



Universidad de Valladolid

Facultad de Medicina

Grado en Medicina



**RELACIÓN DE LA SOLEDAD NO DESEADA CON
EL ESTADO DE SALUD EN LOS PACIENTES CON
PLURIPATOLOGÍA CRÓNICA COMPLEJA EN LA
ZONA BÁSICA DE SALUD DELICIAS II**

Marina Fernández Velicia

**Tutor: Daniel Arauzo Palacios
Cotutora: Paula Álvarez Manzanares**

Departamento de Medicina, Dermatología y Toxicología.

Curso: 2023-2024

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	3
2. INTRODUCCIÓN.....	4
3. JUSTIFICACIÓN.....	10
4. OBJETIVOS.....	11
3.1 OBJETIVO PRINCIPAL.....	11
3.2 OBJETIVOS SECUNDARIOS.....	11
5. MATERIAL Y MÉTODOS.....	11
6. RESULTADOS.....	13
7. DISCUSIÓN.....	16
8. CONCLUSIONES.....	17
9. APLICABILIDAD.....	18
10. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	18
11. ASPECTOS ÉTICOS, FINANCIACIÓN Y CONFLICTOS DE INTERÉS.....	19
12. BIBLIOGRAFÍA.....	19
13. ANEXOS.....	20

1. RESUMEN

Introducción: La soledad no deseada, definida como un problema sociosanitario que refleja una percepción subjetiva del individuo debida a la falta de satisfacción en las relaciones emocionales, afectando de manera global a la vida de la persona que la sufre.

Objetivo: El objetivo principal del estudio es evaluar y analizar la influencia de la soledad en el control y mantenimiento de ciertos factores clínicos mediante un estudio de la población pluripatológica compleja del Centro de Salud Delicias II en la ciudad de Valladolid, España.

Material y métodos: Para la realización del trabajo se ha obtenido una muestra de 98 personas de la población de pacientes pluripatológicos crónicos complejos de un cupo médico, se ha procedido a la realización de varias encuestas y se han consultado datos en la historia clínica, todo ello tras la aceptación del proyecto por parte del Comité de Ética. Posteriormente se ha realizado un estudio descriptivo observacional transversal y un análisis de estadística con determinación de frecuencias y comparación de medias y de varianzas a través de pruebas ANOVA de un factor y correlaciones bivariadas de Pearson.

Resultados: un 62.9% de la muestra demostró una soledad moderada, un 10.3% una soledad grave y un único paciente (1%) reveló un nivel de soledad muy grave sin observarse diferencias en cuanto a sexo en ninguno de los grupos. Una prueba ANOVA de un factor indicó que aquellos pacientes susceptibles de evaluación posterior por posible depresión y/o ansiedad mostraron mayores niveles de soledad no deseada ($p < .000$, $p = .011$).

El estudio de la comparación entre el nivel de adherencia al tratamiento en función de la soledad mostró que aquellos pacientes del grupo “soledad grave” mostraron significativamente menores niveles porcentuales medios de adherencia al tratamiento (79,63%) en comparación con los pacientes del grupo “soledad moderada” (89,4%) ($p = .019$).

La correlación de la comparación de los datos de adherencia al tratamiento con el número de urgencias indicó que peores niveles de adherencia al tratamiento se correspondían con mayor número de veces que el paciente acudió a los servicios de urgencias ($p = .021$).

Conclusiones: En este estudio se determina que un 74.2% de la muestra padecía soledad no deseada y una relación positiva entre la soledad no deseada y la afectación a nivel de salud mental, sobre todo en mujeres. Por el contrario, se observó una relación negativa entre la soledad no deseada y la adherencia al tratamiento, que conllevaba a mayor necesidad de atención sanitaria en los servicios de urgencias.

Palabras clave: soledad no deseada, escala de De Jong Gierveld, salud mental, adherencia al tratamiento.

2. INTRODUCCIÓN

La soledad no deseada según Peplau y Perlman (autores de referencia en el estudio de la soledad) (1) se define como “una experiencia desagradable que tiene lugar cuando la red de relaciones sociales de una persona es deficiente, tanto desde el punto de vista cualitativo como cuantitativo”. Es consecuencia de los sentimientos de insatisfacción en las relaciones sociales y puede tener consecuencias muy negativas en la calidad de vida.

Podemos hablar de **soledad objetiva**, que son aquellas personas que viven solas. Esto no quiere decir que sea una experiencia desagradable para ellos, ya que puede ser buscada. Vivir solo o estar solo no es sinónimo de soledad, ni tampoco el hecho de estar acompañado garantiza protección contra la soledad. En este estudio nos centraremos en la otra visión de la **soledad, la impuesta, la no deseada**. Un sentimiento doloroso y temido por muchas personas, por lo que se ha convertido en un tema cada vez más relevante en la medicina y en la sociedad.

Dentro de esta podemos subclasificar la soledad en (1): **soledad emocional** (menor afecto y cercanía en las relaciones íntimas a las que se acude en busca de apoyo en momentos de crisis, provocando desvinculación afectiva y sensaciones de vacío), **soledad relacional** (sentir poca proximidad en el entorno familiar o de amistad) y **soledad colectiva** (poca valoración por parte de la sociedad, falta de red social, provocando sentimientos de marginalidad, aislamiento o aburrimiento).

Si lo dividimos en función del tiempo, también la podemos dividir en tres grupos (2): **transitoria** (la más común asociada a brotes breves), **situacional** (vinculada a situaciones de estrés) y **crónica** (la persona se siente incapaz de establecer relaciones sociales satisfactorias).

Es un sentimiento subjetivo, personal, complejo, profundo y difícil de percibir por una persona externa, ya que cada persona tiene un nivel óptimo de interacción social. Se produce secuencialmente y es la consecuencia de múltiples causas, variables y antecedentes tanto personales como extrapersonales; un inadecuado sistema de apoyo social, relaciones problemáticas, cambios vitales, eventos traumáticos o ciertas limitaciones personales pueden contribuir a su desarrollo (Ilustración 3) y manifestar consecuencias que varían en intensidad y duración.

De Jong Gierveld, autora de la escala con la que en nuestro estudio identificaremos y estadificaremos la soledad no deseada, enfatiza la importancia de la interpretación personal de la red social y considera 4 factores en su modelo multidimensional de la soledad: las características descriptivas de la red social, las evaluaciones subjetivas de la red social, las variables sociodemográficas y las características de la personalidad (Ilustración 4). Considera esencial la evaluación por parte del sujeto de la situación social en la que se encuentra, el tipo de déficit social y la perspectiva temporal asociada con la soledad (2).

Por todo lo anteriormente expuesto, es complicado conocer la incidencia real en la población y no es raro que existan discrepancias en los resultados. Esto es debido a errores metodológicos o a errores de percepción del propio encuestado, que puede sobrevalorar o infravalorar su sentimiento de soledad.

Se estimaba que entre un 15-30% de la población sufre sentimientos de soledad a lo largo de su vida. Sin embargo, según datos de la Encuesta Europea de Calidad de Vida de 2016 (EQLS) se obtienen los siguientes resultados en relación con las preguntas:

1. ¿Se siente solo? Un 19.2% indica que algunas veces y un 6,5% que a menudo.
2. ¿Siente falta de compañía? El 24,8% indica algunas veces y el 8,1% que a menudo.
3. ¿Se siente excluido? El 18,4% indica que algunas veces y el 4,9% que a menudo.
4. ¿Se siente aislado de los demás? El 14 % indica que algunas veces y el 4,1% que a menudo.

España se encuentra en la media europea. Un 6% de la población dice “sentirse solo” (Tabla 1). El perfil más común pertenece a hombres solteros de edad avanzada que vive en ciudades. Sin embargo, otros estudios realizados en España (2) han comprobado que las mujeres mayores en situaciones socioeconómicas desfavorables y con mala salud son el grupo que presentan mayor prevalencia de soledad. Una encuesta reciente (2) muestra un riesgo aumentado de aislamiento por pérdida de red de amigos en los hombres a partir de los 40 años y en las mujeres a partir de los 65 años.

La soledad se basa en un sentimiento que, aunque puede acontecer en cualquier género, clase social o etapa de la vida, encontramos ciertas diferencias en función de estas variables:

1. GÉNERO. No se encuentran diferencias significativas en cuanto a género ya que dependiendo del método utilizado, los resultados varían. Por ejemplo, si las preguntas son más directas, las mujeres tienden a reconocer más su sentimiento de soledad. Sin embargo, si el método del estudio no menciona la palabra soledad, las diferencias entre ambos géneros desaparecen (2). Asimismo, los hombres centran más sus relaciones

sociales en la pareja, por ello, momentos en los que les falte el cónyuge y se vean obligados a vivir solos, son más vulnerables a la soledad no deseada.

2. ÁREA RURAL/URBANA. Un factor que predispone a la soledad es el cambio a una nueva zona a una edad más avanzada, no pudiendo envejecer en su hogar habitual. Quizás por ello, las personas en áreas rurales, que tienen más probabilidades de moverse a zonas urbanas nuevas tienen por ello un mayor riesgo. Estudios recientes de la Universidad de Granada han demostrado que las personas del ámbito rural están más expuestas a la soledad, por el menor aporte social. (3)
3. SITUACIONES SOCIOECONÓMICAS. Son factores de riesgo de soledad la pobreza, la falta de educación, de una vivienda y un entorno comunitario adecuado, el sinhogarismo y las enfermedades mentales, con los estigmas sociales que conllevan, pertenecer a una familia monoparental, sufrir violencia machista o la migración. En esta última destacan dos hechos relacionados con la soledad: el duelo migratorio y la adaptación sociocultural a la sociedad receptora (2). El sector de las personas que se dedican a los **cuidados de otros** puede ser más vulnerable a la soledad por la precariedad, la posible explotación laboral y el poco tiempo de ocio para tener una vida social y una red de apoyo.
4. EDAD Y SALUD. Durante la vejez surgen una serie de acontecimientos y cambios que representan un factor de riesgo para su desarrollo. Algunos de los desencadenantes más predisponentes son:
 - El síndrome del nido vacío. Es el momento en que los hijos abandonan el hogar para comenzar su independencia. Es el primer acontecimiento al que se enfrentan las personas mayores y el no cumplimiento por parte de los hijos en el cuidado de los padres puede hacerles sentir un deterioro en la intensidad y calidad del afecto, afectando a las relaciones paternofiliales y provocando en ellos sentimientos de soledad.
 - La muerte del cónyuge. Suele ser el principal desencadenante en la vejez. Cuanto más unida esté la pareja, mayor será el impacto emocional de la muerte de uno de ellos sin que la presencia de otras personas alivie los sentimientos de soledad y tristeza y es la causa que más aumenta la posibilidad de desencadenar trastornos psicopatológicos como la depresión o la neurosis (4). Muy vinculada con la soledad emocional.
 - La salida del mercado laboral. Puede provocar la pérdida de poder adquisitivo, el deterioro de relaciones sociales y el aumento del tiempo libre sin saber a qué dedicarlo, desencadenado todo ello en soledad no deseada.

