cantidad y calidad de las relaciones sociales que tiene la persona: en el desarrollo de un sentimiento de soledad tendrá más influencia una baja calidad de las relaciones que una baja cantidad. La valoración cognitiva subjetiva que la persona hace de sus relaciones sociales media en el desarrollo de la experiencia de soledad. Esa valoración está influida por dos tipos de factores: unos *situacionales* o *contextuales* (características descriptivas de la red social y variables del individuo como la edad, el sexo, etc.) y otros *disposicionales* o de *personalidad* (creencias y valores acerca de las relaciones sociales). Este modelo incluye 26 variables distribuidas en las cuatro categorías mencionadas, y al testarlo explicó un 52,3% de la varianza de los resultados. Entre ellas se encuentran variables que ya hemos analizado en el apartado del aislamiento social (algunas del grupo de *características de la red social*): esto, por una parte, nos indica la compleción del modelo, abordando la soledad en su conjunto, incluso con indicadores objetivos de aislamiento social; por otra, sin embargo, no permite diferenciar estos dos conceptos que, como hemos visto, hacen referencia a fenómenos distintos. Como ya se han mencionado las variables predictoras de la aparición del aislamiento social, no se redundará aquí en su exposición, pero es importante mantenerlas en mente ya que influyen en la valoración personal de la soledad. Por lo tanto, en este apartado solo revisaremos las variables disposicionales, situacionales y aquellos aspectos funcionales de las relaciones sociales que pueden influir en la valoración cognitiva que desemboca en la soledad.

Antes de ahondar en estas variables es necesario aclarar que ha habido un mayor interés en la investigación por los predictores de la soledad que en los del aislamiento social. Los resultados de las investigaciones no permiten establecer una causalidad entre la concurrencia de uno de estos factores y la aparición del sentimiento de soledad; más bien, parece el desarrollo del sentimiento de soledad es un fenómeno multifactorial en el que las diferentes variables tienen pequeños

<sup>53</sup> FREEDMAN, Amy; NICOLLE, Jennifer. "Social isolation and loneliness: the new geriatric giants: Approach for primary care". *Canadian Family Physician*, 2020, vol. 66, n.º 3, p. 176-182; VICTOR, Christina; SCAMBLER, Sasha; BOND, John; BOWLING, Ann. "Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone". *Reviews in Clinical Gerontology*, 2000, vol. 10, n.º 4, p. 407-417; NICHOLSON, *op. cit.*

<sup>54</sup> MENEZ *et al.*, "Examining individual...", *op. cit.*

<sup>55</sup> *Ibid.*

<sup>56</sup> DE JONG-GIERVELD, Jenny. "Developing and testing a model of loneliness". *Journal of Personality and Social Psychology*, 1987, vol. 53, n.º 1, p. 119-128.



tamaños aditivos<sup>57</sup>. Siguiendo la clasificación que hizo Lorente<sup>58</sup>, dividiremos estas variables en cuatro categorías: sociodemográficas, de salud y autonomía funcional, psicológicas y de personalidad y sociales, de interacción y participación social (en la figura 1 puede verse un resumen).

Dentro de los *predictores sociodemográficos* podemos clasificar: edad, género, estado civil, estatus socioeconómico y lugar de residencia. En diferentes meta-análisis se encontró que la relación de la edad con la soledad se da en forma de U, esto es, que en el grupo de mayores más jóvenes (menores de 60 años) con el paso de los años la soledad disminuye, entre los 60 y los 80 la edad y la soledad no están relacionadas y a partir de los 80 años la soledad aumenta<sup>59</sup>, especialmente en las edades más avanzadas<sup>60</sup>. Resultados similares se han obtenido en una reciente revisión del *The Irish Longitudinal Study on Ageing*<sup>61</sup>. En otros trabajos, sin embargo, este aumento proporcional a la edad solo se daba en las mujeres, ya que en los hombres se observaban mayores niveles de soledad a los 40 y a los 80 años, pero no entre ambas edades<sup>62</sup>; entretanto, en un estudio con población mayor de EE.UU.<sup>63</sup> y otro de Canadá<sup>64</sup> los resultados apuntaban a que la soledad disminuía con la edad. Por otra parte, se observa más soledad en las mujeres<sup>65</sup>, aunque al tener en cuenta el estado civil o las medidas de la soledad esta relación pierde fuerza<sup>66</sup>. Precisamente las personas cuyo estado civil es no casado/a (soltero/a, viudo/a, divorciado/a) muestran mayores niveles de soledad<sup>67</sup>. Los hombres viudos tienen 4 veces más probabilidades de sentir soledad que los casados, probablemente porque la pérdida de la pareja conlleva la ausencia de una red social alternativa<sup>68</sup>. En esta relación podría estar interviniendo también el hecho de vivir solo<sup>69</sup>. Un menor estatus socioeconómico también se relaciona con un mayor sentimiento de soledad: tanto un menor nivel educativo<sup>70</sup>, como un bajo nivel de ingresos<sup>71</sup>, aunque este último factor se ha visto que tiene más peso<sup>72</sup>. Por último, se ha afirmado que experimentan mayor soledad las personas que viven en entornos rurales que las que viven en entornos urbanos, aunque es una variable sin mucha exploración aún<sup>73</sup>. Aunque es cierto que existe un envejecimiento poblacional más marcado en el ámbito rural, dado que encontramos que en poblaciones de menos de 2000 habitantes se encuentran los

<sup>57</sup> CHEUNG, Gary; WRIGHT-ST CLAIR, Valerie; CHACKO, Emme; BARAK, Yoram. "Financial difficulty and biopsychosocial predictors of loneliness: A cross-sectional study of community dwelling older adults". *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2019, vol. 85, doi: doi.org/10.1016/j.archger.2019.103935.

<sup>58</sup> LORENTE, *op. cit.*

<sup>59</sup> PINQUART, Martin; SORENSEN, Silvia. "Influences on Loneliness in Older Adults: A Meta-Analysis". *Basic and Applied Social Psychology*, 2001, vol. 23, n.º 4, p. 245-266.

<sup>60</sup> COHEN-MANSFIELD *et al.*, *op. cit.*

<sup>61</sup> WARD, Mark; KENNY, Rose Anne; LAYTE, Richard. *Loneliness, social isolation, and their discordance among older adults. Findings from The Irish Longitudinal Study of Ageing (TILDA)*. The Irish Longitudinal Study of Ageing, 2019. Disponible en: <http://www.tara.tcd.ie/handle/2262/89853>.

<sup>62</sup> VON SOEST, Tilmann; LUHMANN, Maïke; HANSEN, Thomas; GERSTORF, Denis. "Development of loneliness in midlife and old age: Its nature and correlates". *Journal of Personality and Social Psychology*. 2020, vol. 118, n.º 2, p. 388-406.

