

¡No dejes que ALICANTE se quede SOLA!



Análisis de la experiencia de la soledad percibida en la provincia de Alicante: un estudio descriptivo

AGRADECIMIENTOS

***A todas las personas que tan amablemente han completado el cuestionario
de esta investigación***

Nota: en el presente trabajo se ha optado por utilizar un lenguaje inclusivo que refleje el compromiso con la igualdad de género y la diversidad. Aunque algunos términos puedan parecer redundantes o estilísticamente inusuales, esta elección responde a la intención de visibilizar a todas las personas, independientemente de su género. Este enfoque sigue las recomendaciones de organismos internacionales como la UNESCO (1999) y las guías de estilo de la Real Academia Española (RAE).

CRÉDITOS

Diputación de Alicante

- **María Loreto Serrano Pomares**, Diputada de Bienestar Social e Igualdad
- **Elvira Tarruella**, Jefa de Unidad de Igualdad y Juventud
- **Eulalia Iniesta**, Técnica de Acción Social

Vicerrectorado de igualdad, inclusión y responsabilidad social de la Universidad de Alicante

- **Eva Espinar**, Vicerrectora de Igualdad, Inclusión y Responsabilidad Social
- **Roberto Mohedano**, Secretariado de Responsabilidad Social
- **Teresa Alberó**, Unidad de Diversidad

Equipo de investigación de la Universidad de Alicante

- **Cabañero-Martínez, M. José**. Catedrática de Universidad. Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud.
- **Escribano Cubas, Silvia**. Profesora titular. Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud.
- **Mercedes-Molina Montoya**. Profesora asociada. Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales.
- **Rabadán Sánchez, José Antonio**. Coordinación. Profesor asociado. Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales.

Página web: <https://web.ua.es/es/inclusion/unidad-diversidad/observatorio-de-la-soledad/>

Correo electrónico: observatoriodelasoledad@ua.es

Fecha de elaboración. Esta investigación se realizó desde el 20 de noviembre de 2023 hasta el 31 de octubre de 2024

Fecha de entrega informe a la Excma. Diputación de Alicante: 22 de noviembre de 2024

Organizaciones adheridas

Desde el comienzo de la presente investigación se ha contado en todo momento con la inestimable colaboración de diferentes entidades dedicadas al bienestar y apoyo social en la provincia de Alicante, tanto del tercer sector como del sector privado. Es importante destacar que cada una de estas organizaciones aportaron su conocimiento y experiencia desde su propia área de especialización y unieron esfuerzos para abordar la cuestión de la soledad y el aislamiento social en nuestra provincia.

De esta participación canalizada a través de estas organizaciones, surge este proyecto para abordar la soledad desde una dimensión teórica y práctica. Un reto que solo se puede abordar desde esta perspectiva transversal.



- **Alicante contra el cáncer:** Asociación Alicante para la Lucha contra el Cáncer (AACC). Presta atención integral a pacientes oncológicos, familiares y seres queridos en la provincia de Alicante.
Página web: www.alicantecontraelcancer.es.
Persona asignada: **María Belén Ortiz Caturla**
- **Cáritas Diocesana de Orihuela-Alicante:** realiza acción caritativa y social de la Iglesia en la Diócesis y promueve, coordina e instrumental la comunicación cristiana de bienes, ayudando a la promoción humana y desarrollo integral.
Página web: www.caritasoa.org.
Persona asignada: **Javier Ruvira**
- **Cruz Roja Alicante-Centro Provincial:** adapta su actividad a las necesidades derivadas de aquellos colectivos de la población más vulnerables, contando

con una evolución considerable de su plataforma tecnológica para aumentar sus oportunidades de intervención.

Página web: www2.cruzroja.es/-/alicante-centro-provincial

Persona asignada: **Sara Sánchez González.**

- **Fundación Dasyc:** se promueve el voluntariado social, la formación en valores de las personas jóvenes y la prevención de la exclusión social, atendiendo a infancia y juventud, personas mayores, población vulnerable y familia para prevenir la exclusión social.

Página web: www.fundaciondasyc.org

Persona responsable: **Alba Pérez-Adsuar Berenguer**

- **Centro de Cuidados Hominum:** se atiende de forma integral a las personas con enfermedad degenerativa, a personas mayores y a sus familias, desde el acompañamiento y proporcionando cuidados paliativos.

Página web: www.centrohominum.org

Persona asignada: **María Brotons**

- **Mancomunidad La Vega:** agrupa a los municipios de Algorfa, Jacarilla, Redován y San Miguel de Salinas para la prestación de servicios sociales y promoción de políticas de igualdad e integración social para diversos colectivos.

Página web: www.mancomunidadlavega.es

Persona asignada: **María Teresa Martínez Cárcelos**

- **Teléfono de la Esperanza:** prestan un servicio permanente de intervención en crisis, de forma telefónica y presencial, promoción del bienestar emocional y formación el voluntariado.

Página web: www.telefonodelaesperanza.org/alicante

Persona responsable: **Germán Ricardo Orjuela Morales**

- **Volk2 Voluntariado Alicante:** organizan actividades de voluntariado con colectivos vulnerables en la zona norte de Alicante para mejorar sus condiciones de vida y aprender nuevos roles desde la educación y la solidaridad.

Página web: www.volk2.org

Persona asignada: **Maribel Ibáñez**

Índice de contenidos

Presentación.....	12
<i>No dejes que Alicante se quede sola</i>	12
Resumen ejecutivo	15
<i>Metodología</i>	16
<i>Resultados de la soledad en la provincia de Alicante</i>	16
<i>Soledad y calidad de vida relacionado con la salud</i>	17
1 Definir la soledad en nuestra sociedad actual: un fenómeno complejo y multifacético.....	20
1.1 <i>Punto de partida: la compleja tarea de definir la soledad</i>	20
1.2 <i>Aislamiento social</i>	22
1.3 <i>Soledad no deseada y soledad deseada.....</i>	23
1.4 <i>Soledad crónica, situacional y pasajera</i>	24
1.4.1 <i>Soledad crónica</i>	24
1.4.2 <i>Soledad situacional</i>	24
1.4.3 <i>Soledad pasajera.....</i>	25
2 Prevalencia de la soledad: perspectiva internacional, nacional, regional y local	26
2.1 <i>A nivel internacional</i>	26
2.2 <i>A nivel nacional</i>	27
2.3 <i>A nivel de comunidad autónoma</i>	28
2.4 <i>A nivel local.....</i>	28
3 La soledad a lo largo del ciclo vital: algunos factores y circunstancias clave.....	31
3.1 Algunos factores comunes que contribuyen a la sensación de soledad.	31
3.1.1 <i>Cambio de domicilio.....</i>	31
3.1.2 <i>Procesos migratorios</i>	32
3.1.3 <i>Pérdidas y duelos</i>	32

3.1.4	<i>Carencia de amistades</i>	32
3.1.5	<i>Ausencia de pareja</i>	33
3.1.6	<i>Relaciones de los padres con hijos e hijas</i>	33
3.1.7	<i>Relaciones con la familia</i>	33
3.1.8	<i>Entorno comunitario</i>	34
3.1.9	<i>Salud y discapacidad</i>	34
3.1.10	<i>Situación de dependencia y cuidados</i>	34
3.1.11	<i>Discriminación</i>	34
3.1.12	<i>Contexto de situaciones de abuso</i>	35
3.1.13	<i>Situación laboral</i>	35
3.1.14	<i>Reducción en la interacción social</i>	35
4	Metodología	37
4.1	Diseño del estudio.....	37
4.2	Población y muestra	37
4.3	Variables e instrumentos de medida	37
4.3.1	Variables sociodemográficas	37
4.3.2	Variables sociofamiliares.	38
4.3.3	Variables relacionadas con la salud y la calidad de vida	38
4.3.4	Variable del uso de las tecnologías de la relación, información y comunicación (TRIC)	39
4.4	Escala de medición de la soledad (como variable dependiente principal)	39
4.5	Procedimiento	40
4.6	Análisis de datos	41
4.7	Consideraciones éticas	41
5	Resultados	43
5.1	Resultados descriptivos de la muestra	43
5.1.1	Edad y género.....	43
5.1.2	Comarcas	44
5.1.3	Estado civil	45

5.1.4	Nivel de estudios	45
5.1.5	Situación laboral	46
5.1.6	Nivel socioeconómico	47
5.1.7	Relaciones personales y apoyo.....	47
5.1.8	Calidad de vida	48
5.1.9	Nuevas tecnologías y redes sociales	51
5.1	Resultados de la escala de soledad De Jong Gierveld.....	51
5.2	Soledad y variables sociodemográficas	52
5.2.1	Soledad y edad.....	52
5.2.2	Soledad y género	54
5.2.3	Soledad y estado civil	55
5.2.4	Soledad y nivel de estudios	56
5.2.5	Soledad y situación laboral	58
5.2.6	Soledad y nivel socioeconómico.....	59
5.1	Soledad y variables relativas a la salud y la calidad de vida.....	61
5.1.1	Soledad y forma física.....	61
5.1.2	Soledad y dimensión emocional.....	62
5.1.3	Soledad y actividades cotidianas.....	63
5.1.4	Soledad y actividades sociales	64
5.1.5	Soledad y estado de salud	65
5.1.6	Soledad y dolor	66
5.1.7	Soledad y apoyo social	67
5.1.8	Soledad y calidad de vida.....	68
6	Conclusiones	69
7	Recomendaciones	72
7.1	Plan estratégico para combatir la soledad en la provincia de Alicante ..	72
7.2	Redes de investigación y colaboración académica, pública y privada...	74
7.2.1	<i>Estudios y diagnósticos sobre realidades concretas.....</i>	74
7.2.2	<i>Elaboración de una guía de recursos y organizaciones sociales que aborden la soledad en la provincia de Alicante</i>	74

7.2.3	<i>Diseño de guías con protocolos de actuación contra la soledad, a nivel general y por colectivos específicos</i>	75
7.3	<i>Sensibilización y difusión</i>	75
7.3.1	<i>Combatir el estigma de la soledad</i>	75
7.3.2	<i>Campañas informativas y educativas</i>	76
7.3.3	<i>Ciclos de conferencias, seminarios y simposios</i>	76
7.4	<i>Formación de personal de proximidad</i>	76
7.4.1	<i>Formación de profesionales y agentes locales</i>	76
7.5	<i>Redes de apoyo y espacios comunitarios</i>	77
7.5.1	<i>Creación de redes comunitarias de apoyo</i>	77
7.5.2	<i>Reutilización y dinamización de espacios comunitarios</i>	77
7.5.3	<i>Promoción de espacios intergeneracionales e interculturales.....</i>	77
7.6	<i>Intervenciones personalizadas</i>	78
7.6.1	<i>Proyectos de intervención individualizada</i>	78
7.6.2	<i>Promoción de relaciones cercanas</i>	78
7.6.3	<i>Acompañamiento socioeducativo</i>	79
7.7	<i>Impacto en salud y bienestar.....</i>	79
7.7.1	<i>Actividades de grupo para mejorar la salud física y mental</i>	79
7.7.2	<i>Detección precoz y protocolos de derivación en atención primaria.</i>	79
7.7.3	<i>Acceso a recursos de atención psicológica y social</i>	80
8	Referencias bibliográficas	81

Índice de tablas

Tabla 1	Resumen de prevalencias en estudios realizados a nivel nacional	29
Tabla 2	Distribución de la muestra por rangos de edad.....	43
Tabla 3	Distribución de la muestra por género	44
Tabla 4	Distribución de la muestra por comarcas	44
Tabla 5	Distribución de la muestra según su estado civil.....	45
Tabla 6	Distribución de la muestra según el nivel de estudios	46
Tabla 7	Distribución de la muestra según su situación laboral	46
Tabla 8	Distribución de la muestra según nivel socioeconómico	47
Tabla 9	Descripción de las frecuencias y porcentajes de personas con las que se relacionan los encuestados	48
Tabla 10	Descripción de las frecuencias y porcentajes del apoyo que tienen los encuestados.....	48
Tabla 11	Descripción de las Láminas COOP-WONCA.....	49
Tabla 12	Percepción de soledad en función de los puntos de corte en la escala De Jong Gierveld	52
Tabla 13	Puntuaciones medias en la percepción global de soledad y en sus subescalas según la edad.....	52
Tabla 14	Puntuaciones medias en la percepción global de soledad y en sus subescalas según el género	54
Tabla 15	Puntuaciones medias en la percepción global de soledad y en sus subescalas según el estado civil	55
Tabla 16	Puntuaciones medias en la percepción global de soledad y en sus subescalas según el nivel de estudios	57
Tabla 17	Puntuaciones medias en la percepción global de soledad y en sus subescalas según la situación laboral	58
Tabla 18	Puntuaciones medias en la percepción global de soledad y en sus subescalas según el nivel socioeconómico.....	59

Tabla 19 Puntuaciones medias en la percepción global de soledad y en sus subescalas según forma física	61
Tabla 20 Puntuaciones medias en la percepción global de soledad y en sus subescalas según sentimientos	62
Tabla 21 Puntuaciones medias en la percepción global de soledad y en sus subescalas según actividades cotidianas	63
Tabla 22 Puntuaciones medias en la percepción global de soledad y en sus subescalas según actividades sociales	64
Tabla 23 Puntuaciones medias en la percepción global de soledad y en sus subescalas según estado de salud	65
Tabla 24 Puntuaciones medias en la percepción global de soledad y en sus subescalas según dolor	66
Tabla 25 Puntuaciones medias en la percepción global de soledad y en sus subescalas según apoyo social	67
Tabla 26 Puntuaciones medias en la percepción global de soledad y en sus subescalas según calidad de vida	68

Índice de figuras

Figura 1 Diferencias de la puntuación media de soledad total en función de la edad (por categorías).....	54
Figura 2 Diferencias de la puntuación media de soledad total en función del estado civil	56
Figura 3 Diferencias de la puntuación media de soledad total en función del nivel de estudios.....	57
Figura 4 Diferencias de la puntuación media de soledad total en función de la situación laboral	59
Figura 5 Diferencias de la puntuación media de soledad total en función del nivel socioeconómico	60

Presentación

No dejes que Alicante se quede sola

La provincia de Alicante es reconocida por su diversidad cultural, multiétnica y geográfica que crea un entorno lleno de contrastes entre lo urbano y lo rural, lo local frente a lo internacional, así como entre lo tradicional y lo moderno. Sin embargo, estos mismos atributos que benefician a la provincia también presentan desafíos especiales para combatir la soledad. En las zonas rurales se agrava el aislamiento físico debido al éxodo poblacional y al envejecimiento, mientras que en los entornos urbanos la velocidad de la vida moderna desdibuja los lazos humanos dejando a muchos sumidos en una soledad emocional que convive paradójicamente entre la multitud.

Según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) a 1 de enero de 2022, Alicante albergaba residentes de ciento treinta y siete nacionalidades distintas. Valga como ejemplo la ciudad de Torrevieja en la que su mitad de la población pertenece a cien nacionalidades distinta a la española. Esta mezcla de culturas y lenguajes puede ser muy enriquecedora pero también plantea desafíos en términos de integración y conexión social para la comunidad. Las personas que han migrado lejos de sus países enfrentando barreras idiomáticas o culturales a menudo experimentan una forma más intensa de soledad al sentirse alejados de sus raíces.

Durante esta etapa de modernidad líquida (Bauman, 2009), caracterizada por relaciones transitorias, las redes sociales (en su sentido humano y comunitario, no tecnológico) que tradicionalmente brindaban sensación de pertenencia y apoyo, van perdiendo fuerza. Podemos ver a diario que, a pesar de estar inmersos en un entorno saturado de tecnología y comunicación instantánea, experimentamos una creciente sensación de aislamiento y soledad. Las personas mayores se ven afectadas especialmente por esa brecha digital y, sobre todo, por la desaparición de las redes familiares tradicionales y la falta de tiempo para compartir con los

seres queridos. Por otro lado, los jóvenes enfrentan una soledad emocional derivada de la falta de conexiones auténticas en un entorno digitalizado y el constante estrés por cumplir expectativas poco realistas tanto personales como sociales.

En esta situación específica se destaca la importancia de las relaciones familiares y comunitarias en la vida de las personas que habitan en áreas rurales; estas personas suelen experimentar un sentimiento de aislamiento físico debido a la escasez de servicios y a la dispersión geográfica que los caracteriza. A la vez y en sentido contrario, las áreas urbanas cada vez más pobladas se presentan cada vez como zonas donde todos nos podemos sentir solos en medio de la multitud.

En consecuencia de lo expresado, el presente informe (uno de los más representativos a nivel nacional realizados hasta la fecha, con una muestra de 1898 participantes sobre una población de 1.950.357 (INE, 2023) habitantes de nuestra provincia) tiene como objetivo no solo poner de manifiesto las diversas manifestaciones de la soledad en la provincia de Alicante, sino también promover acciones específicas para hacerle frente. Supone un punto de partida para empezar a diseñar líneas estratégicas y seguir analizando las diversas formas de soledad que se manifiestan en nuestro territorio. El fortalecimiento de las redes comunitarias en zonas rurales y la promoción de espacios de integración para los residentes extranjeros son solo algunas estrategias que pueden contribuir hacia una sociedad más unida. En un lugar donde se entrelazan lo tradicional y lo moderno es crucial construir conexiones que favorezcan que todos los habitantes se sientan parte de una comunidad en la que nadie quede marginado o excluido.

En definitiva, este proyecto transversal busca motivar a todos a unirse en una acción conjunta para convertir la soledad en oportunidades de conexión humana, el aislamiento en una comunidad donde todos y todas podamos encontrar un lugar de pertenencia y el vacío existencial como un punto de partida en una esperanza necesario para imaginar y construir un mañana diferente.

RESUMEN EJECUTIVO

Resumen ejecutivo

El término de soledad no deseada se refiere a un estado emocional en el que una persona experimenta una desconexión social o afectiva involuntaria, compañía, sin importar si la persona está acompañada y tiene apoyo o relaciones significativas o no. En sociedades actuales, la soledad no deseada es un problema social y de salud extendido a nivel internacional con implicaciones en todos los ámbitos de la sociedad. En nuestro contexto europeo, los índices revelan una prevalencia de entre el 5% y el 20% de soledad no deseada, donde concretamente en España las prevalencias son cercanas al 20%.

Este informe tiene por objetivo explorar la frecuencia de la soledad no deseada en la provincia de Alicante, así como analizar las posibles variaciones entre diferentes grupos sociodemográficos y factores de salud. Dichos factores se detallan a continuación:

Sociodemográficas

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Nivel de estudios
- Situación laboral
- Nivel socioeconómico

Salud y Calidad de Vida relacionada con la salud

- Forma física
- Sentimientos
- Actividades cotidianas
- Actividades sociales
- Estado de salud
- Dolor
- Apoyo social
- Calidad de vida

Todo ello, con la finalidad de poder identificar líneas estratégicas de intervención que puedan abordar la problemática de las soledades en la provincia de Alicante.

Metodología

Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal en el que participaron un total de 1.898 personas de 18 o más años, residente de la provincia de Alicante, no institucionalizados. Todos ellos Se excluyeron de la muestra: las personas institucionalizadas. Para la recogida de datos se elaboró un cuestionario ad hoc, que incluyó, además de la evaluación de la soledad a través de la Escala de Soledad de De Jong Gierveld (DJGLS; De Jong Gierveld y Kamphuis, 1985), variables sociodemográficas, sociofamiliares, variables relativas a la salud y calidad de vida relacionada con la salud y variables sobre el uso de las tecnologías de la relación, información y comunicación. El cuestionario fue remitido y autoadministrado a través de Internet (Qualimetrics.com) y se distribuyó a través de diferentes estrategias para lograr la máxima participación (asociaciones participantes, redes sociales, espacios universitarios virtuales y cartelería en la Universidad de Alicante y la Diputación de Alicante). El proyecto fue aprobado por el Comité de ética de la Investigación de la Universidad de Alicante (expediente UA-2024-01-26). Se realizó el análisis descriptivo de las características de la muestra y de las variables principales. Se examinaron las diferencias de medias de la puntuación total de la soledad, así como las dimensiones de soledad social y soledad emocional, en función de las variables sociodemográficas edad, estado de salud y calidad de vida relacionada con la salud; utilizando el estadístico t-student cuando había dos grupos y la prueba ANOVA cuando había más de dos grupos.

Resultados de la soledad en la provincia de Alicante

El 73.8% de los participantes del presente estudio fue de 73.8 % manifestaron algún grado de soledad, moderada, severa y/o muy severa.

Con respecto a la edad, la percepción de soledad global y la soledad emocional disminuyen con el aumento de la edad, excepto a partir de los 75 años, cuando vuelve a incrementarse. Sin embargo, no hay diferencias respecto a la dimensión de soledad social.

Por género, no aparecieron diferencias entre hombre y mujeres para ninguna de las soledades analizadas: soledad global, social, ni emocional.

Con respecto al estado civil, las personas casadas o en una relación de pareja tienen una percepción de soledad percibida global más baja que las personas que están solteras, viudas o divorciadas.

Con respecto al nivel de estudios alcanzado, las personas con un menor nivel de estudios (sin estudios o estudios primarios) reflejan mayor nivel de cualquier tipo de soledad analizada, global, social y emocional, frente a los de mayor nivel de estudios.

Con respecto al nivel socioeconómico, las personas con menores ingresos obtuvieron puntuaciones más elevadas en todas las soledades frente a los niveles socioeconómicos superiores (medio y alto).

Con respecto a la situación laboral, las personas con una situación laboral menos favorable obtuvieron puntuaciones más elevadas en todas las soledades frente a los jubilados o los que trabajan a tiempo completo.

Soledad y calidad de vida relacionado con la salud

Las personas con una actividad física ligera o muy ligera tienen puntuaciones más altas en todas las dimensiones de soledad respecto a aquellas con una actividad física más intensa.

Las personas con una percepción de mayor afectación de problemas emocionales tienen una puntuación peor en todas las puntuaciones de soledad.

Las personas con una percepción de mayor dificultad para hacer las actividades cotidianas o tareas habituales tienen una mayor percepción de soledad (todas las dimensiones) con respecto al resto de categorías.

Las personas con una mayor limitación de sus actividades sociales tienen una mayor percepción de soledad con respecto a una mayor dificultad.

Las personas con una peor percepción de su estado de salud tienen mayores puntuaciones de soledad con respecto a aquellas que se perciben con mejor estado de salud.

Las personas que perciben una mayor intensidad de dolor tienen peores puntuaciones de soledad que aquellas que manifiestan una menor intensidad de dolor.

Las personas que reflejan tener menos personas a su alrededor dispuestas a ayudarle tienen mayores puntuaciones de soledad con respecto a aquellas con más apoyo social.

En general, las personas que se perciben con una menor calidad de vida tienen mayores puntuaciones de soledad respecto de aquellas con mejores percepciones de calidad de vida.

INFORME

Análisis de la experiencia de la soledad percibida en la provincia de Alicante: un estudio descriptivo

1 Definir la soledad en nuestra sociedad actual: un fenómeno complejo y multifacético

La comprensión y definición de la soledad nos plantea un reto sustancial debido a su naturaleza subjetiva y compleja. Naturaleza que la diferencia de otros conceptos relacionados como el aislamiento social o la falta de conexión interpersonal. Entendida como manifestación psicológica, la soledad no se ciñe exclusivamente a la carencia de relaciones sociales, ya que también comprende elementos emocionales y cognitivos (Heinrich & Gullone 2006). Su esencia experiencial condiciona igualmente su complejidad, ya que es posible que, aunque se posean vínculos sociales amplios y relaciones abundantes, es posible sentirse en soledad en función de si las necesidades emocionales personales se ven satisfechas o si se cumplen o no nuestras expectativas (Cacioppo et al., 2015). En este sentido, Rokach (2018) añade que es preciso tener en cuenta la cultura, pues la experiencia de soledad puede ser distinta en función del contexto cultural y es fundamental tenerlo en cuenta para valorarla. Por todo ello, para definir la soledad es esencial tener presente una perspectiva global que integre aspectos psicológicos, sociales y culturales.

1.1 Punto de partida: la compleja tarea de definir la soledad

La idea de la soledad ha sido explorada extensamente en el ámbito científico y ha dado origen a definiciones clásicas que han servido como base para investigaciones posteriores. Un aporte significativo proviene de Weiss (1973), quien distinguió entre dos formas de soledad: la emocional (relacionada a la carencia de una conexión íntima y significativa) y la social (asociada a la falta de una red social

satisfactoria). Esta distinción subrayó las múltiples dimensiones del concepto de soledad y su íntima relación variada entre distintos tipos de relaciones interpersonales.

Por otra parte, Perlman y Peplau (1981) propusieron una definición que se centra en la experiencia subjetiva al describir la soledad como una brecha entre las relaciones sociales deseadas y las que realmente se experimentan. Este enfoque ha sido particularmente significativo en la evaluación de la soledad al tener en cuenta la percepción individual más allá de las condiciones objetivas de interacción social.

La contribución de De Jong Gierveld (1987) al análisis de la sensación de soledad ha tenido un impacto al presentar un modelo integrador que diferencia entre las vertientes emocionales y sociales del fenómeno en cuestión. Esta perspectiva reconoce que la soledad no se experimenta de manera uniforme, sino que se manifiesta en diversas formas según la naturaleza de las carencias en las relaciones interpersonales. De acuerdo con el planteamiento propuesto por De Jong Gierveld (1987), la soledad emocional emerge cuando se percibe una falta de intimidad o conexión emocional profunda con otras personas; como ocurre en situaciones donde no hay un confidente cercano presente. En contraste, la soledad social está vinculada a la sensación de falta de compañía en el entorno social más amplio, como la carencia de integración o de pertenencia a un grupo comunitario o social.

Lo novedoso del enfoque de De Jong Gierveld radica en su énfasis en la subjetividad y en la importancia de comprender la soledad como un concepto dinámico influenciado tanto por factores objetivos como por percepciones individuales. Este enfoque se materializó en la creación de una escala de medición ampliamente utilizada en investigaciones sobre gerontología y psicología social: la Escala de Soledad de De Jong Gierveld (DLGLS) que hemos utilizado para nuestro estudio sobre el fenómeno de la soledad en la provincia de Alicante. Esta herramienta incluye once preguntas elaboradas para comprender la complejidad del fenómeno

al distinguir entre dos dimensiones fundamentales: la soledad emocional y la soledad social (De Jong Gierveld & Van Tilburg 2006).

Además de esto menciona De Jong Gierveld la importancia de los aspectos contextuales como las diferencias culturales y las variaciones a lo largo de la vida en la manera en que se experimenta y se interpreta la sensación de soledad. Por ejemplo, en personas mayores donde es más común experimentar pérdidas de relaciones significativas y cambios en la estructura social su modelo ha resultado particularmente útil para entender las implicaciones emocionales y sociales de estos procesos (De Jong Gierveld et al., 2009).

El modelo no solo permite una evaluación más matizada de la soledad, sino que también proporciona un marco teórico que facilita la identificación de acciones específicas dirigidas hacia cada aspecto individualmente, fomentando estrategias diferenciadas para abordar tanto la soledad emocional como social en distintos grupos poblacionales.

Estas descripciones tradicionales no solo resaltan la variedad de vivencias que pueden ser englobadas en la noción de soledad, sino que también ponen de manifiesto la importancia de contar con enfoques metodológicos sólidos que posibiliten capturar su complejidad y diversidad en contextos culturales y poblacionales particulares.

1.2 Aislamiento social

De forma complementaria, es importante comprender el concepto de aislamiento social. El aislamiento social se define como la ausencia objetiva de interacciones sociales significativas que incluye la ausencia de contactos familiares o comunitarios relevantes. El aislamiento puede surgir tanto de forma voluntaria como involuntaria y se diferencia de la soledad que es una sensación subjetiva ligada a la percepción de estar solo o desconectado sin importar la cantidad de relaciones sociales presentes (Holt-Lunstad et al., 2015). Se ha demostrado que el

aislamiento social está asociado a diversos efectos negativos para la salud. El aislamiento social y la soledad pueden tener efectos negativos en la salud física y mental de una persona. Se ha observado un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares y deterioro cognitivo, así como una mortalidad prematura (Cacioppo & Cacioppo, 2014). Es fundamental distinguir entre el aislamiento social y la soledad; una persona puede estar aislada socialmente pero no sentirse sola o viceversa. Esto destaca lo complejo de estos fenómenos y resalta la necesidad de enfoques específicos para su comprensión y tratamiento (Courtin & Knapp, 2017).

1.3 Soledad no deseada y soledad deseada

Se nos hace imprescindible de la misma forma acercarnos a los conceptos de soledad deseada y, sobre todo, al de soledad no deseada, que en estos últimos años se va aplicando en investigaciones e informes. La soledad no deseada se puede definir como una vivencia subjetiva que se distingue del aislamiento social por su naturaleza fundamentalmente emocional. Mientras que el aislamiento social hace referencia a una situación objetiva relacionada a la falta de interacciones sociales, la soledad no deseada se enfoca en la percepción de carencia en las relaciones interpersonales sin importar si la persona está acompañada físicamente o no. Esta falta de conexión emocional puede causar un malestar profundo que se convierte en un importante riesgo para la salud física y mental y para las relaciones sociales. Esto es especialmente relevante en las personas mayores debido a los cambios en las redes de apoyo y el entorno que intensifican su impacto (Hawkley & Cacioppo 2010; Peplau & Perlman 1981).

Por otro lado, la soledad deseada se refiere a la decisión de estar solo de forma voluntaria para reflexionar, descansar o dedicarse a actividades personales en lugar de estar aislado obligatoriamente por otros factores externos o circunstancias desfavorables. Este tipo de soledad puede ser una experiencia positiva y constructiva que contribuye al crecimiento personal y al bienestar emocional. La soledad deseada se considerada como una herramienta para fomentar la

autonomía y la autorreflexión que pueden ser beneficiosas para la salud mental en determinadas etapas de la vida.

1.4 Soledad crónica, situacional y pasajera

En este complejo contexto es fundamental entender las diversas expresiones de la soledad para poder reconocer sus repercusiones y resolverlas de manera efectiva. En este sentido, Young (1982), propone una clasificación que diferencia entre tres categorías principales de soledad - crónica, situacional y transitoria -, presentando un marco teórico que facilitaría el análisis de este fenómeno desde una perspectiva temporal y contextual; abordando así sus implicaciones tanto psicológicas como sociales. La distinción entre diferentes formas de estar solo no solo contribuye a comprender mejor esta vivencia subjetiva, sino que también resulta esencial para desarrollar estrategias personalizadas que se adecuen a las necesidades particulares de aquellos que se ven afectados por esta situación.

1.4.1 Soledad crónica

Este tipo de soledad implica una situación persistente y duradera en el tiempo que suele estar relacionada con dificultades para establecer o mantener relaciones interpersonales significativas. Las personas que experimentan soledad crónica pueden llegar a desarrollar una visión negativa de sí mismas y del mundo que refuerza un ciclo de aislamiento. Investigaciones posteriores han vinculado la soledad crónica con un aumento en el riesgo de problemas como depresión y ansiedad, así como enfermedades físicas como trastornos cardiovasculares (Young, 1982; Hawkley & Cacioppo 2010).

1.4.2 Soledad situacional

Este tipo de soledad surge como resultado de eventos específicos en la vida de una persona como la pérdida de un ser querido o cambios importantes como mudarse a otro lugar o pasar por un divorcio. Aunque esta sensación de soledad puede ser temporal en muchos casos, sus efectos emocionales pueden ser profundos y abrumadores si no se cuenta con el apoyo social necesario para hacer frente a ella.

En el caso de las personas mayores este tipo de soledad es frecuentemente experimentada debido a los cambios propios del proceso de envejecimiento tales como la jubilación o la viudedad (Young, 1982; Weiss, 1973).

1.4.3 Soledad pasajera

La soledad pasajera es breve y generalmente no implica un deterioro significativo en las habilidades sociales. Se trata de una experiencia momentánea que puede ocurrir en circunstancias específicas como mudarse a un lugar nuevo, tener un día particularmente estresante o iniciar un nuevo curso universitario sin conocer a ningún compañero o compañera. Este tipo de soledad suele ser menos preocupante y muchas veces se resuelve de forma natural cuando la persona vuelve a su entorno habitual o encuentra oportunidades para socializar (Young, 1982).

La categorización propuesta por Young resulta útil para entender que no todas las situaciones de soledad tienen los mismos orígenes ni repercusiones exactas. Esta clasificación facilita la identificación de qué tipo de soledad precisa intervención inmediata y cuál puede resolverse gradualmente o mediante ajustes menores en el entorno social del individuo. En la actualidad en la investigación vigente continúa teniendo relevancia este sistema de clasificación al ofrecer un marco teórico para analizar la soledad en diferentes contextos culturales y demográficos (Hawkey & Cacioppo 2010).

2 Prevalencia de la soledad: perspectiva internacional, nacional, regional y local

La soledad se ha convertido en la actualidad en un problema social y de salud pública con implicaciones globales y locales. A continuación, se presenta un análisis que desciende desde el panorama internacional hasta el nivel de comunidades autónomas y ciudades en España para poder valorar en su justa medida este fenómeno.

2.1 A nivel internacional

A nivel internacional, la soledad afecta entre el 20 % y el 25 % de la población adulta en diferentes etapas de sus vidas (Holt-Lunstad, 2018). En Europa, investigaciones internacionales como SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) revelan que los índices de soledad varían del 5 % en las naciones nórdicas a un 20 % en el sur y este del continente, siendo España un país destacado en ese aspecto (De Jong Gierveld et al., 2015). En naciones como el Reino Unido y Japón ha despertado tanto interés que se han creado expresamente ministerios para abordar la soledad.

El Reino Unido se convirtió en un pionero al considerar la soledad como una prioridad política al establecer el primer Ministerio de la Soledad en 2018. Esta decisión surgió después de la publicación de un informe parlamentario que destacaba que más de 9 millones de personas en el país experimentaban sentimientos solitarios de manera habitual y que el 45 % de los habitantes mayores de 65 años se veían afectados por la soledad (Campaign to End Loneliness, 2018).

El gobierno del Reino Unido ha puesto en marcha una iniciativa llamada la “Estrategia de Soledad” que incluye acciones como fomentar proyectos comunitarios, trabajar en colaboración con empresas para combatir la soledad y financiar proyectos locales relevantes. Una de las medidas más significativas es el desarrollo del “Índice de Soledad”, en asociación con organizaciones civiles para evaluar y seguir la prevalencia del aislamiento en distintos sectores de la sociedad.

Del mismo modo en Japón en el año 2021 postpandemia estableció un Ministerio de la Soledad para abordar los problemas cada vez mayores de aislamiento social y suicidios relacionados debido a la desconexión social que afectaba a amplios sectores de la población (Nippon.com, 2021). Además, en el contexto japonés se destacaban fenómenos singulares como los “*kodokushi*”, situaciones donde personas mayores fallecen solas y permanecen sin ser descubiertas durante períodos prolongados. Sucesos que ya ocurren dentro de nuestra provincia y que son señales preocupantes que nos deben motivar a la toma de acciones. Además, en Japón el 35 % de los hogares en el país son hogares unipersonales y el número de personas mayores viviendo solas es alarmantemente alta según la OECD (2022). El ministerio se esfuerza por fortalecer los lazos comunitarios y vecinales y promover políticas que fomenten la inclusión social.

2.2 A nivel nacional

La soledad es un problema extendido en España y se refleja en varios estudios que resaltan su frecuencia y los factores relacionados con ella. Sin ánimo de ser exhaustivos mencionamos algunos datos que nos puedan situar en la prevalencia de la soledad en nuestro país. A nivel nacional se destaca que el 20 % de la población experimenta de soledad no deseada según el Barómetro de la Soledad No Deseada (Fundación ONCE & Fundación AXA del año 2024). Esta situación afecta más a los jóvenes (34.6 %) y a aquellos con ingresos bajos (30.1 %). Este mismo fenómeno se observó en el informe de la Fundación Vivofácil (2023), donde

un 17 % de los encuestados afirmó experimentar constantemente sentimientos de soledad. Además, un 75 % de los jóvenes de entre 18 y 25 años expresaron verse afectados emocionalmente por esta situación.

2.3 A nivel de comunidad autónoma

Por otro lado, en el ámbito autonómico, el estudio realizado por la Junta de Andalucía (2020), reveló que un 47 % de las personas mayores de 55 años se enfrentaban al problema de la soledad, siendo más frecuente en mujeres (49 %) y en hogares donde convive una sola persona (66 %). Otro estudio realizado en la comunidad de Navarra dirigido a personas mayores de 65 años mostraba que un 30 % indica sentirse solo o sola siendo esta sensación más común entre mujeres y personas mayores de 80 años (Gobierno de Navarra, 2020).

2.4 A nivel local

Finalmente centrándonos en la ciudad de Alicante aproximadamente el 18.9 % de las personas mayores en el área designada como EDUSI admiten experimentar frecuentes episodios de soledad según un informe del Ayuntamiento de Alicante (2017). No obstante, una investigación reciente del año 2022 destaca que el 50 % de los participantes encuestados expresaron la falta constante de acompañamiento social. Estos datos resaltan la importancia de enfrentar la soledad como una preocupación compleja que impactada de manera variada dependiendo del contexto geográfico y demográfico y socioeconómico.

La Tabla 1 resume algunos de los estudios realizados sobre la frecuencia de la soledad en diferentes contextos en España e incluye información importante como el tamaño de la muestra empleada en cada estudio y los factores más relevantes asociados a la soledad reportados en dichas investigaciones. Estos estudios van desde análisis a nivel nacional hasta investigaciones específicas llevadas a cabo en distintas comunidades autónomas y ciudades españolas, ofreciendo una visión

detallada sobre cómo la soledad impacta a diversos grupos poblacionales y áreas geográficas del país. Los datos presentados resultan fundamentales para comprender las particularidades de este fenómeno y su influencia en la sociedad española. Se indican los nombres de los autores y las fechas de los estudios para asegurar la transparencia y trazabilidad de las fuentes.

Tabla 1

Resumen de prevalencias en estudios realizados a nivel nacional

Estudio	Participantes	Prevalencia soledad	Factores destacados	Autores
Barómetro de la Soledad No Deseada en España (2024)	2900 personas mayores de 18 años	20 % general; 34.6 % en jóvenes (18-26 años); 20 % en mayores de 75 años	Mayor prevalencia en jóvenes y personas con rentas bajas	Fundación ONCE & Fundación AXA (2024)
Informe sobre la soledad no deseada - Fundación Vivofácil (2023)	734 personas mayores de 18 años	17 % siempre se sienten solas; 75 % de jóvenes (18-25 años) alteración de ánimo por soledad	Mayor prevalencia en hombres y personas sin redes de apoyo	Fundación Vivofácil (2023)
Estudio sobre juventud y soledad no deseada en España	1800 personas entre 16 y 29 años	25.5 % jóvenes en soledad; 58.1 % tras acoso escolar/laboral	Mayor soledad en mujeres jóvenes y tras acoso	Estudio sobre juventud (sin autor, 2023)
Soledad no deseada en personas mayores - ABD (2021)	325 personas mayores de 65 años	34.15 % se sienten solas; 78.38 % mujeres, 21.62 % hombres	Más prevalencia en personas sin estudios y mayores de 85 años	Asociación Bienestar y Desarrollo (ABD, 2021)

Estudio	Participantes	Prevalencia soledad	Factores destacados	Autores
Estudio de la Junta de Andalucía (2020)	2000 personas mayores de 55 años	47 % de personas mayores de 55 años; 66 % en hogares unipersonales	Mujeres y personas viudas, mayor prevalencia	Junta de Andalucía (2020)
Encuesta de Condiciones de Vida - País Vasco (2020)	2753 personas mayores de 55 años	24 % soledad privada; 9.7 % aislamiento social	Mayor prevalencia en mujeres y personas solas	Encuesta de Condiciones de Vida (País Vasco, 2020)
Encuesta a personas mayores de 65 años - Navarra	800 personas mayores de 65 años	30 % de personas mayores de 65 años se sienten solas	Mujeres y mayores de 80 años tienen más prevalencia	Gobierno de Navarra (2020)
Explorando soledades en Guipúzcoa (2020)	2050 personas mayores de 55 años	5.5 % soledad pública; 29.5 % soledad privada	Mayor prevalencia en mayores de 80 años y hogares unipersonales	Gobierno de Guipúzcoa (2020)
Estudio EDUSI Alicante (2017)	403 personas mayores de 65 años	18.9 % se sienten solas frecuentemente	Personas con mayor dependencia sienten más soledad	Ayuntamiento de Alicante (2017)
Informe EDUSI Mayores - Alicante (2022)	110 personas mayores de 65 años	50 % manifiestan carencia de compañía	Limitado círculo de amistades y falta de compañía	Ayuntamiento de Alicante (2022)

3 La soledad a lo largo del ciclo vital: algunos factores y circunstancias clave

La soledad es algo que todos vamos a experimentar en algún momento de nuestra vida de forma muy personal y única. Puede surgir en cualquier etapa y se ve influenciada por diversas situaciones y cambios específicos que pueden afectar nuestras relaciones interpersonales y nuestro estado emocional en diferentes momentos y formas.

3.1 Algunos factores comunes que contribuyen a la sensación de soledad.

Diversas circunstancias y factores pueden motivar o incrementar el sentimiento de soledad a lo largo de nuestros ciclos vitales. A continuación, se presentan algunos de los más comunes y significativos (Ayuntamiento de Barcelona, 2020).

3.1.1 Cambio de domicilio

Dejar atrás la ciudad o el pueblo donde se residía y llegar a un nuevo contexto, puede llevar aparejado la lejanía con familiares y amistades, además de la necesidad de establecer nuevas relaciones en un entorno desconocido, salir de la zona de confort y adaptarse a un nuevo contexto, no siempre positivo. En el caso de las personas mayores, se puede dar el cambio del domicilio a un entorno residencial, lo que supone un cambio incluso del concepto de hogar (Junta de Andalucía, 2021). En cualquier etapa de la vida también puede suceder esto último, como en el caso de menores en situación de desprotección infantil que ingresan en residencias o pisos tutelados, así como en personas con discapacidad ante el

fallecimiento o disminución de la proporcionar apoyos de sus progenitores u otros familiares.

3.1.2 Procesos migratorios

Muy relacionado con el cambio de domicilio, pero con matices diferentes que pueden agudizar las situaciones de soledad, ya que puede vincularse con razones políticas, económicas, conflictos bélicos, etc. y con la separación de las familias de forma temporal o permanente.

3.1.3 Pérdidas y duelos

En cualquier etapa de la vida puede experimentarse la pérdida de un familiar o una amistad, y a partir de la etapa adulta, de la pareja. Estas situaciones de pérdida pueden dejar un vacío y sentimientos dolorosos, además de la ausencia real de la persona querida en la cotidianidad (Asociación Bienestar y Desarrollo, 2020; Del barrio y Díaz-Veiga, 2021; Gobierno Vasco, 2022).

3.1.4 Carencia de amistades

Ya sean compañeros de colegio o de personas con las que se establecen relaciones de intimidad o confianza en otras etapas, las personas necesitan a personas, de manera que no contar con alguien con quien compartir experiencias personales influye en la posibilidad de sentir soledad. En ocasiones, no se llegan a establecer estas relaciones y, en otras se pierden de forma real o simbólica (Junta de Andalucía, 2021). Un matiz concerniente a las relaciones de amistad sería la no aceptación o el rechazo del grupo de iguales, especialmente en la adolescencia.

3.1.5 Ausencia de pareja

Desde la adolescencia en adelante y durante la etapa adultez es común sentirse solo cuando no se tiene pareja. Esto se debe a que se asocia la compañía de una pareja a la estabilidad emocional. En la etapa de la vejez supone un factor muy importante para experimentar soledad (Junta de Andalucía, 2021).

3.1.6 Relaciones de los padres con hijos e hijas

La teoría de los ciclos de vida evidencia que se producen momentos comunes en las historias familiares, como la etapa de crianza de los hijos o la emancipación de estos (Escartín, 1998; Escartín et al., 1997; Fundación Bienestar y Desarrollo, 2020). En este último caso, cuando los hijos se van de casa, puede desarrollarse incluso lo que se denomina el síndrome del nido vacío, caracterizado por un dolor emocional intenso y soledad que impide disfrutar de las actividades que se desarrollan en la vida por el sentimiento de pérdida de la unidad de convivencia (Junta de Andalucía, 2021). Estas circunstancias son factores de riesgo para desarrollar soledad, bien por la sobrecarga de la primera etapa nombrada y la disminución de tiempo libre que posibilite las relaciones sociales o por la salida de los hijos del hogar, tras la intensa dedicación de la etapa precedente. También en lo referido a este factor de riesgo, los niños y niñas que pasan poco tiempo con sus padres pueden experimentar sentimientos de soledad.

3.1.7 Relaciones con la familia

En ocasiones las relaciones con la familia se deterioran por la idiosincrasia propia de la construcción de esas relaciones, distancia geográfica o conflictos que se suceden a lo largo de la vida (herencias, cuidado de los padres y madres...). Todo ello genera frustración y puede incrementar la soledad, tanto percibida como objetiva (Junta de Andalucía, 2021).

3.1.8 Entorno comunitario

Vivir en zonas urbanas o rurales, superpoblación o despoblación, cultura individualista o colectiva, equipamientos, barreras arquitectónicas, dinamismo comercial, movimientos asociativos, etc., influyen en las relaciones sociales y la soledad (Junta de Andalucía, 2021).

3.1.9 Salud y discapacidad

Las limitaciones físicas o discapacidades pueden dificultar la participación en actividades sociales y reducir las redes sociales debido a barreras sociales, arquitectónicas y económicas existentes en nuestra sociedad actualmente (Del barrio y Diaz-Veiga, 2021; Gobierno Vasco, 2022; Sluzki, 2002). Se suma a esto el impacto de problemas de salud mental como la ansiedad o depresión que incrementa el riesgo de sentirse solo (Junta de Andalucía, 2021).

3.1.10 Situación de dependencia y cuidados

Las personas en situación de dependencia o quienes cuiden de ellos a menudo se ven afectados por la soledad provocada por el aislamiento ligado a sus responsabilidades. Cumplir roles de cuidador normalmente resulta difícil tanto física como emocionalmente, limitando la interacción social que pueden tener (Gobierno Vasco, 2022; Junta de Andalucía, 2021).

3.1.11 Discriminación

Diferentes formas de estereotipos sociales como el capacitismo (discriminación o prejuicio social hacia las personas con discapacidad), edadismo (discriminación por razón de edad), aporofobia (rechazo o aversión hacia las personas en situación de pobreza y exclusión social) o el racismo (creencia que sostiene la superioridad de un grupo étnico sobre los demás, lo que

conduce a la discriminación o persecución social), entre otros ejemplos, aumentan la soledad de los colectivos que padecen estas formas diferentes de discriminación.

3.1.12 Contexto de situaciones de abuso

Vivenciar maltrato infantil, abuso hacia las personas mayores, violencia de género, acoso escolar o laboral está relacionado dolorosamente con la soledad. Todo ello por la falta de información, el miedo, la falta de confianza en que las entidades públicas (Junta de Andalucía, 2021) o el propio entorno puedan ayudar y poque la persona que maltrata aísla de su red social a la persona afectada por la situación.

3.1.13 Situación laboral

Los cambios de puesto de trabajo o empresa, el desempleo o la jubilación son elementos significativos en relación con experimentar soledad porque se pierden las amistades ligadas al contexto laboral, hay una disminución del poder adquisitivo y un cambio significativo en el estilo de vida y en los roles que se desempeñan (Gobierno Vasco, 2022; Junta de Andalucía, 2020; Junta de Andalucía, 2021).

3.1.14 Reducción en la interacción social

En la etapa adulta y en la vejez es común que las personas reduzcan su participación social debido a restricciones físicas o problemas relacionados a la salud; así como también por estar completamente dedicadas al trabajo o al cuidado familiar.

La soledad es algo que todos vamos a experimentar en algún momento de nuestra vida de forma muy personal y única. Puede surgir en cualquier etapa y se ve influenciada por diversas situaciones y cambios específicos que pueden afectar

nuestras relaciones interpersonales y nuestro estado emocional en diferentes momentos y formas.

4 Metodología

4.1 Diseño del estudio

Se llevó a cabo un estudio cuantitativo observacional descriptivo transversal.

4.2 Población y muestra

La población inicial estuvo constituida por toda la población de la provincia de Alicante, un total de 1.901.594 personas (Instituto Nacional de Estadística, 2022). A partir de dicha población se realizó un muestreo no probabilístico de conveniencia, de voluntarios. Para participar en el estudio las personas debían cumplir los siguientes criterios de inclusión: tener 18 o más años y ser residente de la provincia de Alicante. Se entienden como personas institucionalizadas todas aquellas que residen en instituciones como hospitales, centros penitenciarios, centros residenciales y similares. Viven en un entorno institucional en lugar de en sus hogares o comunidades.

4.3 Variables e instrumentos de medida

Se elaboró un cuestionario autoadministrado *ad hoc* donde se incluyeron las siguientes variables:

4.3.1 Variables sociodemográficas

Incluyeron el género (hombre, mujer), la edad (campo abierto), el estado civil (casado/a o pareja de hecho, separado/a/divorciado/a, soltero/a, viudo/a) el nivel de estudios (estudios primarios inacabados, estudios primarios finalizados, secundario o equivalente, bachillerato o equivalente, estudios superiores), la situación laboral (amo/a de casa, en paro, trabajo a tiempo parcial, trabajo a tiempo completo, jubilado/a) y una percepción del nivel económico (menos de 12,611 euros considerándose como bajo nivel; entre 12.611 y 33.628 euros,

considerándose como nivel medio y más de 33,628 euros, considerándose como alto nivel). También se incluyeron variables relativas al municipio de residencia (campo cerrado con todos los municipios de la provincia), que posteriormente se agruparon por comarcas para el análisis y el código postal (campo abierto).

4.3.2 Variables sociofamiliares.

Se incluyeron dos ítems desarrollados *ad hoc*; uno sobre las relaciones sociales (“¿Con quién se relaciona actualmente?: 1. Con mi familia. 2. Con mis amigos/as. 3. Con mi pareja. 4. Con mis compañeros/as de trabajo. 5. Con mis vecinos/as. 6. No me relaciono con nadie”) y otro sobre sus apoyos en su red social (“Si en algún momento necesitara o ha necesitado apoyo de su entorno, ¿qué tipo de apoyo tiene?: 1. Tengo apoyo familiar. 2. Tengo apoyo en amistades. 3. Tengo apoyo vecinal. 4. Tengo visitas de voluntarios o ayuda a domicilio. 5. Tengo ayuda a domicilio de manera puntual. 6. Tengo un cuidador a tiempo completo. 6. Voy a ingresar en un centro residencial. 7. No tengo ningún apoyo”). Ambas preguntas eran de opción múltiple.

4.3.3 Variables relacionadas con la salud y la calidad de vida

Con respecto al estado de salud en general y la calidad de vida relacionada con la salud, se incluyeron las preguntas de la Láminas COOP/Wonka (Lizán-Tudela y Reig-Ferrer, 1999). El instrumento incluye 9 ítems sobre la calidad de vida relacionadas con la salud, de los cuales se utilizaron en este estudio 7 ítems (Forma física, Sentimientos, Actividades sociales, Actividades cotidianas, Estado de Salud, Dolor y Calidad de vida). El instrumento mostró adecuadas propiedades psicométricas. El alfa de Cronbach fue superior a 0,7 tanto para 6, 7 o 9 ítems. Los coeficientes de correlación de Spearman entre 2 administraciones del cuestionario, separadas 15 días en el tiempo, tuvieron un recorrido entre 0,52 y 0,72. El análisis factorial para 6, 7 o 9 ítems reveló una estructura unifactorial.

4.3.4 Variable del uso de las tecnologías de la relación, información y comunicación (TRIC)

Se elaboraron las siguientes preguntas *ad hoc* relativas al uso de las TRIC: Acceso a Internet (sí/no), Frecuencia de acceso a TICs (a diario, al 1 una vez a la semana, al menos 1 vez cada 15 días, al menos 1 vez al mes, menor frecuencia) y utilización de redes sociales: Skype, Meet u otro tipo de videoconferencias (usan/ no usan /desconocen), WhatsApp, Telegram u otro tipo de mensajería (usan/ no usan /desconocen).

4.4 Escala de medición de la soledad (como variable dependiente principal)

Para la evaluación de la soledad se utilizó la versión española de la Escala de Soledad de De Jong Gierveld (DJGLS; De Jong Gierveld y Kamphuis, 1985), adaptada por Buz y Prieto (2013). Esta escala está constituida por 11 preguntas dirigidas a evaluar la experiencia subjetiva de soledad de una persona. Cada ítem tiene 3 alternativas de respuesta (“sí”, “no”, “más o menos”) que después se dicotomizan para el cálculo de la puntuación final. Ninguno de los ítems incluidos en la escala emplea el término “soledad”. Aunque es una escala unidimensional, los análisis realizados muestran 2 factores o subescalas, la subescala de soledad social y la subescala de soledad emocional. La subescala de soledad social contiene cinco preguntas formuladas de manera positiva e indagan sobre la percepción individual de pertenencia. Por otro lado, la subescala de soledad emocional consta de seis ítems que se formulan de manera negativa y tienen como objetivo ahondar en los sentimientos de desolación y la ausencia de relaciones de apego. Para el cálculo de cada subescala y la puntuación total se dicotomizan las alternativas de respuesta, los participantes obtienen 1 punto en los ítems (soledad social) 1, 4, 7, 8 y 11 si los responden con “más o menos” o “no”, y en los ítems (soledad emocional) 2, 3, 5, 6, 9 y 10 si los responden con “más o menos” o “sí”. En el resto de las situaciones no obtienen puntuación. El sumatorio de la puntuación final

puede oscilar entre 0 (No soledad) y 11 (Soledad extrema) (Buz y Prieto, 2013). En el manual del desarrollo de la escala (de Jong-Gierveld & van Tilburg, 1999) se muestran puntos de corte orientativos para facilitar la interpretación: No solas (personas que obtuvieron una puntuación de entre 0 y 2 puntos); Solitarias moderadas (personas que obtuvieron una puntuación entre 3 y 8 puntos); Solitarias severas (personas que puntuaron 9 o 10 puntos) y Solitarias muy severas (puntuaciones de 11 puntos).

La DJGLS presenta buenas propiedades psicométricas para la presente muestra. En concreto, la escala completa de los DJGLS obtiene un buen nivel de consistencia interna, como indica el coeficiente alfa de Cronbach calculado en 0,89. Además, al examinar las propiedades psicométricas de las subescalas de soledad emocional y subescala de soledad social por separado, cabe señalar que ambas presentan un coeficiente alfa de Cronbach de 0.77 y 0.85, respectivamente.

4.5 Procedimiento

Se elaboró un cuestionario autoadministrado a través de Qualtrics (<https://www.qualtrics.com/es/>), plataforma profesional especializada en el desarrollo e implementación de encuestas a través de Internet. Dicho cuestionario se difundió a través de diferentes estrategias para lograr la máxima participación. En primer lugar, se difundió a través de las organizaciones adheridas y/o colaboradoras con el proyecto. Para ello, se contactó con cada una de las entidades a través de correo electrónico para solicitar la colaboración en la difusión masiva del cuestionario en sus centros. Se realizaron 3 envíos separados entre dos y cuatro semanas. En segundo lugar, se realizó una difusión masiva a través de la Universidad de Alicante y Redes sociales (Facebook, X (antes Twitter), Instagram, WhatsApp, etc.). Y por último, se difundió a través de cartelería en las diferentes entidades colaboradoras, en la Universidad de Alicante y en la Diputación de Alicante.

4.6 Análisis de datos

Se realizó el análisis descriptivo de las características de la muestra, así como un análisis estadístico descriptivo de los datos obtenidos, pruebas de tendencia central para las variables cuantitativas y pruebas de frecuencia para las variables categóricas. Se examinaron las diferencias de medias de la puntuación total de la soledad, así como las dimensiones de soledad social y soledad emocional, en función de las variables sociodemográficas edad, estado de salud y calidad de vida relacionada con la salud; utilizando el estadístico t-student cuando había dos grupos y la prueba ANOVA cuando había más de dos grupos. Se utilizó el programa SPSS en su versión 27.0 para los análisis.

4.7 Consideraciones éticas

Se garantizó el estricto cumplimiento de los principios éticos emitidos por la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Todos los procedimientos de investigación se llevaron a cabo con el más alto nivel de respeto por la dignidad, los derechos y el bienestar de los sujetos.

En lo referente a los aspectos éticos, el estudio siguió las recomendaciones de la iniciativa CHERRIES (*Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys*) (Eysenbach, 2004) y del punto 14 de las directrices mHealth propuestas por la OMS (Agarwal et al., 2016), específicamente en lo concerniente a la seguridad de los datos obtenidos y la confidencialidad de los protocolos.

Los datos fueron totalmente anonimizados, no se solicitó ninguna información personal directa y todos los informes del proyecto contienen datos agregados.

El proyecto fue aprobado por el Comité de ética de la Investigación de la Universidad de Alicante (expediente UA-2024-01-26).

Previo a su participación todas las personas que accedieron al cuestionario, bien a través del código QR, o bien a través del correo electrónico de sus asociaciones,

encontraban un documento de información relativo al proyecto y un ítem de confirmación de su consentimiento informado antes de comenzar la encuesta.

5 Resultados

5.1 Resultados descriptivos de la muestra

5.1.1 Edad y género

La muestra final está compuesta por un total de **1898 encuestados** que viven en la provincia de Alicante, con una edad media de 45 años ($dt = 18.63$; rango = 18-86), en la Tabla 2 puede observarse el tamaño muestral por rangos de edad. El 71,2 % de la muestra son mujeres ($n=1351$) y el 27,6 % ($n=524$) son hombres (tabla 3). El 89,2 % son de nacionalidad española ($n= 1693$).

Tabla 2

Distribución de la muestra por rangos de edad

Edad	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
18-25 años	483	25.4
>25-45 años	432	22.8
>45-65 años	675	35.6
>65-75 años	251	13.2
>75 años	57	3

Tabla 3

Distribución de la muestra por género

Género	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Mujer	1351	71.2
Hombre	524	27.6
Otros	15	0.8

5.1.2 Comarcas

Referente al lugar donde residen dentro de la provincia, el 41 % (n= 779) de los encuestados viven en la ciudad de Alicante, seguido de Elche con un 11.7 % (n= 223) y de San Vicente del Raspeig con un 9.1 % (172). En la Tabla 4 pueden verse los porcentajes por comarcas de la provincia.

Tabla 4

Distribución de la muestra por comarcas

Comarca	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
L'Alacantí	1079	56.8
El Comtat	9	0.5
L'Alcoià	89	4.7
El Alto Vinalopó	55	2.9
El Medio Vinalopó	131	6.9

La Marina Alta	52	2.7
La Marina Baja	75	4
El Bajo Vinalopó	259	13.6
La Vega Baja	144	7.6

5.1.3 Estado civil

El 43.5 % (826) de la muestra están solteros/as, el 38.4 % (728) están casados/as o son parejas de hecho, el 13.0 % (246) está separado/a o divorciado/a y el 5.0 % (98) son viudos/as (Tabla 5).

Tabla 5

Distribución de la muestra según su estado civil

Estado civil	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Soltero/a	826	43.5
Casado/a o pareja de hecho	728	38.4
Separado/a o divorciado/a	246	13
Viudo/a	98	5

5.1.4 Nivel de estudios

La mayoría de la muestra (92.8 %, n=1761) refiere tener al menos estudios secundarios, específicamente el 35 % (n=664) tiene estudios secundarios y el 57.8 % (1097) estudios superiores (universitarios o equivalentes). Un porcentaje

pequeño (7.2 %, n= 137) manifiesta no tener estudios o estudios primarios (Tabla 6).

Tabla 6

Distribución de la muestra según el nivel de estudios

Nivel de estudios	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Estudios superiores	664	35
Estudios secundarios	1097	57.8
Estudios primarios	130	6.8
Sin estudios	7	0.4

5.1.5 Situación laboral

La mitad de la muestra aproximadamente (50.8 %, n= 963) se encontraba trabajando durante la encuesta. El 37.9 % (719) de los encuestados trabaja a tiempo completo y el 12.9 % (244) a tiempo parcial. El 27.2 % (n=516) no tiene un empleo remunerado y el 22.1 % (n=419) está jubilado/a (Tabla 7).

Tabla 7

Distribución de la muestra según su situación laboral

Situación laboral	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Trabajo a tiempo completo	719	37.9
Trabajo a tiempo parcial	244	12.9
Sin empleo remunerado	516	27.2
Jubilado/a	419	22.1

5.1.6 Nivel socioeconómico

Con respecto al nivel socioeconómico, el 39.5 % de los encuestados (n=750) refiere tener unos ingresos anuales menores de 12 611 euros pudiendo situarse como clase social baja según los datos de la OCDE, el 44.8 % (n=850) ingresos anuales entre 12.611 y 33 628 euros situados en la clase social media y el 15.7 % (n=298) superiores a 33 628 euros situados en la clase social alta (Tabla 8).

Tabla 8

Distribución de la muestra según nivel socioeconómico

Nivel socioeconómico	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Ingresos bajos	750	39.5
Ingresos medios	850	44.8
Ingresos altos	298	15.7

5.1.7 Relaciones personales y apoyo

Respecto a las variables de relación y apoyo. Sólo el 1.4 % (27) no se relacionan con nadie, mientras que la mayoría de ellos se relacionan con sus familiares (87.1 %) y amistades (81.5 %) (Tabla 9). La mayor parte de los participantes reciben apoyo de sus familiares (89.0 %) y/o de sus amistades (73.7 %), sólo el 2.9 % (55) manifestó no tener ningún tipo de apoyo cuando lo necesitaba (tabla 10).

Tabla 9

Descripción de las frecuencias y porcentajes de personas con las que se relacionan los encuestados

Relaciones	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
No me relaciono con nadie	27	1.4
Me relaciono con mis vecinos	439	23.1
Me relaciono con los compañeros del trabajo	823	43.4
Me relaciono con mi pareja	990	52.2
Me relaciono con mis amigos	1547	81.5
Me relaciono con mi familia	1653	87.1

Tabla 10

Descripción de las frecuencias y porcentajes del apoyo que tienen los encuestados

Apoyo	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Ningún apoyo	55	2.9
Apoyo de un cuidador a tiempo completo	4	0.2
Visitas de un voluntariado o de ayuda a domicilio	23	1.2
Apoyo vecinal	262	13.8
Apoyo en amistades	1396	73.7
Apoyo familiar	1686	89

5.1.8 Calidad de vida

Para la evaluación de la calidad de vida de los participantes se utilizaron las láminas Coop-Wonca, cuyas puntuaciones más altas indican una peor calidad de vida en

todas las dimensiones, excepto en el ítem de forma física. A nivel de forma física los participantes obtuvieron una puntuación media de 2.68 (dt=1.08; rango: 1-5) lo que supone una actividad moderada. A nivel de emociones, los participantes han manifestado que le han molestado moderadamente los problemas emocionales como la ansiedad, la depresión, et. (media= 2.82; dt= 1.23; rango: 1-5). Respecto a la realización de actividades cotidianas, los participantes han mostrado poca dificultad para llevarlas a cabo (media= 1.93; dt= 1.0; rango. 1-5). Las actividades sociales se han visto limitadas de manera ligera por la salud física y el estado emocional de los participantes (media=1.87; dt= 1.10; rango: 1-5). El estado de salud fue considerado mayoritariamente como bueno, con una media de 2.98 (dt=0.92; rango: 1-5). Respecto al dolor experimentado por los participantes, este fue leve (media= 2.44; dt= 1.17; rango: 1-5). Por último, la calidad de vida de los encuestados fue 2.57 (dt=0.92) en un rango de 1 a 6 (Tabla 11).

Tabla 11

Descripción de las Láminas COOP-WONCA

Dimensión	Categoría	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Forma Física	Muy intensa	374	19.7
	Intensa	316	16.6
	Moderada	821	43.3
	Ligera	290	15.3
	Muy ligera	77	4.1
Sentimientos	Nada, en absoluto	285	15
	Un poco	571	30.1
	Moderadamente	441	23.2

	Bastante	389	20.5
	Intensamente	209	11
Actividades cotidianas	Ninguna dificultad	825	43.5
	Un poco de dificultad	560	29.5
	Dificultad moderada	350	18.4
	Mucha dificultad	142	7.5
	Toda, no he podido hacer nada	18	0.9
Actividades sociales	Nada en absoluto	954	50.3
	Ligeramente	485	25.6
	Moderadamente	231	12.2
	Bastante	157	8.3
	Muchísimo	57	3
Estado de salud	Excelente	114	6
	Muy bueno	421	22.2
	Bueno	815	42.9
	Regular	476	25.1
	Malo	63	3.3
Dolor	Nada de dolor	497	26.2
	Dolor leve	533	28.1
	Dolor ligero	458	24.1
	Dolor moderado	307	16.2
	Dolor intenso	83	4.4

Apoyo social	Sí, todo el mundo estaba dispuesto	151	8
	Sí. bastante gente	373	19.7
	Sí, algunas personas	645	34
	Sí, alguien había	583	30.7
	No, nadie en absoluto	97	5.1
Calidad de vida	Estupendamente	102	5.4
	Bastante bien	904	47.6
	A veces bien, a veces mal	759	40
	Bastante mal	108	5.7
	Muy mal: no podía haber ido peor	23	1.2

5.1.9 Nuevas tecnologías y redes sociales

Con relación al uso de nuevas tecnologías y redes sociales, el 98.4 % (1867) de los encuestados utilizan a diario internet con algún dispositivo, el 74.0 % (1405) utilizan a diario alguna red social (Facebook, Instagram, etc:) y el 97.5 % (1850) utilizan a diario aplicaciones de mensajería instantánea como WhatsApp. Las aplicaciones de videoconferencia son las menos utilizadas, un 15.5 % (294) nunca lo utilizan, el 25.7 % (488) lo utilizan a diario y el resto mínimo una vez al mes (58.8 %; n= 1116).

5.1 Resultados de la escala de soledad De Jong Gierveld

Respecto a la soledad, la puntuación media fue de 5.59 (dt= 3.70) en un rango de 0 a 11. La subescala de soledad social muestra una media de 2.64 (dt= 1.75) en un rango de 0 a 5. Mientras la puntuación media en soledad emocional fue de 2.95 (dt=

2.25) en un rango de 0-6. Se exponen a continuación (Tabla 12) la percepción de soledad en función de los puntos de corte propuestos por el manual de Jong-Gierveld & van Tilburg (1999):

Tabla 12

Percepción de soledad en función de los puntos de corte en la escala De Jong Gierveld

Categoría	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sin soledad	498	26.2
Soledad moderada	850	44.8
Soledad severa	303	16
Soledad muy severa	247	13

5.2 Soledad y variables sociodemográficas

5.2.1 Soledad y edad

Por **edad**, se observa una disminución de la percepción de soledad total desde los grupos de menor edad hasta los 75 años, incrementándose la percepción en los mayores de 75 años, con una diferencia estadísticamente significativa ($F= 8.42$; $p< .0001$) (Figura 1). En la dimensión de la soledad social no se observan diferencias entre los grupos ($F= 0.31$; $p= .087$), mientras que la percepción de soledad emocional muestra el mismo patrón que la puntuación total de la escala ($F= 20.46$; $p< .0001$) (Tabla 13).

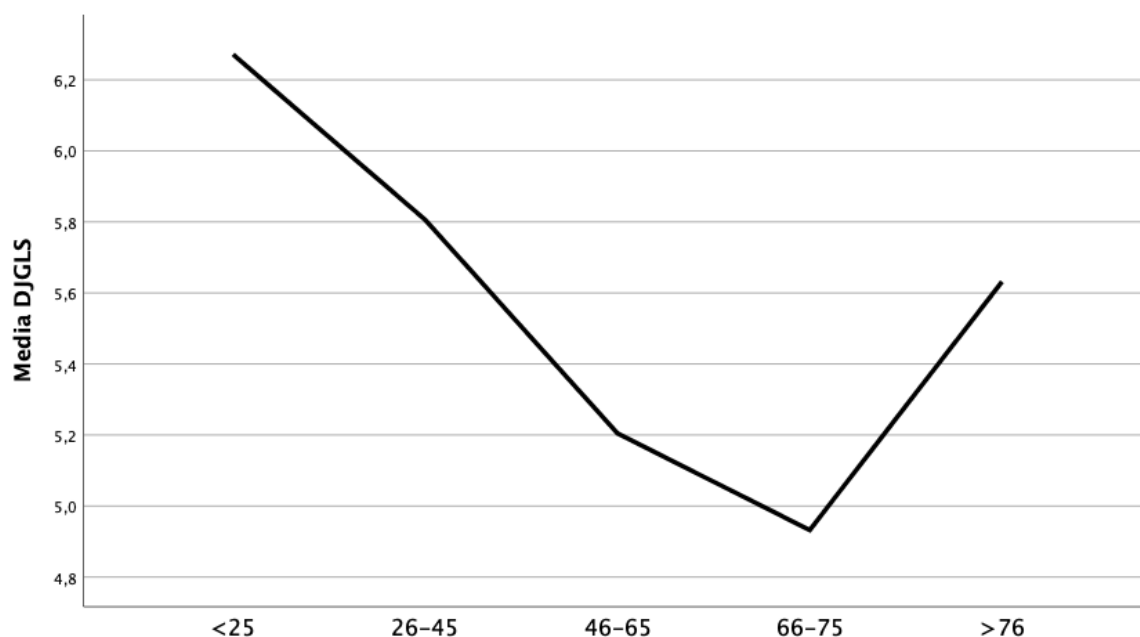
Tabla 13

Puntuaciones medias en la percepción global de soledad y en sus subescalas según la edad

Edad (años)	Frecuencia (n)	Soledad total media (dt)	Soledad social media (dt)	Soledad emocional media (dt)
18-25	483	6.27 (3.56)	2.67 (1.74)	3.60 (2.13)
26-45	432	5.81 (3.86)	2.66 (1.78)	3.14 (2.33)
46-65	675	5.20 (3.69)	2.62 (1.78)	2.58 (2.21)
66-75	251	4.93 (3.57)	2.56 (1.71)	2.37 (2.13)
>75	57	5.63 (3.13)	2.79 (1.50)	2.86 (2.06)

Figura 1

Diferencias de la puntuación media de soledad total en función de la edad (por categorías)



5.2.2 Soledad y género

Por **género**, no hubo diferencias entre hombres y mujeres en ninguna de las 3 variables (t -student= -0.17; p =.086; t -student= 0.22; p =.83; t -student= 0.46; p =.65). Las 15 personas incluidas en el grupo de otros géneros no se han incluido en el análisis por el pequeño tamaño muestral (Tabla 14).

Tabla 14

Puntuaciones medias en la percepción global de soledad y en sus subescalas según el género

Género	Frecuencia (n)	Soledad total media (dt)	Soledad social media (dt)	Soledad emocional media (dt)
Hombres	524	5.56 (3.64)	2.65 (1.75)	2.90 (2.23)

Mujeres	1351	5.59 (3.73)	2.63 (1.75)	2.95 (2.28)
----------------	------	-------------	-------------	-------------

5.2.3 Soledad y estado civil

Con respecto al **estado civil**, aparecen diferencias estadísticamente significativas en todas las puntuaciones de soledad entre los grupos: soledad total ($F=21.65$; $p<.0001$) Figura 2, soledad social ($F=9.83$; $p<.0001$) y soledad emocional ($F=29.22$; $p<.0001$). Concretamente es en el grupo de los casados donde se observan las diferencias con respecto a los otros grupos ($p<0.001$), siendo el grupo con una menor soledad percibida (Tabla 15).

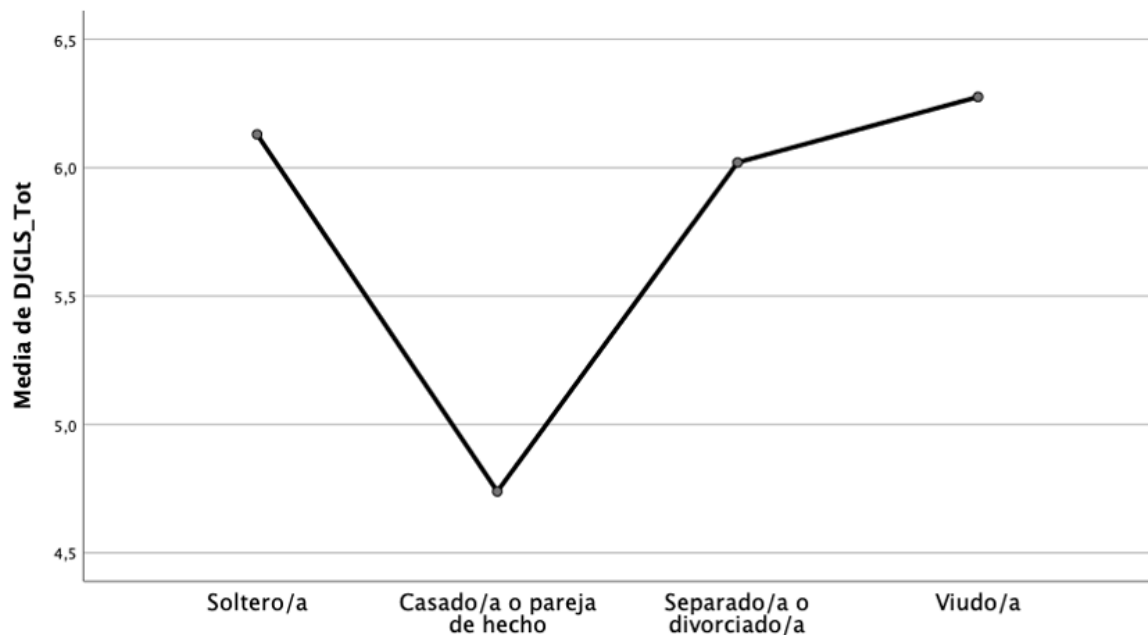
Tabla 15

Puntuaciones medias en la percepción global de soledad y en sus subescalas según el estado civil

Estado civil	Frecuencia (n)	Soledad total media (dt)	Soledad social media (dt)	Soledad emocional media (dt)
Soltero/a	826	6.13 (3.65)	2.75 (1.76)	3.38 (2.20)
Casado/a o pareja de hecho	728	4.74 (3.61)	2.38 (1.73)	2.36 (2.18)
Separado/a o divorciado/a	246	6.02 (3.72)	2.91 (1.72)	3.11 (2.28)
Viudo/a	98	6.28 (3.53)	2.99 (1.70)	3.29 (2.15)

Figura 2

Diferencias de la puntuación media de soledad total en función del estado civil



5.2.4 Soledad y nivel de estudios

Respecto al **nivel de estudios**, aparecen diferencias estadísticamente significativas en todas las puntuaciones de soledad entre los grupos: soledad total ($F=11.18$; $p<.0001$), soledad social ($F=4.71$; $p<.05$) y soledad emocional ($F=15.52$; $p<.0001$) (Tabla 16 y Figura 3). Las diferencias observadas para todas las puntuaciones de soledad se encuentran en el grupo personas con estudios superiores (puntuaciones de menor soledad) frente al resto de personas con estudios inferiores (mayor percepción de soledad) ($p<0.001$). No hay diferencias encontradas en la percepción de soledad total, social y emocional entre las personas con estudios primarios (o sin estudios) y estudios secundarios.

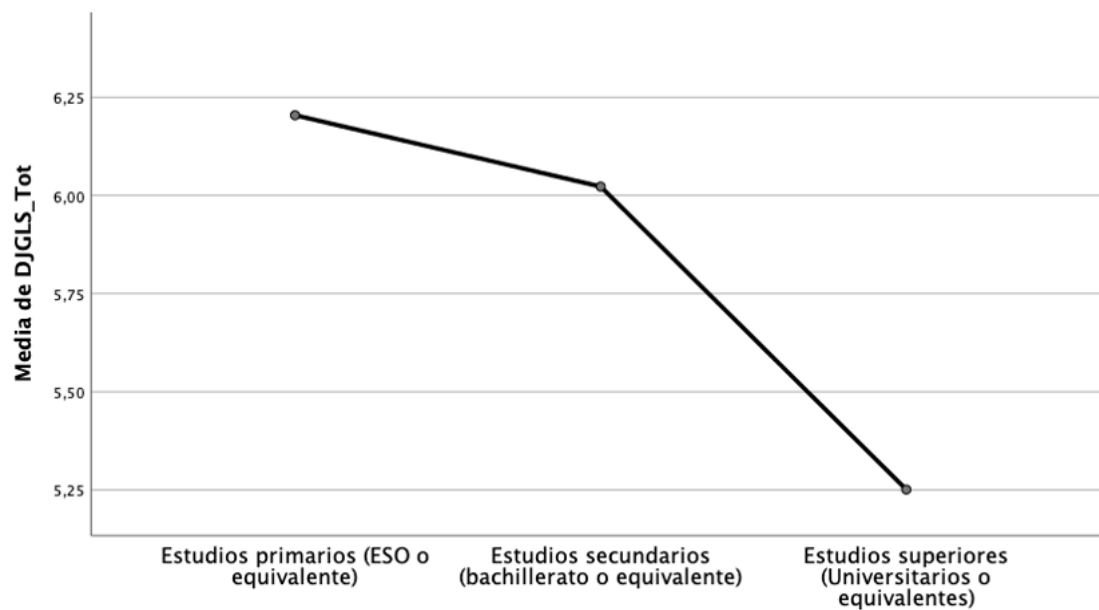
Tabla 16

Puntuaciones medias en la percepción global de soledad y en sus subescalas según el nivel de estudios

	n	Soledad total media(dt)	Soledad social	Soledad emocional
			media (dt) r: 1-5	media (dt) r:1-6
Estudios primarios o sin estudios	137	6.20 (3.59)	2.95 (1.69)	3.26 (2.15)
Estudios secundarios	664	6.02 (3.59)	2.73 (1.71)	3.29 (2.19)
Estudios superiores	1.097	5.25 (3.74)	2.55 (1.78)	2.71 (2.27)

Figura 3

Diferencias de la puntuación media de soledad total en función del nivel de estudios



5.2.5 Soledad y situación laboral

Con respecto a la **situación laboral**, aparecen diferencias estadísticamente significativas en todas las puntuaciones de soledad entre los grupos: soledad total ($F=28.74$; $p<.0001$), soledad social ($F=9.37$; $p<.0001$) y soledad emocional ($F=42.69$; $p<.0001$). Específicamente en la soledad total y la soledad emocional, el grupo de jubilados y aquellos que trabajan a tiempo completo perciben menos soledad que los grupos que trabajan de manera parcial o no tienen ingresos por el trabajo. En la soledad social, hay diferencias entre los grupos: el grupo sin empleo remunerado manifiestan más soledad social frente a los que trabajan a tiempo completo ($p<.001$) y los que están jubilados ($p<.05$) (Tabla 17 y Figura 4).

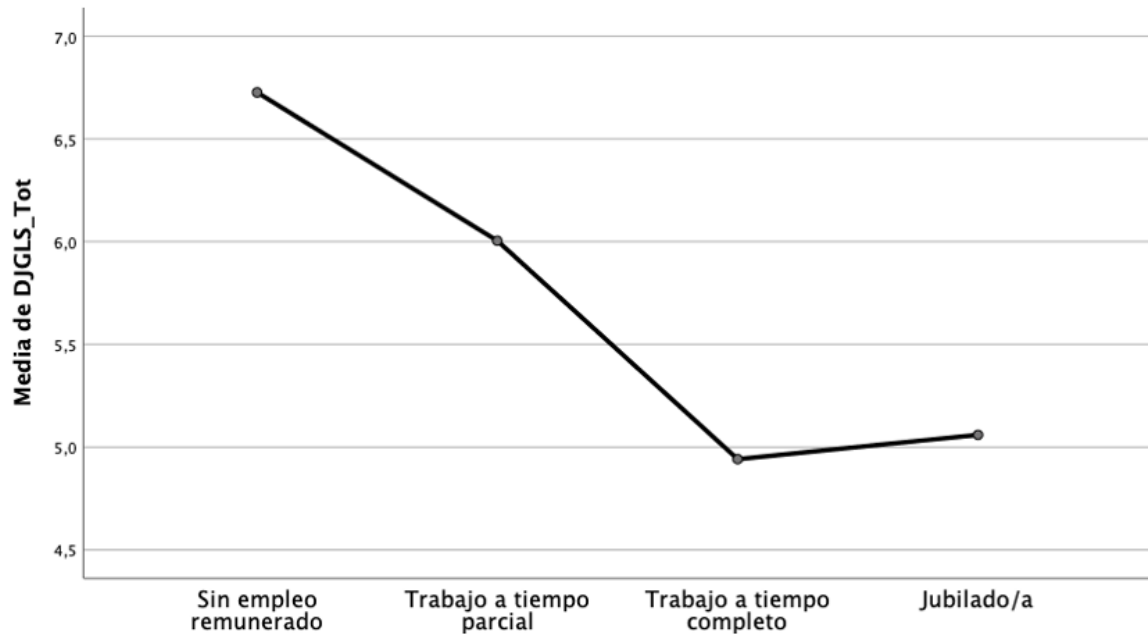
Tabla 17

Puntuaciones medias en la percepción global de soledad y en sus subescalas según la situación laboral

Situación laboral	Frecuencia (n)	Soledad total media (dt)	Soledad social media (dt)	Soledad emocional media (dt)
Sin empleo remunerado	516	6.73 (3.52)	2.96 (1.69)	3.77 (2.13)
Trabajo a tiempo parcial	244	6.00 (3.76)	2.69 (1.81)	3.32 (2.25)
Trabajo a tiempo completo	719	4.94 (3.66)	2.44 (1.77)	2.50 (2.18)
Jubilado/a	419	5.59 (3.70)	2.57 (1.70)	2.19 (2.11)

Figura 4

Diferencias de la puntuación media de soledad total en función de la situación laboral



5.2.6 Soledad y nivel socioeconómico

A **nivel socioeconómico**, aparecen diferencias estadísticamente significativas en todas las puntuaciones de soledad entre los grupos: soledad total ($F=44.10$; $p<.0001$), soledad social ($F=15.22$; $p<.0001$) y soledad emocional ($F=64.02$; $p<.0001$) (Tabla 18 y Figura 5).

Tabla 18

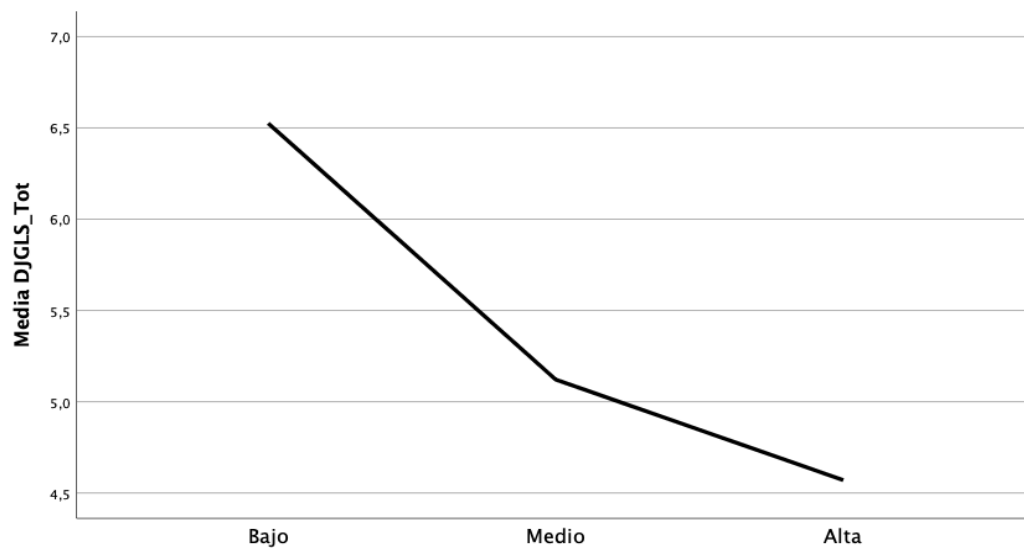
Puntuaciones medias en la percepción global de soledad y en sus subescalas según el nivel socioeconómico

Nivel socioeconómico	Frecuencia (n)	Soledad total media (dt)	Soledad social media (dt)	Soledad emocional media (dt)
----------------------	----------------	--------------------------	---------------------------	------------------------------

Ingresos bajos	750	6.53 (3.59)	2.88 (1.72)	3.64 (1.16)
Ingresos medios	850	5.12 (3.62)	2.55 (1.73)	2.57 (2.19)
Ingresos altos	298	4.57 (3.67)	2.27 (1.77)	2.30 (2.17)

Figura 5

Diferencias de la puntuación media de soledad total en función del nivel socioeconómico



5.1 Soledad y variables relativas a la salud y la calidad de vida

5.1.1 Soledad y forma física

En cuanto a **forma física**, aparecen diferencias estadísticamente significativas en todas las puntuaciones de soledad entre los grupos: soledad total ($F=9.11$; $p<.0001$), soledad social ($F=9.95$; $p<.0001$) y soledad emocional ($F=6.91$; $p<.0001$). Las personas que realizan una actividad física ligera o muy ligera tienen una puntuación peor en soledad total, social y emocional con respecto a una mayor actividad (Tabla 19).

Tabla 19

Puntuaciones medias en la percepción global de soledad y en sus subescalas según forma física

Forma física	Frecuencia (n)	Soledad total media (dt)	Soledad social media (dt)	Soledad emocional media (dt)
Muy intensa	374	5.02 (3.52)	2.31 (1.70)	2.70 (2.16)
Intensa	316	5.58 (3.69)	2.60 (1.70)	2.98 (2.24)
Moderada	821	5.43 (3.69)	2.61 (1.75)	2.83 (2.20)
Ligera	290	6.47 (3.80)	3.11 (1.79)	3.36 (2.15)
Muy ligera	77	6.84 (3.48)	3.05 (1.64)	3.79 (2.11)

5.1.2 Soledad y dimensión emocional

Con relación a la **dimensión emocional**, la percepción de los sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad, tristeza o desánimo, las personas con una percepción de mayor afectación de estos problemas emocionales tienen una puntuación peor en soledad total, social y emocional. Aparecen diferencias estadísticamente significativas en todas las puntuaciones de soledad entre los grupos: soledad total ($F=148.84$; $p<.0001$), soledad social ($F=69.45$; $p<.0001$) y soledad emocional ($F=180.86$; $p<.0001$), (Tabla 20).

Tabla 20

Puntuaciones medias en la percepción global de soledad y en sus subescalas según sentimientos

Sentimientos	Frecuencia (n)	Soledad total media (dt)	Soledad social media (dt)	Soledad emocional media (dt)
Nada en absoluto	285	2.73 (2.57)	1.65 (1.51)	1.08 (1.38)
Un poco	571	4.41 (3.30)	2.22 (1.64)	2.19 (1.99)
Moderadamente	441	5.97 (3.60)	2.81 (1.76)	3.16 (2.17)
Bastante	389	7.68 (3.19)	3.32 (1.61)	4.35 (1.87)
Intensamente	209	8.10 (3.05)	3.55 (1.54)	4.55 (1.84)

5.1.3 Soledad y actividades cotidianas

En cuanto a la realización de las **actividades cotidianas**, se muestran diferencias estadísticamente significativas en todas las puntuaciones de soledad entre los grupos: soledad total ($F=112.38$; $p<.0001$), soledad social ($F=61.39$; $p<.0001$) y soledad emocional ($F=128.29$; $p<.0001$). Las personas con una percepción de mayor dificultad para hacer las actividades cotidianas o tareas habituales tienen una mayor percepción de soledad total, social y emocional con respecto a una menor dificultad (Tabla 21).

Tabla 21

Puntuaciones medias en la percepción global de soledad y en sus subescalas según actividades cotidianas

Actividades cotidianas	Frecuencia (n)	Soledad total media (dt)	Soledad social media (dt)	Soledad emocional media (dt)
Ninguna dificultad	825	3.94 (3.23)	2.04 (1.63)	1.91 (1.92)
Un poco de dificultad	560	5.90 (3.61)	2.77 (1.73)	3.14 (2.22)
Dificultad Moderada	350	7.67 (3.15)	3.43 (1.59)	4.24 (1.90)
Mucha dificultad	142	8.28 (3.13)	3.53 (1.64)	4.75 (1.78)
Toda, no he podido hacer	18	8.94 (2.31)	3.78 (1.11)	5.17 (1.58)

5.1.4 Soledad y actividades sociales

En cuanto a las **actividades sociales**, aparecen diferencias estadísticamente significativas en todas las puntuaciones de soledad entre los grupos: soledad total ($F=137.798$; $p<.0001$), soledad social ($F=75.07$; $p<.0001$) y soledad emocional ($F=150.94$; $p<.0001$). Las personas con una mayor limitación de sus actividades sociales tienen una mayor percepción de soledad total, social y emocional con respecto a una mayor dificultad (Tabla 22).

Tabla 22

Puntuaciones medias en la percepción global de soledad y en sus subescalas según actividades sociales

Actividades sociales	Frecuencia (n)	Soledad total media (dt)	Soledad social media (dt)	Soledad emocional media (dt)
No, nada en absoluto	954	3.94 (3.21)	2.04 (1.63)	1.91 (1.91)
Ligeramente	485	6.36 (3.47)	2.89 (1.70)	3.47 (2.12)
Moderadamente	231	7.84 (3.15)	3.48 (1.58)	4.36 (1.98)
Bastante	157	8.29 (2.89)	3.66 (1.47)	4.63 (1.70)
Muchísimo	57	8.86 (3.01)	3.89 (1.47)	4.96 (1.82)

5.1.5 Soledad y estado de salud

Relacionado con el **estado de salud**, aparecen diferencias estadísticamente significativas en todas las puntuaciones de soledad entre los grupos: soledad total ($F=85.62$; $p<.0001$), soledad social ($F=55.40$; $p<.0001$) y soledad emocional ($F=85.69$; $p<.0001$). Las personas con una peor percepción de estado de salud tienen una mayor percepción de soledad total, social y emocional con respecto a un mejor estado de salud (Tabla 23).

Tabla 23

Puntuaciones medias en la percepción global de soledad y en sus subescalas según estado de salud

Estado de salud	Frecuencia (n)	Soledad total media (dt)	Soledad social media (dt)	Soledad emocional media (dt)
Excelente	114	3.66 (3.33)	1.83 (1.60)	1.82 (1.93)
Muy buena	421	3.84 (3.21)	1.93 (1.62)	1.91 (1.95)
Buena	815	5.38 (3.54)	2.59 (1.71)	2.79 (2.17)
Regular	476	7.54 (3.38)	3.37 (1.64)	4.17 (2.06)
Mala	63	8.10 (3.08)	3.65 (1.47)	4.44 (1.91)

5.1.6 Soledad y dolor

Relacionado con el **dolor**, aparecen diferencias estadísticamente significativas en todas las puntuaciones de soledad entre los grupos: soledad total ($F=34.99$; $p<.0001$), soledad social ($F=23.37$; $p<.0001$) y soledad emocional ($F=35.03$; $p<.0001$). Las personas con más dolor tienen peores puntuaciones de soledad total, social y emocional con respecto a aquellas con un dolor menor intensidad de dolor (Tabla 24).

Tabla 24

Puntuaciones medias en la percepción global de soledad y en sus subescalas según dolor

Dolor	Frecuencia (n)	Soledad total media (dt)	Soledad social media (dt)	Soledad emocional media (dt)
Nada de dolor	497	4.52 (3.54)	2.20 (1.75)	2.32 (2.10)
Dolor muy leve	533	4.91 (3.59)	2.39 (1.72)	2.51 (2.19)
Dolor ligero	458	6.19 (3.59)	2.88 (1.66)	3.31 (2.23)
Dolor moderado	307	6.90 (3.58)	3.15 (1.73)	3.75 (2.16)
Dolor intenso	83	7.39 (3.33)	3.31 (1.58)	4.07 (2.09)

5.1.7 Soledad y apoyo social

Relacionado con el **apoyo social**, aparecen diferencias estadísticamente significativas en todas las puntuaciones de soledad entre los grupos: soledad total ($F=310.81$; $p<.0001$), soledad social ($F=282.71$; $p<.0001$) y soledad emocional ($F=213.68$; $p<.0001$). Las personas que manifestaban tener menos personas a su alrededor dispuestas a ayudarle tienen mayor puntuación de soledad total, social y emocional con respecto a aquellas con más apoyos (Tabla 25).

Tabla 25

Puntuaciones medias en la percepción global de soledad y en sus subescalas según apoyo social

Apoyo social	Frecuencia (n)	Soledad total media (dt)	Soledad social media (dt)	Soledad emocional media (dt)
Sí, todo el mundo estaba dispuesto a ayudarme	151	2.10 (2.49)	1.01 (1.39)	1.09 (1.47)
Sí, bastante gente	373	2.82 (2.73)	1.34 (1.39)	1.48 (1.73)
Sí, algunas personas	645	5.06 (3.06)	2.42 (1.50)	2.64 (2.02)
Sí, alguien había	583	8.07 (2.88)	3.76 (1.34)	4.31 (1.89)
No, nadie en absoluto	97	9.77 (2.27)	4.59 (0.97)	5.19 (1.52)

5.1.8 Soledad y calidad de vida

Por último, con respecto a la **calidad de vida** total relacionada con la salud, aparecen diferencias estadísticamente significativas en todas las puntuaciones de soledad entre los grupos: soledad total ($F=136.40$; $p<.0001$), soledad social ($F=85.46$; $p<.0001$) y soledad emocional ($F=137.91$; $p<.0001$). Las personas que perciben poseer menor calidad de vida tienen mayor puntuación de soledad total, social y emocional respecto de aquellas con mejores percepciones de calidad de vida (Tabla 26).

Tabla 26

Puntuaciones medias en la percepción global de soledad y en sus subescalas según calidad de vida

Calidad de vida	Frecuencia (n)	Soledad total media (dt)	Soledad social media (dt)	Soledad emocional media (dt)
Estupendamente	102	2.71 (2.81)	1.27 (1.34)	1.43 (1.71)
Bastante bien	904	4.15 (3.24)	2.12 (1.63)	2.03 (1.97)
A veces bien, a veces mal	759	7.16 (3.40)	3.24 (1.65)	3.92 (2.07)
Bastante mal	108	8.68 (2.83)	3.76 (1.34)	4.88 (1.59)
Muy mal absoluto	23	8.43 (3.29)	3.87 (1.55)	4.57 (2.15)

6 Conclusiones

- La prevalencia de soledad en la muestra fue de **73.8 %**, incluyendo soledad moderada, severa y muy severa.
- La percepción de soledad global y la soledad emocional disminuyen con el aumento de la edad, excepto a partir de los 75 años, cuando vuelve a incrementarse.
- Las personas casadas o en una relación de pareja tienen una percepción de soledad más baja que las personas que están solteras, viudas o divorciadas.
- Las personas con estudios primarios o sin estudios han mostrado niveles de soledad superiores a los observados en los participantes con estudios superiores.
- Las personas sin ingresos o con trabajo a tiempo parcial tienen puntuaciones de soledad global superiores a aquellos que trabajan a tiempo completo o están jubilados.
- Las personas con nivel socioeconómico bajo obtuvieron puntuaciones más elevadas en soledad frente a los niveles socioeconómicos superiores (medio y alto).

- Las personas con una actividad física ligera o muy ligera tienen niveles de soledad más altos que aquellas con una actividad física más intensa.
- Las personas con una percepción de mayor afectación de problemas emocionales tienen una peor puntuación en soledad.
- Las personas con una percepción de mayor dificultad para hacer las actividades cotidianas o tareas habituales tienen una mayor percepción de soledad con respecto al resto de categorías.
- Las personas con una mayor limitación de sus actividades sociales tienen una mayor percepción de soledad con respecto a una mayor dificultad.
- Las personas con una peor percepción de estado de salud tienen una mayor percepción de soledad con respecto a aquellas que se perciben con mejor estado de salud.
- Las personas con más intensidad de dolor tienen peores puntuaciones de soledad que aquellas con menor intensidad de dolor.

- Las personas que manifestaban tener menos personas a su alrededor dispuestas a ayudarle tienen mayor puntuación de soledad con respecto a aquellas con más apoyo social.
- Las personas que se perciben con una menor calidad de vida tienen mayor puntuación de soledad respecto de aquellas con mejores percepciones de calidad de vida.

7 Recomendaciones

7.1 Plan estratégico para combatir la soledad en la provincia de Alicante

Las conclusiones del presente estudio exploratorio ponen el acento en la necesidad de elaborar un **Plan estratégico para combatir la soledad en la provincia de Alicante**. Este plan contará con diferentes líneas de actuación, que se dirigirán tanto a la población general como a colectivos especialmente vulnerables a encontrarse en riesgo o situación de soledad. Este plan permitirá que en los próximos años puedan arbitrarse los mecanismos para aumentar la cohesión en las comunidades, convirtiéndose en más inclusivas, establecer mecanismos de detección precoz y consolidar una red de recursos para atender las situaciones de soledad.

Es preciso seguir conociendo las dinámicas relacionadas con la soledad y conocer los recursos que ya existen que pueden abordar las diferentes situaciones relacionadas con ella, tanto en las áreas urbanas como rurales, así como interconectarlos para optimizarlos y detectar carencias para poner en marcha servicios nuevos. En ello tienen un papel fundamental tanto las entidades públicas, la universidad, el tercer sector y la empresa privada, siendo necesaria la implicación y colaboración de todos estos agentes.

De este primer estudio en la provincia de Alicante se desprende que la soledad se encuentra estrechamente relacionada con síntomas y diagnósticos relativos a la salud mental, como el estrés, la ansiedad o la depresión. Puede también vincularse al deterioro de la salud física. Por tanto, el futuro Plan Estratégico debe contemplar esta área y promover actuaciones tanto individuales como grupales, con programas de salud, envejecimiento activo y apoyo psicosocial.

Las redes sociales de apoyo, tanto primarias como secundarias e institucionales son un punto central que debe contemplar el Plan Estratégico, como vía para el fomento de actividades intergeneracionales e interculturales. Igualmente importante es facilitar el acceso a recursos y servicios de apoyo psicosocial, actividades lúdicas, con acciones transversales que incluyan el transporte, especialmente para personas con movilidad reducida o residentes en territorios de difícil acceso.

Este Plan Estratégico contra la soledad deberá tener en cuenta la perspectiva de género y la diversidad, ya que hay colectivos como las mujeres, jóvenes, personas mayores, con discapacidad, extranjeras o del colectivo LGTBI+, que tienen un mayor riesgo de soledad. Además de las acciones generales, se tendrán que considerar actuaciones específicas y con un enfoque centrado en la persona que pueda llegar a todas las personas, en función de su situación particular y teniendo en cuenta también la interseccionalidad.

Además de los beneficios para las personas y la sociedad de contar con un Plan Estratégico en la provincia de Alicante que guíe las actuaciones en esta área, el impacto es también económico, pues incidir a nivel preventivo influye directamente en la disminución del desarrollo y agravamiento de problemas de salud, reduciendo la presión sobre unos servicios sociales y sanitarios ya de por sí sobrecargados.

Las líneas de actuación, por tanto, deben plantear un abordaje integral, contemplando una variedad de ámbitos interrelacionados para garantizar una perspectiva global. Deben plantearse acciones coordinadas, adaptativas y basadas en la evidencia que, realmente, tengan un impacto en la sociedad alicantina:

7.2 Redes de investigación y colaboración académica, pública y privada

El Observatorio de Soledad de la Universidad de Alicante puede generar e integrar el conocimiento científico y social sobre la soledad. La universidad puede ser el nexo entre las entidades públicas, el movimiento asociativo y el sector privado, agentes con un papel fundamental en la lucha contra la soledad. La transferencia a la práctica profesional y la realidad social, así como la orientación de políticas públicas, es el objetivo de la ciencia aplicada y que guía las acciones del Observatorio de Soledad de la Universidad de Alicante. Las nuevas propuestas deben incluir:

7.2.1 Estudios y diagnósticos sobre realidades concretas

Este primer informe sobre soledad en la provincia de Alicante es exploratorio, por lo que es necesario profundizar con nuevos estudios académicos por colectivos específicos (jóvenes, personas extranjeras, mujeres, personas con discapacidad, población universitaria, personas con síntomas o diagnóstico de salud mental, colectivo LGTBIQ+ o personas mayores, entre otros). Además, es necesario conocer la realidad entorno a la soledad por comarcas, atendiendo a las particularidades de áreas urbanas, rurales, despobladas o territorios de alta diversidad cultural.

7.2.2 Elaboración de una guía de recursos y organizaciones sociales que aborden la soledad en la provincia de Alicante

Conocer los servicios que se orientan a la prevención, detección e intervención en situaciones de soledad es fundamental para orientar la práctica entorno a esta problemática multidimensional. Ubicar geográficamente los recursos evita duplicidades y agiliza las derivaciones e intervención coordinada. Esta guía debe incluir recursos públicos, concertados y privados y ofrecer un panorama global a nivel provincial con las características de cada servicio, propiciando también

la creación de nuevos recursos innovadores que se estimen necesarios. Se pueden utilizar las nuevas tecnologías para tener un directorio actualizado y útil.

7.2.3 Diseño de guías con protocolos de actuación contra la soledad, a nivel general y por colectivos específicos

Se elaborarán guías enfocadas a la población general pero también a grupos especialmente vulnerables, para que la intervención sea específica según las características y necesidades de cada colectivo. Estas guías constarán de protocolos que permitan una intervención para situaciones de riesgo de soledad y orientaciones para el abordaje de situaciones de soledad cronificadas. Se incluirán experiencias que ya han sido puestas en práctica en otras latitudes y se han configurado como exitosas para el abordaje de la soledad, de manera que puedan ser replicadas adaptándolas al ámbito territorial alicantino.

7.3 Sensibilización y difusión

Las acciones de sensibilización y difusión deben incluir información divulgativa y científica, tendiendo un puente entre la sociedad y la academia, de manera que los mensajes lleguen a todo tipo de público. Conociendo las situaciones de soledad, sus causas y consecuencias, la sociedad en su conjunto podrá trabajar para su abordaje de forma global. Algunas acciones comunicativas esenciales serían las siguientes:

7.3.1 Combatir el estigma de la soledad

En muchas ocasiones en la sociedad se tiene interiorizado que las causas de la soledad se focalizan en las personas que la viven, como carencias en las habilidades sociales o poco interés en establecer relaciones, sin tener en cuenta factores ambientales y familiares. Este estigma también lo viven las personas en situación de soledad, se interioriza como autoestigma, como un fracaso

personal, por lo que cuesta más reconocer que se experimenta soledad y todo lo que lleva aparejado. Es necesaria la sensibilización para romper con los estereotipos, asumiendo que las causas son responsabilidad de toda la sociedad y que en todos sus miembros y organizaciones reside también el poder de establecer las vías de intervención para su abordaje.

7.3.2 Campañas informativas y educativas

Es preciso planificar campañas que transmitan información sobre cómo la soledad afecta a las personas a nivel no solo social, sino también en su salud física y emocional. La información debe adaptarse a diferentes tipos de público diana y utilizar todos los medios de comunicación actuales, tanto digitales como tradicionales, sin obviar el contacto de persona a persona en actos desarrollados en la comunidad. Especial atención debe prestarse en hacer llegar la información y las acciones de concienciación a las personas de territorios de difícil acceso, así como tener en cuenta las diferentes culturas que forman el tejido social alicantino.

7.3.3 Ciclos de conferencias, seminarios y simposios

La organización de eventos de divulgación científica es esencial para dar a conocer la soledad, pero deben trascender el mundo universitario y llegar a toda la población. Para ello deben desarrollarse en el ámbito profesional, espacios culturales, de educación primaria y secundaria y todos aquellos que posibiliten la reflexión y que la soledad esté en la agenda de organizaciones públicas y del Tercer Sector.

7.4 Formación de personal de proximidad

7.4.1 Formación de profesionales y agentes locales

Es fundamental que las personas que están más cerca de la ciudadanía, en los barrios y pueblos de la provincia, tengan la formación necesaria percibir

síntomas que apunten a situaciones de soledad y puedan derivar a los recursos especializados. Además de personal del ámbito sanitario, educativo y de Servicios Sociales, es esencial la formación de profesionales de servicios de proximidad, como comerciantes y personal de farmacias, para fortalecer su papel para identificar la soledad entre su clientela habitual.

7.5 Redes de apoyo y espacios comunitarios

A través de la creación de redes vecinales y espacios accesibles, se promueve la colaboración entre generaciones y la integración social de individuos en riesgo o situación de soledad. Promoviendo el conocimiento de las personas, se aumentan integración comunitaria y el apoyo social.

7.5.1 Creación de redes comunitarias de apoyo

Se fortalecerán redes de apoyo vecinal que fomenten la interacción entre personas cercanas, con actuaciones en los barrios y las comunidades de vecinos. Estas actividades ayudan a reducir la soledad y crean una comunidad donde sus miembros colaboran activamente para generar una sociedad más unida y solidaria.

7.5.2 Reutilización y dinamización de espacios comunitarios

Se pueden reutilizar infraestructuras existentes, como bibliotecas o centros cívicos, para convertirlas en puntos de encuentro donde organizar actividades como talleres, clubes de lectura y eventos culturales que favorezcan la interacción social. Se aprovechan recursos locales, con la colaboración de voluntariado y asociaciones, para llegar a un público diverso y reducir la soledad.

7.5.3 Promoción de espacios intergeneracionales e interculturales

Se propone crear espacios que conecten a jóvenes y mayores mediante actividades colaborativas como talleres tecnológicos o eventos comunitarios.

Además, jóvenes y mayores podrían liderar comités que organicen campañas de sensibilización o actividades contra la soledad. Este enfoque promueve el intercambio de conocimientos entre generaciones, fortaleciendo los vínculos sociales y ofreciendo un impacto positivo en toda la comunidad. Se debería incluir a personas extranjeras, con discapacidad o de otros colectivos para que todas las personas puedan nutrirse de una experiencia integradora e inclusiva.

7.6 Intervenciones personalizadas

7.6.1 *Proyectos de intervención individualizada*

Con este tipo de actuaciones se atienden las necesidades individuales de cada persona, ofreciendo apoyo emocional y social según su situación. Se programarán, junto a las personas, acciones de acompañamiento en el domicilio y entorno comunitario, por parte de voluntariado, alumnado en prácticas de diversas titulaciones o profesionales, con formación en técnicas como la comprensión empática, la escucha activa y el sostén. Debe prestarse especial atención a las zonas rurales y despobladas, arbitrando los mecanismos de apoyo necesarios para implementar los programas según las redes de transporte y la orografía.

7.6.2 *Promoción de relaciones cercanas*

Cuando se hayan detectado situaciones de soledad, se potenciarán programas enfocados a establecer relaciones significativas, que puedan proporcionar apoyo instrumental y socioemocional. Propuestas como grupos de ayuda mutua y autoayuda, posibilitarán la ventilación de sentimientos, el conocimiento entre las personas participantes y la exploración de intereses comunes que puedan dar lugar a la planificación de otras actividades, tanto grupales como individuales.

7.6.3 Acompañamiento socioeducativo

El desarrollo de técnicas de reducción de estrés y ansiedad puede ayudar a mejorar las situaciones de soledad, por lo que personas con formación en este tipo de herramientas pueden ayudar a personas que se sientan solas a gestionar mejor sus emociones y afrontamiento de sus circunstancias. El acompañamiento personalizado supone también la apertura a nuevas relaciones y la reflexión sobre los cambios que se quieren lograr y el ritmo para conseguirlos.

7.7 Impacto en salud y bienestar

La relación entre redes sociales y salud física y mental debe impulsar la formulación de propuestas encaminadas abordar estas dos condiciones de forma integral, tanto desde el enfoque de la prevención como del abordaje de las personas que ya se encuentran en situación de soledad.

7.7.1 Actividades de grupo para mejorar la salud física y mental

En colaboración con organizaciones del Tercer Sector y entidades locales y provinciales, deben promoverse acciones que fomenten el ejercicio físico como senderismo, gimnasia de mantenimiento o mindfulness. Con estas actividades se incide en la socialización, mejorando el impacto en la reducción de la soledad.

7.7.2 Detección precoz y protocolos de derivación en atención primaria.

Los Servicios Sociales y centros sanitarios son espacios determinantes para Profesionales de estos ámbitos pueden reconocer situaciones de riesgo o de soledad crónica. Por ello, es preciso que cuenten con la formación y los recursos para detectar de forma precoz y puedan derivar a otros servicios de

intervención individual, grupal o comunitaria, de manera que se disminuyan las posibilidades de deterioro físico y mental.

7.7.3 Acceso a recursos de atención psicológica y social

Los servicios de atención psicológica son esenciales para que las personas en situación de soledad crónica o que presentan síntomas tempranos puedan mejorar su situación, tomando conciencia de su situación y adquiriendo estrategias de afrontamiento. Es necesario mejorar los tiempos de espera, reforzar las plantillas y difundir la información de la oferta de recursos y protocolos de acceso. Por otro lado, al ser un fenómeno multidimensional, la soledad pueden llevar aparejadas otro tipo de factores que pueden que aumentan la vulnerabilidad y pueden abordarse desde los Servicios Sociales, para personas que viven solas pero también con otras situaciones de convivencia (Servicio de Ayuda a Domicilio, Menjar a casa, ayudas de promoción de autonomía personal para personas con discapacidad, de eliminación de barreras arquitectónicas para personas mayores o servicios de orientación laboral.

8 Referencias bibliográficas

- Agarwal, S., LeFevre, A. E., Lee, J., L'engle, K., Mehl, G., Sinha, C., & Labrique, A. (2016). Guidelines for reporting of health interventions using mobile phones: mobile health (mHealth) evidence reporting and assessment (mERA) checklist. *British Medical Journal*, 352, i1174.
- Asociación Bienestar y Desarrollo. (2020). Soledad no deseada en personas mayores: Informe general 2019-2020. ABD Asociación Bienestar y Desarrollo.
- Ayuntamiento de Alicante. (2017). Situación de las personas mayores que viven solas en la zona EDUSI de Alicante.
- Ayuntamiento de Alicante. (2022). Informe EDUSI Mayores: Soledad en Alicante.
- Ayuntamiento de Barcelona. (2021). Estrategia municipal contra la soledad 2020-2030.
- Buz, J., & Prieto, G. (2013). Análisis de la Escala de Soledad de De Jong Gierveld mediante el modelo de Rasch. *Universitas Psychologica*, 12(3), 971-981.
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2010). Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychology and Aging*, 25(2), 453-463. <https://doi.org/10.1037/a0017216>
- Cacioppo, S., y Cacioppo, JT (2014). Relaciones sociales y salud: los efectos tóxicos del aislamiento social percibido. *Social and Personality Psychology Compass*, 8 (2), 58-72. <https://doi.org/10.1111/spc3.12087>
- Courtin, E., y Knapp, M. (2017). Aislamiento social, soledad y salud en la vejez: una revisión exploratoria. *Salud y atención social en la comunidad*, 25 (3), 799-812. <https://doi.org/10.1111/hsc.12311>
- De Jong Gierveld J, Van Tilburg T. The De Jong Gierveld short scales for emotional and social loneliness: tested on data from seven countries in the UN generations and gender surveys. *Eur J Ageing*. 2010 Jun;7(2):121-130. doi: 10.1007/s10433-010-0144-6. Epub 2010 Apr 9. PMID: 20730083; PMCID: PMC2921057.

- De Jong Gierveld, J. & Kamphuis, F. H. (1985). The development of a Rasch-type loneliness scale. *Applied Psychological Measurement*, 9(3), 289-299.
- De Jong Gierveld, J. (1987). Developing and testing a model of loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(1), 119-128.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.53.1.119>
- De Jong Gierveld, J., & Van Tilburg, T. (2006). A 6-Item Scale for Overall, Emotional, and Social Loneliness: Confirmatory Tests on Survey Data. *Research on Aging*, 28(5), 582-598. <https://doi.org/10.1177/0164027506289723>
- De Jong-Gierveld, J., & van Tilburg, T. G. (1999). *Manual of the Loneliness Scale*. Methoden en technieken. <https://doi.org/10.17605/osf.io/u6gck>
- Del Barrio, E. y Diaz-Veiga, P. (2021). *Estudio sobre las condiciones de vida de las personas de 55 y más años en Euskadi 2020*. Gobierno Vasco.
- Escartín, M.J. (1998). Manual de Trabajo Social. *Modelos de práctica profesional*. Aguaclara.
- Escartín, M.J., Palomar, M. y Suárez, E. (1997). *Introducción al Trabajo Social II. Trabajo Social con individuos y familias*. Aguaclara.
- Eysenbach, G. (2004). Improving the quality of Web surveys: the Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES). *Journal of medical Internet research*, 6(3), e34.
- Fundación Bienestar y Desarrollo. (2020). *Informe soledad no deseada en personas mayores. Estudio 2019-2020*.
- Fundación ONCE & Fundación AXA. (2024). *Barómetro de la Soledad No Deseada en España*.
- Fundación Vivofácil. (2023). *Informe sobre la soledad no deseada*.
- Gobierno Vasco. (2022). *Soledad. Guía para la acción*.
- Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 40(2), 218-227. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>
- Heinrich, L. M., & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review*, 26(6), 695-718.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.04.002>

- Holt-Lunstad, J., Por qué las relaciones sociales son importantes para la salud física: un enfoque sistémico para comprender y modificar el riesgo y la protección (2018). *Revista anual de psicología*, vol. 69, págs. 437-458, 2018, disponible en
SSRN: <https://ssrn.com/abstract=3121970> o <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-psych-122216-011902>
- Holt-Lunstad, J., Smith, TB, Baker, M., Harris, T. y Stephenson, D. (2015). La soledad y el aislamiento social como factores de riesgo de mortalidad: una revisión metaanalítica. *Perspectivas sobre la ciencia psicológica*, 10 (2), 227–237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>
- Instituto Nacional de Estadística. (2022). Encuesta continua de hogares: Evolución anual de hogares por tamaño. Recuperado de <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=33588>
- Instituto Nacional de Estadística. (2023). Encuesta continua de hogares: Evolución anual de hogares por tamaño. <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=2856>
- Junta de Andalucía. (2020). *Estudio sobre la soledad no deseada en personas mayores de 55 años*.
- Junta de Andalucía. (2021). *Protocolo para la detección de la soledad no deseada de las personas mayores en Andalucía*.
- Lizán-Tudela, L., & Reig-Ferrer, A. (2002). La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en la consulta: las viñetas COOP/WONCA. *Atención primaria*, 29(6), 378-384.
- Perlman, D., & Peplau, L. A. (1981). Toward a social psychology of loneliness. En R. Gilmour & S. Duck (Eds.), *Personal relationships in disorder* (pp. 31–56). Academic Press.
- Rokach, A. (2018). The effect of culture on adult loneliness: A review of the literature. *Journal of Psychology & Clinical Psychiatry*, 9(6), 536–543. <https://doi.org/10.15406/jpcpy.2018.09.00532>
- Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. MIT Press.
- Young, J. E. (1982). *Loneliness, depression, and cognitive therapy: Theory and application*. New York: Guilford Press.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante