



uhu.es

**SOLEDAD Y ASILAMIENTO SOCIAL
EN PERSONAS MAYORES
USUARIAS DE CRUZ ROJA HUELVA
MEMORIA DE RESULTADOS**

**SUSANA MENÉNDEZ ÁLVAREZ-DARDET
CHRISTIAN CÁCERES PÉREZ
MERCEDES VÉLEZ TORAL**

**Departamento de Psicología Social, Evolutiva y de la Educación
UNIVERSIDAD DE HUELVA**

© Cruz Roja Huelva
ISBN: 978-84-09-44607-0

EQUIPO CIENTÍFICO:

Susana Menéndez Álvarez-Dardet (menendez@uhu.es)
Christian Cáceres Pérez (christian.caceres947@alu.uhu.es)
Mercedes Vélez Toral (maria.velez@dpee.uhu.es)

EQUIPO TÉCNICO:

Rosario Miranda Plata (rmp21@cruzroja.es)
Gema Díaz Lozano (gdl21@cruzroja.es)
Ana María Pérez Polo (anapolo@cruzroja.es)

Para citar este documento: Menéndez, S., Cáceres, C. y Vélez, M. (2022). *Soledad y aislamiento social en personas mayores usuarias de Cruz Roja Huelva. Memoria de resultados*. Cruz Roja Huelva (www2.cruzroja.es/centro-de-documentacion).

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	3
FUNDAMENTACIÓN	6
OBJETIVOS	9
DELIMITACIÓN DE LA MUESTRA	10
MÉTODO	
Participantes	11
Instrumentos	12
Procedimiento	13
Plan de análisis	14
RESULTADOS	16
Estar solo/a, sentirse solo/a: Indicadores objetivos y subjetivos de soledad	17
Estar y sentirse solo/a: Relaciones entre indicadores objetivos y subjetivos de soledad	19
Perfiles de mayores y soledad objetiva y subjetiva	22
El estado de salud y sus relaciones con la soledad	23
DISCUSIÓN	26
CONCLUSIONES	29
REFERENCIAS	31
ANEXO	35

PRESENTACIÓN

La preocupación por la **calidad** del trabajo desarrollado en instituciones y servicios de diferente naturaleza viene siendo una constante, central y cada vez más extendida, tanto en el ámbito de la intervención psicosocial en general como en el trabajo con personas mayores en particular. Desde esta perspectiva se entiende que, una vez detectada la necesidad de intervenir en un contexto específico y/o con un colectivo determinado, y en la medida en que esta necesidad no es puntual sino permanente, la clave no debe ser (sólo) que haya una oferta suficiente de servicios de apoyo para las personas que lo necesiten, sino que estos servicios desarrollen actuaciones de calidad. A este respecto, existe un convencimiento creciente sobre la importancia de delimitar qué prácticas profesionales resultan más apropiadas, aprender de ellas, y favorecerlas de manera preferente, especialmente en instituciones y servicios sustentados con dinero público y dirigidos a colectivos vulnerables.

En este sentido destaca la filosofía de las **buenas prácticas**, un enfoque que surge y se desarrolla inicialmente en el ámbito sanitario pero que se ha ido extendiendo como elemento central para el análisis de la intervención profesional desarrollada desde otras disciplinas, entre ellas las psicosociales. No existe una definición consensuada sobre qué se entiende por una buena práctica, en parte porque los elementos para catalogar así una actuación profesional dependen mucho de circunstancias tan diversas como complejas, relacionadas con las personas destinatarias de la intervención y sus necesidades específicas de apoyo, el contexto (humano y profesional) en el que se trabaja con ellas, y/o las directrices sociopolíticas en las todo ello se enmarca. En el ámbito de la intervención psicosocial con colectivos vulnerables y/o de especial dificultad, las diferentes acepciones de buenas prácticas (en castellano, véase por ejemplo Bermejo, 2009, 2012; Bermejo y Mañós, 2009; De los Reyes et al., 2018; Jiménez e Hidalgo, 2016; Martínez, 2010; Rodrigo et al., 2015) comparten, en general, dos características centrales: una buena práctica es una actuación profesional a) caracterizada por su calidad y b) que funciona.

Respecto a la calidad y sus indicadores tampoco existe un acuerdo generalizado pero, como sintetiza Martínez (2010), en términos generales una buena práctica debe ajustarse a **requisitos** tanto **éticos** como **técnicos**. Los primeros implican situar siempre a la persona como elemento central del trabajo y no perder nunca de vista que todas tienen derecho a un trato digno y respetuoso, así como diseñar y desarrollar para y con ellas actuaciones profesionales en coherencia con principios éticos básicos (buscar siempre el beneficio de la persona, promover su autonomía, tener en cuenta su perspectiva y su situación, no discriminar, considerar directrices de justicia y equidad en el uso de los recursos...). Por su parte, los indicadores técnicos de calidad tienen que ver con requisitos de rigor tanto científico como metodológico (Bermejo, 2012), y los criterios que mayoritariamente aparecen destacados en diferentes propuestas de buenas prácticas se relacionan con una fundamentación conceptual sólida y actualizada, un diseño riguroso y planificado, una descripción pormenorizada (habitualmente mediante la manualización de la propuesta), y con directrices para su evaluación. Este último criterio enlaza directamente con la segunda característica de una buena práctica (que funcione), y con otro elemento central en la filosofía de la calidad que conviene destacar: el de **prácticas basadas en la evidencia**. En concreto, y dentro de los diferentes niveles que pueden existir en cuanto al análisis de los resultados de una actuación profesional, se entiende que una práctica está basada en la evidencia cuando su eficacia, efectividad y eficiencia han sido contrastadas de forma rigurosa y de acuerdo con los estándares metodológicos de la disciplina (Altpeter et al., 2004; Jiménez e Hidalgo, 2016; Ory & Smith, 2015; Rodrigo et al., 2015). Por tanto, las prácticas basadas en la evidencia suponen el nivel más avanzado (y también más exigente) dentro de la filosofía de las buenas prácticas (Rodrigo et al., 2015), y tienen muy interesantes implicaciones. Así, la incorporación de prácticas basadas en la evidencia como elemento central de la praxis profesional supone no sólo comprobar que algo funciona sino también saber en qué condiciones lo hace, lo cual permite conocer cuáles son los elementos clave que condicionan el éxito de una intervención y, por tanto, cómo garantizar que ésta va a ser eficaz, eficiente y efectiva de cara a su diseminación (es decir, su implementación en otros contextos).

A propósito de la filosofía de las buenas prácticas en general, y de las prácticas basadas en la evidencia en particular, merece la pena destacar algunas cuestiones que nos parecen esenciales desde la perspectiva de las y los profesionales y también de quienes ostentan la responsabilidad política en los servicios implicados:

- En primer lugar, la incorporación de esta lógica de calidad tiene como sentido último el aprendizaje y la mejora respecto a lo que se hace y (sobre todo) lo que se puede hacer: identificar buenas prácticas, delimitarlas, y entender cómo y por qué funcionan, debe asumirse como una oportunidad de reflexionar sobre el desempeño profesional, cómo optimizarlo, y por tanto cómo desarrollar actuaciones y tomar decisiones que reviertan en una mejora de la calidad de vida de las personas con las que se trabaja (Altpeter et al., 2004; Bermejo, 2009, 2012; Martínez, 2010; Rodrigo et al., 2015).
- Conviene, en segundo lugar, volver a insistir en la tendencia cada vez más generalizada en cuanto a considerar, con preferencia, este tipo de actuaciones (Altpeter et al., 2004; Ory & Smith, 2015; Rodrigo et al., 2015): especialmente en servicios sustentados con dinero público, existe un convencimiento creciente respecto a que el apoyo institucional debe dirigirse muy preferentemente a intervenciones de calidad y que hayan demostrado funcionar, y ello por criterios tanto éticos como pragmáticos.
- En tercer lugar, y también de acuerdo con consideraciones prácticas, es evidente que la tarea de identificar, delimitar y analizar buenas prácticas, y evaluar con rigor metodológico la eficacia, efectividad y eficiencia de las actuaciones de los y las profesionales, excede las de por sí muy numerosas tareas que deben llevar a cabo. De hecho la estrategia habitual suele ser la colaboración con equipos externos, con formación y experiencia en investigación (que no sólo pero sí muy habitualmente suelen provenir del ámbito universitario), que son quienes llevan a cabo las tareas de diseño metodológico y estudio estadístico implicadas en el análisis de las actuaciones profesionales y, sobre todo, de su eficacia, efectividad y eficiencia. Estas colaboraciones no sólo son prácticas sino que, además, suponen una oportunidad para la confluencia entre la teoría y la intervención, la ciencia básica y la aplicada, y el aprendizaje mutuo desde y entre ambas facetas del ejercicio profesional (Bermejo, 2009; Ory & Smith, 2015; Rodrigo et al., 2015).

El trabajo que aquí se presenta está en consonancia con las reflexiones anteriores, y supone el primer paso en la apuesta decidida de **Cruz Roja Huelva (CRH)** en adelante) por avanzar en el desarrollo de buenas prácticas basadas en evidencias en el trabajo que viene llevando a cabo con personas mayores. Cruz Roja es una organización humanitaria de carácter voluntario, que diseña y ofrece respuestas integrales para colectivos vulnerables desde una perspectiva de desarrollo humano y comunitario, reforzando sus capacidades individuales en su contexto social. Está presente en Huelva desde 1893, y desempeña en esta provincia su labor a través de un total de 52 programas organizados en 7 áreas de intervención social destinados a diversos colectivos (infancia, mujeres, personas desempleadas, inmigrantes, personas con discapacidad, reclusos, refugiados...) en situación de dificultad social o bien de extrema vulnerabilidad. Entre estos colectivos destacan las personas mayores: de acuerdo con las cifras que maneja CRH, de las 12.027 personas atendidas en 2021, 1.802 de ellas (es decir, aproximadamente un 15%) están incluidas en el programa *Atención integral a personas mayores*. La prevalencia del colectivo de mayores entre los usuarios de CRH, junto a las especiales circunstancias derivadas de la pandemia por COVID-19, han motivado que desde esta institución se venga identificando que la soledad en la vejez es una realidad especialmente presente entre sus usuarios, muy particularmente entre las personas mayores que viven solas. Además de constatar esta realidad, CRH ha querido cuantificarla y analizarla con detalle y evaluar la eficacia de sus intervenciones al respecto. Para llevar a cabo este tipo de análisis con rigor metodológico y científico es habitual, como se ha señalado, la colaboración con equipos externos a la institución de que se trate, integrados por profesionales con experiencia en el ámbito de la investigación. En este sentido, CRH formalizó en marzo de 2021 su colaboración con un equipo¹ de investigadores de la **Universidad de Huelva (UHU)** en adelante), a través de un Convenio entre ambas instituciones, para llevar a cabo un estudio sobre el aislamiento social y la soledad de las personas mayores que viven solas y que participan en intervenciones dentro del programa de *Atención integral a personas mayores*.

Esta Memoria supone el primer resultado de esta colaboración, y aspira a cubrir dos objetivos centrales: realizar un diagnóstico de la soledad y el aislamiento social entre las personas mayores que viven solas con las que trabaja CRH

¹ El equipo de la UHU forma parte del Grupo de Investigación **Desarrollo de Estilos de Vida en el Ciclo Vital y Promoción de la Salud (HUM-604)** del Plan Andaluz de Investigación, Desarrollo e Innovación (PAIDI) de la Junta de Andalucía.

para cuantificar y caracterizar este fenómeno, por un lado, y constituirse en un pre-test de cara a evaluar la eficacia de las actuaciones desarrolladas por esta institución, por otro. En concreto este documento se relaciona con el primero de estos objetivos, y responde al compromiso suscrito por parte de la UHU en la segunda cláusula del Convenio antes citado: preparar una Memoria de resultados para CRH.

Este documento está organizado con la estructura habitual de los informes científicos. Comienza con una **fundamentación** conceptual del fenómeno de la soledad en la vejez, las caras que adopta, su prevalencia en nuestro contexto cercano, y sus repercusiones en la calidad de vida de las personas mayores. A continuación se describen los **objetivos** del estudio, así como los elementos considerados para **delimitar la muestra** de este trabajo. En el siguiente apartado se detalla la **metodología** de la investigación desarrollada: las características de la muestra de participantes, el cuestionario utilizado para recabar los datos (con información detallada de las escalas estandarizadas que éste incluye), el procedimiento seguido en el estudio, y las directrices estadísticas desde las que se ha analizado la información. Los principales **resultados** obtenidos se exponen con detalle en el siguiente apartado, organizado en varias secciones de acuerdo con los objetivos del estudio. La Memoria finaliza con una síntesis en la que se **discuten** los resultados obtenidos y se exponen las principales **conclusiones** que, a nuestro juicio, se pueden extraer del estudio.

La investigación en la que se basa esta Memoria se ha podido llevar a cabo gracias a la decidida colaboración y el buen hacer del equipo técnico de CRH del estudio, dirigido por **Rosario Miranda Plata** y coordinado por **Gema Díaz Lozano** y **Ana María Pérez Polo**. Asimismo, los resultados que aquí se describen no podrían haberse recabado sin la participación del grupo de voluntarios/as y profesionales de CRH que llevaron a cabo las entrevistas², que no sólo dedicaron una valiosa parte de su tiempo a conversar con los y las participantes del estudio, sino que además lo hicieron de acuerdo con las indicaciones de nuestro equipo para asegurar la calidad de los datos obtenidos. Finalmente, no podemos ni queremos dejar de manifestar nuestro agradecimiento a las algo más de 300 personas mayores que han participado en este estudio, que compartieron generosamente en las entrevistas su realidad y sus vivencias cotidianas (con frecuencia duras y muy delicadas), y que proporcionaron así una información esencial para que, por parte de CRH y UHU, podamos conocer más y mejor cómo están y cómo se sienten. Tratar de entender mejor a estas personas y su situación, sobre todo para poder identificar claves que contribuyan a mejorar las intervenciones dirigidas a ayudarles y mejorar su calidad de vida, constituye el objetivo final que da sentido a este trabajo.

² En concreto, las entrevistas fueron realizadas por **Juan Antonio Díaz González, Marlene García Pérez, Paco Alejandro González, Jorge Miguel Nolasco García, Luis Román Cidoncha Merino, Alejandro Forte Perera, Nieves Mora Simón, Isabel María Raposo García, Irene Herves Ruano** y **Antonio Sánchez Ochoa**. Vaya para todos/as nuestro más sincero agradecimiento.

FUNDAMENTACIÓN

Aunque la soledad puede tener lugar en cualquier momento de la vida, algunos cambios normativos del envejecimiento favorecen que sea un fenómeno particularmente frecuente en la vejez (Dahlberg et al., 2015; Lasgaard et al., 2016; Martín y González-Rábago, 2022; Nicolaisen & Thorsen, 2017). Así, circunstancias vitales habituales en esta etapa (como la jubilación, la muerte de la pareja y/o de los amigos, o el deterioro de la salud y la consiguiente menor autonomía física y psicológica) suelen provocar cambios en la configuración y/o el uso de la red social que favorecen que las personas mayores estén y/o se sientan solas (Bermeja y Ausín, 2017; Celdrán y Martínez, 2020; Torío, 2021; Yanguas et al., 2018).

Además de un fenómeno especialmente frecuente en la vejez, la soledad es también uno de los principales factores de riesgo en esta etapa de la vida. Existe una muy amplia evidencia empírica que relaciona la soledad con un incremento en la probabilidad de que los mayores experimenten problemas de salud tanto a nivel físico como psicológico. Entre las consecuencias de la soledad para la salud física destacan el empeoramiento del funcionamiento vascular, un mayor riesgo de desnutrición y malnutrición, la expresión de genes proinflamación, así como la alteración del sistema inmune y de la capacidad funcional; por lo que respecta a la salud mental, la soledad en la vejez se relaciona con síntomas depresivos, alteraciones del sueño y del funcionamiento cognitivo, y un mayor riesgo de desarrollar demencia (Arruebarrena y Sánchez, 2020; Berkman et al., 2000; Bermeja y Ausín, 2017; Celdrán y Martínez, 2020; Del Pozo et al., 2021; López et al., 2020; Domènech-Abella et al., 2017; Fernández y Valero, 2021; Gené-Badia et al., 2016; Hawkey et al., 2010; Masi et al., 2011; Mehrabi y Béland, 2020; Nicholson, 2012; Ong et al., 2016; Shankar et al., 2013; Sorkin et al. 2002; Victor et al., 2000; Yanguas et al., 2018).

A todo lo anterior hay que sumar el impacto que la pandemia por COVID-19 y la estricta restricción de contacto físico derivada de la misma han tenido en las personas mayores. Trabajos llevados a cabo tanto en España (Sala et al., 2020) como en otros países (MacDonald & Hulur, 2021; Van Tilburg et al., 2021) indican que el incremento de la soledad ha sido una de las principales consecuencias de la pandemia, especialmente en las personas que ya estaban/se sentían solas antes, de manera que la soledad puede considerarse el síntoma silencioso del coronavirus (Torío, 2021).

La soledad en la vejez constituye, por tanto, un importante problema potencial de salud pública que, de hecho, viene siendo objeto de interés por parte de profesionales tanto del ámbito académico como de la intervención psicosocial. En este sentido, existe acuerdo a la hora de considerar que la soledad es un fenómeno complejo que incluye componentes diferenciados y que conviene considerar de forma específica. Así, se ha propuesto analizar la soledad distinguiendo la modalidad de apoyo del que se carece (soledad emocional *versus* social) o el tipo de redes sociales con las que se tiene poco contacto (soledad familiar *versus* no familiar) (Bermeja y Ausín, 2017; López y Díaz, 2018; Yanguas 2019; Yanguas et al., 2018). No obstante, una clasificación muy habitual y que queremos destacar para este trabajo es la que diferencia entre los **componentes objetivos** y **subjetivos** de soledad (Arruebarrena y Sánchez, 2020; Bermeja y Ausín, 2017; Celdrán y Martínez, 2020; López et al., 2020; Torío, 2021; Victor et al., 2000; Yanguas, 2020; Yanguas et al., 2018, 2019). Desde esta perspectiva se entiende que el fenómeno de la soledad tiene indicadores objetivos, fundamentalmente vivir en solitario y/o en una situación de claro aislamiento debido a mantener muy escasas relaciones sociales. Pero estos indicadores deben diferenciarse del sentimiento subjetivo de sentirse solo/a o soledad no deseada, que tiene que ver con la manera en que una persona percibe, experimenta y evalúa su propia situación: la soledad no deseada resulta de la discrepancia entre las relaciones sociales que se tienen y las que se desearía tener, discrepancia que provoca un sentimiento de insatisfacción motivado por la ausencia de ciertas relaciones y/o la pérdida de calidad en los contactos interpersonales (Celdrán y Martínez, 2020; Domenech et al., 2017; López y Díaz, 2018; López et al., 2020; Torío, 2021; Yanguas et al., 2018, 2019).

Los tres indicadores descritos deben ser considerados y analizados de manera diferenciada, dado que están relacionados pero no son equivalentes. Vivir solo/a es una forma de residencia, que favorece pero no determina ni los contactos sociales ni la satisfacción con los mismos: se puede vivir en solitario y mantener contactos frecuentes y/o de calidad con familiares y amigos (De Jong Gierveld et al., 2015; López y Pujadas, 2018; Victor et al., 2000). Asimismo, una red social escasa no implica necesariamente sentimientos de soledad y una red numerosa no supone la ausencia de dichos sentimientos (Arruebarrena y Sánchez, 2020; Cattán et al., 2005; De Jong Gierveld et al., 2015; Gené-Badía et al., 2016; López y Díaz, 2018; Masi et al., 2011; Ong et al., 2016; Victor et al., 2000). Estos diferentes indicadores de soledad son como decimos independientes pero están relacionados: en concreto, aunque vivir en solitario no es sinónimo de estar objetivamente aislado y/o sentirse subjetivamente solo/a, ambos indicadores son más frecuentes entre las personas mayores que viven solas (Gené-Badía et al., 2016; López y Díaz, 2018; Ong et al., 2016; Victor et al., 2000; Yanguas, 2019).

Por otro lado, y de cara a cuantificar la soledad, los tres indicadores anteriores también son diferentes en cuanto a la mayor o menor facilidad a la hora de evaluarlos. El hecho de vivir solo/a en España es un dato que se recoge regularmente en operaciones estadísticas poblacionales, y del que por tanto disponemos de información actualizada. Sin embargo el grado y tipo de relaciones sociales y, sobre todo, el sentimiento de soledad no deseada, son indicadores que requieren procedimientos y herramientas más específicos, que habitualmente sólo se emplean en estudios concretos, y sólo cuando las muestras de estos estudios no son locales podemos disponer de evidencias razonablemente generales sobre el fenómeno analizado. En este sentido, la Tabla 1 resume indicadores recientes sobre los diferentes tipos de soledad en mayores de 65 años a nivel nacional.

Tabla 1. Soledad y vejez en España en cifras.

Componentes	Indicadores	Fuente
Soledad objetiva	Vivir solo/a	23% de los mayores de 65 años
	Aislamiento social	65-79 años: 10% familiar, 27.7% no familiar ≥80 años: 12.5% familiar, 45.5% no familiar
Soledad subjetiva	Soledad no deseada	68.4%
		Yanguas (2020)

Por lo que respecta a **vivir solo/a**, según la *Encuesta Continua de Hogares* del Instituto Nacional de Estadística¹ (INE en adelante) en 2020² había en España un total de 4.889.900 hogares unipersonales, de los cuales 2.131.400 estaban formados por alguien con 65 o más años, en la mayor parte de los casos mujeres (1.511.000, 70.89%). Por tanto, el 43.6% de los hogares españoles con un único miembro estaba constituido por una persona mayor. Dado que en España según las *Cifras de Población* del INE las personas de más 65 años ascendían en 2020 a 9.303.068, los que viven en solitario suponían aproximadamente un 23%. En cuanto al **aislamiento social**, el estudio dirigido por Yanguas (2019) y llevado a cabo en ocho localidades de diferentes zonas de España revela que el grado de contacto con la familia tiende a permanecer estable entre los mayores, pero en el caso de las relaciones no familiares el riesgo de aislamiento es muy relevante: estas relaciones resultan muy reducidas para un 27.7% de las personas de 65-79 años y un 45.5% de los mayores de 80 años. Finalmente, el trabajo coordinado por Yanguas (2020) muestra que el **sentimiento de soledad no deseada** afecta a un 68.4% de los usuarios/as de 600 centros para mayores de toda España; en concreto, un 53.7% de los casos se corresponden con soledad moderada, un 10.3% con soledad grave y un 4.5% con soledad leve.

En cuanto a la soledad en nuestro contexto más inmediato, estos son los datos que hemos podido localizar:

- En **Andalucía**, según el INE¹ había en 2020 un total de 789.700 **hogares unipersonales**, de los cuales 342.500 (es decir, un 43.4%) los integraba alguien de 65 o más años. De nuevo esta situación es claramente (240.600, 70.25%) más habitual en mujeres. Asimismo, el único trabajo que hemos localizado sobre la soledad en Andalucía es un reciente estudio (García et al., 2021) realizado con 2000 personas de 55 o más años en toda la comunidad autónoma, según el cual un 15% de las personas mayores en Andalucía están en **riesgo de aislamiento** (fundamentalmente por falta de amistades -33%- y en menor medida -5%- por falta de apoyo familiar) y un 47% **se sienten solas**.

¹ Instituto Nacional de Estadística (2021). *Encuesta Continua de Hogares y Cifras de Población*. <https://www.ine.es>.

² Se ofrecen los datos poblacionales de 2020, que eran los disponibles en el momento de diseñar el estudio del que se informa en esta Memoria (mayo de 2021).

- En la provincia de **Huelva**, según la explotación específica de la *Encuesta Continua de Hogares* proporcionada por el Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía³ (IECA en adelante) en 2020 había 22.900 **hogares unipersonales** de una persona mayor de 65 años, cifra que supone un 49.25% del total de hogares unipersonales de Huelva (46.500) y un 11.56% de todos los hogares de esta provincia (198.100). Al igual que en España y Andalucía, también en Huelva las personas mayores que viven solas son en mayor medida mujeres (16.000, 69.67%). El estudio de García et al (2021) revela que **se sienten solas** entre un 43.4% y el 46.4% de ellas.

Como antes se ha señalado, el reconocimiento de la soledad en la vejez como un importante problema potencial de salud pública ha propiciado que este fenómeno venga siendo objeto de interés y trabajo para profesionales del ámbito de la intervención profesional y de la investigación científica. En lo que respecta a lo segundo, los estudios recientes ofrecen algunos resultados y conclusiones que nos parecen interesantes y queremos destacar en esta Memoria, particularmente en cuanto a dos cuestiones: las importantes repercusiones de la soledad sobre la salud en la vejez nivel físico y psicológico (que ya se han mencionado y referenciado), por un lado, y el perfil y las características de las personas mayores más proclives a estar/sentirse solas, por otro. En cuanto a lo segundo, los estudios revisados ofrecen en síntesis los siguientes resultados:

- Como consecuencia de la frecuente dificultad en esta etapa para contrarrestar las pérdidas que suelen producirse en las redes sociales no familiares (problemas para conocer a nuevas personas y/o generar nuevos lazos de amistad), durante la vejez tiende a aumentar la importancia que para la persona tienen las relaciones familiares (Broese Van Groenou et al., 2013; López et al., 2020; Sims et al., 2015; Yanguas et al., 2019).
- Dentro de la red de apoyo familiar, destaca el papel como factor de protección que juega la pareja: carecer de ella (por viudez, soltería, o separación/divorcio) se relaciona con un mayor riesgo de soledad (Cohen-Mansfield et al., 2016; Dahlberg et al., 2015; De Jong Gierveld et al., 2015; Green et al., 2001; López et al., 2020; Masi et al., 2011).
- Dentro del grupo de personas mayores, son las de más edad las que suelen estar y sentirse solas con mayor frecuencia (Heikkinen & Kauppinen, 2011; Losada et al., 2012; Yang & Victor, 2011), especialmente más allá de los 80 años (Dykstra et al., 2005; García et al., 2021; Pinquart & Sörensen, 2001). Factores como la mayor esperanza de vida hacen que el número de personas que viven solas sea cada vez mayor, especialmente las que superan los 80 años (López y Díaz, 2021) y que, además, estas tengan menos salud y recursos personales para hacer frente a la soledad (De Gierveld et al., 2015) por lo que pueden sentirse solas con mayor frecuencia, confirmando que la edad es un factor de riesgo (Cohen-Mansfield et al., 2016).
- Las mujeres, especialmente las más mayores, suelen ser un colectivo particularmente vulnerable para estar y/o sentirse solas, tanto por su mayor esperanza de vida (que las lleva a enviudar más y durante más años que los hombres) como por el hecho de vivir en solitario en mayor medida que los hombres (Cohen-Mansfield et al., 2016; López y Díaz, 2018; López y Pujadas, 2018; Martín y González-Rábago, 2022). Esta relación entre soledad y sexo (particularmente clara en los estudios realizados en España) tiene, con toda probabilidad, mucho que ver con circunstancias generacionales asociadas a nuestra historia reciente, sobre todo al bajo acceso a la educación superior y la consiguiente desventaja sociolaboral que padecieron las generaciones de mujeres más mayores en nuestro país, restringiendo sus oportunidades de participación social (Cohen-Mansfield, 2016; López et al., 2020 Martín y González-Rábago, 2022).

En resumen, y teniendo en cuenta que la soledad es un frecuente e importante factor de riesgo para el colectivo de mayores, y que existen pocos estudios sobre esta realidad en nuestro contexto más cercano, tiene sentido examinar la situación entre las personas mayores que residen solas en la provincia de Huelva. Este análisis tiene como decimos sentido en sí mismo, pero cobra especial interés para las instituciones que trabajan habitualmente con personas mayores, entre las que destaca **CRH**. Como ya se ha señalado (ver **Presentación**), esta institución diseña y ofrece en Huelva desde hace años intervenciones dirigidas a colectivos vulnerables destacando, en este sentido, el trabajo desarrollado con personas mayores. Entre sus muy numerosos objetivos, CRH tiene un interés específico por analizar su trabajo desde la lógica de la calidad y las prácticas basadas en la evidencia, y de este interés deriva la colaboración con la **UHU** para el estudio que se describe en esta Memoria, específicamente centrado, como se detalla a continuación, en el análisis de la soledad entre las personas mayores que viven solas y son usuarias de CRH.

³ Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA, 2021). www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/temas/est/tema_poblacion.htm.

OBJETIVOS

El propósito general de este estudio es analizar el aislamiento social y el sentimiento de soledad, así como su relación con el estado de salud, entre las personas mayores de 65 años que viven solas en la provincia de Huelva y que son usuarias de prestaciones ofrecidas por CRH. En concreto, los **objetivos** de este trabajo son:

- 01.** Analizar las relaciones sociales e identificar, a partir de ellas, el riesgo objetivo de aislamiento social.
- 02.** Cuantificar el sentimiento subjetivo de soledad.
- 03.** Analizar la relación entre los indicadores objetivos y subjetivos de soledad.
- 04.** Identificar los perfiles de personas mayores más vulnerables para estar y sentirse solas.
- 05.** Examinar el estado de salud y su relación con la soledad (objetiva y subjetiva).

DELIMITACIÓN DE LA MUESTRA

Como ya se ha señalado, la población objeto de interés de este estudio son personas mayores (en concreto, con una edad ≥ 65 años), que viven solas, y que son usuarias de CRH. Se trata de un colectivo específico y no comunitario, y es por tanto necesario cuantificarlo para definir y delimitar convenientemente la muestra potencial de este trabajo. En la Tabla 2 se exponen los principales indicadores al respecto sobre la población general y el marco muestral objeto de interés. En este sentido, los datos que se ofrecen en la Tabla 2 son los oficiales disponibles en abril 2021, fecha en la que se tomaron decisiones para establecer los requisitos de la muestra potencial de este estudio.

