



## ORIGINAL

# Perfiles de soledad y aislamiento social en población urbana



Joan Gené-Badia<sup>a,b,c,\*</sup>, Pierre Comice<sup>b</sup>, Adriyanov Belchín<sup>b</sup>,  
María Ángeles Erdozain<sup>b</sup>, Leticia Cáliz<sup>b</sup>, Susana Torres<sup>b</sup> y Rocío Rodríguez<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Institut Català de la Salut, Barcelona, España

<sup>b</sup> CAPSBE, Barcelona, España

<sup>c</sup> Universitat de Barcelona, Barcelona, España

Recibido el 31 de mayo de 2018; aceptado el 18 de septiembre de 2018

Disponible en Internet el 12 de febrero de 2019

### PALABRAS CLAVE

Soledad;  
Aislamiento social;  
Población anciana;  
Condicionantes  
sociales de la salud

### Resumen

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de soledad y aislamiento social en la población mayor de 65 años cubierta por un equipo de atención primaria urbano e identificar sus principales características.

**Diseño:** Encuesta telefónica.

**Emplazamiento:** Área básica de Barcelona.

**Participantes:** Muestra aleatoria de población asignada de edad igual o superior a 65 años.

**Mediciones principales:** Encuesta de soledad de UCLA, escala de red social de Lubben.

**Resultados:** Se entrevistó a 278 personas (respuesta 61,36%), 172 mujeres y 106 hombres, con una edad media de  $76,7 \pm 7,9$  años. Existía una mayor proporción de factores de riesgo de soledad en los que no respondieron. La soledad se correlaciona estrechamente con el aislamiento social  $r = 0,736$ . La soledad moderada, con una prevalencia del 16,54%, se asocia a presentar dificultades a la marcha (OR 3,09, IC del 95%, 1,03-9,29), deterioro cognitivo (OR 3,97, IC del 95%, 1,19-13,27) y a barreras arquitectónicas (OR 5,29, IC del 95%, 2,12-13,23), mientras que la soledad severa, con una prevalencia de 18,71%, solo se asocia a convivir con menos personas (OR 0,61, IC del 95%, 0,40-0,93). El riesgo de aislamiento social, con una prevalencia del 38,85%, se asocia a la edad (OR 1,06, IC del 95%, 1,02-1,10) y a problemas de salud (OR 4,35, IC del 95%, 1,11-16,99).

**Conclusiones:** La soledad y el aislamiento social son muy prevalentes. Existen 2 perfiles de soledad, una moderada relacionada con las dificultades a la sociabilidad que aparecen con el envejecimiento y otra severa que no está asociada a la salud o las barreras. Las intervenciones deberían adecuarse a cada uno de estos perfiles.

© 2019 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [joangenebadia@gmail.com](mailto:joangenebadia@gmail.com) (J. Gené-Badia).

**KEYWORDS**

Loneliness;  
Social isolation;  
Elderly population;  
Social health  
determinants

**Profiles of loneliness and social isolation in urban population****Abstract**

*Objective:* To assess the prevalence of loneliness and social isolation in a population over 65 cared by a urban primary health team and to identify its main characteristics.

*Design:* Cross-sectional descriptive study by a telephone survey.

*Setting:* Basic health area of Barcelona.

*Participants:* Random sample of assigned population of 65 or more years old.

*Main measurements:* UCLA Loneliness Scale and Lubben Social Network Scale.

*Results:* 278 persons were interviewed (61,36% response rate), 172 women and 106 men, with an average age of  $76,7 \pm 7,9$  years. A higher proportion of factors related to loneliness were identified in non-respondents. Loneliness was closely correlated to social  $r = 0,736$ . Moderate loneliness, with a prevalence of 16,54%, was associated to walking difficulties (OR 3,09, 95% IC 1,03-9,29), cognitive impairment (OR 3,97, 95% IC 1,19-13,27) and architectural barriers (OR 5.29, 95% IC 2.12-13,23), although severe loneliness, with a prevalence of 18,71% was only associated to living together with less people (OR 0.61, 95% IC 0.40-0.93). Social isolation, with a prevalence of 38,85% was associated to aging (OR 1,06, 95% IC 1,02-1,10) and to the belief of having health problems (OR 4,35, 95% IC 1,11-16,99).

*Conclusions:* Loneliness and social isolation are of high prevalence. The telephone survey underestimates its prevalence. There are 2 profiles of loneliness, one with moderate associated to the socialisation difficulties related to aging and another severe not related to health or to barriers that only can be identified by surveys or clinical interview. Interventions must be targeted to each of these profiles.

© 2019 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

**Introducción**

La soledad es uno de los principales determinantes de salud en los países desarrollados. En estos, su prevalencia se sitúa entre el 20 y el 40% de la población anciana atendiendo a la metodología de estudio utilizada ya la definición considerada<sup>1-3</sup>. En España, el 36,8% de las personas mayores de 65 años viven en hogares unipersonales, siendo en su mayoría mujeres<sup>4-6</sup>. En la ciudad de Barcelona, esta proporción es del 23,7%<sup>7</sup>. El aislamiento social se entiende como la falta objetiva de interacciones con otras personas, mientras que la soledad es el sentimiento subjetivo de la ausencia de una red social<sup>8</sup>. Ambos conceptos, estrechamente relacionados, se asocian a una mayor mortalidad especialmente por enfermedad mental y cardiovascular<sup>9</sup>.

Existen múltiples iniciativas para abordar este problema de salud emergente<sup>10-18</sup>. Los servicios de salud pública lanzan programas específicos orientados a eliminar barreras arquitectónicas<sup>9</sup> o a promover intervenciones comunitarias juntamente con otros activos de salud como son los servicios sociales, las asociaciones ciudadanas y la propia iglesia. Realizan actividades destinadas a favorecer la socialización y aumentar el capital social<sup>11</sup>. Los equipos de atención primaria también participan en estos proyectos, básicamente desarrollando programas de prescripción social<sup>12-14</sup>.

Dado que como en el resto de Barcelona la soledad de las personas ancianas es uno de los principales condicionantes de salud de la población que atendemos decidimos realizar esta encuesta para estudiarla y así poder diseñar una intervención ajustada a las necesidades.

El objetivo de este estudio es conocer la prevalencia de la soledad y el aislamiento social en la población mayor de 65 años cubierta por un equipo de atención primaria de Barcelona e identificar sus principales factores asociados para diseñar una estrategia de intervención.

**Material y métodos**

Se realizó un estudio descriptivo transversal mediante encuesta telefónica a una muestra aleatoria representativa de la población mayor de 65 años del área básica de salud Casanova (ABS 2E) de Barcelona, situada en la *Antiga Esquerra de l'Eixample*, en el centro de Barcelona. Según datos del 2016<sup>19</sup>, esta población muestra una tasa de personas mayores de 75 años superior a la de Barcelona, especialmente en mujeres (el 15,4% frente al 13,9%) y también una porcentaje más elevado de población nacida fuera de España (en hombres el 25,5% frente al 23,2% y en mujeres el 24,9% frente al 22,4%). Es un barrio con un buen nivel educativo, el 57,5% de los hombres y el 45,5% de las mujeres tienen estudios superiores frente al 29,1 y el 30,7%, respectivamente, de la ciudad de Barcelona. El nivel socioeconómico es elevado, siendo su tasa con relación a la de Barcelona de -1,167, entendiéndose que su valor aumenta con el nivel de deprivación. Tiene una amplia proporción de población que goza de cobertura sanitaria mixta (público y privada), muy superior a la de Barcelona, en hombres es del 48,9 frente a un 35,4% y en mujeres del 55,3% frente a un 39,3%.

Los datos se obtuvieron durante el período del 1 de julio del 2016 hasta el 30 de septiembre del 2017.

Se incluyó a los pacientes de edad igual o superior a 65 años, que estaban adscritos al área básica de salud Casanova ABS 2E en el Registro Central de Usuarios de CatSalut. Se excluyó a aquellos que se negaron a participar en el estudio, los que tenían alguna imposibilidad de responder la encuesta, cuando no se podía contactar con ellos después de 3 llamadas en diferentes ocasiones durante el día, o si estaban temporalmente fuera del territorio.

La percepción de soledad se ha medido con la escala de soledad de UCLA (UCLA Loneliness Scale) validada en España<sup>20</sup>, que consta de 20 preguntas. Las puntuaciones superiores a 30 suponen ausencia de soledad, entre 20 y 30 soledad moderada, y menos de 20 soledad severa. El aislamiento social se ha medido a través de la versión abreviada de 6 preguntas a de la escala de red social de Lubben (Lubben Social Network Scale) validada en castellano<sup>21</sup>. Las puntuaciones inferiores a 12 indican aislamiento social.

El resto de las variables se extrajeron por interrogatorio al entrevistado y de la base de datos SISAP, que recoge las historias clínicas electrónicas de atención primaria. Del SISAP se han obtenido la edad, el sexo y el número de visitas al centro de atención primaria realizadas durante el último año, la inclusión al programa de atención domiciliaria, el grado de comorbilidades medido por la escala GMA<sup>22</sup>, que agrupa la morbilidad de los pacientes en 5 niveles de complejidad, la presencia de los diagnósticos de deterioro cognitivo, demencia, Alzheimer, enfermedad psiquiátrica

grave (psicosis), depresión, ansiedad o trastorno adaptativo activo, así como si se le han prescrito antidepresivos, benzodiazepinas o antipsicóticos. Interrogando directamente al encuestado se ha registrado su estado civil, el número de personas con las que convive, si recibe ayuda domiciliaria de los servicios sociales, si dispone de doble cobertura sanitaria (pública y privada), si tiene barreras arquitectónicas o si presenta algún problema de salud importante que le impide salir de su domicilio, así como si presenta problemas de visión, audición no corregidos o problemas de la marcha que dificulten la movilidad o que le impidan salir a la calle sin compañía.

Las encuestas se realizaron por parte de los autores con la ayuda de estudiantes de medicina y de enfermería, así como de residentes de medicina de familia y de enfermería familiar y comunitaria. Los encuestadores recibieron una formación de una hora a cargo de los investigadores.

Se precisa una muestra aleatoria de 243 individuos para estimar con una confianza del 95% y una precisión de un  $\pm 6$  unidades porcentuales, un porcentaje poblacional que se prevé alrededor del 35%. Si no se obtenía la muestra deseada en un primer sondeo, se haría una nueva muestra aleatoria hasta reclutar el número de individuos necesarios.

Se ha realizado un análisis valorando la significación estadística de las variables con el test de la chi al cuadrado y el de ANOVA, así como su correlación mediante la regresión logística multinomial.

**Tabla 1** Diferencias entre las personas que han contestado la encuesta y las que no

Variable	No (n = 175)	Sí (n = 278)	Total (n = 453)	p valor
Edad (años)	79,6 $\pm$ 8,9	76,7 $\pm$ 7,9	77,9 $\pm$ 8,4	< 0,001
Sexo, n (%)				0,765
Mujer	105 (60)	172 (61,9)	277 (61,1)	
Hombre	70 (40)	106 (38,1)	176 (38,9)	
Lugar donde vive, n (%)				< 0,001
Su casa	26 (56,5)	248 (91,5)	274 (86,4)	
Casa de los hijos	7 (15,2)	15 (5,5)	22 (6,9)	
Residencia	13 (28,3)	8 (3)	21 (6,6)	
Número de visitas al CAP (promedio de visitas al CAP por paciente en un año)	5,3 $\pm$ 5,6	7,4 $\pm$ 8,7	6,7 $\pm$ 7,8	0,004
Recibe atención domicilio, n (%)	15 (11,5)	18 (6,6)	33 (8,2)	0,146
Recibe ayuda social, n (%)	10 (33,3)	79 (30)	89 (30,4)	0,871
Tiene barrera arquitectónica, n (%)	2 (9,1)	49 (17,8)	51 (17,2)	0,453
Presenta alteración visión, n (%)	8 (16)	29 (10,5)	37 (11,3)	0,371
Presenta alteración audición, n (%)	7 (13,7)	12 (4,3)	19 (5,8)	0,021
Presenta alteración marcha, n (%)	8 (16,7)	30 (10,8)	38 (11,7)	0,358
Tiene problemas de salud, n (%)	11 (22,4)	19 (6,9)	30 (9,2)	0,001
Tiene medicina privada adicional, n (%)	16 (39)	144 (52,7)	160 (51)	0,141
Comorbilidad (GMA), n (%)				0,541
1	15 (10,6)	21 (7,7)	36 (8,7)	
2	41 (28,9)	68 (25)	109 (26,3)	
3	57 (40,1)	125 (46)	182 (44)	
4	29 (20,4)	58 (21,3)	87 (21)	
Consumo benzodiazepinas, n (%)	39 (27,5)	86 (31,4)	125 (30)	0,475
Consumo antidepresivos, n (%)	18 (12,6)	32 (11,6)	50 (11,9)	0,89
Tiene diagnóstico depresión, n (%)	41 (28,9)	87 (31,4)	128 (30,5)	0,674
Tiene enfermedad psiquiátrica, n (%)	8 (5,6)	1 (0,4)	9 (2,1)	0,002
Muestra deterioro cognitivo, n (%)	19 (13,9)	19 (6,9)	38 (9,2)	0,032

Los datos de aquellos que no han respondido se han obtenido del SISAP.

**Tabla 2** Distribución de las variables asociadas UCLA < 20 soledad severa, 20-30 soledad moderada y > 30 no soledad

Variable	Test UCLA	< 20 soledad severa (n = 52)	20-30 soledad moderada (n = 46)	> 30 no soledad (n = 178)	Total (n = 278)	p valor
Edad, media $\pm$ DE		76,3 $\pm$ 8,2	80,1 $\pm$ 8	75,8 $\pm$ 7,4	76,7 $\pm$ 7,9	0,005
Sexo, n (%)						0,248
Mujer		34 (65,4)	33 (71,7)	105 (59)	172 (62,3)	
Hombre		18 (34,6)	13 (28,3)	73 (41)	104 (37,7)	
Estado civil, n (%)						0,032
Soltero		4 (8,2)	7 (15,2)	26 (14,7)	37 (13,6)	
Casado		30 (61,2)	15 (32,6)	95 (53,7)	140 (51,5)	
Separado		1 (2)	2 (4,3)	12 (6,8)	15 (5,5)	
Viudo		14 (28,6)	22 (47,8)	44 (24,9)	80 (29,4)	
Lugar donde vive, n (%)						0,271
Su casa		92 (88,5)	156 (93,4)	248 (91,5)		
Casa de los hijos		9 (8,7)	6 (3,6)	15 (5,5)		
Residencia geriátrica		3 (2,9)	5 (3)	8 (3)		
Número de personas con que convive, media $\pm$ DE		1 $\pm$ 0,8	1 $\pm$ 1,2	1,3 $\pm$ 1,1	1,2 $\pm$ 1,2	0,035
Número de visitas al CAP, media $\pm$ DE		7,8 $\pm$ 7,9	9 $\pm$ 7,7	6,8 $\pm$ 9	7,4 $\pm$ 8,7	0,071
Recibe atención domicilio, n (%)		6 (11,8)	4 (8,9)	8 (4,6)	18 (6,7)	0,162
Recibe ayuda social, n (%)		11 (22,4)	24 (57,1)	44 (25,9)	79 (30,3)	< 0,001
Tiene barrera arquitectónica, n (%)		6 (12,2)	19 (41,3)	24 (13,5)	49 (17,9)	< 0,001
Presenta alteración vista, n (%)		5 (9,6)	5 (10,9)	18 (10,2)	28 (10,2)	0,979
Presenta alteración auditiva, n (%)		4 (7,7)	1 (2,2)	7 (4)	12 (4,4)	0,372
Presenta alteración de la marcha, n (%)		6 (11,5)	12 (26,1)	11 (6,2)	29 (10,5)	< 0,001
Tiene medicina privada adicional, n (%)		6 (11,5)	5 (10,9)	7 (4)	18 (6,6)	0,067
Tiene doble cobertura sanitaria, n (%)		25 (49)	25 (52,9)	92 (52,9)	142 (52,4)	0,852
Comorbilidad (GMA), n (%)						0,09
1		2 (3,9)	3 (6,7)	16 (9,2)	21 (7,8)	
2		17 (33,3)	7 (15,6)	44 (25,3)	68 (25,2)	
3		16 (31,4)	25 (55,6)	82 (47,1)	123 (45,6)	
4		16 (31,4)	10 (22,2)	32 (18,4)	58 (21,5)	
Consume benzodiazepinas, n (%)		18 (34,6)	16 (35,6)	51 (29,1)	85 (31,2)	0,599
Consume antidepresivos, n (%)		7 (13,5)	6 (13,3)	18 (10,2)	31 (11,3)	0,721
Diagnóstico depresión, n (%)		39 (36,4)	48 (28,2)	87 (31,4)		0,193
Diagnóstico enfermedad psiquiátrica, n (%)		1 (0,9)	0 (0)	1 (0,4)		0,815
Muestra deterioro cognitivo, n (%)		2 (3,8)	9 (19,6)	8 (4,5)	19 (6,9)	0,001
Valor medio encuesta Lubben, media $\pm$ DE		2 $\pm$ 4,6	11,6 $\pm$ 5,8	17,8 $\pm$ 6,5	13,7 $\pm$ 8,7	< 0,001
<12 con aislamiento (Lubben)		49 (94,2)	27 (58,7)	30 (16,9)	106 (38,4)	< 0,001
$\geq$ 12 sin aislamiento (Lubben)		3 (5,8)	19 (41,3)	148 (83,1)	170 (61,6)	

La revisión bibliográfica se ha realizado utilizando las siguientes palabras clave: *loneliness*, *social isolation*, *elderly* y *aging*.

## Resultados

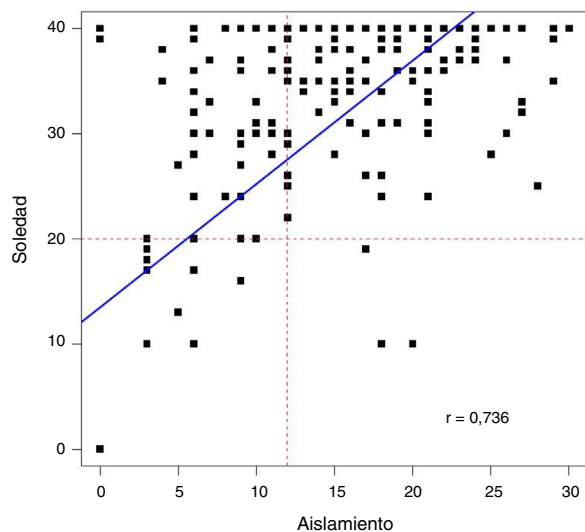
Se ha entrevistado a 278 personas, de las 453 seleccionadas aleatoriamente, lo que ofrece un índice de respuesta del 61,36%, 172 son mujeres y 106 hombres, con una edad media de 76,7  $\pm$  7,9 años. La [tabla 1](#) muestra las diferencias entre los individuos que han respondido la encuesta frente a los que no lo han hecho o no han podido ser contactados. Vemos que las variables significativamente asociadas a la no participación han sido mayor edad, vivir fuera del domicilio propio, visitarse menos en el centro de atención primaria,

presentar problemas de salud importantes así como problemas auditivos, demencia o enfermedad psiquiátrica grave.

La prevalencia de la sensación de soledad declarada mediante la encuesta UCLA es del 35,25%, presentando el 18,71% de la población un grado severo y el 16,54% un grado moderado. La [tabla 2](#) describe las características de la población con relación al grado de soledad. Las variables asociadas a la sensación de soledad son la edad, el estado civil, vivir solo, tener ayuda domiciliar social, referir barreras arquitectónicas que dificultan o impiden la salida a la calle, presentar alteraciones de la marcha, deterioro cognitivo y referir aislamiento social. El grupo de soledad severa muestra una tendencia no significativa a la depresión. El análisis por regresión logística multinomial ([tabla 3](#)) muestra que el perfil de las personas que presentan una soledad severa es muy similar al de los que

**Tabla 3** Variables asociadas de forma independiente a las personas con soledad severa y moderada medida con el test de UCLA (regresión logística multinomial)

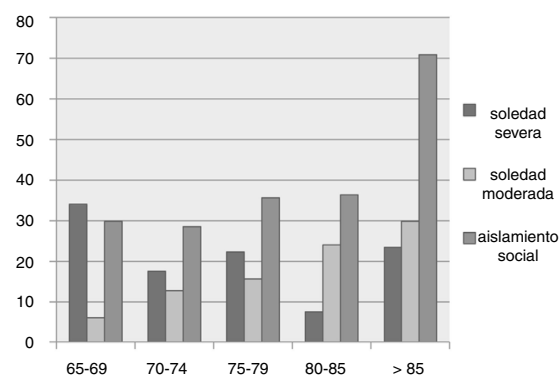
Variable	Puntuación test de UCLA	
	< 20 vs. > 30 Soledad severa vs. no soledad	20-30 vs. > 30 Soledad moderada vs. no soledad
Edad	1,01 (0,95-1,07)	1,05 (0,99-1,12)
Estado civil		
Soltero	REF	REF
Casado	3,19 (0,85-11,98)	0,65 (0,19-2,18)
Separado	0,55 (0,05-6,24)	0,49 (0,06-4,29)
Viudo	2,19 (0,53-9,12)	1,31 (0,37-4,71)
Vive solo	0,61 (0,40-0,93)	0,84 (0,58-1,23)
Tiene ayuda social	0,56 (0,22-1,42)	1,03 (0,4-2,62)
Tiene barrera arquitectónica	0,95 (0,32-2,81)	5,29 (2,12-13,23)
Presenta alteración de la marcha	2,62 (0,74-9,27)	3,09 (1,03-9,29)
Muestra deterioro cognitivo	0,89 (0,17-4,67)	3,97 (1,19-13,27)

**Figura 1** Correlación entre las escalas de soledad (UCLA) y de aislamiento social (Lubben Social Network Scale).

no sienten soledad, únicamente se diferencian en que conviven con un número inferior de personas (OR 0,61, IC del 95%, 0,40-0,93), mientras que las que muestran una soledad moderada en comparación con las que no se sienten solas tienen más barreras arquitectónicas (OR 5,29, IC del 95%, 2,12-13,23), más problemas en la marcha (OR 3,09, IC del 95%, 1,03-9,29) y mayor deterioro cognitivo (OR 3,97, IC del 95%, 1,19-13,27).

La sensación de soledad está estrechamente relacionada con la presencia de aislamiento social. Los resultados de ambas encuestas tienen una correlación de 0,736 como se muestra en la figura 1. La figura 2 muestra la distribución de la prevalencia de soledad y aislamiento social por grupos de edad.

El riesgo de aislamiento social medido con la escala de red social de Lubben en la población estudiada es del 38,85%. Las variables asociadas a este riesgo son recibir atención domiciliaria, presentar problemas de la marcha, tener problemas graves de salud, un mayor grado de comorbilidad y

**Figura 2** Porcentaje de individuos con percepción de soledad (soledad moderada o severa) y aislamiento social por grupos de edad.

sentirse solo (tabla 4). La regresión logística muestra que solo la edad avanzada (OR 1,06, IC del 95%, 1,02-1,10) y los problemas de salud (OR 4,35, IC del 95%, 1,11-16,99) se asocian de forma independiente al riesgo de aislamiento social (tabla 5).

## Discusión

Observamos que un tercio de las personas mayores de 65 años de esta área urbana se encuentran en riesgo de aislamiento social y se sienten solas, una proporción similar a la de los entornos urbanos de países desarrollados<sup>1</sup>. Estas personas se dividen en 2 grandes grupos. Una mitad se siente moderadamente sola, tiene poco riesgo de aislamiento social ya que posee una red de familiares y amigos pero muestra problemas de la marcha, deterioro cognitivo o tiene barreras arquitectónicas en su domicilio que le dificultan la socialización. Este grupo tiene una prevalencia creciente a lo largo de los grupos de edad, especialmente a partir de los 85 años (fig. 2). La otra mitad se siente profundamente sola, convive con menos personas y tiene un alto riesgo de aislamiento social, pero no tiene unas características que la distinguen. Su perfil personal es equiparable

**Tabla 4** Descripción de las variables de los pacientes asociadas a aislamiento social medidas mediante la encuesta Lubben < 12 (aislamiento social), > 12 (no aislado)

Variable	Lubben < 12 (n = 108)	Lubben ≥ 12 (n = 170)	Total (n = 278)	p valor
Edad (años), media ± DE	79,5 ± 8,7	75 ± 6,8	76,7 ± 7,9	< 0,001
Sexo, n (%)				0,67
Mujer	69 (63,9)	103 (60,6)	172 (61,9)	
Hombre	39 (36,1)	67 (39,4)	106 (38,1)	
Estado civil, n (%)				0,052
Soltero	11 (10,5)	27 (16)	38 (13,9)	
Casado	48 (45,7)	92 (54,4)	140 (51,1)	
Separado	5 (4,8)	10 (5,9)	15 (5,5)	
Viudo	41 (39)	40 (23,7)	81 (29,6)	
Lugar donde vive, n (%)				0,208
Su casa	92 (88,5)	156 (93,4)	248 (91,5)	
Casa de los hijos	9 (8,7)	6 (3,6)	15 (5,5)	
Residencia	3 (2,9)	5 (3)	8 (3)	
Vive solo, n (%)	1,1 ± 1,2	1,3 ± 1,2	1,2 ± 1,2	0,058
Número de visitas al CAP, media ± DE	7,8 ± 7,7	7,1 ± 9,3	7,4 ± 8,7	0,479
Tiene atención domicilio, n (%)	14 (13,2)	4 (2,4)	18 (6,6)	0,001
Tiene ayuda social, n (%)	37 (37)	42 (25,8)	79 (30)	0,073
Tiene barrera arquitectónica, n (%)	24 (22,9)	25 (14,7)	49 (17,8)	0,12
Presenta alteración visual, n (%)	12 (11,2)	17 (10)	29 (10,5)	0,904
Presenta alteración auditiva, n (%)	8 (7,5)	4 (2,4)	12 (4,3)	0,082
Presenta alteración de la marcha, n (%)	19 (17,8)	11 (6,5)	30 (10,8)	0,006
Tiene problemas de salud, n (%)	15 (14,2)	4 (2,4)	19 (6,9)	< 0,001
Tiene doble cobertura sanitaria, n (%)	61 (58,1)	83 (49,4)	144 (52,7)	0,202
Comorbilidades (GMA), n (%)				0,006
1	4 (3,8)	17 (10,2)	21 (7,7)	
2	24 (22,9)	44 (26,3)	68 (25)	
3	44 (41,9)	81 (48,5)	125 (46)	
4	33 (31,4)	25 (15)	58 (21,3)	
Consumo de benzodiazepinas, n (%)	38 (35,8)	48 (28,6)	86 (31,4)	0,258
Consumo de antidepresivos, n (%)	13 (12,3)	19 (11,2)	32 (11,6)	0,935
Tiene diagnóstico de depresión, n (%)	39 (36,4)	48 (28,2)	87 (31,4)	0,193
Tiene enfermedad psiquiátrica, n (%)	1 (0,9)	0 (0)	1 (0,4)	0,815
Deterioro cognitivo, n (%)	11 (10,3)	8 (4,7)	19 (6,9)	0,123
Test de UCLA, media ± DE	18,7 ± 15,9	36,5 ± 5,4	29,7 ± 13,8	< 0,001
< 20 soledad severa	49 (46,2)	3 (1,8)	52 (18,8)	< 0,001
20-30 Soledad moderada	27 (25,5)	19 (11,2)	46 (16,7)	
> 30 sin soledad	30 (28,3)	148 (87,1)	178 (64,5)	

al de la población que no se siente sola. Parece que los primeros aceptarían mejor su soledad posiblemente porque la relacionan con unas limitaciones que pueden entenderse como una consecuencia natural del propio proceso de envejecimiento<sup>23,24</sup>. En cambio, el otro grupo no muestra unos factores objetivos que expliquen su aislamiento social y su sensación de soledad severa. Solo muestra una tendencia, no significativa, a que exista una mayor proporción de diagnósticos de depresión, si bien esta asociación no significa que exista una relación causal. Esta observación está en la línea de algunos estudios<sup>1,23,25,26</sup> que señalan que los pacientes con trastornos maladaptativos, síntomas depresivos o enfermedades mentales tienden a aislarse de sus semejantes. En todos los grupos de edad la proporción de personas que se sienten solas es similar a las que refieren estar aisladas, excepto en el grupo de mayor edad, en el

que un grupo de personas con aislamiento social no se siente sola (fig. 2). En la figura 1 también observamos que existe un pequeño grupo que se siente severamente solo y en cambio dispone de una adecuada red social, seguramente es el subgrupo que otros autores han identificado como de alto riesgo de presentar demencia<sup>27</sup>. Esta diferencia en el perfil de las personas que se sienten solas hace pensar que cada una de ellas se beneficiaría de una intervención distinta.

El índice de respuesta del 61,37% es similar al de otras encuestas telefónicas<sup>26</sup>. Sin embargo, el hecho de que los que no respondieron mostraban una mayor proporción de variables asociadas a la soledad y al riesgo de aislamiento social hace pensar que la prevalencia posiblemente sea superior a la observada. Es esperable que las personas mayores que se sienten solas recelen de un encuestador que les interroga sobre su situación de soledad y aislamiento social.

**Tabla 5** Variables de los pacientes asociadas a aislamiento social medidas con la encuesta de Lubben

Variables	Aislamiento social vs. no aislamiento según test de Lubben < 12 vs. ≥ 12
<b>Edad</b>	1,06 (1,02-1,10)
<i>Tiene atención domicilio</i>	2,34 (0,58-9,37)
<i>Tiene alteración de la marcha</i>	0,69 (0,21-2,26)
<b>Tiene problemas de salud</b>	4,35 (1,11-16,99)
<i>Comorbilidades (GMA)</i>	
1	REF
2	2,32 (0,68-7,88)
3	1,83 (0,57-5,93)
4	2,62 (0,72-9,50)

Lubben < 12 (aislamiento social) vs. Lubben ≥ 12 (no aislamiento social) (regresión logística).

Pero las encuestas realizadas en el centro de salud o en los propios domicilios, también muestran dificultades para acceder a la totalidad de la población<sup>28</sup>. Las dificultades comunicativas por problemas sensoriales o deterioro cognitivo también son barreras a la sociabilidad y, por lo tanto, se asocian a la soledad.

Como en el resto de los estudios, la sensación de soledad y el riesgo de aislamiento social van totalmente aparejados<sup>9,27,29-31</sup> y se asocian fundamentalmente a dificultades para la movilización y la comunicación<sup>9,18</sup>. A pesar de que no hemos hallado asociación entre comorbilidad objetiva y sensación de soledad y aislamiento social, como en otros estudios<sup>32</sup>, coincidimos con una encuesta danesa<sup>33</sup> al señalar que aislamiento social se asocia a una peor percepción de salud. Tampoco encontramos que las personas que se sienten solas o aisladas consulten más al sistema sanitario, como sí parece que ocurre en Canadá<sup>34</sup>.

Este estudio muestra que no existen unas variables que ayuden a identificar claramente las personas que tienen problemas de soledad severa en la población que atendemos. Por el momento, la mejor forma de identificarlas es administrando cuestionarios o mediante entrevista clínica en la consulta. La limitada efectividad de las intervenciones disponibles<sup>15-18</sup> sobre este determinante de salud no justifica la realización de cribados sistemáticos mediante encuestas pero, a juzgar por su alta prevalencia en la población anciana, parece prudente realizar un cribado oportunista y promover intervenciones comunitarias. Se proponen estrategias orientadas a mejorar las habilidades sociales, mejorar el apoyo social, aumentar las oportunidades para el contacto social y abordar los déficits de la cognición social<sup>9,15-18</sup>.

Una reciente revisión sistemática muestra que existe una asociación entre soledad y la forma en cómo se afrontan las situaciones. Así, las personas que hacen frente a los problemas tienen menores niveles de soledad que aquellas que se centran en las emociones. Concluyen que formar sobre la manera de usar las estrategias para afrontar las situaciones vitales podría ser una intervención efectiva<sup>35</sup>. En este sentido, los equipos de atención primaria, además de facilitar que los recursos sociales y ciudadanos de su comunidad promuevan actividades de socialización y compañía, deberían realizar también programas específicos de identificación de

personas de alto riesgo para incluirlas en actividades de educación sanitaria individual y grupal que les ayuden a abordar su soledad.

Dado que el estudio se limita a una única área básica de salud, sería interesante comprobar si estos 2 perfiles diferenciados de personas que se sienten solas también existen en otros entornos. En la misma línea deberíamos investigar si efectivamente las intervenciones diferenciadas según estos perfiles de soledad son una estrategia realmente efectiva para actuar sobre este condicionante de salud.

Concluimos que la soledad y el aislamiento social son unos condicionantes de salud muy prevalentes en nuestra población. Existen 2 grupos de personas solas, uno muestra una soledad moderada vinculada al envejecimiento y a las barreras a la socialización, y otro siente una soledad muy severa pero sin unas características específicas que aparentemente la expliquen. El primero posiblemente se beneficiaría de actividades de prescripción social y eliminación de barreras, mientras que el segundo podría ser tributario de ser identificado de forma oportunista en la consulta y posteriormente ayudado mediante instrumentos de soporte psicológico. Se sugiere que los equipos de atención primaria aborden este condicionante de salud mediante actividades comunitarias y de educación sanitaria individuales y grupales.

### Lo conocido sobre el tema

- En los países desarrollados, la prevalencia de la soledad se sitúa entre el 20 y el 40% de la población anciana, atendiendo a la metodología de estudio utilizada y a la definición considerada.
- En España, el 36,8% de las personas mayores de 65 años viven en hogares unipersonales.
- La soledad y el aislamiento social se asocian a una mayor mortalidad, especialmente por enfermedad mental y cardiovascular.
- Los equipos de atención primaria también participan en programas de abordaje de la soledad, básicamente desarrollando programas de prescripción social.

### Qué aporta el estudio

- La encuesta telefónica subestima la prevalencia de soledad y aislamiento social.
- Existen 2 perfiles de soledad, una moderada relacionada con las dificultades a la sociabilidad que aparecen con el envejecimiento y otra severa que no está asociada a la salud o las barreras y que únicamente puede identificarse por encuestas o entrevista clínica.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Agradecimientos

Nuestro agradecimiento a los compañeros que nos han ayudado a realizar el estudio: Anna Pereira, Vanesa Jorge, Leticia Fresco, Cristina Méndez-Trelles, Anna Aída Martí Arasa, Elena Lagarda, Carmen Herranz, Iolanda Mancera, Cristina Carrascal, Paul Sanz y Sara Rodríguez.

## Bibliografía

- Manfred E, Beutel E, Klein E, Brähler I, Reiner C, Jünger M, et al. Loneliness in the general population: prevalence, determinants and relations to mental Health. *BMC Psychiatry*. 2017;17:97, <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-017-1262-x>.
- Ong AD, Uchino BN, Wethington E. Loneliness and health in older adults: A mini-review and synthesis. *Gerontology*. 2016;62:443–9.
- Beaumont J. Measuring national well being, older people and loneliness Office of National Statistics. 2013 [consultado 18 May 2018]. Disponible en: <https://www.churchillretirement.co.uk/assets/Research-Publications/older-people-and-loneliness-2013-3.pdf>.
- IMERSO. Informe 2016. Las personas mayores en España [consultado 22 Nov 2017]. Disponible en: [www.imerso.es/imerso.01/documentacion/estadisticas/informe\\_ppmm/index.htm](http://www.imerso.es/imerso.01/documentacion/estadisticas/informe_ppmm/index.htm).
- Informe sobre l'estat de serveis socials a Catalunya 2016 [consultado 15 Feb 2018]. Disponible en: [http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits\\_tematicos/15serveissocials/sistema\\_catala\\_serveis\\_socials/documents/informe\\_estat\\_serveis\\_socials/informe\\_ss\\_2016.pdf](http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematicos/15serveissocials/sistema_catala_serveis_socials/documents/informe_estat_serveis_socials/informe_ss_2016.pdf).
- Departament d'Estadística. Font: Lectura del Padró Municipal d'Habitants a 30 de gener de 2016. Ajuntament de Barcelona [consultado Dic 2017]. Disponible en: <http://www.bcn.cat/estadistica/catala/dades/guiabcn/pobbcn/t12.htm>.
- Agencia de Salut Pública de Barcelona. Enquesta de Salut de Barcelona 2011. Resultats Detallats. 2011 [consultado Jul 2018]. Disponible en: <http://www.aspb.cat/documents/enquesta-salut-barcelona-2011-resultats-detallats/>.
- Gené-Badía J, Ruiz-Sánchez M, Obiols-Masó N, Oliveras Puig L, Lagarda Jiménez E. Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2016;48:604–9.
- Leigh-Hunt N, Baguley D, Bash K, Turner V, Turnbull S, Valtorta N, et al. An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*. 2017;152:157–71, <http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2017.07.035>.
- Díez E, Dabana F, Pasarín M, Artazcoza L, Fuertesa C, López J, et al. Evaluación de un programa comunitario para reducir el aislamiento de las personas mayores debido a barreras arquitectónicas. *Gaz Sanit*. 2014;28:386–8.
- Juan DN, Páez MM. La soledad en España. Madrid: Fundación ONCE y Fundación AXA; 2015.
- Dixon MP. Report of the annual social prescribing network conference. 2016 [consultado 11 May 2017]. Disponible en: [www.westminster.ac.uk/file/52171/download](http://www.westminster.ac.uk/file/52171/download).
- Jopling K. Promising approaches to reducing loneliness and isolation in later life. 2015 [consultado 11 May 2017]. Disponible en: [www.campaigntoendloneliness.org/wp-content/uploads/Promising-approaches-to-reducing-loneliness-and-isolation-in-later-life.pdf](http://www.campaigntoendloneliness.org/wp-content/uploads/Promising-approaches-to-reducing-loneliness-and-isolation-in-later-life.pdf).
- Centre for Reviews and Dissemination. Evidence to inform the commissioning of social prescribing. University of York 2015 [consultado 11 May 2017]. Disponible en: [www.york.ac.uk/media/crd/Ev%20briefing\\_social\\_prescribing.pdf](http://www.york.ac.uk/media/crd/Ev%20briefing_social_prescribing.pdf).
- Dickens AP, Richards SH, Greaves CJ, Campbell JL. Interventions targeting social isolation in older people: A systematic review. *BMC Public Health*. 2011;11:647.
- Masi CM, Chen H-Y, Hawkey LC, Cacioppo JT. A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Pers Soc Psychol Rev*. 2011;15:219–66.
- Cacioppo S, Grippo AJ, London S, Goossens L, Cacioppo JT. Loneliness: Clinical import and interventions. *Perspect Psychol Sci*. 2015;10:238–49.
- Chen YR, Schulz PJ. The effect of information communication Technology interventions on reducing social isolation in the elderly: A systematic review. *J Med Internet Res*. 2016;18:e18.
- Agència de Salut Pública de Barcelona. La Salut de les ABS [consultado Jul 2018]. Disponible en: <http://www.aspb.cat/arees/la-salut-en-xifres/la-salut-a-les-abs/>.
- Velarde-Mayola C, Fragua-Gilb S, García-de-Ceciliac JM. Validación de la escala de soledad de UCLA y perfil social en la población anciana que vive sola. *Semergen*. 2016;42:177–83.
- Lubben J, Gironde M. Centrality of social ties to the health and well being of older adults. En: Berkman B, Harooytan L, editores. *Social work and health care in an aging world: Informing education, policy, practice, and research*. New York: Springer; 2003. p. 319–50.
- David M, Emili V, Montse C, y grupo colaborativo GMA. Los grupos de morbilidad ajustados: nuevo agrupador de morbilidad poblacional de utilidad en el ámbito de la atención primaria. *Aten Primaria*. 2016;48:674–82.
- Lim KK, Chan A. Association of loneliness and healthcare utilization among older adults in Singapore. *Geriatr Gerontol Int*. 2017;17:1789–98.
- Perlman D, Peplau LA. *Toward a social psychology of loneliness*. En: Duck S, Gilmour R, editores. *Personal relationships: Personal relationships in disorder*. London: Academic Press; 1981. p. 31–56.
- Chrostek A, Grygiel P, Anczewska M, Wciórka J, Świtaj P. The intensity and correlates of the feelings of loneliness in people with psychosis. *Compr Psychiatry*. 2016;70:190–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.07.015>.
- Galenkamp H, Gagliardi C, Principi A, Golinowska S, Moreira A, Schmidt AE, et al. Predictors of social leisure activities in older Europeans with and without multimorbidity. *Eur J Ageing*. 2016;13:129–43, <http://dx.doi.org/10.1007/s10433-016-0375-2>.
- Holwerda TJ, Deeg DJH, Beekman ATF, van Tilburg TG, Stek ML, Jonker C, et al. Feelings of loneliness, but not social isolation, predict dementia onset: Results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL) *Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2014;85:135–42.
- Hughes ME, Waite LJ, Hawkey LC, Cacioppo JT. A short scale for measuring loneliness in large surveys: Results from two population-based studies. *Res Aging*. 2004;26:655–72.
- Kriegsman DM, Penninx BW, van Eijk JT, Boeke AJ, Deeg DJ. Self-reports and general practitioner information on the presence of chronic diseases in community dwelling elderly. A study on the accuracy of patients' self-reports and on determinants of inaccuracy. *J Clin Epidemiol*. 1996;49:1407–17.
- Nicholson NR. A review of social isolation: An important but underassessed condition in older adults. *J Prim Prev*. 2012;33:137–52.
- Hawton A, Green C, Dickens AP, Richards SH, Taylor RS, Edwards R, et al. The impact of social isolation on the health status and health-related quality of life of older people. *Qual Life Res*. 2011;20:57–67.
- Stubbs B, Vancampfort D, Veronese N, Kahl KG, Mitchell AJ, Lin PY, et al. Depression and physical health multimorbidity: Primary data and country-wide meta-analysis of population data from 190 593 people across 43 low- and middle-income



- countries. *Psychol Med.* 2017;47:2107–17, <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291717000551>.
33. Jessen MAB, Pallesen AVJ, Kriegbaum M, Kristiansen M. The association between loneliness and health - a survey-based study among middle-aged and older adults in Denmark. *Aging Ment Health.* 2018;22:1338–43, <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2017.1348480>.
34. Hand C, McColl MA, Birtwhistle R, Kotecha JA, Batchelor D, Barber KH. Social isolation in older adults who are frequent users of primary care services. *Can Fam Physician.* 2014;60(e322):e324–9.
35. Deckx L, van den Akker M, Buntinx F, van Driel M. A systematic literature review on the association between loneliness and coping strategies. *Psychol Health Med.* 2018;13:1–18, <http://dx.doi.org/10.1080/13548506.2018.1446096>.