

Prevalencia y nivel de soledad de los usuarios de régimen ambulatorio de 65 o más años de la Gerencia de Gestión Integrada de Ferrol

Irene María Villaverde Fonseca, Silvia López Martos
Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). Atención Primaria

Contacto: irenem.villaverde@sessa.es

Manuscrito recibido: 10/09/2019
Manuscrito aceptado: 11/02/2020

Cómo citar este documento

Villaverde Fonseca IM, López Martos S. Prevalencia y nivel de soledad de los usuarios de régimen ambulatorio de 65 o más años de la Gerencia de Gestión Integrada de Ferrol. Atención Primaria. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2021 Agosto; 9 (1): 29-41.

Resumen

Objetivo: Determinar la prevalencia del sentimiento de soledad en usuarios de régimen ambulatorio de 65 o más años de los Centros de Salud de Narón y Caranza.

Método: Estudio observacional de prevalencia. Se entregó un formulario a los pacientes que acudieron a ambos centros de salud, en el cual se incluyeron diferentes variables sociodemográficas y la escala ESTE-R.

Resultados: El 79,5% de los encuestados padece soledad familiar baja. El 54,8% sufre soledad conyugal media-alta. El 66,9% soporta una soledad social baja. El 62,7% sufre una soledad/crisis existencial media-alta.

Conclusiones: Las variables de sexo, edad, estado civil, número de convivientes, nivel socioeconómico, nivel educativo, red social y lugar de residencia están asociadas al sentimiento de soledad en la población mayor.

Palabras clave:

soledad, anciano, enfermería

Original

Prevalence and loneliness levels in primary care users aged 65 or more, in Ferrol Management Department

Abstract

Objective: To determine the prevalence of the loneliness feeling in 65 year-old patients or older in Naron and Caranza's Health Centre.

Methods: Prevalence observational study. A form was given to the patients that visited both Health Centres, in which, several socio-demographic variables were included, as well as ESTE-R scale.

Results: 79,5 % of the respondents suffer low family-loneliness. 54,8 % suffer medium-high matrimonial loneliness. 66,9% suffer low social-loneliness. 62,7 % suffer medium-high existential loneliness/crisis.

Conclusions: The variable of sex, age, marital status, number of co-habitants, socioeconomic status, educational level, social network and place of residence are related to the feeling of lonely in elderly population.

Keywords

loneliness, aged, nursing.

Introducción:

En pleno Siglo XXI, el envejecimiento de la población es un importante determinante de la dinámica social en España (1). Muchos factores influyen en este proceso: descubrimientos médicos, industrialización, aumento de la esperanza de vida, disminución de la natalidad, tasas más bajas de mortalidad infantil... (2,3).

En el año 2015, la ONU (Organización de las Naciones Unidas), menciona que "España es uno de los países con una mayor proporción de población mayor a nivel internacional, convirtiéndose así, en uno de los más envejecidos del planeta" (4).

Esta afirmación concuerda con las cifras provisionales publicadas por el INE (Instituto Nacional de Estadística) a 1 de

enero de 2018. Según estas, España cuenta con una población total de 46.698.569 habitantes, de los cuales, 8.587.875 corresponden a población de 65 años y más. Dentro de España, Galicia, considerada como una de las Comunidades Autónomas más envejecidas, cuenta con un total de 2.700.970 habitantes, de los cuales 672.851 corresponden a una población de 65 años ó más, de ahora en adelante, población mayor (5).

Con el envejecimiento de la población, aumenta la prevalencia de personas mayores dependientes o de riesgo, conduciendo a un importante número de patologías tanto físicas como mentales. A medida que aumenta la dependencia, también se incrementan los problemas sociales, lo que conlleva fragilidad en el anciano (6-8).

Una problemática que cobra especial relevancia en la vejez es la soledad, refiriéndonos a ella no como el vivir solo, sino como el sentirse solo

“Anciano frágil o de alto riesgo” es aquella persona mayor que reúne la siguiente serie de criterios (7):

- Ser mayor de 80 años.
- Problemas sociales, como, por ejemplo, soledad, pobreza, aislamiento...
- Patologías que tienden a la incapacidad con deterioro funcional o mental.

Una problemática que cobra especial relevancia en la vejez es la soledad, refiriéndonos a ella no como el vivir solo, sino como el sentirse solo (9).

Son muchas las definiciones que se dieron al concepto de soledad a lo largo de los años, siendo, por tanto, bastante complejo de abordar, definir y medir.

