

Soledad percibida en población mayor de 50 años, residentes en el área VIII del Principado de Asturias

García Fernández María, Herrero Blanco Sara, Castrillón Chamadoira Elizabeth
Centro de Salud de Otero

Contacto: herreroblancosara@gmail.com

Manuscrito recibido: 10/11/2021
Manuscrito aceptado: 05/05/2022

Cómo citar este documento

García-Fernández M, Herrero-Blanco S, Castrillón-Chamadoira E. Loneliness perceived in population over 50 years of Health Area VIII of the Principality of Asturias (Soledad percibida en población mayor de 50 años, residentes en el área VIII del Principado de Asturias). RqR Quantitative and Qualitative Research, Enfermería Comunitaria. 2022 Aug; 10 (3): 22-39.

Original

Resumen

Objetivo principal: Estimar la prevalencia de soledad en la población mayor de 50 años del área sanitaria VIII (ASVIII) del Principado de Asturias. Estimar el efecto de determinadas co-variables sobre la percepción de soledad en esta población.

Metodología: Estudio observacional transversal. Muestreo aleatorio simple de población de 50 o más años adscrita al AS-VIII. Recogida de datos mediante encuesta. Variables socioemográficas, relacionadas con actividades de ocio, atención sanitaria, presencia de enfermedad cardiovascular (ECV) y nivel de soledad mediante escala De Jong Gierveld Loneliness Scale (DJGLS).

Resultados principales: La media posterior de la prevalencia de soledad fue 0.56 (ICred95%:0.47-0.66). Mostraron influencia sobre la soledad con Ppost95% más concluyente, disminuyendo la odds de soledad, ser mujer (OR 0.57, ICred95%: 0.18- 1.33), pasar el tiempo libre con los seres queridos (OR 0.12, ICred95%: 0.01-0.38) y vivir acompañado (OR 0.55, ICred95% 0.11-1.67). Aumentaron la odds: limitaciones económicas (OR 5.44, ICred95% 0,67-22.35), físicas o arquitectónicas (OR 11,53, ICred95% 1.03-55.94), ECV (OR 5.73, ICred95% 0.69-23.37). No resultaron concluyentes la edad, la realización de actividades culturales ni el estado civil. Conclusión principal: La prevalencia de soledad en la población del ASVIII es alta.

Palabras clave:

Soledad, adulto, personas de mediana edad.

Perceived loneliness in population over 50 years of Health Area VIII of the Principality of Asturias

Abstract:

Objective: To describe the prevalence of loneliness in the population over 50 of health area VIII (ASVIII) of the Principality of Asturias. To describe the effect of certain co-variables on the perception of loneliness in this population.

Methods: Observational cross-sectional study. Simple random sampling of the population aged 50 or over from the health care area. Data collection through survey. Sociodemographic variables related to leisure activities, health care, presence of cardiovascular disease (CVD), and level of loneliness using the De Jong Gierveld Loneliness Scale (DJGLS).

Results: 104 participants took part in this study. The posterior mean of the prevalence of loneliness was 0.56 (ICred95%: 0.47-0.66). The results showed that the most decisive factors that reduce the odds of loneliness are: being a woman (OR 0.57, ICred95%: 0.18-1.33), spending free time with loved ones (OR 0.12, ICred95%: 0.01- 0.38), and living with others (OR 0.55, ICred95% 0.11-1.67). Conversely, the odds increased due to: financial (OR 5.44, ICred95% 0,67-22.35), physical, or architectural limitations (OR 11,53, ICred95% 1.03-55.94), and presence of CVD (OR 5.73, ICred95% 0.69-23.37). There was no significant effect of age, participation in cultural activities, and marital status.

Conclusions: Prevalence of loneliness in the ASVIII population is high.

Keywords:

Loneliness, adult, middle-aged people.

Introducción

El Área Sanitaria VIII del Principado de Asturias está formado por los municipios de Langreo, San Martín del Rey Aurelio, Laviana, Sobrescobio y Caso. Conformando éstos dos últimos una Zona Especial de Salud (ZES). Históricamente la principal actividad económica de estos municipios fue la minería del carbón, la industria y la ganadería. Asturias ha experimentado un gran cambio demográfico debido al cese de la actividad minero industrial, la transición ecológica, el aumento del nivel de paro, la despoblación y el envejecimiento, lo que ha provocado un cambio en las necesidades poblacionales (1).

En la actualidad, la economía de estos municipios depende casi en su totalidad del sector servicios. La pirámide de población se ha visto modificada, reflejando un aumento del envejecimiento poblacional. Como consecuencia hay un aumento de los problemas de salud crónicos, lo que conlleva un incremento de situaciones de dependencia de las personas mayores y de aislamiento social. La IV Encuesta de Salud de Asturias apunta que la soledad en esta comunidad, más que cualitativa (vivir solo) es relacional, debido a la pobreza de las relaciones interpersonales, llegando a un 6% las personas que no tienen con quién hablar (2). Los datos recogidos en 2003 indican que en ese momento existían en el Área Sanitaria VIII 7.549 viviendas habitadas por una sola persona (3). La última Encuesta Continua de Hogares del año 2018 refleja que Asturias es la comunidad autónoma con mayor porcentaje de hogares unipersonales de España (4). En este contexto de depresión económica que acompaña al cambio demográfico, un informe asturiano publicado en el año 2019 señala que un 8,2 % de la población asturiana ha perdido relaciones sociales debido a problemas económicos (5).

En España, según los últimos datos estadísticos, en los últimos años ha habido un incremento de los hogares unipersonales

en personas de 65 y más años, aunque las proporciones son más bajas que en otros países europeos, la proporción de mujeres mayores que vive en soledad es casi el doble con respecto a los hombres. Los datos del INE estiman que hay 1.859.800 de personas mayores viviendo solas (503.500 hombres y 1.356.300 mujeres) y este colectivo ocupa el 40,6% del total de viviendas unipersonales de España. A nivel internacional, el 40% de la población mundial mayor de 60 años vive independientemente (solos o en compañía de su pareja) y esta tendencia es mayor en las regiones más desarrolladas, donde aproximadamente tres cuartas partes de las personas mayores viven de este modo (6).

El riesgo de soledad viene recogido en la International North American Diagnosis Association «NANDA» (taxonomía de diagnósticos enfermeros) como la vulnerabilidad a experimentar malestar asociado al deseo o necesidad de un mayor contacto con los demás (7) pudiendo afectar al desarrollo o aparición de patologías y deteriorar el afrontamiento.

La percepción de soledad no es sinónimo de aislamiento social. Nos referimos a una persona aislada socialmente cuando, de forma objetiva, está en una situación de soledad con escasas relaciones sociales. En ocasiones, el aislamiento social puede ser motivo del sentimiento de soledad. Teniendo todo lo anterior en cuenta, podemos decir que existen dos tipos de soledad: soledad subjetiva debida a un aislamiento emocional caracterizado por una falta de apego y soledad objetiva o pérdida de interacción con la red social (8).