Tabla 2. Indicadores básicos para definir la muestra potencial del estudio.

	Población total	Personas 65+ años	Personas 65+ años que viven solas
Huelva*	524.278	89.606	22.900
Usuarios/as de CRH**	12.027	1.802	686

FUENTES:

*Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA, 2021). www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/temas/est/tema_poblacion.htm.

**Información proporcionada por CRH (abril 2021).

En concreto, y de cara a este estudio:

- La **población** está constituida por los mayores 65 que viven solos en la ciudad y la provincia de Huelva. Este colectivo ascendía en abril de 2021 a 22.900 personas, y suponía un 25.5% de los mayores de Huelva y un 4.4% del total de residentes en esta provincia.
- El **marco muestral** específico son las personas 65 o más años que viven solas en Huelva y que son usuarias de prestaciones de CRH. De acuerdo con la información aportada por esta institución, en abril de 2021 estaban en esta situación aproximadamente 686 personas, que suponían, respectivamente, un 38% del total de usuarios de CRH mayores de 65 años y un 6% del total de personas con las que trabaja esta institución.
- Por tanto, la **muestra** de este estudio debe estar integrada por personas con 65 o más años que vivan solas, sean usuarias de las prestaciones de CRH, y accedan a participar en la investigación. Teniendo en cuenta los indicadores expuestos en la Tabla 2, y con un nivel de confianza del 95% y un margen de error de estimación de 5%, se considerará adecuada¹ una muestra de al menos 247 personas.

¹ <https://www.questionpro.com/es/calculadora-de-muestra.html>

MÉTODO

PARTICIPANTES

Los resultados que se presentan en esta Memoria provienen de una muestra formada por **N = 306** personas con 65 o más años que viven solas en Huelva y son usuarias de las prestaciones de CRH. Se trata de una muestra que puede considerarse adecuada dado que, como se ha especificado en el apartado anterior, a partir de un nivel de confianza del 95% y un margen de error de estimación de 5%, es ≥ 247 personas.

La Tabla 3 recoge las principales características sociodemográficas del grupo de participantes en este estudio. Como puede apreciarse, la muestra estaba integrada muy mayoritariamente por mujeres (88.56%), personas de 70 o más años (84.32%), viudos/as (73.86%), y con un bajo nivel de formación (74.83% con estudios primarios, con o sin finalizar). Respecto al tiempo viviendo en soledad, la variabilidad en esta muestra fue muy notable: este indicador osciló entre un rango de 1 y 50 años, con una media de casi 14 y con una *DT* de casi 10 años. En la Tabla 3 también se ofrecen los únicos datos oficiales que hemos podido recabar respecto a estos indicadores en la población de mayores de 65 años que residen en Huelva: al menos en función de estos indicadores (sexo y edad), la muestra de este estudio no es comunitaria, es decir, no representa en general a los mayores de 65 años de Huelva. Esta circunstancia no es sorprendente, dado el carácter muy específico del colectivo de interés de este trabajo (personas mayores, que residen en Huelva, que viven solas, y con las que trabaja CRH) pero, en cualquier caso, condiciona en parte el tratamiento estadístico que podemos llevar a cabo con los datos obtenidos (ver **Plan de Análisis**).

Tabla 3. Características de la muestra e información poblacional de referencia

Indicadores	Categorías	n (%)	Datos poblacionales* n (%)
Sexo	Mujeres	271 (88.56%)	50.283 (55.47%)
	Hombres	35 (11.44%)	40.375 (44.53%)
Edad (<i>M</i> = 78.08, <i>DT</i> = 6.95, rango = 65-95)	65-69 años	48 (15.68%)	25.386 (27.98%)
	70-79 años	118 (38.56%)	39.770 (43.87%)
	80-89 años	127 (41.50%)	21.417 (23.62%)
	≥ 90 años	13 (4.25%)	4.104 (4.53%)
Estado civil	Viudos/as	226 (73.86%)	
	Solteros/as	38 (12.42%)	**
	Separados/as	42 (13.72%)	
Nivel de estudios	Sin estudios o primarios incompletos	121 (39.54%)	
	Primarios completos	108 (35.29%)	**
	Secundarios o Superiores	77 (25.16%)	
Tiempo viviendo solo/a (<i>M</i> = 13.94, <i>DT</i> = 9.55, rango = 1-50)	≤ 6 años	65 (21.96%)	
	7-11 años	79 (26.69%)	
	12-19 años	70 (23.65%)	***
	≥ 20 años	82 (27.70%)	

*Instituto Nacional de Estadística (INE, 2022). *Cifras de Población* (<https://ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=9689>). Datos sobre personas ≥ 65 años en la provincia de Huelva en enero 2021 (el Convenio CRH-UHU es de abril 2021). La diferencia en esta cifra (90.659) respecto a la de Tabla 2 proporcionada por el IECA (89.606) con toda probabilidad se debe a la diferencia en la fecha de consulta y, por tanto, de actualización de los datos disponibles en ambas instituciones (abril 2021 en IECA, junio 2022 en INE).

**La información oficial disponible en abierto en INE y/o en IECA sobre estos indicadores no permite realizar una consulta filtrando por edad y/o por provincia de residencia.

***No hay información poblacional disponible en ninguna de las fuentes oficiales consultadas (INE e IECA).

INSTRUMENTOS

Los datos se recabaron a través de entrevistas telefónicas utilizando un cuestionario estructurado (ver **Anexo**) que, junto a información sociodemográfica (sexo, edad, estado civil, nivel educativo, tiempo viviendo solo/a), abordaba las siguientes dimensiones:

- **Soledad objetiva:** LSNS-6 (*Lubben Social Network Scale-6*, Lubben et al., 2006), a partir de la propuesta de adaptación para población española de Menéndez y Pérez-Padilla (2021). Esta escala está compuesta por seis ítems que evalúan las relaciones tanto con miembros de la familia como con no familiares, y permite obtener dos tipos de resultados:
 - **Relaciones sociales:** Dos puntuaciones cuantitativas sobre la frecuencia, intensidad, y cercanía emocional de los intercambios sociales habituales con miembros de la familia y con personas ajenas a ella (rango 0-15 en ambos casos). Estas puntuaciones indican, en cada caso, redes sociales más amplias y con las que mantiene un contacto más estrecho y emocionalmente intenso mientras más elevado sea el valor obtenido. La consistencia interna de estas puntuaciones en este trabajo fue $\alpha = .91$ (para la red familiar) y $\alpha = .89$ (para la red no familiar).
 - **Riesgo de aislamiento:** Resultados ≤ 6 en cada subescala indican un riesgo relevante de aislamiento familiar o no familiar, respectivamente.
- **Soledad subjetiva:** ULS (*University of Carolina Loneliness Scale*, Russell, 1996), adaptada a población española (Sancho et al., 2016). Se utilizó la forma breve de tres ítems (ULS-3) desarrollada para encuestas sociales en el *Health and Retirement Study* (Hughes et al., 2004). ULS-3 ofrece una puntuación cuantitativa (rango 3-9) que indica un mayor sentimiento de soledad mientras más elevado sea el valor obtenido. La consistencia interna en este estudio fue $\alpha = .84$.
- **Percepción del estado de salud:** Tres ítems de la *Batería de Evaluación Breve* (Fernández-Ballesteros et al., 2009), basados en la propuesta de la OMS para armonizar los estudios de salud en Europa. De acuerdo con las indicaciones de Fernández-Ballesteros et al (2009), la combinación de estos ítems permite obtener una puntuación cuantitativa (rango 3-15) que indica un mejor estado de salud percibido mientras más elevado sea el valor obtenido. La consistencia interna en este estudio fue $\alpha = .78$.

PROCEDIMIENTO

Se solicitó y obtuvo (en marzo de 2021) la autorización para llevar a cabo el estudio a la agencia responsable de la valoración ética de la investigación con seres humanos en Andalucía (www.juntadeandalucia.es/salud/portaldeetica). Asimismo, se formalizó (en abril de 2021) un Convenio de colaboración entre la UHU y CRH para dar cobertura formal al trabajo, precisar los detalles del mismo, y concretar la participación específica de cada una de las dos instituciones en cada fase del estudio.

El trabajo de campo se llevó a cabo en el periodo comprendido entre mayo y noviembre de 2021. Dadas las restricciones de contacto personal derivadas de la pandemia por COVID-19 en esas fechas, se optó por obtener los datos mediante entrevistas telefónicas realizadas por profesionales y voluntarios/as de CRH². Cada entrevista se inició recabando el consentimiento informado de la persona entrevistada de acuerdo con los principios éticos aprobados en la Declaración de Helsinki por la Asociación Médica Mundial para la Investigación con Seres Humanos (2013)³: a cada participante se le especificaron los objetivos del estudio, las instituciones implicadas en el mismo, el carácter voluntario y no vinculante de su participación (que en ningún caso condicionaba las prestaciones recibidas y/o su relación con CRH), y el anonimato de la información aportada. Asimismo, se aclaró la naturaleza descriptiva del estudio, dejando claro que las preguntas formuladas no tenían respuestas correctas/incorrectas y que únicamente se pretendía describir la situación. Para llevar a cabo la entrevista propiamente dicha fue imprescindible que la persona entendiera lo anterior y que accediera explícitamente a participar en el estudio. CRH proporcionó periódicamente al equipo de la UHU las entrevistas realizadas, que fueron depuradas, procesadas e incluidas en una base de datos para su análisis como se detalla en el siguiente apartado.

² El equipo de la UHU se reunió con el grupo de profesionales y voluntarios/as de CRH para tratar con detalle los contenidos de la entrevista, el procedimiento a seguir en la misma (muy particularmente respecto a³), y las directrices generales para el trabajo de campo. Estas personas¹ no sólo llevaron a cabo las entrevistas de acuerdo con las indicaciones y directrices planteadas por nuestro equipo, sino que mostraron, en todo el proceso, una responsabilidad y disposición de trabajo sin las que este estudio no se habría podido realizar.

³ <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

PLAN DE ANÁLISIS

La información se procesó y trató mediante el software IBM-SPSS-25.0 (IBM, 2017). CRH facilitó un total de 322 entrevistas, con las que se procedió a la imputación de los datos perdidos en las dimensiones centrales de este trabajo (relaciones con la red familiar y la no familiar, sentimiento de soledad, y estado de salud), llevando a cabo este procedimiento de imputación de forma independiente para cada conjunto de ítems en aquellos casos en los que la pérdida fuera \leq al 5%, mediante una estimación por máxima verosimilitud con el algoritmo EM (Schafer & Olsen, 1998). Una vez completado este procedimiento, se obtuvieron datos completos para la muestra final de 306 sujetos con la que se ha trabajado en esta Memoria.

Los datos obtenidos se trataron siguiendo las directrices habituales para análisis estadístico en Ciencias Sociales (v.g. Hair et al., 2007; Pardo y Ruíz, 2005; Pérez, 2004; Stevens, 2006; Tabachnick & Fidell, 2007). En concreto, para abordar los objetivos específicos de este estudio se llevaron a cabo los análisis que se resumen en la Tabla 4 y se describen a continuación.

Tabla 4. Análisis estadísticos y objetivos específicos del estudio.

Análisis	Objetivo/s
Univariantes	01 y 02
Bivariantes	03 y 04
Multivariantes	03, 04 y 05

- Para la descripción **univariante** de cada indicador se calcularon los descriptivos básicos en función de su naturaleza: media (M), desviación típica (DT) y rango (mínimo-máximo) para indicadores continuos; frecuencia (n) y porcentaje (%) para los ordinales y categóricos. La transformación de variables continuas en ordinales se llevó a cabo a partir del cálculo de los percentiles 25, 50 y 75 estableciendo, a partir de ellos, cuatro niveles comparables cercanos al 25% de la distribución muestral.
- La **consistencia interna** de cada escala se evaluó mediante el índice alpha de Cronbach, considerando aceptables resultados $\alpha \geq .70$.
- Los contrastes **bivariantes** para examinar la relación entre pares de indicadores consistieron en contrastes mediante el índice de correlación r de Pearson para variables continuas y ρ de Spearman para variables ordinales; comparaciones de medias mediante t de Student para una variable continua y una nominal de dos categorías; ANOVA (con el estadístico F de Snedecor) para una variable continua y una nominal de más de dos categorías; y tablas de contingencia (con el estadístico χ^2 , V_{Cramer} como índice del tamaño del efecto, y residuos tipificados corregidos $r_z \pm 1.96$ para su interpretación) para dos variables nominales.
- Los análisis **multivariantes** efectuados fueron los siguientes:
 - Análisis de conglomerados en dos fases o bietápico (ACB en adelante). El ACB permite identificar la agrupación de casos en función de un conjunto de variables tanto continuas como ordinales y nominales. En el primer paso este análisis ofrece de manera automática (en función de criterios exclusivamente estadísticos) el número óptimo de grupos o conglomerados. En este paso, el ACB se computó con el estadístico log-verosimilitud como medida de distancia y con *Bayes Information Criterion* (BIC en adelante) como criterio para que el algoritmo determine el número óptimo de conglomerados. En concreto, se retuvo la solución con valores BIC más bajos y Razón de

cambios BIC más altos, y la bondad de la agrupación se valoró como *pobre*, *correcta* o *buena* a partir del coeficiente de calidad o medida de silueta (Kaufman & Rousseeuw, 2009; Rubio-Hurtado y Vilà-Baños, 2017). En el segundo paso del ACB se examinó la caracterización específica de cada conglomerado, a través de contrastes bivariantes considerando el grupo de pertenencia como variable dependiente y los indicadores objeto de interés como variables independientes.

- Análisis de Regresión Lineal Múltiple (ARLM en adelante). El ARLM examina la relación entre una variable dependiente o criterio y un conjunto de variables independientes o predictoras; en concreto, analiza el grado de explicación de las segundas respecto a la primera. En este trabajo se computó un ARLM con el método de selección de variables por pasos (*stepwise*) hacia atrás, que va eliminando las predictoras con menos peso en la ecuación de regresión hasta ofrecer un modelo final. La bondad de ajuste de este modelo se estableció a partir del porcentaje de varianza de la variable criterio explicada por el conjunto de variables predictoras finalmente incluidas (R^2 corregida), y el peso específico de cada una de ellas se estimó considerando cada coeficiente de regresión estandarizado (β) y su significación.
- Los contrastes bivariantes y multivariantes se interpretaron como estadísticamente significativos a partir de $p < .05$, y se destacaron resultados con una significación marginal desde $p > .10$.