- Falta de actividades placenteras (por oferta o limitaciones de transporte).
- El fallecimiento de familiares y amigos de la misma generación reduciendo así la red social.
- Enfermedades mentales como la depresión.
- Enfermedades y limitaciones físicas de movilidad o dependencia funcional. Un estudio de la Universidad de Granada vio que entre los participantes que sufrían síndrome metabólico existían niveles más elevados de soledad, menor apoyo social y mayor aislamiento. (3)

Debido a lo multifactorial de la soledad, es conveniente prevenir la soledad no deseada, o identificarla precozmente, detectando procesos de aislamiento o exclusión y estando atentos en los momentos vitales que pueden desencadenarla (perdidas de familiares o amigos, enfermedades de salud mental, precariedad económica o laboral...).

Se entienden como **factores protectores** de la soledad la participación y el apoyo social, sentir que son capaces de ofrecer ayuda, una autoestima alta, la madurez emocional para afrontar problemas y cambios o una relación placentera tanto con los hijos como con personas de la misma edad (5). Por encima del beneficio de las relaciones familiares se encuentra, el contacto con amigos y vecinos, concluyendo que las relaciones con personas fuera del entorno familiar son importantes para evitar este sentimiento, sobre todo en los que no tienen pareja sentimental (1).

La soledad es sinónimo de vulnerabilidad y se asocia con consecuencias físicas, psicológicas y sociales.

1. **Nivel físico**. Se asocia con trastornos de alimentación como la obesidad, cefalea, problemas digestivos, enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial, enfermedad coronaria o accidente cerebrovascular) o con alteraciones del sistema inmune. Además, provoca problemas de sueño y contribuye a un declive más rápido de las capacidades cognitivas. Estudios han confirmado que la soledad se asocia con una mayor dificultad en las tareas de las extremidades superiores, un descenso de la movilidad. El riesgo de mortalidad prematura aumenta un 26% en personas que sienten soledad, un 29% en personas con aislamiento social y un 32% en las que viven solas (1).

La población pluripatológica requiere una atención médica más frecuente y extensa y una estrategia de tratamiento más compleja. La soledad puede exacerbar los síntomas o afectar a la adherencia al tratamiento además de retrasar el proceso de recuperación de enfermedades agudas.

2. **Nivel psicológico.** Se ha constatado su asociación de forma independiente de los otros factores de riesgo con síntomas depresivos, con baja satisfacción vital y mayor recurrencia de ideas suicidas y, por ende, con mayor riesgo de suicidio en las personas de entre 65 y 97 años. Estudios han concluido que la soledad explicaba un 84% de los trastornos mentales en las personas que vivían solas (2).
3. **Nivel social.** Condiciona un empeoramiento de los hábitos saludables, provocando sedentarismo, o a menudo comportamientos de riesgo como consumo de alcohol o tabaco. Es uno de los factores comunes entre los hiperfrecuentadores de los centros de salud y de los servicios de urgencias (5). Además, aumenta las hospitalizaciones, las caídas, las institucionalizaciones y la atención domiciliaria, aumentando todo ello el coste de la atención médica. (6)

De las diferentes maneras de medir la soledad, en la Tabla 2 se exponen las encuestas más utilizadas. En nuestro estudio usaremos la escala de De Jong Gierveld.

Para diagnosticar de soledad no deseada deberemos mediante una relación terapéutica comprobar que no es elegida por el propio paciente, valorar si tiene capacidad para satisfacer las necesidades físicas, psicosociales, espirituales, financieras... y como esas necesidades no suplidas afectan a las demás. Explorar el deseo de interacción social y buscar como aumentar la red de apoyo de estas personas y la participación en grupos u organizaciones ayudándoles a identificar recursos en los que pueden participar. Si el paciente presenta quejas somáticas, se debe asegurar de que la salud física y el estado nutricional están correctamente evaluados y tratados.

Con respecto a las estrategias llevadas a cabo para ayudar a estas personas es muy difícil comparar los resultados obtenidos y definir una buena estrategia de actuación ya que en muchos casos sigue sin ser concluyente debido a una falta de rigor metodológico. Clásicamente se han relacionado con la reducción de la exclusión social o el aislamiento, no abordando la soledad específicamente hasta los últimos años con ciertos proyectos internacionales o nacionales (Campaign to end loneliness en Reino Unido o Radars en Barcelona) (6).

Algunas de las estrategias basadas en las líneas de intervención primaria con evidencia científica se comentarán a continuación (1).

1. **Mejorar las habilidades sociales.** Mediante intervenciones grupales se facilitó el establecimiento de relaciones sociales (mejorando las existentes o promoviendo nuevas) en personas con dificultades en la integración social, consiguiendo vivir con mayor

satisfacción esta etapa de la vida.

2. Fortalecer el apoyo social gracias a las actividades educativas grupales con una base teórica definida dentro de la comunidad en las que el individuo tiene un rol participativo. Por ejemplo, promoción del envejecimiento saludable, apoyo al duelo o apoyo al cuidador. Dentro de esta categoría se engloba el voluntariado, que ha demostrado beneficio cuando se trata tanto entre iguales como intergeneracional. Estas medidas han demostrado aumentar las amistades y el bienestar psicológico.
3. Aumentar las oportunidades de interacción o contacto social y participación buscando proponer actividades en base a los gustos, intereses y necesidades de cada persona. En una primera fase se crea el contacto telefónico entre voluntarios formados y los participantes y en una segunda fase se les involucra en actividades comunitarias. Algunos ejemplos son: pintura, escritura, Thai Chi, música o manualidades. Estas actividades tienen un impacto positivo en el estado físico y psicosocial llevando a cambios en la autoestima y en el cuidado de la propia salud.
4. Abordar la cognición social inadaptada. Lo fundamental de las intervenciones cognitivo-conductuales en estas personas es enseñarles a identificar sus pensamientos negativos y ponerlos en duda, ayudándoles al afrontamiento de esos sentimientos. Hay estudios que afirman que estas intervenciones están poco fundamentadas en la evidencia científica (7).
5. Otras intervenciones como el uso de tecnologías, el acompañamiento telefónico, las comidas a domicilio, la terapia con animales o el desarrollo de actividad física facilita el contacto social y el sentimiento de compañía por parte del anciano.

En conclusión, todas estas estrategias parecen favorecer el sentimiento de participación social, pero no han sido efectivas en la mejora de la salud. Algunos datos para tener en cuenta en el diseño de intervenciones para prevenir o paliar la soledad no deseada son:

- Las que se han demostrado más eficaces son las estrategias que impulsan la habilidad social, las intervenciones grupales basadas en actividades formativas y sociales (5).
- Deben suplir las necesidades a destacar en la vejez como la necesidad de comunicarse, de elegir según sus creencias y valores (cultura, ideología o religión), de sentirse autorrealizado, de comunicación y de aprendizaje.
- Crear y adaptar todas estas acciones y estrategias teniendo en cuenta las dificultades que pueden mostrar los ancianos en relación con problemas de disminución

sensorial, debilidad psicomotriz, motivación, demencia, estrés o dolor. Además, se ha visto que el transporte y la tecnología juegan un papel importante para facilitar las relaciones sociales de la comunidad.

- Se prefieren las intervenciones grupales con base teórica y objetivos individualizados según trayectoria de vida o fluctuaciones de sentimiento de soledad. Se debe promover además la participación y el apoyo entre iguales.
- Evaluar adecuadamente la intervención para poder demostrar el impacto en la prevención o reducción de la soledad.

Un ensayo clínico en Finlandia, basado en actividades grupales autoorganizadas para personas mayores que se sienten solas, ha demostrado aumentar la salud autopercebida, el bienestar psicológico y el sentimiento de utilidad, reduciendo el uso y los costes de los servicios de salud y la mortalidad del grupo de intervención en comparación con el grupo control (5).

En los últimos años, en la Comunidad de Madrid y en Cataluña, se están creando proyectos para abordar la soledad como un fenómeno estructural estrechamente relacionado con los estilos de vida en las grandes ciudades que dificultan los vínculos interpersonales, afectando al bienestar de las personas. El objetivo es promover el conocimiento y el apoyo mutuo, fomentando la creación de vínculos en los barrios y el sentido de pertenencia comunitaria mediante proyectos como: alimentación, actividad física y salud, salud sexual y reproductiva, promoción de la salud mental o envejecimiento activo y saludable (5) (6).

MADRID VECINA es una iniciativa en la que, vecinos, comercios, asociaciones, voluntarios, profesionales de los Servicios Sociales, Centros de Salud, Policía...forman una red para estar pendientes de las personas mayores, ponerles en contacto con los recursos que necesiten y facilitar su participación en la vida del barrio (8).

Recientemente, la Junta de Castilla y León ha elaborado una guía asistencial completa para actuar frente a la soledad no deseada y el aislamiento social (9) .

3. JUSTIFICACIÓN

La justificación de este estudio radica en que la soledad no deseada es un problema creciente con profundas implicaciones para la salud pública, especialmente en pacientes vulnerables como los pluripatológicos.

Su impacto en la salud mental y física, así como en los sistemas de salud, requiere una atención significativa y un enfoque multidisciplinario para su prevención y manejo, debiendo aprender a identificar los factores de riesgo y las situaciones vulnerables. Es crucial para desarrollar

estrategias efectivas que aborden sus múltiples facetas y consecuencias mitigando sus efectos negativos.

Esta investigación puede aportar luz sobre cómo la soledad no deseada interacciona con la presencia de enfermedades crónicas y multimorbilidad, un aspecto poco explorado hasta la fecha.

4. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO PRINCIPAL

El objetivo principal de esta investigación es evaluar y analizar la influencia de la soledad no deseada en el control y mantenimiento de ciertos factores clínicos (como enfermedades crónicas, estado funcional y salud mental) en los pacientes con pluripatología crónica compleja en la Zona Básica de Salud Delicias II, Valladolid.

3.2 OBJETIVOS SECUNDARIOS

- Determinar la prevalencia de soledad no deseada y subclasificarla en moderada, grave y muy grave en los pacientes con pluripatología crónica compleja en la Zona Básica de Salud Delicias II.
- Conocer las diferencias en relación a edad o género.
- Evaluar las consecuencias sobre el estado de salud de la soledad no deseada, a través del estudio de varias variables: la adherencia al tratamiento, el número de veces que el paciente ha acudido a urgencias o ha sido ingresado en un hospital en los últimos 5 años y la necesidad de evaluación posterior por posible ansiedad y depresión en estos pacientes.
- Identificar necesidades orientadas a desarrollar actuaciones y estrategias de atención socio sanitaria que ayuden a estos pacientes.
- Conocer qué pacientes se podrían beneficiar de una derivación a Centros de Acción Social (CEAS).

5. MATERIAL Y MÉTODOS

Este trabajo de investigación clínica se basa en un estudio descriptivo observacional transversal cualicuantitativo basado en encuestas, acerca del impacto de la soledad no deseada en el estado de salud de pacientes pluripatológicos mediante determinadas variables y escalas. Se ha elegido este método de trabajo porque considero que es el que más se adapta a los objetivos del estudio. No busca solo entender la magnitud y las implicaciones en la salud, sino también

identificar posibles intervenciones y estrategias de atención médica que puedan mitigar sus efectos negativos.