Actualmente existen diferentes herramientas que permiten medir la soledad, ejemplos de ellas son: la escala de medición de la soledad social Escala ESTE II (9), la escala de soledad UCLA (instrumento de medida global de la sensación de soledad) (10), Campaign to End Loneliness (11) y la Escala de soledad De Jong Gierveld (10). La prevalencia de soledad en estudios españoles

oscila entre cifras dispares. J. Díez Nicolás y M. Morenos Páez estimaron una prevalencia de 8,7% en población mayor de 18 años. Este estudio se realizó mediante un cuestionario cualitativo y cuantitativo en el que se abordaron cuatro bloques de preguntas que medían dimensiones psicosociales (12). En 2017, en un estudio realizado en la comunidad autónoma de Madrid, se obtuvo una prevalencia de 9,3% en personas mayores de edad en el último año. Se utilizó la escala de soledad De Jong Gierveld, entre otras, ya que presenta mejores criterios de validez y fiabilidad y permite aplicarse a poblaciones mayores de 18 años y no solo a población mayor de 65 como otras. Además, esta escala permite evaluar la soledad en las dimensiones emocional y social, siendo estas el objeto de este estudio (11). Por este motivo y por la necesidad de usar un instrumento válido para personas menores de 65 años, se decide utilizar dicha escala.

Diversos estudios ponen en valor la importancia del sentimiento de soledad y cómo éste se relaciona con la enfermedad de forma global (10). Respecto a los informes de salud percibida, en un estudio madrileño realizado en 2017, encontramos que el 58,1% de las personas que perciben su salud como regular, mala o muy mala se sienten solos, mientras que esta proporción disminuye al 25,7% en el caso de las personas que no se sienten solas (10,13). Recientes estudios sitúan la soledad dentro de los factores de riesgo cardiovascular más relevantes y la asocian a hipertensión, dificultades para conciliar el sueño, pérdida de funciones cognitivas y problemas de salud mental (10,13). Las guías europeas sobre prevención cardiovascular establecen que las personas aisladas tienen mayor riesgo de morir prematuramente por eventos cardiovasculares y recomiendan evaluar factores de riesgo psicosocial en pacientes con enfermedad cardiovascular establecida o aquellos que tengan alto riesgo de desarrollarla (14,15). Son, precisamente, los problemas cardiovasculares y de salud mental los que afectan a la mortalidad de las personas

que sufren soledad. La mortalidad prematura se ve aumentada en un 26% respecto a las personas que dicen no sentirse solas (16,17).

En el caso del área sanitaria VIII, concretamente en los municipios de Langreo, San Martín del Rey Aurelio y Laviana tenemos un índice superior respecto a la media asturiana, de años potenciales de vida perdidos; mientras que, en los municipios de Caso y Sobrescobio tenemos valores que no alcanzan la media asturiana. En toda el área hay un índice mayor de personas en tratamiento para la depresión y la ansiedad. Sin embargo, la «mala percepción del estado de salud» se sitúa por debajo de la media asturiana, es decir, consideran que tienen mejor salud que el resto Asturias. La excepción es el municipio de San Martín del Rey Aurelio, que de manera general, tiene percepción de «mala salud» en comparación con la media asturiana (18).

La mayoría de estudios sobre soledad se llevan a cabo a partir de los 65 años y en la literatura se relaciona el aumento de soledad con el envejecimiento. Pero no existe en la definición de soledad ningún límite de edad, incluso hay estudios que consideran que no hay relación entre la edad y la soledad (7). No se han encontrado datos sobre prevalencia de soledad en Asturias, a excepción de un estudio de 2018 en el que se describió la situación de soledad en la población y su relación con la dependencia en una zona rural de Asturias (Peñamellera Alta) (20). Se han encontrado proyectos para la detección precoz de necesidades relacionadas con la soledad (Proyecto SENDA) y también diversas intervenciones formales y no formales para paliar este sentimiento.

Por todo lo expuesto, se ha llevado a cabo este estudio que pretende conocer la prevalencia de soledad no deseada, así como determinar las características comunes que la engloban, para poder actualizar las prioridades de actuación desde nuestra perspectiva de trabajo como miembros de un equipo de atención primaria.

Objetivos:

Objetivo general:

Estimar la prevalencia de soledad en la población mayor de 50 años del área sanitaria VIII.

Objetivos específicos:

- Estimar el efecto de determinadas co-variables sobre la percepción de soledad en esta población.
- Estimar el efecto de la soledad sobre la demanda de atención sanitaria en atención primaria.

Material y métodos:

Diseño y ámbito de estudio

Se trata de un estudio cuantitativo, observacional y transversal, llevado a cabo sobre la población del área sanitaria VIII del Principado de Asturias que cuenta con revisión favorable del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Principado de Asturias.

Sujetos y selección de participantes

Para el cálculo del tamaño muestral (230 personas) se tuvo en cuenta una prevalencia estimada de soledad percibida del 20% para una población en este área de aproximadamente 40000 habitantes mayores de 50 años, con un intervalo de confianza del 95% y una precisión del 55%.

Recogida de datos y aleatorización

Para acceder a la muestra se empleó el programa SIPRES (base de datos poblacional oficial del SESPA) y se realizó muestreo aleatorio simple a partir de los usuarios adscritos en la fecha de extracción (04/04/2019) a algún centro de salud del área sanitaria VIII, que hubieran cumplido los 50 años antes del 01/01/2020.

Los criterios de inclusión fueron ser mayor de 50 años a fecha de 1 de enero de 2020 y estar adscrito al Sistema Nacional de

Salud en el área sanitaria VIII del Principado de Asturias, a fecha de 4 de abril de 2019. Se establece la edad de estudio en 50 años debido a las prejubilaciones que caracterizan el entorno laboral del área sanitaria.

Los criterios de exclusión fueron la institucionalización, padecer patologías limitantes graves que impidan la comunicación efectiva, enfermos terminales y/o inmovilizados.

Previo al contacto telefónico, se envió a los participantes una carta por correo postal en la que se informaba de su selección para participar en el estudio, y se detallaba en qué consistía. Mediante una llamada telefónica se les ofreció realizar la encuesta de forma presencial o por teléfono. En caso de entrevista telefónica se obtuvo el consentimiento informado de manera verbal y de forma escrita en caso de entrevista personal. Las entrevistas se llevaron a cabo por parte de las autoras entre junio y septiembre de 2019, previo entrenamiento y pilotaje de las mismas y se elaboró una base de datos en Excel para volcar los resultados. Se consideraron «no localizables» aquellos usuarios con los que no se consiguió contactar tras tres intentos de llamada.

Variables

Para medir la variable dependiente (percepción de soledad) se utilizó la escala de «De Jong Gierveld Loneliness Scale» (DJGLS) (20) validada en población española. Esta escala está compuesta de 11 ítems distribuidos en dos subescalas: soledad social (5 ítems formulados en positivo, que reflejan la pertenencia a un grupo social) y la soledad emocional (6 ítems formulados en forma negativa, que exploran la falta de apego). Las categorías de respuesta son «no», «más o menos» y «sí». La puntuación total de la escala es la suma de las subescalas y puede variar entre 0-11 puntos. Es positiva, es decir, cuanto más elevada sea la puntuación, mayor será la soledad de la persona. Esta escala también admite una interpretación categórica (9), siendo la puntuación de 0-2 «Ausencia de soledad», 3-8

«Soledad moderada», 9-10 «Soledad severa» y 11 «Soledad muy severa» (20).

El resto de variables se obtuvieron de SIPRES (base de datos poblacional oficial del SESPA), de OMI-AP (historia clínica de Atención Primaria del SESPA) y a través de la encuesta. De SIPRES se obtuvieron edad, sexo y ZBS. De OMI-AP, episodios activos con los CIAPs relacionados con riesgo cardiovascular («K89», «K90», «K91», «K74», «K75», «K76»), número de citas en atención primaria en el último año (del 1/04/2018 al 31/03/2019) y del último mes (01/03/2019 al 31/03/2019), tanto programadas como a demanda, ya hubieran sido en el centro o como atención en el domicilio.