<sup>63</sup> BRUCE, Liana DesHarnais; WU, Joshua S.; LUSTIG, Stuart L.; RUSSELL, Daniel W.; NEMECEK, Douglas A. "Loneliness in the United States: A 2018 National Panel Survey of Demographic, Structural, Cognitive, and Behavioral Characteristics". *American Journal of Health Promotion*, 2019, vol. 1, n.º 11, p. 1123-1133.

<sup>64</sup> MENEC *et al.*, "Examining individual...", *op. cit.*

<sup>65</sup> TABUE TEGUO, Maturin; SIMO-TABUE, Nadine; STOYKOVA, Ralitsa; MEILLON, Céline; COGNE, Mélanie; AMIÉVA, Hélène; DARTIGUES, Jean-Françoise. "Feelings of loneliness and living alone as predictors of mortality in the elderly: the PAQUID study". *Psychosomatic Medicine*, 2016, vol. 78, n.º 8, p. 904-909; PINQUART y SORENSEN, *op. cit.*

<sup>66</sup> COHEN-MANSFIELD *et al.*, *op. cit.*

<sup>67</sup> COHEN MANSFIELD *et al.*, *op. cit.*; MENEC *et al.*, "Examining individual...", *op. cit.*; CHEUNG *et al.*, *op. cit.*; VON SOEST *et al.*, *op. cit.*

<sup>68</sup> MENEC *et al.*, *op. cit.*

<sup>69</sup> VON SOEST *et al.*, *op. cit.*

<sup>70</sup> ROCHA-VIEIRA, Catarina; OLIVEIRA, Gustavo; COUTO, Luciana; SANTOS, Paulo. "Impact of loneliness in the elderly in health care: a cross-sectional study in an urban region of Portugal". *Family Medicine & Primary Care Review*, 2019, vol. 21, n.º 2, p. 138-143; COHEN-MANSFIELD *et al.*, *op. cit.*; MENEC *et al.*, *op. cit.*

<sup>71</sup> CHEUNG *et al.*, *op. cit.*; ROCHA-VIEIRA *et al.*, *op. cit.*

<sup>72</sup> PINQUART y SORENSEN, *op. cit.*

<sup>73</sup> COHEN-MANSFIELD *et al.*, *op. cit.*

porcentajes más altos población mayor de 65<sup>74</sup>, los lazos comunitarios en poblaciones pequeñas también son más estrechos, por lo que el sentimiento de soledad y aislamiento social no son tan frecuentes. De hecho, sí que se ha visto una mayor relación entre vivir en la ciudad y sentimiento de soledad, aunque como explican los autores, esta relación probablemente la sustenta el hecho de que al vivir en la ciudad es más probable vivir en una zona desfavorecida<sup>75</sup>, y es que la soledad es mayor en las personas que viven en zonas más desfavorecidas, ya sean personas mayores<sup>76</sup> o población general<sup>77</sup>. Por lo tanto, es necesaria aún más investigación para determinar si la experiencia de soledad es más frecuente en ámbitos urbanos o rurales, incluso diferenciar entre distintos entornos urbanos<sup>78</sup>.

En lo que se refiere a los predictores de salud y autonomía personal, una *menor salud autopercebida* también se ha relacionado con mayor soledad<sup>79</sup>, aunque la direccionalidad de esta relación es difícil de determinar, ya que puede ser que, por un lado, una mayor satisfacción con la actividad social ayude a mantener un mejor estado de salud o por el otro una pobre salud limite la interacción social deseada<sup>80</sup>; los estudios longitudinales al respecto se han centrado más en la soledad como predictor de problemas de salud y en menor medida a la inversa<sup>81</sup>. En suma, una *baja capacidad funcional* y una *mayor comorbilidad* también se asocian a una mayor soledad<sup>82</sup>. El *tener una discapacidad*<sup>83</sup>, una *movilidad reducida y déficits sensoriales*<sup>84</sup> también se han relacionado con una mayor probabilidad de sentirse solo. La soledad también se ha visto relacionada con un *mayor número de visitas al médico*<sup>85</sup>, aunque también hay estudios que no han encontrado dicha relación, pero que sí han encontrado que un mayor aislamiento social (medido en tamaño de red social) se relaciona con permanecer más días ingresado en el hospital tras una intervención<sup>86</sup>.

Dentro de los predictores psicológicos y de personalidad, se ha encontrado relación tanto del aislamiento social como de la soledad con la *depresión*; hay bastante evidencia recabada, aunque por el momento esto no ha esclarecido en qué dirección se da la causalidad. Algunos estudios apuntan que la depresión está relacionada con la aparición de soledad<sup>87</sup>, mientras que otros sugieren que la soledad es un factor de riesgo que predice la aparición de depresión<sup>88</sup>. Según la evidencia aportada por un meta-análisis, la presencia de una depresión co-mórbida con una buena participación social hacía que los efectos protectores de la participación social sobre el riesgo de demencia desaparecieran<sup>89</sup>. Un buen indicador de que ha sido uno de los factores más estudiado es que incluso existe un modelo para explicar la soledad y la depresión: Parpura-Gill y

<sup>74</sup> ABELLÁN *et al.*, “Un perfil de las personas mayores en España 2017...”, *op. cit.*

<sup>75</sup> MENEC *et al.*, “Examining individual...”, *op. cit.*

<sup>76</sup> VICTOR, Christina R.; PIKHARTOVA, Jitka. “Lonely places or lonely people? Investigating the relationship between loneliness and place of residence”. *BMC Public Health*, 2020, vol. 20, n.º 1,.

<sup>77</sup> ALGREN, Maria Holst; EKHOLM, Ola; NIELSEN, Line; ERSBØLL, Annette Kjaer; BAK, Carsten Kronborg; ANDERSEN, Pernille Teanggard. “Social isolation, loneliness, socioeconomic status, and health-risk behaviour in deprived neighbourhoods in Denmark: A cross-sectional study”. *SSM – Population Health*, 2020, vol. 10, article n.º 100546.

<sup>78</sup> MENEC *et al.*, *op. cit.*

<sup>79</sup> COHEN-MANSFIELD *et al.*, *op. cit.*

<sup>80</sup> SMITH, Kimberley J.; VICTOR, Christina. “Typologies of loneliness, living alone and social isolation, and their associations with physical and mental health”. *Ageing & Society*, 2019, vol. 39, n.º 8, p. 1709-1730.

<sup>81</sup> VON SOEST *et al.*, *op. cit.*

<sup>82</sup> COHEN-MANSFIELD *et al.*, *op. cit.*

<sup>83</sup> VON SOEST *et al.*, *op. cit.*

<sup>84</sup> COHEN-MANSFIELD *et al.*, *op. cit.*

<sup>85</sup> *Ibid.*

<sup>86</sup> VALTORTA, Nicole K.; MOORE, Danielle Collingridge; BARRON, Lynn; STOW, Daniel y HANRATTY, Barbara. “Older Adult’s Social Relationships and Health Care Utilization: A Systematic Review”. *American Journal of Public Health*, 2018, vol. 108, n.º 4, p. e1-e10.