RESULTADOS

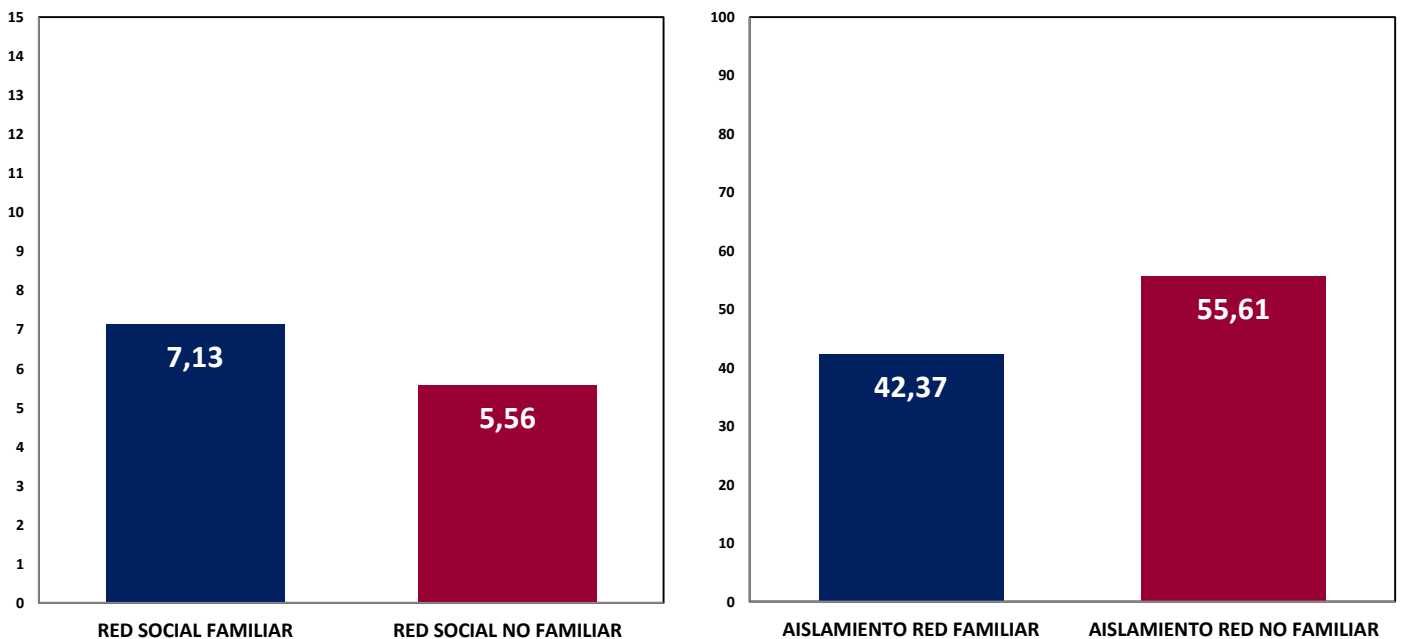
A continuación se ofrece un resumen de los resultados de los análisis estadísticos efectuados con los datos obtenidos en este trabajo, análisis que se han llevado a cabo de acuerdo con los objetivos centrales del estudio a los que antes se ha hecho referencia. En concreto, esta sección de la Memoria se organiza en los siguientes apartados:

- | | |
|---|----------------|
| • Estar solo/a, sentirse solo/a: indicadores objetivos y subjetivos de soledad | O1 y O2 |
| • Estar y sentirse solo/a: relaciones entre indicadores objetivos y subjetivos de soledad | O3 |
| • Perfiles de mayores y soledad objetiva y subjetiva | O4 |
| • El estado de salud y sus relaciones con la soledad | O5 |

Estar solo/a, sentirse solo/a: Indicadores objetivos y subjetivos de soledad

Dentro de un rango teórico 0-15 para ambas subescalas (ver apartado **Instrumentos**), los resultados obtenidos respecto a las **relaciones sociales** con la familia oscilaron en torno a un valor medio de 7.13 ($DT = 3.41$), mientras que la media en el caso de la red no familiar fue 5.56 ($DT = 3.68$) (ver Figura 1). La comparación de ambas puntuaciones resultó estadísticamente significativa ($t(301) = 6.34, p < .001$), diferencia que pone de manifiesto cómo, en esta muestra, la relación con la familia es un área mejor cubierta que las relaciones con personas ajenas a ella. Asimismo los análisis de correlación también evidenciaron que, a pesar de estas diferencias, ambas puntuaciones guardaban entre sí una relación positiva y estadísticamente significativa ($r(301) = .389, p < .001$). Por tanto, estos análisis indican que el grado y tipo de relación con miembros de la familia resultó más relevante que el contacto con no familiares, aunque las personas mayores con relaciones más frecuentes y estrechas con su red familiar también tendían a ser las que se relacionaban más y mejor con su red social no familiar. Los resultados obtenidos utilizando los indicadores relativos al riesgo de **aislamiento** para estas puntuaciones arrojaron resultados similares: en concreto, en función del nivel crítico de la prueba para ambas subescalas (≤ 6 en cada caso), un 42.37% de la muestra de este estudio estaba aislada de su familia y un 55.61% de su red no familiar (ver Figura 1).

Figura 1. Relaciones sociales y aislamiento familiar y no familiar.



La comparación de los resultados obtenidos respecto a los dos tipos de aislamiento mostró diferencias significativas ($\chi^2(3,302) = 28.54, p < .001$) que apuntan a una estrecha relación entre ambos (ver Tabla 5): los/as mayores no aislados de la familia tampoco tendían a estarlo de su red de amigos (31.13% de la muestra), al tiempo que los que tenían muy poco contacto con su familia tampoco se relacionaban habitualmente con amigos y/o conocidos (33.11% de la muestra). No obstante, merece la pena destacar que, de acuerdo con este análisis, el 35.76% de la muestra presentaba un perfil diferencial y específico respecto a ambos tipos de aislamiento: un 11.26% estaba aislado de su familia, pero no de los amigos, mientras que un 24.50% no estaba aislado de la red familiar pero sí de la no familiar.

Tabla 5. Relaciones entre los niveles de aislamiento respecto a la red familiar y no familiar.

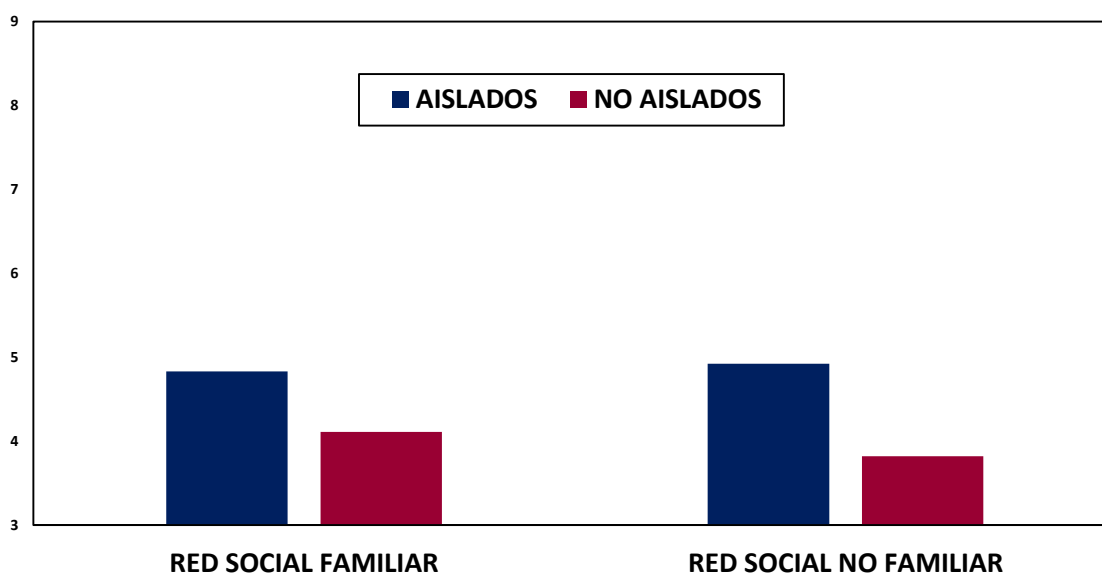
		Aislamiento no familiar	
		Sí	No
Aislamiento familiar	Sí	33.11%	11.26%
	No	24.50%	31.13%

En cuanto al **sentimiento** subjetivo **de soledad**, los resultados de la escala ULS-3 se situaron en torno a una media de 4.45 ($DT = 1.84$), dentro de un rango de respuesta entre 3 y 9. En los siguientes apartados se examinan las relaciones de este índice con los otros indicadores evaluados en este estudio.

Estar y sentirse solo/a: Relaciones entre indicadores objetivos y subjetivos de soledad

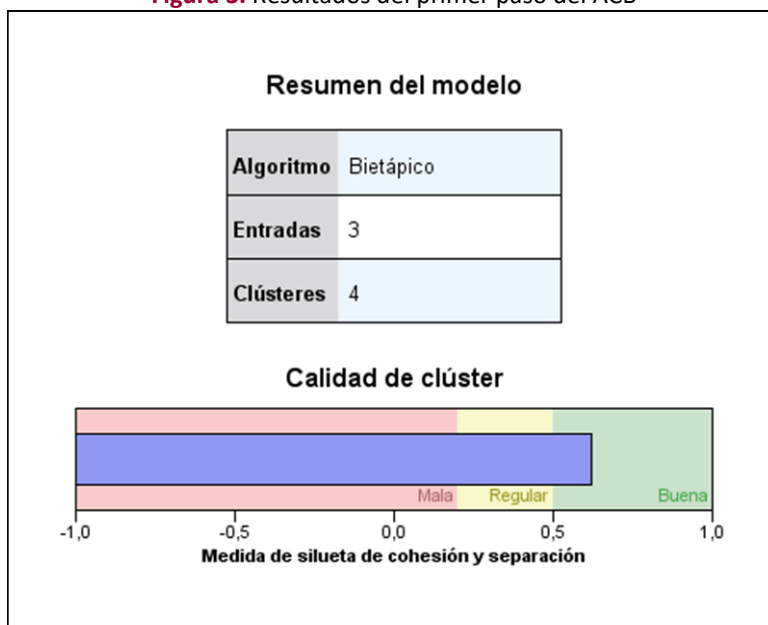
Los análisis de correlación mostraron que las puntuaciones sobre soledad objetiva (es decir, el grado de relación mantenida con la red familiar y la no familiar) y subjetiva (es decir, el sentimiento de soledad) guardaban entre sí relaciones estadísticamente significativas. Así, las personas mayores de la muestra que en mayor medida se sentían solas tendían a ser las que mantenían menos relación tanto con su familia ($r(293) = -.273, p < .001$) como con miembros ajenos a ella ($r(296) = -.320, p < .001$). En el mismo sentido apuntan los resultados en cuanto al sentimiento subjetivo de soledad y el grado objetivo de aislamiento social (ver Figura 2): las puntuaciones en la escala ULS-3 (que pueden oscilar entre un rango 3-9, como se refleja en el gráfico) resultaron significativamente más altas en las personas mayores con relaciones sociales tan escasas que permiten catalogarlas como aisladas tanto de su familia ($t(291) = 3.35, p = .001$) como de su red no familiar ($t(294) = 5.647, p < .001$).

Figura 2. Sentimiento de soledad y relaciones familiares y no familiares.



Teniendo en cuenta estas relaciones, se examinó la posible agrupación de los participantes en el estudio en función de los indicadores objetivos y subjetivos de soledad mediante un ACB (ver **Plan de Análisis**). Como se recordará, este procedimiento multivariante permite agrupar los casos (sujetos) analizados en función de criterios exclusivamente estadísticos, es decir, sin ninguna especificación por parte del analista. Los resultados obtenidos en el primer paso del ACB pusieron de manifiesto que la muestra se clasificaba, con un resultado de buena calidad en cuanto a la medida de silueta (ver Figura 3), en cuatro *clusters* o conglomerados en función del nivel objetivo de aislamiento de la red familiar y la no familiar, por un lado, y el sentimiento subjetivo de soledad, por otro.

Figura 3. Resultados del primer paso del ACB



Para examinar las características específicas de cada uno de los cuatro grupos identificados se analizó, en un segundo paso, la relación entre la agrupación ofrecida por el ACB con los diversos indicadores objetivos y subjetivos de soledad. Estos análisis mostraron diferencias estadísticamente significativas en todos los casos (ver Tabla 6).

Tabla 6. Segundo paso del ACB: caracterización de cada conglomerado en función de los indicadores de soledad objetiva y subjetiva.

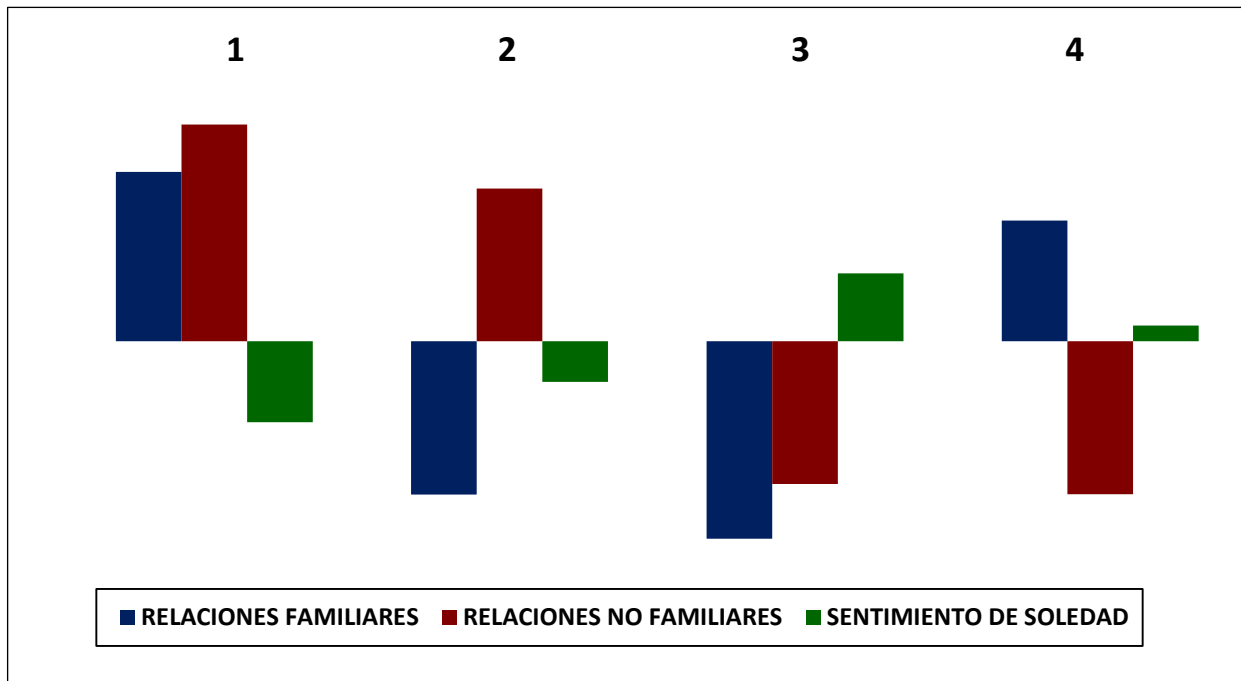
	Conglomerado				Sig.
	1	2	3	4	
Relaciones con la red familiar	M = 9.91 (DT = 2.17)	M = 4.61 (DT = 2.01)	M = 3.88 (DT = 2.15)	M = 9.11 (DT = 1.77)	F(3,291) = 173.75****
Relaciones con la red no familiar	M = 9.41 (DT = 1.92)	M = 8.27 (DT = 1.42)	M = 3.03 (DT = 2.16)	M = 2.85 (DT = 2.30)	F(3,291) = 216.90****
Aislamiento familiar	No 100% Sí 0%	0% 100%	0% 100%	100% 0%	$\chi^2(3,292) = 292.00****$
Aislamiento no familiar	No 100% Sí 0%	100% 0%	0% 100%	0% 100%	$\chi^2(3,292) = 292.00****$
Sentimiento de soledad	M = 3.73 (DT = 1.29)	M = 4.09 (DT = 1.42)	M = 5.05 (DT = 2.09)	M = 4.59 (DT = 1.77)	F(3,291) = 9.84****

**** $p < .001$

De acuerdo con estos análisis, las personas mayores que han participado en este estudio se clasificaban en cuatro grupos, cuya descripción se expone a continuación. Esta descripción se apoya con la Figura 4, en la que se representan las relaciones sociales (familiares y no familiares) y el sentimiento de soledad en cada grupo mediante puntuaciones tipificadas (es decir, con media = 0 y varianza = 1) para facilitar su interpretación. En concreto, la clasificación resultante fue la siguiente:

- **Grupo 1** (31.85% de la muestra): Mayores no aislados, con relaciones sociales frecuentes y estrechas tanto con su familia como con su red no familiar, y que no se sienten solos.
- **Grupo 2** (11.30%): Mayores con poca relación con su familia y aislados a ese nivel, pero que sí se relacionan con frecuencia con amigos/as y no están aislados de la red no familiar, y que no se sienten solos.
- **Grupo 3** (31.85%): Mayores aislados, con pocas relaciones sociales familiares y no familiares, y que se sienten solos.
- **Grupo 4** (25%): Mayores que se suelen relacionar con su familia y no están aislados de ella, pero con pocas relaciones no familiares y aislados a ese nivel, y que se sienten solos.

