

Soledad en el Adulto Mayor en España

Una Revisión Sistémica

Curso Académico

2022/2023

Nombre

Rodríguez Domínguez, Tania

Tutora Académica

Máiquez Chaves, María Luisa

Máster de Intervención y Mediación Familiar, Social y Comunitaria

Agradecimientos

*Agradezco profundamente el amor y el gran apoyo
que he recibido de mi familia y de mi pareja.*

*Sin su presencia en mi vida, mis sueños no
se habrían hecho realidad.*

Gracias por siempre.

Índice

Resumen.....	3
Abstract.....	4
1. Introducción.....	5
2. Antecedentes.....	5
2.1. Definición de Soledad.....	6
2.2. La Soledad, Perspectivas y su Relación con el Envejecimiento.....	7
2.3. Diferencias Culturales sobre la Familia y el Cuidado.....	10
2.4. Informes y Datos de la Soledad en Mayores.....	11
3. Objetivos.....	13
4. Metodología.....	13
4.1 Estrategia de Búsqueda Literaria.....	14
4.2 Criterios de Inclusión y Exclusión de Estudios.....	14
4.3 Selección y Codificación de las Investigaciones.....	14
5. Resultados de la Investigación.....	15
6. Discusión.....	24
7. Conclusiones.....	28
8. Referencias.....	29
Anexos.....	35
• Anexo 1.....	35

Índice de Figuras

1. Figura 1.....	15
------------------	----

Índice de Tablas

1. Tabla 1.....	12
2. Tabla 2.....	35
3. Tabla 3.....	22

Resumen

La siguiente investigación tiene como objetivo principal realizar un análisis actualizado de la situación de las personas mayores en España que viven solas y/o manifiestan sentimientos de soledad, además de llevar a cabo una comparativa con la situación de los adultos mayores de algunos países de Europa. Para ello, se ha realizado una revisión sistemática utilizando la declaración PRISMA, identificándose 988 registros de las bases de datos internacionales. Tras el proceso de cribado se han seleccionado 12 estudios cuyo análisis ha permitido identificar tipos de estudios, ámbito, objetivos, resultados, así como reportar su calidad metodológica; tipo de estudio tamaño de la muestra, dimensiones de análisis las técnicas e instrumentos y análisis de datos. Los resultados fueron que los sentimientos de soledad en las personas mayores tienden a aumentar con la edad, aunque las relaciones sociales y/o familiares, el ocio, las actividades físicas o culturales pueden disminuir estos sentimientos y contribuir con la felicidad y e inserción social de los adultos mayores, así como mejorar su salud y bienestar en general. Aunque, dependiendo del país o zona del continente europeo, los resultados pueden presentar algunas variaciones.

Palabras Clave: soledad, aislamiento social, exclusión social, envejecimiento, vejez.

ABSTRACT

The main objective of the following investigation is to carry out an updated analysis of the situation of the elderly in Spain who live alone and/or express feelings of loneliness, in addition to carrying out a comparison with the situation of the elderly in some European countries. For this, a systematic review has been carried out using the PRISMA statement, identifying 988 records from international databases. After the screening process, 12 studies have been selected whose analysis has made it possible to identify types of studies, scope, objectives, results, as well as report their methodological quality; type of study sample size, dimensions of analysis techniques and instruments and data analysis. The results were that feelings of loneliness in the elderly tend to increase with age, although social and/or family relationships, leisure, physical or cultural activities can reduce these feelings and contribute to the happiness and social integration of the elderly older adults, as well as improve their health and well-being in general. Although, depending on the country or area of the European continent, the results may present some variations.

Keywords: loneliness, social isolation, social exclusion, aging, old age.

1. Introducción

La situación de los adultos mayores, debido a diversos motivos, cuenta con un creciente interés en las últimas décadas en Europa. Numerosos autores han investigado el tema durante años, incluyendo a países como España, ya que su población se encuentra cada vez más envejecida como consecuencia de la suma de diferentes factores (aumento de la esperanza de vida, baja mortalidad, bajo número de nacimientos, etc). A este envejecimiento de la población habría que sumarle el cambio cultural y de dinámicas familiares que se experimenta en el país, así como los prejuicios tradicionales asociados al envejecimiento y el incipiente cambio de percepción de la vejez que empieza a surgir dentro de nuestra sociedad. A este creciente interés por estudiar la realidad de la población mayor, se suma la progresiva preocupación sobre otro fenómeno asociado al proceso de envejecimiento, la soledad. El presente trabajo analizará la situación en la que se encuentran las personas mayores que, debido a sus circunstancias y al contexto en el que se encuentran, viven solas o bien manifiestan tener sentimientos de soledad.

Para alcanzarlo, en primer lugar, se lleva a cabo un recorrido por los antecedentes de la problemática, investigando en las definiciones de vejez, envejecimiento y soledad. En segundo lugar, se desarrolla el método PRISMA, en el cual se concretan los objetivos de la revisión sistémica y se clarifican los criterios utilizados de inclusión y exclusión de los estudios en el protocolo de búsqueda. En tercer lugar, se revelan los resultados desde las características descriptivas y metodológicas de las investigaciones incluidas. En cuarto lugar, se muestra una discusión donde se procura llevar a cabo una reflexión de las cuestiones más relevantes. Por último, se muestran las principales conclusiones obtenidas en el trabajo, y relacionadas con los objetivos trazados.’

2. Antecedentes y Marco Teórico

Según Sauvy et al. (1972), el interés por el envejecimiento es debido a los cambios en la demografía de la población y en la sociedad en las últimas décadas.

Muchos autores entre 1960 y 1990 delimitan la vejez de forma cronológica. Neugarten (1975) separa a las personas que tienen una edad anterior y posterior a los 75 años. Riley (1988) llama viejos-viejos a los que tienen entre 75 y 85 años, y viejos-más

viejos, los de 85 o más. Busse y Pfeiffer (1969) diferencia entre un envejecimiento normal y el patológico. Baltes y Baltes (1990) y Rowe y Khan (1997) proponen la vejez satisfactoria. Aunque todos coinciden en que a partir de los 75 años tienden a tener más necesidades de apoyo y más factores de riesgo.

La vejez es un concepto según el contexto (social, económico, político, etc) en el que se desarrolla; ya que cada sociedad y cultura le da sus propios significados, procesos de transición y evolutivos. Tampoco es unilineal porque no hay vivencias idénticas, y dependen del contexto; por lo que hay distintas formas de envejecer (Casal et al., 1988).

Fernández y Kehl (2001) también consideraron que “*la construcción social de la vejez influyen diversos factores sociales y percepciones comunes*”. Asimismo, describen que en aquellas sociedades complejas de origen postindustrial, las personas mayores son muy diversas y poseen diferencias (en base al género, clase social, etnia, etc).

Además, Minois (1987) afirma que la vejez ha sido vista de diferentes maneras dependiendo de la cultura. En ciertas culturas africanas es un honor, mientras que en las culturas orientales se les da un profundo respeto. Sin embargo, es menospreciada en sociedades donde se exalta el culto a la belleza y al cuerpo, como en la occidental. Y es tolerada en las sociedades que le dan más importancia a la belleza espiritual.

Según Yanguas (2021), la vejez es un momento vital caracterizado por mayores probabilidades de pérdidas y el incremento de la vulnerabilidad, así como por el final natural del ciclo de la vida. Teniendo en cuenta el punto de vista psicológico y social, los sentimientos de soledad no deseada en los adultos mayores conduce a una mayor probabilidad de padecer problemas de salud mental (como la depresión y la ansiedad), y un deterioro progresivo del bienestar y la satisfacción general por la vida. A su vez, también puede contribuir al olvido y a la invisibilización dentro de la sociedad, a tener una visión negativa sobre la vejez por el desconocimiento y los estereotipos (los mayores son una carga, dependientes, y al deterioro físico y mental).

2.1 Definición de soledad.

La soledad es un tema que se encuentra muy presente a lo largo de la historia de la humanidad, la cual se ha visto reflejada tanto en la música, la poesía y la literatura (Karnick, 2005). Aunque se trata de una de las experiencias más conocidas de forma

universal por el ser humano, es un concepto difícil de definir, no cuantificable y complejo. La sensación de soledad muchas veces resulta penosa para las personas, a las cuales les es difícil admitir abiertamente este sentimiento a otros (Brage y Meredith, 1994).

Es un concepto ampliamente definida por diversos autores. Se trata de un sentimiento definido como *“un estado o calidad de ser solitario, estar apartado de otros, aislamiento, ser infeliz estando solo; o anhelo de amigos o de compañía”* (McKechnie, 1983).

Sin embargo, según el Oxford English Dictionary (2008), la soledad es definida como *“la calidad o condición de estar solitario; la necesidad de la sociedad o la compañía; el sentimiento de estar solo; el sentido de soledad; o el desaliento que surge de la necesidad de compañía”*.

Un autor más reciente, como Yanguas (2021), afirma que la soledad es considerada como uno de los mayores retos a los que se deben enfrentar las sociedades occidentales del siglo XXI. Esto es debido a varios factores, los cuales unidos crean las condiciones necesarias para que este sentimiento aflore (como el aumento progresivo de la esperanza de vida, nuevos tipos de convivencia, otras formas del uso del tiempo, los cambios en los modelos familiares y de la sociedad). Además de que nos ofrecen una realidad personal y social más compleja y diversa.

2.2. La soledad, perspectivas y su relación con el Envejecimiento.

Según Rubio (2009), existen diversos estudios entre los años 70 y 80 sobre la soledad, como el de Seligman (1975) que habla de la soledad objetiva o "isolation" y sus resultados psicológicos en las personas. Otros estudios destacados son los de Curry y Ratliff (1973), Levine (1980) y Miller y Silverstone (1980), los cuales versan sobre las consecuencias de la soledad en la vida de los individuos dentro de las instituciones. Evans et al., (1982) y Managan et al., (1974) investigaron sobre la soledad durante el abandono o desde la enfermedad; mientras que Myerson (1980) llevó a cabo un estudio sobre ésta como uno de los mecanismos de defensa de las personas.

Álvarez (1983) mostró en su investigación la existencia de dos dimensiones de soledad: la soledad exterior y la interior, las cuales se refieren a lo que se vive dentro del

entorno y a lo que la persona siente. Décadas más tarde, Aleixandre y Rubio (2001) y Rubio (2004) afirman que la soledad se puede entender desde dos dimensiones distintas: la objetiva, que consiste en que la persona viva sola; y la subjetiva, la cual supone que ésta se sienta sola. Esta diferenciación logra que haya otras formas distintas de definir y de entenderla (no se relaciona solamente con las ausencias), así como de diferenciar los diferentes tipos de soledad.

Otra de las teorías sostiene que la soledad puede ser comprendida bajo cuatro perspectivas: la cognitiva (la soledad es tomada como una disonancia entre las relaciones sociales que un individuo desea tener y las que realmente posee); el interaccionismo (es entendida desde el punto de vista de la falta de relaciones significativas y/o íntimas, además de la insuficiente vinculación a nivel comunitario); la psicodinámica (como parte de las consecuencias negativas por la necesidad de tener cierta intimidad o relaciones interpersonales); y el existencialismo (la soledad es una realidad de carácter consustancial al individuo y al ser humano en su conjunto que puede originar angustia y dolor, pero al mismo tiempo puede suponer la posibilidad de realizar cosas nuevas, de cavilar y puede ayudar a las personas a comprenderse mejor a ellas mismas). De este modo, se puede decir que existen distintos tipos de soledades y que resultan muy comunes en las personas, siendo un sentimiento que casi todas o todas las personas vivimos a lo largo de la vida (Peplau y Perlman, 1982).

De este modo, autores como Karnick (2005), el cual percibe a la soledad como un problema que ha sido repetidamente negado como un trastorno, y el cual precisa de una atención seria. Afirma que los individuos que la sufren no quieren reconocer que se sienten o se encuentran solos debido a los sentimientos de vergüenza o problemas para superar el aislamiento.

Otras investigaciones indican que este problema, por lo general, no se asocia con búsqueda de ayuda especializada por parte de las personas afectadas porque no se percibe como algo patológico, sino como una parte más de la vida y la existencia humana (Lauder et al., 2004).

Estas afirmaciones coinciden con Piña (2004), el cual indica que, en el ciclo vital, en muchas ocasiones la vejez arrastra una serie de mitos, estigmas y estereotipos impuestos por la sociedad y por las propias personas mayores, ya que consideran que

esta etapa de la vida está ligada a la pérdida de seres queridos, a la muerte y a la decadencia. Esto se debe a que existe una percepción negativa global hacia el envejecimiento, incluso existe un cierto temor en algunas personas a llegar a la vejez y al proceso vital, sin ser conscientes que se trata de otra etapa más de la vida del ser humano. Este temor a envejecer se puede ver reflejado en los distintos medios de comunicación, en la relación que crean entre el envejecimiento, la enfermedad, la debilidad o la fealdad. Estas relaciones favorecen que la sociedad perciba a la vejez desde el rechazo y/o desde la negación.

Rubio (2004) advierte que cualquier persona puede vivir sola y al mismo tiempo experimentar una falta de compañía. Con cierta asiduidad, los adultos mayores se ven obligados a vivir solos, aunque no siempre implica un hecho desagradable para ellos, ya que algunos lo perciben como una realidad enriquecedora o incluso deseada. En otras palabras, el que una persona esté sola no siempre se considera un problema. Aunque según las estadísticas realizadas, entre el 60-70% de personas ancianas que viven solas afirman percibir soledad en sus vidas (Castejón et al., 2010; Aleixandre y Rubio, 2001). En contraste, también es posible que algunos individuos que conviven con otras personas tengan sentimientos de vacío emocional con sentimientos de nostalgia, tristeza o añoranza por seres queridos, algo que suele acompañar a sensaciones de soledad no buscada, ni deseada por el individuo (Aleixandre y Rubio, 2001).

López (2004) advierte que, en su faceta más negativa, la soledad constituye uno de los principales problemas que afectan cotidianamente aquellos mayores que habitan en hogares unipersonales. Este mal es interpretado como consustancial al tipo de vida que llevan a cabo y puede adquirir un doble sentido o dimensión.

Según un estudio, entre las circunstancias que padecen con más frecuencia las personas mayores, tener sentimientos de soledad se encuentra en el tercer puesto, por detrás de tener una enfermedad física y la viudedad. A la soledad le siguen la muerte de un familiar o seres queridos y la preocupación constante por el bienestar de sus familiares (Cardona et al., 2011).

2.3. Diferencias culturales sobre la familia y el cuidado.

La familia extensa ha sido estudiada durante años como un elemento característico de los países del sur de Europa, los cuales destacan por tener una escasa protección del Estado hacia la institución de la familia (Ferrera, 1996; Moreno y Serrano, 2009) y fomentar las creencias religiosas y los valores tradicionales (Inglehart, 2003).

Los hogares donde conviven varias generaciones están en declive en gran parte de los países europeos, mientras que las relaciones entre generaciones han aumentado (Bengtson, 2001; Hagestad, 2006). Con respecto a esto, Bengtson (2001) afirma que existen seis dimensiones en la solidaridad entre las generaciones de familiares (afectuosa, consensuada, normativa, funcional, estructural y asociativa). Por lo tanto, las relaciones intergeneracionales son importantes para la calidad de vida, para la satisfacción y el bienestar psicológico de los individuos (Silverstein y Bengtson, 1991). Teniendo en cuenta esta interpretación, aquellos países donde hay hogares donde conviven varias generaciones son más frecuentes; y donde más adultos mayores de 65 años están viviendo en este tipo de convivencia, mayor serán los niveles de bienestar general de estas personas en comparación con otros países donde este tipo de convivencia no se encuentre tan extendida o arraigada.

Varios estudios han destacado que las tendencias percibidas sobre el bienestar general no son homogéneas entre los países europeos ya que intervienen muchos factores culturales, institucionales, económicos y familiares (Otero et al., 2004). Entre estos subrayan la importancia de la red de solidaridad dentro de la familia y los cuidados (Bettio et al., 2004; Viazzo, 2003). Los países pertenecientes al sur de Europa se caracterizan por poseer una amplia red familiar de apoyo a las personas mayores, donde es casi inexistente dentro de los países del norte europeo (Daatland y Herlofson, 2003; Saraceno, 2008). Contrariamente, en estos países la red de voluntariado dedicada a la ayuda a los adultos mayores se encuentra más profesionalizada y resulta más frecuente que en los países mediterráneos (Erlinghagen y Hank, 2006).

Sin embargo, existen otros estudios que demuestran que, en los países mediterráneos, donde las relaciones familiares son muy estrechas y las familias extensas son más prolíficas, el sentimiento de soledad es mayor. Un ejemplo lo encontramos en

Italia, donde se ha descubierto que los italianos mayores de 65 años tienen más sentimiento de soledad que los adultos mayores holandeses, aunque estos últimos viven en solitario en un porcentaje elevado (Van Tilburg et al., 1998).

Una explicación a este fenómeno se debe a las altas expectativas que tienen los adultos mayores de los países del sur europeo de recibir apoyo familiar, además del sentimiento de decepción cuando estas expectativas no se ven cumplidas, por lo que los sentimientos de soledad también aumentan (Litwin, 2010; Van Tilburg et al. 1998).

2.4. Informes y Datos de la Soledad en Mayores.

Según el estudio europeo SHARE, en el cual se reflejaba que en los países del norte, los cambios dentro del núcleo familiar y la disponibilidad de los recursos de carácter formal, podían dar una explicación a los altos índices de soledad residencial (Börsch-Supan, et al., 2005).

Otro estudio europeo demostró la prevalencia de los sentimientos asociados a la soledad en las personas mayores. Desde el 5% y 6% en Dinamarca y Suecia, al 36% en Grecia. En países como Dinamarca y Holanda, hay una gran integración social de los adultos mayores con las personas adultas, y los que expresan sentimientos de soledad son menos del 10%. En Gran Bretaña, Alemania y Países Bajos, la soledad severa fue de entre un 7% y 9%, mientras que en Finlandia, el 34% de los adultos mayores sufre de soledad en algunas ocasiones y, a menudo o siempre solamente un 5%. Sin embargo, en Estados Unidos, el 19.3% la padece (Cardona et al., 2013; Castejón et. al., 2010).

En España, los sentimientos de soledad son expresados por el 8% de los adultos mayores. En la población de personas ancianas, un total del 56% de los hombres y del 72% de las mujeres afirmaron haber sentido algún tipo de soledad, cifras que van en aumento a medida que las personas envejecen (Cardona et al., 2013; Castejón et. al., 2010; Gené et al., 2016).

Informes más recientes del INE (2017, 2018, 2019, 2020 y 2021) han concluido que el total de hogares unipersonales va en aumento, y de los cuales la prevalencia de personas solas mayores de 65 años es significativamente alta (ver Tabla 1):

Tabla 1

Comparativa de los Resultados del INE (2017, 2018, 2019, 2020 y 2021) de Adultos que Forman Hogares Unipersonales del 2016 al 2020.

AÑO	HOGARES UNIPERSONALES				
	TOTAL	MENORES 65 AÑOS		MAYORES 65 AÑOS	
2016	4.638.300	Total	2.705.100	Total	1.933.300
		Mujeres	1.109.300	Mujeres	1.367.400
		Hombres	1.595.800	Hombres	565.800
2017	4.687.400	Total	2.726.500	Total	1.960.900
		Mujeres	1.092.700	Mujeres	1.410.000
		Hombres	1.633.800	Hombres	550.900
2018	4.732.400	Total	2.694.800	Total	2.037.700
		Mujeres	1.101.000	Mujeres	1.465.600
		Hombres	1.593.800	Hombres	572.100
2019	4.793.700	Total	2.784.500	Total	2.009.100
		Mujeres	1.137.300	Mujeres	1.452.300
		Hombres	1.647.200	Hombres	556.800
2020	4.889.900	Total	2.758.500	Total	2.131.400
		Mujeres	1.128.800	Mujeres	1.511.000
		Hombres	1.629.700	Hombres	620.400

Nota: Elaboración Propia

En el periodo entre el 2016 y 2020 se aprecia el aumento de personas que componen los hogares unipersonales. En los mayores de 65 años se observa un crecimiento de las cifras en general. Un dato significativo es que hay más mujeres que hombres.

Estos resultados coinciden con los descritos por López y Pujadas (2011), los cuales disponen que el perfil tradicional de los adultos mayores que viven solos sigue teniendo una gran importancia en España. El aumento progresivo de la longevidad y la mejora en las condiciones de vida hace que haya un incremento de las personas de más edad que viven solas; y esto lleva a que la proporción haya aumentado entre las edades más avanzadas. En 1991 el 18,55% de mayores de 70 años vivían en hogares unipersonales; y en el año 2001 alcanzaron el 23,32% del total de la población. Otro dato guarda relación con la viudez entre las mujeres que viven en solitario, ya que es el estado civil predominante. A esto se suma la edad avanzada y la condición femenina, las cuales dejan un perfil de mujeres solitarias e inactivas con un nivel educativo bajo. En

2001 en España el 16,19% de las personas que viven solas son mujeres mayores viudas y con bajo nivel de estudios y/o analfabetas.

Por otro lado, Abellán y Puga (2002) han logrado acuñar el término feminización del envejecimiento. Los autores designan el término de feminización de la dependencia al resultado de la edad, la viudedad y la soledad, y a la importancia de la variable sexual en la demografía dentro de los países centrales.

3. Objetivos

El presente estudio realiza una revisión sistemática de las investigaciones con los siguientes objetivos:

Objetivo General

- Analizar la situación de las personas mayores en España que manifiestan sentir soledad.

Objetivos Específicos

- Identificar aquellos artículos de investigación sobre la soledad de los adultos mayores.
- Examinar las características descriptivas de los estudios seleccionados: teorías en las que se basan, ámbitos geográficos donde se llevan a cabo, objetivos y resultados.
- Analizar las características metodológicas de los estudios seleccionados: tipo de estudio, el tamaño de la muestra, las variables analizadas, las técnicas e instrumentos utilizados y el tipo de análisis realizado.

4. Metodología

El presente trabajo de fin de máster se fundamenta en una revisión bibliográfica o sistémica de documentos que guardan relación con las consecuencias de la soledad en la calidad de vida y bienestar de las y los adultos mayores a nivel estatal.

Con el objetivo de llevar a cabo un análisis sistémico que resulte objetivo y minimice la posibilidad de que se presenten sesgos personales o juicios de valor, se ha redactado bajo las directrices de la guía Prisma (Moher et al., 2009).

4.1 Estrategia de Búsqueda Literaria

En primera instancia, se ha llevado a cabo una búsqueda a través de internet en un total de 7 bases de datos: Google Académico, Dialnet, Punto Q, Redalyc, Scopus, TESEO (base de datos de Tesis Doctorales) y DIGITAL.CSIC (depósito científico multidisciplinar de investigaciones científicas). Para realizar la búsqueda se han utilizado los siguientes términos en español: soledad, aislamiento social, exclusión social, envejecimiento, vejez. En inglés los términos han sido: loneliness, social isolation, social exclusion, aging, old age.

4.2 Criterios de inclusión y exclusión de estudios

3.1. Los criterios de inclusión de investigaciones:

- Estudios empíricos en los cuales su temática central esté relacionada con la situación de las personas mayores que viven solas o que tienen sentimientos de soledad.
- Investigaciones en español e inglés.
- Estudios realizados entre el año 2007 y 2022.
- Investigaciones llevadas a cabo en España y en Europa.

3.2. Los criterios de exclusión de estudios:

- Investigaciones que no guarden relación con el tema principal.
- Estudios con enfoque puramente clínico y/o biológico.
- Estudios con fechas anteriores a 2007.
- Investigaciones realizadas fuera del continente Europeo.
- Investigaciones que no reúnan los criterios de calidad.

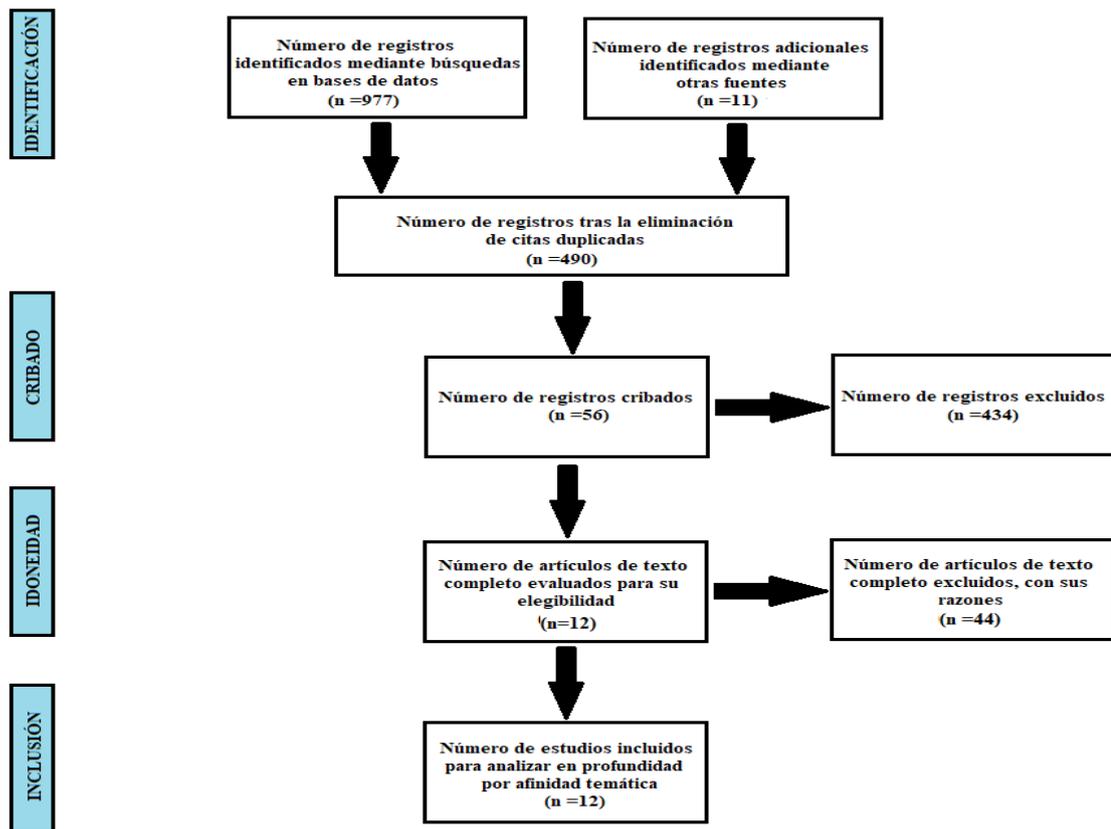
4.3 Selección y codificación de las investigaciones

Una vez terminada la búsqueda sistémica, se han recopilado 988 investigaciones de las bases de datos. Ha continuación, se han escogido 490 estudios y eliminado un total de 498 referencias duplicadas. Una vez llevado a cabo la revisión de los títulos y de los resúmenes correspondientes, fueron seleccionadas 56 tras descartar 434 artículos que no guardaban ninguna relación con el tema

principal. Para finalizar, fueron seleccionados 12 artículos, ya que el resto no cumplían con los criterios de inclusión o bien no contaban con la calidad requerida.

Figura 2.

Diagrama de flujo del método de búsqueda y selección de referencias de la revisión sistemática.



Nota: Fuente: Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. & The PRISMA Group. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7). <http://www.prisma-statement.org/>

5. Resultados de la Investigación

Las características descriptivas de los estudios incluidos se pueden encontrar en la Tabla 2 (ver Anexo 1), en la se ha tenido en cuenta los siguientes aspectos: Autor y año de publicación, teoría en la que se basa, ámbito geográfico, objetivos y resultados. El proceso de búsqueda ha dado como resultado doce documentos. Los artículos incluidos tienen una temporalidad que va desde el 2007 al 2022. Con relación al marco teórico, dos estudios se realizaron en conformidad con la Declaración de Helsinki de

1964 (Beridze et al. 2020; Hernández et al. 2021), uno al Enfoque teórico (Sánchez et al., 2012); uno con la teoría Fundamentada (López y Díaz, 2018); y uno con la Técnica de “árboles de decisión” (Moreno y Vicente, 2016). Los siete restantes carecen de especificación a este respecto. En cuanto al ámbito geográfico, ocho estudios se han realizado en España, tres de ellos en España junto con otros países europeos; y por último, un estudio se llevó a cabo solamente en los Países Bajos.

Los objetivos de los estudios descritos en la Tabla 2 (Anexo 1) son variados, ya que en cinco de ellos se estudia la soledad, los problemas sociales y el aislamiento social de los adultos mayores (Beridze, et al. 2020; Hernández et al. 2021; Giménez y Calvo, 2020; López y Díaz, 2018; Sánchez et al., 2012). En uno se centran en las relaciones entre las actividades de ocio, el estatus social de los adultos mayores y los agentes estimuladores en la participación del ocio (Toepoel, 2012); otro examina la relación entre la exclusión social, y el bienestar subjetivo (Sunwoo, 2020); dos estudios analizan las tendencias demográficas del envejecimiento poblacional (Fernández y Ponce, 2013; Ponce y Andrés, 2017), dos analizan el envejecimiento activo (Cambero y Baigorri, 2019; Ponce y Andrés, 2017); cinco estudian el apoyo social, las relaciones cercanas de los adultos mayores, y la solidaridad entre distintas generaciones (Cambero y Baigorri, 2019; Fernández y Ponce, 2013; López y Díaz, 2018; Sánchez et al., 2012; Toepoel, 2012). Y por último, en tres estudios se tiene en cuenta la calidad de vida y el bienestar (Beridze, et al. 2020; Cambero y Baigorri, 2019; Moreno y Vicente, 2016).

En cuanto a los resultados, en diez de los doce estudios se tiene en cuenta la soledad en los adultos mayores. En tres se demuestra que la soledad aumenta a medida que avanza la edad. Dependiendo del estudio, hay distintas problemáticas que desencadenan en situaciones o sentimientos de soledad en los adultos mayores (Tabla 2, ver Anexo 1):

- Según López (2007), el número de mayores que viven solos irá en aumento con los años. Los hogares unipersonales de mayores también se acentuarán, especialmente los integrados por mujeres debido a su mayor esperanza de vida. También afirma de que en España los hogares donde existe una convivencia trigeneracional (nietos, hijos y abuelos) han aumentado con la crisis.

- En cuatro estudios se demuestra que una de las causas es la disminución de relaciones sociales y/o interacción con otras personas (Beridze, et al. 2020; Giménez y Calvo, 2020; López y Díaz, 2018; Toepoel, 2012).
- Dos investigaciones analizan y conectan la falta de participación en actividades (de ocio, culturales, deportivas, ser miembros de una asociación, etc) con el aumento de la soledad (Giménez y Calvo, 2020; Toepoel, 2012).
- Una de las investigaciones relaciona la soledad con la pérdida del cónyuge, la viudedad. Incluso dentro del tema de la viudez, se diferencia la forma de vivirlo según el género. Las mujeres viudas son mayoría, tienen más redes sociales (más amistades, más contacto con familiares y vecinos) que los hombres viudos; y manifiestan más participación en actividades fuera del hogar, especialmente en actividades grupales. Los hombres suelen tener más dificultades para afrontar la viudedad que las mujeres, reciben más apoyo instrumental y menos apoyo emocional (López y Díaz, 2018). Otro estudio afirma que en algunas ocasiones puede haber un afrontamiento positivo de la soledad cuando las mujeres enviudan, ya que se encontraban en una relación conyugal disfuncional (ya que dedicaban su vida a los cuidados y sus vidas giraban en torno a sus parejas). Por lo tanto, cuando enviudan se sienten liberadas (Giménez y Calvo, 2020).
- Por otro lado, tres estudios relacionan el deterioro en el estado de salud y el aumento de las enfermedades con la soledad (Fernández y Ponce, 2013; Giménez y Calvo, 2020; Moreno y Vicente, 2016).
- Una investigación se centró en analizar los sentimientos de soledad y vivencias de los adultos mayores. Se encontró que existen personas que presentan falta de capacidad para afrontar la soledad, y que ésta se asocia con el aislamiento social, el abandono de las necesidades personales, la baja autoestima, la percepción de la salud, disminuye el autocuidado, sentimientos de tristeza, baja gestión emocional, disminuyen las actividades de ocio y la sociabilización. Los familiares de los adultos mayores que se encuentran solos se preocupan más por su bienestar. Aunque son la principal red social y de apoyo, no siempre actúan como se espera de ellos. Por lo general, los adultos mayores tienen como amigos a personas solas, y cuando los pierden aumenta la soledad. El momento del día en que sienten con más intensidad la soledad es durante la noche, tienen pensamientos recurrentes, sienten miedo y angustia (Giménez y Calvo, 2020).

- Con respecto a la comparativa entre distintos países europeos según su situación geográfica, cuatro estudios han hallado los siguientes resultados (Beridze et al. 2020; Moreno y Vicente, 2016; Sánchez et al., 2012; Sunwoo, 2020):
 - Los países nórdicos hay más recursos materiales, cohesión social, las personas son más felices, tienen más salud y hay menos exclusión social.
 - En los países de Europa central y oriental, las personas mayores sufren más exclusión social al poseer menos recursos materiales, actividades cívicas, relaciones sociales y acceso a los servicios básicos.
 - En Europa central y este, los adultos mayores tienen más riesgo de exclusión social relacionada con el estado de salud.
 - Mientras que en los países más occidentales, en los centrales y orientales, el que los adultos mayores tengan acceso a mayores recursos materiales se traduce en un aumento de la felicidad.
 - En los países del sur de Europa los servicios institucionalizados dedicados al cuidado de los adultos mayores son deficitarios, ya que son más dependientes de que las familias cubran los cuidados. En los países del norte ocurre lo contrario, es menos frecuente que las familias hagan labores de cuidado, y son las instituciones las que prestan en su mayoría los servicios.
 - La soledad fue asociada con una peor autopercepción del estado de salud, especialmente en los países del sur, puesto que es donde son más frecuentes los hogares multigeneracionales. En general, en Europa hay un declive de este tipo de hogares. En el norte hay menos hogares multigeneracionales que en los del sur debido a factores históricos, culturales y e instituciones.
 - En los países del sur se encuentran por debajo del promedio de cohesión del vecindario, aunque en estos países se halló que tener más relaciones sociales hacía que los adultos mayores fueran más felices.
 - Existe un menor bienestar y CV en los países del sur. En el norte se detectó menor soledad. Y el bienestar se encontraba asociado al nivel económico.
 - Durante la investigación que comparaba España y Suecia, se encontró que la soledad es muy similar en ambos países, aunque hay más aislamiento social en España. También hallaron que los adultos mayores suecos poseen más nivel educativo y menos limitaciones que los españoles, menos enfermedades crónicas y mayor calidad de vida en general.

- La sociedad española y la holandesa son distintas, ya que se encontraron diferencias con respecto a la percepción de la soledad, las actividades que realizan los adultos mayores y la composición de la red de apoyo. En Holanda, ser miembro de una asociación se identifica con tener menos probabilidad de padecer soledad que en España; además que los adultos mayores holandeses con frecuencia pertenecen a asociaciones, a diferencia de los españoles. Los españoles son más proclives a participar en actividades religiosas. Los españoles conviven con más frecuencia con familiares y/o cónyuges, y tener amigos se asocia con menor soledad. En Holanda, los adultos mayores viven con más frecuencia en soledad o con el cónyuge. En Holanda hay mayores niveles de soledad que en España a medida que avanza la edad, aunque entre los españoles existe más niveles de soledad asociados con problemas de salud. En España, es más valorado el apoyo instrumental que el emocional, y se asocia con menores índices de soledad. En Holanda, la situación es contraria. Por último, se observó que los adultos mayores españoles tienen un nivel educativo más bajo que los holandeses.
- Tres investigaciones coinciden en un posible perfil con los factores de soledad más frecuentes. Los tres coinciden en que uno de los factores de soledad más frecuentes es ser mujer (Beridze et al. 2020; Hernández et al. 2021; López, 2007). Beridze et al. (2020) y Hernández et al. (2021) coinciden en: bajo nivel educativo y salud mental deficiente. Según Hernández et al. (2021) es: vivir solo, ser viudo o divorciado, pensión baja, depresión, pérdida de visión, dependencia para las actividades de la vida diaria o AVDs, tomar psicofármacos y necesidad de implementar mejoras en el domicilio. Mientras que Beridze et al. (2020) añade: menor riqueza, peor salud física, deficiencias sensoriales, menor CV en general.
- Algunos autores realizaron recomendaciones para reducir la soledad y mejorar la CV en los adultos mayores. Un estudio halló que el ejercicio físico era un factor protector contra la soledad (Hernández et al. 2021). López y Díaz (2018) recomendaron dar paseos, hacer visitas, compras, encuentros con otras personas (familiares, con amigos o vecinos), realizar llamadas telefónicas, leer, hacer ganchillo, cuidar de plantas y/o animales, llevar a cabo las tareas domésticas, ver la televisión, escuchar la radio, etc. También recomendaron mantener la mente ocupada. En Giménez y Calvo (2020), los grupos de intervención generan un

impacto positivo en salud física y psicológica de personas en soledad, ya que consiguen que se relacionen con otras personas y que expresen sus necesidades.

Otros resultados destacados pueden apreciarse en la Tabla 2 (ver Anexo 1) han sido:

- La escasa movilidad en la vejez, y que las personas mayores prefieren permanecer en sus hogares de toda la vida (López, 2007). El 87% prefiere estar en sus hogares antes que irse a vivir con sus hijos (Fernández y Ponce, 2013).
- El aumento del envejecimiento en zonas urbanas provoca sean más personas las que tengan un grado de discapacidad y/o dependencia (López, 2007).
- La mayoría de los hogares construidos entre 1960 y 1980 son edificaciones de mala calidad. Tiene como consecuencia el aumento de riesgo de accidentes y de aislamiento social entre los adultos mayores (López, 2007).
- Los mayores tienden a moverse menos para acceder a los bienes y servicios, los cuales se encuentran a nivel local; e invierten más tiempo y esfuerzo en acceder a los servicios de salud, zonas verdes o a los centros de ocio (López 2007).
- La red social de los mayores se encuentra en su entorno más próximo. La brecha digital es otro de los motivos de exclusión social (López, 2007).
- Un 53% dedican su tiempo libre a realizar cursos, manualidades, actividades sociales y culturales. Otras actividades son: voluntariado, turismo o aprender sobre nuevas tecnologías o TICs (Fernández y Ponce, 2013).
- Las mujeres son más participativas en más actividades que los hombres después de la jubilación, ya que se sienten liberadas de la crianza (Ponce y Andrés, 2017). Aunque los adultos mayores emplean el 36,1% del tiempo en el cuidado de los nietos, especialmente las abuelas, acuñándose los términos “*abuelidad canguro*” y “*síndrome de la abuela esclava*” (Cambero y Baigorri, 2019).
- El asociacionismo ha aumentado en España. Hay más hogares y clubs en los que los adultos mayores pueden realizar actividades (Fernández y Ponce, 2013).
- El asociacionismo en los adultos mayores o “*poder gris*” es bajo y desorganizado en España en comparación con otros países de Europa, donde afiliarse a un sindicato o pertenecer a un partido político después de la jubilación es más frecuente. Por este motivo en otros países de Europa el poder de las personas mayores va en aumento (López, 2007). Aunque el asociacionismo en

España es emergente a partir del 15M, la participación política de las personas mayores españolas es del 10,6% (Cambero y Baigorri, 2019).

A fin de ahondar más sobre la calidad de las evidencias proporcionadas en los estudios, en la Tabla 3 se ha profundizado en el tipo de estudio utilizado, el tamaño de la muestra, las variables estudiadas, las técnicas e instrumentos utilizados y el análisis de datos. En las características metodológicas de estos estudios, tres estudios utilizan un enfoque cualitativo trasversal y uno con enfoque cualitativo longitudinal. Dos tienen un enfoque mixto longitudinal y una contiene un enfoque mixto sin especificaciones. Para finalizar, tres son cuantitativas trasversales, y dos cuantitativas longitudinales.

Con respecto al tamaño de la muestra, dos estudios no superan los 50 participantes, un estudio contiene más de 50 y menos de 100, y una investigación supera los 500 pero no llega a los 1000. Cinco investigaciones tienen un número de encuestados que van desde 1302 a 43636. Por último, tres estudios no indican el tamaño de la muestra.

Entre las dimensiones de análisis utilizadas en los estudios destacan los recursos sociales y/o familiares (diez investigaciones), seguido de la soledad (cinco estudios) y aislamiento social (tres estudios). También, se analiza la calidad de vida (dos investigaciones) y el envejecimiento activo (dos estudios).

En cuanto a las técnicas e instrumentos utilizados, destacan las técnicas propias de la metodología como cuestionario (tres estudios), entrevista (una investigación), entrevista y cuestionario (un estudio), entrevista semiestructurada y grupo focal (dos estudios), revisión bibliográfica (dos investigaciones), sin especificar (dos estudios) y grupos de discusión (una investigación).

Por último, en el tipo de análisis realizado, predomina “*Análisis Descriptivo, Comparativo de Correlación y Análisis de Contenido*” (seis estudios), seguido de “*Análisis de Contenido*” (tres investigaciones), la combinación del “*Análisis descriptivo y Análisis de contenido*” (dos estudios), y en menor medida la combinación de “*Análisis Descriptivo y Comparativo de Correlación*” (una investigación), todo ello ver en la Tabla 3.

Tabla 3

Características metodológicas de las investigaciones seleccionadas.

Autor y Fecha	Tipo de Estudio	Tamaño de la muestra	Dimensiones de análisis	Las técnicas e instrumentos	Análisis descriptivo de datos
Toepoel. 2012	Trasversal y cuantitativo	5910 encuestados: <ul style="list-style-type: none"> • 3892 grupo de edad de 18 a 54 años. • 1171 grupo de 55 a 64 años. • 637 pertenecen al grupo de 65 a 74 años. • 210 de 75 o más años. 2713 hombres (46%) y 3197 mujeres (54%).	<ul style="list-style-type: none"> • Soledad • Aislamiento • Reuniones sociales • Satisfacción con los contactos • Integración social • Actividad de ocio 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario. 	Análisis descriptivo, comparativos, de correlación y análisis de contenido.
Sunwoo. 2020	Trasversal y cuantitativo	El estudio analizó un número total de 10768 personas mayores de 65 años de 23 países europeos. La media de edad fue 73,75 años, el 43% eran hombres, y el 57% mujeres).	<ul style="list-style-type: none"> • Analizó los cinco dominios de la exclusión social: <ul style="list-style-type: none"> ○ Participación cívica. ○ Relaciones sociales. ○ Servicios básicos. ○ Cohesión vecinal. ○ Recursos materiales. • Evaluó la satisfacción con la vida, felicidad y salud general. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionarios. 	Análisis descriptivo, comparativos, de correlación y análisis de contenido.
Sánchez et al. 2012	Longitudinal y cuantitativo	Muestra de 646 adultos mayores en España y 656 en Holanda, con 60 años o más. En total, 1302 encuestados.	<ul style="list-style-type: none"> • Se analizó la red social. • Actividades sociales. • Intercambio de apoyo social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionarios. 	Análisis descriptivo, comparativos, de correlación y análisis de contenido.
Beridze et al. 2020	Longitudinal y cuantitativo.	La muestra es de 7149 adultos mayores: <ul style="list-style-type: none"> • 2995 de procedencia sueca. • 4154 españoles. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se analizó la soledad. • Aislamiento social. • Calidad de vida. • Conectividad social: <ul style="list-style-type: none"> ○ Recursos disponibles. ○ Red social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas y cuestionarios. 	Análisis descriptivo, comparativos, de correlación y análisis de contenido.
Hernández et al. 2021	Trasversal, cuantitativo.	La muestra constó de 572 personas de 65 años o más.	<ul style="list-style-type: none"> • Variables sociodemográficas. • Recursos (sociales, económicos, salud física, mental). • Capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria o ABVD, y para hacer las actividades instrumentales de la vida diaria o AIVD. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas. 	Análisis descriptivo y comparativo de correlación.

López y Díaz. 2018	Trasversal, cualitativo.	<ul style="list-style-type: none"> • 8 grupos discusión. • Muestra de 68 personas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Asturias: 17 hombres, y 16 mujeres. ○ Andalucía: 14 hombres, y 21 mujeres. 	<ul style="list-style-type: none"> • Soledad (social y emocional). 	<ul style="list-style-type: none"> • Grupos de discusión. 	Análisis descriptivo, comparativo de correlación y análisis de contenido.
López. 2007	Longitudinal, cualitativo.	Sin especificar.	<ul style="list-style-type: none"> • La soledad. • Aislamiento social. • Inserción social. • Envejecimiento. • Vivienda. • Comunidad. • Accesibilidad. • Políticas urbanas. • Estrategias residenciales. • Migraciones. • Acceso al ocio. • Redes sociales. • Tejido asociativo. 	Revisión bibliográfica.	Análisis de contenido.
Camero y Baigorri. 2019	Longitudinal, mixto.	Sin especificar.	<ul style="list-style-type: none"> • Envejecimiento activo. • Ciudadanía. • Poder gris. • Adultos mayores, agentes de bienestar. • Solidaridad. 	Sin especificar.	Análisis de contenido.
Moreno y Vicente. 2016	Mixto.	Muestra de 43636 encuestados en la “ <i>European Quality of Life Survey (EQLS)</i> ” en 2012 procedentes de 27 países europeos.	<ul style="list-style-type: none"> • Morfología familiar. • Protección social. • Calidad de Vida. • Bienestar general (material, físico, social y emocional). • Ocio, relaciones personales y sociales, satisfacción, salud y de ánimo. 	Revisión bibliográfica.	Análisis descriptivos y análisis de asociación.
Fernández y Ponce. 2013	Longitudinal, mixto.	Sin especificar.	<ul style="list-style-type: none"> • Envejecimiento activo. • Necesidades del adulto mayor. • Recursos sociales. 	Sin especificar.	Análisis de contenido.
Ponce y Andrés. 2017	Trasversal, cualitativo	Total 11 entrevistados: <ul style="list-style-type: none"> • 6 profesionales. • 5 mujeres mayores jubiladas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis demográfico. • Recursos sociales disponibles y relaciones intergeneracionales. • Centros y asociaciones. • Estereotipos sociales sobre la vejez. • Actividades y aportaciones de los adultos mayores rurales. • Envejecimiento activo, participación social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista semiestructurada. Y grupo focal. 	Análisis descriptivo y análisis de contenido.
Giménez y Calvo. 2020	Trasversal, cualitativo	Total de 38 entrevistados, 80% mujeres y 20% hombres con edad media de 78 años.	<ul style="list-style-type: none"> • Afrontamiento de la soledad. • Aspectos psicológicos/emocionales. • Red familiar y social. • Profesionales de la salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas semiestructuradas. Y grupos focales. 	Análisis descriptivo, comparativo de correlación y análisis de contenido.

6. Discusión

Podemos destacar que con respecto al primer objetivo planteado de este trabajo, se ha encontrado alguna dificultad en la búsqueda de la bibliografía. Especialmente que, a pesar que las palabras clave fueron escogidas porque estaban directamente relacionadas con el tema principal, aparecieron muchos artículos que no guardaban relación con dicho tema. Posteriormente fueron descartados, puesto que se centraban mucho en la salud, enfermedades y patologías como por ejemplo la soledad y las demencias.

En el segundo objetivo del trabajo, se ha encontrado que solo cinco de los doce investigaciones se encuentran basados en teorías o enfoques específicos (Beridze et al., 2020; Hernández et al., 2021; López y Díaz, 2018; Moreno y Vicente, 2016; Sánchez et al., 2012).

Respecto a los objetivos planteados en los estudios se encontró una variedad, desde el bienestar y calidad de vida (Cambero y Baigorri, 2019; Moreno y Vicente, 2016; Sunwoo, 2020), el aislamiento social (Beridze et al., 2020; Hernández et al., 2021), el apoyo social (Sánchez et al., 2012) o participación en el ocio (Toepoel, 2012).

Analizando los resultados se constata, en primer lugar, que la soledad puede ser estudiada desde varios ángulos, uno de ellos, es desde un prisma en el que es asociada con la salud. Se relaciona con términos como la enfermedad y el deterioro de la salud física y cognitiva, o hay un deterioro en la salud y un aumento de las enfermedades con la soledad (Fernández y Ponce, 2013; Giménez y Calvo, 2020; Moreno y Vicente, 2016). Otro ejemplo lo encontramos en Beridze et al. (2020) en el estudio que realizó entre Suecia y España. Los resultados hallaron que en Suecia, las puntuaciones de aislamiento social son más altos a mayor edad, además de otros factores como por ejemplo ser hombre, tener bajo poder adquisitivo y educativo, sufrir de soledad, tener peor salud mental y CV. En España los resultados fueron similares, y además dieron valores altos en soledad. Mientras que en estudios realizados al final del siglo veinte o principios del siglo veintiuno, la asociación que se encontró de la soledad con la salud resultó escasa y sin apenas conexión con los resultados de los estudios más recientes presentes en este trabajo. Por ejemplo, Seligman (1975) fue el único autor que asoció la soledad con las consecuencias psicológicas en las personas, coincidiendo con las investigaciones de Beridze et al. (2020) y Giménez y Calvo (2020). Mientras que Evans

et al., (1982) y Managan et al., (1974) realizaron sus estudios donde la soledad se daba en contextos de abandono o enfermedad. Décadas más tarde, Karnick (2005) la reconoce como un trastorno negado por la sociedad. Por ello las personas afectadas en muchas ocasiones evitan reconocer su soledad por vergüenza o porque tienen problemas para romper con el aislamiento social. Según Lauder et al. (2004), los mayores normalmente no buscan ayuda porque lo perciben como una faceta de la vida.

En segundo lugar, se encontró que es muy frecuente que la soledad sea asociada con el aislamiento social (Beridge, 2020; Giménez y Calvo, 2020; Hernández et al., 2021; López y Díaz, 2018; Toepoel, 2012). Además, Giménez y Calvo (2020) no solo asoció la soledad con el aislamiento social, sino también, con la tristeza, el autocuidado, baja autoestima, la autopercepción de la salud, baja gestión de las emociones, poco ocio y sociabilización.

En tercer lugar, hay que destacar la relación asociada de la soledad con la viudedad. En investigaciones actuales (Giménez y Calvo, 2020; López y Díaz, 2018), se puede apreciar que se ahonda y profundiza mucho más en el tema. López y Díaz (2018) indagan en los sentimientos, en el comportamiento y en las relaciones sociales de los adultos mayores viudos y viudas. Afirman que los que enviudan a avanzada edad son los más afectados por la soledad. Giménez y Calvo (2020) y López y Díaz (2018) coinciden en que los momentos donde los sentimientos son más intensos es al anochecer y al ir a dormir ya que es cuando más sienten la pérdida. Giménez y Calvo (2020) añaden que durante la noche es cuando tienden a tener miedo y angustia. López y Díaz (2018) señalan que las relaciones cambian, porque reducen el contacto con personas casadas, y prefieren las amistades sin pareja y del mismo sexo para evitar la crítica social. Giménez y Calvo (2020) coinciden en que prefieren tener amistades con personas solas. Y según los resultados de López y Díaz (2018), la viudedad también puede vivirse de forma distinta dependiendo del género. Los viudos por lo general tienen más dificultades para adaptarse debido a que tienen más dificultades para hacer las tareas domésticas, por la forma en la que se relacionan y reciben ayuda de sus familiares, amigos o vecinos, y por la crítica social que se genera en el medio rural.

En cuarto lugar, la cultura y el tipo de sociedad en la que las personas viven pueden hacer que ciertos aspectos del ciclo vital varíen. Teniendo en cuenta los resultados de este trabajo, en Moreno y Vicente (2016), en los países del sur de Europa

la soledad se asocia con tener peor autopercepción sobre la salud, aunque son los países donde hay más hogares multigeneracionales. Además, los servicios institucionales destinados al cuidado son deficientes. Esto favorece que haya menor bienestar y CV, y hace que las familias tengan que asumir la mayoría de los cuidados. En los países pertenecientes al norte de Europa, los servicios de asistencia funcionan mejor y las familias realizan menos atenciones. Según Sánchez et al. (2012) en España es más frecuente que los mayores residan con familiares o cónyuges. Pero en los Países Bajos, los adultos mayores conviven con el cónyuge o solos. En el estudio se halló que en ambos países vivir en pareja, con hijos adultos u otros familiares reducía la soledad. En España tienen más sentimientos de soledad, aunque durante las edades más avanzadas es mayor en los Países Bajos que en España. También se encontró que en España se relacionó recibir apoyo instrumental con una disminución de la soledad, por lo que las familias proporcionaban más este tipo de apoyo que el emocional. Mientras que en los Países Bajos se asoció con recibir más apoyo emocional, el cual era el tipo de apoyo que más recibían los adultos mayores de sus familiares. En Beridze et al. (2020), los porcentajes de soledad en España y Suecia son similares, aunque en España el aislamiento social es mayor. En ambos países se halló que a más sentimientos de soledad y aislamiento social, empeora la CV de las personas mayores.

Para afianzar la veracidad de los resultados descritos anteriormente, se pueden comparar con investigaciones realizadas en décadas pasadas con datos similares (Dykstra et al., 2012; Erlinghagen y Hank, 2006; Saraceno, 2008; Sundström et al., 2009; Otero et al., 2004; Van Tilburg et al., 1998). En dichos estudios se encontró que en Finlandia los sentimientos de soledad eran menores que en otros países europeos como Polonia y España (Dykstra et al., 2012; Sundström et al., 2009), datos que coinciden con los obtenidos por Moreno y Vicente (2016). En Otero et al. (2004) se ha podido determinar que los factores culturales, institucionales, económicos y sobre la estructura de la familia influyen en el bienestar de las personas mayores, su salud y en los sentimientos de soledad. Según Erlinghagen y Hank (2006) en los demás países la red de voluntariado y las instituciones son más profesionalizadas que en los países mediterráneos o del sur. Dicha afirmación se asemeja a la llevada a cabo por Moreno y Vicente (2016). Pero según Van Tilburg et al. (1998), aunque la red familiar de apoyo es más amplia y las familias extensas sean más numerosas en el sur de Europa, los sentimientos de soledad resultan mayores. Los datos coinciden con el estudio de

Sánchez et al. (2012), aunque los autores matizan que los resultados cambian en las edades más avanzadas.

En quinto lugar, se encontraron otros resultados destacados descritos en Cambero y Baigorri (2019), Fernández y Ponce (2013), López (2007) y Sánchez et al. (2012). Sánchez et al. (2012) resaltan que en los Países Bajos es más común el asociacionismo que en España. López (2007) coincide y afirma que en España los jubilados no suelen participar en asociaciones, por lo que su influencia en la sociedad y en las políticas es escasa. Aunque Cambero y Baigorri (2019) comentan que en los últimos años la influencia de la tercera edad es emergente, muestra de ello es la surgida a partir de los jubilados que hicieron protestas durante el 15M. Fernández y Ponce (2013) añaden que el asociacionismo durante la tercera edad en España va en aumento, ya que los clubs y hogares son cada vez más numerosos.

Para finalizar, en sexto lugar se encontraron estudios que mencionan alternativas para minimizar la soledad o bien ofrecen recomendaciones. Hernández et al. (2021) sugirió que el ejercicio físico era un factor protector. López y Díaz (2018) recomendaban actividades como paseos, hacer visitas o citarse con familiares, amigos o vecinos; o bien iniciar conversaciones telefónicas. También actividades más individualistas como leer, ver televisión, escuchar radio, labores manuales, tareas domésticas, cuidado de animales y plantas, etc. Mientras que Giménez y Calvo (2020), recomiendan los grupos de intervención donde los adultos mayores puedan relacionarse entre sí y expresar sus necesidades.

Respecto al último objetivo planteado en este trabajo, se considera indispensable llevar a cabo más estudios cualitativos que permitirían conocer la realidad de los adultos mayores que sienten soledad, y sus experiencias y sus opiniones con respecto al tema. Dichos estudios deberían contener entrevistas abiertas y/o semiestructuradas que permitan a los entrevistados poder expresarse y dar su punto de vista con más libertad. De este modo, las entrevistas serán más enriquecedoras, tendrán más contenido, datos nuevos y reveladores. Dos ejemplos los podemos encontrar en las investigaciones de Giménez y Calvo (2020) y Ponce y Andrés (2017).

7. Conclusiones.

Para finalizar, las conclusiones del siguiente trabajo han sido las siguientes:

- Existen 12 investigaciones científicas que se centran en el tema de interés.
- El aumento de la población de adultos mayores es progresivo, y algunas de las consecuencias que se están detectando son el aumento de los hogares unipersonales compuestos por personas mayores de 65 años (en su mayoría mujeres) y la acentuación de los sentimientos de soledad en estas personas.
- La soledad suele relacionarse con otros términos como aislamiento social, viudedad, deterioro físico o mental y con la enfermedad. Aunque en ocasiones pueda resultar beneficiosa para los adultos mayores, ya que es una oportunidad de autodescubrimiento, de bienestar y de liberación.
- Cuanto mayor sea el bienestar, la calidad de vida y la posibilidad de tener una red social, se minimiza el aislamiento y los sentimientos de soledad en los mayores. También tiene efectos positivos en la salud física y mental.
- Las políticas públicas y las instituciones dedicadas al cuidado de los adultos mayores es deficitario e insuficiente en los países del sur de Europa, como por ejemplo España.
- Para mejorar las políticas públicas dirigidas al envejecimiento y el funcionamiento de las instituciones dedicadas al cuidado en España, es necesario que las personas mayores tengan más presencia en la sociedad y en la esfera política.

Referencias

A continuación, se señalan con asterisco las referencias utilizadas en la revisión.

- Abellán García, A. y Puga González, M. D. (2002). La Predicción de una Vejez Dependiente. *Revista Fuentes Estadísticas*, (68), 20-22.
- Aleixandre Rico, M., y Rubio Herrera, R. (2001). Un Estudio Sobre la Soledad en las Personas Mayores: Diferencias Entre Estar Solo y Sentirse Solo. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 11(1), 23-28.
- Álvarez Turienzo, S. (1983). *El Hombre y su Soledad: Una Introducción a la Ética*. Sígueme.
- Baltes, P. y Baltes, M. (1990). *Successful Aging*. Universidad de Cambridge. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511665684>
- Bengston, V. (2001). Beyond the Nuclear Family: The Increasing Importance of Multigenerational Relationships in American Society. *Journal of Marriage and The Family*, 63, 1-16. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2001.00001.x>
- *Beridze, G., Ayala, A., Ribeiro, O., Fernández Mayoralas, G., Rodríguez Blázquez, C., Rodríguez Rodríguez, V., Rojo Pérez, F., Forjaz, M., y Calderón Larrañaga, A. (2020). Are Loneliness and Social Isolation Associated with Quality of Life in Older Adults? Insights from Northern and Southern Europe. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 8637. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228637>
- Bettio, F., Simonazzi, A., y Villa, P. (2006). Change in Care Regimes and Female Migration: The Care Drain in the Mediterranean. *Journal of European Social Policy*, 16, 271–285. <https://doi.org/10.1177/0958928706065598>
- Börsch-Supan, A., Hank, K. y Jürges, H. (2005). A New Comprehensive and International View on Ageing: The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *European Journal of Ageing*, 2(4), 245-253. <https://doi.org/10.1007/s10433-005-0014-9>
- Brage, D. y Meredith, W. (1994). A causal model of adolescent depression. *J Psychol*, 128(4), 68-455. <https://doi.org/10.1080/00223980.1994.9712752>

- Busse, E. y Pfeiffer, E. (1969). *Theories of Aging. Behavior and Adaptation in Later Life*. Little Brown.
- *Cambero Rivero, S., y Baigorri Agoiz, A. (2019). Envejecimiento Activo y Ciudadanía Senior. *Empiria*, (43), 59–87. <https://doi.org/10.5944/empiria.43.2019.24299>
- Cardona Jiménez, J. L., Villamil Gallego, M. M., Henao Villa, E. y Quintero Echeverri, A. (2011). El Afrontamiento de la Soledad en la Población Adulta. *Med UPB*, 2(30), 150-162.
- Cardona Jiménez, J. L., Villamil Gallego, M. M., Henao Villa, E. y Quintero Echeverri, A. (2013). El Sentimiento de Soledad en Adultos. *Med UPB*, 32(1), 9-19.
- Casal, J., Masjoan, J. y Planas, J. (1988). Elementos para un Análisis Sociológico de la Transición a la Vida Adulta. *Política y Sociedad*, (1), 97-104.
- *Castejón Villarejo, P., Del Barrio Truchado, E., Sancho Castiello, M., Tortosa Chuliá, M. A., Sundstrom, G. y Malmberg, B. (2010). La Soledad de las Personas Mayores en España y Suecia: Contexto y Cultura. *Revista Española Geriátrica Gerontológica*, 45(4), 189-195. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2010.02.010>
- Curry, T. y Ratliff, B. (1973). The Effects of Nursing Home Size On Resident Isolation and Life Satisfaction. *The Gerontologist*, 13(3), 295-298. https://doi.org/10.1093/geront/13.3_Part_1.295
- Daatland, S. y Herlofson, K. (2003). Lost Solidarity or Changed Solidarity: A Comparative European View of Normative Family Solidarity. *Ageing y Society*, 23, 537–560.
- Erlinghagen, M. y Hank, K. (2006). The Participation of Older Europeans in Volunteer Work. *Ageing y Society*, 26, 567–584. <https://doi.org/10.1017/S0144686X06004818>
- Evans, R., Werkhoven, W. y Fox, H. (1982). Treatment of Social Isolation and Loneliness in a Sample of Visually Impaired Elderly Persons. *Psychological Reports*, 51(1), 103-108. <https://doi.org/10.2466/pr0.1982.51.1.103>

- Fernández García, T. y Ponce de León Romero, L. (2013). Envejecimiento Activo: Recomendaciones para la Intervención Social desde el Modelo de Gestión de Casos. *Portularia*, 1(13), 87-97. <http://dx.doi.org/10.5218/prts.2013.0010>
- *Fernández, J., y Kehl, S. (2001). La Construcción Social de la Vejez. *Cuadernos de Trabajo Social*, (14), 125-161. <https://dx.doi.org/10.5209/CUTS.8841>
- Ferrera, M. (1996). The Southern Model of Welfare in Social Europe. *Journal of European Social Policy*, 6(1), 17-37. <https://doi.org/10.1177/095892879600600102>
- Gené Badia, J., Ruiz Sánchez, M., Obiols Masó, N., Oliveras Puig, L. y Lagarda Jiménez, E. (2016). Aislamiento Social y Soledad: ¿Qué Podemos Hacer los Equipos de Atención Primaria? *Elsevier*, 48(9), 604-609. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.03.008>
- *Giménez Ledo, A. J. y Calvo Ascarza, A. (2020). Percepción de Soledad en Personas Mayores: Estudio Cualitativo. *Ridec*, 13(1), 80-90.
- Hagestad, D. (2006). Transfers Between Grandparents and Grandchildren: The importance of Taking a Three-Generation Perspective. *Zeitschrift Fur Familienforschung*, 18, 315-332. <https://doi.org/10.20377/jfr-298>
- *Hernández Gómez, M. A., Fernández Domínguez, M. J., Sánchez Sánchez, N. J., Blanco Ramos, M. A., Perdiz Álvarez, M. C., y Castro Fernández, P. (2021). Soledad y envejecimiento. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 14(3), 146-153.
- INE (2017). *Encuesta Continua de Hogares*. Instituto Nacional de Estadística.
- INE (2018). *Encuesta Continua de Hogares*. Instituto Nacional de Estadística.
- INE (2019). *Encuesta Continua de Hogares*. Instituto Nacional de Estadística.
- INE (2020). *Encuesta Continua de Hogares*. Instituto Nacional de Estadística.
- INE (2021). *Encuesta Continua de Hogares*. Instituto Nacional de Estadística.

- Inglehart, R. (2003). *Human Values and Social Change*. Brill.
- Karnick, P.M. (2005). Feeling Lonely: Theoretical Perspectives. *Nurs Sci Q*, 18(1), 7-12.
<https://doi.org/10.1177/0894318404272483>
- Lauder, W., Sharkey, S. y Mummery, K. (2004). A Community Survey of Loneliness. *J Adv Nurs*, 46(1), 88-94. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2003.02968.x>
- Levine, S. (1980). The Isolation of the Community Elderly from the Informal Social Structure: Myth or Reality. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(1), 49-51.
- Litwin, H. (2010). Social Networks and Well-being: A Comparison of Older People in Mediterranean and Non-Mediterranean Countries. *Journals of Gerontology B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 65(5), 599-608.
<https://doi.org/10.1093/geronb/gbp104>
- *López Colás, J. (2007). Repercusiones Urbanas del Envejecimiento de la Población en España. *Papers de Demografia*, 315, 1-32.
- López Doblas, J. (2004). *Personas Mayores Viviendo Solas. La Autonomía Como Valor en Alza*. IMSERSO.
- *López Doblas, J., y Díaz Conde, 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 Villanueva, C. y Pujadas Rúbies, I. (2011). Transformaciones Sociodemográficas y Territoriales de los Hogares Unipersonales en España. *Boletín de la Asociación de Geógrafos Españoles*, 55, 153-182.
- Managan, D., Wood, J. y Heinichen, C. (1974). Older Adults: A Community Survey of Health Needs. *Nursing Research*, 23(5), 426-432.
- McKechnie, J. (1983). *Websters New Universal Unabridged Dictionary*. Segunda edición. Dorset.
- Miller, S. y Silverstone, B. (1980). The Isolation of the Community Elderly from the Informal Social Structure: Myth or Reality. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(1), 27-47.
- Minois, G. (1987). *Historia Social de la Vejez. De la Antigüedad al Renacimiento*. Nerea.

- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman G; y PRISMA Group. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*, 6(6), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- *Moreno Mínguez, A. y Vicente Virseda, J. A. (2016). Situación Familiar, Protección Social y Bienestar de las Personas Mayores en Perspectiva Europea Comparada. *Research on Ageing and Social Policy*, 4(2), 96-127. <https://doi.org/10.17583/rasp.2016.2048>
- Moreno, L. y Serrano Pascual, A. (2009). The European Social Model and Social Policies: A Formative Institutional Evaluation. *Gestión y Análisis de Políticas Públicas*, 2, 11-32. <https://doi.org/10.24965/gapp.v0i2.419>
- Myerson, P. (1980). Intrapyschic Isolation in the Elderly. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 19-25.
- Neugarten, B. (1975). The Future and the Young Old. *The Gerontologist*, 15(1), 4-9. <https://doi.org/10.1093/geront/15.1 Part 2.4>
- Otero, A., Zunzunegui, M. V., Rodríguez Laso, A., Aguilar, M. D., y Lázaro, P. (2004). Volumen y Tendencias de la Dependencia Asociada al Envejecimiento en la Población Española. *Revista Española de Salud Pública*, 78, 201-213. <https://doi.org/10.1590/S1135-57272004000200007>
- Oxford English Dictionary*. (2008). Universidad de Oxford.
- Peplau, L. A., y Perlman, D. (1982). *Perspectives on Loneliness. Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*. John Wiley and Sons.
- Piña, M. (2004). *Gerontología Social Aplicada*. Editorial Espacio.
- *Ponce de León Romero, L. y Andrés Cabello, S. (2017). Envejecimiento Activo en el Ámbito Rural en España. *Ehquidad*, 7, 175-198. <https://doi.org/10.15257/ehquidad.2017.0006>
- Riley, N. (1988). *Methodological Issues in Aging Research*. Springer.
- Rowe, J. y Khan, R. (1997). Successful Aging. *The Gerontologist*, (37), 433-440. <https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>
- Rubio Herrera, R. (2004). *La Soledad en las Personas Mayores Españolas*. IMSERSO.

- Rubio Herrera, R. (2009). *Tres Interrogantes y Tres Respuestas Sobre la Soledad Social en Los Mayores. Manuscrito No Publicado*. Universidad de Granada.
- *Sánchez, M., De Jong Gierveld, J. y Buz Delgado, J. (2012). Loneliness and the Exchange of Social Support Among Older Adults in Spain and the Netherlands. *Ageing and Society*, 34(2), 330-354. <https://doi.org/10.1017/S0144686X12000839>
- Saraceno, C. (2008). *Patterns of Family Living in the Enlarged EU. Handbook of Quality of Life in the Enlarged European Union*. Routledge.
- Sauvy, A., Bergues, H. y Riquet, M. (1972). *Historia del Control de Nacimientos*. Ediciones Península.
- Seligman, M. (1975). *Helplessness: On Depression Development and Death*. Editorial Debate.
- Silverstein, M. y Bengtson, V. (1991). Do Close Parent-child Relations Reduce the Mortality Risk of Older Parents? *Journal of Health and Social Behavior*, 32, 382-395.
- *Sunwoo, L. (2020). Social Exclusion and Subjective Well-being Among Older Adults in Europe: Findings From the European Social Survey. *The Journals of Gerontology: Series B*, 76(2), 425–434. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa172>
- *Toepoel, V. (2012). Ageing, Leisure, and Social Connectedness: How could Leisure Help Reduce Social Isolation of Older People? *Social Indicators Research*, 113(1), 355-372. <https://doi.org/10.1007/s11205-012-0097-6>
- Van Tilburg, T., De Jong, J., Lecchini, L. y Marsiglia, D. (1998). Social Integration and Loneliness: A Comparative Study Among Older Adults in the Netherlands and Tuscany, Italy. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15(6), 740–754. <https://doi.org/10.1177/0265407598156002>
- Viazzo, P. (2003). What's so Special about the Mediterranean? Thirty Years of Research on Household and Family in Italy. *Continuity and Change*, 18, 111–137. <https://doi.org/10.1017/S0268416003004442>
- Yanguas Lezaun, J. (2021). *La Soledad No Deseada en Las Personas Mayores*. Fundación Bancaria La Caixa.

ANEXOS

- Anexo 1

Tabla 2

Características descriptivas de las investigaciones contenidas.

Autor y Fecha	Teoría	Ámbito	Objetivos	Resultados
Toepoel. 2012	Sin especificar	Países Bajos (Holanda)	<ul style="list-style-type: none"> • Investigar la relación entre las actividades de ocio y el estatus social de las personas mayores. • Analizar las relaciones cercanas. • Identificar a las personas que podrían servir como estimuladores exitosos de la participación en el ocio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción con contactos sociales e integración social, no reducen con la edad. • Más satisfacción con los contactos sociales en los 55 años o más. También integración social. • La soledad aumenta con la edad. • Aunque mayores se sienten conectados con otras personas, no evita que experimenten soledad. • Actividades culturales, vacaciones y deportes más bajas a los 75 años o más. • Voluntariado aumenta con edad. 30 % de 18-54 años, 46 % de 55- 64 años y al 51 % en el de 65 -74 años. Disminuye al 41 % en los 75 años o más. • Mayores tienen menos reuniones sociales y contactos cercanos, y soledad con más frecuencia. Más satisfechas con sus contactos sociales. • El deporte se asocia con el número de contactos cercanos entre 65 a 74 años. • Compras, ocio importante para satisfacción con los contactos sociales de los 55 a 64 años. Pasatiempos de 65 a 75 y actividades culturales para 75 o más. • Ocio no contribuye a la soledad de 65 a 74 años. En 75 o más, las actividades culturales y deportivas reducen la soledad. • Mayores de 75 años muestra el mayor aislamiento social.

Sunwoo. 2020	Sin especificar.	23 países de Europa. Países nórdicos, países de la zona occidental, zona central y oriental, y zona sur.	<ul style="list-style-type: none"> Examinar la medida en que la exclusión social está relacionada con el bienestar subjetivo en los adultos mayores en distintos países europeos. 	<ul style="list-style-type: none"> Nórdicos, menos probabilidades exclusión social que centrales y orientales, más propensas a exclusión social en recursos materiales, actividades cívicas, relaciones sociales y servicios básicos. Sur debajo del promedio en cohesión del vecindario. Bienestar subjetivo, nórdicos puntuación más alta en satisfacción y salud. También los recursos materiales y cohesión del barrio, predictivo de salud. Nórdicos y del sur, el compromiso cívico no predijo la felicidad. Nórdica, las relaciones sociales no asociadas con la felicidad. Occidentales, centrales y orientales, recursos materiales relacionadas con felicidad. Sur, relaciones sociales predictor más importante de felicidad. Nórdicos pronosticaron recursos materiales, servicios básicos y cohesión vecinal. Occidentales, recursos, relaciones sociales, servicios básicos y vecindad, predictor de salud general. Cohesión con salud, pero el compromiso cívico no. Sur, recursos materiales, compromiso cívico, servicios básicos y cohesión del barrio relacionados con salud general, pero relaciones sociales no. Centro y Este, exclusión social significativos, relacionado con salud general. Recursos materiales (ingresos del hogar) y servicios básicos (estado de salud y servicios) predictores más fuertes de salud en adultos mayores europeos.
Sánchez et al. 2012	Enfoque teórico propuesto por Adams, Anderson y Adonu.	España y Holanda	<ul style="list-style-type: none"> Investigar los intercambios de apoyo social en los adultos mayores en España y Holanda, y el efecto de estos intercambios sobre la soledad. 	<ul style="list-style-type: none"> España, el nivel educativo más bajo que en los Países Bajos, mayor proporción de analfabetos y con educación básica (22% versus 7%). El porcentaje sin hijos es del por 13,5% en España y 18,3% en Holanda. España, mayores viven más frecuencia con familiares o cónyuges que en Holanda (41% frente al 5%). Holanda la mayoría viven solos o con cónyuge. Españoles participaban en actividades religiosas más frecuencia que holandeses (51% frente al 26%). Holanda más común pertenecer a una asociación (76% frente a 27%). Los patrones de participación social diferentes para ambos países. Tamaño de la red social; el número medio de miembros de la red mayor en Holanda (15%) que en España (8%). Soledad más altas en los españoles que en holandeses: entre los españoles mostró un nivel medio de más de 3, lo que indica niveles de soledad moderados a altos; holandeses mostró una media inferior a 3. España, intercambio apoyo instrumental con la red de apoyo más frecuente que en holandesa. Holanda, más apoyo emocional que en España. Holanda, a más edad, mayor soledad que en España. España, más índices de soledad en mayores con problemas de salud que en Holanda. Vivir en pareja, menor soledad en ambos países. Igual que vivir con pareja, con hijos adultos u otros familiares. Ser miembro de una asociación, menor soledad en Holanda que en España. Presencia de niños en red social no predijo menor soledad en ambos países. Tener amigos, menos soledad en España que en Holanda. Tener amigos es más importante en la sociedad española que en la holandesa. Recibir apoyo instrumental en España, menor soledad. Recibir apoyo emocional no. Holanda, resultados invertidos.

Beridze et al. 2020	Se realizó en conformidad con la Declaración de Helsinki de 1964 de la Asociación Médica Mundial.	España y Suecia.	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar las relaciones entre soledad, aislamiento social y calidad de vida en adultos mayores. • Identificar posibles diferencias entre el norte y el sur de Europa en estas asociaciones. • Explorar si la asociación con el aislamiento social es independiente de la soledad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Suecos mayor nivel educativo que españoles; menos limitaciones en actividades de la vida diaria, menos enfermedades crónicas y síntomas depresivos. Mejor memoria, audición, vista y calidad de vida o CV en general. • Media de soledad fue similar en los dos países (3,74 frente a 3,75). • Soledad, similar en ambos países. Aislamiento social mayor en España que en Suecia (1,91 frente a 1,82). • Ambos países, una mayor soledad se asoció con una mayor edad, género femenino, menor riqueza y educación, con peor salud física y mental, con deficiencias cognitivas y sensorial y menor CV en general. • En Suecia, una mayor soledad se asoció adicionalmente con un mayor aislamiento social. Esta asociación no se observó en España. • Suecia, aislamiento social más altos asociaron con mayor edad, ser hombre, menor riqueza y educación, limitaciones de actividad y soledad, peor cognición y CV. España, ser hombre, menor riqueza, peor salud mental, audición y CV y puntajes altos en soledad. • Suecia, soledad se asoció con CV en mayores. España, no se asoció significativamente con la CV, aislamiento social sí. Asociación más fuerte en menores de 65 y aquellos sin enfermedades crónicas autoinformadas. Suecia, la asociación fue similar en ambos grupos de edad. • Suecia, asociación negativa entre una mayor soledad y la CV. • Relación negativa entre el aislamiento social y la CV en ambos países. • La soledad y el aislamiento social se asocian con una CV más baja en mayores, pero ligadas al contexto y difieren ligeramente entre países.
Hernández et al. 2021	Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.	España (Galicia)	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer la prevalencia de la soledad y el aislamiento social en adultos mayores de 65 años en Ourense (Galicia) y sus factores asociados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Niveles de soledad, 32,7%; manifiestan vivir solo, 17%; sin contacto semanal, 18,9%. Están aislados socialmente, el 1,4%. • Factores soledad: ser mujer, vivir solo/a, viudez o divorcio, tener pensión y nivel educativo bajos o escasos, padecer depresión, deterioro cognitivo, pérdida de visión, dependencia para Actividades de la vida diarias o AVBD, tomar psicofármacos (en los últimos 6 meses) y necesidad de mejoras en domicilio. • Sentimiento de soledad casi se duplica entre 75 a 85 años. • Ejercicio físico regular, un factor protector.

López y Díaz. 2018	Teoría Fundamentada (Glaser y Strauss 1967).	España.	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivo General: <ul style="list-style-type: none"> ○ Identificar los problemas sociales que más aquejan a los adultos mayores, la soledad, distinguiendo entre las dimensiones emocional y social. • Objetivo Específico: <ul style="list-style-type: none"> ○ Estudiar la soledad en personas mayores distinguiendo entre la dimensión emocional y social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Viudez estrecha relación con soledad, factor desencadenante. • Individuos que enviudan a avanzada edad, más víctimas de la soledad. • Soledad especial intensidad si pérdida reciente y/o la pareja tenía calidad relacional. • Momentos del día donde sienten más soledad: cuando regresan a la vivienda al anochecer y al acostarse a dormir. • Viudedad relacionada con aislamiento social. Reducen sus redes sociales con otros matrimonios o personas casadas. Prefieren amistades sin pareja, coetáneos y mismo sexo para evitar crítica social, especialmente zona rural. • Relaciones son familiares (hermanos/primos) muy valoradas en medio rural. • Viudez y soledad afectan más a hombres. Mayor dificultad adaptación, más a edades avanzadas. • Vecindario, recurso esencial viudas, viudos menos. Especialmente medio rural. Los vecinos y otras mujeres solas tienden a ayudar más a las viudas y a prestarles compañía y consuelo. Más reacios a hacer lo mismo con los viudos por miedo a la crítica social. • La familia, amigos y vecinos da más ayuda instrumental a viudos, menos ayuda emocional y afecto. • Recursos utilizados por mayores contra soledad: dar paseos, hacer visitas, compras, encuentros con familiares, amigos o vecinos. Realizar llamadas telefónicas, leer, ganchillo, cuidado de plantas y/o animales domésticos, tareas domésticas, ver televisión, escuchar radio, etc. • Recomendaciones de agentes sociales: mantener la mente ocupada.
López. 2007	Sin especificar	España	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar la integración de las personas mayores dentro de las ciudades. • Conocer los comportamientos y prácticas de los adultos mayores. • Saber cómo utilizan el espacio urbano los adultos mayores. • Conocer las estrategias que utilizan de cara a la jubilación. 	<ul style="list-style-type: none"> • España, envejecimiento más tardío otros países de Europa. • Número de personas mayores que viven solos irá en aumento con los años. • Hogares unipersonales de una persona mayor en aumento. Mayoría mujeres por su mayor esperanza de vida. • Escasa movilidad en la vejez, personas permanecen en sus hogares de toda la vida. La mayoría construidos entre 1960 y 1980, mayormente edificaciones de mala calidad constructiva y urbanística (escasa accesibilidad o carecen equipamientos básicos como ascensores). Aumenta riesgo de accidentes y aislamiento social. • Aumento envejecimiento en zonas urbanas, aumento de discapacidad y/o dependencia. • Mayores de ciudades, gran accesibilidad a las dotaciones del barrio. • Emplean más tiempo y esfuerzo en acceder a los servicios de salud, zonas verdes o centros de ocio dedicados a la tercera edad. • Relaciones sociales fuera del hogar están en entorno residencial más próximo (barrio y comunidad). Se establecen más en lazos familiares y vecinales que desde la amistad. • Tienden a acceder a bienes y servicios dentro del barrio o municipio. • Personas jubiladas en España no suelen participar tejido asociativo que puedan influir en la toma decisiones de la sociedad. Escaso y desorganizado "poder gris". • La brecha digital es motivo de exclusión del colectivo mayor.
Camero y Baigorri. 2019	Sin especificar.	España.	<ul style="list-style-type: none"> • Analizar el origen y evolución del envejecimiento activo. • Evidenciar la importancia de las políticas y de los programas de mejora de la 	<ul style="list-style-type: none"> • Políticas dirigidas al envejecimiento activo. • Existen actitudes sociales y prácticas de instituciones discriminatorias hacia mayores por edad y falta de reconocimiento. • Mayores de hoy, generación del franquismo, trabajó por el progreso del país pero también disfrutó del bienestar y protección social. • Europa, poder de los mayores va en aumento, la mayoría siguen en sindicatos y partidos políticos aún después jubilación.

			<p>calidad de vida entre las personas mayores.</p> <ul style="list-style-type: none"> Indagar en el peso creciente de la población de mayores de 65 años como ciudadanía sénior. Analizar el papel social de las personas mayores como agentes de bienestar general y de la solidaridad entre generaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> Mayores europeos dependen de prestaciones públicas, votan en favor de sus intereses. Fenómeno emergente del “<i>poder gris</i>” en España, los “<i>yayoflautas</i>” (jubilados del 15M contra políticas que afectaban a sus intereses). Mayores son un “<i>agente de bienestar</i>” que apoyan personas más jóvenes (por crisis económica, precariedad laboral y escasez de recursos del Estado a las familias). Contribuyen a la falta de ingresos de jóvenes, atienden labores del hogar o de cuidado de los nietos (“<i>abuelidad canguro</i>”), especialmente abuelas (provocando “<i>síndrome de la abuela esclava</i>”). Datos del “<i>active ageing index</i>”, mayores españoles posición intermedia (número 14 de 27 países europeos) con ocupación del 9,6% en voluntariado, 36,1% en cuidados a niños (nietos), 15,7% de cuidados a otros mayores, y un 10,6% en la participación política.
Moreno y Vicente. 2016	Técnica de “ <i>árboles de decisión</i> ” siguiendo los datos de la encuesta “ <i>European Quality of Life, 2011-2012</i> ”.	España.	<ul style="list-style-type: none"> Comparar el bienestar y la calidad de vida de los adultos mayores de 65 años que conviven en hogares multigeneracionales con aquellos que viven en pareja o solos. Analizar las diferencias entre los distintos países en relación al bienestar subjetivo. 	<ul style="list-style-type: none"> Europa, tendencia declive hogares multigeneracionales desde 1980. Países norte, frecuencia de hogares multigeneracionales menor que en sur, debido factores culturales, históricos e institucionales. España, convivencia trigeneracional (nietos y abuelos) incrementado con la crisis. Sur, servicios institucionales dedicados cuidado mayores deficitarios, dependen principalmente solidaridad de familias. Norte, menos frecuente familias hagan labores cuidado, servicios prestados mayormente instituciones gracias a las políticas y servicios públicos. Soledad asociada con peor autopercepción del estado salud, mayor entre países del sur, donde más hogares multigeneracionales. Menor bienestar y calidad de vida en sur que norte. Norte, la soledad es menor y bienestar asociado con nivel económico.
Fernández y Ponce. 2013	Sin especificar.	España.	<ul style="list-style-type: none"> Analizar las tendencias demográficas del envejecimiento en España. Analizar las necesidades de la población mayor y los recursos sociales disponibles. 	<ul style="list-style-type: none"> Los problemas que más generaban preocupación entre los adultos mayores son: la soledad, la enfermedad, el dolor, la pérdida de memoria y la dependencia. Algunas de las necesidades relacionadas con el punto anterior: independencia, autonomía, seguridad, pertenencia, competencia y relación. 87% mayores prefiere permanecer en hogares antes que irse a vivir con sus hijos. En jubilación, aprox. el 53 % de adultos mayores se anima a realizar cursos, hace manualidades, actividades sociales y culturales, se inicia en el voluntariado, se dedica a realizar turismo o incluso aprender nuevas tecnologías o TICs. En catálogo de servicios que se oferta desde los Servicios Sociales de Atención Primaria se enfoca en cumplir los principios y valores del envejecimiento activo utilizando los siguientes recursos: el servicio de ayuda a domicilio, teleasistencia, lavandería domiciliaria, tratamiento psicosocial, servicio de compañía y movilidad (a través del voluntariado y de la cooperación). Otros servicios muy demandados por los adultos mayores en los últimos 25 años son los programas de termalismo o los viajes del Instituto de Mayores y Servicios Sociales. El asociacionismo ha aumentado de forma considerable en los últimos diez años. El número de hogares y clubs especializados en la tercera edad son aproximadamente 5000 en la actualidad. Mayores pueden realizar diversas actividades que permiten mantener sus capacidades y/o habilidades, así como disfrutar del ocio en compañía de otras personas (gimnasia, excursiones, manualidades, visitas culturales, etc). Se han puesto en marcha distintos programas relacionados con la jubilación y el envejecimiento, como el programa para la

				Preparación de la Jubilación (PPJ), programas de Actividad Física, programas dirigidos al aprendizaje, programas específicos de las universidades y aulas para mayores; programas para el entrenamiento de la memoria o programas dirigidos al bienestar y a desarrollar el “ <i>pensamiento positivo</i> ”.
Ponce y Andrés. 2017	Sin especificar.	La Puebla de Montalbán, Castilla la Mancha, España.	<ul style="list-style-type: none"> Analizar tendencias demográficas del envejecimiento de la población española en el ámbito rural. Analizar factores a tener en cuenta en la intervención social para fomentar envejecimiento activo en el ámbito rural. 	<ul style="list-style-type: none"> Mujeres participan en más actividades que los hombres y tienen red social más amplia. Ayuda a prevenir la soledad y a combatirla. Hombres limitan sus actividades sociales y de ocio a andar, ir al bar, juegos de mesa y tomar el sol en la plaza. Sociabilizan poco. Actividades participan jóvenes. Mayores apoyan encuentros intergeneracionales. Sociedad sigue viendo a mayores como consumidores de recursos, desvalidos, relacionados con entornos residenciales. Cambio generacional en la vejez, se nota sobre todo en mujeres. Más activas y participativas en jubilación y al liberarse de la crianza de hijos. Algunas mujeres retoman sus estudios en universidades. Desde entidades se fomentan actividades de participación y cooperación ciudadana. Mayores aportan más a sociedad de lo que parece. Propuesta de mejora envejecimiento activo: dotar más presupuestos y recursos para contratación profesionales dinamizadores, fomentar aprendizaje, regreso a las aulas y universidades de mayores, fomentar participación y cooperación ciudadana.
Giménez y Calvo. 2020	Sin especificar.	Cornellá de Llobregat, Cataluña, España.	<ul style="list-style-type: none"> Conocer los sentimientos y vivencias de soledad de los adultos mayores de 65 años que viven solos. 	<ul style="list-style-type: none"> Afrontamiento de la soledad: <ul style="list-style-type: none"> Negativo: hay personas sin capacidad afrontar soledad. Positivo: algunas reforzadas por relación conyugal disfuncional. Mujeres cuidan a maridos y su vida gira a actividades de sus maridos. Cuando enviudan, sienten liberación. Aspectos psicológicos/emocionales: <ul style="list-style-type: none"> Noche, más soledad, pensamientos recurrentes, miedo y angustia. Pérdidas en vejez son padecidas, pero se aceptan como parte vida. Aislamiento provoca deterioro comunicación, falta red social y manifestar sentimientos. Soledad prolongada genera aislamiento y abandono de necesidades personales. Desencadena falta autoestima. Soledad afecta a percepción salud. Disminuye autocuidado y desencadena nuevos problemas salud. Soledad, tristeza y poca gestión emocional, descuido de actividades lúdicas, aislamiento en hogar y no relacionarse. Red familiar: <ul style="list-style-type: none"> Rol de cuidado de nietos suele relegarse a las abuelas. Mayores se sienten una carga para cuidadores (hijas o nueras). Soledad en mayor hace que familia se preocupen más y estén pendientes de su bienestar (ejemplo, lo llaman a menudo). Mascotas, ayudan incorporar nuevas rutinas y dan mucha compañía. Red social: <ul style="list-style-type: none"> Familia, principal red social y de apoyo. Aunque no siempre responden como se espera (barreras, comunicación ineficaz, etc). Escogen mantener amistades en su misma situación, personas solas. Perder amigos, mayores sienten tristeza y aumenta su soledad. Percepción de los profesionales de la salud:

				<ul style="list-style-type: none">○ Atención de enfermeras, genera confianza y seguridad durante soledad.○ Contar con recursos comunitarios es importante, enfermeras conectan a pacientes con éstos, los gestionan y coordinan.○ Grupos de intervención, impacto positivo en salud física y psicológica de personas en soledad, se relacionan, expresan necesidades.
--	--	--	--	---