<sup>87</sup> COHEN-MANSFIELD *et al.*, *op. cit.*; CHEUNG *et al.*, *op. cit.*

<sup>88</sup> MCHUGH POWER, Joanna E.; STEPTOE, Andrew; KEE, Frank; LAWLOR, Brian A. “Loneliness and social engagement in older adults: A bivariate dual change score analysis”. *Psychology and Aging*, 2019, vol. 34, n.º 1, p. 152-162; COURTIN y KNAPP, *op. cit.*; TABUE TEGUO *et al.*, *op. cit.*

<sup>89</sup> PENNINKILAMPI *et al.*, *op. cit.*

Cohen-Mansfield<sup>90</sup> proponen el modelo explicativo de predictores de la soledad en la vejez “MODEL” (*Model Of Depression And Loneliness*) para además de explicar esos predictores comprobar si la soledad constituye un predictor de depresión en personas mayores. Identifican un total de 21 variables o “barreras” que se encuentran las personas mayores a la hora de mantener interacciones sociales y que por lo tanto predicen la soledad y, por consiguiente, la depresión. Agrupan esas “barreras” en 1) factores y recursos ambientales, 2) factores de salud, 3) factores psicológicos y 4) eventos vitales estresantes. Este modelo obtuvo grandes resultados explicando un 42% de la variabilidad de la soledad y un 47% de la depresión. Por su parte, el aislamiento social también se ha relacionado con la depresión, aunque en menor medida que la soledad subjetiva<sup>91</sup>. Además de la depresión, otra serie de variables psicológicas y de personalidad están relacionadas con la depresión: una *pobre salud mental, baja satisfacción vital, baja autoestima, baja autoeficacia, déficits cognitivos, comportamientos insalubres y eventos negativos del pasado*<sup>92</sup>. Una *baja satisfacción con la red social* también se ha relacionado con una mayor probabilidad de experimentar soledad<sup>93</sup>: en ese estudio las autoras hallaron relaciones indirectas de otros factores con la soledad, mediadas por la satisfacción con la red social. El tamaño de la red social, aunque previamente se ha relacionado directamente con la soledad, en este caso no obtuvo relación con ella, pero sí con la satisfacción con la red social: por tanto, a mayor tamaño de red social había una mayor satisfacción con la misma, y esto hacía que fuese menos probable sentir soledad. Esta relación indirecta da más apoyo si cabe a la Teoría de la Discrepancia Cognitiva, ya que se ve que la soledad depende de la interpretación que se hace de la red social, y no del tamaño de la red en sí. Además, esa relación indirecta con la soledad no solo se dio a través de la satisfacción con la red social, sino también a través de otras variables como la *oferta de actividades del vecindario y la capacidad para realizar actividades*<sup>94</sup>.

Por último, en cuanto a variables sociales que se relacionan con la soledad, una *baja calidad de las relaciones sociales* predice la aparición de soledad<sup>95</sup>, más que una *baja cantidad*<sup>96</sup>. Esto explicaría, desde la perspectiva de la Discrepancia Cognitiva, cómo una persona que no está aislada de los demás puede sentir soledad, y cómo una persona con mayor aislamiento social puede sentirse satisfecha con sus relaciones sociales y por lo tanto no sentir soledad. Algunas personas pueden haber elegido no ocupar el lugar de relaciones perdidas (por ejemplo, por la muerte de amigos o seres queridos), dando prioridad a la calidad de las relaciones que tienen y centrándose en ellas, aunque eso conlleve perder en cantidad de relaciones; esto encaja con lo que propone la Teoría de la Selectividad Socioemocional de Carstensen<sup>97</sup>. Las *relaciones con los amigos y vecinos* reducen más los sentimientos de soledad que las *relaciones con los familiares*, y una *menor participación social* predice la aparición de soledad; por otra parte, el *tener pocos hijos o no tener hijos* se relaciona con una mayor soledad<sup>98</sup>. Por último, *vivir solo* puede incluirse en este último grupo de variables predictoras de la soledad<sup>99</sup>.

<sup>90</sup> LORENTE *op. cit.*

<sup>91</sup> LEIGH-HUNT *et al.*, *op. cit.*

<sup>92</sup> COHEN-MANSFIELD *et al.*, *op. cit.*

<sup>93</sup> KEMPERMAN *et al.*, *op. cit.*

<sup>94</sup> *Ibid.*

<sup>95</sup> COHEN-MANSFIELD *et al.*, *op. cit.*

<sup>96</sup> PINQUART y SORENSEN, *op. cit.*

<sup>97</sup> NEWALL y MENEZES, *op. cit.*

<sup>98</sup> COHEN-MANSFIELD *et al.*, *op. cit.*

<sup>99</sup> CHEUNG *et al.*, *op. cit.*

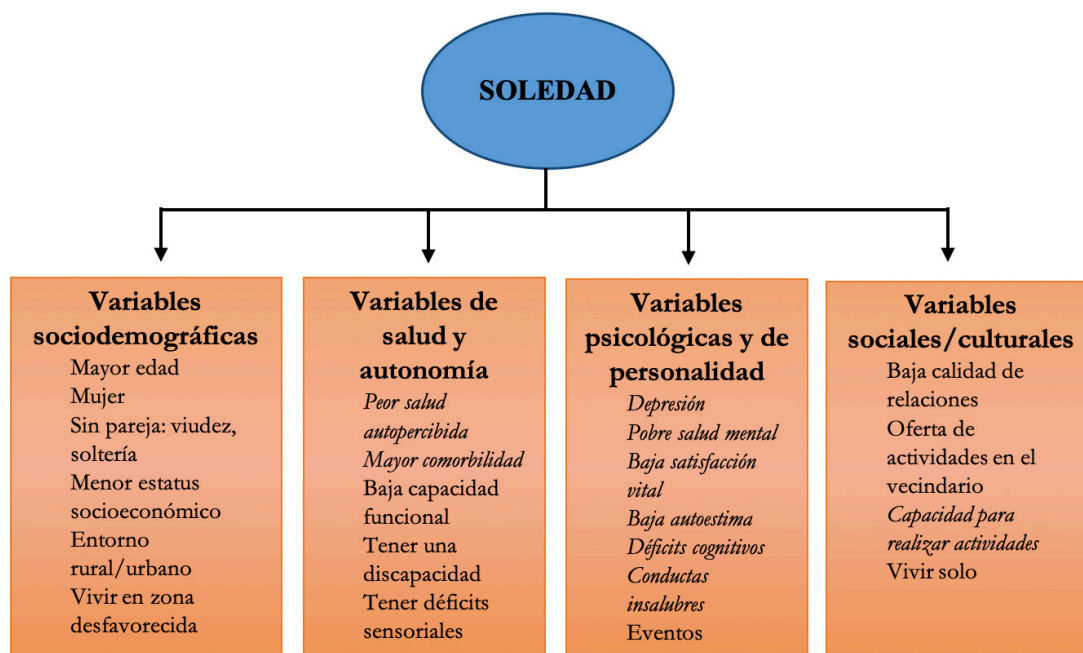


Figura 1. Variables asociadas a la aparición/presencia de soledad. Elaboración propia.  
 Nota: las variables que aparecen en cursiva son las que podrían tener una relación bidireccional con la soledad.