Mediante la encuesta se registró nivel educativo, estado civil, situación laboral, número de personas con las que convive, si recibe ayuda domiciliaria, si es cuidador de persona dependiente, si tiene algún tipo de barrera (física o arquitectónica) que le impida salir a la calle, si la falta de recursos económicos le impide realizar actividades de ocio, si pasa tiempo con su familia o amigos, realizando actividades culturales o deportivas y si conoce o utiliza recursos de ocio comunitarios a su alcance.

Análisis de datos

Se describieron las variables categóricas mediante tablas de frecuencias y las cuantitativas con la media y la desviación estándar. El análisis se realizó mediante inferencia Bayesiana, calculando las distribuciones posteriores mediante simulación Markov Chain Montecarlo (MCMC). Para inferir sobre la media de puntuación de la escala de soledad se utilizó un modelo gaussiano con distribución previa informativa (normal de media 3.55 y varianza 2.7) sobre la base de un estudio previo (12). Se transformó la escala de soledad en una variable binaria, considerando percepción de soledad a valores mayores o iguales a 3. La inferencia sobre la prevalencia de soledad se llevó a cabo a partir de distribuciones previas beta no informativas. En

ambos casos se presentan las medias posteriores de las distribuciones de los parámetros (media y proporción) y sus intervalos de credibilidad del 95%. Para estimar el efecto de las diferentes co-variables sobre la percepción de soledad (considerada como variable binaria) se construyeron modelos de regresión logística múltiple calculando las medias posteriores de las odds ratio (OR), sus intervalos de credibilidad del 95% y la probabilidad posterior de que la OR fuese mayor que 1 (factor de riesgo de soledad).

Para evaluar el posible efecto de la percepción de soledad (binaria) sobre el número de consultas totales se utilizó un modelo de regresión lineal simple, estimando el coeficiente de regresión (equivalente a la diferencia de medias de consultas entre los que percibían soledad y los que no), la probabilidad posterior de que el coeficiente fuera mayor que 0 y el coeficiente R2 ajustado.

Todo el análisis se llevó a cabo mediante R 3.6.0 (21) y JAGS 4.3.0

Resultados:

La muestra final, una vez descartadas las personas con criterios de exclusión, fue de 169 personas, de los cuales 65 (38,5%) rechazaron participar. Dos personas realizaron la encuesta en el centro de salud, el resto la realizaron por teléfono. La edad media (DE) de los participantes en este estudio fue de 64.17 (10.06) años. El 58.6% (61) eran mujeres. El 64.4% (67) de los participantes estaban casados, 6.7% (7) estaban solteros, 10.6% (11) estaban divorciados y 15.4% (16) eran viudos. Vivían solos el 20.2% (21). El 51% (53) de los participantes tenían nivel de estudios primarios, 37.5% (39) secundarios, el 7.7% (8) universitarios y el 3.8% (4) no habían cursado ninguna formación. El 75% (78) estaban en situación de inactividad laboral, bien por desempleo, por jubilación o por realización de tareas no remuneradas.

La Tabla 1 recoge parte de las características sociodemográficas de la muestra, así como las variables relacionadas con las

Tabla 1. Variables estudiadas y relación con la escala de Soledad
«De Jong Gierveld Loneliness Scale» (DJGLS)

Variable	Total (n=104)	0-2 No soledad (n=45)	3-8 Soledad moderada (n=52)	9-10 Soledad severa (n=6)	11 Soledad muy severa (n=1)
Edad, media± DS	64.17±10.06	63.71±10.3	65.54±9.98	57.83±6.05	52
Sexo, n (%)					
Mujer	61 (58.6)	29 (64.4)	28 (53.8)	3 (50)	1 (100)
Hombre	43 (41.4)	16 (35.6)	24 (46.2)	3 (50)	0
Estado civil, n (%)					
Casado	67 (64.4)	33 (49.3)	32 (47.8)	2 (3)	0
Divorciado	11 (10.6)	3 (27.3)	6 (54.4)	1 (9.1)	1 (9.1)
Soltero	7 (6.7)	2 (28.6)	3 (49.2)	2 (28.6)	0
Viudo	16 (15.4)	5 (31.2)	10 (62.5)	1 (6.2)	0
Otros	3 (2.9)	2 (66.7)	1 (33.3)	0	0
Estudios, n (%)					
Sin estudios	4 (3.8)	0	4 (100)	0	0
Primarios	53 (51)	24 (45.3)	26 (49.1)	3 (5.7)	0
Secundarios	39 (37.5)	19 (48.7)	16 (41)	3 (7.7)	1 (2.6)
Universitarios	8 (7.7)	2 (25)	6 (75)	0	0
Situación laboral, n (%)					
Activo	26 (25)	14 (53.8)	9 (34.6)	2 (7.7)	1 (3.8)
Desempleado	6 (5.8)	0	4 (66.7)	2 (33.3)	0
Jubilado	45 (43.3)	12 (42.2)	13 (57.8)	2 (7.4)	0
Tareas no remuneradas	27 (26)	19 (44.4)	26 (48.1)	0	0
Viven solos, n (%)					
Sí	21 (20.2)	6 (28.6)	12 (57.1)	2 (9.5)	1 (4.8)
No	83 (79.8)	39 (47)	40 (48.2)	4 (4.8)	0
Pasa tiempo con familia o amigos, n (%)					
Sí	81 (77.9)	42 (51.9)	34 (42)	4 (4.9)	1 (1.2)
No	23 (22.1)	3 (13)	18 (78.3)	2 (8.7)	0
Realiza actividades culturales, n (%)					
Sí	51 (49)	28 (54.9)	21 (41.2)	2 (3.9)	0
No	53 (51)	17 (32.1)	31 (58.5)	4 (7.5)	1 (1.9)
Realiza actividades deportivas, n (%)					
Sí	46 (44.2)	23 (55)	22 (47.8)	1 (2.2)	0
No	58 (55.8)	22 (37.9)	30 (51.7)	5 (8.6)	1 (1.7)
Utiliza recursos de ocio en su zona, n (%)					
Sí	40 (38.5)	22 (55)	17 (42.5)	1 (2.5)	0
No	64 (61.5)	23 (35.9)	35 (54.7)	5 (7.8)	1 (1.6)
Son cuidadores de persona dependiente, n (%)					
Sí	17 (16.3)	5 (29.4)	11 (64.7)	1 (5.9)	0
No	87 (83.7)	40 (46)	41 (47.1)	5 (5.7)	1 (1.1)
Tiene dificultades para salir a la calle, n (%)					
Sí	12 (11.5)	2 (16.7)	9 (75)	1 (8.3)	0
No	92 (88.5)	43 (46.7)	43 (46.7)	5 (5.4)	1 (1.1)
La falta de dinero limita sus actividades de ocio, n (%)					
Sí	12 (11.5)	3 (25)	6 (50)	2 (16.7)	1 (8.3)
No	92 (88.5)	42 (45.7)	46 (50)	4 (4.3)	0
Presenta al menos un episodio de ECV en OMI, n (%)					
Sí	12 (11.5)	3 (25)	8 (66.7)	1 (8.3)	0
No	92 (88.5)	42 (45.7)	44 (47.8)	5 (5.4)	1 (1.1)
Tienen SAD, n (%)					
Sí	8 (7.7)	4 (50)	4 (50)	0	0
No	96 (92.3)	41 (42.7)	48 (50)	6 (6.2)	1 (1.1)

actividades durante el tiempo libre y con las limitaciones para realizarlas que estudiamos. La media (DE) de puntuación en la escala de soledad de la muestra fue de 3.52 (2.73). En los hombres la media fue 3.47 (2.58) y 3.56 (2.84) en las mujeres. Según las categorías establecidas por niveles de soledad, 59 (56.73%) personas se sentían solas, de las cuales 52 (50%) en el nivel «soledad moderada», 6 (5.77%) «soledad severa» y 1 «soledad muy severa». En dicha Tabla 1 están también registradas las características principales de interés en relación con estos niveles de soledad.