Rubio, al igual que Weiss en 1973, considera que la soledad está compuesta por dos dimensiones (10-13):

- Soledad emocional: aquella en la que el individuo experimenta ansiedad, inquietud y vacío consecuencia de la ausencia de figuras afectivas. Ésta sólo puede ser aliviada al establecer una relación de apego satisfactoria.
- Soledad social: carencia del sentido de pertenencia a una comunidad debido a la falta de asociación a un grupo social cohesivo, generando aburrimiento y marginalidad, y pudiendo ser aliviada accediendo a una red social satisfactoria.

Más tarde, Rubio y Aleixandre (3, 9, 15) en su artículo “Un estudio sobre la soledad en las personas mayores: entre el estar solo y el sentirse solo”, cataloga la soledad en dos tipos: soledad objetiva y soledad

subjetiva y los relaciona con dos conceptos parecidos, que en muchas ocasiones son utilizados como sinónimos. Por un lado, define el aislamiento social, como el estar solo, carencia de redes sociales, marginación y desarraigo, mientras que la soledad, la define como el sentirse solo, aquella que genera nostalgia y tristeza, aunque se esté acompañado físicamente de personas (9, 16). Esta última, es la que consideran como la verdadera soledad.

En el ámbito nacional, según un Estudio realizado por el CIS (Centro de Investigaciones Sociológicas) en el año 2002, un 12,1% de nuestros mayores de 65 y más años sufren sentimientos de soledad con frecuencia.

Este porcentaje alcanza en este grupo de edad su punto álgido ya que, consigue doblar las cifras obtenidas para el resto de franjas etarias. Un 27,2% admite sentirse solo algunas veces (1, 17).

Años más tarde y, según datos extraídos de la Encuesta IMSERSO 2010 un 65,4% de las personas mayores reconocen padecer algún tipo de soledad. Entre ellos, un 11,4% lo hace de forma permanente, un 8,7% por la noche, un 5,1% por el día y un 5,7% los fines de semana. Un 9,7% de los encuestados la relaciona con la enfermedad y un 24,8% con circunstancias especiales (18, 19).

Otro estudio más reciente realizado en nuestro país encuentra que un 63,2% de los mayores de 65 años admiten sentirse solos (8).

En el marco internacional, en el año 2010 se realizó un estudio de revisión que pretendía comparar el sentimiento de soledad entre los mayores de España y Suecia a través de las Encuestas llevadas a cabo en ambos países hasta la fecha. Las cifras fueron dispares: un 24% de los mayores españoles declararon sentimientos de soledad frente a un 10% de los suecos (20). En otro estudio llevado a cabo en Noruega, un 11,6% refirieron sentirse solos a menudo (21), lo

cual pone de manifiesto que el sentimiento de soledad es menor en los países nórdicos que en los del Sur de Europa.

A tenor de estos datos, son varios los estudios (1-3, 11, 22, 23) que tratan de identificar los factores causales de la soledad. El estado civil es uno de ellos y, en este sentido, la literatura es consistente con el hecho de que la viudedad es, habitualmente, el principal desencadenante del sentimiento de soledad entre las personas de edad avanzada (11, 22, 23). Ser separada o soltera también pone a las personas mayores en una situación de vulnerabilidad frente a la soledad (23).

La aparición del sentimiento de soledad también va a estar condicionado por variables como el género y la edad. En la Encuesta IMSERSO 2010 (24) así lo manifestó un 72% de mujeres frente a un 56% de hombres. En cuanto a la edad, se ha visto más afectación en el grupo de 80 o más años (19).

En un estudio realizado por Rubio y Aleixandre (9) sobre la soledad en la población mayor, se concluyó que ésta está ligada a la ausencia de seres queridos, expresando que "es un sentimiento que emana de esa falta de compañía, pero no indiferenciada, sino de seres con los que se ha establecido una impronta de cariño".

Como se ha visto, las personas que viven solas refieren más soledad (74%) que las que viven acompañadas (29,1%) (9).

En los estudios realizados por Tomstad (21) y Cardona (25), se identificaron como factores causales de la soledad el vivir solo, el grado de escolaridad y el nivel socioeconómico.

La soledad es un problema que afecta mayoritariamente a la población mayor

La soledad se vincula al acortamiento de la longevidad

La soledad se vincula al acortamiento de la longevidad (26) asociándose con el desarrollo de demencia y, más concretamente, con la Enfermedad de Alzheimer (27), enfermedades cardiovasculares (28-30), entre ellas, con cifras elevadas de tensión arterial (31), mala calidad del sueño y problemas para conciliar el mismo (1, 28, 32-34) y alteración de una serie de parámetros analíticos como por ejemplo, el fibrinógeno y el cortisol (30).

En el plano psicológico, varios estudios encontraron que existe una relación directa entre la soledad y la depresión en personas mayores (1), lo que sugiere que las personas mayores con un alto nivel de soledad son más propensas a padecer síntomas depresivos (35, 36).