Los datos sobre los predictores son por el momento insuficientes para determinar una causalidad en la aparición del aislamiento social y la soledad, pero nos ayudan a detectar a aquellas personas que pueden estar en riesgo de sufrir cualquiera de ellas.

## 2. CONSECUENCIAS DEL AISLAMIENTO SOCIAL Y LA SOLEDAD

En una revisión de un total de 128 estudios, solo 2 no encontraron relación entre aislamiento social o soledad con la salud<sup>100</sup>. En la literatura publicada hasta el momento hay evidencia contradictoria y de la que es difícil sacar conclusiones sólidas, ya que los estudios hacen conceptualizaciones y mediciones bastante diversas del aislamiento social y la soledad, lo que también hace que los resultados de algunos trabajos sean muchas veces inconsistentes con otros. Eso hace que, por ejemplo, los porcentajes de prevalencia de soledad estimados varíen desde un 20-25%<sup>101</sup> hasta un 43%-45%<sup>102</sup> o un 57%<sup>103</sup>, aunque en algunas muestras se han encontrado porcentajes menores (10'2%)<sup>104</sup>. En cuanto al aislamiento social sucede lo mismo, con tasas de prevalencia que varían ampliamente: algunos casos llegan al 27%<sup>105</sup>, mientras que en otras tan solo es 5'1%<sup>106</sup>.

<sup>100</sup> COURTIN y KNAPP, *op. cit.*

<sup>101</sup> JAMIESON, Hamish A.; GIBSON, Helen M.; ABEY-NESBIT, Rebecca; AHURIRI-DRISCOLL, Annabel; KEELING, Sally; SCHLUTER, Philip J. "Profile of ethnicity, living arrangements and loneliness amongst older adults in Aotearoa, New Zealand: A national cross-sectional study". *Australasian Journal on Ageing*, 2018, vol. 37, n.º 1, p. 68-73; PALMER, *op. cit.*

<sup>102</sup> PERISSINOTTO *et al.*, *op. cit.*; COHEN-MANSFIELD *et al.*, *op. cit.*

<sup>103</sup> TAYLOR, *op. cit.*

<sup>104</sup> MENEZ *et al.*, "Examining individual...", *op. cit.*

<sup>105</sup> EVANS, Isobel E.M.; LLEWELLYN, David J.; MATTHEWS, Fiona E.; WOODS, Robert T; BRAYNE, Carol; CLARE, Linda. "Social Isolation, Cognitive Reserve, and Cognition in Healthy Older People". *PLoS ONE*, 2018, vol. 13, n.º 8, doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201008>.

<sup>106</sup> MENEZ *et al.*, "Examining individual...", *op. cit.*

Y es que, aunque la población mayor es ya de por sí un grupo de riesgo para sufrir declives en el funcionamiento cognitivo, disponemos de evidencia científica para afirmar que el aislamiento social y la soledad suponen factores de riesgo independientes para afectar en este ámbito, aunque también se han encontrado resultados contradictorios. En un estudio longitudinal de 11 años los resultados mostraron que la soledad está relacionada con un declive cognitivo independientemente del aislamiento social<sup>107</sup>. Por otra parte, tras una revisión sistemática y posterior meta-análisis se concluyó que un mayor aislamiento social y un peor desempeño cognitivo están relacionados significativamente: una red social más pequeña y una menor actividad social se asocian a peor funcionamiento de la memoria y las funciones ejecutivas, al igual que una mayor red social y mayor actividad social se relacionan con un mejor funcionamiento en esas aptitudes<sup>108</sup>. Los beneficios de esta última relación se percibían más en las mujeres, por lo que el sexo interactuaba con el aislamiento social<sup>109</sup>; eso mismo mostró un estudio longitudinal en el que un menor aislamiento social solo se relacionaba con un mejor funcionamiento cognitivo en mujeres tras 2 años<sup>110</sup>. Además de eso, incluyeron medidas de reserva cognitiva para determinar si podía atenuar el efecto del aislamiento social: hallaron que, en efecto, tiene influencia sobre esa interacción, ya que tras 2 años un mayor aislamiento social se relacionaba con un empeoramiento en el desempeño cognitivo solo en personas cuyo oficio fue clasificado de “baja complejidad”. Para explicar el efecto que puede tener el carecer de contacto con otras personas se ha propuesto la teoría “Use It or Lose It” o Síndrome del Desuso, que propone una visión del cerebro como si fuese un músculo, y que por tanto la participación en actividades intelectuales, sociales y físicas lo estimula y la falta de actividad es el origen del declive cognitivo<sup>111</sup>. Esta teoría está relacionada con la reserva cognitiva, un modelo que propone que el cerebro se enfrenta al daño cerebral (relacionado con el deterioro de la edad, por ejemplo) utilizando procesos cognitivos existentes o procesos compensatorios: aunque dos pacientes tengan el mismo nivel de afectación a nivel cerebral, aquel que tenga una mayor reserva cognitiva tardará más en manifestar a nivel funcional esa patología<sup>112</sup>. Entre las variables que se utilizan para medir la reserva cognitiva encontramos, por ejemplo, el estatus socioeconómico, el nivel educativo y las actividades de ocio realizadas durante la vida<sup>113</sup>. Estas dos teorías han sido propuestas, además de para explicar el declive cognitivo con el que se relaciona el aislamiento social, como explicativas del desarrollo de demencia. Y es que el aislamiento social también se ha relacionado con el riesgo de desarrollar demencia, concretamente el tener una menor interacción social (medida a través de la participación social y frecuencia de contactos sociales), en mayor medida que tener un menor tamaño de red social o una menor satisfacción con la misma<sup>114</sup>, lo que supone un nuevo apoyo a la teoría planteada. El riesgo que supone una baja interacción social a la hora de desarrollar demencia es comparable a un bajo nivel educativo, la inactividad física y la depresión en la vejez<sup>115</sup>.

La experiencia de soledad, por su parte, también se ha relacionado con la demencia<sup>116</sup>: en un meta-análisis de estudios longitudinales de cohortes se observó que las personas que se sentían

<sup>107</sup> LUCHETTI, Martina; TERRACCIANO, Antonio; ASCHWANDEN, Damaris; LEE, Ji H.; STEPHAN, Yannick; SUTIN, Angelina R. “Loneliness is associated with risk of cognitive impairment in the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe”. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2020, vol. 35, n.º 7, p. 794-801.