La Figura 1 muestra la distribución de frecuencias para cada puntuación de la escala (de 0 a 11) y la Figura 2 muestra la distribución de frecuencias en esas puntuaciones para cada nivel de soledad. En la Figura 3 se presentan los gráficos de cajas de la edad para cada uno de estos niveles mencionados. Se ha representado sobre ellos entre paréntesis el dato numérico de la media y desviación estándar.

La Figura 4 representa las distribuciones de la puntuación en la escala de soledad para cada uno de los niveles de la variable «situación laboral».

La distribución posterior de la media en la escala de soledad fue 3.52 con un intervalo de credibilidad de [3.006-4.052]. La prevalencia posterior de la soledad fue de 0.56 con un intervalo de credibilidad de [0.47-0.66] (Figura 5).

En la Tabla 2 se presentan los resultados de aplicar el modelo de regresión logística múltiple para las variables de interés, con las medias posteriores de las razones de odds (Media post OR) con sus intervalos de credibilidad del 95% (ICred95%), así como la probabilidad posterior de que estos OR sean mayores que 1 (Ppost(OR>1)). La media posterior del OR de la edad (en años) fue 0.98 (ICred95% 0.93-1.38) con una Ppost(OR>1) de 0.27. La media posterior del OR de las mujeres (respecto a los hombres) fue 0.57 (ICred95% 0.18-1.33) con una Ppost(OR>1) de 0.09. Pasar

Figura 1. Puntuación en la escala de soledad: distribución de frecuencias

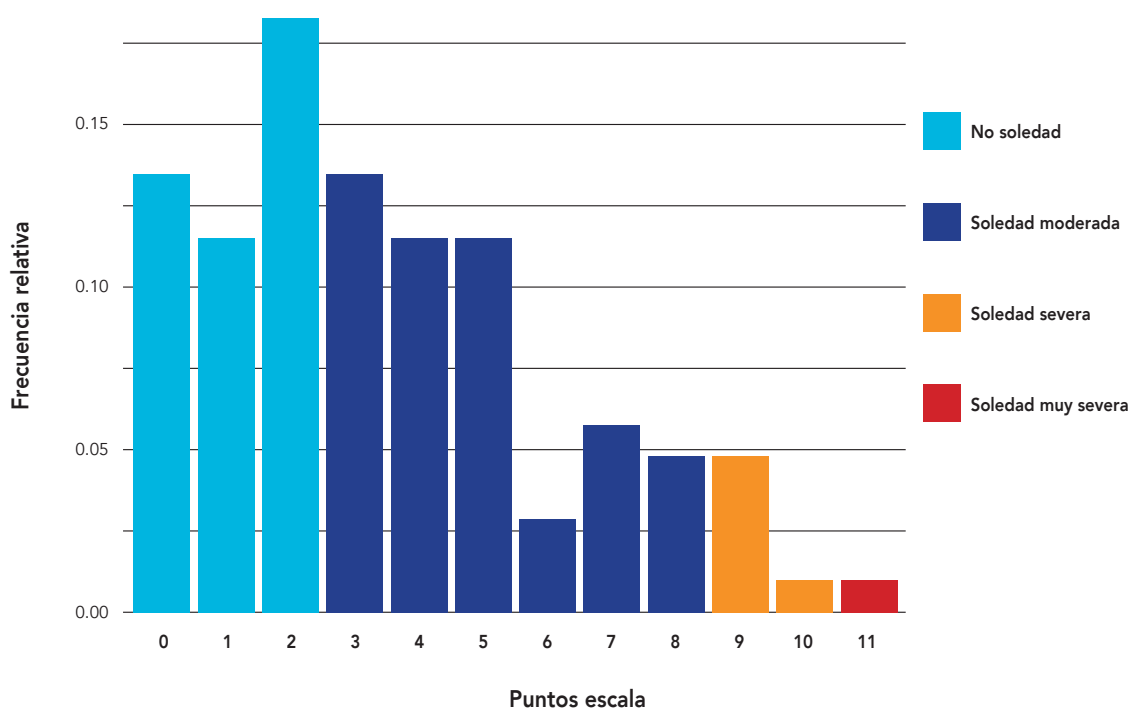


Figura 2. Niveles de soledad: distribución de frecuencias

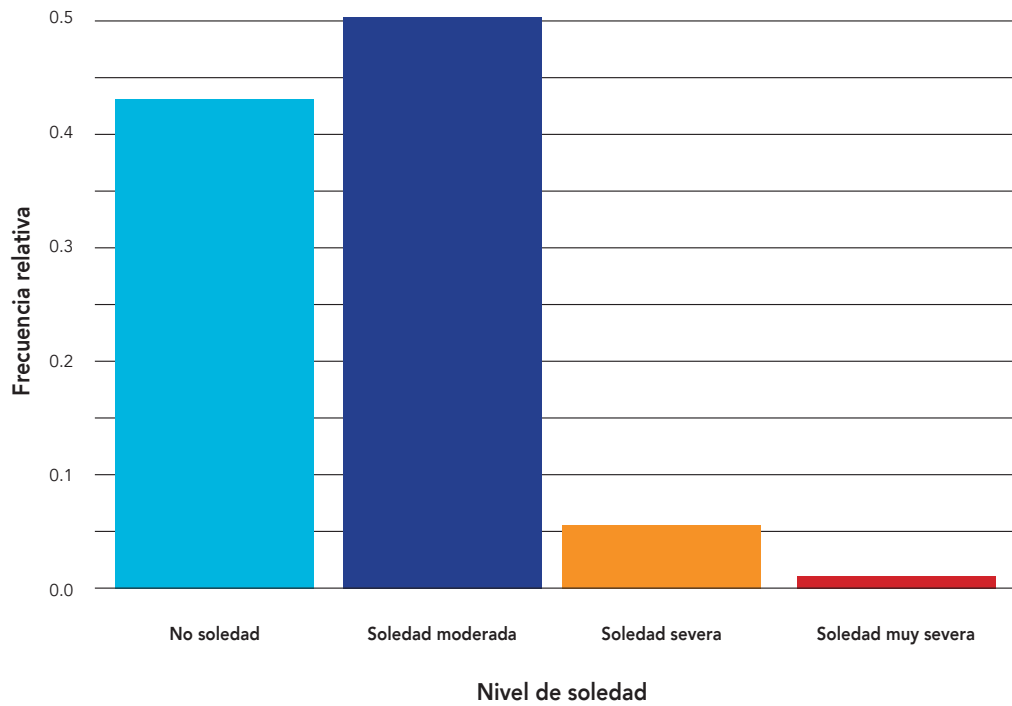


Figura 3. Distribución de edades para las categorías de la escala de soledad: media (DE)