Figura 4. Caracterización de cada grupo en función de las puntuaciones tipificadas de soledad objetiva y subjetiva.



Perfiles de mayores y soledad objetiva y subjetiva

Para analizar las relaciones entre los indicadores de soledad y los diversos índices sociodemográficos considerados en este trabajo, se computaron contrastes bivariantes entre los resultados sobre la soledad (aislamiento social y sentimiento de soledad, así como la clasificación descrita en el apartado anterior), por un lado, y todos los índices sociodemográficos excepto el sexo⁴, por otro. Como se detalla a continuación, estos análisis pusieron de manifiesto relaciones estadísticamente relevantes en el caso de la edad de los mayores, su estado civil, y el tiempo que llevaban viviendo en soledad.

Por lo que respecta a la **edad** de las y los participantes en este estudio, los análisis de correlación indicaron que estaba relacionada con la soledad objetiva, de manera que las personas más ancianas de la muestra indicaban un menor contacto con familiares ($r(303) = -.114, p = .047$) y amigos ($r(305) = -.167, p = .003$). En concreto, los mayores de 83 años suponían el 70.1% del total de las personas aisladas de su red de amistades ($\chi^2(3, 305) = 9.76, p = .021$). Además, teniendo en cuenta la clasificación creada a partir de los indicadores objetivos y subjetivos de la soledad, las personas mayores con pocas relaciones sociales que no se sentían solas (C2) eran más jóvenes que aquellas que, también sin ningún tipo de apoyo social, sí se sentían solas (C4) ($F(3, 291) = 3.18, p = .024$).

En cuanto a la situación de convivencia de la muestra, evaluada a través de su **estado civil**, se hallaron diferencias respecto a las relaciones familiares entre las personas mayores viudas y solteras ($F(2, 302) = 2.90, p = .056$), ya que las primeras se relacionaban más con su familia que las segundas.

Finalmente, los indicadores de soledad se relacionaron con el **tiempo** que las personas mayores llevaban **viviendo solas**. Así, cuantos más años llevaban en esta situación las personas de la muestra menos relación mantenían con sus familiares ($r(286) = -.128, p = .031$). Sin embargo, hay que destacar que aquellas personas que más tiempo llevaban viviendo solas tenían una mayor relación con su red de amistades ($r(295) = .115, p = .049$). De esta forma, los mayores que llevaban viviendo solos entre 12-19 años informaban de una mayor relación con sus amigos que los que lo hacían desde 7-11 años ($F(3, 294) = 4.20, p = .006$).

⁴ Como se recordará, no se ha podido considerar este indicador debido al muy desigual tamaño de los dos subgrupos.

El estado de salud y sus relaciones con la soledad

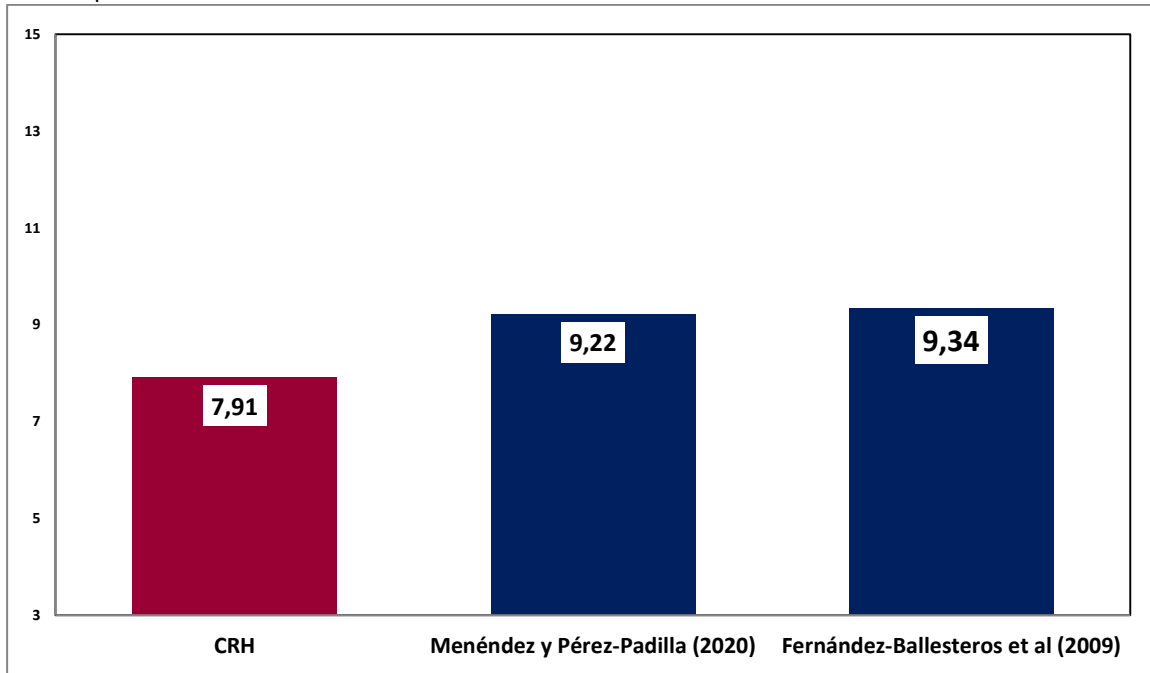
La Tabla 7 resume los resultados obtenidos en este trabajo en cuanto a los tres indicadores que propone la OMS para analizar la percepción del estado de salud. Como puede apreciarse, la mayoría de los participantes definieron su salud en términos ligeramente negativos (un 41.12% la catalogaba como regular, un 85,95% entendía que estaba algo peor o igual que los últimos meses, y un 71.14% la valoraba como algo peor o igual a la de otras personas de su edad). Los porcentajes que indican un estado de salud claramente negativo (estado general malo, mucho peor que recientemente, y/o mucho peor que los iguales) o bien positivo (estado general bueno o muy bueno, salud algo o mucho mejor que en los últimos meses, y/o algo o mucho mejor en comparación con los iguales) resultaron reducidos (ver Tabla 7). La combinación de estos indicadores que proponen Fernández-Ballesteros et al (2009) ofrece una puntuación que, dentro de un rango teórico de 3-15 puntos, osciló en este estudio en torno a una media cercana a 8 ($M = 7.91$, $DT = 2.07$).

Tabla 7. Resultados descriptivos de la percepción del estado de salud.

Indicadores sugeridos por la OMS		n (%)
Estado de salud en general	Malo	48 (15.79%)
	Regular	125 (41.12%)
	Bueno	104 (34.21%)
	Muy bueno	27 (8.88%)
Estado de salud en comparación con últimos meses	Mucho peor	19 (6.21%)
	Algo peor	98 (32.03%)
	Igual	165 (53.92%)
	Algo mejor	21 (6.86%)
	Mucho mejor	3 (0.98%)
Estado de salud en comparación con los iguales	Mucho peor	17 (5.57%)
	Algo peor	74 (24.26%)
	Igual	143 (46.88%)
	Algo mejor	60 (19.67%)
	Mucho mejor	11 (3.61%)
Percepción global del estado de salud		$M = 7.91$ ($DT = 2.07$) rango 3-14

Hasta donde sabemos, no existen datos de referencia o puntos de corte sobre la escala utilizada en este estudio (Fernández-Ballesteros et al., 2009) que funcionen como puntos de corte para establecer niveles en cuanto a la percepción subjetiva del estado de salud. En este sentido, a efectos simplemente comparativos, y con las lógicas precauciones que esta comparación conlleva, en la Figura 5 se presentan los resultados obtenidos con esta escala en dos trabajos con muestras en parte similares a la de este estudio y que pueden servir como elementos de comparación para, insistimos que con precaución, interpretar los resultados obtenidos en este trabajo. En concreto, los descriptivos comparativos que se ofrecen en la Figura 5 sobre la percepción del estado de salud evaluada con la misma escala utilizada de este estudio provienen de dos trabajos: el original de Fernández-Ballesteros et al (2009) con personas mayores españolas, y el desarrollado por Menéndez y Pérez-Padilla (2020) con mayores de 60 años no dependientes residentes en municipios de Andalucía Occidental. Como puede apreciarse, las medias de la escala sobre percepción del estado de salud en estos dos trabajos (referidas en ambos casos a muestras comunitarias) resultaron similares, al tiempo que superiores al valor medio al de este estudio (obtenido en una muestra no comunitaria). Este resultado apunta (con las ya señaladas precauciones) a que los/as participantes de este trabajo informaron de un estado de salud comparativamente peor al de otras personas mayores de la misma edad y contexto pero que no viven solas y/o no son usuarias de prestaciones ofrecidas por alguna institución (pública, privada o del Tercer Sector).

Figura 5. Percepción del estado de salud en diferentes estudios utilizando la escala de Fernández-Ballesteros et al (2009)



El indicador cuantitativo del estado de salud que se acaba de describir fue estadísticamente diferente en función de algunas características sociodemográficas. En concreto, los contrastes bivariantes pusieron de manifiesto que los mayores con peor salud subjetiva tendían a ser personas de más edad ($r(303) = -.198, p < .001$), con bajo nivel de estudios ($F(2,305) = 12.64, p < .001$), y viudos/as ($F(2,305) = 24.61, p < .001$).

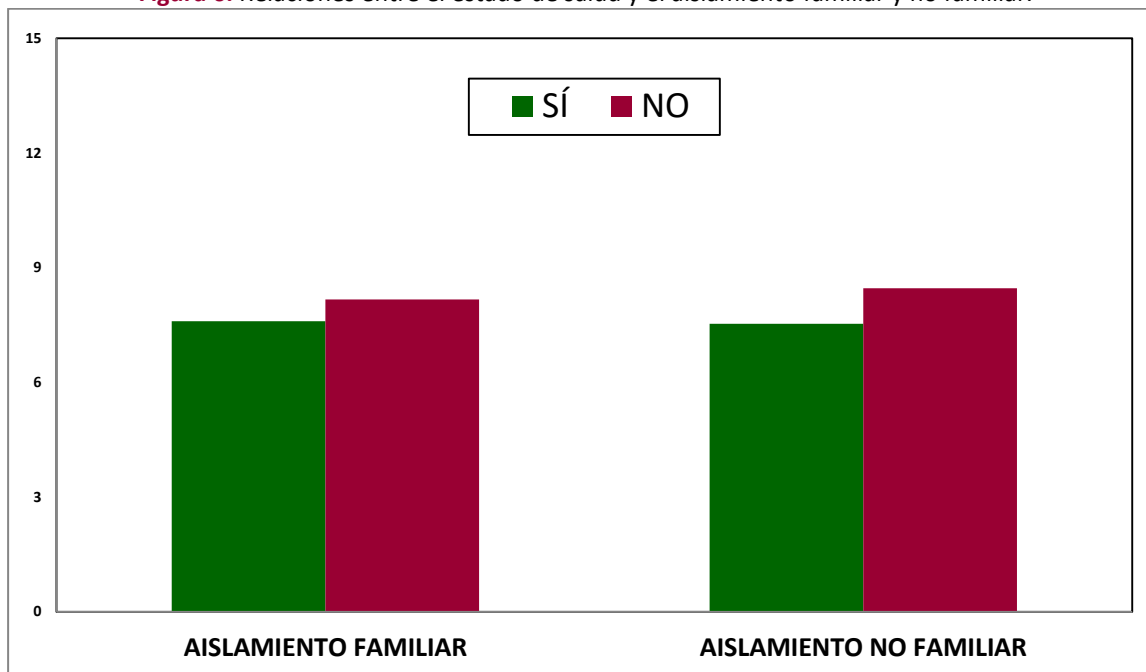
Por otro lado, la percepción del estado de salud se relacionó de forma estadísticamente significativa con todos los indicadores objetivos y subjetivos de soledad. Así, las personas mayores de la muestra con peor estado de salud tendían a ser las que tenían habitualmente relaciones sociales menos frecuentes e intensas (tanto con su familia como con no familiares) y las que se sentían más solas (ver Tabla 8). Asimismo, el estado de salud resultó significativamente peor entre las personas mayores aisladas, tanto en el caso de la red familiar ($t(300) = 2.37, p = .019$) como en el de la no familiar ($t(300) = 4.07, p < .001$) (Figura 6).

Tabla 8. Relaciones entre el estado de salud y los indicadores cuantitativos objetivos y subjetivos de soledad.

	Estado de salud
Relaciones con la red familiar	.228****
Relaciones con la red no familiar	.310****
Sentimiento de soledad	-.309****

**** $p < .001$

Figura 6. Relaciones entre el estado de salud y el aislamiento familiar y no familiar.