<sup>108</sup> EVANS, Isobel E.M.; MARTYR, Anthony; COLLINS, Rachel; BRAYNE, Carol; CLARE, Linda. “Social Isolation and Cognitive Function in Later Life: A Systematic Review and Meta-Analysis”. *Journal of Alzheimer’s Disease*, 2019, vol. 70, n.º s1, p. S119-S144.

<sup>109</sup> EVANS *et al.*, “Social Isolation and Cognitive Function...”, *op. cit.*

<sup>110</sup> *Ibid.*

<sup>111</sup> KUIPER, Jisca S.; ZUIDERSMA, Marij; OUDE VOSHAAR, Richard C.; ZUIDEMA, Sytse; VAN DEN HEUVEL, Edwin R.; STOLK, Ronald P.; SMIDT, Nynke. 2015. “Social relationships and risk of dementia: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies”. *Ageing research reviews*, 2015, vol. 22, p. 39-57.

<sup>112</sup> STERN, Yaakov. “Cognitive reserve”. *Neuropsychologia*, 2009, vol. 47, n.º 10, p. 2015-2028.

<sup>113</sup> *Ibid.*

<sup>114</sup> KUIPER *et al.*, “Social relationships and risk of dementia...”, *op. cit.*

<sup>115</sup> *Ibid.*

<sup>116</sup> BOSS, Lisa; KANG, Duck-Hee; BRANSON, Sandy. 2015. “Loneliness and cognitive function in the older adult: a systematic review”. *International Psychogeriatrics*, 2015, vol. 27, n.º 4, p. 541-553; HOLWERDA, Tjalling Jan; DEEG,



solas tenían 1.58 veces más de probabilidades de desarrollar demencia que las que no se sentían solas<sup>117</sup>. En otro meta-análisis de 8 estudios longitudinales, los resultados también apoyaron la idea de que la soledad subjetiva es un factor de riesgo para desarrollar demencia, y aunque no había datos suficientes para llevar a cabo otro meta-análisis para corroborar su relación con del Deterioro Cognitivo Leve (DCL), los estudios que revisaron sí indican una potencial relación entre soledad y DCL<sup>118</sup>. Y es que la soledad se ha identificado como el único predictor de habilidad cognitiva en la vejez<sup>119</sup>; además, se han encontrado relaciones negativas significativas entre soledad subjetiva y varias medidas del funcionamiento cognitivo, como: funcionamiento cognitivo general, velocidad de procesamiento, inteligencia, recuerdo inmediato, recuerdo demorado y funciones ejecutivas<sup>120</sup>. Sin embargo, no se encontró esta relación entre la soledad y la atención sostenida en un estudio longitudinal de 4 años, en el que fue una mejor atención sostenida la que predijo, aunque en una mínima parte, una menor soledad 4 años después<sup>121</sup>. La conclusión a la que llegaron esos autores es que un mejor funcionamiento cognitivo predice una menor probabilidad de desarrollar soledad. Los mecanismos que se han propuesto como subyacentes a esta relación entre la soledad y el funcionamiento cognitivo con la demencia han sido dos principalmente. Por un lado, la *desregulación del sistema Hipotálamo-Hipofisario-Adrenal (HHA)*, involucrado en la respuesta de estrés y cuyo producto final es el cortisol<sup>122</sup>. La experiencia de soledad es desagradable para las personas mayores que la padecen y por tanto activa el sistema HHA; la activación prolongada de ese sistema produce niveles excesivos de cortisol que pueden reducir la reserva neural de áreas como el hipocampo y el córtex prefrontal, lo que produciría deterioro en el funcionamiento cognitivo<sup>123</sup>. Mediante la neuroimagen se ha comprobado que las personas que referían un mayor sentimiento de soledad presentaban reducciones en la materia gris en tres áreas que son fundamentales en el procesamiento cognitivo y la regulación emocional: el hemisferio izquierdo de la amígdala/hipocampo anterior, el parahipocampo posterior izquierdo y el hemisferio izquierdo del cerebelo<sup>124</sup>. La soledad supone un estresor psicológico que aumenta los niveles de cortisol: una mayor puntuación de soledad se relaciona con un mayor nivel de cortisol en sangre al levantarse<sup>125</sup> y al acostarse<sup>126</sup>. Un mayor nivel de cortisol a la hora de acostarse, por su parte, predecía un peor desempeño en velocidad de procesamiento y atención, función ejecutiva, memoria de trabajo, y memoria verbal inmediata<sup>127</sup>. Por lo tanto, la soledad ejercía una influencia indirecta sobre el funcionamiento cognitivo a través de la activación del eje HHA y los niveles de cortisol que este genera<sup>128</sup>. Aunque los

---

Dorly J.H.; BEEKMAN, Aartjan T.F.; VAN TILBURG, Theo G.; STEK, Max L.; JONKER, Cees; SCHOEVEERS, Robert A. "Feelings of loneliness, but not social isolation, predict dementia onset: results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL)". *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 2014, vol. 85, n.º 2, p. 135-142; PENNINKILAMPI *et al.*, *op. cit.*

<sup>117</sup> KUIPER *et al.*, "Social relationships and risk of dementia...", *op. cit.*

<sup>118</sup> LARA, Elvira; MARTÍN-MARÍA, Natalia; DE LA TORRE-LUQUE, Alejandro; KOYANAGI, Ai; VANCAMPFORT, Davy; IZQUIERDO, Ana; MIRET, Marta. "Does loneliness contribute to mild cognitive impairment and dementia? A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies". *Ageing Research Reviews*, 2019, vol. 52, p. 7-16.

<sup>119</sup> BOSS *et al.*, *op. cit.*

<sup>120</sup> *Ibid.*

<sup>121</sup> MCHUGH POWER *et al.*, *op. cit.*

<sup>122</sup> CACIOPPO, Stephanie; CAPITANIO, John P.; CACIOPPO, John T. "Toward a neurology of loneliness". *Psychological Bulletin*, 2014, vol. 140, n.º 6, p. 1464-1504; MONTOLIÚ, Teresa; HIDALGO, Vanesa; SALVADOR, Alicia. "The relationship between loneliness and cognition in healthy older men and women: The role of cortisol". *Psychoneuroendocrinology*, 2019, vol. 107, p. 270-279.

<sup>123</sup> BOSS *et al.*, *op. cit.*; CACIOPPO *et al.*, *op. cit.*

<sup>124</sup> DÜZEL, Sandra; DREWELIES, Johanna; GERSTORF, Denis; DEMUTH, Ilja STEINHAGEN-THIESSEN, Elisabeth; LINDENBERGER, Ulman; KÜHN, Simone. "Structural Brain Correlates of Loneliness among Older Adults". *Scientific Reports*, 2019, vol. 9, artículo n.º 13569; BOSS *et al.*, *op. cit.*

<sup>125</sup> STEPTOE, Andrew; OWEN, Natalie; KUNZ-EBRECHT, Sabine R.; BRYDON, Lena. "Loneliness and neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory stress responses in middle-aged men and women". *Psychoneuroendocrinology*, 2004, vol. 29, n.º 5, p. 593-611.

<sup>126</sup> MONTOLIÚ *et al.*, *op. cit.*

<sup>127</sup> *Ibid.*

<sup>128</sup> *Ibid.*

niveles superiores a la normalidad no se han encontrado durante el día, las diferencias al levantarse y al acostarse eran significativas. Por otra parte, aunque unida a la respuesta prolongada de estrés, se ha propuesto que una desregulación de los glucocorticoides encargados de rebajar las respuestas de *inflamación* (como el cortisol) produciría un aumento de los niveles de inflamación, fenómeno que se ha relacionado con patologías presentes en la demencia y el Alzheimer<sup>129</sup>. Hasta el momento el apoyo a esta hipótesis es contradictorio, ya que en algunos casos no se ha encontrado relación entre soledad y algunos marcadores de inflamación como la proteína C-reactiva (CRP)<sup>130</sup>, y en otros se ha encontrado que una baja puntuación de soledad se relaciona con niveles más altos de un marcador antiinflamatorio (IGF-1 –factor de crecimiento insulínico–)<sup>131</sup>.

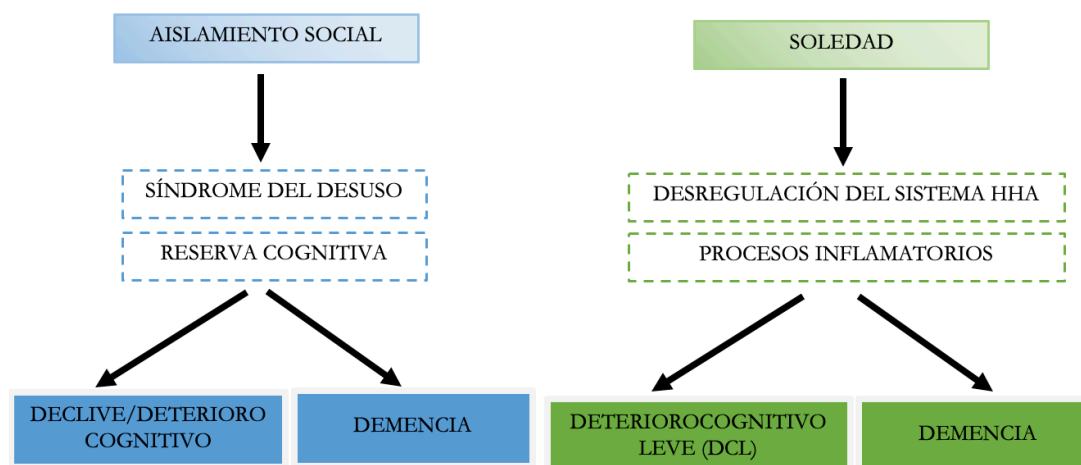


Figura 2. Efectos de aislamiento social y soledad sobre la función cognitiva y sus modelos explicativos. Elaboración propia.

La posible influencia de la soledad sobre el riesgo de desarrollar demencia es comparable a otros factores de riesgo como la diabetes, la inactividad física o la sordera en la adultez<sup>132</sup>. Otros meta-análisis en este ámbito han utilizado conceptualizaciones más amplias como las “relaciones sociales” o el “compromiso social”<sup>133</sup>. Medidas tanto estructurales (i.e. tamaño de la red social, frecuencia de contactos sociales) como funcionales (i.e. percepción de la calidad del apoyo social, ayuda práctica, etc.) se relacionan con un declive cognitivo<sup>134</sup>. Un bajo compromiso social (en el que se incluyen medidas tanto objetivas como subjetivas) es un factor de riesgo para desarrollar demencia; si existe depresión comórbida, un alto compromiso social tiene efectos aún más protectores sobre el riesgo de demencia que si no la hubiese, pero si el compromiso social es bajo, el riesgo de demencia es mayor que si no hubiese depresión<sup>135</sup>. Con todo, se ha observado una rela-

<sup>129</sup> BOSS *et al.*, *op. cit.*

<sup>130</sup> SHIOVITZ-EZRA, Sharon; PARAG, Ohad. “Does loneliness “get under the skin”? Associations of loneliness with subsequent change in inflammatory and metabolic markers”. *Aging & Mental Health*, 2019, vol. 23, n.º 10, p. 1358-1366.

<sup>131</sup> WALKER, Emma; PLOUBIDIS, George; FANCOURT, Daisy. “Social engagement and loneliness are differentially associated with neuro-immune markers in older age: Time-varying associations from the English Longitudinal Study of Ageing”. *Brain, Behavior, and Immunity*, 2019, vol. 82, p. 224-229.

<sup>132</sup> LARA *et al.*, *op. cit.*

<sup>133</sup> KUIPER, Jisca S.; ZUIDERSMA, Marij; ZUIDEMA, Sytse U.; BURGERHOF, Johannes Gm.; STOLK, Ronald P.; OUDE VOSHAAR, Richard C.; SMIDT, Nynke. “Social relationships and cognitive decline: a systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies”. *International Journal of Epidemiology*, 2016, vol. 45, n.º 4, p. 1169-1206; PENNINKILAMPI *et al.*, *op. cit.*

<sup>134</sup> KUIPER *et al.*, “Social relationships and cognitive decline...”, *op. cit.*

<sup>135</sup> PENNINKILAMPI *et al.*, *op. cit.*

ción negativa bidireccional entre soledad y compromiso social, relación mediada por los síntomas depresivos y las memorias episódica y semántica<sup>136</sup>.

En cuanto a otros problemas de salud, hay evidencia robusta para afirmar que existe una relación significativa entre aislamiento social y soledad con la mortalidad<sup>137</sup>. Un meta-análisis averiguó que el aislamiento social aumenta en un 29% la probabilidad de morir, mientras que la soledad la aumenta en un 26%<sup>138</sup>. El aislamiento social y la soledad predicen independientemente el riesgo de mortalidad<sup>139</sup>; sin embargo, el efecto de la soledad disminuye al tener en cuenta la depresión, por lo que en este trabajo se concluye que soledad predice la depresión<sup>140</sup>. Además, se ha comprobado que, si la soledad aumenta, aumenta también la severidad de los síntomas depresivos<sup>141</sup>. En una revisión de meta-análisis y revisiones sistemáticas se llegó a la conclusión de que el aislamiento social también se asocia a la depresión, además de a un mayor riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares<sup>142</sup>. La soledad también se ha identificado como un factor de riesgo para desarrollar enfermedades cardiovasculares<sup>143</sup>, concretamente aumentaba en un 27% su probabilidad, efecto de riesgo comparable a la ansiedad o la depresión<sup>144</sup>. Los mecanismos propuestos para explicar este mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares y mortalidad han sido, por una parte, psicobiológicos: a mayor aislamiento social y soledad mayor desregulación metabólica, más desajustes en el sistema nervioso autónomo y presión sanguínea, respuestas inflamatorias (relacionadas también con el funcionamiento cognitivo) y mayor carga alostática<sup>145</sup>; una mayor participación social (definida como lo opuesto al aislamiento social) se relaciona con el descenso de niveles de marcadores de inflamación (proteínas CRP, fibrinógenos y leucocitos), y niveles más bajos de soledad se relacionan con niveles más altos de marcadores antiinflamatorios, por lo que los mecanismos por los que aislamiento y soledad actúan pueden ser diferentes<sup>146</sup>. Además, los mecanismos ya explicados sobre el funcionamiento cognitivo también pueden derivar en efectos sobre la salud. Hay estudios que confirman que la soledad y el aislamiento social son factores de riesgo para padecer un desequilibrio metabólico: un estudio halló que las personas mayores que se sienten solas tienen más probabilidad de que tres de los 4 marcadores metabólicos medidos (índice de masa corporal, carga metabólica y hemoglobina glucosilada –HbA1c–) empeorasen en un periodo de 5 años<sup>147</sup>. Estos efectos sobre el sistema metabólico también se han encontrado con el aislamiento social<sup>148</sup>. Por otra parte, las vías por las que la salud se ve afectada son conductuales: las personas aisladas y solas tienen mayor probabilidad de tener estilos de vida menos sanos. Tras una revisión sistemática se determinó que las personas mayores que se sentían

<sup>136</sup> MCHUGH POWER *et al.*, *op. cit.*

<sup>137</sup> RICO-URIBE, Laura Alejandra; CABALLERO, FRANCISCO Félix; MARTÍN-MARÍA, Natalia; CABELLO, María; AYUSO-MATEOS, José Luis; MIRET, Marta. "Association of loneliness with all-cause mortality: A meta-analysis". *PLoS ONE*, 2018, vol. 13, n.º 1, e0190033; SHOR, Eran; ROELFS, David J. "Social contact frequency and all-cause mortality: A meta-analysis and meta-regression". *Social Science & Medicine*, 2015, vol. 128, p. 76-86; LEIGH-HUNT *et al.*, *op. cit.*

<sup>138</sup> HOLT-LUNDSTAD *et al.*, *op. cit.*

<sup>139</sup> TABUE TEGUO *et al.*, *op. cit.*

<sup>140</sup> COURTIN y KNAPP, *op. cit.*

<sup>141</sup> SMITH y VICTOR *op. cit.*

<sup>142</sup> LEIGH-HUNT *et al.*, *op. cit.*

<sup>143</sup> VALTORTA, Nicole K.; KANAAN, Mona; GILBODY, Simon; RONZI, Sara; HANRATTY, Barbara. "Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies". *Heart*, 2016, vol. 102, n.º 13, p. 1009-1016; COURTIN y KNAPP, *op. cit.*

<sup>144</sup> VALTORTA, Nicole K.; KANAAN, Mona; GILBODY, Simon; HANRATTY, Barbara. "Loneliness, social isolation and risk of cardiovascular disease in the English Longitudinal Study of Ageing". *European Journal of Preventive Cardiology*, 2018, vol. 25, n.º 13, p. 1387-1396.

<sup>145</sup> SCHREMPFT, Stephanie; JACKOWSKA, Marta; HAMER, Mark; STEPTOE, Andrew. "Associations between social isolation, loneliness, and objective physical activity in older men and women". *BMC Public Health*, 2019, vol. 19, n.º 1, artículo n.º 74.

<sup>146</sup> WALKER *et al.*, *op. cit.*

<sup>147</sup> SHIOVITZ-EZRA y PARAG, *op. cit.*

<sup>148</sup> YANG, Yang Claire; LI, Ting; JI, Yinchun. "Impact of social integration on metabolic functions: evidence from a nationally representative longitudinal study of US older adults". *BMC Public Health*, 2013, vol. 13, n.º 1, artículo n.º 1210; YANG, Yang Claire; BOEN, Courtney; GERKEN, Karen; LI, Ting; SCHORPP, Kristen; HARRIS, Kathleen Mullan. "Social relationships and physiological determinants of longevity across the human life span". *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 2016, vol. 113, n.º 3, p. 578-583.

solas referían menor actividad física, especialmente las mujeres más mayores<sup>149</sup>; por su parte, el estar aislado parece tener mayor relación con comportamientos menos saludables que la soledad<sup>150</sup>. De hecho, el aislamiento social se ha relacionado con menor actividad física total durante el día, mayor tiempo de comportamiento sedentario, menor actividad física moderada-vigorosa<sup>151</sup>, bajo consumo de frutas y verduras, mayor consumo de alcohol y presencia de conductas de riesgo<sup>152</sup>. La teoría del “Control Social” propone que los comportamientos saludables están influidos por una red social que desapruueba comportamientos insalubres (i.e. beber y fumar más de la cuenta) y promueve comportamientos saludables (i.e. hacer ejercicio y llevar una dieta saludable)<sup>153</sup>. Las personas mayores aisladas, por lo tanto, carecen de esta influencia positiva de personas cercanas que sirvan tanto de modelo como de propulsores de conductas sanas que sí tienen las personas que no están aisladas, aunque se sientan solas<sup>154</sup>. Tener una red social que promueve conductas saludables puede además aumentar la motivación para llevarlas a cabo y provocar un estado psicológico agradable que regule la respuesta neuroendocrina ante el estrés<sup>155</sup>. Por último, soledad y aislamiento social afectan de manera independiente la calidad del sueño, aunque el estar aislado parece tener peores efectos que sentirse solo<sup>156</sup>. La soledad parece tener una relación bidireccional con el sueño<sup>157</sup>. Según el Modelo de Hawkey y Cacciopo, estos efectos dañinos sobre la calidad del sueño afectan a la salud de la persona sola porque suponen la pérdida de una conducta de recuperación esencial, que al no ser suficiente afecta a procesos metabólicos, neurales y hormonales<sup>158</sup>. Sin embargo, esta relación bidireccional nos invita a completar ese modelo, ya que solo considera el efecto de la soledad sobre el sueño. De este modo se han expuesto las 4 vías por las que la soledad afecta a la salud según Hawkey y Cacciopo: comportamientos de salud, activación cardiovascular, niveles de cortisol y sueño<sup>159</sup>.

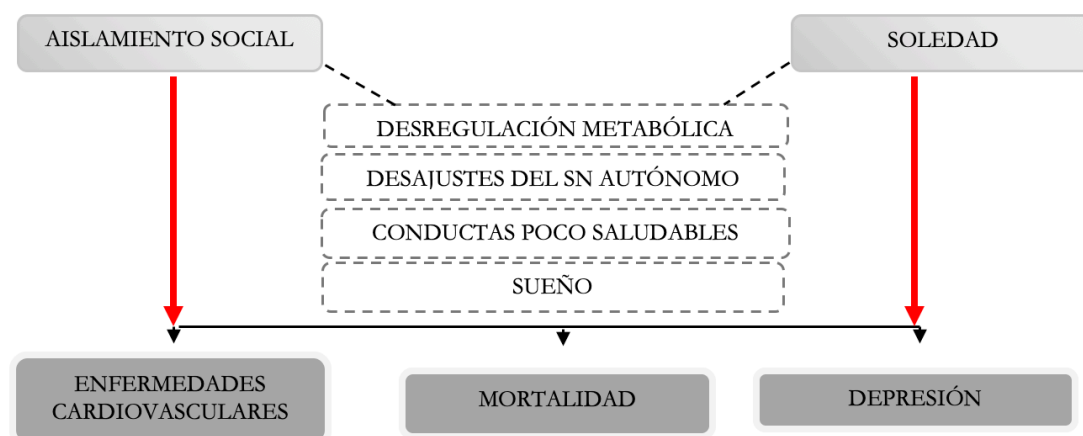


Figura 3. Efectos de aislamiento social y soledad sobre la salud y sus modelos explicativos. Elaboración propia.

<sup>149</sup> LINDSAY SMITH, Gabrielle; BANTING, Lauren; EIME, Rochelle; O’SULLIVAN, Grant; VAN UFFELEN, Jannique G.Z. “The association between social support and physical activity in older adults: A systematic review”. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 2017, vol. 14, n.º 1, artículo n.º 56.

<sup>150</sup> KOBAYASHI, Lindsay C.; STEPTOE, Andrew. 2018. “Social Isolation, Loneliness, and Health Behaviors at Older Ages: Longitudinal Cohort Study”. *Annals of Behavioral Medicine*, 2018, vol. 52, n.º 7, p. 582-593; SCHREMPFT *et al.*, *op. cit.*

<sup>151</sup> SCHREMPFT *et al.*, *op. cit.*

<sup>152</sup> ALGREN *et al.*, *op. cit.*

<sup>153</sup> PALMER, *op. cit.*

<sup>154</sup> SCHREMPFT *et al.*, *op. cit.*

<sup>155</sup> KUIPER *et al.*, “Social relationships and cognitive decline...”, *op. cit.*

<sup>156</sup> YU *et al.*, *op. cit.*

<sup>157</sup> GRIFFIN, Sarah C.; WILLIAMS, Allison Baylor; MLADEN, Samantha N.; PERRIN, Paul B.; DZIERZEWSKI, Joseph M.; RYBARCZYK, Bruce D. 2019. “Reciprocal Effects Between Loneliness and Sleep Disturbance in Older Americans”. *Journal of Aging and Health*, 2019; doi: 10.1177/0898264319894486.

<sup>158</sup> GRIFFIN *et al.*, *op. cit.*

<sup>159</sup> PERISSINOTTO *et al.*, *op. cit.*

En resumen, tanto la soledad como el aislamiento social están relacionados con problemas de salud como la demencia, problemas cardiovasculares, peor funcionamiento cognitivo, depresión o problemas de sueño. En algunas ocasiones se ha afirmado que la soledad está más relacionada con la salud mental y el aislamiento social o el vivir solo con problemas de salud física o cognitiva<sup>160</sup>; de hecho, tras una extensa revisión se encontró que un 75% de estudios sobre depresión incluían medidas de soledad, mientras que un 72% de estudios en salud cardiovascular incluían medidas de aislamiento social<sup>161</sup>, sin embargo, se ha visto que ambos factores suponen un riesgo para la salud en general, y debido a los problemas en la delimitación de cada uno de ellos los resultados hasta el momento no son concluyentes. También es necesario recordar que, aunque se han propuesto varios modelos explicativos sobre los efectos dañinos que tienen sobre la salud, la evidencia recabada hasta el momento sobre su validez no es suficiente, si bien es cierto que nos da claras pistas de cuál es la realidad. De hecho, es probable que no solo uno de esos modelos sea correcto, ya que el aislamiento social y la soledad son fenómenos complejos que afectan diferentes esferas de la vida de las personas mayores. Aunque se ha hablado mucho de correlaciones con las diversas variables dependientes, también es posible que la causalidad sea inversa y el sentirse solo o estar aislado sea la consecuencia, por ejemplo, de un deterioro cognitivo. Los estudios longitudinales empiezan a clarificar esta relación (que generalmente sitúa a la soledad como predictor) pero todavía hacen falta más investigaciones longitudinales, estudios de control aleatorizados y revisiones sistemáticas y meta-análisis.

### 3. CONCLUSIÓN

La soledad es un fenómeno presente en nuestra sociedad, y aunque en los últimos tiempos se afirma que cada vez está más presente en las personas mayores, no tenemos pruebas objetivas y evidencia científica suficientemente contrastada de ello. Eso no quiere decir que no sea un aspecto relevante a abordar socialmente, pero hemos de ser realistas para poder actuar de una manera efectiva, y fundamentada en datos objetivos. Es una experiencia compleja en la que distinguimos por una parte el aislamiento social, como la condición objetiva en la que la persona carece de relaciones/contactos sociales, y por otra la soledad (o sentimiento de soledad), como una experiencia subjetiva aversiva e indeseada que surge cuando la persona mayor valora sus relaciones sociales como insuficientes, en cantidad y/o calidad. Es importante diferenciarlos pero estudiarlos conjuntamente, por los paralelismos señalados. Diversas variables del entorno, individuales y culturales influyen en la aparición de ambos, y las consecuencias que tienen sobre las personas que lo sufren son múltiples: declive cognitivo, demencia, depresión, problemas cardiovasculares, mortalidad, etc. por lo que es importante estudiarlos y elaborar intervenciones eficaces para prevenirlos y/o afrontarlos. Además, la experiencia reciente de la pandemia del coronavirus, que ha tenido influencia en la población general, necesita de respuestas claves sobre competencias que hacen más resiliente a la población mayor, tarea en la que estamos recopilando datos longitudinales con una amplia muestra a nivel internacional. Estas dianas (competencias de afrontamiento) permitirán avances en las respuestas a la diferenciación desarrollada en este trabajo sobre por qué personas que viven solas no experimentan sentimientos negativos ni comorbilidad asociada.

<sup>160</sup> BELLER, Johannes; WAGNER, Adina. "Disentangling Loneliness: Differential Effects of Subjective Loneliness, Network Quality, Network Size, and Living Alone on Physical, Mental, and Cognitive Health". *Journal of Aging and Health*, 2017, vol. 30, n.º 4, p. 521-539.

<sup>161</sup> COURTIN y KNAPP, *op. cit.*