Como se ha visto, la soledad es un problema que afecta mayoritariamente a la población mayor y es necesario conocer este impacto en nuestro entorno, para poder llevar a cabo intervenciones comunitarias y, mejorar la calidad de vida de nuestros mayores. Varios estudios consideran que esta problemática es susceptible de ser abordada por los Especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria y Enfermería Geriátrica (11, 18, 21, 37).

Objetivos

Objetivo principal:

Determinar la prevalencia del sentimiento de soledad en usuarios de régimen ambulatorio de 65 o más años de los Centros de Salud de Narón y Caranza.

Objetivo secundario:

Determinar la relación existente entre el nivel de soledad y las variables sociodemográficas sexo, edad, nivel socioeconómico, nivel educativo, estado civil, número de personas de convivencia, red social y lugar de residencia.

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional de prevalencia en los Centros de Salud de Narón y Caranza pertenecientes a la Gerencia de Gestión Integrada de Ferrol, a través de un formulario en el cual se incluyeron, por un lado, diferentes variables sociodemográficas y por otro, la escala ESTE-R.

La muestra se calculó a partir de la población de 65 o más años adscrita a ambos Centros de Salud. Para estimar una prevalencia de soledad media-alta en los distintos dominios de la Escala Este-R, considerando una prevalencia esperada del 50%, se consideró necesario un tamaño muestral de 146 pacientes de los cuales, un 72% pertenecieron al Centro de Salud de Narón y un 28% al de Caranza. Los resultados se aportaron con una seguridad del 95% y una precisión de $\pm 8.5\%$, asumiendo un 10% de posibles pérdidas.

Como criterios de inclusión se tomó una edad de 65 o más años, la no institucionalización, saber leer y escribir y tener capacidad para entender el cuestionario.

Como criterios de exclusión se tomó no hablar el mismo idioma, la limitación cognitiva y ser desplazado.

Previo a la realización del estudio, se solicitó autorización a la Gerencia de Gestión Integrada de Ferrol y al Comité de Ética de la Investigación de A Coruña-Ferrol. Tras su aprobación, se comenzó la recogida de datos. Para ello, se hizo entrega de la carta informativa que explicó el objetivo del estudio y se solventaron dudas acerca del mismo. Las personas que aceptaron participar en el estudio auto cumplimentaron el formulario y, una vez cumplimentado depositaron el mismo directamente en un buzón habilitado para tal fin, en cada una de las salas de espera donde se llevó a cabo el estudio.

Como instrumento de recogida de datos, se utilizó la Escala ESTE-R. Ésta se corresponde con la versión revisada de la Escala ESTE I, desarrollada en el año 1999 por Rubio y Aleixandre (Universidad de Granada)

para medir el sentimiento de soledad en los mayores (2, 14-16, 38).

Tanto la Escala ESTE-R como su predecesora, constan de 34 ítems agrupados en 4 factores (16):

- 14 ítems relacionados con la *soledad familiar*, resultado de una falta de apoyo por parte de la familia o de la percepción de un apoyo inadecuado (14, 15).
- 5 ítems vinculados con la *soledad conyugal*, entendiendo ésta como una carencia en el sentimiento de amor de la pareja, bien por una relación inadecuada o bien, por fallecimiento de la pareja afectiva (14, 15).
- 7 ítems relacionados con la *soledad social*, producto de un déficit en los contactos sociales de la persona mayor (14, 15).
- 9 ítems relacionados con la *crisis existencial*. La persona mayor cree que no merece la pena seguir viviendo o no encuentra el sentido para ello. Se refiere a la percepción que la propia persona tiene de sí misma (14, 15).

El ítem número 18: "*Tengo amigos a los que puedo recurrir cuando necesito consejo*" presenta doble saturación, discriminando para los factores soledad familiar y social.

Cada ítem tiene 5 posibles opciones de respuesta cuyos valores van de 1 a 5 donde 1=Nunca, 2=Rara vez, 3=Alguna vez, 4=A menudo y 5=Siempre, encontrándose invertida la puntuación de algunos de los ítems siendo 1=Siempre y 5=Nunca.

La puntuación se obtiene sumando los ítems de cada uno de los factores de forma individual. Las puntuaciones en cada una de los factores, se consideran:

- Soledad familiar: puntuaciones entre 14 y 32 indican un grado bajo; entre 33 y 51 medio y entre 52 y 70 alto.
- Soledad conyugal: puntuaciones entre 5 y 11 indican un grado bajo, entre 12 y 18 medio y entre 19 y 25 un alto.
- Soledad social: puntuaciones entre 7 y 16 indican un grado bajo, entre 17 y 26 un grado medio y entre 27 y 35 alto.