Teniendo en cuenta estas relaciones, se examinó de forma específica el papel desempeñado por los indicadores objetivos y subjetivos de soledad tomados conjuntamente a la hora de explicar el estado de salud, a través de un ARLM por pasos hacia atrás (ver **Plan de Análisis**). Los resultados de este análisis (ver Tabla 9) ponen de manifiesto que los componentes de la soledad con una contribución más relevante a la hora de predecir el estado de salud eran las relaciones sociales con la red social no familiar, por un lado, y el sentimiento de soledad, por otro: las personas mayores con una peor percepción de su salud eran las que tenían una relación menos frecuente y/o estrecha con no familiares (amigos/as, vecino/as...) y las que se sentían más solas, contribuyendo, ambos indicadores, a explicar un 13.9% de la varianza en el estado de salud. Como puede apreciarse, en este análisis multivariante no destacó el papel desempeñado por las relaciones familiares, variable predictora que el ARLM eliminó en el paso del primer al segundo modelo (a favor de las relaciones sociales no familiares y el sentimiento subjetivo de soledad) para optimizar la bondad de ajuste de la ecuación de regresión final. Por tanto, y de acuerdo con estos resultados, el estado de salud de los/as participantes en este estudio se explicaba fundamentalmente en función de dos de los componentes de la soledad: las relaciones con la red social no familiar, y el sentimiento subjetivo de soledad.

Tabla 9. Resultados del ARLM.

Modelo	R ²	F (sig)	Predictoras	β	t (sig)
1	.143	17.18****	Relaciones sociales familiares	.088	1.47 (ns)
			Relaciones sociales no familiares	.206	3.92****
			Sentimiento de soledad	-.219	-3.77****
2	.139	24.58****	Relaciones sociales no familiares	.235	4.10****
			Sentimiento de soledad	-.234	-4.07****

ns: no significativo ($p > .05$); **** $p < .001$

DISCUSIÓN

Este trabajo supone el primer análisis de la vivencia de la soledad y el aislamiento social de las personas mayores que viven solas y que son usuarias de CRH. Entender mejor la situación y la experiencia de estas personas para poder ofrecer intervenciones lo más adaptadas a este perfil concreto supone el objetivo último de este trabajo. En las páginas previas se han descrito los resultados más relevantes relacionados con los indicadores objetivos y subjetivos de soledad y el estado de salud que ayudan a comprender el fenómeno de la soledad en la muestra estudiada. En este apartado se comentan y discuten estos resultados, poniéndolos en relación con la literatura científica consultada sobre soledad en la vejez.

En cuanto al **perfil sociodemográfico** de las personas mayores que viven solas y son usuarias de CRH, a pesar del carácter muy específico de la muestra (recordemos que no es normativa y no representa a la población general de adultos mayores), ésta presenta algunas características comunes a las encontradas en otras investigaciones previas que han explorado la soledad en muestras más normativas de personas mayores (v.g. López y Díaz, 2021; Yanguas et al., 2018). En este estudio, el perfil de la persona que vive sola y solicita ayuda y apoyo a CRH es el de ser mujer, viuda, con más de 70 años, nivel educativo bajo (sin estudios o primarios no completados) y viviendo en soledad más de 20 años (aunque este último indicador presentó mucha variabilidad). Esta caracterización apunta a algunos rasgos que definen una especial vulnerabilidad, y sugiere dirigir la mirada especialmente a las mujeres (que por su mayor esperanza de vida tienden a vivir más años), principalmente cuando han perdido a su pareja (que supone un cambio sustancial en las condiciones de vida, entre ellas vivir solas) y son mayores de 70 años.

El primer objetivo fue analizar las relaciones sociales y el riesgo de aislamiento social de las personas mayores participantes en este estudio, es decir, **conocer con quién se relacionan las personas mayores y qué riesgo tienen de estar aisladas**, tanto respecto a su familia como a amigos y/o conocidos. Por un lado, las personas mayores de la muestra tienen más contacto con su red social familiar que con la no familiar, en línea con lo que señalan otras investigaciones (Pahl y Pevalin, 2005; Yanguas, 2018). Esta tendencia refleja la selección de contactos que suele ocurrir en la vejez, en la que el adulto mayor progresivamente tiende a “prescindir” de algunos contactos más superficiales para mantener y fortalecer, sobre todo, los lazos familiares y la relación con las personas más cercanas y significativas (Sims et al., 2015). Esta selección está vinculada a la edad pero también a diversas circunstancias que dificultan que las personas mayores mantengan el contacto con sus redes sociales (Yanguas, 2018), entre ellas problemas de salud, la jubilación, la muerte del cónyuge y la pérdida de los contactos asociados a vivir en pareja, la pérdida por fallecimiento de amigos, o el hecho de vivir en solitario, que no determina pero sí limita potencialmente las relaciones sociales.

Por otro lado, y en línea con lo anterior, alrededor de la mitad de la muestra presenta riesgo de aislamiento social de la red familiar (42.37%) y sobre todo la no familiar (55.61%). Existe además una relación entre los dos tipos de aislamiento: así, una parte importante (31.13%) de las personas que no están aisladas de su familia tampoco lo están de sus amigos, y un 33.11% de quienes están aislados de su familia también lo están de su red no familiar. La relación entre ambos tipos de aislamiento apunta hacia que ambos pueden retroalimentarse y, en cualquier caso, subraya la importancia que tiene, en la vejez, mantener contacto con alguna red social para disminuir el riesgo de aislamiento.

El segundo objetivo se centró en conocer **cómo de solas se sentían las personas mayores**. La población estudiada experimenta un sentimiento subjetivo de soledad relativamente bajo (4.45), teniendo en cuenta que el rango teórico de respuesta para esta variable se sitúa entre 3 y 9. No disponemos de datos de referencia de la escala utilizada que ayuden a interpretar y dar sentido a estos resultados, aunque merece la pena destacar que la desviación tipificada es cercana a 2 y, por tanto, pone de manifiesto la importante variabilidad que existe tras la media encontrada. De

cualquier forma, y aun reconociendo que la interpretación que vamos a plantear es cuanto menos especulativa, nos parece razonable pensar que parte de este nivel heterogéneo, pero por término medio reducido de soledad subjetiva, puede estar relacionado con el hecho de que los integrantes de la muestra son usuarios de prestaciones ofrecidas por CRH, es decir, están siendo objeto de las muy diversas actuaciones que esta institución tiene previstas en su programa *Atención integral a personas mayores*. Sin duda, esta posible explicación requiere de análisis más pormenorizados y, sobre todo, de un estudio con un diseño más completo y con carácter longitudinal, que permita delimitar los efectos de las intervenciones desarrolladas por CRH con este colectivo.

Puesto que estar solo/a no significa necesariamente sentirse solo/a, el tercer objetivo fue **conocer si las personas que se sentían solas estaban objetivamente solas**. A este respecto, los adultos mayores de la muestra que más solos se sentían (indicador subjetivo) tendían a ser quienes menos relación tenían con sus dos redes sociales de apoyo (familiar y amigos), de hecho, las personas que se clasificaban como aisladas de su familia y amigos eran las que mayor sentimiento de soledad experimentaban. Estos resultados son coherentes con los hallados en otras investigaciones, que ponen de relieve la importancia de las redes sociales cercanas y de calidad (no tanto la cantidad) para prevenir el sentimiento de soledad en las personas mayores (Domènech-Abella et al., 2017; López et al., 2020; Cohen-Mansfield et al. 2016).

Dada la relación entre los indicadores objetivos y subjetivos de soledad, se realizaron análisis multivariantes de tipo clasificatorio para identificar agrupaciones en función de estos dos indicadores (si la persona se sentía o no sola y si estaba o no aislada de su familia y/o amigos). Más allá de los dos grupos con niveles extremos en las dos variables (personas con mucho apoyo social y que no se sienten solas; o personas con muy poco apoyo social y mucho sentimiento de soledad), parece especialmente interesante dirigir la atención a dos grupos intermedios: personas que, aun estando aisladas de su familia, sí tienen relación con su red de amigos/as y no muestran sentimientos de soledad; y personas que tienen relación con sus familiares pero no con amigos y se sienten solas. Desde nuestro punto de vista, los perfiles de estos dos grupos invitan a cuestionar el papel que tienen las relaciones familiares a la hora de prevenir la vivencia de la soledad. Algunas investigaciones señalan la red familiar como la más importante, pues protege más de la soledad y habitualmente es la que permanece más estable en la selección de contactos que suele producirse en la vejez y a la que antes se ha hecho referencia (Sims et al., 2015; Yanguas et al., 2019). Además, en países del sur de Europa como España, con una cultura colectivista/familiarista, la falta de contacto con la red familiar funcionaría especialmente como un determinante del sentimiento subjetivo de soledad (Lykes y Kimmelmeier, 2014). Sin embargo, los resultados de este estudio muestran cómo las relaciones con la red de amigos tienen una muy destacable influencia a la hora de evitar los sentimientos de soledad, influencia que, según los resultados de este estudio, es mayor que la de las relaciones con la familia. Estos resultados revelan que, en las personas mayores participantes en este estudio, las relaciones con la red familiar y de amigos funcionan de manera distinta y que la última tiene un papel crucial en la prevención del sentimiento de soledad. Tal y como señala Yanguas (2018), la red social no familiar es primordial en la vejez, especialmente en ausencia de la familiar. Quizá habría que tener en cuenta la diversidad/ambivalencia que a veces tienen las relaciones familiares, y determinar exactamente qué miembros de esa red familiar son los que aportan ese apoyo. Algunas investigaciones apuntan a que son la pareja y los hijos adultos (Waite & Gallagher, 2000) pero, de cualquier modo, estos matices deberían estudiarse más en profundidad (Choudhry, 2001; Connidis & McMullin, 2002; De Jong Gierveld et al., 2009). En nuestra opinión, y al margen de su relevancia o interés para la investigación, este hallazgo es muy positivo y esperanzador pues, de cara a diseñar intervenciones para la prevención de la soledad en los dos grupos señalados, potenciar las relaciones con la red social no familiar sería un objetivo clave y más factible que mejorar las relaciones con la red familiar, aspecto que es más complejo de modificar.

Teniendo en cuenta la mencionada relación entre los indicadores objetivos y subjetivos de la soledad, el cuarto objetivo fue identificar **quiénes son las personas mayores más vulnerables para estar y sentirse solas**, analizando las relaciones entre la soledad y diferentes indicadores sociodemográficos. Con respecto a la edad, se encontró que las personas más mayores de la muestra eran las que estaban más aisladas de ambas redes de apoyo y las que mostraban mayores niveles de soledad. Esto apoya la evidencia previa que pone de manifiesto cómo la soledad, tanto objetiva como subjetiva, aumenta especialmente en los mayores de 80 años (García-González et al., 2020; Yanguas, 2019). En cuanto al estado civil, las personas viudas son las que más contacto mantienen con la red familiar, de la que suelen recibir apoyo y cuidados (Ayuso, 2012), mientras que son las solteras las que más sienten la falta de contacto familiar. Este último resultado de nuestro estudio no coincide con otros trabajos previos, que ponen de manifiesto que la soledad afecta menos a las personas solteras que a las que han estado casadas alguna vez (López y Díaz, 2018). A este

respecto, conviene recordar que la muestra de este estudio no es normativa, en tanto que son personas que han pedido ayuda a una organización humanitaria y parece por tanto razonable deducir que presentan un déficit de contactos familiares.

Por otro lado, según los resultados de este estudio el tiempo que las personas mayores llevan viviendo solas también influye en el contacto que mantienen con su red social, aunque lo hace en un sentido diferente en función de la naturaleza de esta: mientras más prologada sea la situación de vivir en solitario más se reducen las relaciones con la red familiar pero mayor es el contacto con la no familiar. El primero de estos resultados es esperable y, de hecho, ha sido encontrado en otros trabajos aunque a nivel general (sin diferenciar entre red familiar y no familiar): pese a que la relación entre vivir solo y sentirse solo no es causal, lo primero sí parece incrementar lo segundo (Celdrán y Martínez, 2020; López y Díaz, 2018). Conviene destacar que el mayor tiempo viviendo en soledad tiene una evidente y lógica relación con la edad y, como señalan López y Díaz (2018), el paso del tiempo incrementa la probabilidad de que, por una parte, las personas que integran las redes sociales (familiares y amigos) empeoren su salud, dejen de salir, cambien de domicilio o incluso fallezcan y esto haga que la frecuencia de contacto disminuya e incluso, muchas de estas relaciones desaparezcan. Por otra, con la edad y el mayor tiempo viviendo en solitario también aumenta la posibilidad de que el propio adulto mayor experimente cualquiera de estos cambios (problemas de salud, cambiar de domicilio, etc...), incrementando así la pérdida de contacto con las redes de apoyo social y, por tanto, aumentando el riesgo de sentir soledad. Esto explicaría la relación encontrada en el caso de la red familiar pero, como se ha señalado, el efecto con amigos y conocidos es el opuesto. En este sentido, coincidimos con De Jong Gierveld (2015) en cuanto a recordar que las transiciones vitales potencialmente modifican o cuanto menos influyen en los recursos personales de los que las personas disponen para afrontar la soledad. Recordemos que las personas mayores de nuestra muestra viven solas, hecho que supone una transición vital importante (sobre todo si la situación de convivencia previa era vivir en pareja) y, por tanto, estas personas tienen que hacer un mayor esfuerzo para adaptarse al nuevo escenario. Aunque el paso del tiempo tiende a disminuir esas redes y a confirmar la relación positiva entre edad y soledad (Nicolaisen & Thorsen, 2014; Víctor & Yang, 2012), los resultados respecto al mayor contacto con la red no familiar en las personas que más tiempo llevan viviendo solas probablemente se asocian a que éstas han tenido más tiempo para crear nuevos lazos o fortalecer los ya existentes con su grupo de amigos, lo que demuestra que aún en la vejez, existe capacidad para compensar las pérdidas importantes. Este resultado y esta interpretación nos parecen positivos e interesantes, pero en cualquier caso es necesario realizar más estudios que analicen estas relaciones.

El último objetivo planteado en este estudio fue **conocer el estado de salud y su relación con la soledad**. La mayoría de las personas participantes calificaron su salud como regular y, comparando los resultados con los de estudios realizados con adultos mayores españoles aunque no dependientes y autónomos en los que se ha utilizado la misma escala (Fernández- Ballesteros et al., 2009; Menéndez y Pérez-Padilla, 2020), esta muestra tiene un peor estado de salud. Con toda probabilidad esta diferencia se debe a que las personas mayores de este estudio constituyen una muestra clínica y no normativa, dado que han demandado ayuda y apoyo a CRH. Además de lo anterior se trata de personas que viven solas, lo que se ha asociado a una peor salud y a un mayor riesgo de morbimortalidad y de aparición de diversas patologías (Fernández y Valero, 2021). Específicamente, el estado de salud fue peor en las mujeres, las personas de mayor edad, con nivel de estudios bajo y viudos/as, todo lo cual coincide con lo encontrado en otros trabajos previos (Carreras, 2021; Manchón, 2016). La investigación muestra una amplia evidencia de la relación entre soledad y salud, aunque la dirección de esta relación no está del todo clara, con resultados dispares (Arruebarrena y Sánchez, 2020; Masi et al., 2011). En este estudio se encontró que las personas que peor salud tenían eran las que más solas se sentían y las que menos relación tenían con sus redes sociales de apoyo (familiar y no familiar). Además, los componentes de la soledad que mejor predecían el estado de salud fueron el sentimiento de soledad y las relaciones sociales no familiares pero (conviene volver a resaltarlo) no las familiares. Estos hallazgos confirman la importancia de tener unas buenas relaciones con la red social de amigos para disminuir el sentimiento de soledad y tener una buena salud, aspectos especialmente importantes para las mujeres, las personas más mayores, las de bajo nivel educativo y las viudas.