La población del estudio fueron los pacientes pluripatológicos crónicos complejos de un cupo médico de la Zona Básica de Salud Delicias II. Las variables que se tuvieron en cuenta fueron principalmente la soledad no deseada y el estado de salud.

El tamaño muestral se ha obtenido mediante una calculadora muestral disponible en fisterra.com. Se introdujo el total de la población pluripatológica compleja de un cupo médico, con un nivel de confianza del 95% y una precisión del 5%. Todo ello ajustado a una proporción del 10% y una estimación de pérdidas del 10%. El resultado final fue un tamaño muestral de 98 personas. No se han establecido límites de edad, tomando en consideración solo los mayores de 18 años.

Como criterio de exclusión se incluyeron a aquellos pacientes con deterioro cognitivo o con incapacidad para contestar adecuadamente a las preguntas, así como pacientes internados en centros residenciales.

La **soledad no deseada** se determinó mediante la escala de De Jong Gierveld (Figure 1). Esta escala es un instrumento que mediante 11 preguntas contestadas con: sí, no o a veces, es capaz de detectar a aquellas personas que sienten soledad no deseada o aislamiento social. Esta escala está compuesta por preguntas que detectan la soledad de tipo social (cantidad) y las que detectan soledad de tipo emocional (calidad), haciendo referencia a la falta de una red social más amplia o a la falta de relaciones de carácter profundo e íntimo, respectivamente. El resultado final del cuestionario divide al paciente en cuatro grupos: No soledad, soledad moderada, soledad grave y soledad muy grave. Entre las fortalezas de esta encuesta encontramos que está ampliamente validada, que evita respuestas automáticas y que no menciona la palabra soledad.

El estado de salud se estadificó mediante una serie de factores clínicos como son:

- **Adherencia al tratamiento:** mediante el acceso al % de adherencia calculado en el programa del Plan Terapéutico calculado a partir de la siguiente fórmula ($\% \text{ adherencia} = (\text{N.}^\circ \text{ de días para los que se ha suministrado medicación} / \text{total de días del periodo evaluado (máximo 365 días)}) * 100$) que se aplica únicamente a las prescripciones crónicas. La retirada de una prescripción de la farmacia es una condición necesaria, pero no suficiente, ya que no significa que el paciente haya tomado la medicación. Sin embargo, medir la adherencia de esta forma tiene una alta correlación con el conteo de píldoras, que es el método de referencia (10).
- **Ingresos hospitalarios y atención en urgencias** en los últimos 5 años. Se obtuvieron

estos datos a través de la historia clínica electrónica de Atención Primaria y Hospitalaria.

- **Test rápido de ansiedad y depresión:** mediante un cuestionario rápido existente en las guías asistenciales de la historia clínica electrónica y las preguntas de Whooley respectivamente se determinó si los pacientes son susceptibles de una evaluación posterior por posible trastorno de ansiedad o depresión (Figure 2).

El tipo de análisis a realizar fue un análisis de tipo estadístico descriptivo, con determinación de frecuencias y comparación de medias y de varianzas a través de ANOVAs y correlaciones bivariadas de Pearson.

6. RESULTADOS

Una vez obtenidos todos los datos necesarios, y realizados los estudios estadísticos oportunos, se exponen a continuación los datos de la muestra seleccionada y los resultados del estudio.

Las Tabla 3 y Tabla 4 muestran los datos descriptivos en función de sexo y edad en cuanto a la muestra y una prueba ANOVA de la edad del paciente. Se contó con un total de 49 hombres y 48 mujeres. No se observaron diferencias significativas en edad entre ambos grupos ($p=.910$) y la media de edad en ambos fue de 75 años, es decir, **la muestra ha sido homogénea**.

La Tabla 5 y la Ilustración 5 muestran los datos globales en cuanto a la frecuencia de la soledad no deseada en nuestro estudio. Un 25.8% no mostraron soledad en los test. Sin embargo, un 62.9% demostró una soledad moderada, un 10.3% una soledad grave y un único paciente (1%) reveló un nivel de soledad muy grave.

En cuanto al nivel de soledad no deseada por sexo, una tabla de contingencia (Tabla 6, Ilustración 1), un estudio de comparación de medias (Tabla 7) y una prueba ANOVA (Tabla 8) resultaron que: las diferencias en nivel medio de soledad entre hombres y mujeres no fueron estadísticamente significativas ($p=.076$). El tipo de soledad más frecuente en ambos grupos fue la **soledad moderada**.

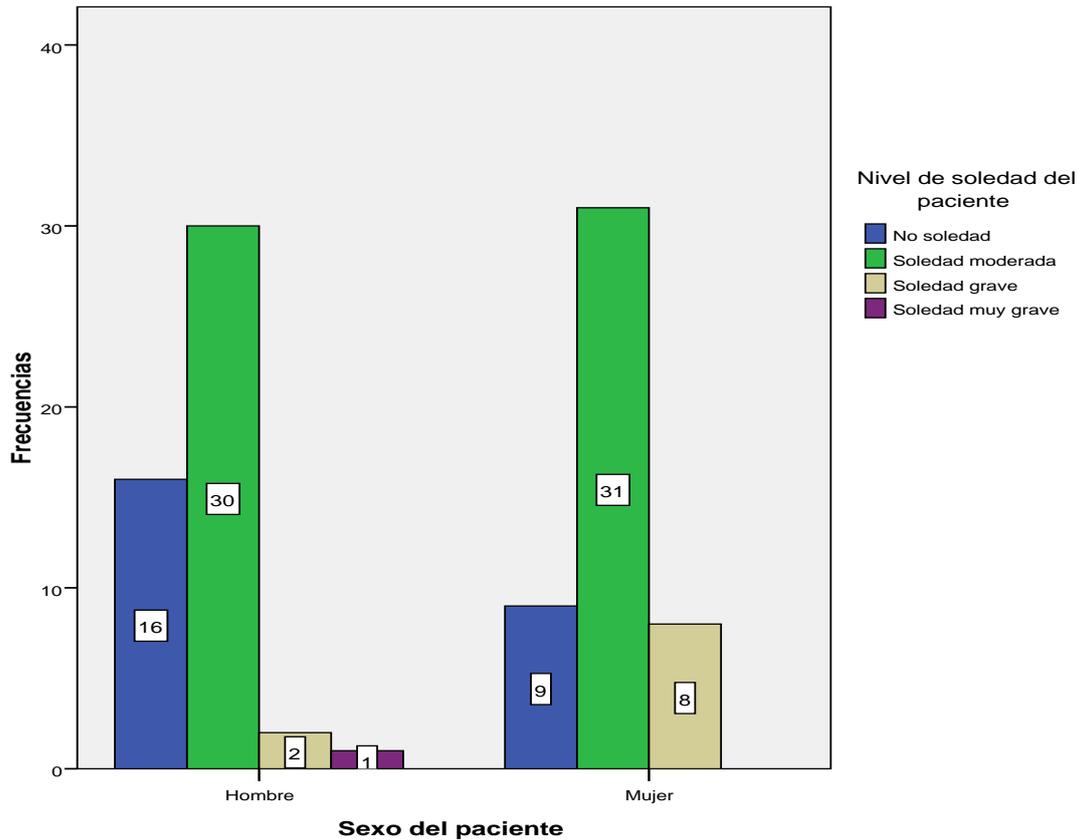


Ilustración 1. Gráfico de la tabla de contingencia: Sexo del paciente * Nivel de soledad del paciente.

Con respecto a la relación entre la soledad y la edad del paciente, una correlación bivariada de Pearson determinó que mayor edad no se correspondía con mayores niveles de soledad ($p=.356$, Tabla 9). Una prueba ANOVA de un factor (Tabla 10, Tabla 11) indicó que no había diferencias significativas en el nivel de soledad entre los grupos agrupados por edad de 10 en 10 años ($p=.229$). Una prueba post hoc DMS indicó que solamente había diferencias significativas entre el grupo de 70 y 80 años y el grupo de más de 90 años, ($p=.041$) aunque los datos deben tomarse solamente de forma orientativa dado que en este último grupo solo había cuatro pacientes. Lo mismo ocurre al dividir la muestra dicotomizando por el valor de la media de edad (75 años), las diferencias entre los dos grupos no fueron estadísticamente significativas ($p =.590$) (Tabla 12, Tabla 13).

Una prueba ANOVA de un factor indicó que aquellos pacientes susceptibles de evaluación posterior por posible depresión mostraron mayores niveles de soledad no deseada que aquellos que no se consideraron susceptibles de evaluación posterior ($p < .000$, Tabla 14, Tabla 15), repitiéndose el patrón en aquellos pacientes susceptibles de evaluación posterior por posible ansiedad ($p=.011$, Tabla 16, Tabla 17).

Si analizamos los datos en función de las veces que el paciente ha acudido a urgencias, las veces que ha sido ingresado y las veces que ha requerido atención hospitalaria, que es la suma

de las dos anteriores, obtenemos por una correlación bivariada de Pearson (Tabla 18) que ni haber acudido más veces a urgencias, ni haber sido más veces ingresado, ni haber requerido más veces atención hospitalaria parecen relacionarse con mostrar mayores niveles de soledad no deseada ($p=.278$, $p=.485$, $p=.533$).

En cuanto a otra variable a estudio, la adherencia al tratamiento, se observó que la mayoría de los pacientes mostraron niveles de adherencia al tratamiento buenos (85%), un 10 % moderada y solo un 2% tuvieron una baja adherencia (Tabla 33).

El estudio de la comparación entre el nivel de adherencia al tratamiento en función de la soledad (Tabla 37, Tabla 38, Tabla 39, Ilustración 2) mostraron que aquellos pacientes del grupo “soledad grave” mostraron significativamente menores niveles porcentuales medios de adherencia al tratamiento (79,63%) en comparación con los pacientes del grupo “soledad moderada” (89,4%) ($p=.019$). No se mostraron diferencias significativas ($p=.964$, Tabla 36) en cuanto a edad ni en cuanto a sexo en relación con la adherencia al tratamiento ($p=.551$, Tabla 34, Tabla 35).

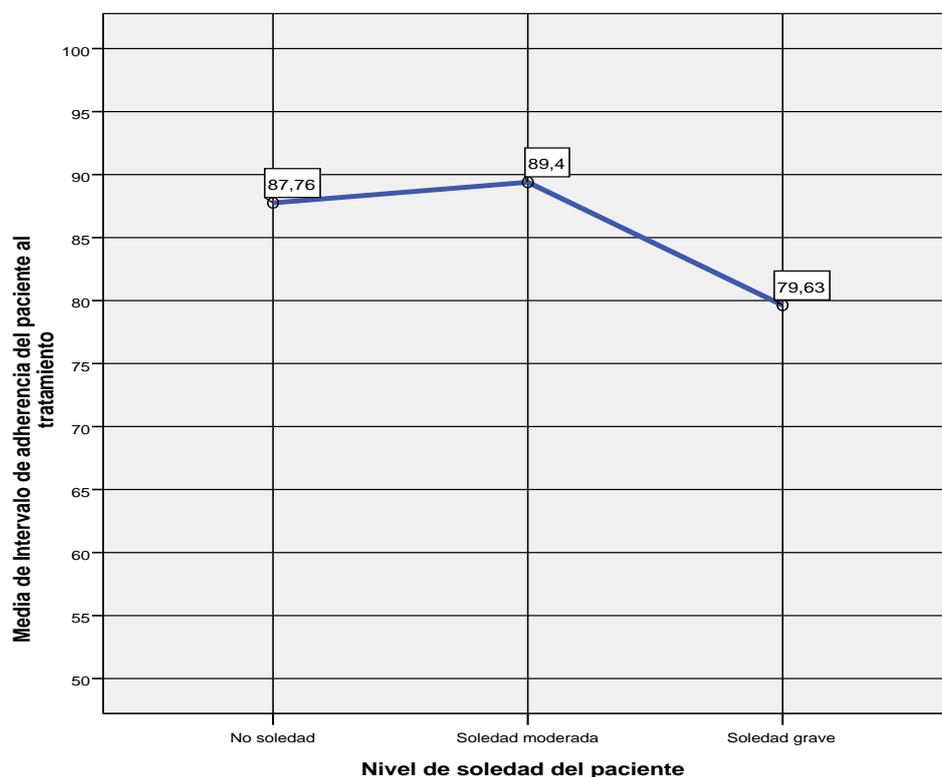


Ilustración 2. Gráfico del nivel de adherencia al tratamiento y soledad no deseada del participante.

También se estudió la relación entre la adherencia y la posible depresión o ansiedad y los análisis ANOVA (Tabla 40, Tabla 41, Tabla 42, Tabla 43) mostraron que no se observan diferencias significativas entre pacientes respecto a su adherencia al tratamiento en función de si se les había considerado o no como susceptibles de ser posteriormente evaluados por posible

ansiedad ($p=.783$) o depresión ($p=.505$). En definitiva, los análisis anteriores parecen mostrar que la adherencia al tratamiento no parece estar relacionada ni con la posible ansiedad ni con la posible depresión.

Finalmente, relacionamos los datos de adherencia al tratamiento con el número de urgencias y hospitalizaciones del paciente y los resultados de la correlación observados indican (Tabla 44):

1. Una correlación significativa y **negativa** entre la adherencia del paciente y el número de veces en que el paciente ha acudido a urgencias. Es decir, que peores niveles de adherencia al tratamiento se correspondían con mayor número de veces que el paciente acudió a urgencias (**$p=.021$**).
2. Una correlación positiva y significativa entre el número de veces en que el paciente ha acudido a urgencias y el número de veces que el paciente fue ingresado (este es un resultado aparentemente lógico) (**$p=.000$**).
3. No se apreció relación entre el número de veces que el paciente fue ingresado y la adherencia al tratamiento.

Una prueba ANOVA realizada indicó que no había diferencias significativas en edad entre aquellos pacientes que se estimó que eran susceptibles de un seguimiento posterior por posible depresión ($p=.601$, Tabla 19, Tabla 20). Tampoco hubo diferencias con el número de veces que el paciente ha requerido atención hospitalaria (Tabla 24, Tabla 25, $p=.961$), aunque sí las hubo en cuanto a sexo (Tabla 21, Tabla 22, Tabla 23). Había más mujeres que hombres susceptibles de ser posteriormente evaluados (**$p=.001$**).

Una prueba ANOVA realizada indicó que no había diferencias significativas en edad entre aquellos pacientes que se estimó que eran susceptibles de un seguimiento posterior por posible ansiedad (Tabla 26, Tabla 27, $p=.757$). Tampoco hubo diferencias con el número de veces que el paciente ha requerido atención hospitalaria (Tabla 31, Tabla 32, $p=.882$), aunque sí las hubo en cuanto a sexo (Tabla 28, Tabla 29, Tabla 30). Había más mujeres que hombres susceptibles de ser posteriormente evaluados (**$p=.000$**).

7. DISCUSIÓN

Un estudio realizado en la ciudad de Madrid en 2017 concluyó que un 10.2% de las personas encuestadas se ha sentido sola siempre, casi siempre o bastantes veces durante el último año (6). La prevalencia en mi investigación es distinta a este estudio de referencia. Esta diferencia puede explicarse por el tipo de población sobre el que se ha hecho el estudio, ya que no hay

literatura médica sobre la soledad no deseada en pluripatológicos crónicos complejos, resultando en mi muestra una soledad moderada en el 62.9% y grave en el 10.3%.

En función del sexo, no se encontraban diferencias significativas en estudios previos (2), patrón que se repite en mi estudio. Además, tampoco se reflejaron diferencias en cuanto a la edad del participante, siendo la media de la muestra de 75 años en ambos sexos.

Un dato conocido y estudiado previamente es la relación positiva entre la soledad no deseada y la afectación a nivel de salud mental (2). Así bien, en las encuestas realizadas, se confirma que las personas susceptibles de padecer depresión o ansiedad son aquellas con los niveles más altos de soledad no deseada, en especial, las mujeres, sin encontrarse variaciones en función de la edad o de la necesidad de atención sanitaria.

A pesar de que la literatura informa de un mayor riesgo de afectación a nivel físico (1) en los pacientes que sienten soledad, en mi estudio no se ha identificado mayor atención sanitaria en aquellos pacientes con mayor soledad. Además, la adherencia global al tratamiento de la muestra ha sido buena (sin diferencias en edad o sexo), un 85% presentaba niveles >75% (cifra estipulada como umbral que refleja buena adherencia según las guías del SACYL) (10).

Sin embargo, debemos tener en cuenta que se han visto niveles más bajos de adherencia en aquellos pacientes con mayor nivel de soledad, y esto se correlaciona con peores resultados clínicos, observándose un mayor número de veces que el paciente acude a urgencias, por lo que se deben realizar más estudios que clarifiquen las causas de los datos.

8. CONCLUSIONES

Los cambios en la sociedad, tanto socioculturales como económicos, han generado un incremento en la soledad no deseada en nuestros mayores, convirtiéndola en un **problema de salud pública con efectos negativos en la salud física y mental** de los individuos e incidencia creciente. La soledad no deseada no se ve afectada por el sexo y el tipo de soledad más frecuente en ambos sexos es la soledad moderada.

Es necesario conocerla, detectarla y realizar **actuaciones comunitarias que promuevan la creación de vínculos** interpersonales para: aliviar el sufrimiento, evitar las múltiples consecuencias sociales, funcionales y de salud que conlleva, mejorando la calidad de vida de las personas. Además, disminuyen el uso de los recursos sanitarios y mejoran los indicadores de salud.

Aquellos **pacientes susceptibles de una evaluación posterior por posible depresión o ansiedad muestran mayores niveles de soledad no deseada**, y en ambos grupos las mujeres eran más susceptibles de ser candidatas a una evaluación posterior.

Los pacientes que referían “soledad grave” mostraron significativamente **menores niveles porcentuales medios de adherencia al tratamiento** (79,63%) en comparación con los pacientes del grupo “soledad moderada” (89,4%) y un mayor número de consultas a los servicios de urgencias.

Se debería abordar desde la **Atención Primaria para poder fortalecer la implementación del modelo biopsicosocial**, la perspectiva de salutogénesis, la intervención comunitaria y no la biologización de lo social, es decir, la medicalización de la soledad (7). Por ello, aquellos pacientes con soledad grave o muy grave deberían ser derivados al CEAS (Centros de Acción Social) tras consentimiento previo del paciente para realizar una intervención social.

9. APLICABILIDAD

Este estudio da pie a la realización de nuevas investigaciones en las que se estudien más minuciosamente las variables. Puede servir de estudio piloto para identificar necesidades orientadas a desarrollar actuaciones y estrategias de atención sociosanitaria que ayuden a estos pacientes.

A partir de esta investigación, se ha podido conocer la situación actual de los pacientes con pluripatología compleja. En este sentido, desde hace unos años se ha iniciado un programa multidisciplinar de atención a la soledad no deseada para hacer un abordaje integral de las necesidades de las personas y poder prevenir las consecuencias negativas sobre la salud física, mental y social de quienes la padecen. En Castilla y León, se han puesto recientemente en marcha recursos sociales desde la Gerencia de Servicios Sociales que pueden dar respuesta a este problema a través de una detección precoz y una actuación temprana, en coordinación con el sistema sanitario, ayuntamientos, diputaciones y entidades del tercer sector.

10. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Las limitaciones de este estudio se basan en:

- El tamaño de la muestra con la que se realizó el estudio puede ser pequeña para extrapolar con certeza las conclusiones a la población general.
- La muestra elegida ha sido una población muy definida con determinadas características que pueden generar sesgo de selección.

- Se han podido obtener posibles sesgos de respuesta debido a la subjetividad de ciertos cuestionarios o a la sensibilidad de estos.
- Gran variabilidad de estado de salud y funcionalidad dentro de los pacientes pluripatológicos complejos.
- El tiempo para su realización puede ocasionar pérdida de información.

11. ASPECTOS ÉTICOS, FINANCIACIÓN Y CONFLICTOS DE INTERÉS

Se solicitó, previo al acceso a la información clínica y a la realización de cuestionarios, por un lado la aceptación del estudio por parte del Comité de Ética (código PI-24-86, Figure 4) y por otro, el consentimiento informado del paciente, detallando el estudio, los objetivos y los fines y garantizando la confidencialidad con la que se llevará a cabo (Figure 3).

La información recogida se utilizará sola y exclusivamente para los fines del trabajo y en ningún caso se difundirá información relativa a los pacientes sin su autorización.

Este trabajo no ha precisado financiación ni está sujeto a conflictos de interés.

12. BIBLIOGRAFÍA

1. Delgado Losada ML, Alonso Gonzalez D. ESTUDIO SOBRE LA ATENCIÓN A LA SOLEDAD NO DESEADA DE LAS PERSONAS MAYORES. Universidad Complutense de Madrid; 2019.
2. Arnosó A. PERSONAS EN RIESGO O EN EXCLUSIÓN SOCIAL Y SOLEDAD NO DESEADA. Facultad de Psicología (UPV/EHU); 2019.
3. del Olmo Romero S, Correa Rodríguez M. Social Health and Its Influence on Metabolic Health Among a Rural Population: A Cross-Sectional Study. Clinical Nursing Research. febrero de 2024;
4. Rodríguez Martín M. La soledad en el anciano. Gerokomos. 2009;Hospital Germans Trias i Pujol.
5. Coll-Planas L. Guía de intervención grupal en atención primaria para aliviar la soledad de las personas mayores promoviendo la participación social. junio de 2014;Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya.
6. Subdirección General de Prevención y Promoción, de la Salud. Proyecto estratégico para la prevención de la soledad no deseada. Madrid Salud; 2021.
7. Coll-Planas L. ¿Qué se está haciendo ya desde los equipos de atención primaria contra la soledad? 2017;
8. madridvecina.org. GUÍA MADRID VECINA: Cómo detectar y prevenir la soledad de las personas mayores. 2020.
9. Junta de Castilla y León, Servicios sociales de Castilla y León. GUÍA DE ACTUACIÓN ANTE SITUACIONES DE SOLEDAD NO DESEADA O AISLAMIENTO SOCIAL. 2024 abr.
10. García Ortiz A. Baja adherencia al tratamiento... peores resultados clínicos. [Internet]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/portalmedicamento/es/boletines/boletin-mensual/novedades-portal/baja-adherencia-tratamiento-peores-resultados-clinicos>

13. ANEXOS

Figure 1. Escala de Jong Gierveld.....	21
Figure 2. Preguntas facilitadoras para la valoración de ansiedad y preguntas de Whooley.....	22
Figure 3. Documento de consentimiento informado para investigación clínica que no implique muestras biológicas. Centro de Salud Delicias II de Valladolid. (doble click para acceder al documento).	23
Figure 4. Aprobación del Comité de Ética de la investigación con medicamentos de las Áreas de Salud de Valladolid. (doble click para acceder al documento).	24
Ilustración 1. Gráfico de la tabla de contingencia: Sexo del paciente * Nivel de soledad del paciente.	14
Ilustración 2. Gráfico del nivel de adherencia al tratamiento y soledad no deseada del participante.	15
Ilustración 3. Modelo Multidimensional de antecedentes de la soledad. Rokach (1988) (2).....	26
Ilustración 4. Modelo multidimensional de la soledad: De Jong Gierveld (1987) (2).....	26
Ilustración 5. Gráfico de los datos globales de la soledad no deseada.....	28
Tabla 1. Resultados de la Encuesta Europea de Calidad de Vida de 2016	25
Tabla 2. Características de las diferentes escalas para medir la soledad.....	27
Tabla 3. Datos descriptivos de la muestra: sexo y edad.	27
Tabla 4. ANOVA: edad del paciente.....	27
Tabla 5. Datos globales de la soledad no deseada.....	28
Tabla 6. Tabla de contingencia: Sexo del paciente * Nivel de soledad del paciente.	28
Tabla 7. Comparación de medias de nivel de soledad en hombres y mujeres.....	28
Tabla 8. ANOVA: Nivel de soledad del paciente en función del sexo.	29
Tabla 9. Una correlación bivariada de Pearson entre edad y nivel de soledad.	29
Tabla 10. Descriptivos edad agrupada por intervalos de 10 años: Nivel de soledad del paciente.	29
Tabla 11. ANOVA: Nivel de soledad del paciente en función de la edad.....	29
Tabla 12. Nivel de soledad en función de la edad dicotomizando la muestra por el valor de la media de edad (75años).....	29
Tabla 13. ANOVA: Nivel de soledad del paciente en función de la edad.....	29
Tabla 14. Nivel de soledad del paciente en función de si se precisa o no evaluación posterior por posible depresión.....	29
Tabla 15. ANOVA: Nivel de soledad del paciente en función de si se precisa o no evaluación posterior por posible depresión.....	30
Tabla 16. Nivel de soledad del paciente en función de si se precisa o no evaluación posterior por posible ansiedad.....	30
Tabla 17. ANOVA: Nivel de soledad del en función de si se precisa o no evaluación posterior por posible ansiedad.....	30
Tabla 18. Correlación de datos en función de las veces que el paciente ha acudido a urgencias, las veces que ha sido ingresado y las veces que ha requerido atención hospitalaria.....	30
Tabla 19. Datos descriptivos de la edad del paciente y posibilidad de seguimiento posterior por depresión.....	30
Tabla 20. ANOVA: Posibilidad de seguimiento posterior por depresión en función de la edad.	30
Tabla 21. Tabla de contingencia: Sexo del paciente * Si precisa evaluación posterior por posible depresión.....	31
Tabla 22. Datos descriptivos en función de si precisa evaluación posterior por posible depresión en función del sexo.....	31
Tabla 23. ANOVA: Si precisa evaluación posterior por posible depresión en función del sexo	31
Tabla 24. Seguimiento posterior por posible depresión y veces que el paciente ha acudido a urgencias, veces que ha sido ingresado y veces que ha requerido atención hospitalaria.	31
Tabla 25. ANOVA: Seguimiento posterior por posible depresión y veces que el paciente ha acudido a urgencias, veces que ha sido ingresado y veces que ha requerido atención hospitalaria.	32
Tabla 26. Edad del paciente y posibilidad de seguimiento posterior por ansiedad.....	32
Tabla 27. ANOVA: Posibilidad de seguimiento posterior por ansiedad en función de la edad.	32
Tabla 28. Tabla de contingencia: Sexo del paciente * Si precisa evaluación posterior por posible ansiedad. 32	
Tabla 29. Si precisa evaluación posterior por posible ansiedad en función del sexo.	32
Tabla 30. ANOVA: Si precisa evaluación posterior por posible ansiedad en función del sexo del paciente.....	33

Tabla 31. Datos descriptivos: seguimiento posterior por posible ansiedad y veces que el paciente ha acudido a urgencias, veces que ha sido ingresado y veces que ha requerido atención hospitalaria.	33
Tabla 32. ANOVA: seguimiento posterior por posible ansiedad y veces que el paciente ha acudido a urgencias, veces que ha sido ingresado y veces que ha requerido atención hospitalaria.	33
Tabla 33. Nivel de adherencia al tratamiento.	33
Tabla 34. Nivel de adherencia al tratamiento y sexo del participante.	33
Tabla 35. ANOVA: nivel de adherencia al tratamiento y sexo del participante.	34
Tabla 36. Correlación de Pearson. Nivel de adherencia al tratamiento y edad del participante.	34
Tabla 37. Nivel de adherencia al tratamiento y soledad no deseada del participante.	34
Tabla 38. ANOVA: Nivel de adherencia al tratamiento y soledad no deseada del participante.	34
Tabla 39. Comparaciones múltiples. DMS.	34
Tabla 40. Adherencia del paciente al tratamiento en función de si estimó que era recomendable posterior evaluación por ansiedad.	34
Tabla 41. ANOVA: Adherencia del paciente al tratamiento en función de si estimó que era recomendable posterior evaluación por ansiedad.	34
Tabla 42. Adherencia del paciente al tratamiento en función de si estimó que era recomendable posterior evaluación por depresión.	35
Tabla 43. ANOVA: Intervalo de adherencia del paciente al tratamiento en función de si estimó que era recomendable posterior evaluación por depresión.	35
Tabla 44. Correlaciones Bivariadas de Pearson en función de las veces que el paciente ha acudido a urgencias, las veces que ha sido ingresado y las veces que ha requerido atención hospitalaria).	35



ESCALA DE JOHN GIERVELD				
*Marca poniendo un 1 solo una respuesta para cada enunciado atendiendo a la situación en la que la persona se siente en el momento actual y suma la puntuación total de los 11 ítems				
	Si	A veces Mas o menos	No	
1. Siempre hay alguien con quien puede hablar de sus problemas diarios				
2. Echa de menos tener un buen amigo de verdad				
3. Siente una sensación de vacío a su alrededor				
4. Hay suficientes personas a las que puede recurrir en caso de necesidad				
5. Echa de menos la compañía de otras personas				
6. Piensa que su círculo de amistades (amigos y conocidos) es demasiado limitado				
7. Tiene mucha gente en la que confiar plenamente				
8. Hay suficientes personas con las que tiene una amistad muy estrecha				
9. Echa de menos tener gente a su alrededor				
10. Se siente abandonado / rechazado a menudo				
11. Puede contar con sus amigos siempre que lo necesita				
SOLEDAD EMOCIONAL		0		
<i>Quando se echa de menos una relación íntima</i>		NO SOLEDAD	SOLEDAD MODERADA	SOLEDAD SEVERA
SOLEDAD SOCIAL		0		
<i>Quando se echa de menos una red social más amplia</i>		NO SOLEDAD	SOLEDAD MODERADA	SOLEDAD SEVERA
SOLEDAD		0		
		NO SOLEDAD	SOLEDAD MODERADA	SOLEDAD SEVERA
<input type="checkbox"/> Situación de no soledad (puntuación inferior a 2) el desarrollo de la vida diaria de la persona y el cumplimiento de sus objetivos significativos no se ven afectados en su desarrollo.				
<input type="checkbox"/> Situación de soledad moderada que genera malestar en la persona, sin que la situación afecte significativamente a su vida diaria. (puntuación superior a 3 e inferior a 8)				
<input type="checkbox"/> Situación de soledad grave que afecta al desarrollo de la vida diaria de la persona y el cumplimiento de sus objetivos significativos. (puntuaciones 9 y 10 en la escala)				
<input type="checkbox"/> Situación de soledad muy grave , en la que la persona puede incurrir en riesgos graves o peligros para su salud, este nivel de intensidad conlleva derivación y atención desde otros servicios especializados. (puntuaciones superiores a 11)				

Figure 1. Escala de Jong Gierveld.

Frecuencia en la que la población se siente sola. Países Europeos.

0 % 2 % 4 % 6 % 8 % 10 % 12 %

Fuente: Encuesta Europea de Calidad de Vida, 2016

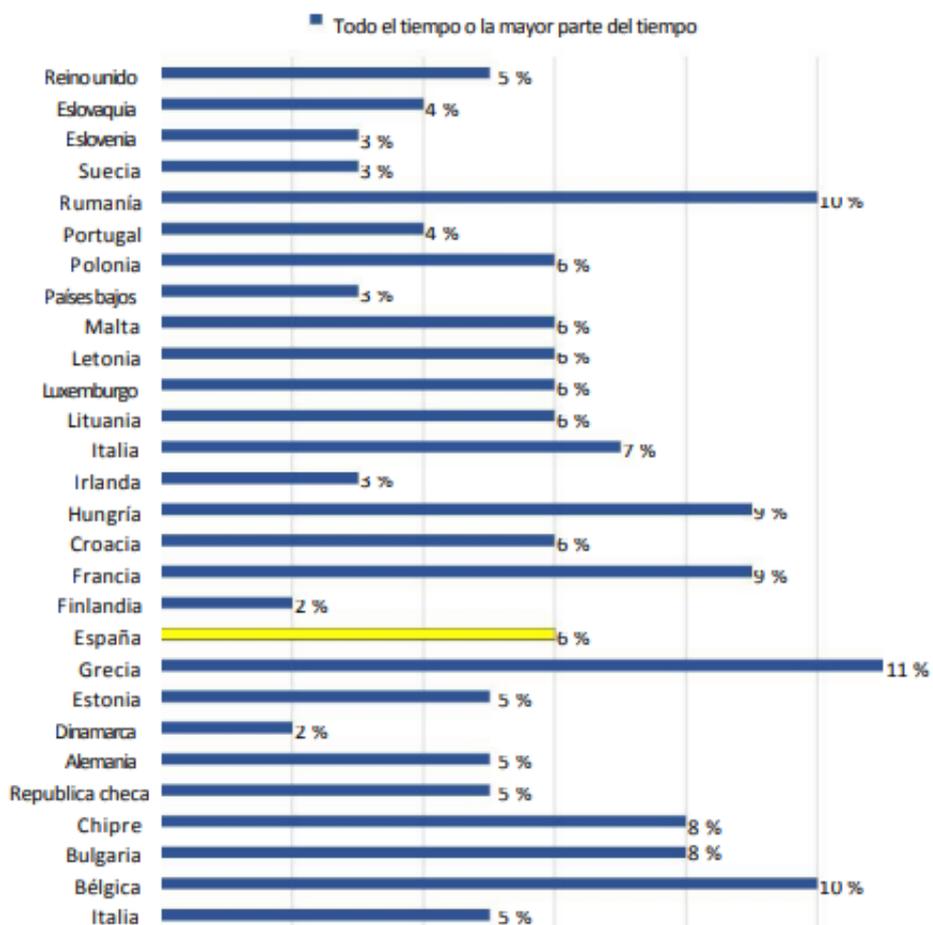


Tabla 1. Resultados de la Encuesta Europea de Calidad de Vida de 2016

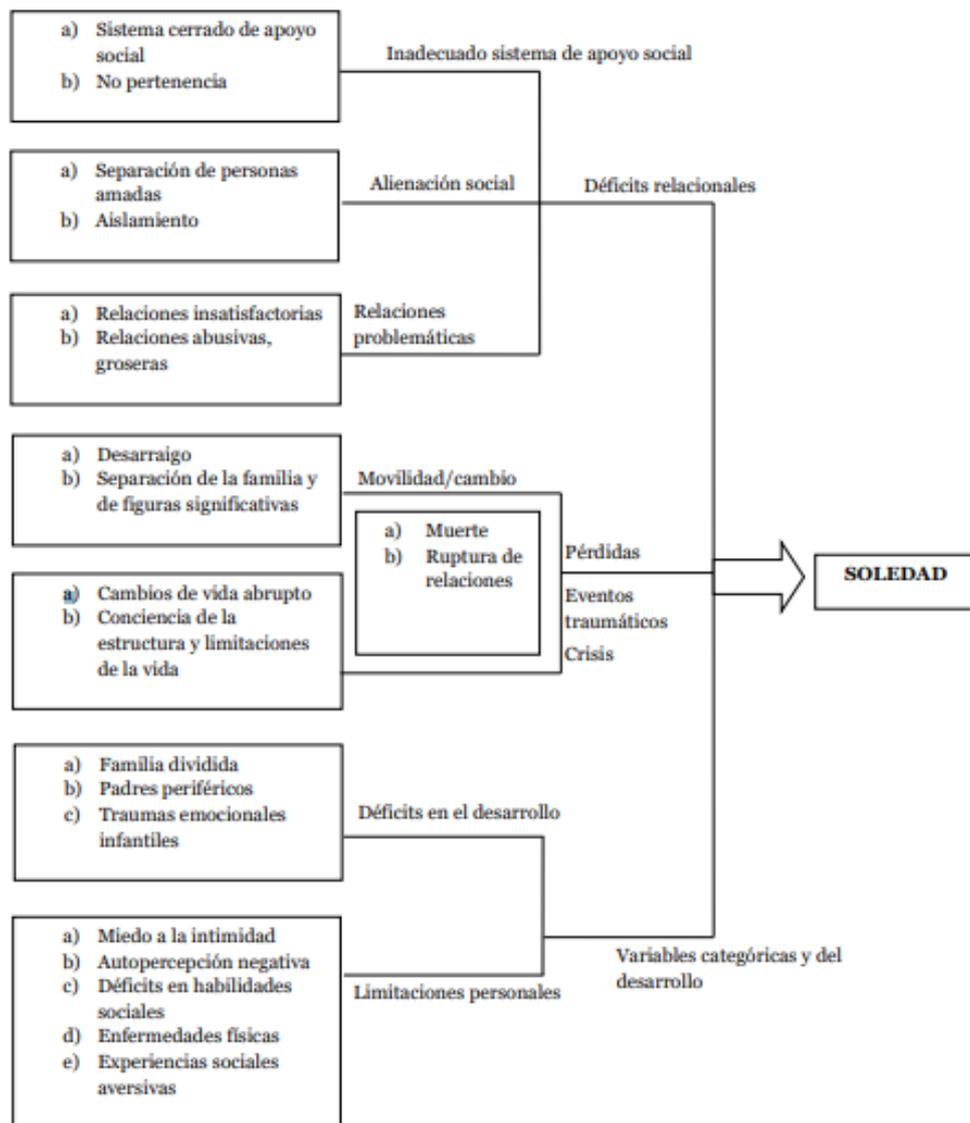


Ilustración 3. Modelo Multidimensional de antecedentes de la soledad. Rokach (1988) (2)

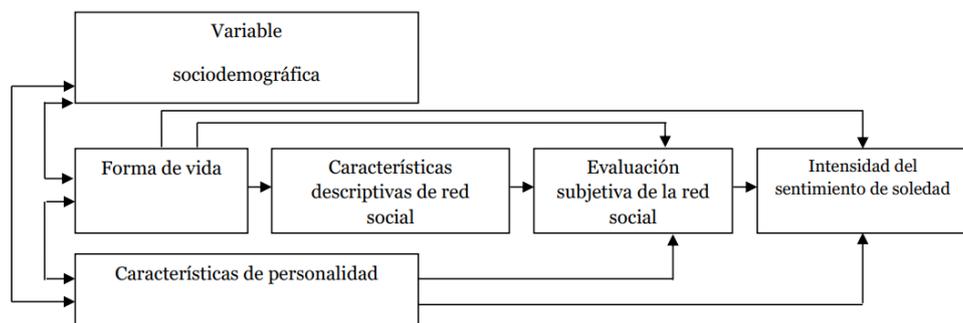


Ilustración 4. Modelo multidimensional de la soledad: De Jong Gierveld (1987) (2)

	Instrumento de medida de 'The Campaign to End Loneliness' (2014)	Escala de la Soledad de De Jong Gierveld (1980)	Escala de la Soledad UCLA (Versión original, 1970; Escala reducida, 2004)	'Escala' de un solo ítem (1948)
Resumen	<p>Longitud: 3 preguntas</p> <p>Lenguaje: Lenguaje positivo</p> <p>Creado para: Proveedores de servicios</p> <p>No menciona la soledad</p> <p>Adecuada en caso de: querer una herramienta breve y de simple redacción, fácil de usar</p>	<p>Longitud: 6 preguntas</p> <p>Lenguaje: Combina lenguaje positivo y negativo</p> <p>Creado para: Investigadores</p> <p>No menciona la soledad</p> <p>Adecuada en caso de: querer una herramienta académicamente rigurosa que distingue entre diferentes causas de la soledad</p>	<p>Longitud: 3 preguntas</p> <p>Lenguaje: Lenguaje negativo</p> <p>Creado para: Proveedores de servicios</p> <p>No menciona la soledad</p> <p>Adecuada en caso de: querer una herramienta breve y académicamente rigurosa, con un método de puntuación simple</p>	<p>Longitud: 1 pregunta</p> <p>Lenguaje: Lenguaje negativo</p> <p>Creado para: Investigadores</p> <p>Sí menciona la soledad</p> <p>Adecuada en caso de: querer alcanzar el corazón de la cuestión con solo una pregunta</p>
Fortalezas	<ul style="list-style-type: none"> • Lenguaje positivo sobre un tema difícil: poco intrusivo y poco probable que genere angustia • Práctico • Co-diseñado • Breve y fácil de puntuar • Validado 	<ul style="list-style-type: none"> • Diferentes tipos de soledad: emocional y social • Diseñada para personas mayores y validada con muestras extensas de personas +18 • Ampliamente utilizada y probada • Evita respuestas automáticas 	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliamente utilizada: La escala original ha sido citada más de 1,500 veces • Se puede utilizar de varias formas: cuestionario autocomplimentado o mediante entrevista telefónica • Permite comparabilidad con estudios nacionales 	<ul style="list-style-type: none"> • Breve y permite empezar una conversación más profunda • Apropia para personas mayores • Se utiliza frecuentemente en investigaciones • Desafía el estigma
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> • El más reciente • Solo utiliza lenguaje positivo • No es una herramienta de cribado 	<ul style="list-style-type: none"> • Longitud: puede dificultar su inserción en el monitoreo y la evaluación existente al ser diseñado inicialmente para investigadores/as y su uso con población más amplia • Dificultad para hacer preguntas de manera negativa sobre un tema sensible. 	<ul style="list-style-type: none"> • Originalmente elaborada con estudiantes de EE.UU • Sólo utiliza lenguaje negativo • Fácil distorsión de los resultados • Dificultad para hacer preguntas de manera negativa sobre un tema sensible. 	<ul style="list-style-type: none"> • Puede no ser fiable • ¿Ignora el estigma? • Puede resultar demasiado abierto o puede hacer que sea más difícil captar gradaciones más pequeñas de cambio en la soledad • Limitaciones al agregar un periodo de tiempo

Tabla 2. Características de las diferentes escalas para medir la soledad

	N	Media de edad	Desviación típica	Mínimo	Máximo
hombres	49	75,27	10,756	37	94
Mujeres	48	75,02	10,503	37	90
Total	97	75,14	10,577	37	94

Tabla 3. Datos descriptivos de la muestra: sexo y edad.

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	1,449	1	1,449	,013	,910
Intra-grupos	10738,530	95	113,037		
Total	10739,979	96			

Tabla 4. ANOVA: edad del paciente

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No soledad	25	25,8	25,8
	Soledad moderada	61	62,9	88,7
	Soledad grave	10	10,3	99,0
	Soledad muy grave	1	1,0	100,0
Total		97	100,0	

Tabla 5. Datos globales de la soledad no deseada.

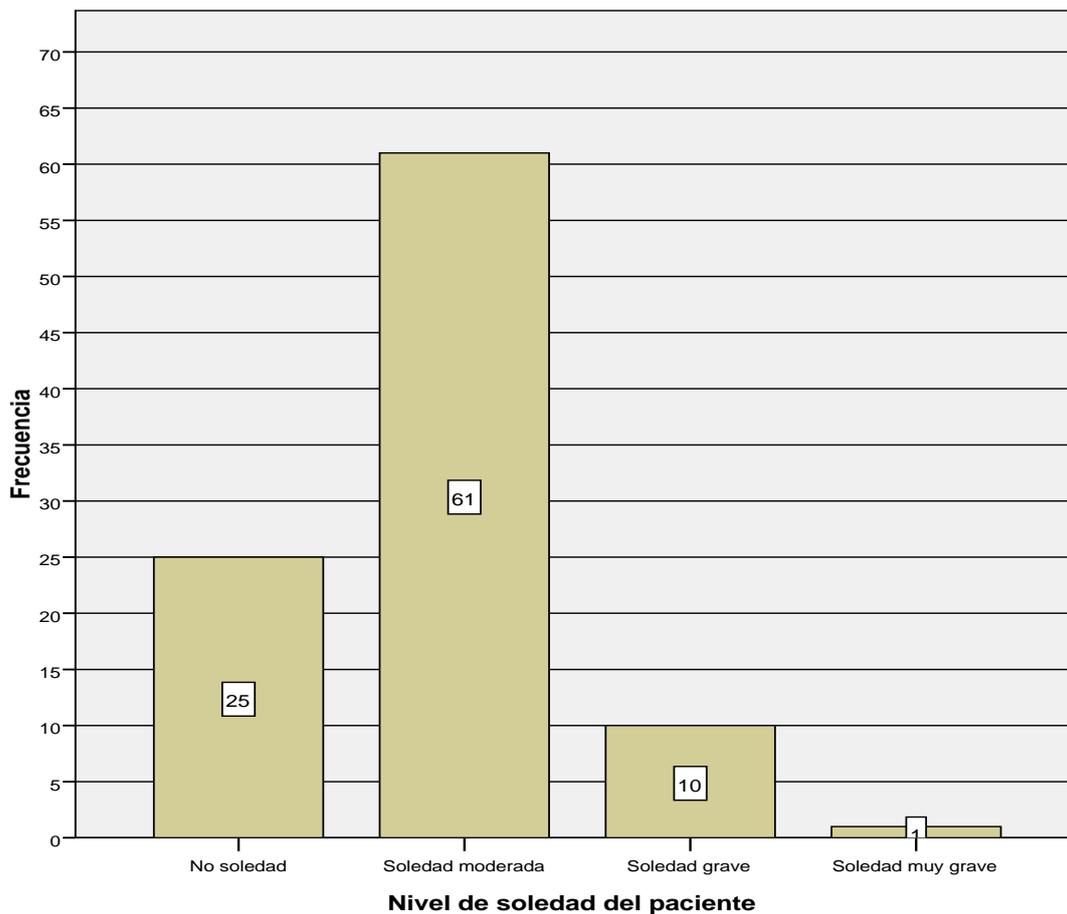


Ilustración 5. Gráfico de los datos globales de la soledad no deseada.

			Nivel de soledad del paciente				Total
			No soledad	Soledad moderada	Soledad grave	Soledad muy grave	
Sexo del paciente	Hombre	Recuento	16	30	2	1	49
		% de Sexo del paciente	32,7%	61,2%	4,1%	2,0%	100,0%
	Mujer	Recuento	9	31	8	0	48
		% de Sexo del paciente	18,8%	64,6%	16,7%	,0%	100,0%
Total		Recuento	25	61	10	1	97
		% de Sexo del paciente	25,8%	62,9%	10,3%	1,0%	100,0%

Tabla 6. Tabla de contingencia: Sexo del paciente * Nivel de soledad del paciente.

	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Hombre	49	,76	,630	0	3
Mujer	48	,98	,601	0	2
Total	97	,87	,623	0	3

Tabla 7. Comparación de medias de nivel de soledad en hombres y mujeres.

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	1,217	1	1,217	3,209	,076
Intra-grupos	36,040	95	,379		
Total	37,258	96			

Tabla 8. ANOVA: Nivel de soledad del paciente en función del sexo.

		Nivel de soledad del paciente
Edad del paciente	Correlación de Pearson	,095
	Sig. (bilateral)	,356
	N	97

Tabla 9. Una correlación bivariada de Pearson entre edad y nivel de soledad.

	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
de 30 a 40	2	,50	,707	0	1
de 50 a 60	8	1,00	,756	0	2
de 60 a 70	13	,85	,555	0	2
de 70 a 80	36	,69	,577	0	2
de 80 a 90	34	1,00	,651	0	3
más de 90	4	1,25	,500	1	2
Total	97	,87	,623	0	3

Tabla 10. Descriptivos edad agrupada por intervalos de 10 años: Nivel de soledad del paciente.

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	2,677	5	,535	1,409	,229
Intra-grupos	34,581	91	,380		
Total	37,258	96			

Tabla 11. ANOVA: Nivel de soledad del paciente en función de la edad.

	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
menores de 75	40	,83	,594	0	2
75 o más edad	57	,89	,646	0	3
Total	97	,87	,623	0	3

Tabla 12. Nivel de soledad en función de la edad dicotomizando la muestra por el valor de la media de edad (75años).

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	,114	1	,114	,292	,590
Intra-grupos	37,143	95	,391		
Total	37,258	96			

Tabla 13. ANOVA: Nivel de soledad del paciente en función de la edad.

	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
No precisa evaluación posterior depresión	53	,66	,553	0	2
Precisa evaluación posterior depresión	44	1,11	,618	0	3
Total	97	,87	,623	0	3

Tabla 14. Nivel de soledad del paciente en función de si se precisa o no evaluación posterior por posible depresión.

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	4,939	1	4,939	14,518	,000
Intra-grupos	32,319	95	,340		
Total	37,258	96			

Tabla 15. ANOVA: Nivel de soledad del paciente en función de si se precisa o no evaluación posterior por posible depresión.

	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
No precisa evaluación posterior ansiedad	55	,73	,525	0	2
Precisa evaluación posterior ansiedad	42	1,05	,697	0	3
Total	97	,87	,623	0	3

Tabla 16. Nivel de soledad del paciente en función de si se precisa o no evaluación posterior por posible ansiedad.

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	2,444	1	2,444	6,669	,011
Intra-grupos	34,814	95	,366		
Total	37,258	96			

Tabla 17. ANOVA: Nivel de soledad del en función de si se precisa o no evaluación posterior por posible ansiedad.

		Nivel de soledad del paciente
Veces en que el paciente ha acudido a urgencias	Correlación de Pearson	,111
	Sig. (bilateral)	,278
	N	97
Veces que el paciente ha sido ingresado	Correlación de Pearson	-,072
	Sig. (bilateral)	,485
	N	97
Veces que el paciente ha requerido atención hospitalaria	Correlación de Pearson	,064
	Sig. (bilateral)	,533
	N	97

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 18. Correlación de datos en función de las veces que el paciente ha acudido a urgencias, las veces que ha sido ingresado y las veces que ha requerido atención hospitalaria.

	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
No precisa evaluación posterior depresión	53	75,66	9,948	37	94
Precisa evaluación posterior depresión	44	74,52	11,374	37	93
Total	97	75,14	10,577	37	94

Tabla 19. Datos descriptivos de la edad del paciente y posibilidad de seguimiento posterior por depresión.

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	31,115	1	31,115	,276	,601
Intra-grupos	10708,864	95	112,725		
Total	10739,979	96			

Tabla 20. ANOVA: Posibilidad de seguimiento posterior por depresión en función de la edad.

			Si precisa evaluación posterior por posible depresión		Total
			No precisa evaluación posterior depresión	Precisa evaluación posterior depresión	
Sexo del paciente	Hombre	Recuento	35	14	49
		Frecuencia esperada	26,8	22,2	49,0
		% de Sexo del paciente	71,4%	28,6%	100,0%
	Mujer	Recuento	18	30	48
		Frecuencia esperada	26,2	21,8	48,0
		% de Sexo del paciente	37,5%	62,5%	100,0%
Total		Recuento	53	44	97
		Frecuencia esperada	53,0	44,0	97,0
		% de Sexo del paciente	54,6%	45,4%	100,0%

Tabla 21. Tabla de contingencia: Sexo del paciente * Si precisa evaluación posterior por posible depresión.

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Mínimo	Máximo
Hombre	49	,29	,456	,065	0	1
Mujer	48	,63	,489	,071	0	1
Total	97	,45	,500	,051	0	1

Tabla 22. Datos descriptivos en función de si precisa evaluación posterior por posible depresión en función del sexo.

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	2,791	1	2,791	12,478	,001
Intra-grupos	21,250	95	,224		
Total	24,041	96			

Tabla 23. ANOVA: Si precisa evaluación posterior por posible depresión en función del sexo

		N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Número de veces en que el paciente ha acudido a urgencias	No precisa evaluación posterior depresión	53	3,43	4,814	0	29
	Precisa evaluación posterior depresión	44	3,73	4,642	0	27
	Total	97	3,57	4,715	0	29
Número de veces que el paciente ha sido ingresado	No precisa evaluación posterior depresión	53	1,94	2,476	0	9
	Precisa evaluación posterior depresión	44	1,59	1,386	0	5
	Total	97	1,78	2,053	0	9
Número de veces que el paciente ha requerido atención hospitalaria	No precisa evaluación posterior depresión	53	5,38	6,276	0	35
	Precisa evaluación posterior depresión	44	5,32	5,446	0	32
	Total	97	5,35	5,884	0	35

Tabla 24. Seguimiento posterior por posible depresión y veces que el paciente ha acudido a urgencias, veces que ha sido ingresado y veces que ha requerido atención hospitalaria.

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Número de veces en que el paciente ha acudido a urgencias	Inter-grupos	2,068	1	2,068	,092	,762
	Intra-grupos	2131,746	95	22,439		
	Total	2133,814	96			
Número de veces que el paciente ha sido ingresado	Inter-grupos	2,987	1	2,987	,707	,403
	Intra-grupos	401,467	95	4,226		
	Total	404,454	96			
Número de veces que el paciente ha requerido atención hospitalaria	Inter-grupos	,084	1	,084	,002	,961
	Intra-grupos	3323,998	95	34,989		
	Total	3324,082	96			

Tabla 25. ANOVA: Seguimiento posterior por posible depresión y veces que el paciente ha acudido a urgencias, veces que ha sido ingresado y veces que ha requerido atención hospitalaria.

	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
No precisa evaluación posterior ansiedad	55	75,44	10,252	37	94
Precisa evaluación posterior ansiedad	42	74,76	11,102	37	93
Total	97	75,14	10,577	37	94

Tabla 26. Edad del paciente y posibilidad de seguimiento posterior por ansiedad.

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	10,833	1	10,833	,096	,757
Intra-grupos	10729,146	95	112,938		
Total	10739,979	96			

Tabla 27. ANOVA: Posibilidad de seguimiento posterior por ansiedad en función de la edad.

			Si precisa evaluación posterior por posible ansiedad		Total
			No precisa evaluación posterior ansiedad	Precisa evaluación posterior ansiedad	
Sexo del paciente	Hombre	Recuento	38	11	49
		Frecuencia esperada	27,8	21,2	49,0
		% de Sexo del paciente	77,6%	22,4%	100,0%
	Mujer	Recuento	17	31	48
		Frecuencia esperada	27,2	20,8	48,0
		% de Sexo del paciente	35,4%	64,6%	100,0%
Total		Recuento	55	42	97
		Frecuencia esperada	55,0	42,0	97,0
		% de Sexo del paciente	56,7%	43,3%	100,0%

Tabla 28. Tabla de contingencia: Sexo del paciente * Si precisa evaluación posterior por posible ansiedad.

	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Hombre	49	,22	,422	0	1
Mujer	48	,65	,483	0	1
Total	97	,43	,498	0	1

Tabla 29. Si precisa evaluación posterior por posible ansiedad en función del sexo.

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	4,305	1	4,305	20,961	,000
Intra-grupos	19,510	95	,205		
Total	23,814	96			

Tabla 30. ANOVA: Si precisa evaluación posterior por posible ansiedad en función del sexo del paciente.

		N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Número de veces en que el paciente ha acudido a urgencias	No precisa evaluación posterior ansiedad	55	3,29	4,783	0	29
	Precisa evaluación posterior ansiedad	42	3,93	4,656	0	27
	Total	97	3,57	4,715	0	29
Número de veces que el paciente ha sido ingresado	No precisa evaluación posterior ansiedad	55	1,98	2,430	0	9
	Precisa evaluación posterior ansiedad	42	1,52	1,401	0	5
	Total	97	1,78	2,053	0	9
Número de veces que el paciente ha requerido atención hospitalaria	No precisa evaluación posterior ansiedad	55	5,27	6,226	0	35
	Precisa evaluación posterior ansiedad	42	5,45	5,478	0	32
	Total	97	5,35	5,884	0	35

Tabla 31. Datos descriptivos: seguimiento posterior por posible ansiedad y veces que el paciente ha acudido a urgencias, veces que ha sido ingresado y veces que ha requerido atención hospitalaria.

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Número de veces en que el paciente ha acudido a urgencias	Inter-grupos	9,683	1	9,683	,433	,512
	Intra-grupos	2124,131	95	22,359		
	Total	2133,814	96			
Número de veces que el paciente ha sido ingresado	Inter-grupos	4,996	1	4,996	1,188	,278
	Intra-grupos	399,458	95	4,205		
	Total	404,454	96			
Número de veces que el paciente ha requerido atención hospitalaria	Inter-grupos	,769	1	,769	,022	,882
	Intra-grupos	3323,314	95	34,982		
	Total	3324,082	96			

Tabla 32. ANOVA: seguimiento posterior por posible ansiedad y veces que el paciente ha acudido a urgencias, veces que ha sido ingresado y veces que ha requerido atención hospitalaria.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Baja Ad	2	2,1	2,1	2,1
	Moderada Ad	10	10,3	10,3	12,4
	Buena Ad	85	87,6	87,6	100,0
	Total	97	100,0	100,0	

Tabla 33. Nivel de adherencia al tratamiento.

	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Hombre	49	88,70	13,479	27	100
Mujer	48	87,22	10,672	48	100
Total	97	87,97	12,131	27	100

Tabla 34. Nivel de adherencia al tratamiento y sexo del participante.

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	53,055	1	53,055	,358	,551
Intra-grupos	14073,903	95	148,146		
Total	14126,958	96			

Tabla 35. ANOVA: nivel de adherencia al tratamiento y sexo del participante.

		Edad del paciente
Intervalo de adherencia del paciente al tratamiento	Correlación de Pearson	-,005
	Sig. (bilateral)	,964
	N	97

Tabla 36. Correlación de Pearson. Nivel de adherencia al tratamiento y edad del participante.

	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
No soledad	25	87,76	12,795	48	100
Soledad moderada	61	89,40	9,886	59	100
Soledad grave	10	79,63	19,754	27	97
Total	96	87,95	12,194	27	100

Tabla 37. Nivel de adherencia al tratamiento y soledad no deseada del participante.

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	820,549	2	410,274	2,868	,062
Intra-grupos	13304,331	93	143,057		
Total	14124,880	95			

Tabla 38. ANOVA: Nivel de adherencia al tratamiento y soledad no deseada del participante.

(I) Nivel de soledad del paciente	(J) Nivel de soledad del paciente	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
No soledad	Soledad moderada	-1,639	2,840	,565
	Soledad grave	8,126	4,475	,073
Soledad moderada	No soledad	1,639	2,840	,565
	Soledad grave	9,765(*)	4,081	,019
Soledad grave	No soledad	-8,126	4,475	,073
	Soledad moderada	-9,765(*)	4,081	,019

* La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.

Tabla 39. Comparaciones múltiples. DMS

	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
No precisa evaluación posterior ansiedad	55	88,25	14,271	27	100
Precisa evaluación posterior ansiedad	41	87,55	8,825	64	100
Total	96	87,95	12,194	27	100

Tabla 40. Adherencia del paciente al tratamiento en función de si estimó que era recomendable posterior evaluación por ansiedad.

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	11,440	1	11,440	,076	,783
Intra-grupos	14113,440	94	150,143		
Total	14124,880	95			

Tabla 41. ANOVA: Adherencia del paciente al tratamiento en función de si estimó que era recomendable posterior evaluación por ansiedad.

	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
No precisa evaluación posterior depresión	53	88,70	13,777	27	100
Precisa evaluación posterior depresión	43	87,02	9,985	48	99
Total	96	87,95	12,194	27	100

Tabla 42. Adherencia del paciente al tratamiento en función de si estimó que era recomendable posterior evaluación por depresión.

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	67,044	1	67,044	,448	,505
Intra-grupos	14057,836	94	149,551		
Total	14124,880	95			

Tabla 43. ANOVA: Intervalo de adherencia del paciente al tratamiento en función de si estimó que era recomendable posterior evaluación por depresión.

		Número de veces en que el paciente ha acudido a urgencias	Número de veces que el paciente ha sido ingresado
Intervalo de adherencia del paciente al tratamiento	Correlación de Pearson	-,235(*)	-,078
	Sig. (bilateral) N	,021 96	,451 96
Número de veces en que el paciente ha acudido a urgencias	Correlación de Pearson		,424(**)
	Sig. (bilateral) N		,000 96

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 44. Correlaciones Bivariadas de Pearson en función de las veces que el paciente ha acudido a urgencias, las veces que ha sido ingresado y las veces que ha requerido atención hospitalaria).



INTRODUCCIÓN



La soledad no deseada es un problema sociosanitario creciente que refleja la insatisfacción del individuo en las relaciones emocionales, tanto cuantitativamente como cualitativamente, que se desencadena por múltiples causas, variables y antecedentes personales.

Estudios previos no demuestran diferencias en cuanto a género, aunque sí en cuanto a edad, con mayor prevalencia en la vejez, y en cuanto a factores socioeconómicos, siendo factores de riesgo la pobreza o la falta de educación. La soledad afecta de manera global:

- **Nivel físico:** puede asociarse a trastornos de alimentación, cefalea, problemas digestivos y cardiovasculares, alteración del sueño, declive de las funciones cognitivas y un descenso de la movilidad. El riesgo de **mortalidad prematura** aumenta un 26%.
- **Nivel psicológico:** se asocia de forma independiente con síntomas depresivos, baja satisfacción vital y un mayor riesgo de suicidio en las personas de entre 65-97 años. La soledad explica un 84% de los trastornos mentales en las personas que viven solas.
- **Nivel social:** provoca empeoramiento de los hábitos de vida, sedentarismo, o consumo de alcohol o tabaco. Además, aumenta las hospitalizaciones, las caídas, las institucionalizaciones y la atención domiciliaria, aumentando todo ello el coste de la atención médica.

OBJETIVO



Evaluar y analizar la influencia de la soledad no deseada en el control de ciertos factores clínicos mediante un estudio de la población pluripatológica compleja del Centro de Salud Delicias II en la ciudad de Valladolid, España.

1. Un 62.9% de la muestra mostró una soledad moderada, un 10.3% una soledad grave y un único paciente (1%) un nivel muy grave, sin diferencias en cuanto a sexo en ninguno de los grupos.

MATERIAL Y METODOS

Estudio **descriptivo observacional transversal** en una muestra de pacientes con pluripatología crónica compleja.

Se obtuvieron los datos de la encuesta de De Jong Gierveld, de un cuestionario rápido existente en la historia clínica electrónica y las preguntas de Whooley.

Se han consultado en la historia clínica la adherencia al tratamiento y la atención sanitaria recibida en los 5 últimos años.

Posteriormente, se realizó un análisis estadístico con determinación de frecuencias y comparación de medias y varianzas mediante SPSS.

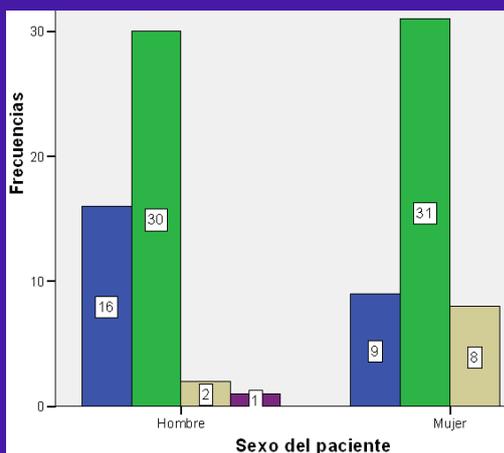


RESULTADOS

2. Una prueba ANOVA de un factor indicó que aquellos pacientes susceptibles de evaluación posterior por posible depresión y/o ansiedad, mostraban mayores niveles de soledad no deseada ($p < .000$, $p = .011$), sobre todo en pacientes mujeres.

3. Aquellos pacientes del grupo "soledad grave" mostraron significativamente menores niveles porcentuales medios de adherencia al tratamiento (79,63%) que los pacientes del grupo "soledad moderada" (89,4%) ($p = .019$).

4. Una correlación biviariada de Pearson indicó que peores niveles de adherencia al tratamiento se correspondían con mayor número de veces que el paciente acudió a urgencias ($p = .021$).



CONCLUSIONES

- Niveles más elevados de soledad se relacionan con una necesidad mayor de ser evaluados por posible ansiedad o depresión y con menores niveles de adherencia al tratamiento. La menor adherencia a su vez, se relaciona con un mayor número de consultas a servicios de urgencias.
- Es necesario conocer la soledad, detectarla y realizar actuaciones comunitarias que promuevan los vínculos interpersonales para: aliviar el sufrimiento y evitar las múltiples consecuencias de salud que conlleva, mejorando la calidad de vida. Además, estas medidas disminuyen el uso de los recursos sanitarios y mejoran los indicadores de salud.
- Se debería abordar desde la Atención Primaria y fortalecer el modelo biopsicosocial, la intervención comunitaria y no la medicalización de la soledad. Por ello, aquellos pacientes con soledad grave deberían ser derivados al CEAS (Centros de Acción Social) para realizar una intervención social.



BIBLIOGRAFÍA

1. Delgado Losada ML, Alonso Gonzalez D. ESTUDIO SOBRE LA ATENCIÓN A LA SOLEDAD NO DESEADA DE LAS PERSONAS MAYORES. Universidad Complutense de Madrid; 2019.
2. Arnoso A. PERSONAS EN RIESGO O EN EXCLUSIÓN SOCIAL Y SOLEDAD NO DESEADA. Facultad de Psicología (UPV/EHU); 2019.
3. del Olmo Romero S, Correa Rodríguez M. Social Health and Its Influence on Metabolic Health Among a Rural Population: A Cross-Sectional Study. Clinical Nursing Research. febrero de 2024;
4. Rodríguez Martín M. La soledad en el anciano. Gerokomos. 2009;Hospital Germans Trias i Pujol.