Se recogieron las siguientes variables sociodemográficas: sexo, edad, nivel socioeconómico, nivel educativo, estado civil, número de personas con las que convive, red social y lugar de residencia

- Crisis existencial: puntuaciones entre 9 y 20 indican un grado bajo, entre 21 y 33 medio y entre 36 y 45 alto (38).

Además, se recogieron las siguientes variables sociodemográficas: sexo, edad, nivel socioeconómico, nivel educativo, estado civil, número de personas con las que convive, red social y lugar de residencia.

Se realizó un estudio descriptivo de las variables recogidas en el estudio. Las variables cuantitativas se expresaron como media \pm dt, mediana y rango. Las variables cualitativas se expresaron como frecuencia (n) y porcentaje con la estimación del correspondiente intervalo de confianza del 95%.

La comparación de medias entre dos grupos se realizó mediante la prueba T de

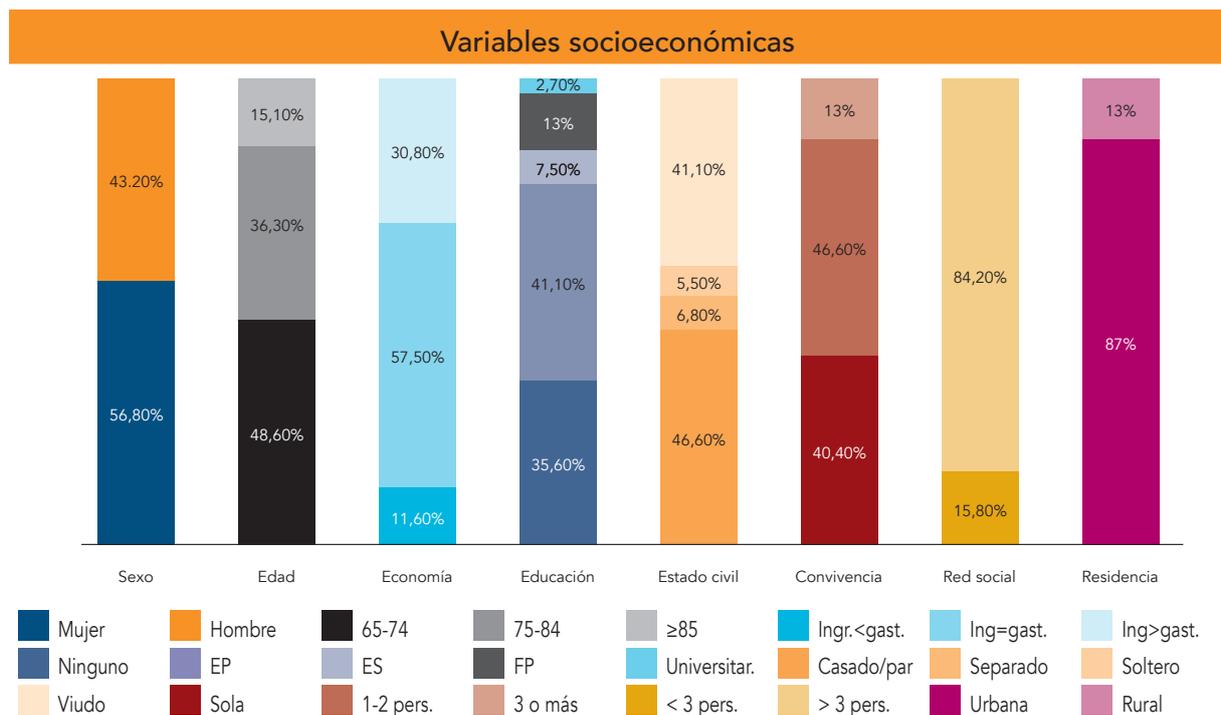
Student o test de Mann-Whitney según proceda. La comparación de medias entre más de dos grupos se realizó mediante la prueba ANOVA o test Kruskal- Wallis según procedió tras la comprobación de normalidad utilizando el test de Kolmogorov- Smirnov.

La asociación entre variables cualitativas se estimó por medio del test estadístico Chi- cuadrado o test de Fisher según procedió.

Resultados

Descripción de la muestra: variables sociodemográficas.

El 56,8% de los encuestados fueron mujeres. En el 48,6% de los casos, sus edades estaban comprendidas entre los 65 y los 74 años. Un 57,5% declaró que sus ingresos eran iguales que sus gastos. El 41,1% tenía estudios primarios y el 35,6% ningún estudio. El 46,6% estaban casados o en pareja y el 41,1% viudos. El 46,6% convivían con una o dos personas y el 40,4% vivía solo. Un 84,2% respondió que su red social estaba constituida por más de tres personas y un 87% residía en el medio urbano.



Grado de soledad:

Con el objetivo de simplificar los resultados y hacerlos más visuales, hemos agrupado los grados de soledad en bajo y medio-alto para cada uno de los cuatro

bloques de la escala, detectándose mayores grados de soledad en los ámbitos conyugal y existencial.

SOLEDAD FAMILIAR			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Soledad baja	116	79,5	79,5
Soledad media-alta	30	20,5	20,5
Total	146	100,0	100,0

SOLEDAD CONYUGAL			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Soledad baja	66	45,2	45,2
Soledad media-alta	80	54,8	54,8
Total	146	100,0	100,0

SOLEDAD SOCIAL			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Soledad baja	97	66,4	66,9
Soledad media-alta	48	32,9	33,1
Total	145	99,3	100,0
Perdidos sistema	1	0,7	
Total	146	100,0	

CRISIS EXISTENCIAL			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Soledad baja	53	36,3	37,3
Soledad media-alta	89	61,0	62,7
Total	142	97,3	100,0
Perdidos sistema	4	2,7	
Total	146	100,0	

El 79,5% de los encuestados padece soledad familiar baja. Más de la mitad de nuestros mayores respondió que NUNCA se sentían solos cuando estaban con su familia. También, algo más de la mitad

respondió que su familia SIEMPRE se preocupaba por ellos. En torno a un 66% se sentía perteneciente a su familia y un 68% se sentía cercano a ella.

	Nunca	Rara vez	Alguna vez	A menudo	Siempre
1. Me siento solo	37,7 %				
2. ¿Con qué frecuencia siente que no hay nadie cerca de usted?		35,6 %			
8. Me siento solo cuando estoy con mi familia	53,8 %				
9. Mi familia se preocupa por mí					56,7 %
10. Siento que en mi familia no hay nadie que me preste su apoyo	49 %				
11. Realmente me preocupo por mi familia					71,2 %
12. Siento que pertenezco a mi familia					66,2 %
13. Me siento cercano a mi familia					68,5 %
17. Me encuentro a gusto con la gente				44,1 %	36,6 %
18. Tengo amigos a los que puedo recurrir cuando necesito consejo				32,9 %	34,3 %
19. Me siento aislado	41,3 %				
20. ¿Con qué frecuencia sientes que hay gente que realmente te comprende?				42,8 %	
21. Siento que mi familia es importante para mí					71 %
28. Siento que soy importante para la gente			30,8 %		27,3 %

El 54,8% sufre soledad conyugal media-alta. El 50% respondió NUNCA al ítem “Tengo un compañero sentimental que me

da el apoyo que necesito”. Otro 50% contestó que NUNCA se sentía enamorado de alguien que le amaba.

	Nunca	Rara vez	Alguna vez	A menudo	Siempre
3. ¿Siente que tiene a alguien que quiere compartir su vida con usted?					37,9 %
4. Tengo un compañero sentimental que me da el apoyo y aliento que necesito	49,7 %				
5. Siento que estoy enamorado de alguien que me ama	49,3 %				
6. Tengo a alguien que llena mis necesidades emocionales	36,6 %				
7. Contribuyo a que mi pareja sea feliz	45,6 %				

El 66,9% soporta una soledad social baja. Un 41,7% sentía que A MENUDO sus amigos entendían sus intenciones y

opiniones y un 36,6 % afirmaba que SIEMPRE podía contar con ellos si necesitaba recibir ayuda.

	Nunca	Rara vez	Alguna vez	A menudo	Siempre
15. No tengo amigos que compartan mis opiniones aunque me gustaría tenerlos		35,9 %			
16. Siento que mis amigos entienden mis intenciones y opiniones				41,7 %	
18. Tengo amigos a los que puedo recurrir cuando necesito consejo				32,9 %	34,3 %
22. Me gusta la gente con la que salgo				35,9 %	35,2 %
23. Puedo contar con mis amigos si necesito recibir ayuda				34,5 %	36,6 %
24. Me siento satisfecho con los amigos que tengo				38,9 %	34 %
25. Tengo amigos con los que comparto mis opiniones				33,6 %	

El 62,7% sufre una soledad/crisis existencial media-alta. El 37,5% ALGUNAS VECES sentía que a medida que se iba haciendo mayor se iban poniendo las cosas peores para él o ella y el 38,5% sentía que las cosas pequeñas le molestaban más que antes.

El 62,7% sufre una soledad/crisis existencial media-alta. El 37,5% algunas veces sentía que a medida que se iba haciendo mayor se iban poniendo las cosas peores para él o ella y el 38,5% sentía que las cosas pequeñas le molestaban más que antes

	Nunca	Rara vez	Alguna vez	A menudo	Siempre
14. Lo que es importante para mí parece no importante para la gente que conozco		34,5 %	33,8 %		
26. Estoy preocupado porque no puedo confiar en nadie	31,7 %	39,4 %			
27. Me siento sin apoyo o comprensión cuando cuento mis problemas		33,8 %			
29. Siento que no soy popular		25,4 %	25,4 %		
30. Siento que a medida que me voy haciendo mayor se ponen las cosas peor para mí			37,5 %		
31. Siento que las cosas pequeñas me molestan ahora más que antes			38,5 %		
32. Siento que conforme me voy haciendo mayor, soy menos útil			28,5 %		
33. A veces siento que la vida no merece la pena ser vivida	50,7 %				
34. Tengo miedo de muchas cosas			34,7 %		

Estudio de asociación de las variables sociodemográficas con la soledad:

Si nos centramos exclusivamente en el grado medio-alto en relación con las variables sociodemográficas observamos como los resultados se repetían siguiendo prácticamente la misma cadencia para cada uno de los cuatro factores de la soledad que estudia la escala ESTE-R.

Estos factores comunes fueron el sexo femenino, edades entre 65 y 74 años, un nivel socioeconómico con unos ingresos y unos gastos similares, estar en situación de viudedad, un nivel educativo bajo, una red social de más de tres personas y vivir en el medio urbano.

Discusión

Sin duda, para las autoras de este estudio, el ítem más significativo de los 34 que conforman la escala ESTE-R es, precisamente, el primero de ellos: “*Me siento solo*” al cual un 27,4% de nuestros mayores respondió “*alguna vez*”. Este resultado va en consonancia con el 27,2% que admitía sentirse solo algunas veces en la bibliografía consultada (1, 17).

De este mismo ítem, además, se extrae que un 62,3% de los encuestados reconocía sentirse solo en alguna ocasión bien fuera, rara, alguna vez o, a menudo. La literatura mencionaba un 63,2% (8). En la encuesta IMSERSO 2010 este dato era de un 65,4% (24). Por tanto, los resultados de nuestro estudio van muy a la par con los resultados de estudios previos.

Hemos detectado un error con respecto a los puntos de corte del dominio “crisis existencial” ya que, el límite superior para considerar un grado medio de soledad es 33 y el límite inferior para catalogarlo como grado alto es 36 habiendo un vacío de 2 puntos que ha supuesto la pérdida de 4 personas de la muestra.

Con respecto a los factores causales de la aparición del sentimiento de soledad, en

los cuatro dominios de la soledad el sexo femenino se asoció con grados más altos de ésta, tal y como se indicaba en el estudio sobre la soledad en España y Suecia, llevado a cabo por Del Barrio et al. (20). Sin embargo, en el estudio de Cardona (25) las mujeres presentaron mayor índice de soledad conyugal pero no de soledad familiar, social y existencial.

No obstante, consideramos que existe un sesgo en el subgrupo “conyugal” ya que, la escala ESTE-R pregunta por la frecuencia con que se sucede la afirmación o el interrogante de los distintos ítems, observándose problemas en personas viudas ya que, en función de su interpretación de los mismos, algunos no contestaron ninguna de las opciones y otros lo hacían basándose en una vida pasada junto a su pareja y no en la situación de viudedad actual.

Edades iguales o superiores a 80 años constituían otro de los posibles factores relacionados con el sentimiento de soledad (20, 25). En nuestro estudio no ha sido así, pero creemos que esto puede deberse a que la mayoría de los encuestados tenían entre 65 y 74 años.

En el estudio de Cardona (25) se concluyó que a medida que se incrementaba el estrato socioeconómico disminuía el grado de soledad. Sin embargo, con nuestro estudio se demuestra que se puede tener mayores niveles de soledad con un nivel socioeconómico no muy desfavorecido.

La premisa de la que partían los estudios disponibles en la literatura (15, 25) sobre una relación inversa entre nivel educativo y soledad sí se cumple en el presente estudio, percibiendo una clara tendencia a mayores grados de soledad entre aquellas personas sin ningún tipo de estudio o con estudios primarios.

Aunque la viudedad ya se erigía en la literatura (1, 15, 22) como el principal desencadenante del sentimiento de soledad entre las personas de edad avanzada, nuestro estudio ha podido constatar dicha

hipótesis. Sin embargo, nos llama la atención, la aparición de cualquier nivel de soledad entre los casados o en pareja.

Nuestro estudio también confirma que vivir solo desencadena más fácilmente sentimientos de soledad. En estudios previos (15,25) ya se puso de manifiesto que a medida que aumenta el número de personas de convivencia disminuye el grado de soledad.

Con respecto a la red social, parece que tener una red social más amplia con la que poder comunicarse o interactuar no siempre lleva implícito sentirse menos solo.

En términos generales, podemos decir que se han cumplido los objetivos del estudio y hemos podido comprobar que el sentimiento de soledad se encuentra patente entre los mayores de Narón y Caranza.

Conclusiones

Los resultados obtenidos muestran que la población mayor de Narón y Caranza padece un grado medio-alto de soledad conyugal y existencial y un grado bajo de soledad familiar y social, según la Escala ESTE-R.

Este estudio establece que las variables de sexo, edad, estado civil, número de convivientes, nivel socioeconómico, nivel educativo, red social y lugar de residencia están asociadas al sentimiento de soledad en la población mayor.

Se confirma que las personas mayores más vulnerables a la soledad pertenecen

al sexo femenino, con edades entre 64 y 75 años, con un nivel socioeconómico en el que ingresos y gastos son similares, sin estudios o con estudios primarios, viudas, pero también casados y/o en pareja, que viven solos, con una red social de más de 3 personas y que residen en zona urbana.

Estos hallazgos ayudan a un mejor conocimiento de la realidad de ambas poblaciones y consideramos que debe animar a los profesionales de distintos ámbitos (Salud, Ayuntamiento, Trabajo Social...) a impulsar medidas y proyectos para paliar esta problemática en la población mayor.

Los resultados obtenidos muestran que la población mayor de Narón y Caranza padece un grado medio-alto de soledad conyugal y existencial y un grado bajo de soledad familiar y social, según la Escala ESTE-R. Este estudio establece que las variables de sexo, edad, estado civil, número de convivientes, nivel socioeconómico, nivel educativo, red social y lugar de residencia están asociadas al sentimiento de soledad en la población mayor.

Bibliografía

1. López-Doblas J. Personas mayores viviendo solas: la autonomía como valor en alza. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2005. 377 p.
2. Sequeira-Daza D. La Soledad en las personas mayores: factores protectores y de riesgo. Evidencias empíricas en adultos mayores chilenos [Tesis Doctoral]. Granada: Editorial de la Universidad de Granada; 2011. 379 p.
3. Lorente-Martínez R. La Soledad en la vejez: análisis y evaluación de un programa de intervención en personas mayores que viven solas [Tesis Doctoral]. Elche: Universidad Miguel Hernández de Elche; 2017. 424 p.
4. Vida-Domínguez MJ, Labeaga-Azcona JM, Casado-Durandez P, Madrigal-Muñoz A, López-Doblas J, Montero-Navarro A et al. Informe 2016. Las personas mayores en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2017. 539 p.
5. Instituto Nacional de Estadística (INE) [Internet]. Madrid. [Consultado 15 septiembre 2018]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica_P&cid=1254734710990
6. Puig-Llobet M, Lluch-Canut MT, Rodríguez-Ávila N. Valoración de enfermería: detección de la soledad y del aislamiento social en los ancianos de riesgo. Gerokomos. 2009; 20(1): 9-14.
7. Gómez J. El anciano frágil. Detección, prevención e intervención en situaciones de debilidad y deterioro de su salud. Servicio de Promoción de la salud. Instituto de salud pública. Consejería de Sanidad. Madrid: Nueva Imprenta; 2003. 43 p.
8. Velarde-Mayol C, Fragua-Gil S, García de Cecilia JM. Validación de la escala de soledad de UCLA y perfil social en la población anciana que vive sola. [Revista en Línea]. 2016 [consultado 12 de agosto de 2018]; 42(3): 177-183. Disponible en: <http://www.elsevier.es/semergen>
9. Rubio R, Alexandre M. Un estudio sobre la soledad en las personas mayores: entre el estar solo y el sentirse solo. Rev Mult Gerontol. 2001; 11(1): 23-28.
10. Rubio-Herrera R. La soledad en las personas mayores españolas. Madrid: Portal Mayores. 2004. Recuperado de: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-01.pdf>.
11. Rodríguez-Martín M. La soledad en el anciano. Gerokomos. 2009; 20(4): 159-166.
12. Iglesias de Ussel J. La soledad en las personas mayores: influencias personales, familiares y sociales. Análisis cualitativo. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2001. 218 p.
13. Weiss R. Loneliness: The experience of emotional and social isolation. Cambridge: MA: MIT Press. 1973.
14. Rubio-Herrera R, Alexandre-Rico M. La escala "este", un indicador objetivo de soledad en la tercera edad. Geriatrika. 1999; 15(9): 26-35.
15. Cardona-Jiménez JL, Villamil-Gallego MM, Henao-Villa E, Quintero-Echeverri A. Validación de la escala "ESTE" para medir la soledad de la población adulta. Invest Educ Enferm. 2010; 28(3): 416-427.
16. Cerquera-Córdoba AM, Cala-Rueda ML, Galvis-Aparicio MJ. Validación de constructo de la escala ESTE- R para medición de la soledad en la vejez en Bucaramanga, Colombia. Divers Perspect Psicol. 2013; 9(1): 45-53.
17. Centro de Investigaciones Sociológicas. Actitudes y valores en las relaciones interpersonales, II. 2002. Estudio nº2442.
18. 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? Aten Primaria. 2016; 48(9): 604-609.
19. Fernández-Muñoz JN, Vidal Domínguez MJ, Fernández Portela J, Ruiz Cañete O, Dizy Menéndez D, Iglesias de Ussel J et al. Informe 2012. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2014. 284 p.
20. Del Barrio E, Castejón P, Sancho-Castiello M, Tortosa M, Sundström G, Malmberg B. La soledad de las personas mayores en España y Suecia: contexto y cultura. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2010; 45(4): 189-195. DOI 10.1016/j.regg.2010.02.010.
21. Tomstad S, Dale B, Sundsli K, Sævareid HI, Söderhamn U. Who often feels lonely? A cross-sectional study about loneliness and its related factors among older home-dwelling people. Int J Older People Nurs. 2017; 12: 1-10. DOI 10.1111/opn.12162.
22. López-Doblas J, Díaz-Conde MP. Viudedad, soledad y salud en la vejez. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2018; 53(3): 128-133. DOI 10.1016/j.regg.2017.09.005.
23. Mateu-Gil ML, Panisello-Chavarría ML, Lasaga-Heriz MA, Bonfill-Accensi E. Desigualdades sociales en la salud de las personas mayores. Gerokomos. 2007; 18(1): 30-33.
24. Imsero. Observatorio de Personas Mayores. Informe 2010. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. 2010. 410 p.
25. Cardona-Jiménez JL, Villamil-Gallego MM, Henao-Villa E, Quintero Echeverri A. El sentimiento de soledad en adultos. Medicina U.P.B. 2013; 32(1): 9-19.

26. Ong AD, Uchino BN, Wethington E. Loneliness and health in older adults: a mini- review and synthesis. *Gerontology*. 2016; 62: 443-449. DOI [10.1159/000441651](https://doi.org/10.1159/000441651).
27. Holwerda TJ, Deeg DJ, Beekman AT, van Tilburg TG, Stek ML, Jonker C et al. Feelings of loneliness, but not social isolation, predict dementia onset: results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2014; 85: 135-142. DOI [10.1136/jnnp-2012-302755](https://doi.org/10.1136/jnnp-2012-302755).
28. Luanaigh C, Lawlor B. Loneliness and the health of older people. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008; 23: 1213-1221. DOI [10.1002/gps.2054](https://doi.org/10.1002/gps.2054).
29. Hawkey LC, Masi CM, Berry JD, Cacioppo JT. Loneliness is a unique predictor of age-related differences in systolic blood pressure. *Psychol Aging*. 2006; 21(1): 152-164.
30. Sorkin D, Rook KS, Lu JL. Loneliness, lack of emotional support, lack of companionship, and the likelihood of having a heart condition in an elderly sample. *Ann Behav Med*. 2002; 24(4): 290-298. DOI [10.1207/S15324796ABM2404_05](https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2404_05).
31. Brownie S, Horstmanshof L. The management of loneliness in aged care residents: an important therapeutic target for gerontological nursing. *Geriatr Nurs*. 2011; 32(5): 318-325.
32. Cacioppo JT, Hawkey LC, Crawford LE, Ernst JM, Bureson MH, Kowalewski RB et al. Loneliness and health: potential mechanisms. *Psychosom Med*. 2002; 64(3): 407-417.
33. Cacioppo JT, Hawkey LC, Berntson GG, Ernst JM, Gibbs AC, Stickgold R et al. Do lonely days invade the nights? Potential social modulation of sleep efficiency. *Psychol Sci*. 2002; 13(4):384-387. DOI [10.1111/1467-9280.00469](https://doi.org/10.1111/1467-9280.00469).
34. Steptoe A, Owen N, Kunz-Ebrecht SR, Brydon L. Loneliness and neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory stress responses in middle-aged men and women. *Psychoneuroendocrinol*. 2004; 29(5): 593-611. DOI [10.1016/S0306-4530\(03\)00086-6](https://doi.org/10.1016/S0306-4530(03)00086-6).
35. Liu L, Gou Z, Zuo J. Social support mediates loneliness and depression in elderly people. *J Health Psychol*. 2014.
36. Adams KB, Sanders S, Auth EA. Loneliness and depression in independent living retirement communities: risk and resilience factors. *Aging & Mental Health*. 2004; 8(6): 475-485.
37. Vázquez-Casares AM, Caballero-Huerga J, Fernández-Martínez ME, Liébana-Presa C, Castro-González ME, Fernández-García D. La soledad en los ancianos: plan de cuidados. *Gerokomos*. 2004; 15(2): 89-95.