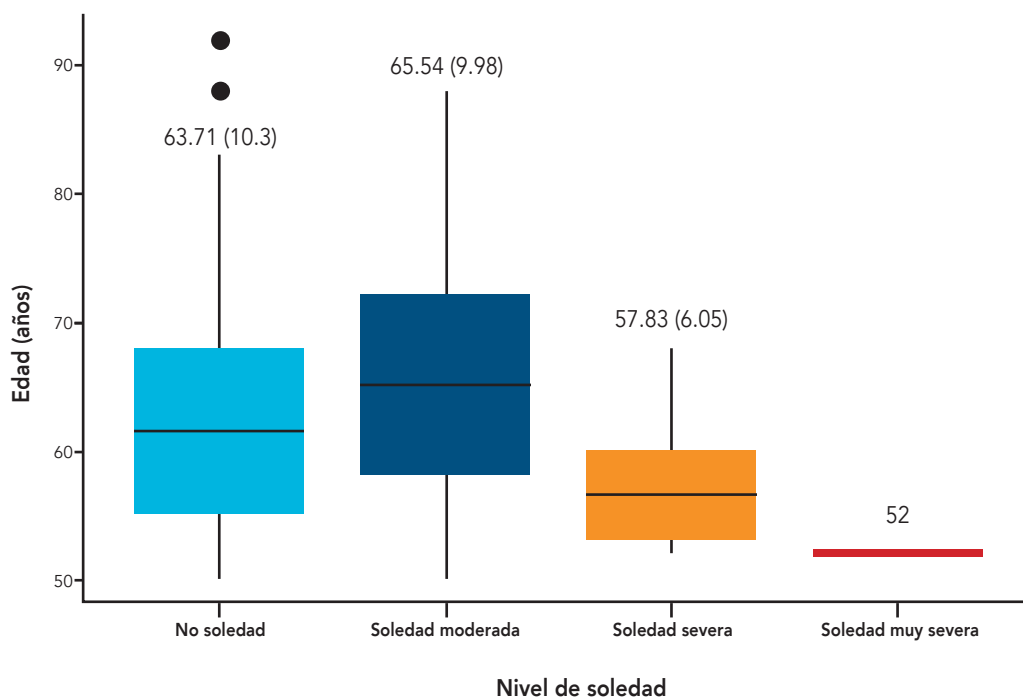


Figura 4. Puntuación en la escala de soledad según la situación laboral

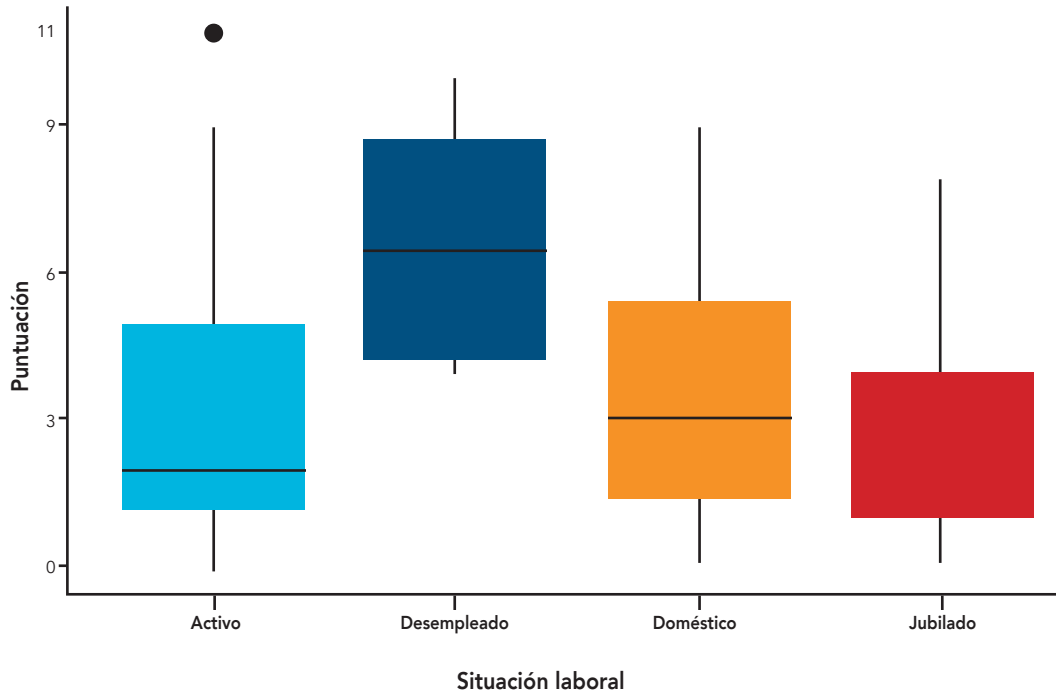


Figura 5. Distribución posterior de la prevalencia de soledad

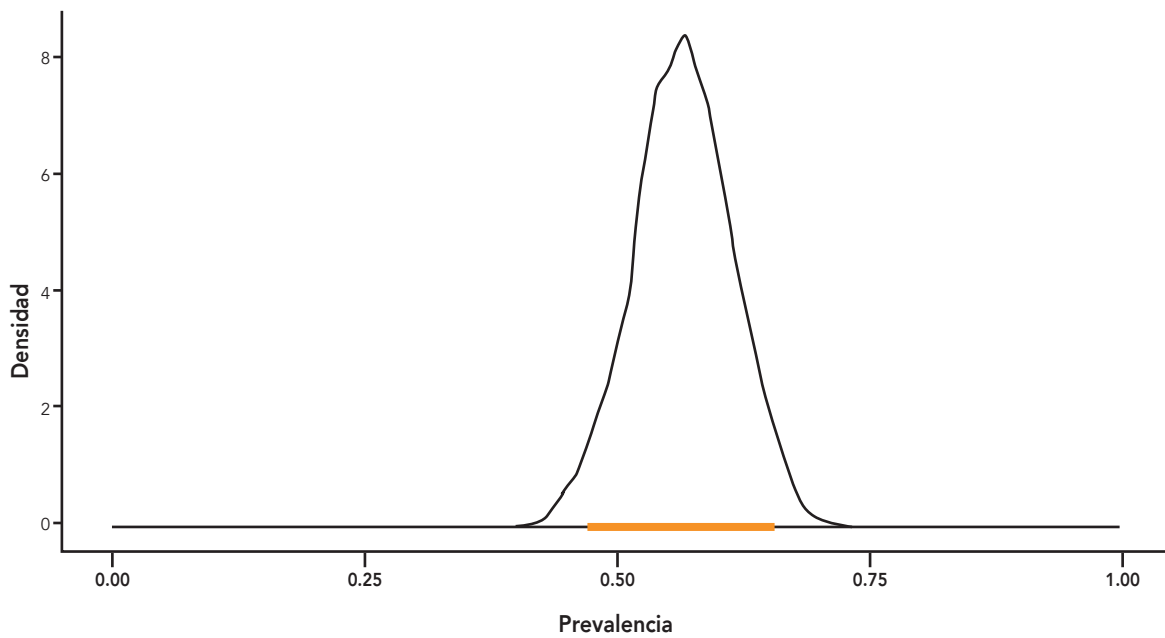


Tabla 2. Resultados del análisis de regresión logística múltiple

Variable (referencia)	Media Post OR	ICred95%	PPost (OR>1)
Edad en años (50)	0.98	0.93 – 1.38	0.27
Sexo (Hombre)	0.57	0.18 – 1.33	0.09
Estado civil (No ser soltero)	3.55	0.16 – 19.14	0.65
Estudios (No universitario)	6.50	0.48 – 31.49	0.88
Vivir acompañado (No)	0.55	0.11 – 1.67	0.11
Pasar tiempo con familia o amigos (No)	0.11	0.01 – 0.38	0
Realizar actividades culturales (No)	1.09	0.28 – 3.05	0.44
Tener dificultades para salir a la calle (No)	11.53	1.03 – 55.94	0.98
Reconoce su situación económica como una limitación para realizar actividades de ocio (No)	5.44	0.67 – 22.35	0.93
Tiene enfermedad cardiovascular como episodio activo en OMI-AP (No)	5.73	0.69 – 23.37	0.94

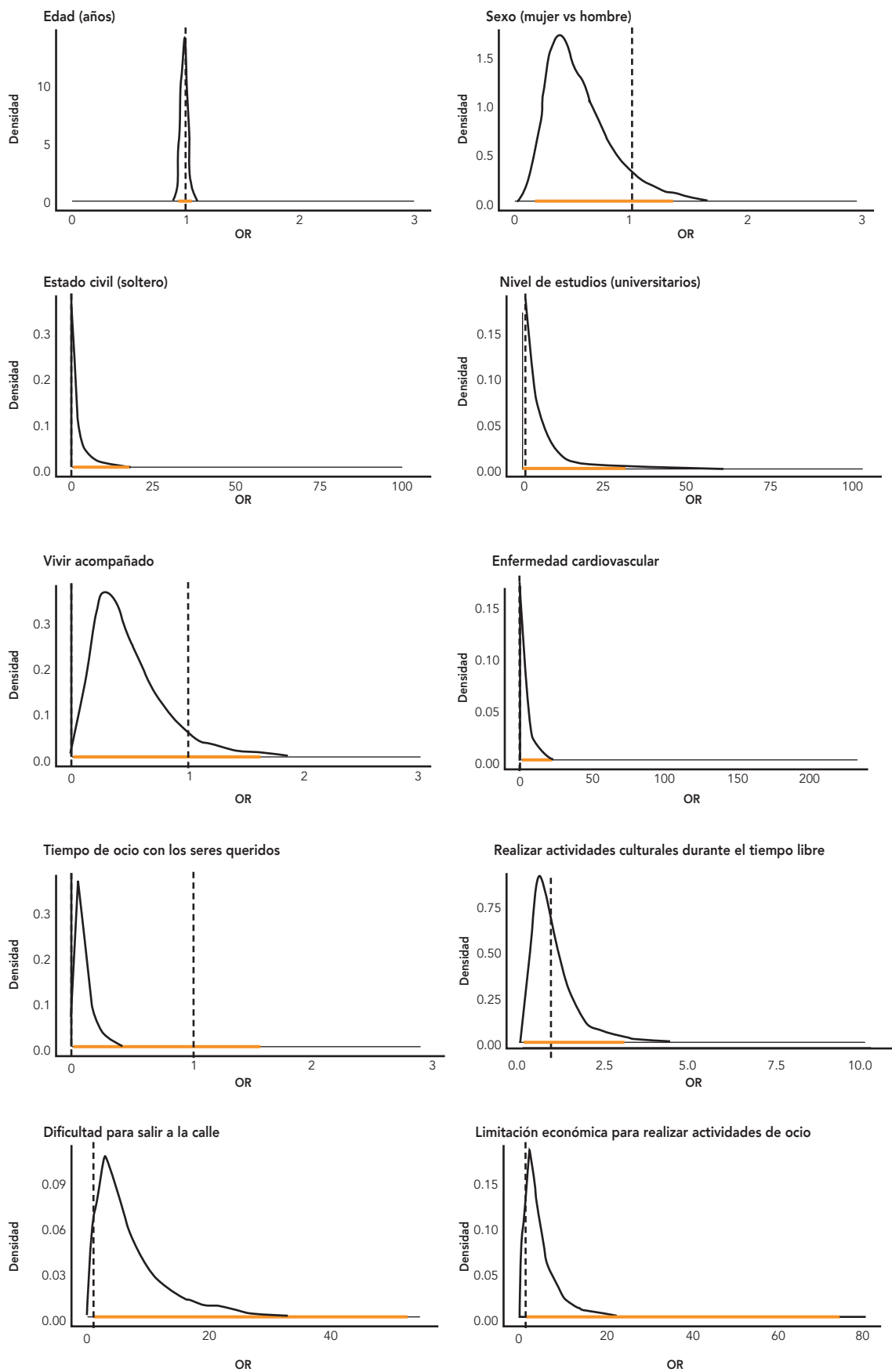
tiempo libre con la familia o amigos obtuvo una media posterior del OR (respecto a no pasar tiempo libre con familia o amigos) de 0.12 (ICred95% 0.01-0.38) con una Ppost(OR>1) de 0. Vivir acompañado obtuvo una media posterior del OR (respecto a vivir solo) de 0.55 (ICred 95% 0.11-1.67) con una Ppost(OR>1) de 0.19. Aumentan el odds de soledad: tener una limitación económica para realizar actividades de ocio (media posterior de OR=5.44, ICred95% 0.67-22.35 y Ppost(OR>1) 0,93), encontrar dificultades físicas (propias) o arquitectónicas (del medio) para salir a la calle (media posterior de OR=11.53, ICred95% 1.03-55.94 y Ppost(OR>1) 0,98); tener algún episodio activo de enfermedad cardiovascular en la historia clínica de atención primaria (media posterior de OR=5.73, ICred95% 0.69-23.37 y Ppost(OR>1) 0,94); estar soltero (media posterior de OR=6.5, ICred95% 0.48-31.49 y Ppost(OR>1) 0.65); ser universitario (media

posterior de OR=3.55, ICred95% 0.16-19.14 y Ppost(OR>1) 0.88) y emplear tiempo libre en actividades culturales (media posterior de OR=1.1, ICred95% 0.28-3.05 y Ppost(OR>1) 0.44). Con respecto a la situación laboral (desempleo), dado el escaso número de individuos en desempleo y la correlación total entre esta variable y la soledad, resultó imposible su inclusión en los modelos de regresión, ya que provocaba falta de convergencia de los mismos.

La Figura 6 presenta las distribuciones posteriores de las razones de odds (OR) de soledad.

El análisis del efecto de la soledad sobre la frecuentación de solicitud de asistencia sanitaria en atención primaria mediante regresión lineal simple, mostró un coeficiente de regresión (diferencia de medias) de -0.47. La probabilidad de este efecto negativo de la soledad sobre el número de consultas fue del 61.4%.

Figura 6. Distribución posterior de las razones de odds (OR) de soledad a partir de un modelo de regresión logística múltiple



Discusión:

Comparación con la literatura científica:

La prevalencia de soledad en nuestra área sanitaria es elevada. Estos resultados no son comparables con los mencionados en la introducción, ya que difieren en la herramienta empleada y en las características de la población a estudio.

Al dicotomizar la variable dependiente, agrupamos la soledad moderada con la severa y muy severa. Tal vez, los estudios con bajos niveles de prevalencia de soledad tengan en cuenta solamente las personas con soledad «muy severa», pero no encontramos justificación para hacerlo así. Sería interesante aplicar esta herramienta al resto de áreas sanitarias con la misma metodología, para poder establecer comparaciones.

No hemos encontrado un efecto concluyente de la edad sobre la soledad, aunque se intuye una relación positiva. Como hemos dicho, los estudios consultados no son uniformes en sus conclusiones al respecto. La soledad no es exclusiva de ninguna edad, pudiendo surgir en cualquier momento de la vida. Sin embargo, en los estudios que relacionan la soledad con la edad avanzada, se interpreta como posible consecuencia de eventos vitales críticos (9,22). Es posible que esta variabilidad dependa de la escala elegida y del contexto cultural en el que se aplica.

Los resultados de este estudio indican que ser mujer actúa como factor protector. Algunos de los estudios consultados no encuentran relación entre la soledad y el sexo (9). Sin embargo, en la mayoría de la literatura sí existe una relación entre ser mujer y mayor soledad (12, 23,24). Debemos tener en cuenta que debido a cuestiones culturales, existe la posibilidad de que las mujeres expresen sus sentimientos de soledad de manera diferente a los hombres, siendo estos más reservados con sus emociones (25). De forma paralela, hablando de género no podemos obviar el estado civil, ya

que muchos estudios apoyan que las personas viudas, sobre todo mujeres, tienen mayor riesgo de soledad (9). Los resultados muestran que ser soltero actúa como factor de riesgo para sentirse solo. Además, otros estudios aseguran que el hombre viudo es más propenso a tener una mayor afección, ya que tiene mayores dificultades para vivir sin pareja, sobre todo en edades más avanzadas. De manera general, no hay consenso respecto a esta relación, a pesar de existir gran número de publicaciones al respecto (24,25). Los resultados que presentamos muestran un efecto del estado civil sobre la soledad poco concluyente. Un estudio del año 2018 asegura que el nivel educativo se relaciona con el sentimiento de soledad de forma negativa, cuanto mayor nivel académico menor soledad, debido a que este grupo de población tendría más recursos para combatir la soledad (9). En este estudio encontramos una relación positiva, aunque muy poco concluyente, entre el nivel de estudios universitarios y la soledad. Además, ninguna persona con estudios universitarios presentó niveles de soledad severa o muy severa. En la bibliografía consultada hay acuerdo en que las personas con mayor vulnerabilidad social tienen mayor riesgo de soledad (22). El desempleo es uno de los factores de riesgo que más se asocia en los mayores jóvenes (22), coincidiendo con los resultados obtenidos en el presente estudio.

Según el Instituto Nacional de Estadística, en 2017 el número de hogares unipersonales creció en Asturias a un ritmo de casi dos al día, a expensas principalmente de personas mayores de 65 años y solteras, siendo menos frecuente en personas viudas. También fue más frecuente en mujeres (77300 frente a 58800 varones). Según algunos autores, vivir solo aumenta el riesgo de mortalidad prematura (26) y vivir en hogares no unipersonales, constituye un factor protector frente al sentimiento de soledad no deseada (25). Los resultados apoyan lo segundo, pero es importante tener en cuenta que vivir solo no puede

emplearse como indicador indirecto de los niveles de soledad y no se deben comparar resultados de prevalencia de soledad con resultados de prevalencia de vivir en solitario. La red familiar y de amistades proporciona un soporte social de ayuda en la lucha contra la soledad. Las actividades de ocio se relacionan con una menor dependencia y una mayor funcionalidad de las personas y satisfacen sus necesidades de pertenencia (9, 24,27).

En este aspecto, los resultados nos indican que dedicar el tiempo libre con seres queridos protege frente a la soledad. En la muestra analizada, 17 sujetos eran cuidadoras de personas dependientes, obteniendo una media superior respecto a las personas que no son cuidadoras. Las personas cuidadoras en España sienten más soledad, debido al escaso tiempo de ocio y al hecho de que en la mayoría de los casos no reciben retribución económica, ni reconocimiento social, incrementando así la sensación subjetiva de soledad (11).

En cuanto a las dificultades para salir a la calle (barreras físicas y arquitectónicas), parece lógico pensar que puede afectar al riesgo de soledad, sobre todo a medida que la edad avanza y aparecen limitaciones físicas, psíquicas y discapacidades. En consecuencia, disminuyen los contactos sociales (9). La Organización Mundial de la Salud enfatiza y reconoce este problema, abogando por las «ciudades amistosas con los ancianos», en las que el diseño de edificios y zonas comunitarias sea libre de barreras arquitectónicas (28). Los resultados del presente estudio reflejan una mayor probabilidad de sentirse solo en las personas que tienen dificultades para salir a la calle, incluso cuando la edad y las demás variables estudiadas se mantienen constantes.

La vulnerabilidad económica también se relaciona con un mayor riesgo de soledad. En este estudio no se analizó la renta de las personas, si no que se preguntó si creían que su economía les impedía

disfrutar del tiempo libre, obteniendo de media puntuaciones más altas en la escala de soledad aquellas que contestaron afirmativamente. En el informe FOESSA encontramos que el 8.2% de la población asturiana reside en hogares que afirman haber perdido relaciones sociales por problemas económicos (5).

Según la Encuesta Nacional de Salud, los ECV en Asturias diagnosticados anualmente superan las cifras del conjunto de España (29). La influencia de la soledad en las ECV ha sido constatada en anteriores estudios y meta-análisis (30,31). Esta variable presentó efecto sobre la soledad, por lo que podemos confirmar que es causa y consecuencia de este tipo de enfermedades. En este estudio, en torno a un 7% reciben ayuda a domicilio. Otros estudios analizados se sitúan en torno al 5%. Es importante señalar que en la bibliografía consultada se estudiaba a personas mayores de 75 años y aun así se encuentra una proporción de uso de servicio de ayuda a domicilio (SAD) más baja que en nuestro medio (24). Otro estudio propone que el SAD aumenta la integración social de las personas en 6 meses.

No encontramos datos que sugieran que la soledad tiene efecto sobre la frecuentación en Atención Primaria, como indican otros artículos (26). Parece importante señalar para futuras investigaciones que la edad no parece un factor determinante en la aparición del sentimiento de soledad, siendo el efecto de la edad en este estudio poco relevante.

Es cierto que la soledad en las personas mayores nos puede preocupar más que en jóvenes, ya que esta población se considera más vulnerable en general. Pero a la vista de los resultados también debemos prestar atención a las personas de menor edad. Tal vez la manera de conseguir que las personas alcancen la senectud sin el sentimiento de soledad sea tener en cuenta los determinantes que condicionan la aparición de ese sentimiento y que son modificables tales

como: dificultades económicas, barreras arquitectónicas o físicas. Sobre los factores no modificables, el conocerlos nos ayuda a reconocer a las personas que pueden estar en riesgo de padecer soledad y a paliar los efectos de la misma con medidas de intervención comunitaria.

Limitaciones: La limitación principal del estudio fue la baja colaboración de la muestra, que puede implicar un sesgo de participación. Además, es posible que las personas más afectadas por enfermedades cardiovasculares fueran excluidas por presentar limitaciones graves. La mayoría de entrevistas se realizaron vía telefónica debido a la falta de disponibilidad de tiempo del equipo investigador para acudir a los domicilios y de que la mayoría de los participantes rechazaron acudir al centro de salud para realizar la encuesta.

Conclusiones:

- La prevalencia de soledad en la población en el área sanitaria VIII es alta.
- Ser mujer, dedicar tiempo libre a los seres queridos y vivir acompañado disminuyen la probabilidad de sentirse solo, mientras que tener dificultades económicas, dificultades para salir a la calle y tener ECV aumenta esa probabilidad.
- Aunque no debemos olvidar las necesidades de la gente anciana que vive sola, las medidas para disminuir la soledad como problema de salud pública deben dirigirse al resto de factores que tienen influencia sobre ella.
- Un mayor grado de soledad en la población no determina una mayor frecuentación sanitaria en los servicios de atención primaria.

Referencias bibliográficas:

1. Benito-del-Pozo P. El declinar de los espacios minero- siderúrgicos tradicionales. Evolución reciente de Mieres y Langreo (Asturias). ERÍA [Internet]. 1990 [citado 17 de febrero de 2020]; 23:235-52. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=34731>
2. Gobierno del Principado de Asturias. Consejería de Sanidad. IV Encuesta de Salud para Asturias. ESA 2017 [Internet]. 2018 [citado 7 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.astursalud.es/documents/31867/350247/ESA2017.pdf/70ec7760-c0aa-f8bc-0869-45c489acc97d>
3. SADEI. Sociedad Asturiana de Estudios Económicos e Industriales. 15 de enero de 2019 [citado 1 de enero de 2020]; Disponible en: <http://www.sadei.es/es/cargarAplicacionIndiceTematico.do>
4. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta continua de hogares [Internet]. 2019 [citado 5 de febrero de 2020]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=125473617_6952&menu=ultiDatos&idp=1254735572981
5. Fundación FOESSA. Informe FOESSA sobre Exclusión y Desarrollo social en Asturias 2019. Resultados de la encuesta sobre exclusión y necesidades sociales 2018. [Internet]. 1.a ed. Madrid: Cáritas Española Editores; 2019 [citado 29 de enero de 2020]. 205 p. Disponible en: www.foessa.es
6. Imsero. Informe 2018. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas. 2021
7. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2015- 2017. 10.a ed. Madrid: Elsevier.
8. Sadler WA, Weiss RS, Hanratty B. Loneliness: The experience of emotional and social isolation. Contemporary Sociology [Internet]. [citado 18 de febrero de 2020];4(2):171. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/record/1974-22306-000>
9. Rubio R, Pinel M, Rubio L. Tres interrogantes sobre la soledad social en los adultos mayores de Granada, España. psicología trujillo [Internet]. 2011 [citado 17 de febrero de 2020];13(2):166-73. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/303523534_Tres_interrogantes_sobre_la_sol_edad_social_en_los_adultos_mayores_de_Granada_Espana/link/57446baf008ae9f741b431f31/download
10. Fang Y, Junan Z, Jianping W. Correlates of loneliness in older adults in Shanghai, China: does age matter? BCM Geriatrics [Internet]. 2018 [citado 17 de noviembre de 2019];18(300):10. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0994-x>
11. Hernán-Montalbán MJ, Rodríguez-Moreno SI. La soledad no deseada en la ciudad de Madrid. Informe de resultados. [Internet]. Madrid: Madrid Salud; 2017 [citado 20 de diciembre de 2019] p. 75. Disponible en: http://www.madridsalud.es/pdf/Soledad_ciudaddeMadrid.pdf
12. Díez-Nicolás J, Morenos-Páez M. La soledad en España. [Internet]. 1.a ed. Madrid: AXA ONCE; 2015 [citado 20 de octubre de 2019]. 362 p. Disponible en: https://www.fundaciononce.es/sites/default/files/soledad_en_espana.pdf
13. Buz J, Urchaga D, Polo ME. Factor structure of the de Jong Gierveld loneliness scale in Spanish elderly adults. Anales de psicología [Internet]. 2014 [citado 17 de noviembre de 2019];30(2):588-96. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/record/2014-14001-022>
14. Valtorta NK, Kanaan M, Gilbody S. Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. Heart.
15. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J. 2016;37(29):2316- 81.
16. Gené-Badiaa 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 [Internet]. 2016 [citado 10 de diciembre de 2019];48(9):604-9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656716301809?via%3Dihub>
17. Visser M, El Fakiri F. The prevalence and impact of risk factors for ethnic differences in loneliness. The European Journal of Public Health [Internet]. 6 de enero de 2020 [citado 14 de enero de 2020]; 26(6):977-83. Disponible en: <http://academic.oup.com/eurpub/article-abstract/26/6/977/2616405>
18. Observatorio de Salud de Asturias. Ranking [Internet]. OBSA Salud. 2018 [citado 10 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://obsaludasturias.com/obsa/determinantes/>
19. Observatorio de salud de Asturias. ¿Cuál es nuestro contexto? Entorno y determinantes socioeconómicos: Informe de situación de salud en Asturias 2012-2015 [Internet]. 2015 [citado 5 de febrero de 2020]. Disponible en: https://obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/bsk-pdf-manager/Cual-es-nuestro-contexto_24.pdf

20. Gayol-Fernández M, Sánchez-Arguiano J, Conde-Díez Y. Aislamiento social y dependencia en la población anciana de una población rural. *RqR Enfermería Comunitaria* [Internet]. febrero de 2020;8(1):12-22. Disponible en: https://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Revistas/Invierno%202020/3_Aislamiento%20social%20RqR%20V8%20N1.pdf
21. De-Jong-Gierveld J, Van-Tilburg T. Manual of the loneliness scale [Internet]. Amsterdam; 1999 [citado 10 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://research.vu.nl/ws/portalfiles/portal/1092113>
22. Core-Team R. A language and environment for statistical computing. [Internet]. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria.; 2013. Disponible en: <http://www.R-project.org/>
23. Foro internacional sobre la soledad, la salud y los cuidados. Conclusiones foro internacional sobre soledad y cuidados. Madrid 2018. [Internet]. 2019 [citado 2 de enero de 2019]. Disponible en: <http://recs.es/conclusiones-del-foro-internacional-sobre-la-soledad-la-salud-y-los-cuidados/>
24. Buz J, Prieto-Adán G. Análisis de la Escala de Soledad de De Jong Gierveld mediante el modelo de Rasch. Julio-septiembre 2013 [Internet]. 22 de diciembre de 2012 [citado 25 de diciembre de 2019];12(3):971-81. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/1904/5816>
25. Gallo-Estrada J, Molina-Mula J. Factores que inciden en la soledad residencial de las personas mayores que viven solas. *GEROKOMOS* [Internet]. 2015 [citado 17 de noviembre de 2019];26(1):3-9. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2015000100002
26. López-Doblas J, Díaz-Conde MP. El sentimiento de soledad en la vejez. marzo de 2018;76(1):85-98. Disponible en: <http://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/698>
27. Gené-Badia J, Comiceb-Belchínb A, Erdozainb PE, Cálizb L, Torresby S, Rodríguez-BalInstitut R. Perfiles de soledad y aislamiento social en población urbana. *APRIM* [Internet]. 2019 [citado 17 de febrero de 2020];51(2):9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-avance-resumen-perfiles-soledad-aislamiento-social-poblacion-S0212656718303810>
28. Rodríguez-Martín M. La soledad en el anciano. 2009 [Internet]. 2009 [citado 17 de febrero de 2020];20(4):159. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v20n4/comunicacion2.pdf>
29. Organización Mundial de la Salud. Ciudades globales amigables con los mayores: Una guía. [Internet]. Suiza: Ediciones de la OMS; 2007 [citado 4 de febrero de 2019]. 73 p. Disponible en: <https://www.who.int/ageing/AFCSpanishfinal.pdf>
30. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud de España 2017 [Internet]. 2017 [citado 12 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>
31. Holt-Lunstad J, B-Smith T. Loneliness and social isolation as risk factors for CVD: implications for evidence-based patient care and scientific inquiry. *BMJ* [Internet]. 18 de abril de 2016 [citado 17 de febrero de 2020];102(13):987-9. Disponible en: <https://heart.bmj.com/content/heartjnl/102/13/987.full.pdf>
32. Jurschik P, Botigué T, Nuin C, Lavedán A. Estado de ánimo caracterizado por soledad y tristeza: factores relacionados en personas mayores. *GEROKOMOS* [Internet]. 2013 [citado 17 de febrero de 2020]; 24:14-7. Disponible en: <https://medes.com/publication/82095>