CONCLUSIONES

En el apartado anterior se han comentado los resultados más relevantes de este estudio, poniéndolos (cuando ha sido posible) en relación con trabajos previos nacionales e internacionales sobre vejez y soledad. En este apartado final de la Memoria presentamos una síntesis de las conclusiones, a nuestro juicio más relevantes, relacionadas con los datos obtenidos respecto a cada objetivo del estudio (**Cuadro 1**). A continuación (**Cuadro 2**) ofrecemos algunas indicaciones prácticas, derivadas de los resultados obtenidos, que consideramos importantes de cara a que CRH planifique y diseñe sus actuaciones con los adultos mayores que viven solos y que son usuarios de esta institución, para prevenir y/o disminuir las potenciales consecuencias negativas de la situación de soledad.

Cuadro 1. Síntesis de resultados.

O1. Analizar las relaciones sociales e identificar, a partir de ellas, el riesgo objetivo de aislamiento social.

- Los/as adultos/as mayores usuarios de CRH que viven solos/as tienen relaciones más frecuentes y estrechas con su red social familiar en comparación con el contacto que mantienen con la red no familiar.
- Alrededor de la mitad de la muestra está en riesgo de aislamiento, tanto de la red familiar (42.37%) como de la red no familiar (55.61%).

O2. Cuantificar el sentimiento subjetivo de soledad.

- A pesar de que las personas de la muestra viven solas, muestran un nivel relativamente bajo de sentimientos de soledad. Hipotetizamos que esto puede en parte ser resultado de las actuaciones que con este colectivo desarrolla CRH.

O3. Analizar la relación entre los indicadores objetivos y subjetivos de soledad.

- Las personas mayores que están objetivamente aisladas de sus redes sociales de apoyo son las que presentan mayores sentimientos de soledad.
- La red social no familiar se ha revelado como más importante que la familiar de cara a prevenir el sentimiento de soledad en las personas mayores participantes en este estudio.

O4. Identificar los perfiles de personas mayores más vulnerables para estar y sentirse solas.

- Las personas más propensas a estar y sentirse solas son las de mayor edad (especialmente pasados los 80 años), solteras, y las que llevan entre 7-11 años viviendo solas (quienes llevan más de ese tiempo viviendo en solitario informan de una mayor relación con su red social de amigos).

O5. Examinar el estado de salud y su relación con la soledad (objetiva y subjetiva).

- Un 56.91% de la muestra calificó su estado de salud como regular o malo y un 38,24% consideró que su salud era algo peor o mucho peor en comparación con los últimos meses.
- Las personas mayores con peor salud eran las que más solas se sentían y menos contacto mantenían con sus redes sociales de apoyo. Este perfil se correspondía con ser mujer, tener mayor edad, haber perdido a la pareja y tener un nivel educativo bajo.

Cuadro 2. Principales orientaciones prácticas para intervenciones con mayores que viven solos.

- Potenciar las oportunidades de las personas mayores de crear nuevos contactos sociales fuera de la red familiar, que compensen las pérdidas en esta etapa vital producidas por diversas circunstancias y que, a su vez, disminuyan el riesgo de aislamiento social. La red social no familiar se ha revelado en este estudio como un recurso particularmente relevante, dado que previene el sentimiento subjetivo de soledad, y es además un ámbito sobre el que CRH puede trabajar e intervenir en mayor medida que con la red familiar.
- Detectar, de cara a la prevención primaria y sobre todo secundaria, a aquellas personas que se encuentran aisladas de familiares y/o amigos, y diseñar acciones para incrementar la relación con nuevos contactos de calidad, principalmente (como antes se ha señalado) con la red social no familiar.
- Prevenir el riesgo de aislamiento social, fundamentalmente en personas mayores que viven solas, superan los 80 años, han vivido alguna transición vital importante (como perder a la pareja o mudarse de domicilio), y también si no llevan mucho tiempo viviendo solas, pues necesitarán más estrategias y oportunidades para incrementar la red de apoyo no familiar.
- Diseñar e implementar acciones tanto de promoción de la salud como de prevención del aislamiento de la red social, particularmente la no familiar. Estas actuaciones son especialmente necesarias en mujeres, personas de mayor edad, viudas, y/o con un nivel educativo bajo.

En síntesis, y teniendo en cuenta el interés de CRH por desarrollar intervenciones eficaces que fortalezcan las capacidades individuales de estas personas en su contexto, sería recomendable el desarrollo de líneas de intervención con el objetivo de crear **lazos comunitarios** que ofrezcan una compañía y un apoyo que, junto con el soporte familiar (propio de nuestra cultura) redunden en el bienestar de las personas mayores. En concreto, las estrategias para intervenir con adultos mayores que viven solos deberían fundamentarse especialmente en promover la creación de **redes de apoyo no familiares de calidad** pues, como se ha señalado, es el tipo de red que menos se mantiene a lo largo del tiempo, de la que más personas están aisladas, y además de la que ha quedado patente en este estudio que cumple un papel protector con respecto a los sentimientos de soledad por encima de la red social familia, estando además vinculada a una mejor salud. Consideramos que tener estas cuestiones presentes mejoraría la atención de una población cada vez más envejecida, que en las próximas décadas aumentará de forma exponencial, y que se enfrenta a retos en los que es necesario un análisis en detalle. En esta línea se ha tratado de situar el trabajo que se presenta en esta Memoria, y que esperamos suponga un paso relevante para avanzar hacia una atención de calidad basada en la evidencia durante la vejez.

REFERENCIAS

- Altpeter, M., Schneider, E., Bryant, L., Beattie, B., & Whitelaw, N. (2004). *Using the Evidence Base to Promote Healthy Aging*. Evidence-Based Health Promotion Series, 1. National Council on Aging. www.advancingstates.org/documentation/policy_priorities/UsingtheEvidenceBasetoPromoteHealthyAging.pdf.
- Arruebarrena, A. V., y Sánchez, A. (2020). La soledad y el aislamiento social en las personas mayores. *Studia Zamorensia (segunda etapa)*, 19, 15-32. <https://revistas.uned.es/index.php/studiazamo/article/view/29363>
- Ayuso, L. (2012). Las redes personales de apoyo en la viudedad en España. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas (REIS)*, 137(1), 3-24. <https://doi.org/10.5477/cis/reis.137.3>
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51(6), 843-857. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00065-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00065-4)
- Bermeja, A. I., & Ausín, B. (2017). Programs to combat loneliness in the institutionalised elderly: A review of the scientific literature. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 53(3), 155-164. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.05.006>
- Bermejo, L. (2009). *Guía de Buenas Prácticas en residencias de personas mayores en situación de dependencia*. Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias. www.fundacionpilares.org/publicacion/guia-de-buenas-practicas-en-residencias-de-personas-mayores-en-situacion-de-dependencia/.
- Bermejo, L. (2012). Envejecimiento activo, pedagogía gerontológica y buenas prácticas socioeducativas con personas adultas mayores. *Educación Social: Revista de Intervención Socioeducativa*, 51, 27-44. <https://raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/view/260500/369075>
- Bermejo, L. y Mañós, Q. (2009). *Bases y reflexiones para las buenas prácticas en los centros de atención a las personas en situación de dependencia*. Oviedo: Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias. <https://ria.asturias.es/RIA/handle/123456789/4545>.
- Broese van Groenou, M., Hoogendijk, E. O., & van Tilburg, T. G. (2013). Continued and new personal relationships in later life: Differential effects of health. *Journal of Aging and Health*, 25(2), 274-295. <https://doi.org/10.1177/0898264312468033>.
- Carreras, M., Puig, G., Sánchez-Perez, I., Inoriza, J. M., Coderch, J., y Gispert, R. (2021). Morbilidad y estado de salud autopercibido, dos aproximaciones diferentes al estado de salud. *Gaceta Sanitaria*, 34, 601-607. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.04.005>
- Cattan, M., White, M., Bond, J., & Learmouth, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing & society*, 25(1), 41-67. <https://doi.org/10.1017/S0144686X04002594>
- Celdrán, M. y Martínez, R. (2020). La soledad en personas mayores: cómo hacerle frente desde su complejidad. *Barcelona Societat, Revista de Investigación y Análisis Social*, 25, 1-10. https://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/sites/default/files/revista-castellano/10_en_profundidad_celdran_bcn25_es.pdf.
- Choudhry, U. K. (2001). Uprooting and resettlement experiences of South Asian immigrant women. *Western Journal of Nursing Research*, 23, 376-393. <https://doi.org/10.1177/019394590102300405>
- Cohen-Mansfield, J., Hazan, H., Lerman, Y. & Shalom, V. (2016). Correlates and predictors of loneliness in older-adults: A review of quantitative results informed by qualitative insights. *International Psychogeriatrics*, 28(4), 557-76. <https://doi.org/10.1017/S1041610215001532>.
- Connidis, I. A., & McMullin, J. A. (2002). Sociological ambivalence and family ties: A critical perspective. *Journal of Marriage and Family*, 64, 558-567. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2002.00558.x>
- Dahlberg, L., Andersson, L., McKee, K. J., & Lennartsson, C. (2015). Predictors of loneliness among older women and men in Sweden: A national longitudinal study. *Aging & Mental Health*, 19(5), 409-417. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.94409>.
- De Jong Gierveld, J., Broese van Groenou, M., Hoogendoorn, A. W., & Smit, J. H. (2009). Quality of marriages in later life and emotional and social loneliness. *The Journals of Gerontology Series B: Social Sciences*, 64B, 497-506.

<https://doi.org/10.1093/geronb/gbn043>

De Jong Gierveld, J., Keating, N., & Fast, J. E. (2015). Determinants of loneliness among older adults in Canada. *Canadian Journal on Aging/La Revue Canadienne du Vieillissement*, 34(2), 125-136. <https://doi.org/10.1017/S0714980815000070>

De los Reyes, V., Darretxe, L., y Alonso, M. J. (2018). Claves para las buenas prácticas socioeducativas con personas mayores en residencias. *Educación Social: Revista de Intervención Socioeducativa*, 67, 116-131. <https://raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/view/330673/425648>

Del Pozo, B., Perales, F., Alfonso-Rosa, R. M., & Del Pozo-Cruz, J. (2021). Impact of social isolation on physical functioning among older adults: A 9-year longitudinal study of a US-representative sample. *American Journal of Preventive Medicine*, 61(2), 158-164. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2021.02.003>.

Domenech, J., Lara, E., Rubio-Valera, M., Olaya, B., Moneta, M. V., Rico-Urbe, L. A., Ayuso-Mateos, J.L., Mundó, J., & Haro, J. M. (2017). Loneliness and depression in the elderly: the role of social network. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(4), 381-390. <http://doi.org/10.1007/s00127-017-1339-3>

Dykstra, P. A., van Tilburg, T., and de Jong Gierveld, J. (2005). Changes in older adult loneliness. *Research on Aging*, 27(6), 725-747. <https://doi.org/10.1177/0164027505279712>

Fernández, A. y Valero, E. (2021). Influencia de la soledad en el bienestar de las personas mayores: una revisión sistemática. *Gerontology Today*, 1, 24-34. https://www.igermed.com/wp-content/uploads/2021/02/GERONTOLOGY_TODAY_5.pdf

Fernández-Ballesteros, R., Reig, A., y Zamarrón, M. D. (2009). Evaluación en psicogerontología. En R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Psicología de la vejez. Una Psicogerontología aplicada* (pp. 35-96). Pirámide.

García, J.M., Águila, J., Grande, R., Montero, I. y Rivera, P. (2021). *Prevalencia de la soledad no deseada en personas adultas mayores en Andalucía*. X Congreso Andaluz de Sociología. Jaén, 21-23 de enero.

Gené-Badia, J., Ruiz-Sánchez, M., Obiols-Masó, N., Puig, L. O., y Jiménez, E. L. (2016). Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria? *Atención Primaria*, 48(9), 604-609. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.03.008>.

Green, L. R., Richardson, D. S., Lago, T., & Schatten-Jones, E. C. (2001). Network correlates of social and emotional loneliness in young and older adults. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27(3), 281-288. <https://doi.org/10.1177/0146167201273002>.

Hair, J. F., Black, W.C., Babin, B.J., & Anderson, R.E. (2009). *Multivariate Data Analysis* (7th Edition). Pearson-Prentice Hall.

Hawkey, L. C., Thisted, R.A., Masi, C.M. & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness predicts increased blood pressure: 5-year cross-lagged analyses in middle-aged and older adults. *Psychology and Aging*, 25(1), 132-141. <https://doi.org/10.1037/a0017805>

Heikkinen, R.L., & Kauppinen, M. (2011). Mental well-being: A 16-year follow-up among older residents in Jyväskylä. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 52(1), 3339. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2010.01.017>

Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2004). A short scale for measuring loneliness in large surveys: Results from two population-based studies. *Research on Aging*, 26(6), 655-672. <https://doi.org/10.1177/0164027504268574>.

IBM Corp. Released (2017). *IBM SPSS Statistics for Windows, 25.0 version*. Armonk, IBM Corp.

Jiménez, L. e Hidalgo, M.V. (2016). La incorporación de prácticas basadas en evidencias en el trabajo con familias: los programas de promoción de parentalidad positiva. *Apuntes de Psicología*, 34(2-3), 91-100. <https://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/600/446>

Kaufman, L. & Rousseeuw, P. J. (2009). *Finding groups in data: An introduction to cluster analysis*. John Wiley & Sons.

Lasgaard, M., Friis, K., & Shevlin, M. (2016). "Where are all the lonely people?" A population-based study of high-risk groups across the life span. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(10), 1373-1384. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1279-3>.

López, C., y Pujadas, I. (2018). Vivir solo en España. Evolución y características de los hogares unipersonales en la vejez. *Panorama Social*, 18(2), 23-45. https://www.funcas.es/wp-content/uploads/Migracion/Articulos/FUNCAS_PS/028art05.pdf

López, J. y Díaz, M. P. (2018). El sentimiento de soledad en la vejez. *Revista Internacional de Sociología* 76(1): e085. <https://doi.org/10.3989/ris.2018.76.1.16.164>.

López, J. y Díaz, M. P. (2021). *El aumento de personas mayores solas en Andalucía y en España*. Colección Actualidad (Centro de Estudios Andaluces) nº 95. <https://www.centrodeestudiosandaluces.es/publicaciones/n-95-el-aumento-de-personas-mayores-solas-en-andalucia-y-en-espana>

López, J., Palomares, I., y Sánchez, M. (2020). Loneliness in older adults: a comparative study of four southern European countries. In *Social Problems in Southern Europe: A Comparative Assessment* (pp. 87-102). Edward Elgar Publishing. <https://doi.org/10.4337/9781789901436.00016>.

Losada, A., Márquez-González, M.M., García-Ortiz, L., Gómez-Marcos, M.A., Fernández-Fernández, V., & Rodríguez-Sánchez, E. (2012). Loneliness and mental health in a representative sample of community-dwelling Spanish older adults. *The Journal of Psychology* 146(3), 277- 292. <https://doi.org/10.1080/00223980.2011.582523>

- Lubben, J., Blozik, E., Gillmann, G., Iliffe, S., von Renteln Kruse, W., Beck, J. C., & Stuck, A. E. (2006). Performance of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale among three European Community-dwelling older adult populations. *The Gerontologist*, 46(4), 503-513. <http://doi.org/10.1093/geront/46.4.503>.
- Lykes, V. A., and Kimmelmeier, M. (2014). What predicts loneliness? Cultural difference between individualistic and collectivistic societies in Europe. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 45(3), 468-490. <https://doi.org/10.1177/0022022113509881>
- Macdonald, B. & Hülür, G. (2021). Well-being and loneliness in Swiss older adults during the COVID-19 pandemic: The role of social relationships. *The Gerontologist*, 61(2), 240-250. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa194>
- Mach.n, M., Vergara, I., Dorronsoro, M., Vrotsou, K., & Larra.aga, I. (2016). Selfperceived health in functionally independent older people: associated factors. *BMC Geriatrics*, 16(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0239-9>
- Martín, U. y González-Rábago, Y. (2022). Soledad no deseada, salud y desigualdades sociales a lo largo del ciclo vital. *Gaceta Sanitaria*, 35(5), 432-437. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.07.010>.
- Martínez, T. (2010). *Las buenas prácticas en la atención a las personas adultas en situación de dependencia*. Informes Portal Mayores, nº 98. Recuperado de www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/martinez-practicas-01.pdf.
- Masi, C. M., Chen, H. Y., Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and Social Psychology Review*, 15(3), 219-266. <https://doi.org/10.1177/1088868310377394>.
- Mehrabi, F. & Béland, F. (2020). Effects of social isolation, loneliness and frailty on health outcomes and their possible mediators and moderators in community-dwelling older adults: A scoping review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 90, 104-119. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104119>.
- Menéndez, S. y Pérez-Padilla, J. (2021). *Evaluación del apoyo social y el riesgo de aislamiento en personas mayores mediante las escalas LSNS*. Recuperado de la Geroteca de la Asociación Española de Psicogerontología. <http://psicogerontologia.org/wp-content/uploads/2021/01/LSNS.pdf>
- Nicholson, N. R. (2012). A review of social isolation: an important but underassessed condition in older adults. *The Journal of Primary Prevention*, 33(2-3), 137-152. <https://doi.org/10.1007/s10935-012-0271-2>
- Nicolaisen, M., & Thorsen, K. (2017). What are friends for? Friendships and loneliness over the lifespan—From 18 to 79 years. *The International Journal of Aging and Human Development*, 84(2), 126-158. <https://doi.org/10.1177/0091415016655166>.
- Ong, A. D., Uchino, B. N., & Wethington, E. (2016). Loneliness and health in older adults: A mini-review and synthesis. *Gerontology*, 62(4), 443-449. <https://doi.org/10.1159/000441651>
- Ory, M. G., & Smith, M. L. (2015). Research, practice, and policy perspectives on evidence-based programing for older adults. *Frontiers in Public Health*, 3, 136. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2015.00136>.
- Pahl, R. y Pevalin, D. J. (2005). Between family and friends: A longitudinal study of friendship choice. *British Journal of Sociology*, 56(3), 433- 450. <https://doi.org/10.1111/j.1468-4446.2005.00076.x>
- Pardo, A. y Ruíz, M. A. (2005). *SPSS. Guía para el análisis de datos*. McGraw-Hill.
- Pérez, C. (2004). *Técnicas de análisis multivariante de datos. Aplicaciones con SPSS*. Pearson-Prentice Hall.
- Pinquart, M. (2003). Loneliness in married, widowed, divorced, and never-married older adults. *Journal of Social and Personal Relationships*, 20(1), 31-53. <https://doi.org/10.1177/02654075030201002>.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2001). Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis. *Basic and Applied Social Psychology*, 23(4), 245-266. <https://doi.org/10.1207/153248301753225702>
- Rodrigo, M. J., Amorós, P., Arranz, E., Hidalgo, M.V., Máiquez, M.L, Martín Quintana, J.C., Martínez, R.A., y Ochaíta, E. (2015). *Guía de buenas prácticas en parentalidad positiva*. Federación Española de Municipios y Provincias. www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=4795.
- Rubio-Hurtado, M.-J., y Vilà-Baños, R. (2017). El análisis de conglomerados bietápico o en dos fases con SPSS. *REIRE: Revista d'Innovació i Recerca en Educació*, 10(1), 118-126. <http://doi.org/10.1344/reire2017.10.11017>.
- Russell, D. (1996). UCLA Loneliness Scale (version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66, 20-40. http://doi.org/10.1207/s15327752jpa6601_2.
- Sala, E., Martínez, R., Riba, C., y Celdrán, M. (2020). *El impacto de la COVID-19 en el sentimiento de soledad no deseada de las personas mayores*. Observatorio de la Soledad (Fundación Amigos de los Mayores). <https://amigosdelosmayores.org/es/impacto-covid>.
- Sancho, P., Pinazo, S., Donio, M., & Tomás, J. M. (2020). Validation of the University of California Los Angeles Loneliness Scale (version 3) in Spanish older population: An application of exploratory structural equation modelling. *Australian Psychologist*, 55(3), 283-292. <https://doi.org/10.1111/ap.12428>.
- Schafer, J. L. & Olsen, M. K. (1998). Multiple imputations for multivariate missing-data problems: A data analyst's

- perspective. *Multivariate Behavioral Research*, 33(4), 545-571. https://doi.org/10.1207/s15327906mbr3304_5
- Shankar, A., Hamer, M., McMunn, A., & Steptoe, A. (2013). Social isolation and loneliness: relationships with cognitive function during 4 years of follow-up in the English Longitudinal Study of Ageing. *Psychosomatic Medicine*, 75(2), 161-170. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31827f09cd>.
- Sims, T., Hogan, C. L., & Carstensen, L. L. (2015). Selectivity as an emotion regulation strategy: Lessons from older adults. *Current Opinion in Psychology*, 3, 80-84. <https://doi.org/10.1016%2Fj.copsyc.2015.02.012>
- Sorkin, D., Rook, K. S., & Lu, J. L. (2002). Loneliness, lack of emotional support, lack of companionship, and the likelihood of having a heart condition in an elderly sample. *Annals of Behavioral Medicine*, 24(4), 290-298. https://doi.org/10.1207/s15324796abm2404_05
- Stevens, J. (2009). *Applied Multivariate Statistics for the Social Sciences (5th ed.)*. Erlbaum.
- Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (2007). *Using Multivariate Statistics (5th ed.)*. Pearson Education.
- Torío, S. (2021). La videncia de la soledad en la vejez: una mirada en tiempos de pandemia. *Pedagogía Social: Revista Interuniversitaria*, (37)1, 9-16. <http://recyt.fecyt.es/index.php/PSRI/>
- Van Tilburg, T. G., Steinmetz, S., Stolte, E., van der Roest, H., & de Vries, D. H. (2021). Loneliness and mental health during the COVID-19 pandemic: A study among Dutch older adults. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Services*, 76(7), 249-255. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa111>.
- Velarde-Mayol, C., Fragua, S., y García, J. M. (2016). Validación de la escala de soledad de UCLA y perfil social en la población anciana que vive sola. *Medicina de Familia*, 42(3), 177-183. <https://doi.org/10.1016/j.semerng.2015.05.017>
- Victor, C. R., & Yang, K. (2012). The prevalence of loneliness among adults: a case study of the United Kingdom. *The Journal of psychology*, 146(1-2), 85-104. <https://doi.org/10.1080/00223980.2011.613875>
- Victor, C., Scambler, S., Bond, J., & Bowling, A. (2000). Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone. *Reviews in Clinical Gerontology*, 10(4), 407-417. <https://doi.org/10.1017/s0959259800104101>
- Waite, L. J. & Gallagher, M. (2001). *The case for marriage: Why married people are happier, healthier, and better off financially*. Crown Publishing Group (NY).
- Yang, K., & Victor, C. (2011). Age and loneliness in 25 European nations. *Ageing & Society*, 31(8), 1368-1388. <https://doi.org/10.1017/S0144686X1000139X>.
- Yanguas, J. (2019). *Soledad y riesgo de aislamiento social en las personas mayores*. Programa Siempre Acompañados, Fundación "la Caixa". <http://www.infocoonline.es/pdf/SOLEDAD-RIESGO-AISLAMIENTO.pdf>.
- Yanguas, J. (2020). *La soledad en las personas mayores: prevalencia, características y estrategias de afrontamiento*. Memoria de resultados. <https://fundacionlacaixa.org/documents/10280/1477443/soledad-personas-mayores.pdf>.
- Yanguas, J., Cilveti, A., Hernández, S., Pinazo, S., Roig, S. y Segura, C. (2018). El reto de la soledad en la vejez. *Zerbitzuan, Revista de Servicios Sociales*, 66, 61-75. <https://doi.org/10.5569/1134-7147.66.05>.
- Yanguas, J., Cilveti, A., y Segura, C. (2019). *¿A quiénes afecta la soledad y el aislamiento social?* Observatorio Social de la Fundación "La Caixa" <https://observatoriosociallacaixa.org/-/soledad-personas-mayores>.

ANEXO

A continuación se presenta el Cuestionario utilizado para recabar los datos de este estudio. Como se ha descrito en **Instrumentos**, esta entrevista incluye preguntas *ad hoc* y escalas estandarizadas adaptadas al contexto español, todas ellas *open-access* (de ahí que la entrevista se ofrezca como Anexo a esta Memoria).

Las referencias de estas escalas (tanto de su versión original como de la adaptación a nuestro país) se detallan en el apartado **Instrumentos**. En coherencia con las declaraciones internacionales y nacionales de acceso abierto a la ciencia, recordamos a las personas que utilicen todo o parte de este Cuestionario que deben citar y referenciar estos materiales.

ANTES DE COMENZAR LA ENTREVISTA es necesario informar a la persona de lo siguiente:

- a) **Quiénes somos** → Presentarse e identificarse como alguien que llama desde CRH.
- b) **Cuál es el motivo de la llamada** → CRH está realizando un estudio, en colaboración con la UHU, sobre las personas mayores que viven solas en Huelva para conocer mejor cómo están y cómo se sienten.
- c) **Qué se le pide** → Participar en el estudio respondiendo a una breve entrevista telefónica. En la entrevista se le van a plantear preguntas que no tienen respuestas *buenas* o *malas*, *correctas* o *incorrectas*. Se refieren a cómo está él/ella y cómo se siente, basta con que responda con sinceridad sobre su propia situación.
- d) **El anonimato de su participación** → Dejar claro que sus respuestas se van a tratar conjuntamente con las de otras personas, nunca de manera individual. En ningún caso CRH va a difundir ni utilizar de ninguna forma su información personal (nombre, teléfono...).
- e) **El carácter voluntario de su participación** → Se le agradece por anticipado que colabore en el estudio si él/ella quiere, dejando claro que si no es así su relación con CRH va a seguir siendo la misma. Aclarar que en cualquier momento de la entrevista puede decidir dejar de responder y no participar en el estudio, sin que ello afecte de ninguna forma a su relación con CRH.

HAY QUE ASEGURARSE de que la persona ha entendido todo lo anterior y que consiente en participar en el estudio SÓLO ENTONCES SE LLEVA A CABO LA ENTREVISTA

Código (completo y con letra clara) de la aplicación de CRH:

0 (no hace falta preguntar). Sexo: hombre mujer

1. ¿Cuántos años tiene usted? _____

2. Actualmente usted está: viudo/a soltero/a separado/a - divorciado/a

3. ¿Hasta dónde llegó usted en sus estudios?

- primarios sin finalizar secundarios sin finalizar universitarios sin finalizar
- primarios completados secundarios completados universitarios completados

4. ¿Hace cuánto tiempo que vive usted solo/a? _____ (especificar si son años o meses)

5. ¿Cuenta usted con apoyo o ayuda de alguna persona para actividades cotidianas? Por ejemplo la limpieza de su casa, las compras, la comida, las gestiones y el papeleo, o simplemente para charlar:

no sí

6. ¿Quién?

- algún familiar o amigo/a cercano
- alguien a quien se le paga por este servicio
- ambos (ayuda informal y formal)

7. ¿Con qué frecuencia?

- sin regularidad fija (a demanda, si lo/la llama)
- diariamente
- una o varias veces a la semana
- una o varias veces al mes

8. Esa/s persona/s ¿qué tipo de cosas hace para usted/con usted?

- apoyo instrumental (limpieza, compra, cocina, acompañar/ayudar en gestiones...)
- apoyo emocional (charlar, desahogarse, consultar dudas/preocupaciones...)
- ambos (apoyo instrumental y emocional)

9. En general, usted diría que su salud es:

- Muy buena Buena Regular Mala

10. ¿Cómo diría usted que es su salud comparada con la del año pasado?

- Mucho mejor Algo mejor Igual Algo peor Mucho peor

11. Si se compara con las personas de su misma edad y sexo, usted diría que su salud es:

- Mucho mejor Algo mejor Igual Algo peor Mucho peor

A continuación piense en los miembros de su familia y en la relación que mantiene con ellos:

12. ¿Con cuántos de sus familiares se reúne o tiene noticias de ellos/as al menos una vez al mes?

- ninguno uno dos tres o cuatro de cinco a ocho nueve o más

13. ¿Con cuántos de sus familiares se siente lo suficientemente cómodo/a como para hablar sobre sus asuntos personales?

- ninguno uno dos tres o cuatro de cinco a ocho nueve o más

14. ¿A cuántos de sus familiares siente lo suficientemente cercanos/as como para llamarlos cuando necesita ayuda?

- ninguno uno dos tres o cuatro de cinco a ocho nueve o más

Ahora piense en las personas cercanas e importantes para usted pero que no son miembros de su familia (amigos, vecinos...) y en la relación que mantiene con ellos:

15. ¿Con cuántos se reúne o tiene noticias de ellos/as al menos una vez al mes?

- ninguno uno dos tres o cuatro de cinco a ocho nueve o más

16. ¿Con cuántos se siente lo suficientemente cómodo/a como para hablar sobre sus asuntos personales?

- ninguno uno dos tres o cuatro de cinco a ocho nueve o más

17. ¿A cuántos siente lo suficientemente cercanos/as como para llamarlos si lo necesita?

- ninguno uno dos tres o cuatro de cinco a ocho nueve o más

Ahora voy a leerle unas frases y me gustaría que me dijera con qué frecuencia tiene usted esos sentimientos. ¿Con qué frecuencia...

18... siente que le falta compañía? a menudo a veces casi nunca o nunca

19... se siente excluido/a? a menudo a veces casi nunca o nunca

20... se siente aislado/a de los demás? a menudo a veces casi nunca o nunca

HEMOS TERMINADO, MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN