

**LA SOLEDAD NO DESEADA COMO PROBLEMA SOCIAL:
UNA APROXIMACIÓN A SU COMPRENSIÓN, IMPACTOS Y
POLÍTICAS PARA FRONTARLA**

Gregorio Rodríguez Cabrero

Simón Sosvilla Rivero

ÍNDICE

Resumen Ejecutivo	Pag. 3
I Parte. La soledad no deseada como problema social	Pag. 6
II Parte. Políticas públicas contra la soledad	Pag. 69
Conclusiones	Pag. 88
Referencias	Pag. 92

RESUMEN EJECUTIVO

La soledad ha pasado, en un lapso corto de tiempo, a ser un problema socialmente visible, objeto de análisis multidisciplinar y preocupación para los gestores públicos.

Dada la naturaleza ambivalente del fenómeno una de sus dimensiones es la de la soledad no deseada (SND), es decir, la experiencia negativa y valoración individual de déficit de relaciones sociales de todo tipo, pero con un indudable impacto social. En esta dimensión intervienen tanto la evaluación que hacen las personas de su situación de soledad, como la que realizan la sociedad civil organizada y el sector público de los entornos que favorecen el aislamiento y la soledad o, por el contrario, estimulan la participación e integración social.

En este estudio de aproximación al fenómeno de la SND con el objetivo de construir al debate social y científico se han abordado tres objetivos: definir el ámbito de la SND, sus factores de riesgo y consecuencias; concretar cuáles son los costes económicos de no aplicar políticas y programas contra la SND; y destacar la importancia de las políticas públicas en la prevención y lucha contra la SND.

- La soledad se vive y percibe individualmente, pero su naturaleza es social en la medida en que está condicionada por la estructura social, en concreto por la cantidad y densidad de relaciones sociales de las personas y por la fortaleza o debilidad del capital social relacional que existe en una sociedad. Los entornos sociales no determinan las situaciones de la SND, pero si la condicionan profundamente a través de los modos de trabajo, estilos de vida y concepciones culturales existentes, todo lo cual puede generar barreras a las relaciones sociales y a la participación social en diferentes intensidades. También son importantes las barreras físicas o problemas de accesibilidad a los espacios de la vivienda o espacios públicos. La SND se manifiesta a través de diversos factores de riesgo y se concreta en diferentes grupos de soledad debido a la edad, la etnia, la renta disponible, la educación, el tipo de trabajo, entre otros factores. El diferencial del riesgo se presenta bajo distintas formas e intensidad de las relaciones sociales y, por ende, bajo modos distintos de percibir y valorar la soledad.

- La medida adecuada de la SND requiere utilizar diferentes bases de datos (encuestas de opinión, registros administrativos laborales y sanitarios y estudios cualitativos disponibles), así como las correspondientes técnicas de explotación de resultados para garantizar su representatividad y su fiabilidad. Todos los análisis deben combinar, de acuerdo con la literatura existente, la percepción subjetiva de la soledad con la evidencia objetiva de la frecuencia de las relaciones y la participación social, así como las barreras de accesibilidad existentes.

- La soledad es un problema frecuente y global en las poblaciones de las sociedades avanzadas. Diferentes estudios la han relacionado con múltiples afecciones crónicas: enfermedades del corazón, pulmonares y cardiovasculares, hipertensión, arteriosclerosis, derrames cerebrales y trastornos metabólicos, obesidad, entre otros. La soledad constituye un importante predictor de problemas de salud mental, como la

depresión, el estrés psicológico, ansiedad y el deterioro cognitivo. Además de la mayor propensión a la enfermedad que provoca la soledad, también hay que señalar su impacto en el trabajo y en la productividad, en la propensión al consumo y el ocio, en el coste de los cuidados y de acompañamiento.

- La SND recorre toda la estructura social, pero existen grupos de riesgo que, por sus características sociodemográficas, suelen sufrir la soledad en mayor medida. Las personas mayores son el principal grupo de riesgo dada la creciente longevidad, asociada a cambios en las condiciones de vida y sociabilidad, así como en las estructuras familiares. También son grupos de riesgo las personas con discapacidad (si bien las tasas de soledad no deseada son prácticamente idénticas a las de la población general), las personas sin hogar, en situación de dependencia, la infancia excluida o que vive en hogares pobres, y los jóvenes afectados por las dificultades de la inclusión sociolaboral.

- En relación con la situación de la SND y el aislamiento social hay que destacar en primer lugar que la importancia que para la población española tienen su problemática e impacto social se encuentra en una fase de despegue. Según el “Consenso económico” del primer trimestre de 2020 (PwC España, 2020) el 55% de la población española no es aun plenamente consciente del riesgo de la soledad en la sociedad española. Es decir, la soledad sigue siendo aún un problema individual, si bien la conciencia social del problema está creciendo. En 2018 había en España 4.732.400 personas viviendo solas, de las que el 43,1% tenían 65 o más años y de todo este grupo el 71,9%, son mujeres. En cuanto a los hogares unipersonales de menores de 65 años, el 59,1% estaban formados por hombres y el 40,9% por mujeres. Respecto al estado civil, los hogares unipersonales de hombres más frecuentes estaban formados por solteros (58,0% del total) y los de mujeres por viudas (47,3%). Vivir solo o sola no significa sentirse solo. Así, en el caso de España un 27,5% de los españoles que viven solos afirma no sentir ninguna soledad en absoluto, mientras que un 52,6% de los españoles que viven acompañados afirman haber sentido la soledad en algún momento. Las personas con discapacidad sienten la soledad con mayor intensidad que la población en general. En el caso de las personas que viven en centros residenciales la situación se agrava ya que se estima que más de la mitad de las personas experimenta soledad. La eliminación de barreras físicas y estereotipos (como el edadismo o la discriminación por discapacidad), la participación social activa y, en general, la solidaridad intergeneracional, son instrumentos que deben formar parte de estrategias contra el aislamiento y la evitación de la soledad.

- Existen valoraciones de impacto del coste de la soledad en la producción, la enfermedad y en los cuidados personales. En mucha menor medida sobre costes de oportunidad. Prácticamente todos los análisis aplicados son *ex post*, en relación a una situación dada de SND. No disponemos de análisis *ex ante* que den cuenta del coste de no intervenir frente a las consecuencias de la soledad. El marco analítico incluye dos categorías de impacto de la SND para las cuales existe evidencia empírica robusta y cuantificada adecuadamente para su inclusión en un modelo de los costes financieros de la soledad: los costes para el empleador (costes asociados a la ausencia del trabajo por enfermedad, a la menor productividad y a la menor retención de personal asociado

a la SND; el coste adicional que supone para los empleadores las excedencias por cuidados); y los costes socio-sanitarios (los costes de atención médica, así como los costes de asistencia social por grupos socioeconómicos y categorías de solitarios).

- La Comisión Europea está dando una importancia creciente a la SND y el aislamiento social mediante tres actuaciones: medición de la soledad a través de encuestas europeas, estímulo de la comparación de políticas y experiencias de intervención (*peer-review*) y alentando la aprobación de estrategias por parte de los países miembros.

- En 2018 se han lanzado las primeras estrategias nacionales contra la SND en Reino Unido, Países Bajos y Alemania. Estas estrategias se caracterizan por basarse en la centralidad de las personas afectadas y por fijar sus objetivos en reconstruir las redes relacionales en el nivel micro y crear entornos favorecedores. También establecen una plataforma amplia de actores institucionales y sociales en base a una lógica de acción integral. No existen aún análisis de la efectividad de las políticas implementadas.

- En España, el debate científico sobre la soledad se ha intensificado durante los últimos años como consecuencia de la visibilidad e impacto de la SND. Los programas públicos en marcha se concentran en el nivel autonómico y local, así como en las acciones desarrolladas por el sector social. En diciembre de 2018 se aprobó por el Congreso de los Diputados una Proposición no de Ley recomendando el diseño de una Estrategia Nacional contra la SND. Proposición que aún no se ha materializado. El sector no lucrativo está impulsando programas para visibilizar el problema de la SNS y desarrollando actividades de intervención social junto con el sector público. Se puede afirmar que estamos en un momento de eclosión de respuesta social e institucional facilitado por el impacto de COVID-19 en la SND. Como la dependencia o la lucha contra la pobreza infantil, la SND ha pasado a formar parte de la agenda pública, lo que exige avanzar en su conocimiento científico, en el mejor diseño de las políticas para afrontarla y en el intercambio fructífero de experiencias y saberes.

I PARTE. LA SOLEDAD NO DESEADA COMO PROBLEMA SOCIAL

Índice

- I.1. Introducción.
- I.2. La soledad no deseada como categoría central de análisis.
- I.3. Cómo medir la soledad.
- I.4. Sentirse solo. Las redes relacionales.
- I.5. Consecuencias de la soledad
- I.6. Grupos sociales de riesgo.
- I.7. Cómo intervenir para hacer frente a las consecuencias de la soledad.
- I.8. La situación social de la soledad en España. Una aproximación
- I.9. La evaluación de impacto económico de la soledad
- I.10. Consideraciones finales

I.1. INTRODUCCIÓN

Hasta recientemente la soledad no deseada (SND) era un tabú social. En las dos últimas décadas se ha pasado a considerar el impacto de la soledad como una epidemia, aunque no es una enfermedad, sino un nuevo riesgo social. De ser un problema estrictamente privado se ha pasado también a considerar la soledad como un problema social. Este tránsito ha sido progresivo y ha sido favorecido por fenómenos como son el impacto del envejecimiento, la importancia de la calidad de vida individual en los países desarrollados y, no menos relevante, la valoración de la importancia de la salud mental.

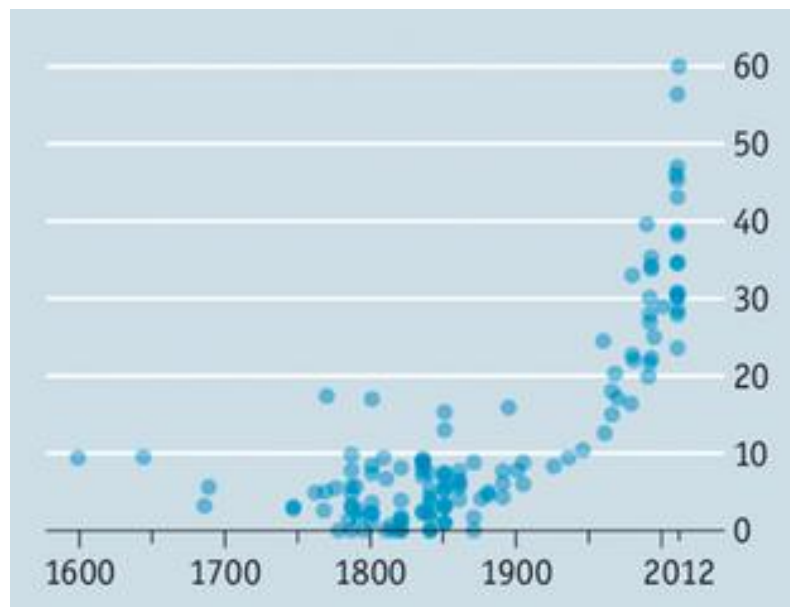
Incluso antes de que una pandemia global nos presentara términos como "distanciamiento social", el tejido de la comunidad estaba acusando el impacto del aislamiento y la soledad, así como su creciente visibilidad social. La extensión de la soledad en el mundo desarrollado, en concreto en la Unión Europea (UE), el mayor conocimiento de la soledad como problema social y una creciente conciencia social respecto de la misma, es una realidad incuestionable, según la literatura más reciente (por ejemplo, Arsenijevic y Groot, 2018), con porcentajes, en el caso de las personas mayores, que varían entre los países nórdicos (con bajas tasas de soledad) y los países del sur de Europa (tasas elevadas) y del este europeo (las tasas más altas).

Resulta en cierto modo paradójico que los avances en derechos sociales, que satisfacen necesidades sociales, no hayan aún tenido en cuenta hasta ahora una necesidad social básica como es la de pertenencia, reconocimiento social, acompañamiento e incardinación en redes sociales. La razón fundamental es que, hasta recientemente, se

trataba de un problema individual y, como mucho, del grupo más próximo, el familiar. En la medida en que conocemos mejor los impactos sociales y los costes de todo tipo de la soledad, sobre todo los de tipo sociosanitario, dicha necesidad ha pasado finalmente a ser un problema social.

Los datos históricos sobre la soledad son escasos. Snell (2017) explora la historia de vivir solo como una forma de estructura familiar, a través del análisis de los listados de habitantes preindustriales e industriales europeos, norteamericanos y japoneses, y los censos británicos posteriores a 1851 hasta 2011. Como se aprecia en el Gráfico 1.1, este autor documenta un aumento dramático en muchos países en los hogares unipersonales durante el siglo XX, especialmente desde la década de 1960. Antes de 1960, la proporción de hogares solos en Estados Unidos, Europa o Japón rara vez superaba el 10%. De hecho, en una encuesta de 2017, el 55 % de los londinenses y el 52 % de los neoyorquinos dijeron que a veces se sentían solos (Time Out, 2017).

Gráfico 1.1: Vida en soledad a lo largo de la historia



Nota: Hogares unipersonales como porcentaje del total (lugares seleccionados en Europa, Estados Unidos y Japón)

Fuente: Snell (2017)

Durante las últimas décadas la soledad ha emergido en el mundo occidental como un problema social, convirtiéndose en la condición definitoria del siglo XXI (Hertz, 2021): por su impacto en la estructura social y en la calidad de vida de las personas afectadas por la soledad y, como consecuencia, como un problema político al ser objeto de atención, debate y necesaria respuesta por parte de los actores sociales e institucionales. En el caso de España, con un leve retraso, la problemática de la soledad

ha pasado a ser objeto del análisis social y, más recientemente, del debate social y político.

Sin dejar de ser un sentimiento o emoción individual, socialmente velado, la soledad es también y cada vez más una realidad social que se está haciendo progresivamente visible y a la que los sistemas de sanidad, empleo, servicios sociales y educación están empezando a incluir en su agenda de intervención institucional. Al mismo tiempo, la sociedad civil organizada se está adelantando en la respuesta al impacto de las consecuencias de la SND, sobre todo en el caso de colectivos frágiles como son, entre otros, y como luego destacaremos, las personas mayores solas y personas con discapacidad.

Si la medida de la soledad cuenta con un amplio recorrido mediante la aplicación de escalas de frecuencia de relaciones sociales y familiares y sentimiento de soledad, como veremos en la sección I.3, no sucede lo mismo con la valoración de su impacto en el conjunto de la estructura social y económica, es decir, la pérdida de capital social y costes económicos asociados. La medición de su coste económico y social se encuentra pendiente de lograr acuerdos en cómo valorar su impacto, aunque las herramientas existen.

Esta primera parte, basada en la revisión de la literatura científica existente, tiene como objetivo establecer el marco de análisis de la SND desde la perspectiva socioeconómica y responder a las siguientes preguntas: de qué soledad hablamos y cuáles son sus características (Sección I.2), cuáles son las formas de medirla (Sección I.3), el porqué del sentirse sólo (Sección I.4), cuáles son sus consecuencias y principales impactos (Sección I.5), así como los principales grupos de riesgo (Sección I.6), cómo intervenir para hacer frente a las consecuencias de la soledad (Sección I.7), cuál es el perfil de la soledad en España (Sección I.8) y cómo valorar el impacto de la SNS (Sección I.9). La revisión de la literatura concluye con unas consideraciones finales (Sección I.10) en las que se destacan los principales hallazgos en términos de enfoque teórico y de resultados empíricos respecto de la SND y qué papel juegan las políticas públicas en la prevención y lucha contra la SND (Parte II).

I.2. LA SOLEDAD NO DESEADA COMO CATEGORÍA CENTRAL DE ANÁLISIS

I.2.1 Soledad emocional y soledad social

La soledad es un fenómeno universal que caracteriza al ser humano en algún momento de su existencia, una emoción experimentada individualmente y dolorosa; es “un sentimiento subjetivo desagradable de falta o pérdida de compañía. Sucede cuando experimentamos un desajuste entre la cantidad y la calidad de las relaciones sociales que tenemos y las que querríamos tener” (Perlman y Peplau, 1981, 31). La soledad es un fenómeno multidimensional en sus causas y ello se traslada inevitablemente a los programas de prevención e intervención psicosocial (Yanguas *et al.*, 2020).

Tal como observan Díez Nicolás y Morenos Páez (2015), soledad no es equivalente a aislamiento social. Hay personas que viven solas voluntariamente, pero no por ello están aisladas, ya que pueden mantener una red de relaciones sociales. Pero también pueden vivir aisladas contra su voluntad debido a barreras físicas y sociales, es decir, no pueden participar socialmente en igualdad de condiciones que sus semejantes (lo que suele suceder cuando hablamos de grupos de riesgo o vulnerables). En sentido contrario, se puede vivir en compañía, pareja, amigos, familiares y, sin embargo, sentir la soledad emocional (la llamada soledad acompañada).

Por tanto, estamos ante una realidad psicosocial ambivalente que caracteriza situaciones muy variadas en las que se entrecruzan factores personales y sociales, entornos que favorecen la soledad y otros en los que inicialmente no la favorecen y, sin embargo, puede tener lugar. De ahí que los expertos diferencien entre soledad objetiva (estar solo, bien como soledad buscada o como no deseada) y soledad subjetiva (sentirse solo, sufrir individualmente por no querer estar sólo). La soledad es un problema individual y social cuando estamos ante la soledad no deseada.

En ese sentido, el enfoque de este trabajo se centra, sobre todo, sin olvidar su ineludible dimensión subjetiva, en destacar la soledad objetiva en su dimensión de SND. La SND refleja no sólo las condiciones de vida de las personas afectadas, sino también el entorno de factores sociales, económicos, institucionales y culturales que pueden favorecer y/o bloquear las situaciones de SND, particularmente en grupos de riesgo como son, entre otros, personas con discapacidad que viven en entornos no amigables y accesibles o que se desarrollan en instituciones cerradas; personas mayores (en su gran mayoría mujeres); adolescentes y niños en hogares frágiles; personas inmigrantes y minorías étnicas; mujeres cuidadoras; personas sin hogar, personas que sufren problemas de salud mental en un amplio sentido (depresión, esquizofrenia o Alzheimer). Más allá de la diferenciación de grupos en riesgo de soledad, todo indica que la soledad es un problema social al que la sociedad y las instituciones públicas necesariamente tienen que dar una respuesta integral a partir de estrategias de medio-largo plazo.

En el análisis social se ha consolidado la distinción entre aislamiento social y soledad o, en expresión de Heylen (2010), entre **soledad emocional y soledad social**. La primera tiene una dimensión predominantemente individual y se define como la ausencia o carencia subjetiva de referencias. Por el contrario, la soledad social se caracteriza por un déficit de relaciones sociales o, mejor aún, por el desequilibrio existente entre la red de relaciones existentes y las esperadas por parte de una persona. Esta demarcación también se señala en la segunda edición de la Enciclopedia de Salud Mental donde Gierveld y Van Tilburg (2016) diferencian entre aislamiento (experiencia de hecho, objetiva) y soledad (bien como experiencia subjetiva de anomia, bien como soledad no deseada por déficit de relaciones sociales de cierta calidad).

Aunque están estrechamente vinculados, los conceptos de soledad y aislamiento social no son sinónimos¹. El aislamiento social es una situación objetiva y hace alusión al número y al tipo de conexiones sociales que tenemos, mientras que la soledad es o bien un estado emocional de quiebra de una estructura básica de pertenencia o bien el reconocimiento de que las expectativas de relaciones sociales no se han satisfecho. Una persona podría estar aislada pero no sola, o podría sentirse sola mientras está rodeado de gente.

Es por ello que una de las cuestiones clave en el estudio de este tema es con qué frecuencia las personas experimentan soledad (falta de afecto, cercanía e interacción social con otros) cuándo y cómo se produce una situación de soledad crónica no deseada. Toda persona está sola en algún momento de su vida, por lo que algo de soledad es normal e inevitable, pero desde el punto de vista social es importante comprender y abordar los episodios crónicos y persistentes de soledad no deseada que pueden afectar negativamente a las personas que los padecen, socavando su bienestar e impactando negativamente en su calidad de vida y, como consecuencia, en su entorno (cuidadores, hogares y grupos de referencia).

A otro nivel, y enriqueciendo el análisis, suelen diferenciarse en la literatura tres grandes enfoques para analizar la soledad (Sønderby y Wagoner, 2013):

- Un enfoque existencial, centrado en la experiencia subjetiva, según el cual la soledad se debe a un colapso de las necesidades sociales en la infancia.
- Un enfoque cognitivo que, utilizando una construcción mental, argumenta que los sentimientos de soledad se deben a reacciones individuales a situaciones sociales, siendo la soledad una consecuencia del cambio en las relaciones sociales reales o cambios en la relación social deseada o esperada.

1 Véase Bekhet *et al.* (2008) para un análisis del concepto de soledad a través de un examen exhaustivo de sus usos, atributos, conceptos relacionados, antecedentes, consecuencias, medidas y teorías, así como Mansfield *et al.* (2019) para una revisión conceptual de la soledad y cómo debe evaluarse, medirse y aplicarse en la política y la práctica profesional.

- Un enfoque de necesidades sociales, integrado en una construcción afectiva, centrado en la experiencia de la soledad y en cómo las personas explican el sentimiento del fenómeno.

Stein y Tuval-Mashiach (2015), tras un examen minucioso de las conceptualizaciones existentes para definir y conceptualizar la experiencia de la soledad, proponen siete componentes esenciales: (a) una sensación de aislamiento, (b) una relación, (c) un yo que experimenta, (d) una representación del otro, (e) una deficiencia de necesidades relacionales, (f) un sentido de discrepancia, y (g) dolor o aversión psicológica. Es decir, la soledad es el resultado de factores multidimensionales de naturaleza individual y social, objetivos y subjetivos.

También la soledad puede ser consecuencia de problemas de salud física o mental, que pueden influir en cómo percibimos a los demás y nuestro lugar en la sociedad, lo que puede favorecer el retraimiento social (Hawkley y Cacioppo, 2010).

Como la soledad tiene su origen y se experimenta en una sociedad dada o contexto social determinado, debe ser considerada como un problema social, además de individual. Este es el enfoque que aquí adoptamos: la perspectiva social, tanto en su dimensión micro, como meso y macrosocial.

Soledad social y soledad emocional forman parte de la misma realidad, enfatizando bien en su dimensión social o en su dimensión individual. La soledad social sería la consecuencia de la quiebra del capital social y de las redes de apoyo. La soledad emocional es la pérdida individual del sentido de la existencia. La SND se manifiesta bajo diferentes formas de aislamiento involuntario, vulnerabilidad y formas de exclusión social relacional. Mientras la soledad elegida es una opción individual, no es un problema social, la SND es consecuencia no necesariamente causal de barreras físicas, ideológicas y sociales o formas de exclusión laboral, educativa y social. Por esta razón la SND o soledad social constituye un problema social.

I.2.2 Soledad no deseada y capital social

La aproximación a la vertiente social de la soledad no minusvalora el análisis de la soledad como emoción y sufrimiento individual. Lo que sostenemos es que el sentimiento individual de la soledad está incrustado en una estructura social en la que emerge y que, en muchos sentidos, lo configura. Es por ello que aquí adoptamos un enfoque o perspectiva social amplia, destacando la importancia del entorno en que emerge y se experimenta la soledad, así como su impacto social y económico. Es decir, la SND sería la pobreza o quiebra del capital social relacional y de las de redes de pertenencia bajo circunstancias individuales dadas.

Bajo esta perspectiva, los fenómenos sociales a considerar son, entre otros, el tipo de entornos sociales donde tiene lugar la SND, la densidad y calidad de las relaciones sociales, los grupos de riesgo, los cambios en la visión social de la soledad por parte de

la sociedad y los impactos sociales que provoca, así como las respuestas preventivas y de intervención social e institucional que se producen en un momento determinado. El enfoque meso y macrosocial agrega en cierto modo las experiencias individuales para darlas un sentido metaindividual.

Siguiendo la conceptualización de De Witte y Van Regenmortel (2019), en la vertiente de la soledad social desempeña un papel clave el capital social o red de relaciones que, a su vez, tiende a manifestarse bajo dos formas básicas: conexión social (o existencia de lazos sociales) y apoyos sociales (es decir, la existencia de recursos propios y recursos ajenos que contribuyen a paliar la soledad objetiva y quizás a aliviar la soledad emocional).

La importancia del capital social cuenta con importantes precedentes analíticos (Portes, 1998) y nos remite necesariamente a la pregunta de qué tipo de capital social existe y cómo lo utilizan las personas, tanto a nivel micro (vinculación medida como volumen de contactos y su frecuencia, como presencia en redes sociales) como macro (participación social y confianza social).

Junto a la categoría de capital social, que da cuenta de la solidez de la vinculación social, en el análisis de la soledad, se ha recurrido recientemente a la categoría de empoderamiento o *empowerment* (De Witte y Van Regenmortel, 2019) en cuanto capacidad de aprovechamiento de tal vinculación y flexibilidad de adaptación al entorno.

Existen también análisis funcionalistas de la SND (Schirmer y Michailakis, 2018) con limitada influencia en el análisis social, basados en la teoría de sistemas de Luhmann, según los cuales la soledad es una consecuencia de la forma en que una sociedad integra y excluye a la gente. Para prevenir la soledad las personas tienen que integrarse en colectividades difusas (laborales, redes sociales, etcétera). La pérdida o debilitamiento de esas redes es causa de la soledad. Una perspectiva que, al destacar la dimensión funcional de la integración social, deja al margen los itinerarios vitales y los cambios y conflictos que suelen acarrear. Es decir, prima el factor estructura en detrimento del factor agencia.

I.2.3 Analizar la soledad no deseada desde perspectivas complementarias

La SND puede y debe ser comprendida y medida de manera complementaria. La voz de los sujetos sociales o valoración subjetiva y la valoración objetiva de las condiciones sociales de la soledad, constituyen la cara y la cruz del análisis:

- La primera es de naturaleza cualitativa, referida a las “narrativas” de las personas y grupos sociales, directamente afectados por la experiencia de la soledad o indirectamente, por razones de cercanía y/o cuidados, así como las narrativas existentes en los imaginarios colectivos y profesionales.

- La segunda dimensión es de naturaleza cuantitativa, y consiste en el análisis de la existencia y utilización del capital social existente y de los costes directos e indirectos asociados a la SND.

Ambas dimensiones están interrelacionadas ya que, por ejemplo, las narrativas recogidas en grupos focales y entrevistas en profundidad sobre la SND permiten comprender las actitudes y motivaciones sociales respecto de las diferentes formas de soledad y los tipos de relación social experimentados. Por su parte, la medida del impacto y costes de la soledad se basa sobre todo en fuentes de información como son las del sistema sanitario y de la rama de los servicios sociales, en encuestas de opinión y estimaciones de los costes de oportunidad, todos ellos fundados en la realidad de la enfermedad, las demandas de atención social y en las opiniones y percepciones que tienen las personas que manifiestan sufrir la SND.

Dicho de otro modo, la SND tiene dos dimensiones inescindibles: es una realidad objetiva fundada en factores sociales que la posibilitan y cuyo impacto es medible en términos sanitarios, de productividad y rendimiento académico. La SND está asociada de manera directa o indirecta a enfermedades coronarias, a bajas laborales por enfermedad y a déficits de integración y aprovechamiento escolar. La segunda dimensión es la realidad subjetiva, la construcción de los discursos sociales sobre su definición e impacto, cuya diversidad viene explicada por factores como la formación, el género, la edad y la condición socioeconómica. A dicha dimensión van unidas enfermedades sociales como pueden ser la ansiedad social y la depresión.

El análisis de la SND es particularmente complejo. En primer lugar, porque la palabra soledad es polisémica, quizás como pocas, y su significado se complejiza cuando la relacionamos con realidades contrapuestas como, por ejemplo, la comunicación, la conexión, los vínculos sociales, los contactos y redes, entre otras. Al ser construida socialmente, en dicha construcción intervienen los imaginarios colectivos, el papel de los medios de comunicación de masas y la tecnología existente en un momento determinado. Así, el papel de las redes sociales y tecnologías móviles en la actualidad es una de las experiencias más debatidas sobre la relación entre soledad, conexión y comunicación. Según Bauman (2001 y 2006), las redes sociales pueden evitar o suavizar el aislamiento y proporcionar información y conocimientos prácticos, pero no necesariamente evitar la soledad, cuya sensación se mejora al pertenecer a una red, que no necesariamente vincula e integra. La conexión virtual enlaza y conecta individuos sin que necesariamente exista comunicación y conversación (Rendueles, 2013). No por ello dejan de ser un instrumento o herramienta que puede paliar la soledad social, junto a otras modalidades de intervención social.

A la construcción de estereotipos sociales contribuyen los medios de comunicación en la medida en que delimitan y jerarquizan su visibilidad e importancia (por ejemplo, la soledad considerada como una epidemia social en contraste con su ocultamiento hasta

tiempos recientes), también suelen concentrar su mirada en el colectivo de personas mayores, orillando la que experimentan otros colectivos sociales, y tienden a reducir su explicación al discurso genérico del individualismo, trasladando hacia el individuo y las redes más próximas la solución de un problema complejo o bien lo reducen a un resultado determinado por el conjunto del sistema social y económico imperante.

Las variables de edad y género son factores condicionantes de la SND, así como los estereotipos asociados a las mismas, como son la asociación entre vejez y soledad y el distinto significado social que la soledad tiene cuando hablamos de solteras y solteros². Es decir, la soledad en general y, sobre todo, la SND, está construida en no escasa medida sobre estereotipos sociales, lo cual obliga a diferenciar entre tipos de SND y su diferente impacto grupal.

La SND que aquí consideramos es “crónica” o experimentada a lo largo de un tiempo, no es una experiencia puntual. La cronicidad es el factor por antonomasia ya que transforma la soledad en soledad no deseada y hace de ella una carga para quien la soporta y un coste para el entorno de la persona y para el conjunto de la sociedad.

Es necesario aclarar finalmente que, aunque la perspectiva de análisis aquí adoptada es la socioeconómica e institucional, va de suyo que los factores genéticos y neurológicos tienen un rol explicativo importante, tal como se ha puesto de manifiesto en estudios pioneros pasados (Fromm-Reichmann, 1959) y recientes (Cacioppo *et al.*, 2015), si bien este último enfoque desborda el campo de análisis aquí considerado.

La asociación entre aislamiento y soledad se produce, como observa Heylen (2010), mediante la consideración de las causas directas de la soledad. Entre estas hay que destacar de manera conjunta dos causas interrelacionadas: el déficit existente de relaciones sociales y la valoración cognitiva de la discrepancia existente entre las relaciones sociales existentes y las deseadas o expectativas individuales. La discrepancia entre ambos niveles – déficit de relaciones y valoración subjetiva o cognitiva del mismo –, tiene que alcanzar un cierto umbral para que el aislamiento social se transmute en SND. Dicho de otro modo, la SND no es sino el aislamiento social evaluado subjetivamente como un déficit o carencia. Es necesario insistir en que la evaluación cognitiva no decanta en SND o soledad social hasta que no se llega a un umbral de discrepancia cognitiva entre las relaciones sociales existentes y las relaciones sociales “standard” predominantes en una sociedad dada.

Estos factores directos, déficit de relaciones y valoración subjetiva de su impacto individual, se modulan en función de factores indirectos de riesgo como son la edad, el estado de salud, la educación, estado civil y la condición socioeconómica. Factores de riesgo que varían a lo largo del ciclo vital y que suelen acumularse en las edades tardías, cuando las redes relacionales desaparecen o debilitan como consecuencia de la

² En nuestra sociedad aún tiene importancia el estereotipo de que la soltería de la mujer es un fracaso personal, mientras que la soltería del varón es una opción o falta de oportunidad.

jubilación, viudedad o nido vacío, entre otras causas. Como compensación a las carencias en esta etapa de la vida se han desarrollado nuevos modos de incrustación social basados en el llamado envejecimiento activo o participativo. Sin olvidar que la soledad recorre todas las edades, y tiene una especial prevalencia en las edades juveniles (Pavlova y Bannikov, 2015) y en las edades propectas, si bien los cambios sociotécnicos y laborales están incrementando la SND en las edades intermedias.

1.2.4 La importancia de las políticas públicas en la respuesta a la soledad no deseada

Es sabido que las situaciones de soledad dependen en gran medida de la calidad de las condiciones de vida de las personas y del grado de integración social. Los sistemas de protección social y, en general, los Estados de Bienestar, tienen un papel crucial en la mejora de las condiciones de vida de las personas y en la creación de entornos sociales e institucionales que facilitan la integración social. Obviamente, estos son una condición favorecedora de la integración social, pero no son suficientes ya que los ciudadanos contrastan sus circunstancias reales con sus expectativas personales y, como resultado, se produce una diversidad de percepciones de la soledad.

Esta asociación cognitiva o evaluativa cuenta con precedentes analíticos importantes (por ejemplo, Sundström *et al.*, 2009; Yang y Victor, 2011; de Jong y Tesch-Romer, 2012) en los que se establecen asociaciones entre el sentimiento de soledad, las circunstancias personales y los condicionantes institucionales y sociales.

En base a la Encuesta Social Europea, Nyqvist, Nygård y Scharf (2019) analizan para la población mayor de 60 años, la relación que se produce entre cinco regímenes de bienestar europeo (nórdico, continental, anglosajón, mediterráneo y este de Europa) y la ausencia de soledad, en función de los indicadores antes mencionados de condiciones de vida (percepción de la salud, seguridad y tipo de hogar) y grado de integración (estado civil, frecuencia de contactos con familiares y amigos o colegas del trabajo y número de personas de confianza), dejando al margen el indicador de las expectativas individuales. Si bien no se utilizan otros indicadores del régimen de bienestar, como el volumen y distribución del gasto público social y la desigualdad de renta, los resultados del análisis ponen de manifiesto que existe una gradiente de soledad social descendente de norte a sur y de oeste a este de la UE, sin considerar factores culturales. Se podría decir que, por ejemplo, el régimen de bienestar nórdico favorece unas condiciones de vida y de integración que reducen los entornos de soledad social. Paradójicamente, en el régimen mediterráneo, de naturaleza más familista, el rendimiento limitado del Estado de bienestar en la calidad de vida de las personas mayores, en una parte de ellas, y los cambios sociodemográficos, están produciendo entornos favorables a mayores niveles de soledad, reforzados por los cambios culturales o de expectativas en la estructura de los cuidados.

I.3. CÓMO MEDIR LA SOLEDAD

En los estudios académicos y gubernamentales, se han utilizado diferentes enfoques a la hora de medir la SND, tanto en escalas de elementos múltiples de soledad, como en medidas de elementos individuales. Algunas medidas preguntan sobre la soledad directamente, mientras que otras indagan sobre las emociones asociadas con la soledad a partir de las cuales se infiere la soledad. En otras se deduce a partir de la frecuencia de relaciones familiares y sociales.

Dado que la soledad es un estado emocional subjetivo, que cada uno puede experimentar de manera diferente y que puede variar a lo largo del curso de la vida, un enfoque ampliamente utilizado para medir la soledad consiste en preguntar directamente a las personas encuestadas para permitirles expresar sus propias emociones y reflejar de esta manera la soledad autopercebida, pidiendo que los encuestados definan la soledad para sí mismos, en lugar de que se les ofrezca una definición.

Por su parte, las mediciones indirectas se basan en el diseño de preguntas relevantes que captan aspectos específicos del concepto de soledad y cuyas respuestas permitan definir a una persona como más o menos solitaria. En muchos proyectos de investigación se han utilizado principalmente dos escalas de medición indirecta especialmente adecuadas para procesar la información ofrecida en grandes encuestas. La primera es la Escala de soledad UCLA revisada (Russell 1996), que consta de 20 elementos destinados a medir los sentimientos subjetivos de soledad y los sentimientos de aislamiento social (Cuadro 1.1), y su versión más corta, la Escala de soledad UCLA de 3 elementos (Hughes *et al.*, 2004) (Cuadro 1.2). La segunda es la escala desarrollada por de Jong Gierveld y otros (de Jong Gierveld y Kamphuis 1985; de Jong Gierveld y Van Tilburg, 1999), que consta de 11 elementos y su versión más corta de 6 elementos (de Jong Gierveld y Van Tilburg, 2006) (Cuadro 1.3).

Cuadro 1.1: Escala de soledad UCLA revisada

Pregunta	Nunca	Raramente	A veces	A menudo
*1. ¿Con qué frecuencia siente que está "en sintonía" con las personas que lo rodean?	1	2	3	4
2. ¿Con qué frecuencia siente que le falta compañía?	1	2	3	4
3. ¿Con qué frecuencia siente que no hay nadie a quien recurrir?	1	2	3	4
4. ¿Con qué frecuencia se siente solo?	1	2	3	4
*5. ¿Con qué frecuencia se siente parte de un grupo de amigos?	1	2	3	4
*6. ¿Con qué frecuencia siente que tiene mucho en común con las personas que lo rodean?	1	2	3	4
7. ¿Con qué frecuencia siente que ya no está cerca de nadie?	1	2	3	4
8. ¿Con qué frecuencia siente que las personas que lo rodean no comparten sus intereses e ideas?	1	2	3	4
*9. ¿Con qué frecuencia se siente extrovertido y amigable?	1	2	3	4
*10. ¿Con qué frecuencia se siente cerca de la gente?	1	2	3	4
11. ¿Con qué frecuencia se siente excluido?	1	2	3	4
12. ¿Con qué frecuencia siente que sus relaciones con los demás no son significativas?	1	2	3	4
13. ¿Con qué frecuencia siente que nadie realmente lo conoce?	1	2	3	4
14. ¿Con qué frecuencia se siente aislado de los demás?	1	2	3	4
*15. ¿Con qué frecuencia siente que puede encontrar compañía cuando la quiere?	1	2	3	4
*16. ¿Con qué frecuencia siente que hay personas que realmente le entienden?	1	2	3	4
17. ¿Con qué frecuencia se siente tímido?	1	2	3	4
18. ¿Con qué frecuencia siente que hay personas a su alrededor pero no con usted?	1	2	3	4

*19. ¿Con qué frecuencia siente que hay personas con las que puede hablar?	1	2	3	4
*20. ¿Con qué frecuencia siente que hay personas a las que puede recurrir?	1	2	3	4

Nota: Los elementos con un asterisco tienen puntuación inversa

Cuadro 1.2: Escala de soledad UCLA versión corta

Pregunta	Casi nunca	A veces	Con frecuencia
1. ¿Con qué frecuencia siente que le falta compañía?	1	2	3
2. ¿Con qué frecuencia se siente excluido?	1	2	3
3. ¿Con qué frecuencia se siente aislado de los demás?	1	2	3

Cuadro 1.3: Escala de soledad propuesta por de Jong Gierveld y colaboradores

Pregunta	Si	No	Más o menos
1. Siempre hay alguien con quien puedo hablar de mis problemas diarios			
2. Echo de menos tener un amigo realmente cercano			
*3. Experimento una sensación de vacío general			
*4. Hay un montón de personas en las que puedo confiar cuando tengo problemas			
5. Echo de menos el placer de la compañía de otros			
6. Encuentro mi círculo de amigos y conocidos demasiado limitado			
*7. Hay muchas personas en las que puedo confiar plenamente			
*8. Hay suficientes personas que se sienten cercanas a mi			
*9. Echo de menos tener personas a mi alrededor			
*10. A menudo me siento rechazado			
11. Puedo llamar a mis amigos siempre que los necesito			

Nota: Los asteriscos muestran las preguntas que se realizan en la versión más corta propuesta en Jong Gierveld y Van Tilburg (2006).

Para la evaluación del aislamiento social se suele utilizar la escala de red social de Lubben (Lubben y Gironde, 2003) que proporciona información sobre los contactos sociales de una persona en tres categorías (familia, amigos íntimos y conocidos). El Cuadro 1.4 ofrece dicha escala en su versión de 12 elementos.

Cuadro 1.4: Escala de Lubben con 12 elementos

Preguntas	Respuestas					
1. ¿Con cuántos parientes se encuentra o tiene noticias de ellos, por lo menos, una vez por mes?	0=ninguno	1=uno	2=dos	3=tres o cuatro	4=de cinco a ocho	5=nueve o más
2. ¿Con qué frecuencia se encuentra o tiene noticias del pariente con el que tiene más contacto?	0=menos de una vez por mes	1=mensualmente	2=algunas veces al mes	3=semanalmente	4=algunas veces por semana	5=diariamente
3. ¿Con cuántos parientes se siente lo suficientemente cómodo como para conversar sobre sus asuntos personales?	0=ninguno	1=uno	2=dos	3=tres o cuatro	4=de cinco a ocho	5=nueve o más
4. ¿A cuántos parientes siente lo suficientemente cercanos como para llamarlos cuando necesita ayuda?	0=ninguno	1=uno	2=dos	3=tres o cuatro	4=de cinco a ocho	5=nueve o más

5. Cuando uno de sus parientes tiene que tomar una decisión importante, ¿con qué frecuencia se lo comenta a usted?	0=nunca	1=rara vez	2=a veces	3=con frecuencia	4=con mucha frecuencia	5=siempre
6. ¿Con qué frecuencia uno de sus parientes está disponible para hablar cuando usted tiene que tomar una decisión importante?	0=nunca	1=rara vez	2=a veces	3=con frecuencia	4=con mucha frecuencia	5=siempre
7. ¿Con cuántos amigos se encuentra o tiene noticias de ellos, por lo menos, una vez por mes?	0=ninguno	1=uno	2=dos	3=tres o cuatro	4=de cinco a ocho	5=nueve o más
8. ¿Con qué frecuencia se encuentra o tiene noticias del amigo con el que tiene más contacto?	0=menos de una vez por mes	1=mensual	2=algunas veces al mes	3=semanalmente	4=algunas veces por semana	5=diariamente

Cuadro 1.4 (continuación)

Preguntas	Respuestas					
9. ¿Con cuántos amigos se siente lo suficientemente cómodo como para conversar sobre sus asuntos personales?	0=ninguno	1=uno	2=dos	3=tres o cuatro	4=de cinco a ocho	5=nueve o más
10. ¿A cuántos amigos siente lo suficientemente cercanos como para llamarlos cuando necesita ayuda?	0=ninguno	1=uno	2=dos	3=tres o cuatro	4=de cinco a ocho	5=nueve o más
11. Cuando uno de sus amigos tiene que tomar una decisión importante, ¿con qué frecuencia se lo comenta a usted?	0=nunca	1=rara vez	2=a veces	3=con frecuencia	4=con mucha frecuencia	5=siempre
12. ¿Con qué frecuencia uno de sus amigos está disponible para hablar cuando usted tiene que	0=nunca	1=rara vez	2=a veces	3=con frecuencia	4=con mucha frecuencia	5=siempre

tomar una decisión importante?						
--------------------------------	--	--	--	--	--	--

Nota: Las puntuaciones van de 0 a 60

La Office of National Statistics (2018) del Reino Unido, tras una revisión de las medidas existentes y los resultados de diferentes programas y encuestas sobre la soledad, recomienda cuatro preguntas básicas diseñadas para captar diferentes aspectos de la soledad. Las primeras tres preguntas son de la escala de soledad UCLA versión corta y la última es una pregunta directa sobre con qué frecuencia la persona entrevistada se siente solo ("¿Con qué frecuencia te sientes solo?"), con las siguientes categorías de respuesta: "A menudo o siempre", "Algunas veces", "Ocasionalmente", "Casi nunca" o "Nunca". La necesidad de hacer conjuntamente las cuatro preguntas, en lugar de realizar sólo la cuarta pregunta, radica no sólo en el estigma de la soledad, que podría hacer que las personas no manifiesten sus sentimientos si únicamente se les pregunta directamente, sino también en la posibilidad de que la pregunta directa podría no ofrecer información sobre los diferentes aspectos que contribuyen a los sentimientos de soledad de una determinada persona.

El índice de soledad de Cigna (2020) indica que tres de cada cinco adultos estadounidenses (61%) se sienten solos, un aumento de siete puntos porcentuales respecto al año 2019. Este informe muestra que los hombres son un poco más solitarios que las mujeres, que las personas más jóvenes (entre 18 y 22 años) son más solitarias que las personas mayores (de más de 72 años), que los que viven en comunidades urbanas y suburbanas se sienten menos solos que los que viven en zonas rurales y que las redes sociales tienen un gran impacto en la soledad, ya que los usuarios más activos en redes sociales presentan una probabilidad más elevada de sentirse solos, aislados, excluidos y sin compañía. Asimismo, este estudio señala que los trabajadores que se sienten solos manifiestan estar menos comprometidos con su trabajo, ser menos productivos y presentan tasas de retención más bajas, teniendo el doble de probabilidad de perder un día de trabajo debido a una enfermedad y siendo cinco veces más probable de perder el trabajo debido al estrés.

Así pues, existen diversos indicadores parciales que no abarcan en su totalidad el fenómeno objeto de estudio, lo que no exime de la responsabilidad de conseguir estadísticas más ambiciosas, orientadas a medir y monitorizar la SND y contribuir a conocer la calidad de vida de los ciudadanos. El problema de los indicadores sintéticos del bienestar es que integran parámetros imprecisos por naturaleza, medidos en algunos casos por estimaciones indirectas. Sin embargo, las técnicas de encuesta tienen un margen de mejora que puede cerrar el debate actual sobre la subjetividad de tales cálculos indirectos. En cualquier caso, el contar con medidas coherentes que ofrezcan información útil sobre un fenómeno social complejo, como es el de la soledad, a lo largo del tiempo puede ser más importante que cambiar a una nueva medida.

Si las anteriores escalas miden el sentimiento de soledad y se aproximan, caso de la escala de Lubben, a una medición de la frecuencia e intensidad de los contactos con familiares y amigos, no recogen el capital social en su más amplio sentido, como son las redes de relaciones sociales y la participación en actividades sociales de todo tipo (lúdicas, voluntariado, de intercambio cultural). Esta última información es central para poder hacer el contraste (Heylen, 2010) entre las relaciones existentes y las

consideradas como standard, lo que sería un indicador de SND. Aunque el capital social no determina la situación de integración o SND, es un factor condicionante de primer orden y, por ello, en cualquier escala es necesario establecer las preguntas que hacen referencia a las redes relacionales que tiene una persona y la valoración de contraste entre estas y las expectativas relacionales.

La existencia de estadísticas sólidas y coherentes sobre distintos aspectos de la soledad, no sólo emocional sino también social, además de las fuentes administrativas, son la base para que tanto el sector público como los agentes privados puedan planificar la lucha contra la SND y la mejora de los entornos sociales y físicos, de la misma forma que hasta ahora, con estadísticas de crecimiento, se han limitado a planificar aumentos de la producción agregada. Para corregir la soledad, el primer paso es identificarla y medirla.

I.4. SENTIRSE SÓLO. LAS REDES RELACIONALES

No hay una única razón para sentirse en soledad, pudiendo las causas variar entre personas o en el transcurso de la vida. La soledad ocurre no sólo como consecuencia de una disminución en el contacto social o un cambio en la calidad de las relaciones que se establecen, sino que puede estar también relacionada con el sentido de sí mismo que experimenta una persona y de su sentimiento de pertenencia.

La ocurrencia de soledad no deseada es probablemente debida a una combinación de múltiples factores subyacentes (como son expectativas sociales y culturales, circunstancias externas y los rasgos propios de la personalidad), puede desencadenarse por determinados acontecimientos vitales extremos (como la pérdida de un ser querido, mudarse de casa o cambiar de trabajo) o por las actitudes y sentimientos personales sobre la situación experimentada en diferentes momentos.

Las razones por las que las personas se sienten solas son personales, por lo que el apoyo necesario para ayudarlas a hacer frente o a superar estos sentimientos también deben ser personales y, a veces, creativo e imaginativo. Ello requiere identificar las personas que están solas y asignarles profesionales cualificados y capacitados que trabajen con ellas para entender las causas de su sentimiento de soledad y desarrollar juntos acciones para hacerles frente o resolverlas.

La experiencia de otros países señala que las actividades sociales constituyen un componente de un enfoque exitoso para afrontar la SND, pero para muchas personas solitarias tales actividades son efectivas únicamente cuando se complementan con un apoyo emocional y práctico para acceder a ellas. Muchos barrios tienen una amplia variedad de actividades sociales que las personas o bien desconocen o bien no pueden acceder a ellas, y que compiten entre sí más que complementarse. Barrios acogedores, atractivos, que hagan sentirse seguro y que ofrezcan comodidades para todos sus residentes pueden ayudar a prevenir que las personas se sientan solas. Se trata de afrontar el problema de la soledad no deseada creando el ambiente adecuado y

proporcionando el apoyo integral y personalizado disponible para todos miembros de la sociedad.

Existen diversos factores determinantes que explican conjuntamente por qué algunas personas con un pequeño número de contactos sociales se consideran solas, mientras que otras se sienten bien y lo suficientemente arraigadas. Entre estos determinantes están la presencia o ausencia de una pareja íntima (Dykstra y De Jong Gierveld 2004); el tamaño y el funcionamiento de las relaciones familiares, particularmente los lazos entre padres e hijos (de Jong Gierveld y Peeters 2003); la participación o no en actividades de trabajo voluntario, en clubes o en la iglesia (Wagner *et al.*, 1999); rasgos de personalidad (Windle y Woods 2004); género (Baltes *et al.*, 1999); y salud (Kramer *et al.*, 2002).

Creemers *et al.* (2012) detectan que el tamaño de la discrepancia entre autoestima implícita y explícita se asocia positivamente con síntomas depresivos, ideación suicida y soledad. En particular, se observa que la autoestima dañada (es decir, una alta autoestima implícita combinada con una baja autoestima explícita) se asocia consistentemente con un aumento de síntomas depresivos, ideación suicida y soledad, mientras que tal asociación no se encuentra para la autoestima frágil (alta autoestima explícita y baja implícita).

La Office of National Statistics (2013) estima que el 5% de la población del Reino Unido se siente sola siempre o con frecuencia. La probabilidad de que una persona declare que se siente sola es más elevada si pertenece al grupo de edad entre 16 y 24 años, si es mujer, si son personas solteras o viudas, si presentan mala salud, si ocupan una vivienda en alquiler y si no experimentan sentimiento de pertenencia a su vecindario o muestran poca confianza en los demás. Asimismo, se detecta que los entrevistados que indicaron estar solos presentan una probabilidad significativamente menor de satisfacción con la vida, de sentir que las cosas que hacen en su vida no valen mucho la pena, de considerarse menos felices y de estar más ansiosos.

Clark *et al.* (2015) detectan que la alta sensibilidad al castigo se asocia positivamente con la soledad, mientras que la baja sensibilidad se asocia con una menor soledad, estando la primera asociación mediada por una mayor timidez mientras que en la segunda asociación intervienen una menor timidez, una mayor sociabilidad, una mayor orientación comunitaria y una mayor aceptación.

Flett *et al.* (2016) asocian sentirse insignificante y sin importancia para otras personas con la soledad y la ansiedad social, manteniéndose esta asociación después de tener en cuenta variables de control tales como la baja extraversión y el alto neuroticismo.

Stickley y Koyanagi (2016) a partir de datos representativos a nivel nacional de Inglaterra, muestran que la soledad está asociada con el comportamiento suicida (tanto en forma de pensamientos suicidas como intentos de suicidio) en la población general adulta.

Agren (2017) examina cómo se construye el concepto de soledad entre las personas mayores en los medios de comunicación suecos y detecta dos discursos dominantes y

uno menos significativo. El primer discurso dominante hace referencia al cuidado de los ancianos, representado por responsables políticos y representantes de organizaciones sociales, y se utiliza para motivar la necesidad de un cambio político, una mejor asignación de recursos y para destacar las deficiencias en las políticas de bienestar. El segundo discurso dominante se refiere al trabajo voluntario, se aborda en artículos de reportaje escritos por periodistas y se centra en señalar la importancia del trabajo voluntario. Por último, se señala la existencia del discurso de los informes de investigación sobre la salud de las personas mayores, aunque menos significativo que los anteriores. Dentro de este discurso, el envejecimiento y la soledad se presentan como factores de riesgo. A pesar de algunas diferencias menores, la soledad, dentro de los tres discursos, se presenta claramente como un problema social que necesita ser afrontado por la sociedad y las instituciones públicas.

Rokach (2018) ofrece una revisión selectiva de los estudios que analizan la relación entre la soledad y el género, así como entre la soledad y la cultura que predomina en una sociedad. Esta autora señala que las mujeres comúnmente expresan (aunque no necesariamente experimentan) una mayor soledad, dado que los hombres son reacios a revelar que experimentan algún sentimiento estigmatizado socialmente. Por otra parte, señala que la soledad puede diferir de acuerdo con la forma en que las culturas influyen en las expectativas de conexión social, concluyendo que en las culturas individualistas la soledad tiene más que ver con las expectativas románticas personales, mientras que en las culturas colectivistas la soledad tiene más que ver con la aprobación social.

Dahlberg *et al.* (2018) examinan datos del panel sueco sobre las condiciones de vida de los habitantes de mayor edad y obtienen que las variables de estado de salud y de situación socioeconómica están más fuertemente asociadas con la soledad que las variables demográficas, siendo la mayoría de estas asociaciones estables en el tiempo. En particular, la angustia psicológica resultó ofrecer la más elevada asociación con la soledad, seguida de la viudez. Por su parte, Macdonald *et al.* (2019) utilizan una encuesta sobre soledad percibida realizada en el Noroeste de Inglaterra y detectan que aquellas personas del grupo socioeconómico más bajo experimentan niveles desproporcionadamente altos de aislamiento social y soledad emocional en comparación con otros grupos socioeconómicos. Además, sus resultados también demuestran que aquellos que experimentan la soledad y que pertenecen a un entorno socioeconómico más bajo, son consistentemente más propensos a sufrir problemas de salud que aquellos de otros entornos socioeconómicos. Posteriormente, Surkalim *et al.* (2022) ofrecen un resumen de las estimaciones de prevalencia dentro de las regiones de la Organización Mundial de la Salud a través de un metaanálisis, así como un examen de las tendencias temporales de la soledad en los países donde existen datos. Dahlberg *et al.* (2022) mediante una revisión de la literatura empírica sobre el tema concluyen que los factores de riesgo con asociaciones relativamente consistentes con la soledad son el no estar casado/acompañado y la pérdida de pareja; una red social limitada; un

bajo nivel de actividad social; una mala salud autopercebida; y la depresión o el estado de ánimo deprimido.

Hunt *et al.* (2019) realizaron un estudio experimental con 143 estudiantes de la Universidad de Pennsylvania y encuentran un vínculo importante entre el uso de las redes sociales y la disminución del bienestar. En particular, sus resultados indican que limitar el uso de las redes sociales a aproximadamente 30 minutos por día puede conducir a una disminución significativa tanto en la depresión como en la soledad.

La relación entre la SND y el acceso y uso de las redes sociales virtuales ha sido objeto de creciente análisis social. Así, Berezan *et al.* (2019) exploran el papel desempeñado por Facebook, la red de redes sociales más popular del mundo, para usuarios con distintos niveles de soledad percibida, concluyendo que la interactividad y el sentimiento de pertenencia pueden ser las necesidades psicológicas que impulsan el uso de Facebook en personas con alta soledad y, al mismo tiempo, la recompensa para las personas con baja soledad. En este sentido, Spraggins (2012) argumenta que, aunque Facebook ofrece oportunidades para la interacción social, dicha interacción social en línea reemplaza potencialmente la calidad de las interacciones cara a cara, mientras que Jin (2013) detecta que la soledad se asocia con un menor número de amigos de Facebook y una menor superposición entre Facebook y amigos físicos. Por su parte, Kim *et al.* (2019) señalan que el seguimiento de las celebridades a través de las redes sociales constituye un moderador significativo de su sentimiento de soledad. Pittman y Reich (2016) analizan la relación entre soledad y el uso de las redes sociales entre los adultos jóvenes, concluyendo que mientras que el uso de las redes sociales basadas en imágenes (por ejemplo, Instagram) puede contribuir a que la soledad pueda disminuir y a que la felicidad y la satisfacción con la vida puedan aumentar, no ocurre lo mismo con el uso de medios basados en texto (por ejemplo, Twitter), lo que los autores achacan a la mayor intimidad que ofrece el uso de las redes sociales basadas en imágenes frente a las de texto.

Asimismo, Morrish *et al.* (2022) analizan el impacto de la soledad en el desempleo de la población en edad de trabajar y su posible interacción con la salud física, obteniendo que la soledad aumenta significativamente la probabilidad de estar desempleado, incrementándose dicho impacto negativo por la interacción con la salud física. Asimismo, Astell-Burt *et al.* (2022) ofrecen evidencia empírica que sugiere que la ecologización urbana puede reducir la soledad al ofrecer oportunidades de consuelo, reconexión social y procesos de apoyo como el alivio del estrés. Finalmente, Zhang y Dong (2022) llevan a cabo un meta-análisis para determinar la relación entre el apoyo social y la soledad, enfatizando sus resultados el importante papel del apoyo social en la reducción de los niveles de soledad.

En suma, tal como hemos señalado arriba, siguiendo a Bauman y Rendueles, las redes virtuales son un instrumento de conectividad, pero no necesariamente de comunicación. En consecuencia, las redes sociales pueden contribuir a paliar en parte la soledad, pero también a enmascararla. Recientemente, Ellis *et al.* (2022) examinan los

factores óptimos que favorecen la implementación de una red social diseñada para paliar la soledad y el aislamiento social de intervención en la comunidad. Para ello, utilizando experiencias del Reino Unido, realizaron observaciones, entrevistas y análisis documental, concluyendo que no existe un único entorno comunitario que tenga todos los factores óptimos necesarios para favorecer la implementación y sostenibilidad y que las políticas de austeridad del Reino Unido de los últimos años afectaron negativamente la capacidad de los entornos comunitarios para brindar la intervención necesaria para paliar la soledad y el aislamiento social a través del aumento de las necesidades de los usuarios del servicio y la reducción de los recursos disponibles.

Cabe mencionar, como observa Campagne (2019), que la soledad está altamente correlacionada con factores biológicos, factores sociales (calidad de vida) y médicos (salud), incluidos las hormonas del estrés circulante, los componentes del sistema inmunitario y el sistema de glutamato, por lo que recomienda que debe combinarse el tratamiento temprano del estrés médico y psicológico para abordar tanto la soledad incipiente como la crónica.

Pero sin olvidar esta última observación, el análisis de la SND está sobre todo relacionado profundamente con factores sociales o de estructura socioeconómica. Un enfoque tal es el que sostienen Wilkinson y Pickett (2019) que relacionan el crecimiento de la ansiedad social con la ascendente soledad. Pues sabiendo que la amistad y las buenas relaciones sociales son determinantes para la salud y la felicidad, en las sociedades más avanzadas se tiende a evitar el encuentro con los demás; y se constata que el tejido comunitario es más débil cuanto más aumenta la desigualdad. Una perspectiva que orienta el análisis a explicar, aunque no causalmente, la complejidad subyacente a la soledad social puesto que la ansiedad social no causa directa la soledad social, si bien es uno de los factores sociales que la potencian.

Finalmente, es interesante destacar el trabajo de McDaid *et al.* (2022), quienes analizan la investigación sobre la soledad, destacando las importantes carencia existentes en la evidencia empírica y sugiriendo áreas prioritarias de financiación: (1) el seguimiento de la soledad y sus impulsores, así como sus consecuencias en la población y entre subgrupos específicos, (2) la detección de cambios en la prevalencia o grupos más afectados por la soledad transitoria, con el fin de comprender cuándo y cómo se vuelve crónica, (3) las comparaciones de estimaciones locales de soledad con estimaciones nacionales, y (4) la mayor consistencia de medición para encuestas a nivel de población.

I.5. CONSECUENCIAS DE LA SOLEDAD³

Fromm-Reichmann (1959) presentó el primer texto científico sobre la soledad desde la óptica del psicoanálisis y desde entonces existen cientos de trabajos publicados sobre los efectos de la soledad sobre la salud y la calidad de vida de las personas que la experimentan (Nygqvist *et al.*, 2016).

La soledad es un problema frecuente y global para las poblaciones de las sociedades avanzadas, más desiguales y más competitivas, y varios estudios diferentes lo han relacionado con múltiples afecciones crónicas, que incluyen: enfermedades del corazón, enfermedades pulmonares, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, aterosclerosis, derrames cerebrales y trastornos metabólicos, como la obesidad y enfermedad metabólica (Adam *et al.*, 2006; Vander Weele *et al.*, 2011; Cacioppo *et al.*, 2014; Cacioppo *et al.*, 2015; Valtorta *et al.*, 2016). Asimismo, la soledad constituye un importante predictor de problemas psicológicos, como depresión, estrés psicológico y ansiedad (Lauder *et al.*, 2006; Cacioppo *et al.*, 2006) el deterioro cognitivo y la progresión de la enfermedad de Alzheimer (Wilson *et al.*, 2007). La soledad está vinculada a la morbilidad y mortalidad general en poblaciones jóvenes, adultas y de personas mayores (Holwerda *et al.*, 2016). Recorre toda la estructura social. Sus impactos más evidentes son los que tienen lugar en la salud física y mental, si bien esta diferenciación puede considerarse más canónica que ajustada al conocimiento social actual en el que las dimensiones físicas y mentales forman parte de un todo. Teniendo esto en cuenta establecemos, por razones expositivas, esta diferenciación.

I.5.1. Consecuencias sobre la salud física

Se ha demostrado que la soledad produce cambios en el cuerpo que aumentan el riesgo de enfermedad cardíaca (Ong *et al.*, 2012) y que las personas solitarias de mediana edad y mayores también presentan un mayor riesgo de hipertensión, asociándose mayores niveles de la soledad con aumentos en la presión sistólica (Hawkley *et al.*, 2010). Asimismo, las personas solitarias tienen un sueño más interrumpido porque son más propensos a despertarse durante la noche, tal vez porque no se sienten seguras y protegidas, por lo que la soledad se asocia con un sueño menos reparador y con fatiga durante el día (Cacioppo *et al.*, 2002).

Holt-Lunstad *et al.* (2010) identifican una elevada correlación negativa entre las conexiones sociales y la mortalidad, por lo que la soledad conlleva un riesgo adicional para la salud. Más aún, Watson y Sinclair (2011) señalan que las personas mayores con problemas de relaciones sociales registran una reducción en su calidad de vida. Holt-Lunstad *et al.* (2015) realizaron un metanálisis sintetizando 70 artículos, a través de los cuales se siguió a 3,4 millones de participantes durante un promedio de siete años,

3 Yanguas *et al.* (2018a) ofrecen una revisión de la evidencia existente sobre las relaciones entre la soledad y la salud, así como de los programas de intervención destinados a reducir la soledad y/o el aislamiento social en las personas mayores. Por su parte, Majmudar *et al.* (2022) presentan una revisión sistemática de la literatura sobre el impacto sobre la salud de la soledad y el aislamiento social.

concluyendo que la soledad y el aislamiento social pueden tener similares consecuencias para la salud como fumar 15 cigarrillos al día, y generar peor estado de salud que otros factores de riesgo como la obesidad y la inactividad física.

Lou *et al.* (2012) examinan la relación entre la soledad, la salud y la mortalidad utilizando una muestra representativa para Estados Unidos de adultos de 50 y más años, obteniendo que la soledad es un factor de riesgo importante para la morbilidad y mortalidad de este grupo de edad.

Los resultados de Henriksen *et al.* (2016) indican que significativamente las mujeres solteras, desempleadas y sin hijos se sienten más solas que el conjunto de la población general, así como que el sentimiento de soledad se correlaciona positivamente con ser fumador o alcohólico cuando se ajusta por edad y género, respaldando la evidencia presentada en Heinrich y Gullone (2006), señalando que la soledad puede provocar el abuso de drogas y alcohol. Por su parte, Richard *et al.* (2016) documentan que la soledad se asocia con un estilo de vida poco saludable (tabaquismo, inactividad física e incumplimiento de la recomendación de consumo de fruta y verduras) y una peor salud física (altos niveles de colesterol, diabetes, enfermedades crónicas y autopercepción de salud deficiente) y mental (angustia psicológica moderada y alta, y depresión), siendo las asociaciones moduladas por edad, pero no por sexo. Finalmente, Lim y Chan (2016) descubren una asociación significativa entre la soledad y las menores probabilidades de visitas al médico entre las personas mayores en Singapur, independientemente de si la soledad se desarrolló recientemente o es crónica. Además, los entrevistados que han sufrido soledad en el pasado también hicieron un número significativamente menor de visitas a médicos en comparación con aquellos que nunca estuvieron solos.

En todos estos análisis subyacen problemas de desigualdad social y de condiciones trabajo y de vida que no favorecen la integración sino el aislamiento social, base de la soledad social y de su impacto en la soledad emocional.

1.5.2. Consecuencias sobre la salud mental

Cuanto más sola se sienta una persona, más probable es que experimente mayores síntomas depresivos (Cacioppo *et al.*, 2006), de manera que existe una asociación significativa entre la soledad y la depresión (Cacioppo *et al.*, 2010; Forsman *et al.*, 2011; Lauder *et al.*, 2006; Steptoe *et al.*, 2013).

La soledad afecta la cognición, ya que los cerebros de las personas solitarias están más atentos a las amenazas sociales y más centrados en la autoconservación y, por ello, pueden estar menos atentas a lo que otras personas sienten y lo que realmente podrían necesitar. Además, las personas solitarias perciben más negativamente las interacciones negativas con otras personas y menos positivamente las interacciones positivas, lo que indefectiblemente las lleva a tener un impacto negativo en sus relaciones sociales. En este sentido, Chen y Fang (2020) presentan una evaluación exhaustiva de la diferencia de salud mental entre los residentes en áreas rurales y urbanas, entre hombres y mujeres, entre diferentes grupos de educación, entre aquellos que tienen un hijo y

aquellos que tienen más de un hijo, y entre viudos y no viudos en China, obteniendo un papel significativo del apoyo familiar en el estado de salud mental entre los chinos de edad avanzada.

Por otra parte, existe evidencia de que las personas mayores socialmente comprometidas experimentan menos deterioro cognitivo (James *et al.*, 2011) y son menos propensas a la demencia, por lo que la soledad afectaría negativamente en estas patologías (Holt-Lunstad *et al.*, 2010).

Finalmente, el metaanálisis realizado por Kuiper *et al.* (2015), que agrupa los resultados de 19 estudios separados, sugirió que el riesgo de desarrollar demencia en personas con altos niveles de soledad es 1.58 veces mayor que para aquellos que no están solos.

La soledad enferma en cualquiera de los sentidos e, incluso, mata en mayor medida en comparación con aquellas personas que viven relativamente integradas. La SND es una de las formas de exclusión menos visibles, pero de mayor impacto. Esto se refleja de manera diferenciada cuando consideramos los grupos de riesgo, como veremos a continuación.

I.6. GRUPOS SOCIALES DE RIESGO

Aunque la soledad es común entre las personas mayores (especialmente en edades avanzadas) y se ha demostrado que es un factor significativo de riesgo para la progresión de la fragilidad (Gale *et al.*, 2017), también se presenta en otros colectivos poblacionales.

En la actualidad sabemos que la soledad puede ser una barrera para el bienestar en cualquier edad. Académicos, profesionales y formuladores de políticas están interesados en comprender los riesgos de la soledad no deseada en diversos grupos de la población y si las transiciones que experimentamos a lo largo de la vida pueden ser desencadenantes de la soledad, si bien características como la edad o el género, el origen étnico o las creencias religiosas en sí mismas no causan soledad.

I.6.1 Personas mayores

Como sociedad, vivimos más que nunca. El incremento de la esperanza de vida se debe a la mejora en la calidad de vida y fundamentalmente a los avances en la ciencia médica que se han producido en las últimas décadas. Esto es ciertamente algo para celebrar y apreciado, pero trae desafíos en términos de las necesidades de salud física y mental de la población que envejece.

Las personas mayores a menudo tienen un mayor riesgo de soledad debido a una variedad de factores que incluyen el duelo por la pérdida de un cónyuge o pareja, la longevidad (haber sobrevivido a amigos y familiares), la mala salud o movilidad y la fragilidad que les hacen difícil salir y hacer las cosas que solían hacer (Domenech-Abella *et al.*, 2019). El deterioro sensorial, el deterioro cognitivo leve y la demencia también exponen a las personas mayores a un mayor riesgo de soledad no deseada.

Las personas mayores con depresión, ansiedad y enfermedad mental grave (incluida la esquizofrenia) se enfrentan a dificultades particulares adicionales, generando un círculo vicioso de enfermedad mental y soledad. Asimismo, muchas personas mayores (incluidas aquellas que experimentan problemas de salud mental y física) son cuidadoras de cónyuges cuyas necesidades a menudo eclipsan a las suyas, experimentando tanto el aislamiento social como la soledad como consecuencia directa de su papel de cuidador.

La exclusión social tiene características y particularidades diferenciales durante el envejecimiento, siendo la soledad y el aislamiento parte importante de esta. Dado que la exclusión social es multidimensional y multinivel, la vivencia de soledad no deseada en una persona mayor puede incidir o potenciar un proceso de exclusión más global, lo que afectará a otros ámbitos vitales de la persona, como el económico o la participación cívica.

Cambios importantes que son más probables entre las personas mayores (como la disminución de la salud o la pérdida de una pareja) pueden significar que dejan de hacer algunas de las actividades que alguna vez estaban haciendo y que ayudan a dar forma y mantener sus conexiones con otros. Las transiciones a la jubilación pueden también alejar a las personas del núcleo de sus redes sociales (es decir, compañeros de trabajo), especialmente entre los hombres.

Factores más amplios como la geografía y el lugar de residencia pueden modular aún más la SND cuando socialmente están conectadas las personas. Por ejemplo, vivir más cerca de los hijos puede explicar menores niveles de soledad entre las personas mayores (Lubben *et al.*, 2003). El transporte, particularmente el transporte rural, es igualmente importante para la movilidad y, a su vez, mantener conexiones sociales. Tales barreras que impactan en las conexiones sociales, así como las diferentes necesidades de las personas cuando envejecen, deben tenerse en cuenta al buscar soluciones para abordar problemas relacionados con el aislamiento y la soledad. Si bien la falta de conexiones sociales define el aislamiento social, también puede manifestarse en la soledad. Por ejemplo, aquellos que viven por sí solos tienen tasas más altas de soledad que los que viven con un cónyuge, y la probabilidad de vivir solo aumenta con la edad (Griffiths, 2017)⁴. La salud también es otro factor importante relacionado con las conexiones sociales, siendo aquellos con mala salud 2,5 veces más probables de sentirse solos que aquellos que gozan de buena salud (Thomas, 2015).

Pereira *et al.* (2015) analizan las variables determinantes de la soledad en la población mayor residente en el centro de Portugal, obteniendo que las más significativas son la edad, el sexo, el ver a su familia, el cónyuge, las redes sociales, el nivel de educación y la salud.

4 Davidson y Rossall (2015) señalan que en el Reino Unido el 17% de las personas mayores tienen un trato poco frecuente con los miembros de su familia, amigos y vecinos, mientras que el 49% de los mayores de 65 años afirman que usan la televisión o sus mascotas como su principal forma de compañía.

Niedzwiedz *et al.* (2016) examinan la relación entre la riqueza del hogar, la participación social y la soledad entre las personas mayores en Europa utilizando la Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa (SHARE), obteniendo que el riesgo de soledad es mayor en los grupos con menor riqueza y más bajo en los grupos más ricos, asociándose la participación social frecuente con un menor riesgo de soledad, moderando la asociación entre la riqueza del hogar y la soledad, particularmente entre los hombres, indicando que la participación en actividades sociales puede ayudar a reducir la soledad entre las personas mayores y actuar como un amortiguador contra los efectos adversos de la desventaja socioeconómica. Dado que soledad y pobreza se relacionan entre sí, se podría reducir el sentimiento de soledad si invertimos en mejorar las condiciones de vida de las personas mayores y en una utilización óptima de los centros sociales, clubs y espacios comunitarios de encuentro social, ocio y cultura.

Eskelinen *et al.* (2016) analizan datos sobre el estado de salud de personas mayores y encuentran evidencia de que los sentimientos subjetivos de soledad y deterioro cognitivo se asocian con el riesgo de desnutrición o desnutrición.

Chen y Schulz (2016) llevan a cabo una revisión sistemática de la literatura relativa a la identificación de la prevalencia de la soledad de las personas mayores en China, concluyendo que dicha prevalencia varía entre los estudios, reflejando las diferentes medidas y muestras utilizadas. Estos autores señalan que el estado civil, el género, la edad, el nivel educativo, el nivel económico, el tipo de vivienda, el estado de salud y el apoyo social, constituyen factores importantes relacionados con la soledad, siendo la familia la fuente más importante de apoyo social seguida por los amigos, que mejoran el bienestar subjetivo y la salud mental.

Hansen y Slagvold (2016) examinan la soledad de las personas de edad avanzada en Europa utilizando datos transversales representativos a nivel nacional de la Encuesta de Generaciones y Género. En particular su muestra comprende 33.832 europeos de edades comprendidas entre 60 y 80 años residentes en 11 países. Estos autores emplean una versión corta de seis ítems de la Escala de Jong-Gierveld para medir la soledad, detectando una considerable heterogeneidad entre países en la soledad en la vejez, especialmente entre las mujeres. Sus resultados sugieren que la soledad severa se sitúa entre el 30 y el 55% entre hombres y mujeres en Europa del este, en comparación con el 10 a 20% entre sus pares en Europa occidental y septentrional, estando la soledad fuertemente asociada con un nivel socioeconómico más bajo, peor salud y no tener pareja. Asimismo, se constata que más de la mitad de la varianza de la soledad por países está determinada por la salud, el estado civil y las disparidades socioeconómicas, desempeñando también las diferencias en la riqueza y bienestar social, así como en las normas culturales, un papel significativo a la hora de explicar las variaciones de la soledad entre los países analizados.

Por su parte, d'Hombres *et al.* (2018) analizan las medidas directa e indirecta de soledad incluidas en las olas 2010, 2012 y 2014 de la Encuesta Social Europea (ESS) (que cuentan conjuntamente con más de 106,000 observaciones para 24 países Estados miembros de

la Unión Europea) y utilizan regresiones logísticas para identificar los principales determinantes de la soledad y aislamiento social. Estos autores encuentran que más de 75 millones de adultos europeos se reúnen con familiares o amigos como máximo una vez al mes y que alrededor de 30 millones de adultos europeos se sienten solos con frecuencia. Parece que cuanto más tiempo libre tienen las familias, más solos están sus mayores. Así mismo encuentran que la soledad es más frecuente en los países del este y del sur de Europa que en los del oeste y el norte, documentando que el tener una mala salud, experimentar unas circunstancias económicas desfavorables y vivir solo son factores que se asocian con mayores tasas de soledad. Por último, se constata que la soledad afecta a todos los grupos de edad. Aunque los ancianos pueden registrar un mayor aislamiento social frente a otros grupos de edad, no declaran con mayor frecuencia sentimientos de soledad.

Age UK (2018) trata de comprender las circunstancias asociadas con el sentimiento de soledad experimentado por las personas mayores en el Reino Unido e identificar iniciativas de apoyo a dichas personas para enfrentarse al sentimiento de SND persistente. Los resultados de este estudio indican que el riesgo de sentirse solo es dramáticamente más alto entre aquellas personas que son viudas o aquellas que no tienen a nadie a los que abrirse emocionalmente, comunicando lo que piensa y siente. La soledad ocurre cuando se inhibe la capacidad de las personas para mantener conversaciones e interacciones significativas, por lo que ayudar a las personas a sobrellevar y superar estos sentimientos puede requerir algo más que actividades sociales. Puede requerir apoyo personalizado y barrios que alienten y faciliten a las personas a participar en sus comunidades, tal como veremos al describir la Estrategia contra la Soledad en el Reino Unido.

La importancia de una buena calidad de atención, el transporte y otros servicios públicos para lograr esto, significa que es esencial un enfoque genuinamente intergubernamental.

Además, Age UK (2018) documenta que la soledad es igualmente común en todas las edades, pero que las circunstancias desencadenantes pueden variar según la edad: para las personas más jóvenes esto podría estar relacionado con el abandono escolar, mientras que para las personas mayores la soledad puede comenzar con la pérdida de un cónyuge o la aparición de problemas de salud que les impide hacer las cosas que quieren. Es por ello que los enfoques exitosos para abordar la soledad deben considerar cómo y por qué una persona se ha vuelto solitaria de cara a determinar cómo abordar mejor su situación.

Finalmente, este estudio muestra la importancia de medir la soledad usando tanto una pregunta directa (que incluye la palabra soledad) como una escala indirecta, resultando que usar únicamente una pregunta o escala directa puede conducir a una seria subestimación de la prevalencia de la soledad. La amplitud y profundidad de este problema subraya la importancia de una estrategia intergubernamental sobre soledad y no perder la oportunidad de actuar.

International Longevity Centre (2019), utilizando datos del Estudio Longitudinal Inglés del Envejecimiento (ESLA), documenta que entre los grupos de mayor edad (más de 75 años), las mujeres tienen más probabilidades de sentirse solas que los hombres mayores, al menos de expresar dicha emoción, y que las personas mayores no blancas son más propensas a experimentar niveles de soledad más elevados que las personas mayores blancas.

Por último, el informe de la Sociedad Británica de Geriátrica y del Royal College of Psychiatrists (British Geriatrics Society y Royal College of Psychiatrists, 2019) indica que las personas mayores tienen más probabilidades de experimentar soledad en comparación con las personas más jóvenes debido a problemas como el duelo, el aumento de la vida útil en comparación con amigos y familiares, problemas de salud y movilidad deficientes que hacen que sea más difícil abandonar su hogar. El informe señala que los profesionales de la salud pueden ayudar a prevenir la soledad y el aislamiento social garantizando un adecuado tratamiento de los problemas de salud que limitan la independencia, como el dolor crónico, la discapacidad visual, la incontinencia, los problemas de articulación, la desnutrición y la salud bucal. También es crucial que los profesionales de la salud identifiquen rápidamente la depresión, el deterioro cognitivo y la demencia y que proporcionen intervención y apoyo, incluido terapias para hablar, intervenciones psicosociales y, en su caso, medicación.

Los profesionales de la salud están llamados a desempeñar un papel clave para identificar a las personas mayores que experimentan la soledad y para asegurar que puedan acceder al apoyo y los servicios adecuados para ayudarlos. Por último, el informe resalta la importancia del problema de la soledad y la necesidad de que deba ser abordado tanto por el sector público como por el sector privado y el tercer sector social, recomendando que las autoridades y organismos competentes deberían ser más receptivos a las necesidades de las personas mayores, que a menudo son diferentes y más complejas en comparación con las personas más jóvenes. También, recomiendan que el sector público debería celebrar acuerdos a largo plazo con las entidades del tercer sector social involucradas con el fin de asegurarles una financiación sostenible para poder contribuir a que las personas mayores tengan una buena calidad de vida y estén capacitadas para vivir una vida plena y feliz en sus últimos años.

Valoraciones todas ellas que están en la base de la Estrategia contra la Soledad del Reino Unido.

Guthmuller (2022), a partir de información recopilada por la Encuesta sobre Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa (SHARE), destaca la relevancia de las intervenciones en la vida temprana para abordar la soledad en la vejez, y muestra que estas y las intervenciones destinadas a aumentar el apoyo social en la vejez deben adaptarse a todos los tipos de personalidad.

I.6.2 Mujeres

Durán Heras (2020) señala que las mujeres envejecen de una forma muy distinta, no sólo porque son más longevas, sino porque, además, se emparejan mayoritariamente con hombres mayores que ellas, por lo que a la hora de envejecer o de morir, tienen menos probabilidad de estar acompañadas por su pareja de lo que lo están los hombres.

En relación con la maternidad primeriza, existen pocos estudios que investiguen el problema de la soledad en este grupo de población. Lee *et al.* (2019), utilizando datos de entrevistas semiestructuradas y un análisis interpretativo fenomenológico, intentan comprender las experiencias de soledad de siete nuevas madres, documentando la soledad que surge de hacer autocomparaciones desfavorables con las normas maternas percibidas, del contacto social reducido y de las relaciones carentes de empatía. Los resultados de este trabajo sugieren como posibles soluciones para mejorar la soledad en las madres primerizas el fomentar la empatía con sus parejas y contrarrestar las representaciones poco realistas prevalentes de la maternidad con relatos más pragmáticos.

En el estudio de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (2019) se analiza la situación de las mujeres mayores de 65 años víctimas de violencia de género y se detecta que el 67,6% de las mujeres entrevistadas viven solas, siendo la soledad una consecuencia inevitable tanto del aislamiento social al que se han visto o se ven sometidas por el maltratador, como de las experiencias traumáticas y las consecuencias negativas derivadas de la violencia de género en múltiples aspectos de sus vidas. Asimismo, se señala que para este colectivo la realidad de la soledad produce una vulnerabilidad adicional porque, en el caso de producirse agresiones o situaciones de peligro, estas mujeres carecen de testigos o personas próximas a quienes solicitar ayuda. De esta forma, la vivencia combinada de la soledad y el miedo multiplica los daños conformando un binomio que genera estrés, ansiedad y depresión.

También en las mujeres la soledad social tiene lugar como consecuencia de las desigualdades de género que se producen en la actividad laboral y la ansiedad social consiguiente asociada a los procesos de promoción y mejora de estatus. En este caso, la desigualdad es el caldo de cultivo en el que se genera el estrés, la ansiedad y la soledad. En este sentido, Arnoso *et al.* (2022), a partir de datos del País Vasco y la utilización de entrevistas fenomenológicas y muestreo no aleatorio, exploran las experiencias subjetivas de soledad entre mujeres usuarias de servicios sociales comunitarios utilizando un enfoque interseccional como estrategia de análisis.

I.6.3 Personas en situación de dependencia

Hacihasanoglu *et al.* (2012) observan que ser totalmente dependiente para realizar las actividades diarias aumenta significativamente el nivel de soledad.

Barranco Avilés y Vicente Etxevarría (2020) examinan la discriminación por razón de edad en España y documentan que el problema de la soledad afecta especialmente a las personas dependientes debido a que los servicios sociales se orientan a las necesidades de alimentación, aseo y al apoyo en la toma de medicamentos, pero no se tiene en cuenta la soledad, lo que los lleva a la marginación. Estas autoras defienden la puesta en marcha de políticas públicas que provean servicios de apoyo a la vida independiente que eviten la soledad y el aislamiento de las personas mayores.

Investigaciones recientes en España (Fundación Pílares, 2019) basadas en entrevistas en profundidad a profesionales de los servicios sociales de ayuda a domicilio, así como en grupos de discusión con familiares cuidadores, en el caso de la Comunidad de Cantabria, nos muestran la importancia de la lucha contra la soledad, que el acompañamiento es tanto o más importante que el apoyo instrumental. Entre sus conclusiones se afirma la necesidad de orientar todo el sistema de ayuda a domicilio y la teleasistencia a reforzar la autonomía de las personas. Las personas usuarias de servicios domiciliarios demandan, junto al apoyo instrumental, prestaciones de acompañamiento y apoyo personalizado. Lo que requiere cambios en la gestión de los servicios de apoyo: centrarse en las personas (el acompañamiento es la principal demanda), continuidad y calidad. Un enfoque que exige dar “voz” a la persona dependiente. En este sentido los servicios domiciliarios de apoyo a personas en situación de dependencia contribuyen a paliar la soledad.

I.6.4 Personas con discapacidad

Las personas con discapacidad experimentan inicialmente los mismos cursos vitales que el conjunto de miembros de toda sociedad. No son diferentes. Sin embargo, tener una discapacidad significa una mayor propensión a sufrir situaciones de soledad y barreras sociales y físicas que las personas sin discapacidad.

Burholt *et al.* (2017) demuestran que la discapacidad tiene un efecto indirecto significativo sobre la soledad a través de su influencia sobre las habilidades sociales, especialmente vía el deterioro cognitivo. Asimismo, Cox (2017) señala muchas de las barreras que limitan la construcción de conexiones sociales para personas con discapacidad (incluida la necesidad de transporte accesible y edificios, apoyo financiero y atención social adecuada), pero que también existen otras relacionadas con los bajos niveles de comprensión y conciencia pública de la discapacidad que afectan negativamente la posibilidad de hacer conexiones y encontrar intereses comunes con otros, señalando que el 49% de las personas sin discapacidad no cree tener algo en común con las personas con discapacidad, mientras que el 26% admite que ha evitado entablar conversación con una persona con discapacidad.

Las inercias de los imaginarios colectivos, que cambian lentamente a lo largo del tiempo, los estereotipos sociales y las barreras institucionales y físicas, son factores que no generan directamente soledad, salvo en ciertas circunstancias, pero que crean las condiciones para que la experiencia de la soledad social sea una realidad.

En el estudio sobre la soledad de la Fundación ONCE (Díez Nicolás y Morenos Páez, 2015), antes mencionado, se señala, en base a una muestra representativa de personas con discapacidad, que la gran mayoría de este colectivo vive acompañado (el 80%,) y que la soledad afecta al 20% (de manera voluntaria - 10,6% - o por obligación - 7,8% -), porcentajes casi idénticos a los de la población general, según esta misma encuesta. Hablamos de un porcentaje inferior a 10% del colectivo que vive sólo por obligación. Pero lo relevante no es tanto la experiencia de vivir en soledad como el riesgo que implica la discapacidad y las barreras sociales y físicas que pueden limitar la integración.

I.6.5 Diversidad sexual y de identidad de género

En cuanto a las personas que tienen un sexo, una orientación sexual o un género no aceptados por la heteronorma y el binarismo tradicionales, Beach, B. (2019) analiza las desigualdades en salud entre personas mayores del colectivo LGBT en el Reino Unido, detectando que el riesgo de soledad y aislamiento social no son experiencias universales entre este grupo de personas, si bien el riesgo aumenta cuando los recursos para que se reúnan y socialicen con otros miembros de la comunidad no están disponibles ni accesibles.

Por su parte, los hombres homosexuales mayores se han visto muy afectados por la epidemia del VIH y la consiguiente pérdida de amigos y parejas. Algunas personas mayores LGBT describen los desafíos que afrontan para formar nuevas redes heterosexuales con dificultades para encontrar puntos en común o sintiendo que no pueden manifestarse como realmente son. FELGTB (2019) analiza, a través de una muestra de 145 personas mayores LGTBI, algunos elementos clave para entender la posición social de este colectivo, señalando que las personas mayores LGTBI experimentan tasas más elevadas de soledad y aislamiento que la población general, y con menores apoyos de sus redes familiares, lo que se une a su discriminación y déficit de aceptación social.

I.6.6 Infancia y juventud

La Office of National Statistics (2019) analiza la percepción de soledad y sus circunstancias en los niños de 10 a 15 años en el Reino Unido a partir de datos de la Encuesta de Hogares de la Children Society, detectando una asociación positiva entre la probabilidad de experimentar soledad y no estar satisfechos con las relaciones con sus amigos y con la cantidad de opciones que tienen, con el hecho de que sus padres o tutores no tengan una satisfacción con la vida muy alta, con residir en una ciudad y con la vida en un hogar en pobreza relativa.

Según la firma internacional de investigación de mercados y análisis de datos YouGov (2019), el 30% de los *millennials* (los nacidos entre 1982 y 1999) en Estados Unidos declaran que se sienten solos siempre o con frecuencia en comparación con el 20% de la generación X (nacidos entre 1965 y 1979) y el 15% de los *baby boomers* (nacidos entre 1946 y 1964) (Mahdawi, 2019). Además, el 22% de los *millennials* afirma que no tiene amigos, un porcentaje significativamente mayor que los observados para las

generaciones mayores. El estudio sugiere que el uso excesivo de las redes sociales, la dificultad de hacer amigos por timidez y el no tener pasatiempos o intereses que puedan facilitar las amistades podrían ser las razones principales por las que algunos estadounidenses se sienten solos.

Los adolescentes que muestran una elevada soledad registran una peor salud psicológica y física (Harris *et al.*, 2013; Qualter *et al.*, 2013), incluida una mayor incidencia de síntomas depresivos (Harris *et al.*, 2013; Ladd y Ettekal, 2013; Qualter *et al.*, 2013; Schinka *et al.*, 2013; Vanhalst *et al.*, 2013), intentos de suicidio más frecuentes (Schinka *et al.*, 2013) y victimización severa por acoso cibernético (Larrañaga *et al.*, 2016). Además, los individuos que experimentan aumentos en la soledad con la edad presentan también peores registros en términos tanto físicos (Qualter *et al.*, 2013) como psicológicos (Qualter *et al.*, 2013; Schinka *et al.*, 2013; Vanhalst *et al.*, 2013). Por último, los adolescentes que sufren situaciones de soledad, tanto en los centros escolares como en el seno de sus familias, registran peores resultados escolares, siendo uno de los factores explicativos del riesgo del abandono y la deserción escolar (Roman, 2013), con el consecuente efecto de reducción de su participación en el mercado laboral, de menor probabilidad de encontrar empleo, de mayor exposición a la temporalidad y de menores salarios⁵.

McKay *et al.* (2017) analizan el efecto directo e indirecto de la soledad en el consumo de alcohol entre los adolescentes en el Reino Unido. Sus resultados sugieren que la soledad tiene un impacto sustancial, aunque en gran medida indirecto (a través de la autoeficacia y la búsqueda de sensaciones) en el consumo futuro de alcohol, afectando especialmente a las mujeres jóvenes.

1.6.7 Personas cuidadoras

Aunque prestar atención y cuidados a un familiar o amigo puede brindar beneficios psicológicos, los cuidadores informales también encuentran dificultades que pueden afectar negativamente su calidad de vida y su salud mental y física, entre ellas la soledad. Pueden estar tan ocupadas que no tienen tiempo ni energía y suelen dejar de ver amigos y familia, ya que cuidar a un ser querido y centrarse en su bienestar significa en no pocas ocasiones descuidar el bienestar propio.

En este sentido, Vasileiou *et al.* (2017) documentan que las experiencias de soledad de personas cuidadoras informales se describen con referencia a un contexto de espacio personal reducido y una interacción social disminuida causada por las restricciones impuestas por el papel de cuidador, en un contexto de privaciones y pérdidas relacionales, así como sentimientos de impotencia y de un sentido de responsabilidad exclusiva. Estos autores recomiendan más oportunidades para servicios de cuidado de

5 A estas repercusiones económicas habría que añadir las derivadas de los efectos de la educación sobre la salud, las pautas de consumo y ahorro, las decisiones en el ámbito familiar y los comportamientos y relaciones sociales (Calero Martínez *et al.*, 2011).

relevo, así como una mayor sensibilidad y apreciación social de la valiosa contribución de los cuidadores.

Carers UK (2017) documenta que el 32% de los cuidadores profesionales del Reino Unido se sienten solos o aislados en el lugar de trabajo debido a su función de cuidado. En España existe amplia evidencia empírica sobre el impacto que la función informal de cuidados, no siempre asumida de manera voluntaria, tiene en la salud de las personas cuidadoras, tanto física como mental. El aislamiento social y la soledad son dos experiencias vividas por una parte de este colectivo cuyo impacto en la salud es muy elevado (Larrañaga *et al.*, 2008). Dada su creciente importancia, los expertos (Tobío *et al.*, 2010; Carrasco Bengoa, 2013; Moreno-Colom *et al.*, 2016; Martínez Buján y Vega, 2021) y profesionales de la atención domiciliaria y en comunidad han desarrollado guías de apoyo y de refuerzo de habilidades, entre las que están el mantenimiento de las redes sociales y de amistad, así como aquellas que favorezcan el desarrollo personal y profesional (Rodríguez Rodríguez *et al.*, 2014).

I.6.8 Solitarios temporales

La soledad continúa atrayendo la atención intensa de los medios de comunicación, aunque el enfoque es casi siempre en el 'crónicamente solitario' (aquel que informa sobre insatisfacción con las relaciones sociales durante dos o más años consecutivos). Sin embargo, las personas que están temporalmente separadas de familiares y amigos y sufren importantes transiciones o interrupciones en la vida son igualmente vulnerables a los períodos de soledad. Dichos grupos podrían incluir los trabajadores inmigrantes que llegan al país en busca de empleo, los estudiantes que salen de casa para estudiar, los trabajadores solitarios y las personas que proporcionan atención a tiempo completo a un miembro de la familia.

I.6.9 Personas sin hogar

Este colectivo no ha dejado de crecer en los países de la UE a lo largo de la pasada década (Baptista y Marlier, 2019), asociado no sólo a modos de vida tradicionales sino sobre todo a las expulsiones del mercado de trabajo, rupturas familiares y fallos en la provisión de vivienda social. La Comisión Europea lo considera un problema de especial magnitud social y económica por la pérdida de capital humano que supone y la quiebra del objetivo de inclusión social. Dada su importancia ha recomendado la puesta en marcha de estrategias nacionales contra el sinhogarismo.

Entre los efectos del sinhogarismo se encuentran altas tasas de enfermedad mental y de soledad, así como de consumo de alcohol y otras drogas. La respuesta ha estado, y aún sigue estando, en la intervención social de ONG especializadas en colaboración con las autoridades municipales y regionales.

En el caso de España la competencia de las políticas de prevención e intervención corresponden a las Comunidades Autónomas y Ayuntamientos (Rodríguez Cabrero y

Marbán Gallego, V. 2019). Pero, al mismo tiempo, como en la mayoría de los países de la UE, España ha aprobado una Estrategia de lucha contra el sinhogarismo. El problema objetivo fundamental es la exclusión de la vivienda y el problema subjetivo es la vivencia dramática de la exclusión y la soledad. Las personas sin hogar apenas son visibles socialmente.

1.6.10 Discapacidad y soledad en situaciones de emergencia

A lo largo de las últimas décadas el análisis social ha puesto de manifiesto cómo la integración de las personas con alguna discapacidad o capacidad diferente depende en gran medida de las percepciones sociales y de las políticas sociales, y de cómo se articulen entre sí. Aislamiento y soledad pueden incidir en mayor medida en este colectivo bajo determinadas circunstancias. En este sentido habría que diferenciar, como hacemos a continuación, entre los procesos de integración que tienen lugar bajo situaciones de progreso relativo en la integración social y laboral de personas con discapacidad y aquellos otros de crisis o excepcionalidad. En los primeros destacamos los progresos, barreras y dificultades que tienen lugar en una situación social y económica de estabilidad relativa. En los segundos destacamos los momentos de crisis o ruptura de la estabilidad económica, social e, incluso, sanitaria, como después señalaremos.

-Aislamiento y soledad bajo circunstancias de relativa estabilidad social. Krahn *et al.* (2015) argumentan que el modelo de discapacidad de la Organización Mundial de la Salud que se aplica generalmente es un modelo social y que gran parte del aspecto discapacitante de tener una limitación funcional se debe a las expectativas, restricciones y discriminación que la sociedad muestra hacia las personas con discapacidad. Según estos autores son las barreras de naturaleza física (por ejemplo, escaleras, ausencia de rampas o ascensores), de actitud (por ejemplo, expectativas reducidas o incomodidad con la discapacidad) o de elegibilidad (por ejemplo, oportunidades de empleo) las que crean mayoritariamente de la experiencia de la discapacidad, por lo que la solución sería la implementación de políticas sociales que eliminen la discriminación y promuevan la inclusión.

Alméras (2013) señala que las personas con discapacidad están sobrerrepresentadas dentro de la población en situación de pobreza, vulnerabilidad y soledad. Esta investigadora destaca que la falta de recursos de los hogares, el costo de los apoyos técnicos y servicios de cuidados y los obstáculos a la generación de ingresos con que tropezaban las personas con discapacidad y los encargados de su atención potenciaban el impacto negativo de las deficiencias sobre la calidad de vida de las personas afectadas, lo que incluía su aislamiento y soledad. Así, según los datos de 28 de 33 países, obtenidos mediante las preguntas del censo, las personas con discapacidad visual eran las que tenían menos problemas para incorporarse al sistema escolar y la fuerza laboral con la consiguiente menor prevalencia de soledad, seguidos por las personas con discapacidad auditiva y motriz. Según esta misma autora, las personas con menos oportunidad de integración social son aquellas con deficiencia en funciones cognitivas y mentales y

dificultades para el autocuidado, lo que pone de relieve que, si bien la vida independiente se basa en el principio de inclusión, las personas que presentan alguna discapacidad ven restringidas su independencia y libertad debido a las barreras sensoriales, físicas e intelectuales.

Los estudios que exploran la relación entre la discapacidad y la soledad la han abordado esencialmente como un problema de salud pública (Valtora *et al.*, 2016). Este enfoque biopsicosocial (ver Shakespeare *et al.*, 2016) adopta una perspectiva individualizada y señala que la experiencia de la soledad conduce a problemas de salud que pueden progresar a una discapacidad a largo plazo y que la experiencia de discapacidad interfiere la participación social e incrementa la ocurrencia de la soledad y el aislamiento. Por ejemplo, Paul *et al.* (2006) señalan que la enfermedad y la discapacidad pueden limitar la interacción social y fomentar la sensación de soledad, mientras que Rokach *et al.* (2006) muestran cómo la discapacidad física restringe la participación social y que la autopercepción negativa de sus características físicas tiene en las personas con discapacidad un impacto significativo en sus habilidades emocionales y psicológicas, lo que les pone en riesgo de soledad emocional y aislamiento social.

La mayor parte de la investigación sobre la discapacidad y la soledad se ha centrado en las personas con discapacidad intelectual. Chappell (1994) documenta que las relaciones entre las personas con este tipo de discapacidad no se promocionaban lo necesario en el ámbito profesional, resultando incluso estigmatizada.

Además, Taylor (1999) identifica las dificultades auditivas como un elemento central explicativo de la experiencia de soledad de personas con sordera.

Recientemente, Macdonald *et al.* (2018) analizan una muestra de 680 personas (250 de ellas personas con discapacidad) residentes en la ciudad de Sunderland, al noroeste de Inglaterra y concluyen que las personas con discapacidad presentan, respecto a la población sin discapacidad, una probabilidad más elevada de experimentar aislamiento social y soledad emocional. En concreto, estos autores detectan que el 51,6% de las personas con discapacidad manifiestan sentimiento de soledad, frente al 15,5% de la población sin discapacidad, lo que indica una variación del 36,1% entre los dos grupos. Al desagregar por tipo de discapacidad, Macdonald *et al.* (2018) observan que las personas con discapacidad física y sensorial presentan experiencias similares de soledad emocional (50,8% y 48,6%, respectivamente), registrando las personas con problemas de salud mental un porcentaje ligeramente superior de soledad emocional (63,1%), siendo las personas con discapacidad intelectual las que declaran un mayor sentimiento de soledad (73,1%). Respecto al aislamiento social, los resultados obtenidos por estos autores sugieren variaciones significativas entre las personas con y sin discapacidad (26,4% frente a 8,5%, lo que revela una variación del 17,9% entre ambos grupos). Asimismo, los participantes con discapacidad física (con un 25,4%,) o con un problema de salud mental (con un 25,5%) presentan las probabilidades más bajas de experimentar aislamiento dentro del grupo de personas con discapacidad, mientras que en los participantes con alguna forma de discapacidad de aprendizaje se observa una mayor

probabilidad de experimentar aislamiento social (53.8%) al igual que en aquellos con una discapacidad de aprendizaje específica (63.2%). Por último, Macdonald *et al.* (2018) demuestran que las personas con discapacidad no sólo mantienen un contacto menos regular con familiares y amigos y presentan probabilidades más elevadas de pasar la mayor parte de su tiempo libre solos, sino que también querrían más oportunidades para acceder a actividades fuera de sus hogares, lo que sugeriría que la mayoría de las personas con discapacidad participantes en el estudio no estaban optando por el aislamiento social, sino que se debía a la falta de redes sociales y acceso a actividades dentro de sus comunidades.

Estos resultados son consistentes con los obtenidos en otras investigaciones que identifican como factores coadyuvantes de la soledad emocional y el aislamiento social de las personas con discapacidad el residir en una vivienda inadecuada (Chappell, 1994), la existencia de unos servicios sociales deficientes (Forrester-Jones *et al.*, 2002), el experimentar un desempleo creciente (Oliver, 2009) o la puesta en práctica de políticas de bienestar discriminatorias (Cross, 2013).

-Las situaciones de emergencia social. Las personas mayores y las personas con discapacidad son especialmente vulnerables en situaciones de emergencia como las generadas en la crisis por la COVID-19. No sólo les ponen en peligro sus condiciones de salud, envejecimiento y limitaciones, sino que las condiciones de soledad y aislamiento en las que viven muchas de ellas desempeñan un papel importante frente a su capacidad de responder a la enfermedad. La falta de respuesta de los sistemas de salud puede ser un factor coadyuvante que empeore su situación. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (World Health Organization, 2020a,b) insiste en que hay que garantizar que las personas mayores y las personas con discapacidad estén protegidas de la COVID-19 sin estar estigmatizadas, dejadas en una situación de mayor vulnerabilidad o sin poder acceder a las disposiciones básicas y a la atención social, siendo crucial que estos colectivos reciban el apoyo de sus comunidades durante el brote de la COVID-19, ya que pueden verse afectadas de manera desproporcionada por el brote debido a las graves perturbaciones de los servicios de los cuales dependen. Es por ello que es imprescindible la puesta en marcha de un plan específico que asegure la continuidad de la atención y el apoyo que necesitan estos colectivos vulnerables.

Respecto a las personas mayores, la OMS afirma que la población de más de 60 años corre un mayor riesgo de contraer la enfermedad grave de la COVID-19, siendo fundamental su protección (World Health Organization, 2020a). Ello es especialmente importante en el caso español, donde la atención a las personas mayores, afectada significativamente por los recortes en el gasto social, dispersa y en gran parte privatizada en su gestión, ha puesto de manifiesto carencias e insuficiencias en los dispositivos residenciales (Rodríguez Rodríguez, 2021) y de atención domiciliaria, que pueden trasladarse a la atención primaria del sistema sanitario. En cuanto a las personas con discapacidad, la OMS considera que también presentan un riesgo considerable de contraer la COVID-19 debido a, entre otros, los siguientes factores: a) los obstáculos para emplear algunas medidas básicas de higiene; b) las dificultades a las que se enfrenta a

la hora de mantener el distanciamiento social debido al apoyo adicional que necesitan o porque están institucionalizadas; c) la necesidad de tocar cosas para obtener información del entorno para apoyarse físicamente y d) los obstáculos para acceder a la información de salud pública. Asimismo, los trastornos de salud subyacentes pueden aumentar la probabilidad de que las personas con discapacidad puedan contraer la infección, ya que la COVID-19 exacerba los problemas de salud existentes y porque este grupo de población puede encontrar obstáculos para el acceso a la atención de salud (World Health Organization, 2020b).

En relación con las personas con discapacidad, algunos autores señalan que el énfasis tradicional de la salud pública en la reducción de la mortalidad, la morbilidad y la dependencia podría conducir a una atención insuficiente para este tipo de colectivos (Lollar y Crews, 2003). Asimismo, se afirma que el modelo tradicional de asistencia sanitaria, que erróneamente reduce la discapacidad a un problema del individuo, suponiendo que cada uno debe adaptar sus actividades y expectativas a sus limitaciones funcionales también conllevaría una desigual atención a las personas con discapacidad (Dubuc *et al.*, 2006).

Por último, algunos autores como Harari (2020) defienden el valor disruptivo de la actual crisis de emergencia sanitaria al acelerar los procesos de cambio y reforzar la defensa del bien común y la protección de los más vulnerables que se han registrado en las distintas sociedades. Puede que esta crisis sea sólo la antesala de otras que vendrán, también globales y potencialmente devastadoras (nuevas pandemias, crisis ambientales, etcétera), por lo que seguirá siendo necesario un despliegue de iniciativas de solidaridad y empatía por parte de la población, que complemente las respuestas del sector público, el sector privado y el tercer sector de acción social. Tales iniciativas son especialmente necesarias para la población más vulnerable, entre las que se encuentran las personas mayores y las personas con discapacidad.

I.7. CÓMO INTERVENIR PARA HACER FRENTE A LAS CONSECUENCIAS DE LA SOLEDAD

La evidencia empírica que a continuación señalamos a modo de ejemplo nos informa que la intervención contra la soledad se plantea a dos niveles, tal como recoge el trabajo de Díez Nicolás y Morenos Páez (2015). Como problema individual y como problema social. El consenso mayoritario es que estamos ante un problema social y, en consecuencia, las instituciones públicas deben dar respuesta al problema desde la lógica de la acción pública (así lo afirma 65 de cada 100 entrevistados de la población española, 68 por cien en el caso de las personas con discapacidad). Poco más de la cuarta parte de la población española lo considera un problema individual. Una intervención del sector público que no se contempla en exclusiva sino en colaboración con la sociedad civil organizada y bajo una política estratégica o acción general acordada.

Dicho esto, los estudios sobre intervención con la soledad son de dos tipos: personalizados y generales. Los primeros hacen referencia a herramientas concretas de

intervención social. Son estos los que hasta ahora destacan en la literatura científica. Los segundos se relacionan con políticas o estrategias generales y se encuentran en fase de desarrollo, como veremos en la Parte II de este documento.

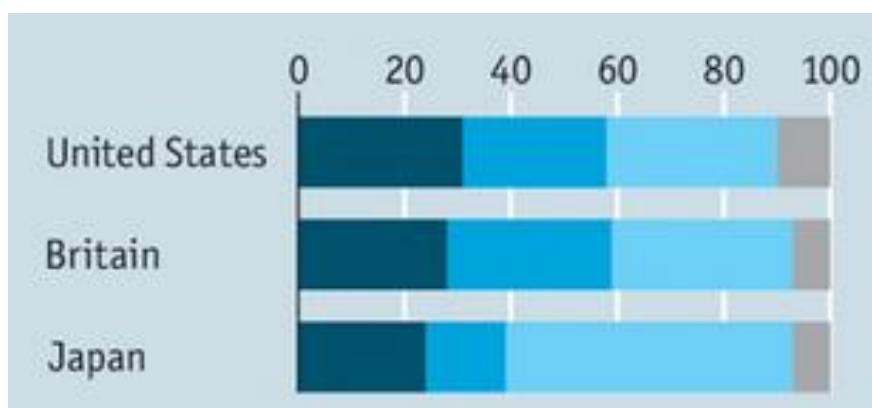
I.7.1 Intervención social en el nivel individual

Weijs-Perrée *et al.* (2015) estudian los factores que influyen en la satisfacción social y la soledad utilizando datos recopilados en Eindhoven y ciudades vecinas en los Países Bajos, descubriendo que la frecuencia de caminar contribuye a la satisfacción social, la frecuencia del ciclismo influye el número de interacciones sociales y la propiedad del automóvil afecta la soledad. Por su parte, el Observatorio de la Soledad (2020) señala que el turismo es un factor a tener en cuenta en la vivencia de la soledad no deseada, ya que incide en la exclusión de las personas mayores que viven en barrios o municipios turísticos, siendo la pérdida de redes vecinales o el comercio de proximidad otros riesgos destacados.

La importancia de utilizar las nuevas tecnologías como medios paliativos de la soledad y para la mejora asistencial ha ganado en importancia durante los últimos años, si bien todos los analistas son conscientes de sus limitaciones. Tres son los autores a destacar en este campo. Khosravi *et al.* (2016) realizan una visión panorámica de los estudios empíricos sobre diversos tipos de tecnologías y su efectividad para aliviar el aislamiento social entre las personas mayores, detectando ocho tecnologías diferentes que se han aplicado para aliviar el aislamiento social: las TIC en general, los videojuegos, la robótica, la información de recordatorio personal y el sistema de gestión social, los chat asincrónicos de soporte de pares, los sitios de redes sociales, la teleasistencia y el entorno virtual 3D. Estos autores señalan que estas tecnologías pueden utilizarse efectivamente para reducir el aislamiento social entre las personas mayores.

Una encuesta realizada conjuntamente en 2016 por The Economist y la Kaiser Family Foundation revela que, de aquellos que dijeron que se sentían solos, el porcentaje de aquellos que tanto encontraron útiles las redes sociales es aproximadamente igual al de los que declararon que los hacían sentir peor (ver Gráfico 1.2).

Gráfico 1.2: Redes sociales y soledad



Mejor	Mejor
Peor	Peor
No usa redes sociales	No usa redes sociales
No sabe/No contesta	No sabe/No contesta

Nota: Respuesta a la pregunta "¿Mejora o empeora su soledad con las redes sociales?" (%). Encuesta sobre la soledad y el aislamiento social, abril junio 2018.

Fuente: The Economist y Kaiser Family Foundation

Adicionalmente, Khosravi y Ghapanchi (2016) llevan a cabo un análisis sistemático de la investigación empírica actual sobre las tecnologías de asistencia aplicadas al cuidado de las personas mayores, detectando ocho cuestiones clave objeto de investigación: vida dependiente, riesgo de caídas, enfermedades crónicas, demencia, aislamiento social, depresión, problemas de bienestar y mal manejo de medicamentos. Asimismo se clasifican las tecnologías de asistencia que se han propuesto para superar esos problemas en seis grupos (las TIC en general, la robótica, la telemedicina, la tecnología de sensores, las aplicaciones de administración de medicamentos y los videojuegos), concluyendo que el uso de tecnologías de asistencia no solo eleva la calidad de vida de las personas mayores, sino que también tiene un impacto positivo en el sistema de salud al reducir los costes, los reingresos y la duración de las hospitalizaciones.

Por último, Stojanovic *et al.* (2017) resumen el conocimiento actual sobre la efectividad de las intervenciones existentes para aliviar la soledad y el aislamiento social entre las personas mayores, señalando que las iniciativas implementadas abarcan en gran medida intervenciones individuales, actividades grupales o enfoques de participación comunitaria, con una cada vez mayor presencia de las intervenciones tecnológicas. Estos autores concluyen que los estudios realizados hasta la fecha no presentan una calidad metodológica satisfactoria y que sus resultados a menudo no son concluyentes. Por su parte, Poscia *et al.* (2018) actualizan esta revisión de la literatura, concluyendo que las intervenciones complejas, así como las intervenciones tecnológicas, proporcionan el mayor éxito, señalando asimismo que los programas de arte en el seno de la comunidad representan una herramienta prometedora para abordar estos problemas.

Asímismo, cabe destacar los estudios que inciden en la importancia de la intervención comunitaria. Entre ellos destacan el trabajo de Franck *et al.* (2016), quienes llevan a cabo una revisión sistemática de los estudios realizados sobre intervenciones para reducir el aislamiento social y la depresión en personas mayores que reciben servicios de atención (comunitarias o residenciales), señalando que en tres de los cinco estudios de intervención incluidos se redujo con éxito el aislamiento social, mientras que únicamente en uno también se disminuyó con éxito la depresión.

También Gardiner *et al.* (2018) realizan una revisión de la literatura sobre las intervenciones para afrontar el problema del aislamiento social y la soledad entre las personas mayores, señalando que la adaptabilidad, el enfoque de desarrollo comunitario y el fomento de actividades solidarias destinadas a la creación de oportunidades para la socialización y formación de nuevas redes sociales resultan factores claves en las intervenciones más efectivas.

Aunque la soledad se ha descrito como un problema de salud pública que la comunidad médica debe resolver (Cacioppo y Cacioppo, 2018), McLennana y Ulijaszek (2018) argumentan que dicha medicalización desalentará la colaboración necesaria que este problema requiere y señalan que la medicina probablemente no tiene instrumentos efectivos con los que abordar por sí sola la ausencia de conexión humana.

DesHarnais Bruce *et al.* (2019), en un exhaustivo estudio para los Estados Unidos basado en un total de 20.096 personas entrevistadas mayores de 18 años utilizando la escala de soledad UCLA y elementos demográficos, estructurales, cognitivos y de comportamiento, realizan un análisis de regresión lineal multivariable obteniendo que el apoyo social, la interacciones diarias significativas y la baja ansiedad social, son factores significativos en la reducción de la soledad, seguidos en importancia relativa por la percepción de buena salud y buena vida familiar, resultando las variables relacionadas con la gestión del tiempo (obtener la cantidad adecuada de interacciones sociales en persona, tiempo para socializar, dormir, tiempo para mí) las asociadas con un menor impacto.

Domènech-Abella *et al.* (2019) señalan que la mejora de la percepción del vecindario y la capacidad de caminar reducen significativamente la prevalencia de la soledad entre las personas mayores europeas.

Las tendencias que configuran la manera en que se organiza el modo en que trabajamos (un mayor uso de la tecnología, más trabajo a distancia y una cultura laboral siempre activa) conllevan que los ciudadanos estén más estresados, menos descansados y empleando más tiempo en las redes sociales y menos tiempo con amigos y familiares. Para enfrentar estos problemas en el hogar y en el trabajo, se han implementado programas dirigidos a ayudar a las personas a construir conexiones sociales más fuertes y a profundizar su compromiso con la salud para mejorar su bienestar general y su vitalidad (Scrutton *et al.* ,2019).

Bowins (2020) sostiene que, puesto que los humanos somos una especie social, animales sociales, no es sorprendente que la actividad social fomente una buena salud mental, destacando el papel de la calidad del contacto social. La evidencia empírica disponible parece sugerir que el contacto social positivo, independientemente de la forma, se asocia con la salud mental y que la soledad, pero no necesariamente el aislamiento, se vincula con la enfermedad mental.

Más recientemente, Hertz (2021) propone soluciones audaces que van desde inteligencia artificial compasiva hasta modelos innovadores para la vida urbana y nuevas formas de revitalizar nuestras comunidades y reconciliar nuestras diferencias, ofreciendo de este modo una visión esperanzadora y empoderadora sobre cómo sanar nuestras comunidades fracturadas y restaurar la conexión en nuestras vidas.

Estos trabajos se incardinan dentro de lo que serían programas operativos para paliar la soledad, pero no abordan una aproximación general del problema, lo que nos remite necesariamente al actual despliegue de estrategias o programas nacionales, regionales y locales.

1.7.2 Intervenciones generales

Estas se basan en políticas o estrategias, sobre todo nacionales y regionales, y programas locales, que comprenden todas las dimensiones del fenómeno e implican al conjunto de la sociedad civil organizada y al sector público. Por ello, ni sería suficiente una repuesta médica (Cacioppo y Cacioppo, 2018; McLennana y Ulijaszek, 2018) ni tampoco una respuesta desde de los servicios sociales.

Esta lógica de intervención contra la soledad, que analizamos con mayor detalle en la Parte II de este trabajo, se basa en la intervención coordinada de los diferentes niveles de gobierno de un país, bajo un prisma multidisciplinar y un modelo de gobernanza que comprenda a todos los agentes públicos y privados interesados. Estos modelos generales suelen tener como referente la definición de la soledad de la OMS: *insatisfacción con el número y calidad de las relaciones sociales*. Las políticas generales van dirigidas a crear entornos favorecedores de relaciones sociales con la cooperación de la sociedad civil y el voluntariado.

Este modelo omnicompreensivo, bajo la forma de estrategias nacionales o programas territoriales, se está abriendo paso en la medida en que la lucha contra la soledad requiere una lógica transversal y cooperación entre actores públicos y privados, como más abajo veremos.

1.7.3 Protocolos sociosanitarios de actuación frente a la soledad no deseada

Aunque afecta a todos los grupos etarios, la soledad es un problema de salud pública que afecta con más intensidad a las personas mayores, particularmente si sufren alguna discapacidad y tienen que hacer frente a barreras físicas y déficits de programas asistenciales. Vivir en soledad, con edades avanzadas, con deterioro del organismo y

enfermedades y la pérdida de la red familiar o social, puede conducir a situaciones de aislamiento social y tener consecuencias negativas para la salud y el bienestar.

Las políticas públicas de salud se ocupan de prever, interpretar y tratar la enfermedad, la discapacidad y la muerte, teniendo como sus funciones cardinales la vigilancia, el desarrollo de políticas eficaces y la garantía de atención (Lollar y Crews, 2003).

Para evitar esta dinámica de vejez-soledad-enfermedad, los protocolos sociosanitarios insisten en considerar la vejez como otra etapa más de desarrollo y madurez, con posibilidades de mantenerse socialmente activos. El enfoque de envejecimiento activo no sólo consiste en incentivar la capacidad funcional física, sino también las competencias sociales y de funcionamiento, que promuevan el equilibrio emocional y el establecimiento y mantenimiento de relaciones satisfactorias. Por ello es necesario que las personas mayores en situación de soledad no deseada siempre tengan acceso a servicios sociosanitarios y a la información de salud pública que necesiten ya que se ha demostrado que las intervenciones comunitarias disminuyen la percepción de soledad, de aislamiento social y la depresión, al tiempo que aumentan el capital social.

La evidencia disponible para el caso británico indica que 3 de cada 4 médicos de atención primaria señalaron que, a diario, entre una y cinco personas acuden a una consulta sólo porque se sienten solas. Asimismo, un 10% de los facultativos indica que el número de pacientes que les visitan a diario por este motivo se sitúa entre los seis y los diez. Es por ello por lo que Ruiz-Sánchez *et al.* (2016) señalan que el equipo de atención primaria ha de promover la autonomía de estos pacientes, facilitar su sociabilidad y actuar sobre sus pensamientos sociales mal adaptados que dificultan su integración social, afirmando que tales acciones tienen un mayor impacto si se realizan en colaboración con el resto de los servicios sociales y sanitarios del territorio y con las asociaciones civiles y religiosas de la comunidad. La responsabilidad de intervenir sobre la soledad y el aislamiento social no recae exclusivamente sobre la atención primaria, debiendo desempeñar un papel central la familia, la comunidad y los servicios sociales y de salud pública.

Las tecnologías de la información y la comunicación pueden ser una oportunidad a la hora de desarrollar soluciones que mejoren la calidad de vida de los colectivos más vulnerables. En particular, la teleasistencia, sobre todo la teleasistencia avanzada, ha sido identificada reiteradamente como instrumento para combatir la soledad, al permitir que las personas mayores y las personas con discapacidad, que no necesitan atención permanente y presencial de otras personas, puedan tener la seguridad de que ante una crisis, (una caída, una emergencia sanitaria domiciliaria, u otra circunstancia de riesgo o peligro) puedan contactar de forma inmediata con el centro de atención, lo que también aporta tranquilidad a sus familias.

La responsabilidad de intervenir sobre la soledad y el aislamiento social no recae exclusivamente sobre el sistema de atención primaria, debiendo desempeñar un papel central la familia, la comunidad y los servicios sociales junto con el sistema de salud pública. Es por ello que, por ejemplo, el Proyecto Piloto de prevención de la soledad no deseada del Plan “Madrid, Ciudad de los Cuidados” (Madrid Salud, 2019) establece tres

líneas básicas de acción que tratan de mejorar el bienestar de las personas en situación de soledad no deseada:

- Difusión y sensibilización en torno a la soledad no deseada.
- Fortalecimiento de redes de apoyo y procesos comunitarios en los barrios.
- Servicio de apoyo y acompañamiento individualizado a situaciones de soledad no deseada.

Este proyecto piloto contempla la puesta en marcha de acciones de difusión y comunicación que den a conocer el proyecto, el desarrollo de estrategias de sensibilización que promuevan una mirada sensible y comprometida con la soledad no deseada, el apoyo a la labor de investigación y reflexión sobre la soledad no deseada, la puesta en marcha de estrategias de articulación con procesos y recursos comunitarios, la creación de redes de apoyo y acompañamiento a personas que sienten soledad no deseada, el impulso de acciones comunitarias que prevengan y den apoyo a este tipo de situaciones, la identificación de personas susceptibles de sentir soledad no deseada, la atención a situaciones de soledad no deseada y la vinculación de las personas en situación de soledad con el tejido socio-comunitario de los barrios.

El Tercer sector de Acción social puede desempeñar activamente, como de hecho lo hace, un rol importante movilizándolo sus redes de voluntariado para romper el aislamiento de las personas mayores y poniendo en valor la iniciativa cívica y la participación de la ciudadanía activa. Los entornos a los que nos enfrentamos son cada vez más volátiles, inciertos, complejos y ambiguos, una realidad en constante cambio a la que debemos ser capaces de adaptarnos cada día con mayor rapidez y en la que las entidades del tercer sector social pueden encauzar la realización de un servicio desinteresado, libre y gratuito, siempre desde la responsabilidad, en beneficio de la comunidad y de una forma más cercana y eficiente que las administraciones públicas o el sector privado mercantil. La experiencia acumulada sugiere que la participación del voluntariado en los proyectos de apoyo a las personas mayores y el fomento de su propia participación, son claves para evitar el riesgo de exclusión social y soledad. En este sentido, las personas mayores precisan apoyo, tanto en el plano instrumental (provisión de servicios directos que cubran sus necesidades básicas), como en el plano emocional (Información, asesoramiento, formación, capacitación y apoyo psicológico), siendo especialmente importante este último para evitar la soledad no deseada y sus secuelas.

Por su parte, el Plan de Salud 2030 del Gobierno de Aragón aborda el reto de la soledad no deseada desde un punto de vista sociosanitario con el objetivo de fomentar que las personas mayores puedan llevar vidas autónomas, integradas y de calidad. Para ello se contemplan las siguientes áreas de actuación:

A) Trabajar con orientación a la salud y no hacia la enfermedad: contemplando intervenciones para que los sistemas sanitarios mejoren las competencias en salud de la ciudadanía, promoviendo la creación de protocolos específicos dirigidos a cambiar estilos de vida, reduciendo hábitos no saludables; priorizando la reducción de

desigualdades en salud según edad, género, clase social, etnia y territorio; detectando y actuando sobre ancianos vulnerables desde Atención Primaria; e impulsando la estrategia de cuidados paliativos en el territorio.

B) Fortalecer la salud de las personas mayores favoreciendo su **autonomía** y el envejecimiento activo: implantando programas de entrenamiento físico, fomentando iniciativas que estimulen la participación de las personas mayores en proyectos intergeneracionales, y promoviendo la presencia sobre este tema en los medios de comunicación para mejorar la imagen de este colectivo y el proceso de envejecimiento,

C) Garantizar un buen morir procurando un entorno adecuado y potenciando la atención en el domicilio al final de la vida: promoviendo la planificación anticipada de decisiones y la participación del paciente y su entorno en las decisiones finales respecto a un final digno de la vida; fomentando la formación continuada de profesionales sociales y sanitarios sobre el final de la vida y la ayuda al bien morir de las personas; y promoviendo la cultura del final de la vida en el domicilio.

D) Estimular el bienestar emocional y trabajar en generar resiliencia en comunidades e individuos: potenciando el aprendizaje sobre habilidades sociales y cultura emocional para aprender a manejar las emociones y el estrés; y fomentando la formación en salud mental, aprendizaje socioemocional y bienestar entre los profesionales de la salud y de la educación, y otros sectores relevantes.

E) Impulsar la coordinación sanitaria y social para lograr una respuesta más adecuada a las necesidades de pacientes y cuidadores: potenciando la atención de proximidad, apoyando a los cuidadores directos y hacer una evaluación sistemática del riesgo social, mejorando los recursos sociosanitarios para apoyar a las familias, y desarrollar un proyecto de continuidad de cuidados en personas que no pueden valerse por sí mismas y que tienen un riesgo social tras el alta hospitalaria.

F) Incorporar el enfoque de salud positiva: implantando un mapa de activos y recursos para generar salud y potenciar la autonomía del paciente; e impulsando redes de detección y apoyo vecinal para evitar el aislamiento.

I.8. LA SOLEDAD EN ESPAÑA. UNA APROXIMACIÓN

1.8.1 Una panorámica general

Desde diferentes disciplinas del saber, como son la demografía, la sociología, la psicología, la geriatría y la gerontología, se está abordando el problema de la SND, con particular énfasis en la soledad de las personas mayores y de la población que cuida a personas en situación de dependencia. Este tipo de análisis han empezado a arrojar luz sobre un problema social complejo, darle visibilidad y servir de base para el diseño de políticas y programas.

Un problema previo es su conceptualización, para la que contamos con trabajos en el caso de la SND en las personas mayores (Pinazo-Hernandis y Bellegarde Nunes, 2018) y, en general, desde el enfoque de AICP (Atención integral y centrada en la persona) (Rodríguez, 2013; Rodríguez y Vilá, 2014; Rodríguez, 2022).

Aunque “soledad” no es equivalente a “vivir solo”, podemos utilizar como primera aproximación al fenómeno de la soledad los datos de la Encuesta Continua de Hogares (ECH) que elabora el Instituto Nacional de Estadística (INE). Según esta fuente estadística, en el año 2020 había en España 4.899.000 personas viviendo solas, 487.000 personas más que en 2013, 54% mujeres y 46% hombres. De esta cifra, 2.131.400j (43,5%) tenían 65 o más años y, de ellas, 1.511.000 (un 70,9%) eran mujeres. En cuanto a los hogares unipersonales de menores de 65 años, el 58,9% estaban formados por hombres (1.629.700) y el 41,1% por mujeres (1.138.000). Respecto al estado civil, los hogares unipersonales de hombres más frecuentes estaban formados por solteros (59,7% del total) y los de mujeres por viudas (43,3%). Los datos por edades de la ECH indican que el porcentaje de personas que viven solas difiere por sexo y edad, siendo más elevado en los hombres en las edades hasta 64 años y en las edades mayores de 65 años en las mujeres.

Este enfoque sociodemográfico cuenta con trabajos como el Boletín de Indicadores de Envejecimiento y Longevidad publicado anualmente (Abellán *et al.*, 2018) en los que se recogen las formas de convivencia y bienestar y se destaca la importancia de las mujeres de edad intermedia y que no desarrollan un trabajo en el mercado ordinario, como pilar del cuidado en España, colectivo en el que la incidencia de la SND es elevada.

No obstante, esta analogía no es absolutamente acertada dado que, como indicamos anteriormente, mientras que el aislamiento social se refiere a la falta de contacto social y pueden cuantificarse objetivamente (por ejemplo, viviendo solo), la soledad se define subjetivamente como una experiencia dolorosa de ausencia de relaciones sociales, de sentimientos de pertenencia o debida a una sensación de aislamiento.

Díez Nicolás y Morenos Páez (2015), como antes hemos señalado, presentan una evaluación pionera del fenómeno de la soledad en España, tanto en la población general como en las personas con discapacidad a través de tres investigaciones complementarias: una primera investigación con expertos en diferentes disciplinas y ámbitos de intervención social para conocer la problemática de la soledad desde diversas perspectivas y que puedan sugerir los principales temas de la investigación; una segunda investigación que consistió en una encuesta a una muestra nacional de 1.206 personas representativa de la población española; y una tercera investigación realizada a una muestra de 320 personas con alguna discapacidad. Estos autores señalan que un 27,5% de los españoles que viven solos afirma no sentir ninguna soledad en absoluto, mientras que un 52,6% de los españoles que viven acompañados afirman haber sentido la soledad en algún momento, siendo 9,2% y 87,6% los porcentajes correspondientes para las personas con alguna discapacidad, estimando que un 7,9% de la muestra global

de los españoles mayores de 18 años y un 7,8% de las personas con discapacidad vive solo por obligación, y no por voluntad propia.

Por otra parte, estos autores detectan que las personas con discapacidad sienten la soledad con mayor intensidad que la población en general, ya que mientras en esta última el Índice de Soledad es 0,9, entre las personas con discapacidad es de 2,1. Por último, si bien el estado civil, los ingresos mensuales totales del hogar y el tamaño del hábitat de residencia, son los factores que parecen influir más en la soledad de los españoles en general, en el caso de las personas con alguna discapacidad el estado civil es la única variable que contribuye significativamente a la explicación de la soledad.

FEM-CET (2018) presentan los resultados de una encuesta telefónica realizada a 1.688 hombres y mujeres mayores de 20 años residentes en Terrassa, Tortosa, Girona, Tàrraga, Santa Coloma de Gramenet, Palma, Logroño y Jerez de la Frontera, concluyendo que existe un alto riesgo de aislamiento social en todas las edades, un riesgo que es especialmente evidente en las personas mayores, sobre todo en las que tienen edades superiores a los 80 años debido a la disminución de la red social de amigos, mientras que la red familiar continúa aportando apoyo a los individuos. Se constata asimismo que, aunque la soledad prevalece de forma importante en diferentes edades, el riesgo de aislamiento es mayor en los hombres que en las mujeres (aumentando en los hombres desde la edad adulta y en las mujeres más a partir de la entrada en los escenarios de la vejez) y que el riesgo de aislamiento incide más en las personas con un nivel educativo más bajo.

Para el caso español, Velarde-Mayol *et al.* (2017) utilizan la escala de soledad de UCLA como instrumento de medida global de la vivencia de soledad para conocer el perfil social en la población anciana que vive sola. Sus resultados sugieren que uno de cada 4-5 ancianos viven solos, fundamentalmente por la pérdida del cónyuge (triplicando las mujeres a los hombres) y que dos de cada 3 personas experimentan la sensación de soledad.

Asimismo, Losada *et al.* (2012) examinan la prevalencia y los determinantes del sentimientos de soledad en una muestra representativa de 272 adultos mayores españoles residentes en centros comunitarios, obteniendo que el 23,1% de ellos informaron sentimientos de soledad, siendo las variables explicativas más significativas ser mujer, ser mayor, vivir sola, tener menos recursos económicos, tener menos salud percibida y estar insatisfecho con la frecuencia del contacto con familiares y amigos (Prieto-Flores *et al.*, 2011).

Estos autores señalan que la soledad contribuye significativamente a la explicación de la salud mental, incluso cuando se controla estadísticamente por el posible efecto de otras variables significativas. Finalmente, Yanguas Lezaun *et al.* (2018b) estiman que la más de la mitad de las personas en centros de mayores experimentan soledad, identificando cuatro factores fundamentales explicativos: la capacidad de disfrutar de las actividades solitarias, la visión positiva de la soledad, la percepción de autoeficacia para gestionar la soledad, y los estereotipos negativos.

Lubbers *et al.* (2019) analizan el número de conocidos con los que cuenta un ciudadano medio en España a partir de una muestra amplia y representativa de la población general para cuantificar el círculo social con el que cuenta. Estos autores incluyen la familia y los amigos íntimos (relaciones sociales fuertes) como los compañeros del trabajo, los vecinos, los profesores y padres del colegio de los hijos o el personal que atiende donde se realizan las compras habitualmente (relaciones débiles), llegando a la conclusión de que el círculo de familiares y amigos íntimos es de unas 23 personas y el círculo amplio de conocidos asciende a unas 536 personas. El ser hombre, ser joven, tener trabajo, estudios superiores y recursos económicos y participar en entidades asociativas son algunos factores que inciden positivamente en el número de conocidos con los que se cuenta, incrementando la probabilidad de tener disponible el apoyo social adecuado (como la disponibilidad de apoyo emocional o económico cuando se necesita), incluso con un tamaño de red íntima similar.

Martínez y Celdrán (2019) tratan de profundizar en el fenómeno de la soledad no deseada a partir de grupos de discusión representativos de cuatro franjas de edad: Adolescentes (de 16 a 18 años), adultos jóvenes (de 19 a 35 años), adultos (de 36 a 65 años) y adultos mayores (de 65 años en adelante). En estos grupos de discusión se abordan cuatro bloques temáticos referentes a la vivencia de la soledad, las estrategias contra la soledad, la percepción de la soledad en otras generaciones y las propuestas de acción para combatir estas situaciones, remarcándose la importancia de la prevención, la lucha contra el estigma de la soledad y la necesidad de combatir el edadismo (discriminación por cuestión de edad), que también desencadena la soledad no deseada.

La mayor incidencia de la SND en las mujeres respecto de los hombres, al menos la soledad expresada, cuenta con trabajos específicos en España. Entre ellos cabe mencionar los de Donio-Bellegarde (2017) y los desarrollados por Pinazo y Donio-Bellegarde (2018) dentro de la actividad de la Fundación Pilares para la Autonomía. Desde la perspectiva de la participación social como medio de integración y evitación de la soledad de las personas mayores destacan los trabajos de Pérez Salanova (2001), así como los trabajos de Díaz Veiga *et al.* sobre las emociones en la edad propecta (2009), entre ellas la de la soledad.

López Casanovas y Beigelman (2021) examinan la relación entre envejecimiento, soledad y salud y resaltan la importancia de buscar estrategias eficientes en prevención y en acompañamiento para que la soledad no deteriore la salud y el bienestar de buena parte de las personas mayores.

Martínez (2021) presenta una guía práctica para facilitar la detección de la soledad no deseada que viven las personas mayores. Para ello, a partir de una extensa revisión bibliográfica, la investigación aplicada y la experiencia acumulada por la entidad “Amigos de los Mayores”, clarifica conceptos clave relacionados con el fenómeno, facilita factores e indicadores sobre la soledad y ofrece herramientas prácticas de tipo cualitativo para su atención.

Biota Piñeiro *et al.* (2022) analizan la percepción de la soledad en la población general residente en la Comunidad Autónoma del País Vasco utilizando una metodología exploratoria-descriptiva y de tipo transversal en la que participaron 272 personas de entre 18 y 76 años. Aunque los resultados obtenidos no muestran diferencias en función del sexo, se detectan diferencias significativas en función de la edad, lo que lleva a los autores a concluir que, si bien el sentimiento de soledad se da en toda la población en general, es más acusado en la edad adulta.

Sala y Martínez (2020) analizan cómo vivieron durante la pandemia las personas mayores que ya sentían soledad antes de la llegada de la COVID-19 a partir de la información proporcionada por una encuesta a 210 personas mayores realizada entre junio y julio de 2020. Del análisis de los resultados obtenidos se desprende que el 41% de las personas mayores encuestadas manifiesta un aumento de su sentimiento de soledad durante la pandemia, el 59% se sintió más vulnerable con la llegada de la COVID-19, hasta el 65% socializó más con su red de amigos y vecinos sintiéndose más seguras y el 92% utilizaron las mismas herramientas de comunicación que antes de la pandemia (sobre todo el teléfono), evidenciándose la existencia de una brecha digital. Por su parte, Briones Peralta *et al.* (2022) examinan el impacto de un programa de intervención multidisciplinar en relación con la soledad, apoyo social, estado emocional y actividad física en personas mayores institucionalizadas y sometidas a confinamiento para prevenir contagios entre las personas residentes dentro de una residencia pública para personas mayores de Cuenca durante el periodo de confinamiento de toda la población española por la pandemia por COVID-19. Los resultados obtenidos para las variables soledad, depresión, equilibrio/riesgo de caídas, aislamiento social y la calidad de vida indican diferencias estadísticamente significativas antes y después del programa, lo que sugiere la relevancia de programas de intervención multidisciplinar cuando sea preciso llevar a cabo confinamientos en personas mayores en residencias.

La abundancia de trabajos sobre la soledad en las personas mayores contrasta, sin embargo, con la escasez de análisis en edades inferiores y en otros colectivos específicos. En este sentido, Lázaro Fernández *et al.* (2022) presentan una descripción de la soledad entre la juventud, ofreciendo diferentes investigaciones empíricas sobre la prevalencia y los perfiles de la soledad no deseada en la población juvenil, así como una descripción de las circunstancias personales, familiares, comunitarias y ambientales que se relacionan con este fenómeno y la identificación de las transiciones vitales que suceden en el transcurso del período vital de la juventud y el tráfico en la adultez temprana y que implican un mayor riesgo en el ámbito de las relaciones interpersonales. Asimismo, Martín Roncero y González-Rábago (2022) analizan la prevalencia de soledad no deseada y su asociación con la salud desde una perspectiva del ciclo vital y las desigualdades sociales. Para ello, empleando datos de la Encuesta de Salud del País Vasco, obtienen que el sentimiento de soledad no deseada afecta al 23,3% de los hombres y al 29,7% de las mujeres, siendo mayor en las personas de edad avanzada y en adultos jóvenes y en las clases sociales más desfavorecidas, detectándose que tal sentimiento se asocia con una peor salud, tanto general como mental.

Más recientemente, el Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada (Fundación ONCE, 2022) examina la percepción sobre la soledad no deseada y su incidencia y notoriedad como asunto social relevante a partir de una encuesta realizada a 411 personas de entre 16 y 74 años, con residencia en España, con una distribución proporcional según datos del INE, por edad, sexo y CC.AA. Entre los resultados obtenidos destacan los siguientes: el 92,9% de las personas encuestadas afirman que se trata de un problema social importante, el 80% cree que la soledad es un problema invisible, el 87,2% cree que es un problema especialmente importante para las personas mayores, el 32,6% sitúa a las personas con discapacidad entre los dos grupos más afectados por la soledad, el 70% conoce o creen conocer personas que pueden sufrir soledad no deseada, el 10,9% se ha sentido frecuente o muy frecuentemente sola sin desearlo durante el último año, al 66% les gustaría realizar acciones para combatir la soledad de personas en su entorno y el 72% de las personas piensa que debe ser una cuestión prioritaria para las administraciones públicas.

1.8.2 La accesibilidad como objetivo de las políticas contra el aislamiento y la soledad

En el análisis del aislamiento y la soledad suelen enfatizarse los factores de calidad de vida, estado de salud e integración social y familiar (por ejemplo, Hansen *et al*, 2015; Heylen, 2019). Siendo importantes, no lo son menos los referentes a la accesibilidad y movilidad de las personas que, aun afectando a toda la población, inciden sobre todo en las personas de edades avanzadas y con discapacidad, en particular en personas mayores con discapacidad y en situación de dependencia. En general se consideran factores secundarios en comparación con los de tipo relacional.

Sin embargo, en el caso español los factores relacionales son un problema menor y, por el contrario, los de accesibilidad y movilidad son centrales ya que afectan a una tercera parte de las personas con discapacidad. Tan importante como la topografía social de la soledad lo es la topografía físico-especial. En este sentido los factores de accesibilidad y movilidad, siendo inicialmente condicionantes de la situación de aislamiento, en comparación con los determinantes relacionales, pueden ser determinantes bajo determinadas circunstancias. En la revisión bibliográfica aquí realizada destacan como factores determinantes los que se refieren a la estructura relacional y de estilos de vida, y muy secundariamente los factores de riesgo que emergen de la estructura física, habitacional y de movilidad de las personas. Seguramente porque la variable discapacidad ocupa un lugar secundario en el análisis y comprensión de la soledad.

En la EDAD 2008 se estima que el 16% de las personas con discapacidad (607 mil personas) viven en hogares unipersonales, de las que casi tres cuartas partes son mujeres. Esto no quiere decir ni que están aisladas ni que se sientan solas. Este indicador de partida seguramente ha crecido en los últimos diez años. De hecho, la encuesta de la FONCE sobre “La soledad en España” de 2015 estima que un 20% de la población con discapacidad vive sola y que casi el 40% de esta población lo hace involuntariamente.

La realidad de la soledad de las personas con discapacidad es un hecho que el CERMI ha destacado en el Manifiesto del día 3 de diciembre de 2019 con motivo del Día

Internacional y Europeo de las Personas con Discapacidad. En dicho manifiesto – “SOS SOLEDAD -Yo también cuento” – se afirma que “La soledad no deseada es una de las lacras de las sociedades llamadas a sí mismas avanzadas. Las mujeres y hombres con discapacidad se enfrentan en su día a día a situaciones de aislamiento social, de separación de la vida en comunidad, que provocan mayores dosis de soledad forzosa”. Entre sus variadas causas se destaca el riesgo de soledad cuando existe un déficit de accesibilidad a entornos (vivienda, edificios y servicios comunitarios en general), a productos de apoyo a la autonomía personal (técnicos, comunicacionales) y a servicios esenciales (sanitarios y sociales). Riesgo que se agrava cuando, además, coinciden factores como son el hábitat (la variable urbana/rural) y el simbólico (estereotipos sociales). Un riesgo que afecta sobre todo a las mujeres que sufren alguna discapacidad.

La eliminación de barreras forma parte de los objetivos de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y más recientemente de la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la ONU. De ambos, sobre todo de la Convención, se deduce el objetivo de avanzar hacia la accesibilidad universal a los entornos, productos y servicios, comenzando por la vivienda. Reducir barreras es reducir el riesgo de aislamiento y de soledad no deseada.

La encuesta de integración social y salud de 2012 (INE, 2013) estima que la población de personas con discapacidad que tiene problemas de accesibilidad a edificios (incluida vivienda) es el 34,9% - 30,1% en la población de este colectivo con edades entre 15 y 64 años y 39,5% en los de 65 y más. Las limitaciones en el uso del transporte afectan al 34% de este colectivo – 31,7% de la misma población entre 15 y 64 años y 36,1% de los que tienen 65 y más años. La población con más dificultades para poder usar los edificios habituales, como era de esperar, son los mayores de 74 años: el 47,9% de este colectivo sufre alguna barrera. Para el conjunto de la población con discapacidad la dificultad de participar en sus aficiones personales por razones de accesibilidad a edificios afecta al 21,8% de todo el colectivo.

Esta realidad contrasta con el hecho de que sólo el 4.4% de las personas con discapacidad manifiesta tener alguna limitación para el contacto personal. Son sobre todo las barreras físicas y simbólicas las que limitan la integración social plena. Es decir, el déficit de accesibilidad afecta a un tercio de las personas con discapacidad y ello supone un riesgo de aislamiento y la probabilidad de que una parte de este colectivo de riesgo sufra problemas de aislamiento e incluso de SND. Una situación que se agrava, como decimos, en el caso de las personas mayores con discapacidad, particularmente en situaciones de crisis climática (olas de calor) o pandemias (como el de la COVID-19).

I.9. LA EVALUACIÓN DEL IMPACTO ECONÓMICO DE LA SOLEDAD

En este apartado ofreceremos, en primer, lugar el esbozo de un posible marco analítico con el que cuantificar los costes en los que incurre la sociedad al no abordar el desafío de la SND y, en segundo lugar, una revisión de algunos trabajos empíricos relativos a la evaluación de su coste económico.

I.9.1 Marco analítico para la evaluación del impacto de la soledad

Hay un coste personal enorme para cualquiera que se enfrente a la SND, en cuanto déficit persistente de bienestar individual. Dichos costes, además de los costes estrictamente psicológicos o mentales, pueden tener costes financieros asociados para las personas afectadas, sus familiares y entorno de amistades, así como el coste financiero para los empleadores, para la comunidad, para el sistema de salud y, en general, para la economía. Es por ello por lo que hacemos especial énfasis en evaluar los costes financieros de la SND.

En la evaluación de los costes de no abordar el desafío de la soledad se suele utilizar como marco analítico un modelo centrado en la persona que muestre las posibles vías de impacto de la SND. Dicho marco analítico se basa en una revisión de la literatura académica clave sobre las asociaciones entre la SND y los resultados en diversas variables centrados en la persona, así como los impactos de estos resultados en condiciones de costes para la sociedad en su conjunto.

Dentro de este marco analítico inicial se consideran dos grandes categorías de impacto de la SND para las cuales existe evidencia empírica robusta y cuantificada adecuadamente para su inclusión en el modelo de los costes financieros de la soledad:

- i. los costes para el empleador
- ii. los costes sociosanitarios

Respecto a los costes de la SND para el empleador, dentro de esta categoría se encuentran los costes asociados a la ausencia del trabajo por enfermedad, a la menor productividad y a la menor retención de personal asociado a la SND. Asimismo, y dado que algunos trabajadores son también cuidadores fuera de su empleo en el mercado de trabajo, hay que considerar el coste adicional para los empleadores de esta carga relacionada con la SND que puede suponer días de baja adicionales (New Economics Foundation, 2017).

En cuanto a los costes sociosanitarios de la SND, Baarck *et al.* (2021) señalan que es particularmente difícil hacer estimaciones precisas sobre los mismos dado que muchos de ellos no se registran como condiciones clínicas. En este sentido conviene tener en cuenta tanto los costes de atención médica como los costes de asistencia social por grupos socioeconómicos y categorías de personas en situación de SND (ya que los costes potenciales asociados a los más severos son superiores). Como se describe en la Sección I.6, estos costes socio-sanitarios están relacionados con los efectos de la SND sobre la salud mental (ansiedad, Ebesutani *et al.*, 2015; depresión, Cacioppo *et al.*, 2010;

paranoia, Lim *et al.*, 2016; demencia, Holwerda *et al.*, 2014; y síntomas obsesivo-compulsivos, Timpano *et al.*, 2014), la salud física (alta presión sanguínea, Hawkley *et al.*, 2010; incidencia de accidentes cerebrovasculares, Valtorta *et al.*, 2016; enfermedad coronaria, Hakulinen *et al.*, 2018; cortisol, Doane y Adam, 2010; y expresión génica alterada, Cole *et al.*, 2011) y estilo de vida (ser diabéticos, fumadores, menos activos físicamente y tener colesterol alto, Richard *et al.*, 2017 y tener disfunción del sueño, Cacioppo *et al.*, 2002).

I.9.3. Los costes asociados a la soledad.

I.9.3.1. Enfoque general

A la hora de realizar la cuantificación de los costes asociados a no abordar el problema de la SND, la evidencia empírica nacional e internacional disponible sugiere que se tenga especial cuidado en que se satisfagan los siguientes criterios mínimos:

- a. Representatividad de la muestra: En la medida de lo posible, se han de utilizar resultados de estudios que puedan ser generalizables al total de la población española.
- b. Resultados estadísticamente significativos: En la medida de lo posible, se han de emplear resultados significativos en la construcción de un modelo de costes.
- c. Uso de controles adecuados en el análisis: En la medida de lo posible, sólo ha de utilizarse aquella evidencia empírica que haya contemplado controles adecuados para garantizar que los resultados obtenidos se debieron a la soledad y no a otros factores.

Por otra parte, para emplear información económica que permita cuantificar los costes asociados con la SND, deben armonizarse todos los datos para garantizar la coherencia con los datos de Contabilidad Nacional y poder generar ratios relevantes.

I.9.3.2. Prevalencia de la soledad

Como se señaló anteriormente, para calcular los costes de la SND es necesario adoptar un enfoque basado en la prevalencia, lo que en la práctica significa que se ha de determinar sobre la base de encuestas públicas y privadas qué proporción de la población española experimenta la soledad en un año dado, dadas unas características socioeconómicas, para aplicar posteriormente esas tasas de prevalencia de soledad a los diferentes segmentos de población.

El enfoque basado en la prevalencia incluye todos los individuos afectados por la SND en un año dado, en contraste con un enfoque basado en la incidencia, que tendría en cuenta únicamente la cantidad de nuevas instancias de individuos que experimentan SND en un año determinado.

1.9.3.3. Los costes para el empleador

Para vincular los malos resultados de salud en los empleados a la ausencia por enfermedad, la literatura empírica recomienda utilizar datos de días laborables perdidos por motivo de enfermedad.

Respecto al impacto en la productividad, la evidencia disponible sugiere que la soledad está asociada con una menor productividad en el trabajo. Una posible explicación para este hecho podría residir en que la pobre salud mental (una condición estrechamente relacionada con la SND) tiene un impacto negativo en la memoria, el recuerdo y el reconocimiento; causa distracción por pensamientos negativos; debilita el juicio; inhibe el autocontrol o la asertividad; y reduce la motivación, todo lo cual puede contribuir a una menor productividad (Ford *et al.*, 2011).

En cuanto al impacto sobre la retención de personal, algunos trabajos empíricos lo estiman a través del efecto que la SND puede tener sobre el menor bienestar psicológico y la insatisfacción con el trabajo (Wright y Bonnet, 2007).

1.9.3.3. Los costes sociosanitarios

Gran parte de la investigación realizada sobre la soledad y las acciones de apoyo social ha examinado el impacto de la SND sobre la base de los resultados de salud, por lo que existe una buena evidencia empírica acerca de cómo afecta a la salud en general. Asimismo, existe también una evidencia considerable sobre los vínculos entre la soledad y condiciones de salud específicas. A este respecto, cabe señalar la existencia de fuentes estadísticas y encuestas que pueden ser de gran utilidad para evaluar la reducción en los costes sociosanitarios que podría producir la lucha contra la SND.

1.9.2. Evaluación del impacto de la soledad

Existen dificultades para la medición del impacto económico. Así, la Comisión Europea y el Joint Research Center (Baarck *et al.*, 2021), en su informe sobre la SND en la Unión Europea señalan que la investigación en este ámbito es limitada en la mayoría de los países miembros. En gran medida se considera un coste sanitario, pero no suele recogerse la información necesaria para poder evaluar el coste del impacto de la SND. La literatura existente permite avanzar en la dirección adecuada (Kung *et al.*, 2021; McDaid *et al.*, 2021; Mihalopoulos *et al.*, 2022). La evidencia disponible sugiere que los costes asociados a no abordar el problema de la SND van desde 2 000 millones de euros por año en el caso de atención médica adicional de los Países Bajos hasta posibles costes de por vida de 3,6 millones de libras esterlinas para una cohorte de 5000 personas solitarias en el Reino Unido. En este último caso, el gobierno también estima que la soledad impondría una carga de 2500 millones de libras al año a los empleadores del Reino Unido, de los cuales 2.100 millones de libras recaerían en el sector privado (Fulton y Jupp 2015; GOV UK 2021; McDaid y Park 2021; Meisters *et al.*, 2021).

Kung *et al.* (2021) ofrecen una breve revisión de los hallazgos de la literatura clave sobre la relación entre la soledad, la salud mental y física y los costes de atención médica y presentan evidencias sobre sus tendencias, el alcance de las desigualdades socioeconómicas y sus vínculos con la salud y el uso de la atención médica en Australia.

En la mayoría de los estudios de evaluación económica, la soledad se considera una medida secundaria en lugar de medida primaria, no informando del coste incremental derivado de reducir la soledad, medida utilizando algún un instrumento validado como la escala de soledad de UCLA o la escala de soledad De Jong Gierveld. El resultado primario en las evaluaciones económicas tiende a ser el coste incremental por año de vida ajustado por calidad (AVAC), obtenido como resultado de una intervención de prevención o alivio de la soledad.

La evaluación económica que compara dos o más opciones de intervención se puede utilizar para ayudar a determinar cuál de ellas representa una buena relación calidad-precio en comparación con otras formas (Drummond *et al.*, 2015). Todas las evaluaciones económicas miden los costes de la misma manera, pero difieren en la forma en que miden la efectividad⁶ de los programas de intervención. Los análisis de rentabilidad comparan los cambios en una medida de resultado específica (por ejemplo, medidas en una escala de soledad entre dos o más acciones diferentes) lo que permite una comparación entre diferentes medidas.

El análisis de coste-utilidad mide los cambios en la calidad de vida, lo que permite comparar una intervención de alivio de la soledad con cualquier acción que también tenga un impacto medible en la calidad de vida (por ejemplo, la recepción de servicios de atención médica). Los análisis de coste-beneficio otorgan un valor monetario a los beneficios de mejores resultados (en este caso, niveles reducidos de soledad). Esto significa que el valor de reducir la soledad podría compararse con cualquier otra forma alternativa en que los gestores (dentro y fuera del sistema de salud) decidan gastar fondos públicos (por ejemplo, en acciones para mejorar los resultados educativos o reducir la delincuencia). Otras formas de evaluar el impacto económico incluyen estudios de rentabilidad de la inversión, que comparan los costes de cualquier acción con los costos que pueden evitarse como resultado.

McDaid *et al.* (2016) estiman que los costes potenciales de la soledad para los servicios de salud y asistencia social para una cohorte de personas mayores de 65 años en el Reino Unido ascienden a unas 1,700 libras esterlinas por persona anualmente, pudiendo superar las 6.000 libras para las personas mayores que se sienten más severamente solas. Si se tomaran medidas para reducir la soledad, entonces se podrían evitar algunos de estos costes (Owen *et al.*, 2016).

6 Por ejemplo, Owen *et al.* (2019) utilizan el CEA (Coste análisis-efectividad) para evaluar la rentabilidad de los programas de amistad para mejorar el bienestar y reducir la soledad de las personas mayores, concluyendo que dichas intervenciones son efectivas y ahorradoras de costes, constituyendo un buen uso del dinero público.

New Economics Foundation (2017) estima en 2,5 millardos de libras esterlinas al año el coste de la soledad para los empleadores del Reino Unido. Este estudio se basa en un modelo de impacto que adopta un enfoque basado en la prevalencia y analiza todos los casos de soledad en las poblaciones relevantes. En concreto comprende cuatro vías clave de impacto:

- a) El impacto de la soledad en los resultados de salud de las personas que trabajan y los costes derivados de la ausencia de enfermedad asociada (estimado en 2,5 millones de libras anuales). Para ello se utiliza la evidencia existente sobre los vínculos entre la soledad y la depresión, la enfermedad coronaria y el accidente cerebrovascular, y se calculan los costes para los empleadores de la proporción de ausencia del trabajo por enfermedad debido a estas condiciones.
- b) El impacto de la soledad en la salud de aquellas personas que son atendidos por amigos o familiares en el trabajo, y los costes para los empleadores de la actividad de cuidado asociada de los empleados (estimado en 220 millones de libras anuales), empleando la evidencia disponible sobre los vínculos entre la soledad y la depresión y la demencia, y sobre el número y los costes de los cuidadores para estimar los costes para los empleadores de la actividad del cuidado de los empleados, cuyas condiciones de salud pueden atribuirse a la soledad.
- c) El impacto de la soledad en el bienestar de los empleados y los costes de la reducción de la productividad (estimado en 665 millones de libras anuales), usando para ello la evidencia tanto sobre la relación entre la soledad y el bienestar de los empleados como sobre el bienestar y la productividad de los mismos. Se estima la reducción en la productividad atribuible a la soledad a partir de datos sobre la producción promedio por empleado.
- d) El impacto de la soledad en el bienestar de los empleados y los costes para los empleadores del aumento relacionado en la rotación de personal voluntario (estimado en 1,62 millardos de libras anuales), basándose en información sobre la relación entre la soledad y el bienestar de los empleados, y en datos sobre el bienestar de los empleados y la rotación voluntaria del personal de manera que se puedan estimar los costes atribuibles a la soledad.

Mihalopoulos *et al.* (2022) realizan una revisión sistemática de la literatura existente sobre los costes económicos asociados con la soledad y el aislamiento social, concluyendo que se necesitan más trabajos de investigación para evaluar la carga económica e identificar intervenciones rentables para prevenir o abordar dichos fenómenos.

Como resultado de las implicaciones negativas para la salud asociadas al aislamiento social y a la soledad, estos fenómenos pueden generar importantes costes para los servicios de asistencia sanitaria y social en particular y para la economía en general (por ejemplo, pérdidas en productividad). La carga económica de los problemas de salud a menudo se documenta en forma de estudios de coste de enfermedad (COI, en sus siglas en inglés), que ofrecen una evaluación integral de los costes de varias enfermedades e

incluyen categorías de costes como los costes de salud, los costos de atención y los costos sociales más amplios (como la justicia penal, el bienestar social, el coste de los servicios sociales, entre otros) y pérdidas económicas de productividad relacionada con la morbilidad y la mortalidad (a menudo llamados costes indirectos, Larh y Moss, 2011). También se han realizado COI parciales que no contemplan todos los costes relevantes de una enfermedad, pero proporcionan estimaciones de los costes atribuibles a una determinada afección.

McDaid *et al.* (2021) revisan la literatura existente sobre los costos económicos asociados con la soledad y el aislamiento social, así como la evidencia sobre la rentabilidad de las intervenciones para prevenir o abordar la soledad y el aislamiento social, concluyendo que ante la escasez de evidencia disponible que evalúe principalmente los costes económicos de la soledad hace necesaria la realización de más investigación para evaluar la carga económica e identificar intervenciones rentables para prevenir o abordar la soledad y el aislamiento social.

Por su parte, McDaid *et al.* (2022) analizan la investigación que examina la soledad, destacando las importantes carencia existentes en la evidencia empírica y sugiriendo áreas prioritarias de financiación: (1) el seguimiento de la soledad y sus impulsores, así como sus consecuencias en la población y entre subgrupos específicos, (2) la detección de cambios en la prevalencia o grupos más afectados por la soledad transitoria, con el fin de comprender cuándo y cómo se vuelve crónica, (3) las comparaciones de estimaciones locales de soledad con estimaciones nacionales, y (4) la mayor consistencia de medición para encuestas a nivel de población.

En general, en la literatura existente se encuentran trabajos que estiman el coste de la soledad desde diferentes ángulos. Sin embargo, no existen análisis sobre el coste de no dar respuesta a la soledad, es decir, estimación de costes *ex ante*.

I.10. CONSIDERACIONES FINALES

En esta primera parte hemos revisado la reciente literatura, nacional e internacional sobre la soledad, delimitando su concepto, indagando en sus causas, examinando sus consecuencias, investigando sus manifestaciones en diversos colectivos, analizando la eficacia de las intervenciones existentes para afrontarla, aproximándonos inicialmente a la situación en España y explorando los procedimientos existentes para la evaluación de su impacto económico. A modo de síntesis señalamos a continuación las principales conclusiones.

1. **La soledad es un fenómeno social ambivalente.** En ese sentido el enfoque de este trabajo se centra sobre todo en destacar la soledad objetiva en su dimensión de **soledad no deseada (SND)**. Dicho de otra manera, aquí consideramos la **soledad social no deseada y los factores asociados a la misma** (sociales, institucionales, culturales y económicos), y no la soledad emocional o subjetiva ya que ello desborda nuestro enfoque. Lo que no quiere decir que sean dos dimensiones separadas, sino

profundamente interrelacionadas. Es inevitable que la SND esté relacionada con el aislamiento social, las fronteras entre esta y la SND son porosas. La soledad social, entreverado de SND y aislamiento social, se caracteriza por la existencia de un déficit de relaciones o contactos sociales valorado como tal por una persona a partir de sus circunstancias personales y en un entorno social e institucional dado. El aislamiento y la soledad voluntarios no forman parte del problema social aquí analizado. La SND se relaciona profundamente con la cantidad y calidad de las relaciones sociales que una persona tiene, tanto a nivel micro como mesosocial. Como factores condicionantes hay que destacar la existencia de barreras a la accesibilidad de entornos, tecnologías e instrumentos que favorecen la integración y evitan el aislamiento social, así como la discriminación por razón de edad, condición social o discapacidad.

2. **La medida de la soledad**, en particular la SND, suele realizarse mediante escalas que indirectamente miden el bienestar en base, por ejemplo, al número y frecuencia de relaciones familiares y sociales y modos de participación social. Entre este tipo de escalas de medida indirecta están la Escala de Soledad UCLA que consta de 20 elementos destinados a medir los sentimientos subjetivos de soledad y los sentimientos de aislamiento social, y su versión más corta, la Escala de soledad UCLA de 3 elementos. Existen otras escalas como es la de Jong Gierveld que consta de 11 elementos y su versión más corta de 6 elementos, de Jong Gierveld y Van Tilburg, 2006. También existen escalas de aislamiento, como es la de Lubben. En todos los casos se trata de medidas de aproximación para captar la red relacional realmente existente que puede favorecer la experiencia individual de la soledad. Las escalas proporcionan información sobre las condiciones sociales de la soledad y cómo son interpretadas por las personas.

3. **Sentirse solo**. No hay una única razón para sentirse en soledad, pudiendo las causas variar entre personas y en el transcurso de la vida. La soledad ocurre no sólo como consecuencia de una disminución en el contacto social o un cambio en la calidad de las relaciones que se establecen, sino que puede estar también relacionada con el sentido de sí mismo que experimenta una persona y de su sentimiento de pertenencia, es decir de la valoración de las relaciones sociales y familiares. Por tanto, una estructura de relaciones sociales es un hecho que puede ser interpretado por un sujeto social de muy diversas maneras. Esta interpretación personal está condicionada tanto por factores como la edad, el género, la condición socioeconómica y el status, como por la construcción social de la soledad a través de la educación, la cultura y los medios de comunicación. La existencia de un capital social sólido y la capacidad de autonomía o empoderamiento son factores que contienen la soledad e incluso la transforman en formas de actividad y participación social.

4. **Las consecuencias de la soledad**. La soledad es un problema frecuente y global para las poblaciones de las sociedades avanzadas, más desiguales y más competitivas, y varios estudios diferentes lo han relacionado con múltiples afecciones crónicas, que incluyen: enfermedades del corazón, enfermedades pulmonares, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, arteriosclerosis, derrames cerebrales y trastornos

metabólicos, como la obesidad. La soledad constituye un importante predictor de problemas de salud mental, como la depresión, el estrés psicológico, ansiedad y el deterioro cognitivo. Los impactos de la soledad recorren toda la estructura social. Además de la mayor propensión a la enfermedad que provoca la soledad, también hay que señalar su impacto en el trabajo y en la productividad, en la propensión al consumo y el ocio, en el coste de cuidados y de acompañamiento que suelen recibir las personas que la sufren.

5. **Grupos sociales de riesgo.** Como hemos dicho antes, la soledad recorre toda la estructura social. Pero existen grupos de riesgo que, por sus características sociodemográficas, pueden sufrir la soledad en mayor medida. Las personas mayores son el principal grupo de riesgo dada la creciente longevidad, asociada a cambios en las condiciones de vida y sociabilidad, así como en las estructuras familiares. Gran parte de la literatura se ha centrado en el análisis de la soledad en las personas mayores, que afecta en dos terceras partes a mujeres. Pero también en cómo afecta la soledad a la población cuidadora, mayoritariamente compuesta por mujeres. Grupos de especial riesgo son las personas con discapacidad, si bien las tasas de soledad no deseada son prácticamente idénticas a las de la población general; barreras físicas y sociales suelen crear las condiciones de aislamiento involuntario y la consiguiente soledad. También hay que destacar como grupo de riesgo las personas sin hogar (en su gran mayoría hombres). La dependencia es un factor de riesgo, sobre todo en el caso de la gran dependencia. Finalmente, la soledad afecta a la infancia excluida o que vive en hogares pobres y a jóvenes afectados por las dificultades de la inclusión sociolaboral.

6. **La intervención contra las consecuencias sociales de la soledad.** En los últimos decenios se han diseñado y aplicado programas de intervención social, en unos casos liderados en exclusiva por el sector público, pero también, y en mayor medida, por este sector en cooperación con las organizaciones de la sociedad civil (caso de las ONG de acción social de personas mayores, personas con discapacidad, personas sin hogar, personas en situación de dependencia, entre otras). Programas de activación y participación social, de acompañamiento mediante voluntariado, uso de las tecnologías de la información, formación, apoyo personal en el proceso de provisión de servicios domiciliarios y residenciales, son algunas de las formas de intervención social. También, la definición de protocolos para situaciones de emergencia y la centralidad de los programas de accesibilidad.

Pero la dimensión del problema social de la soledad ha exigido dar un paso más mediante el diseño de políticas o estrategias nacionales como marco orientador del conjunto de los programas existentes y con el objetivo de aplicar una lógica general y transversal a todas las políticas.

La fragilidad que conlleva el aislamiento y la soledad puede verse agravada en situaciones de crisis, sean económicas (sobre todo si reducen los recursos disponibles para las políticas sociales) o sanitarias (como es el caso de las pandemias). En estas circunstancias la discapacidad es un factor de riesgo, además del propio riesgo de la

edad. Las políticas públicas están normalmente preparadas para dar respuestas a lo largo del tiempo, pero no siempre bajo situaciones de crisis agudas. Un factor que debe destacarse en el análisis social y en el diseño de las políticas.

7. La soledad en España. Los análisis de la soledad y el desarrollo de programas de intervención social contra sus efectos, cuenta ya con un cierto recorrido temporal, algo más de dos décadas, sobre todo en el caso de la soledad de las personas mayores. Tanto mediante encuestas, como con el concurso de técnicas cualitativas, el conocimiento sobre el fenómeno de la soledad se ha incrementado significativamente, si bien la conciencia de la sociedad española sobre la dimensión del problema está aún en fase de maduración. Una diversidad de disciplinas se ha incorporado al estudio del problema social de la soledad. Las dimensiones sociológicas y psicosociales del fenómeno están teniendo un gran desarrollo. No conocemos la efectividad de los programas públicos y privados que son aplicados contra la SND ni disponemos de estudios de valoración de impacto económico de la soledad.

8. El régimen de bienestar como condicionante de la soledad. La SND, tal como hemos señalado a lo largo de este documento, es función de las condiciones de vida y del grado de integración social, valoradas individualmente en un momento dado. El régimen de bienestar, es decir, las políticas sociales de prestaciones económicas y servicios son un componente del ingreso de los hogares y, por tanto, tienen un impacto directo en las condiciones de vida y pueden facilitar la integración social, factores ambos que influyen en la valoración de la soledad por parte de quienes la sufren o pueden sufrirla.

Los programas específicos de apoyo y acompañamiento, de eliminación de barreras de todo tipo, de inclusión, formación y ocio, entre otras, son un input del bienestar. La dimensión social del problema está conduciendo hacia la elaboración de políticas nacionales o estrategias integradas de lucha contra la soledad.

9. La evaluación de impacto económico de la soledad. La ciencia económica cuenta con herramientas para el análisis del coste del impacto de la soledad, así como para el análisis del coste-efectividad de programas y políticas. Existen ya algunas valoraciones de impacto del coste de la soledad en la producción, la enfermedad y en los cuidados personales. En mucha menor medida sobre costes de oportunidad. Prácticamente todos los análisis aplicados son ex post, en relación con una situación dada de SND. No disponemos de análisis ex ante que den cuenta del coste de no intervenir frente a las consecuencias de la soledad.

PARTE II. POLÍTICAS PÚBLICAS CONTRA LA SOLEDAD

Índice

- II.1. Introducción.
- II.2. Las políticas públicas de prevención y lucha contra la soledad no deseada
- II.3. Panorámica de la soledad en la Unión Europea y políticas públicas
- II.4. Políticas nacionales contra la soledad: Reino Unido, Países Bajos, Alemania y España
- II.5. Consideraciones finales

II.1. INTRODUCCIÓN

En la Unión Europea (UE) en torno a 30 millones de personas afirman estar frecuentemente solas y 75 millones de personas afirman que con frecuencia están aisladas socialmente y que, como máximo, se reúnen con amigos o familiares una vez al mes. Un hecho social de gran dimensión y relevante en cuanto a la capacidad de integración social de las sociedades de los países miembros.

Como consecuencia de esta realidad, durante las dos últimas décadas la soledad no deseada (SND) ha pasado a formar parte de la agenda pública, acelerado por el envejecimiento de la población, los cambios sociodemográficos y laborales y un cambio de mentalidad de las sociedades y de sus dirigentes sobre la importancia de un problema que ha pasado de la condición de estigma a su reconocimiento y visibilidad social.

En documentos recientes, la Comisión Europea (CE) (European Commission, 2019, a; Baarck *et al.*, 2021) destaca la importancia del problema de la soledad y su interrelación con el aislamiento y la exclusión social. Así, afirma que: “el aislamiento social, la soledad y la exclusión social son tres problemas significativos. Si bien la soledad es una sensación subjetiva de no tener la cantidad y calidad de las relaciones sociales deseadas, el aislamiento social es la falta sustancial de contactos sociales, que se puede medir de una manera objetiva...La exclusión social es un proceso más amplio que describe el acceso limitado a los derechos, oportunidades y recursos para ciertos grupos”. Por tanto, en esta diferenciación se destacan, al mismo tiempo, un nivel micro (la experiencia individual de la soledad), un nivel meso (el déficit de capital relacional) y un nivel macro (la existencia de un entorno deficitario de acceso a derechos y prestaciones sociales). Niveles que en la realidad se entrelazan en distintas combinaciones individuales y grupales que deben ser tenidos en cuenta por las políticas públicas.

Este cambio se ha traducido, primero, en programas sectoriales, tanto de tipo preventivo (desarrollo del voluntariado social y del asociacionismo; eliminación de barreras físicas y sociales), como de intervención social (a través programas de apoyo

personal y grupal). Recientemente, los programas sectoriales, en general en el ámbito local y regional, están dando paso a estrategias y planes nacionales, sin que exista aún una política común en el espacio social europeo. Nos encontramos en un tiempo de experimentación de políticas y de aprendizaje y comparación de sus resultados.

En esta segunda parte destacamos los factores que están promoviendo las políticas contra la soledad y los soportes instrumentales en base en los cuales se están desarrollando (Sección II.2). Después, de manera necesariamente sintética, analizamos la estructura social de la soledad a nivel de la UE, las recomendaciones de la CE en la lucha contra la soledad y una panorámica general de las políticas nacionales existentes (Sección II.3). Por último, analizamos la experiencia de cuatro países que representan cuatro modelos de Estado de Bienestar europeos: Reino Unido (modelo anglosajón), Países Bajos (modelo mixto nórdico-continental), Alemania (modelo continental) y España (modelo mediterráneo). De ellos destacaremos sus diferencias en cuanto a objetivos e instrumentos de las políticas contra la soledad, pero también, la relativa convergencia cognitiva que está emergiendo en torno a la valoración del problema y a las políticas que son necesarias para afrontarlo (Sección II.4). Concluye esta parte con unas consideraciones finales sobre las principales tendencias de la UE en la prevención y lucha contra la SND (Sección II.5).

II.2. LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENCIÓN Y LUCHA CONTRA LA SOLEDAD NO DESEADA

¿Qué preocupa a los gobiernos: el coste sociosanitario de la soledad o el deterioro de la cohesión social que supone y la merma de la calidad de vida de los ciudadanos? La respuesta es que preocupan ambas consecuencias de la SND, si bien el primero es el que más se destaca en informes y en los medios de comunicación. Pero el segundo efecto de la soledad, el deterioro de la calidad de vida es el que se está abriendo paso en las políticas y programas, al menos el que tiene una mayor visibilidad.

La soledad social, como hemos señalado en la Parte I de trabajo de aproximación al problema de la SND, es consecuencia del contraste entre las condiciones reales de vida y las expectativas individuales en relación con la integración social, a la vez que consecuencia de un déficit de capital relacional y entornos no accesibles.

En las condiciones de vida desempeña un papel crucial el sistema de bienestar, es decir, los inputs que aportan las instituciones públicas y privadas que producen y redistribuyen bienestar. En tales condiciones tienen un papel fundamental los hogares a lo largo de toda la existencia social (apoyos y acompañamiento); también los mercados, sobre todo los mercados de trabajo (no sólo por los ingresos que aportan sino también por la capacidad de integración o aislamiento que pueden generar); las organizaciones de la sociedad civil (creando un clima de participación cívica o capital social favorecedor de la

cohesión social); y de manera particular el sector público a través de la garantía de condiciones de vida que aportan las prestaciones sociales y servicios públicos de bienestar, así como la creación de entornos institucionales favorables a la cohesión social en colaboración con la sociedad civil organizada (Nyqvist *et al.*, 2019).

Los sistemas de protección social de los países miembros de la UE, mediante servicios y prestaciones, crean el entorno institucional que garantiza la calidad de vida de la gran mayoría de los ciudadanos, precondition de una vida saludable e integrada. No están dirigidos a combatir la soledad sino a crear un clima favorable a la integración social mediante la mejora de la calidad de vida (es decir, a evitar la exclusión social). Pero como la soledad es consecuencia, a veces directa y en todo caso indirecta, de los fallos que se producen en los diferentes sistemas de bienestar mencionados, también el sector público interviene *expost* para paliar los efectos negativos de la soledad, a la vez que se abren paso los programas de prevención.

Sin embargo, los programas y políticas contra la SND pueden tener diferentes orientaciones o enfoques. Pueden ser paternalistas (dejando escaso o ningún margen de acción a las personas afectadas) o pueden ser promocionales (dando protagonismo a las personas). Entre ambos polos extremos existe un continuo de enfoques o perspectivas en las políticas y programas públicos que pueden variar entre países e incluso dentro de un mismo país, dado que las competencias en esta materia son compartidas por las autoridades del Estado central con los gobiernos regionales y locales. Las políticas nacionales, si existen estrategias, suelen estructurarse como un marco institucional de principios generales en coordinación con las políticas de los mesogobiernos y entes locales. Si no existen estrategias o planes nacionales, las políticas se centran en el desarrollo de programas piloto o apoyo a programas ya existentes en el ámbito local. Esta segunda opción está interrelacionándose con estrategias o planes de acción a nivel nacional y de mesogobierno, apoyada en el enfoque de centralidad de la persona como criterio orientador de las políticas de intervención social.

En este trabajo no podemos dar cuenta detallada de los enfoques de las diferentes políticas y estrategias, pero sí destacar cuál es la orientación general que se ha abierto paso en el diseño de las mismas: a) la centralidad de la autonomía personal y el desarrollo de entornos participativos; b) una gobernanza robusta; c) la necesidad de creación de una red de buenas prácticas y observatorios de apoyo a la información y el conocimiento de la soledad. Dicha orientación es la que entendemos ilumina en la actualidad el análisis de las políticas y programas de lucha contra la soledad.

Las recomendaciones de la OMS (2015), referidas al envejecimiento activo y, en concreto, a la lucha contra la soledad y el aislamiento, señalan la necesidad de utilizar una amplia red de recursos, uno de los cuales, tal vez el más importante, son las propias personas que se encuentran en este tipo de situaciones. El enfoque adoptado es el de Amartya Sen, es decir, el desarrollo de aquellas capacidades que pueden bloquear los

efectos más negativos de la soledad, el aislamiento y la exclusión social, como son las “capacidades para crear y mantener relaciones” y las “capacidades para aprender, crecer y tomar decisiones”. En esa misma posición se sitúa la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) que enfatiza en la autonomía de las personas como centro de las políticas públicas.

Los criterios de autonomía personal, responsabilidad compartida, resiliencia, diseño a la medida de los programas, participación activa en cadenas relacionales son, entre otros, los que orientan las políticas en los diferentes niveles (personal y comunitario). Es la perspectiva del empoderamiento y del capital social a las que ya nos hemos referido (De Witte y Van Regenmortel, 2019; Gardiner *et al.*, 2018) que coloca a la persona en soledad o en situación de aislamiento en el centro de la intervención pública y social. Como parte de este enfoque destaca la creación de entornos participativos y relacionales en el nivel local, lo que implica el compromiso activo de la sociedad civil. Todas las estrategias nacionales existentes se basan en la activa implicación de la sociedad civil en cooperación con la acción pública, tal como veremos en los casos nacionales de Reino Unido, Países Bajos y Alemania.

En un plano institucional, la propia Comisión Europea señala cuáles son los factores que hacen exitosas las políticas nacionales y territoriales contra la soledad.

A nivel nacional se señala que, con o sin una estrategia nacional, es necesario aprovechar los programas y políticas ya existentes que se relacionan de distintos modos con el objetivo de luchar contra la soledad (tal como son las estrategias de inclusión social, de envejecimiento activo o de infancia y adolescencia). También se recomienda el desarrollo de enfoques integrados que comprendan áreas como las de salud, vivienda, movilidad, medio ambiente y seguridad. El nivel nacional sirve sobre todo para ofrecer información estadística de indicadores sociales, encuestas longitudinales, evaluación de políticas y difusión de buenas prácticas, además de la financiación de proyectos piloto preventivos o de intervención social. Finalmente, es primordial promover la activa participación de la población a la cual se dirigen los programas y políticas (por ejemplo, en Francia existe el Consejo Departamental de Ciudadanía y Autonomía).

A nivel local la Comisión Europea señala que el éxito de los programas y políticas puede lograrse cuando actúan a escala pequeña, sobre todo en barrios. Las acciones locales pueden mejorar la accesibilidad, la creación de redes y contactos, así como la posibilidad de intervenir en los niveles individual, grupal y comunitario. También en el nivel local se identifican con mayor precisión los grupos de riesgo y se puede actuar para mejorar la situación de las personas en situación de riesgo de soledad o en soledad y para aumentar sus habilidades sociales o cognitivas. En el nivel local pueden desarrollarse programas como el de Países Bajos (Gouden Dagen) para mejorar el conocimiento entre vecinos y promover relaciones de solidaridad. La enseñanza de habilidades digitales para personas mayores que viven o se encuentran solas es importante, si bien la digitalización puede

disuadirlas de establecer contactos y relaciones persona a persona. Igualmente, el aprovechamiento de las redes de actores existentes de muy diferente tipo: deportivo, religioso, ocio. Los profesionales y voluntarios necesitan tiempo para generar confianza y relaciones con las personas que necesitan o demandan apoyos.

El voluntariado constituye un elemento central en la lucha contra la soledad y en evitar el aislamiento social, si bien precisa formación *ad hoc* sobre la soledad y el aislamiento. Son necesarios espacios para que los actores sociales e institucionales compartan conocimientos y buenas prácticas. Por último, es imprescindible evaluar los resultados de las políticas en el nivel local. La evidencia disponible señala que los programas que logran éxito son aquellos que cumplen las condiciones de participación de la comunidad, centralidad de las personas en situación de SND y actividades de apoyo al compromiso activo de los actores implicados.

II.3. PANORÁMICA DE LA SOLEDAD EN LA UE Y POLÍTICAS PÚBLICAS

II.3.1. Panorámica de la soledad

El análisis de la soledad en la UE cuenta con información procedente de dos encuestas: la Encuesta sobre Calidad de Vida (EQLS, 2016) que pregunta sobre el sentimiento de soledad en las dos últimas semanas⁷, y la Encuesta Social Europea (ESS, 2014) que hace la misma pregunta referida a la semana previa a la entrevista, aunque con una escala diferente⁸. Tomando como referencia la EQLS, el resultado es que en 2016 el 7 por cien de la población europea con 18 o más años se ha sentido sola durante todo el tiempo o muy frecuentemente. También se pregunta por la frecuencia de las relaciones familiares y sociales con el fin de medir el aislamiento social o soledad social objetiva.

En 2016, según la Encuesta Europea de Calidad de Vida, 75 millones de ciudadanos de la UE se consideraban socialmente aislados (es decir con una frecuencia de contactos con familiares, amigos y compañeros de trabajo inferior a un mes). De esta población, aproximadamente 30 millones se sienten con frecuencia solos (en torno a 7% de la población), tal como hemos dicho antes. En el Cuadro 2.1 se refleja el resultado de la situación de soledad existencial o subjetiva en función de diferentes características sociodemográficas.

⁷ La respuesta a la pregunta es que la persona se haya sentido sola: 1: Todo el tiempo; 2: La mayoría de las veces; 3: Más de la mitad del tiempo; 4: Menos de la mitad del tiempo; 5: Algunas veces; 6: En ningún momento; 9 No; 99: No contesta.

⁸ La respuesta a la pregunta se escala como sigue: 1: Nunca o casi nunca; 2: Algunas veces; 3: La mayoría de las veces; 4: Todo o casi todo el tiempo; 8: No se.

Cuadro 2.1

Prevalencia de la frecuencia de la soledad según características sociodemográficas en porcentaje (EQLS, 2016)

Sexo	
Hombre	6,1
Mujeres	8,2
Edad	
18-24	4,2
25-44	5,5
45-64	7,2
65-74	8,2
75+	14,3
Tipo de convivencia	
Vive al menos con una persona	4,5
Vive solo/a	15,4
Estado matrimonial	
Casado /a	4,1
Soltero/a	5,7
Separado/a o /divorciado/a	11,5
Viudo/a	17,9
Limitación de actividades de la vida diaria	
Sin limitaciones	6,7
Con limitaciones	14,5
Estado subjetivo de salud	
Muy bueno o bueno	5,8
Malo o regular	22,5
País de nacimiento	
Nacional	6,1
Nacido en la UE	8,6
Nacido fuera de la UE	8,6
Grado de urbanización	
Vive en área rural	7,0
Vive en área urbana	7,3
Ingresos	
Cuartil de renta más elevado	4,8
Tercer cuartil de renta	4,8
Segundo cuartil	8,1
Cuartil de renta más bajo	12,7

Fuente: European Commission, 2019, b.

El riesgo del aislamiento y la soledad aumenta en los casos de personas con problemas de salud, discapacidad y en las personas que viven solas. Es más frecuente en las mujeres que en los hombres (excepto en Dinamarca y Suecia), y no hay apenas diferencia de género en países como Irlanda y Finlandia. El riesgo también aumenta en el caso de personas con bajos niveles de renta, viudos/as y divorciados/as. Igualmente, el riesgo

aumenta a partir de los 75 años de edad, en las personas nacidas fuera del país en que viven y en las que tienen menos contactos familiares y sociales.

Una prevalencia que se concentra sobre todo en los países del sur y este de Europa, en los que coinciden una calidad inferior de condiciones de vida comparada con los países del centro y norte de la UE y cambios sociodemográficos que conducen a sociedades culturalmente menos comunitarias (Sundström *et al.*, 2009; Hansen y Slagsvold; European Commission, 2019, b). Así, los países nórdicos tienen tasas de soledad existencial o subjetiva inferiores al 4% de la población (la tasa más baja corresponde a Dinamarca: 2%). La tasa más alta se registra en Grecia (casi el 14% de la población), junto con Chipre (12.5%). España presenta una tasa inferior a la media europea (casi 6%) e inferior a la tasa de Italia (cerca del 9%). Países como Rumania o Hungría tienen tasas en torno al 11 y 10% respectivamente.

Por tanto, la experiencia de la soledad, en su doble dimensión de SND y aislamiento social, constituye un problema social visible y reconocido socialmente en la UE (d'Hombres *et al.*, 2018). Son factores de riesgo la experiencia de aislamiento social o déficit de relaciones familiares y sociales y la baja calidad de las condiciones de vida. La efectividad de los sistemas de protección social y los programas de prevención y acción desempeñan un rol importante en la lucha contra la soledad.

La COVID-19 no sólo ha agravado las situaciones de soledad, también ha supuesto un avance para el desarrollo de políticas públicas a nivel europeo. El informe de la Comisión Europea y el Joint Research Centre (Baarck *et al.*, 2021) sobre la SND destaca el hecho de que la pandemia ha duplicado la experiencia de la SND, reforzando en parte tendencias previas señala. La importancia del problema a nivel europeo conlleva un compromiso de trabajo conjunto de la Comisión y el Parlamento Europeos a partir de 2022, una de cuyas iniciativas consiste en la mejora de la recopilación de información y la creación de una plataforma web para el seguimiento de la soledad (*Proyecto exploratorio: Seguimiento de la soledad en Europa*).

II.3.2. Políticas y programas contra la soledad

De manera desigual, los gobiernos europeos están dando respuesta al problema de la soledad en su más amplio sentido, sobre todo a la SND. Entre las estrategias o programas nacionales a destacar cabe señalar los siguientes: la Loneliness Strategy en Reino Unido; el Plan de Acción Reforzado contra la Soledad en los Países Bajos y el programa Monalisa en Francia (Movilización nacional contra el aislamiento de los ancianos) creado en 2013 y desarrollado en toda Francia a partir de 2017 con una activa participación de la sociedad civil (mediante la creación de equipos de ciudadanos).

La Comisión Europea ha creado a lo largo de los últimos años instrumentos que, de manera indirecta, pueden contribuir a la eliminación de barreras existentes y a la creación de condiciones de conectividad social. Entre tales instrumentos hay que destacar la Ley Europea de Accesibilidad de 2015, que regula la producción de servicios y productos de acceso para personas con discapacidad y mayores. En general, las iniciativas se centran en las personas mayores y no consideran la soledad en el resto de las edades. Son las personas mayores y muy mayores las que concitan el mayor interés político y la prioridad en la asignación de recursos, tal como puede verse en la iniciativa de la Comisión Europea del “Partenariado para el Envejecimiento Activo y Saludable”, el Índice de Envejecimiento Activo o el programa Horizon 2020 (proyectos para mejorar la movilidad de la gente mayor) (European Commission, 2019, a).

Como señala la CE: “desde una perspectiva política, la exclusión social, el aislamiento social y la soledad son difíciles de abordar debido a factores complejos que los determinan, las dificultades para identificar y llegar a las personas vulnerables y la escasa evidencia sobre cómo se cruzan el envejecimiento y la exclusión. Las intervenciones a menudo se dirigen a mejorar las habilidades sociales, reforzar el apoyo social y aumentar las oportunidades de contactos sociales, como el apoyo a la atención domiciliaria, el voluntariado o las actividades sociales y culturales, las que se centran en el conocimiento social (por ejemplo, asesoramiento, terapia de apoyo) y aquellas que mejoran la accesibilidad del transporte público y el entorno construido, o proporcionan acceso a tecnologías y dispositivos de asistencia (Gardiner *et al.*, 2018). Además, se pueden ofrecer individualmente, a nivel grupal y comunitario”.

Se desconoce la efectividad de las políticas, ya que son de muy reciente creación. Lo que sí destaca la CE sobre la base de la evidencia disponible es que las intervenciones grupales y un enfoque participativo constituyen modos eficaces para abordar el aislamiento social y la soledad. Y recomienda que “para mejorar el conocimiento sobre la exclusión social, la soledad y el aislamiento social, así como lo que funciona y lo que no, las políticas nacionales deben esforzarse por promover la investigación participativa con los grupos objetivo, así como apoyar la evaluación y la investigación de su implementación. Por último, es importante ampliar la conciencia social sobre el posible impacto perjudicial, individual y social, de la soledad y el aislamiento social y promover iniciativas que tengan como objetivo mejorar el capital social y la cohesión social a todos los niveles” (European Commission, 2019, a).

Como decíamos antes, con la excepción de los países mencionados (Reino Unido, Países Bajos y Francia, que cuentan con estrategias nacionales), en el resto de los países predominan programas dirigidos a la inclusión social de las personas mayores, dentro de los cuales se puede o no contemplar de manera específica la soledad. En este sentido, destacan la Estrategia de Política Social y Sanidad socialmente Sostenible de Finlandia, la Estrategia de Envejecimiento Activo y Saludable de Portugal, la Política Social para la

Gente Mayor de Polonia, la ley Relativa a la Adaptación de la Sociedad al Envejecimiento de Francia en 2016 para prevenir el aislamiento de las personas mayores o la inminente Estrategia Nacional 2022-2030 de España contra la soledad. Regulaciones y programas públicos que crean entornos institucionales favorables a la inclusión social y, por tanto, favorecedoras de la prevención y lucha contra la soledad social.

II.4. POLÍTICAS NACIONALES CONTRA LA SOLEDAD: REINO UNIDO, PAÍSES BAJOS, ALEMANIA Y ESPAÑA

En esta sección analizamos sintéticamente las políticas existentes de cuatro países representativos de diferentes modelos de Estado de Bienestar europeos. Dado que son políticas recientemente puestas en aplicación (en el caso del Reino Unido, Países Bajos y Alemania los programas de acción nacional se han iniciado en 2018), no existe ni un desarrollo importante de sus objetivos ni una valoración de su efectividad. Se trata por ello de ofrecer una descripción de sus principales objetivos y el marco de sus políticas: programas omnicomprendidos, transversales y apoyados en una estrecha colaboración entre el sector público y la sociedad civil sin fin de lucro y mercantil.

En cuanto a España, destacamos parte del debate actual y la transición en ciernes hacia una política estatal de lucha contra la soledad en un contexto de aplicación de programas regionales y locales y la creciente demanda de la sociedad civil organizada.

II.4.1. Reino Unido

En 2018 el problema de la soledad pasa a la agenda pública mediante la creación de una Secretaría de Estado para la Soledad y la aplicación de una estrategia en la que se define el compromiso con una sociedad conectada (HM Government, 2018).

Se estima que el porcentaje de personas que se sienten frecuentemente solas se sitúa entre un mínimo del 6% y un máximo del 18% de la población. En la declaración institucional de la estrategia se afirma que la soledad es un problema social con “impactos en la salud, el bienestar, la productividad y la autoestima”, lo que se traduce en muertes prematuras, incremento del riesgo de enfermedades coronarias, infartos, depresión, deterioro cognitivo y enfermedad del Alzheimer.

En consecuencia, el gobierno británico se plantea una triple estrategia discursiva, institucional y operativa en la lucha contra la soledad. Discursiva, mediante la cual reducir el estigma de la soledad y promover un debate para normalizar la soledad como un problema social y no simplemente individual. Institucional, considerando la soledad como un compromiso que tienen que asumir las políticas públicas en todos los niveles de gobierno. Operativa, mediante la mejora de la evidencia del problema, difusión de la información del problema y desarrollo de acciones concertadas entre los niveles de gobierno y la sociedad civil organizada.

Como modelo anglosajón, de tradición liberal, las políticas públicas tienen como objetivo preferente estimular a la sociedad civil para que se implique activamente en la lucha contra la soledad, cuya actividad o compromiso apoya el gobierno central y local. Por ello, se señala que la acción del gobierno tiene como finalidad “apoyar y ampliar el impacto de las organizaciones de la sociedad civil que conectan a la gente con sus comunidades...La sociedad civil es clave para reducir la soledad, desde los vecinos, a los pequeños grupos de voluntarios, y las grandes ONG con experiencia”. El gobierno fija los principios de las políticas, regula el marco institucional y apoya financieramente programas y proyectos. Pero la respuesta recae sobre todo en las organizaciones de la sociedad civil en cooperación con los gobiernos.

El enfoque de la estrategia nacional es transversal (ya que afecta a todos los ministerios del gobierno), y está basada en la participación de los diferentes actores sociales con interés en dar respuesta al problema. Al mismo tiempo, es una estrategia dirigida a todas las edades, aunque la soledad de las personas mayores tenga un peso diferencial respecto a las personas en edad adulta y niños y jóvenes.

La estrategia británica es muy reciente ya que no llega a cuatro años en su desarrollo⁹. Su singladura se inicia con un fondo de 11.5 millones de libras (Building Connections Fund) en colaboración con el Fondo Comunitario de la Lotería Nacional y la Fundación Co-op. Dichos fondos se han dedicado durante el primer año a subvencionar 123 organizaciones sociales relacionadas con la prevención y lucha contra la soledad. En dicha estrategia participan los gobiernos municipales, el servicio de correos y organizaciones del ámbito local que trabajan en zonas donde se han cerrado escuelas y tiendas y otros servicios públicos, sobre todo en la Inglaterra vaciada.

Desde el punto de vista del conocimiento de la soledad se ha aprobado por parte de la Office for National Statistics (ONS) una medida de la soledad y una guía metodológica para su utilización. Esta medida se ha incorporado a otras encuestas sobre vivienda, sanidad, transporte, vida comunitaria, actitudes de las familias, vidas activas y participación. Se define la soledad, siguiendo a Perlman y Peplai (1981) como la “sensación subjetiva e inoportuna de falta o pérdida de compañía. Sucede cuando se contrasta un desajuste entre la cantidad y la calidad de las relaciones sociales que tenemos, y las que queremos”.

La propuesta de la ONS es que todas las encuestas que aborden el problema de la soledad utilicen la misma escala: la escala indirecta de tres preguntas de la Universidad de California-Los Ángeles (UCLA)¹⁰ y una pregunta directa¹¹. Moduladas ambas cuando

⁹ Se inicia en enero de 2018 como respuesta a las Recomendaciones del informe de la Comisión Joe Cox.

¹⁰ La escala UCLA se compone de tres preguntas: 1. Con qué frecuencia sientes que te falta compañía; 2. Con qué frecuencia te sientes dejado fuera; 3. Con qué frecuencia te sientes aislado de los demás. Las tres preguntas tienen la misma escala de respuestas: Nunca o casi nunca, algunas veces, con frecuencia.

¹¹ La pregunta directa es: ¿Con qué frecuencia te sientes sólo?, cuyas posibles respuestas son: frecuentemente o siempre, algunas veces, ocasionalmente, casi nunca, nunca.

se pregunta a niños y jóvenes entre 10 y 15 años de edad. Esta aportación al conocimiento de la estrategia británica es fundamental, recogiendo con la misma metodología las opiniones y actitudes de los ciudadanos sobre la experiencia de la soledad. La primera escala ya es aplicada en “The English Longitudinal Study of Ageing” (Gale *et al.*, 2018).

La estrategia tiene prevista la aplicación de 60 medidas que comprenden tanto la mejora del conocimiento del problema de la soledad, como programas de prevención e intervención de conocimiento e información. A modo de ejemplo, señalamos a continuación algunas de estas medidas, parte de ellas ya aplicadas.

La estrategia británica señala el compromiso con la mejora de la “información” y comunicación a la sociedad sobre el problema, el reto de la soledad de los niños y jóvenes (en este último caso se señala la escasa y limitada intervención pública y social) y el desarrollo de la lucha contra la soledad al nivel comunitario.

Entre los resultados de la estrategia destaca la publicación en 2019 de tres guías de buenas prácticas: Social Prescribing Summary Guide, Universal Personalised Care y Primary Care Network Reference Guide. Destaca también la creación, en abril de 2021, de 1000 puntos de conexión dentro de la red primaria de sanidad para orientar y dar respuesta a las situaciones de soledad. Y está previsto que en 2023 esté aprobado un sistema de conexión común entre los sistemas de sanidad y servicios sociales.

También hay que señalar la creación de una plataforma online para dar respuesta a la demanda de consultas de personas en situación de soledad; la formación de profesionales para el tratamiento de la soledad; la implicación del servicio nacional de correos; la creación de centros-piloto móviles; el activo papel de los Jobcentre Plus frente al aislamiento y soledad de los demandantes de empleo; la actualización de los recursos municipales disponibles que pueden contribuir a reducir la soledad o el riesgo de la misma; la creación de espacios comunitarios en cooperación con la Fundación Co-op; el establecimiento de mesas redondas sobre la soledad en el mundo rural en colaboración con la Iglesia de Inglaterra y las redes de asociaciones de agricultores; la aplicación de una estrategia móvil urbana; la investigación sobre vivienda comunitaria y cohousing; el desarrollo de programas de sensibilización en los colegios sobre la soledad y la solidaridad intergeneracional; la realización de una campaña de salud mental; y la consideración de una especial respuesta a la soledad de niños y jóvenes en situación de riesgo de aislamiento procedentes de minorías étnicas, personas con discapacidad o que viven en zonas socialmente deprimidas.

La estrategia británica se encuentra en el segundo año de su andadura y, por tanto, no es posible aún destacar los principales resultados y la efectividad de sus programas. El hecho de haber dado visibilidad social al problema y creado un marco institucional para

el desarrollo de una estrategia convierten al Reino Unido en un pionero en la lucha contra la soledad social.

II.4.2. Países Bajos

La población mayor de 75 años en los Países Bajos es de 1,3 millones de personas. Se estima en algo más de la mitad (700 mil personas) las que manifiestan sentirse solas. Un problema que es objeto de preocupación social y respuesta política desde hace tiempo. Dicho de otro modo, esta realidad supone que el 55% de las personas mayores sufren de soledad moderada y severa, mientras que el 11% de dicha población sufre soledad severa (143 mil personas). Hay que tener en cuenta que la soledad también afecta a todas las edades. En el caso de las edades medias, entre 45 y 75 años la tasa de soledad severa es del 11%. El aumento de la tasa de divorcios, la presión del mercado de trabajo y la individualización de la existencia social son, en este último colectivo, los principales factores de riesgo. Es por esta realidad que la estrategia contra la soledad de los Países Bajos se dirige a todas las edades, si bien el colectivo de mayor importancia en la acción política es el de las personas mayores de 75 años.

Sobre la base de las experiencias de políticas locales aplicadas contra la soledad, en marzo de 2018 se aprueba el Plan de Acción contra la Soledad (Ministry Health, Welfare, Sports, 2018), como parte del acuerdo nacional de "Dignidad con la edad". Este plan se centra en dar respuesta a la SND y crear las condiciones para fortalecer la estructura relacional del país.

El plan supone una intensa colaboración entre niveles de gobierno, nacional y local, y entre estos y la sociedad civil organizada. Como en las estrategias del Reino Unido, Francia y Alemania, la cooperación entre el Estado y la sociedad civil constituye el eje institucional que estructura el desarrollo de las políticas y programas.

El plan de acción se inicia bajo el liderazgo del Ministerio de Salud, Bienestar y Deporte en cooperación con los municipios. Es una estrategia marco para apoyar las políticas locales. Se basa en cuatro pilares:

a) Apoyo estatal a los municipios implicados en la estrategia (120 hasta la actualidad de un total de 350) con el fin de prevenir e intervenir contra la soledad a través de diferentes programas, incluyendo a los jóvenes y edades medias bajo el principio de solidaridad intergeneracional.

b) Creación de una 'Coalición nacional contra la soledad' con organizaciones empresariales y sin fin de lucro (hasta hoy se han comprometido más de 100 organizaciones). Se trata de un compromiso durante tres años en el que intervienen, además de ONG con interés en el problema, organizaciones públicas y privadas que se relacionan directa o indirectamente con el problema: sistema sanitario y de servicios

sociales, supermercados, museos, bancos, empresas de transporte, sector residencial, entre otros.

c) Una Comisión consultiva o de asesoramiento científico y de financiación del análisis de la eficacia de los programas. La efectividad de la estrategia se mide en 2020, aplicando entre otros instrumentos la escala Jenny Jong Gierveld, a que hemos hecho referencia en la primera parte.

d) Realización de campañas nacionales (como la campaña "Semana contra la Soledad" a nivel nacional) apoyada por una amplia coalición de ONG (Coalitie Erbij) que lleva previniendo y luchando contra la soledad desde el año 2008. En estas campañas tienen un papel activo los medios de comunicación social.

Es necesario destacar que en la estrategia se tienen en cuenta los grupos de mayor riesgo como son personas inmigrantes, con discapacidad y bajo status socioeconómico. Sin embargo, no se diferencian por tipos de intervención, que siguen una misma lógica: creación de redes de stakeholders (públicos y privados) en combinación con el voluntariado social y los responsables políticos del Estado y de los municipios. La estrategia se centra en la intervención en el contexto o entorno social y, secundariamente, en el plano individual (soledad emocional o existencial). Esto supone que la lucha contra la soledad social se basa en la reconstrucción comunitaria a nivel local de las redes relacionales que, no evitan la soledad emocional, pero previenen la soledad social.

II.4.3. Alemania

II.4.3.1. Introducción

Los resultados básicos de la encuesta de envejecimiento de 2017 realizada por el Centro de Gerontología de Alemania (Deutsche Zentrum für Altersfragen, DZA), recogidos en el Cuadro 2.2, nos muestran que, entre 2011 y 2017, ha tenido lugar un crecimiento de las tasas de soledad severa a partir de los 65 años, siendo estables en el tramo de edad de 45 a 54 años, aunque con un cierto crecimiento en 2017. Por su parte, las tasas de soledad son estables en el tramo de 55 a 64 años. Estos resultados son analizados en profundidad por Huxhold, Engstler y Hoffman (2019); Huxhold (2019) y Huxhold y Engstler (2019) y Huxhold (2019).

Cuadro 2.2

Tasas de soledad en diferentes edades (%)

Edades	2011	2014	2017
45-54	10,5	10,1	11,0
55-64	8,5	10,0	8,9
65-74	5,1	7,0	8,1
75-84	5,2	7,1	7,5

Fuente: DZA, Encuesta Alemana de Envejecimiento

La soledad genera costes, sobre todo sanitarios (Brettschneider *et al.*, 2019) pero también sociales y de integración social. Sobre todo en los grupos de riesgo, como son los que se encuentran en situación de pobreza (Eckhard, 2018). Aunque el estudio se dirige a todas las edades (Eyerund y Orth, 2019), la elevada prevalencia de la soledad y el aislamiento social en las edades más avanzadas (Luhmann y Bücken, 2019) hacen que estas sean el objetivo por excelencia.

II.4.3.2. Las políticas públicas contra la soledad y el aislamiento

Alemania ha incorporado la soledad a la agenda política, referida sobre todo a las personas mayores. El gobierno incluyó en su programa para la 19ª legislatura en marzo de 2018 el objetivo de “prevenir y luchar contra la soledad en todos los grupos de edades” (European Commission, 2019, b).

La nueva política se basa en el principio de “cuidemos de aquellos que cuidan de otros” (BMFSFJ). Es un programa en curso de carácter preventivo y de intervención social. Afecta a todos los niveles de gobierno: federal, regional o *länder* y local y en el que tiene una amplia participación la sociedad civil, sobre todo la federación de organizaciones de personas mayores (BAGSO, a y b, 2019).

La estrategia se coordina en el nivel federal y se aplica en el nivel local en base a programas operativos como son los de “vivienda compartida, viviendo autónomamente” (*Gemeinschaftlich wohnen, selbstbestimmt leben*), proyectos de vida independiente de las personas mayores en un entorno accesible e intergeneracional; alianzas contra la demencia; actividades intergeneracionales en cooperación con BAGSO, entre otras. Es una política de experimentación e innovación.

Desde el primer momento del inicio del gobierno de coalición, el Parlamento (*Bundestag*) alemán ha controlado la aplicación de las políticas contra la soledad. Así, en la comparecencia parlamentaria del 28 de noviembre de 2018¹² se formularon al gobierno federal preguntas como las siguientes: 1. ¿Qué factores específicos (de riesgo)

¹² Pregunta del partido FDP28.11.2018

conducen a la soledad en la vejez en opinión del Gobierno Federal?; 2. ¿Qué peligros sociopolíticos e individuales cree el gobierno federal que se generan como resultado de la soledad en la vejez?; 3. ¿Cómo cree el gobierno federal que puede prevenirse la soledad en la vejez?; 4. ¿Cómo el Gobierno Federal va a contrarrestar la soledad en la vejez?; 5. ¿Qué medidas o programas está implementando o planificando el Gobierno Federal (en el caso de medidas o programas planificados, indique un período de tiempo para la implementación)?; y 6. ¿Qué enfoques existen para mejorar las condiciones marco "a nivel local y a nivel federal" para la implementación de medidas para contrarrestar la soledad en la vejez? (Bundestag, 2018).

Según la Oficina Federal de Estadística, el 35 por ciento de los mayores de 65 años ya vivían solos en 2014, lo que supone un riesgo objetivo de sufrir la soledad. Como respuesta al riesgo de soledad tanto el gobierno federal como los gobiernos regionales (*Länders*) están desarrollando programas de muy diferente tenor.

A nivel federal cabe destacar los siguientes programas:

- El programa "Vivir juntos, vivir de manera independiente", mediante el cual el Ministerio Federal de Familia, Personas Mayores, Mujeres y Jóvenes apoya 29 proyectos de vida comunitaria en todo el país. El enfoque principal del programa es la vida independiente de las personas mayores y el desarrollo de formas de vida intergeneracional y de vida comunitaria, que también ofrece acceso a personas con bajos ingresos. La integración en espacios comunitarios promueve la cooperación, el apoyo mutuo y la participación social
- El Libro XI del Código Social que regula los cuidados de larga duración también contempla ayudas de apoyo contra la soledad.

Como en las anteriores estrategias nacionales, los ejes institucionales en que se apoya la iniciativa alemana son la cooperación y coordinación entre los diferentes niveles de gobierno y la colaboración con la sociedad civil organizada. Del mismo modo, la cercanía de la aplicación del programa nacional impide conocer la efectividad de las políticas.

II.4.4. España

El problema social de la soledad es una realidad en España, tal como sucede en los países de nuestro entorno. Los programas dirigidos a promover el bienestar de las personas mayores en Comunidades Autónomas y Corporaciones Locales están incorporando la realidad de la SND y desarrollando acciones de intervención que están creando la masa crítica necesaria para la creación de una estrategia nacional. El debate científico sobre la soledad subyace a estos programas públicos y a la mayoría de las iniciativas privadas contra la SND Finalmente, en diciembre de 2018 España se incorpora a la corriente europea que impulsa las estrategias nacionales y planes de acción dirigidos a dar

visibilidad social, fuerza institucional y orientación operativa a las políticas de prevención y lucha contra la SND.

Los expertos, apoyados en una investigación social creciente, han contribuido a destacar el hecho de que la SND es un problema social. Más allá de la caracterización del hecho como epidemia o enfermedad por parte de los medios de comunicación¹³, los análisis de los expertos señalan que efectivamente estamos ante un hecho social grave, que no es una enfermedad que se pueda medicalizar (Zunzunegui, 2019) sino una realidad multidimensional que demanda la respuesta conjunta del sector público y de la sociedad civil organizada. Estos análisis (véanse, por ejemplo, Bermejo, 2003; López Villanueva y Pujades, 2018; Pinazo y Donio-Bellegarde, 2018 ; Sancho Castiello, 2019; o Yanguas *et al.*, 2018) destacan la importancia del problema diferenciando sus dimensiones, sobre todo las de la SND y el aislamiento social, su especial prevalencia en los grupos etarios de mayor edad y la necesidad de desarrollar respuestas transversales cuyo núcleo fundamental gire en torno a la construcción de entornos relacionales y comunitarios compatibles con la plena autonomía de las personas. La prevención se destaca como un objetivo central de las políticas contra la SND.

Las políticas contra la SND son consideradas por los expertos como una inversión social en cohesión social y en la promoción de una sociedad accesible. Aunque el grupo de riesgo que destaca en los análisis es el de las personas mayores de 65 años, también se señala su importancia en todas las edades.

El debate experto no sólo refleja la realidad de la SND, sino que también recoge el caudal de iniciativas públicas y privadas que se están desarrollando en España. No podemos aquí dar cuenta exhaustiva de todas las iniciativas y políticas locales que dan respuesta a la SND, pero sí destacar algunas de ellas que son, en cierto modo, referencia en el debate. Iniciativas todas ellas que han confluído finalmente en la elaboración, pendiente de concluir, de la Estrategia Nacional 2022-2030 de lucha contra la Soledad no Deseada, fruto tanto de la iniciativa pública como de la sociedad civil. La estrategia nacional es más necesaria que nunca para establecer una agenda estatal común, establecer una adecuada gobernanza e intercambiar conocimiento y resultados de los programas.

Así, por parte de la iniciativa pública destacan estrategias regionales o autonómicas, como es el Plan Estratégico de Castilla y León contra la soledad no deseada y el aislamiento en 2021 y la Estrategia de lucha contra la soledad de las personas mayores de Castilla-La Mancha en 2022, en fase de aprobación.ⁱ

Ha tenido lugar una eclosión de programas a nivel provincial y municipal como son, a modo de ejemplo, el programa Vincles BNC en Barcelona dirigido a la promoción del uso de las nuevas tecnologías en los 73 barrios de la capital en colaboración con la Fundación Bloomberg, canalizados a través de los centros de servicios sociales y centros de

¹³ Véanse, por ejemplo, Capioppo y Capioppo (2016), Sierra (2016) o Fernández (2018).

atención primaria; la Red Ciudadana Vincles del Ayuntamiento de Valencia; la Red de Cuidados y Lucha contra la SND de La Laguna; el Plan de Madrid contra la SND de los Mayores; la Estrategia Municipal de Barcelona contra la soledad 2020-2030; la Estrategia de la Diputación de Guipúzcoa ante las soledades; el Programa contra la SND en Cantabria: zona de Campoo-Los Valles; el Programa Tejer Redes de Álava; y el proyecto Bizkaia Saretu.

También hay que destacar la campaña contra la soledad por parte de la Federación Asturiana de Concejos en el marco de la Red de Concejos Sostenibles. Igualmente, el programa de atención al mayor en soledad, de la concejalía de familia, asuntos sociales y mujer del Ayuntamiento de Pozuelo de Alarcón (Madrid). El programa Radars de Barcelona, creado en 2008, como red vecinal dedicada a la prevención y detección de situaciones de riesgo de las personas mayores que viven solas en su barrio desarrollado por el ayuntamiento de Barcelona en colaboración con las organizaciones vecinales. La creación por el Justicia de Aragón de la “Mesa del Justicia sobre mayores en soledad no elegida” constituye una iniciativa singular.

La creación de mesas y grupos de trabajo para debatir qué políticas pueden desarrollarse contra la SND es otra de las iniciativas a destacar, por ejemplo, en Castilla y León. Señalar que en las elecciones municipales de abril de 2019 una de las iniciativas propuestas por diferentes partidos políticos ha sido la de creación de concejalías de soledad (por ejemplo, en el municipio de San André de Rabanedo, León).

Las iniciativas de la sociedad civil organizada son numerosas. Basta con destacar algunas: la Red Soledades de lucha contra la SND, como plataforma de entidades e iniciativas diversas de ámbito estatal compuesta por más de 40 organizaciones, creada en 2021; el programa contra la soledad de la organización Amics de la Gent Gran, en Cataluña; el programa Grandes Vecinos, impulsado por la entidad Grandes Amigos, con presencia en Madrid, Galicia y El País Vasco; el programa Mejor en Compañía, de la Fundación Pilares; también el programa Confidentes contra la soledad de personas mayores; o el convenio de la Fundación Mémora y el Hospital San Juan de Dios, en Santurce, contra la soledad en el final de la vida para personas con enfermedades graves.

Como parte de este proceso de visibilidad social de la SND y su inclusión en la agenda pública hay que mencionar la creación de diferentes Observatorios, públicos y privados, dedicados a la información, difusión de actividad e impulso al conocimiento social. Entre otras iniciativas cabe destacar las siguientes: el Observatorio Aragonés contra la Soledad, adscrito al Justicia de Aragón y el Observatorio contra la Soledad no Deseada¹⁴ promovido por la Fundación ONCE en 2022.

Un común denominador de las iniciativas públicas y privadas es la necesidad de consolidar programas y proyectos de colaboración entre el sector público y la sociedad

¹⁴ <https://www.soledades.es>

civil dada la complejidad que supone organizar una respuesta integral al problema; contar con el protagonismo de las personas que sufren soledad y aislamiento; y desarrollar acciones de prevención que refuercen el capital relacional de las personas y de los entornos en que viven.

Por último, es necesario destacar que España se ha incorporado recientemente a la corriente de los Estados de Bienestar de la UE que están incluyendo en la agenda política el problema social de la soledad. El 11 de diciembre de 2018¹⁵ el Congreso de los Diputados debatió y aprobó la Proposición no de ley relativa a la promoción de medidas para combatir la soledad crónica, a propuesta del Grupo Parlamentario Popular.

Dicha proposición insta a que el Gobierno de España, en colaboración con las Comunidades Autónomas, impulse la toma de conciencia por parte de la sociedad y mejore el conocimiento del fenómeno de la SND, con especial referencia a las personas mayores, así como aprobar una Estrategia Nacional “en consonancia con el trabajo realizado por el Comisionado del Gobierno para el Reto Demográfico” y en relación con la Estrategia Nacional de Personas Mayores para un Envejecimiento Activo 2018-2021.

La Proposición aprobada por la casi totalidad del Congreso, con la excepción de la abstención del Grupo parlamentario del PDCat, destaca la importancia de mejorar el conocimiento del problema mediante investigaciones y elaboración de estadísticas, para hacer visible el problema y sus características.

En este sentido se reclama que se cumpla la Proposición No de Ley relativa a la creación de una Plataforma de Voluntariado que acompañe a los mayores en situación de soledad, aprobada por la Comisión de Igualdad del Congreso de los Diputados el septiembre de 2018. Desde el punto de vista de los principios la Proposición No de Ley aprueba que la estrategia y los programas que lo desarrollen se guíen por el Modelo de Atención Integral y centrada en la persona.

¹⁵ Diario de Sesiones del Congreso de los Diputados, Pleno y Diputación permanente, año 2018 XII legislatura, núm. 169

II.5. CONSIDERACIONES FINALES

En esta segunda parte del estudio hemos destacado la importancia de las políticas de prevención y lucha contra la SND en todas las edades, siguiendo los debates académicos y la senda de las políticas nacionales y territoriales existentes. Se ha señalado que las políticas en curso están guiadas por los principios de autonomía de las personas afectadas, responsabilidad compartida entre el sector público y la sociedad civil, actuación integral y centralidad de un enfoque comunitario. La SND es un riesgo social, y como tal requiere una respuesta integral con la participación de todos los actores institucionales y sociales relacionados con el problema.

La Comisión Europea está dando una importancia creciente a la SND y el aislamiento mediante tres actuaciones: medición de la realidad de la soledad a través de encuestas europeas, estimulando la comparación de políticas y experiencias de intervención acciones (*peer-review*) y alentando la aprobación de estrategias nacionales.

2018 constituye un año que marca un salto cualitativo en la UE en el desarrollo de políticas de prevención y lucha contra la SND y el aislamiento social. Reino Unido, Países Bajos, Alemania y, a otro nivel, Francia, han aprobado estrategias nacionales para dar respuesta a un problema que tiene un gran impacto en la calidad de vida y en la cohesión social.

Las estrategias nacionales analizadas, en fase de despegue e implementación, se caracterizan por basarse en la centralidad de las personas afectadas, fijando sus objetivos fundamentales en reconstruir redes relacionales en el nivel micro y crear entornos favorecedores y en establecer una plataforma amplia de actores institucionales y sociales con una lógica de acción integral. Todas las estrategias se centran más en dar respuesta al impacto de la SND en la cohesión social que en medir su coste, si bien este objetivo subyace en el diseño de las políticas. Dada su corta existencia, no existen aún análisis de la efectividad de las políticas implementadas.

En España, el debate científico sobre la soledad se ha intensificado durante los últimos años como consecuencia de la visibilidad e impacto de la SND. Los programas públicos en el nivel autonómico y local, así como las acciones desarrolladas por el Tercer Sector de Acción Social han ganado protagonismo, si bien no se conoce su efectividad. En diciembre de 2018 se ha aprobado por el Congreso de los Diputados una Proposición No de Ley recomendando la aprobación de una Estrategia Nacional contra la SND. Proposición en fase de desarrollo a través de la **Estrategia Nacional 2022-2030 contra la Soledad no Deseada**.

CONCLUSIONES

Este estudio ha tenido tres objetivos: a) aproximarnos al análisis y comprensión de la soledad no deseada (SND); b) definir cuáles son los costes de no aplicar políticas y programas contra la SND; y c) señalar la importancia de las políticas públicas en la prevención y lucha contra la SNS en la UE, con referencia a los casos del Reino Unido, Países Bajos, Alemania y España. Destacamos a continuación las principales conclusiones.

1. La soledad no deseada (SND). En base a una amplia revisión de la literatura de los últimos cinco años diferenciamos entre aislamiento y soledad. El primero como situación objetiva de ausencia de relaciones sociales y/o existencia de barreras físicas e institucionales que bloquean la conexión social. La soledad como una situación que puede ser simplemente subjetiva (la llamada soledad emocional) o mixta (la denominada soledad no deseada como entrelazado de aislamiento social y sentimiento de soledad). Esta última categoría es la que asumimos aquí y definimos como la valoración por parte de una persona de la distancia no deseada entre las expectativas de relaciones sociales y familiares y la situación real de déficit de dichas relaciones, distancia que puede tener diferentes grados. Ciertamente, más allá de la conceptualización del aislamiento, la soledad (en sus dos dimensiones básicas) y la integración social, en la realidad social se concretan como situaciones que se entrecruzan entre sí. Va de suyo que no se ha considerado la soledad voluntaria en la que el aislamiento voluntario de participar en redes relacionales no implica sentimientos negativos.

En términos de investigación social aplicada las encuestas de opinión sobre el sentimiento de soledad y de frecuencia de relaciones sociales son las que nos proporcionan una primera información representativa del fenómeno de la soledad. Sin embargo, es necesario señalar que este nivel de indagación requiere, como evidencia la literatura, el análisis complementario de registros de enfermedades, la información del sistema de servicios sociales sobre los grupos de riesgo y los análisis de las condiciones de vida, tanto a nivel de encuesta como a nivel motivacional grupal. Es decir, el análisis de la SND implica conocer la dimensión psicosocial y sanitaria en su más amplio sentido: los sentimientos y valoración de la soledad por las personas, la estructura de sus relaciones personales, familiares y sociales y los impactos o malestar que provoca la misma en la salud, sobre todo la salud mental.

2. La medida de la soledad, en particular la SND, suele realizarse mediante escalas que indirectamente miden el bienestar en base, por ejemplo, al número y frecuencia de relaciones familiares y sociales y modos de participación social. Entre este tipo de escalas de medida indirecta están la Escala de Soledad UCLA que consta de 20 elementos destinados a medir los sentimientos subjetivos de soledad y los sentimientos de aislamiento social, y su versión más corta, la Escala de soledad UCLA de 3 elementos. Existen otras escalas como es la de Jong Gierveld que consta de 11 elementos y su versión más corta de 6 elementos, de Jong Gierveld y Van Tilburg, 2006. También existen

escalas de aislamiento, como es la de Lubben. En todos los casos se trata de medidas de aproximación para captar la red relacional realmente existente que puede favorecer la experiencia individual de la soledad.

3. Las causas de la SND varían entre personas y en el transcurso de la vida en un contexto social dado que es condicionante de la misma. La soledad ocurre no sólo como consecuencia de una disminución en el contacto social o un cambio en la calidad de las relaciones que se establecen, sino que puede estar también relacionada con el sentido de sí mismo que experimenta una persona y de su sentimiento de pertenencia. Esta valoración está condicionada tanto por factores como la edad, el género, la condición socioeconómica y el estatus, como por la construcción social de la soledad a través de la educación, la cultura y los medios de comunicación. La existencia de un capital social sólido y la capacidad de autonomía o empoderamiento son factores que frenan la soledad e incluso la transforman en formas de actividad y participación social.

4. Las consecuencias de la soledad. La soledad es un problema frecuente y global en las poblaciones de las sociedades avanzadas. Diferentes estudios la han relacionado con múltiples afecciones crónicas, que incluyen: enfermedades del corazón, enfermedades pulmonares, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, arteriosclerosis, derrames cerebrales y trastornos metabólicos, como la obesidad y enfermedad metabólica. La soledad constituye un importante predictor de problemas de salud mental, como la depresión, el estrés psicológico, ansiedad y el deterioro cognitivo. Los impactos de la soledad recorren toda la estructura social. Además de la mayor propensión a la enfermedad que provoca la soledad, también hay que señalar su impacto en el trabajo y en la productividad, en la propensión al consumo y el ocio, en el coste de cuidados y de acompañamiento que suelen recibir las personas que la sufren.

5. La SND se distribuye desigualmente, existen grupos sociales de riesgo. Aunque la SND recorre toda la estructura social, existen grupos de riesgo que, por sus características sociodemográficas, pueden sufrir la soledad en mayor medida. Las personas mayores son el principal grupo de riesgo dada la creciente longevidad, asociada a cambios en las condiciones de vida y sociabilidad, así como en las estructuras familiares. Gran parte de la literatura se ha centrado en el análisis de la soledad en las personas mayores, que afecta en dos terceras partes a las mujeres mayores. Pero también en cómo afecta la soledad a la población cuidadora, mayoritariamente compuesta por mujeres. Grupos de riesgo son las personas con discapacidad, si bien las tasas de soledad no deseada son prácticamente idénticas a las de la población general; barreras físicas y sociales suelen crear las condiciones de aislamiento involuntario y la consiguiente soledad. También hay que destacar como grupo de riesgo las personas sin hogar (en su gran mayoría hombres). La dependencia es un factor de riesgo, sobre todo en el caso de la gran dependencia. Finalmente, la soledad afecta a la infancia excluida o que vive en hogares pobres y a jóvenes afectados por las dificultades de la inclusión **sociolaboral**.

6. Las consecuencias sociales de la soledad han impulsado una respuesta por parte de los Estados y la sociedad civil. En los últimos decenios se han diseñado y aplicado programas de intervención social, en unos casos liderados en exclusiva por el sector público, pero también, y en mayor medida, por este sector en cooperación con las organizaciones de la sociedad civil. Programas de activación y participación social, de acompañamiento mediante voluntariado, uso de las tecnologías de la información, formación, apoyo personal en el proceso de provisión de servicios domiciliarios y residenciales, son algunas de las formas de intervención. Pero la dimensión del problema social de la SND ha impulsado recientemente políticas y estrategias nacionales para lograr una mayor efectividad de las políticas. La conjunción de un sistema de protección social que contribuya a la mejora de la calidad de vida y una sociedad civil consciente y participativa son dos condiciones básicas para el éxito de las políticas de prevención y lucha contra la soledad.

7. La evaluación de impacto de la soledad. La ciencia económica cuenta con herramientas para el análisis del coste del impacto de la soledad, así como para el análisis del coste-efectividad de programas y políticas. Existen ya algunas valoraciones de impacto del coste de la soledad en la producción, la enfermedad y en los cuidados personales. En mucha menor medida sobre costes de oportunidad. Prácticamente todos los análisis aplicados son *ex post*, en relación con una situación dada de SND. No disponemos de análisis *ex ante* que den cuenta del coste de no intervenir frente a las consecuencias de la soledad.

8. El marco analítico de la valoración ex ante del coste de la soledad. Para guiar la evaluación de los costes de no abordar el desafío de la soledad en España, se utiliza como marco analítico un modelo de impacto centrado en la persona que muestra las posibles vías de manifestación de la SND. El marco analítico incluye dos grandes categorías de impacto de la SND para las cuales existe evidencia empírica robusta y cuantificada adecuadamente para su inclusión en un modelo de los costes financieros de la soledad: a) Los costes para el empleador (costes asociados a la ausencia del trabajo por enfermedad, a la menor productividad y a la menor retención de personal asociado a la SND. También el coste adicional para los empleadores de excedencias por cuidados a personas dependientes; b) los costes sociosanitarios (los costes de atención médica y los costes de asistencia social por grupos socioeconómicos y categorías de solitarios, particularmente en salud mental). También existen costes de oportunidad, difíciles de evaluar, como son los referentes, a la pérdida de cohesión social o clima social positivo de una sociedad que afronta la cronicidad de la SNS, pero que requiere consensos metodológicos afinados.

9. Las políticas públicas de la UE contra la SND. La Comisión Europea, a través de sus documentos de trabajo ha señalado los principios por los cuales deberían guiarse las estrategias de lucha contra la soledad: centralidad y autonomía de las personas afectadas, responsabilidad compartida entre el sector público y la sociedad civil, actuación integral y centralidad de un enfoque comunitario. La Comisión Europea está dando una importancia creciente a la SND y el aislamiento social mediante tres

actuaciones: medición de la realidad de la soledad a través de encuestas europeas, estímulo de la comparación de políticas y experiencias de intervención acciones (*peer-review*) y alentando la aprobación de estrategias nacionales.

10. Hacia las estrategias nacionales de lucha contra la SND. 2018 constituye un año que marca un salto cualitativo en la UE en el desarrollo de políticas de prevención y lucha contra la SND y el aislamiento social. Reino Unido, Países Bajos y Alemania, además de Francia, han aprobado estrategias nacionales para dar respuesta a un problema que tiene un gran impacto en la calidad de vida y en la cohesión social. Estas estrategias se caracterizan por basarse en la centralidad de las personas afectadas, fijando sus objetivos fundamentales en reconstruir las redes relacionales en el nivel micro y crear entornos favorecedores. También establecen una plataforma amplia de actores institucionales y sociales con una lógica de acción integral. No existen aún análisis de la efectividad de las políticas implementadas.

En España, el debate científico sobre la soledad se ha intensificado durante los últimos años como consecuencia de la visibilidad y creciente impacto social de la SND. La experiencia social de la COVID-19 ha sacado a la luz un problema social ya existente y acelerado la intervención de las administraciones públicas centrales y territoriales, así como del Tercer Sector de Acción Social. Los programas públicos en el nivel autonómico y local, así como las acciones desarrolladas por el Tercer Sector de Acción Social han ganado presencia, si bien no se conoce su impacto. En diciembre de 2018 se ha aprobado por el Congreso de los Diputados una Proposición No de Ley recomendando la aprobación de una Estrategia Nacional contra la SND, cuya aprobación está en curso para el período 2022-2030.

REFERENCIAS:

Abellán García, A. Ayala García, A., Pérez Díaz, J. y Pujol Rodríguez, R. (2019): Un perfil de las personas mayores en España, 2018. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Adam, E.K., Hawkey, L. C., Kudielka, B.M. y Cacioppo, J. T. (2006): "Day-to-day dynamics of experience-cortisol associations in a population-based sample of older adults". *Proceedings of the National Academy of Sciences* 103: 17058-17063.

Age UK (2018): *All the Lonely People: Loneliness in Later Life*. Londres: Age UK.

Agren, A. (2017): "What are we talking about? Constructions of loneliness among older people in the Swedish news-press". *Journal of Aging Studies* 41: 18-27.

AlmÉRas,, D. (2013): "Las personas con discapacidad en América Latina y el Caribe", ponencia presentada en Reunión de Especialistas para Definir Prioridades Estratégicas de la Agenda Regional sobre la Situación de las Personas con Discapacidad. Comisión Económica para América Latina y el Caribe Santiago, 14 y 15 de mayo de 2013

Arnosó, A., Arnosó, M., Elgorriaga, E., Asla, N., Aiertza, M., Bengoetxea, A., y Pizarro, M. (2022). "Meanings of Loneliness for Women Using Social Services in Spain: An Intersectional Analysis". De próxima publicación en *Affilia*. <https://doi.org/10.1177/08861099221108724>

Astell-Burt, T., Hartig, T., Eckermann, S., Nieuwenhuijsen, M., McMunn, A., Frumkin, H. y Feng, X. (2022). "More green, less lonely? A longitudinal cohort study". *International Journal of Epidemiology* 51: 99-110.

Baarck, J., Balahur, A., Cassio, L., d'Hombres, B., Pásztor, Z. y Tintori, G. (2021). Loneliness in the EU. Insights from surveys and online media data. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.

Bagso (2019, a): *Dokumentation des Fachkongresses Einsamkeit im Alter -aktive Teilhabe an der Gesellschaft*. Bonn: Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisation e.V.

Bagso (2019, b): *Gemeinsam staff-initiativen und projekte gegen soziale isolation im Alter*. Bonn: Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisation e.V.

Baltes, M. M., Freund, A. M. y Horgas, A. L. (1999): "Men and women in the berlin aging study". En P. B. Baltes y K. U. Mayer (Eds.), *The Berlin Aging Study: Aging From 70 to 100* (pp. 259-281). Cambridge: Cambridge University Press.

Baptista, I y Marlier, E. (2019): *National strategies to fight homelessness and housing exclusion*. Bruselas: European Commission and European Social Policy Network.

Barranco Avilés, M. C. y Vicente Etxevarría, I. (2020): *La discriminación por razón de edad en España. Conclusiones y recomendaciones para el contexto español desde un enfoque basado en derechos*. Madrid: HelpAge International España.

Bauman, Z. (2001): *La sociedad individualizada*. Madrid: Cátedra

Bauman, Z. (2006): *Vida líquida*. Barcelona: Paidós.

- Beach, B. (2018): *Health and wellbeing innovation commission inquiry: Social connections and loneliness*. Londres: International Longevity Centre UK.
- Beach, B. (2019): *Raising the equality flag: Health inequalities among older LGBT people in the UK*. Londres: International Longevity Centre UK.
- Bekhet, A. K., Zauszniewski, J. A., y Nakhla, W. E. (2008): "Loneliness: A Concept Analysis". *Nursing Forum* 43: 207-213.
- Berezan, O., Krishen, A. S., Agarwal, S. y Kachroo, P. (2019): "Exploring loneliness and social networking: Recipes for hedonic well-being on Facebook". *Journal of Business Research*, en prensa.
- Bermejo, J. (2003): "La soledad en los mayores. ARS MÉDICA". *Revista de Estudios Médico Humanísticos* 32: 126-144.
- Bermejo, J.C. (2003): "La soledad en los mayores". *Ars Medica* 8/8: 1-12
- Biota Piñeiro, I., Eiguren Munitis, A., Dosil Santamaría, M. y Picaza Gorrotxategui, M. (2022). "Análisis de la percepción de la soledad de las personas en la Comunidad Autónoma del País Vasco". *Educación Social: Revista de Intervención Socioeducativa* 80: 117-128.
- Bowins, B. (2020): *Activity for Mental Health*. Londres: Academic Press.
- Briones Peralta, M. A., Escribano Sotos, F., Pardo García, I., Hernández Luengo, B., Valiente López, G., Morcillo Sanz, M. y Jiménez Bascuñán, A. (2022). "Efecto de un programa de intervención multidisciplinar sobre la soledad y el aislamiento en personas mayores institucionalizadas confinadas durante la pandemia por Covid-19 en España". *Revista Argentina de Gerontología y Geriatria* 36: 5-16.
- Brettschneider, C., Hajek, A., Röhr, S., Fuchs, A., Weeg, D., Mamone, S., Werle, J., Hesel, K., Mallon, T. Stein, J., Pentzek, M., Bickel, H., Wiese, B., Weyerer, S., Wagner, M., Van den Bussche, H., Maier, M., Scherer, W. y Riedel-Heller S.G., König, H-H., (2019): "Determinants of health-care costs in the oldest-old in Germany". *Journal of the Economics of Ageing* 14.
- British Geriatrics Society y Royal College of Psychiatrists (2019): *Position statement on loneliness and social isolation*. Londres: British Geriatrics Society.
- Bundestag (2018, a): Respuesta del Gobierno Federal a la pregunta del grupo parlamentario de La Izquierda, de 5.10.2018 <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/19/047/1904760.pdf>
- Bundestag (2018,b): Respuesta del Gobierno Federal a la pregunta del grupo parlamentario del FDP de 28.11.2018. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/060/1906073.pdf>
- Bundestag (2019): Respuesta del Gobierno Federal a la pregunta del grupo parlamentario del FDP de 23.5.2019. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/104/1910456.pdf>.
- Burholt, V., Windle, G., y Morgan, D. J. (2017): "A social model of loneliness: The roles of disability, social resources, and cognitive impairment". *The Gerontologist* 57: 1020-1030.
- Cacioppo J., Hawkley, L., Crawford, L., Ernst, J., Burleson, M., Kowalewski, R., Malarkey, W., Van Cauter, E. y Berntson, G. (2002): "Loneliness and health: Potential mechanisms" *Psychosomatic Medicine* 64: 407-417.

Cacioppo, J. (2008): *Loneliness: Human Nature and the Need for Social Connection*. Nueva York: W W Norton & Co.

Cacioppo, J. T y Cacioppo, S. (2018): "The growing problem of loneliness". *Lancet* 391: 426.

Cacioppo, J. T. y Hawkey, L. C. (2009): "Perceived social isolation and cognition". *Trends in Cognitive Sciences*, 13: 447-454.

Cacioppo, J. T., Cacioppo, S., Capitanio, J. P. y Cole, S. W. (2015): "The neuroendocrinology of social isolation". *Annual Review of Psychology* 66: 733-767.

Cacioppo, J.T., Hawkey, L.C. y Thisted, R. A. (2010): "Perceived social isolation makes me sad: Cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging and Social Relations Study". *Psychology and Aging* 25: 453-463.

Cacioppo, J.T., Hawkey, L.C. y Thisted, R. A. (2010): "Perceived social isolation makes me sad: Cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging and Social Relations Study". *Psychology and Aging* 25: 453-463.

Cacioppo, J.T., Hawkey, L.C., Berntson, G.G., Ernst, J.M., Gibbs, A.C., Stickgold, R. y Hobson, J.A. (2002): "Do lonely days invade the nights? Potential social modulation of sleep efficiency". *Psychological Science* 13: 384-387.

Cacioppo, J.T., Hughes, M.E., Waite, L.J., Hawkey, L.C. y Thisted, R.A. (2006): "Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Crosssectional and longitudinal analyses". *Psychology and Aging* 21: 140-151.

Cacioppo, S., Capitanio, J.P. y Cacioppo, J.T. (2014): "Toward a neurology of loneliness". *Psychological Bulletin* 140: 1464-1504.

Calero Martínez, J., Gil Izquierdo, M. y Fernández Gutiérrez, M. (2011); *Los costes del abandono escolar prematuro. Una aproximación a las pérdidas monetarias y no monetarias causadas por el abandono prematuro en España*. Madrid; Instituto de Formación del Profesorado, Investigación e innovación Educativa, Ministerio de Educación

Campagne, D. M. (2019): "Stress and perceived social isolation (loneliness)". *Archives of Gerontology and Geriatrics* 82: 192-199.

Capioppo, J. T. y Capioppo, S. (2016): "La soledad como vieja epidemia". *El País*, 6 de abril de 2016.

Carers UK (2017): *The world shrinks: Carer loneliness*. Londres: Carers UK.

Carrasco Bengoa C. (2013): "El cuidado como eje vertebrador de una nueva economía". *Cuadernos de Relaciones Laborales* 31:39-56.

Chappell, A. L. (1994): "A question of friendship: Community care and the relationships of people with learning difficulties", *Disability & Society* 9: 319-334.

Chen, Y. R. R. y Schulz, P. J. (2016): "The effect of information communication technology interventions on reducing social isolation in the elderly: A systematic review". *Journal of Medical Internet Research*, 18: e18.

Chen, Y. y Fang, H. (2020): "The state of mental health among the elderly Chinese". Working Paper 26690. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.

- Cigna (2020): *Loneliness and the workplace*. Bloomfield, CT.
- Cohen- Mansfield, J.P. (2015). Interventions for alleviating loneliness among older persons. A critical review. *American Journal of Health Promotions* 29: 109-125.
- Cole, S., Hawkley, L., Arevalo, J. y Cacioppo, J. (2011): "Transcript origin analysis identifies antigen-presenting cells as primary targets of socially regulated gene expression in leukocytes". *PNAS* 108:3080-3085
- Cox, J. (2017): "'Someone cares if I'm not there': addressing loneliness in disabled people". *British Journal of Healthcare Assistants* 11.
- Creemers, D., Scholte, R., Engels, R., Prinstein, M. y Wiers, R. (2012): "Implicit and explicit self-esteem as concurrent predictors of suicidal ideation, depressive symptoms, and loneliness". *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 43: 638-646.
- Cross, M. (2013): "Demonised, impoverished and now forced into isolation: The fate of disabled people under austerity", *Disability & Society* 28: 719-723.
- Davidson, S.y Rossall, P. (2015): *Evidence Review: Loneliness in Later Life*. Londres: Age UK
- Dahlberg, L. Agahi, N. y Lennartsson, C. (2018). "Lonelier than ever? Loneliness of older people over two decades". *Archives of Gerontology and Geriatrics* 75: 96-103.
- Dahlberg, L., McKee, K. J., Frank, A. y Naseer, M. (2022). "A systematic review of longitudinal risk factors for loneliness in older adults". *Aging and Mental Health* 26: 225-249.
- de Jong Gierveld, J. y Kamphuis, F. (1985): "The development of a rasch-type loneliness scale." *Applied Psychological Measurement* 9:289-299.
- de Jong Gierveld, J. y Peeters, A. (2003): "The *Interweaving of Repartnered Older Adults' Lives With Their Children and Siblings*". *Ageing and Society* 23: 187-205.
- de Jong Gierveld, J. y Tesch-Römer, C. (2012): "Loneliness in old age in Eastern and Western countries: theoretical perspectives", *European Journal Aging* 9:285-295.
- de Jong Gierveld, J. y van Tilburg, T. (1999): *Manual of the Loneliness Scale*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- de Jong Gierveld, J. y van Tilburg, T. (2006): "6-Item scale for overall, emotional, and social loneliness: Confirmatory tests on survey data research on ageing". *Research on Aging* 28: 582-598.
- De Witte, J. y Van Rogenmorttel, T. (2019) *Loneliness and social isolation among elderly. An empowerment perspective*. Leuven: KLeuven, HIVA.
- Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (2019): *Estudio sobre las mujeres mayores de 65 años víctimas de violencia de género*. Madrid: Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad.
- Departamento de Sanidad (2019): *Salud, soledad y mayores. Plan de Salud 2030*. Zaragoza: Gobierno de Aragón.

DesHarnais Bruce, L., Wu, J. S., Lustig, S. L., Russell, D.W., y Nemecek, D. A. (2019): "Loneliness in the United States: A 2018 national panel survey of demographic, structural, cognitive, and behavioral characteristics". *American Journal of Health Promotion* 33: 1123-1133.

d'Hombres, B., Schnepf, S., Barjaková, M. y Teixeira Mendonça, F. (2018): *Loneliness – An unequally shared burden in Europe*. Bruselas: EU Commission.

Díaz Veiga, P. Márquez González, M., Sancho Castiello, M. y Yanguas Lezuan, J. (2009): *Cómo nos ayudan las emociones a envejecer bien*. Barcelona: Obra Social de Caixa Catalunya.

Díez Nicolás, J. y Morenos Páez, M. (2015): *La soledad en España*. Madrid: Fundación ONCE y de la Fundación AXA.

Doane, L. y Adam, E. (2010): "Loneliness and cortisol: momentary, day-to-day, and trait associations". *Psychoneuroendocrinology* 35: 430-441.

Domènech-Abella, J., Mundó, J., Leonardi, M., Chatterji, S., Tobiasz-Adamczyk, B., Koskinen, S., Ayuso-Mateos, J. L., Haro, J. M. y Olaya, B. (2019): "Loneliness and depression among older European adults: The role of perceived neighborhood built environment". *Health and Place*, en prensa.

Drummond, M. F., Sculpher, M.J., Claxton, K., Stoddart, G.L. y Torrance, G. W. (2015): *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford: Oxford University Press.

Dubuc, N., Hébert, R., Desrosiers, J., Buteau, M. y Trottier, L. (2006): "Disability-based classification system for older people in integrated long-term care services: The Iso-SMAF profiles", *Archives of Gerontology and Geriatrics* 42: 191-206.

Durán Heras, M A. (2020): "Los modos de vivir la vejez de hombres y mujeres". En *El ritmo de la senectud. Una mirada interdisciplinar a la investigación sobre envejecimiento*. Madrid: Fundación General del Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Dykstra, P. A. y De Jong Gierveld, J. (2004): "Gender and marital-history differences in emotional and social loneliness among Dutch older adults". *Canadian Journal of Aging* 23: 141-155

Ebesutani, C., Fierstein, M., Viana, A. G., Trent, L., Young, J y Sprung, M. (2015): "The role of loneliness in the relationship between anxiety and depression in clinical and school-based youth". *Psychology in the Schools* 52: 223-234.

Eckhard, J. (2018): "Does Poverty Increase the Risk of Social Isolation? Insights Based on Panel Data from Germany". *Sociological Quarterly* 59: 338-359.

Ellis, J., Kinsella, K., James, E., Cheetham-Blake, T., Lambrou, M., Ciccognani, A., y Band, R. (2022). "Examining the optimal factors that promote implementation and sustainability of a network intervention to alleviate loneliness in community contexts". De próxima publicación en *Health and Social Care in the Community*. <https://doi.org/10.1111/hsc.13808>

Eskelinen, K., Hartikainen, S. y Nykänen, I. (2016) "Is loneliness associated with malnutrition in older people?" *International Journal of Gerontology* 10: 43-45.

European Commission (2019, a): "Peer Review on "Strategies for supporting social inclusion at older age", Berlin (Germany), 23-24 September 2019: Projects, measures and strategies for tackling social isolation, loneliness and social exclusion in older age". Bruselas: European Commission.

European Commission (2019, b): "Host country. Discussion Paper - Peer Review on "Strategies for supporting social inclusion at older age. Loneliness in Europe", Berlin (Germany), 23-24 September 2019: Projects, measures and strategies for tackling social isolation, loneliness and social exclusion in older age". Bruselas: European Commission.

Eyerund, T. y Orth, A. K. (2019): "Einsamkeit in Deutschland: Aktuelle Entwicklung und soziodemographische Zusammenhänge," IW-Reports 22/2019, Colonia: Institut der deutschen Wirtschaft.

FELGTB (2019): *Informe de Mayores LGTBI: Historia, Lucha y Memoria*. Madrid: Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Trans y Bisexuales.

FEM-CET (2018): *Soledad y riesgo de aislamiento social en las personas mayores*. Barcelona: Obra Social "La Caixa".

Fernández, M. (2018): "Cuando la soledad mata". *El País*, 15 de enero de 2018.

Fernández-Ballesteros, R. (2002). "Social support and quality of life among older people in Spain". *Journal of Social Issues* 58: 645-659.

Flett, G. L., Goldstein, A. L., Pechenkov, I. G., Nepon, T. y Wekerle, C.: (2016): "Antecedents, correlates, and consequences of feeling like you don't matter: Associations with maltreatment, loneliness, social anxiety, and the five-factor model". *Personality and Individual Differences* 92: 52-56.

Ford, M.T., Cerasoli, C.P., Higgins, J.A., y Decesare, A.L. (2011): "Relationships between psychological, physical, and behavioural health and work performance: A review and metaanalysis". *Work and Stress* 25: 185-204.

Forrester-Jones, R., Carpenter, J., Cambridge, P., Tate, A., Hallam, A., Knapp, M. y Beecham, J. (2002): "The quality of life of people 12 years after resettlement from long stay hospitals: Users' views on their living environment, daily activities and future aspirations". *Disability & Society* 17: 741-758.

Forsman, A. K., Nyqvist, F. y Wahlbeck, K. (2011): "Cognitive components of social capital and mental health status among older adults: a population-based cross-sectional study". *Scandinavian Journal of Public Health* 39: 757-765.

Fromm-Reichmann, F. (1959): "Loneliness". *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes* 22: 1-15.

Fulton, L. y Benn, J. (2015). *Investing to Tackle Loneliness: A Discussion Paper*. Londres: Social Finance.

Fundación Pilares (2019): *Informe de resultados de la investigación sobre los servicios que facilitan la permanencia en su domicilio y en el entorno comunitario de las personas en situación de fragilidad o dependencia de Cantabria según el modelo de atención integral y centrada en la persona*. Madrid: Fundaciones Pilares.

Fundación ONCE (2022): *Soledades. Observatorio estatal de la soledad no deseada*. Madrid: FONCE.

Gale, C.R., Westbury, L. y Cooper, C. (2017): "Social isolation and loneliness as risk factors for the progression of frailty: The English Longitudinal Study of Ageing". *Age Ageing* 47: 392-397.

Gardiner, C., Geldenhuys, G. y Gott, M. (2018). "Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: An integrative review". *Health and Social Care in the Community* 26: 147-157.

GOV UK (2021). *Employers and Loneliness*. Londres: Department for Digital, Culture, Media and Sport.

Griffiths, H. (2017): *Social Isolation and Loneliness in the UK*. Londres: IoTUK.

Guthmuller, S. (2022). "Loneliness among older adults in Europe: The relative importance of early and later life conditions". *Plus One* 17: Art. e0267562.

Hacihasanoglu, R., Yildirim, A. y Karakurt, P. (2012): "Loneliness in elderly individuals, level of dependence in activities of daily living (ADL) and influential factors". *Archives of Gerontology and Geriatrics* 54: 61-66.

Hakulinen, C., Pulkki-Råback, L., Virtanen, M., Jokela, M., Kivimäki, M. y Elovainio, M. (2018): "Social isolation and loneliness as risk factors for myocardial infarction, stroke and mortality: UK Biobank cohort study of 479 054 men and women". *Heart* 104: 1536-1542

Hansen, T. y Slagvold, B. (2016): "Late-life loneliness in 11 European countries: Results from the Generations and Gender Survey". *Social Indicators Research* 129: 445-464.

Harari, Y. (2020): "El mundo después del coronavirus". *La Vanguardia*, 5 de aril 2020

Harris, R. A., Qualter, P. y Robinson, S. J. (2013): "Loneliness trajectories from middle childhood to pre-adolescence: impact on perceived health and sleep disturbance". *Journal of Adolescence* 36: 1295-1304.

Hawkley, L. y Cacioppo, J. (2010): "Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms". *Annals of Behavioral Medicine*, 40: 218-227.

Hawkley, L.C, Thisted, R.A., Masi, C.M. y Cacioppo, J.T. (2010): "Loneliness predicts increased blood pressure: 5-year cross-lagged analyses in middle-aged and older adults". *Psychology and Aging* 25: 132-141.

Heinrich, L. M. y Gullone, E (2006): "The clinical significance of loneliness: A literature review". *Clinical Psychology Review* 26: 695-718.

Henriksen, J., Kyle, P. R., Bech, P., Mattisson, C. y Andersson, N. (2016): "Loneliness and mortality: A community-based prospective study". *European Psychiatry* 33: S449.

Hertz, N. (2021). *The Lonely Century: A Call to Reconnect*. Londres: Sceptre.

Heylen, L. (2010): "The older, the lonelier? Risk factors for social loneliness in old age". *Ageing and Society* 30: 1117-1196.

HM Government (2018): *A connected society: A strategy for tackling loneliness*. London: HM Office.

HM Government (2020): *Loneliness Annual Report. The First Year*. London: HM Office.

Holt-Lunstad, J., Smith, T.B. y Layton, J.B. (2010): "Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review". *PLoS Medicine* 7: e1000316.

- Holt-Lunstad, J., Smith, T.B., Baker, M., Harris, T. y Stephenson, D. (2015): "Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review". *Perspectives on Psychological Science* 10: 227-237.
- Holwerda, T. J., van Tilburg, T. G., Deeg, D. J., Schutter, N., Van, R., Dekker, J., Stek, SI, Beekman, A. T. F. y Schoevers, R. A. (2016): "Impact of loneliness and depression on mortality: Results from the Longitudinal Ageing Study Amsterdam". *British Journal of Psychiatry* 209: 127-134.
- Holwerda, T., Deeg, D., Beekman, A., van Tilburg, T., Stek, M., Jonker, C. y Schoevers, R. (2014): "Feelings of loneliness, but not social isolation, predict dementia onset: results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL)". *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 85: 135-142.
- Hughes, M. E., Waite, L.J., Hawkey, L. C. y Cacioppo, J. T. (2004): "A short scale for measuring loneliness in large surveys: Results from two population-based studies." *Research on Aging* 26:655-672.
- Hunt, M. G., Marx, R., Lipson, C. y Young, J. (2018): "No more fomo: Limiting social media decreases loneliness and depression". *Journal of Social and Clinical Psychology* 37: 751-768.
- Huxhold, O y Engstler, H. (2019): "Soziale Isolation und Einsamkeit bei Frauen und Männern im Verlauf der zweiten Lebenshälfte". En C. Vogel, M. Wettstein y C. Tesch-Römer (Eds.), Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte: Älterwerden im sozialen Wandel (pp. 71-89). Wiesbaden: Springer VS.
- Huxhold, O. (2019): *Einsamkeit im Alter- keine Epeidemie, aber ein ernstes problema*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Huxhold, O., Engstier, H. y Hoffmann, E. (2019): *Entwicklung der Einsamkeit bei Menschen im Alter von 45 bis 84 Jahren im Zeitraum von 2008 bis 2017*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- INE (2013) Encuesta de Integración social y salud. Madrid: INE.
- INE (2019): *Encuesta Continua de Hogares, 2018*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- International Longevity Centre UK (2019): *A different age: A snapshot of diverse later lives*. Londres: International Longevity Centre UK.
- James, B.D., Wilson, R.S., Barnes, L.L. y Bennett, D.A. (2011): "Late-life social activity and cognitive decline in old age". *Journal of the International Neuropsychological Society* 17: 998-1005.
- Jin, B. (2013): "How lonely people use and perceive Facebook". *Computers in Human Behavior* 29: 2463-2470.
- John, T. (2018). "How the world's first loneliness minister will tackle `the sad reality of modern life`". *Time*, 12 abril de 2018
- Khosravi, P. y Ghapanchi, A. H. (2016): "Investigating the effectiveness of technologies applied to assist seniors: A systematic literature review". *International Journal of Medical Informatics* 85: 17-26.

- Khosravi, P., Rezvani, A. y Wiewiora, A. (2016): "The impact of technology on older adults' social isolation". *Computers in Human Behavior* 63: 594-603.
- Kim, J. Kim, J. y Yang, H. (2019): "Loneliness and the use of social media to follow celebrities: A moderating role of social presence". *The Social Science Journal* 56: 21-29.
- Krahn, G. L., Walker, D. K. y Correa-De-Araujo, R. (2015); "Persons with disabilities as an unrecognized health disparity population", *American Journal of Public Health* 105: S198-S206.
- Kramer, S. E., Kapteyn, T. S., Kuik, D. J. y Deeg, D. (2002): "The association of hearing impairment and chronic diseases with psychosocial health status in older age". *Journal of Aging and Health* 14: 122-137.
- Kuiper, J. S., Zuidersma, M., Oude Voshaar, R. C., Zuidema, S. U., van den Heuvel, E. R., Stolk, R. P. y Smidt, N. (2015): "Social relationships and risk of dementia: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies". *Ageing Research Reviews* 22: 39-57.
- Kung, C. S. J., Kunz, J. S. y Shields, M.A. (2021). "Economic Aspects of Loneliness in Australia". *Australian Economic Review*, 54: 147-163.
- Ladd, G. W. y Ettekal, I. (2013): "Peer-related loneliness across early to late adolescence: normative trends, intra-individual trajectories, and links with depressive symptoms". *Journal of Adolescence* 36: 1269-1282.
- Larg A. y Moss J. R. (2011): "Cost-of-illness studies: A guide to critical evaluation". *Pharmacoeconomics* 29: 653-671.
- Larrañaga, E., Yubero, S., Ovejero, A. y Navarro, R. (2016): "Loneliness, parent-child communication and cyberbullying victimization among Spanish youths". *Computers in Human Behavior* 65: 1-8.
- Larrañaga, I., Martín, V., Bacigalupe, A., Berigistain, M., Valderrama, M.J. y Arregui, B. (2008): "Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género". *Gaceta Sanitaria* 22: 443-450.
- Lauder, W., Mummery, K., Jones, M. y Caperchione, C. (2006): "A comparison of health behaviours in lonely and non-lonely populations". *Psychology, Health and Medicine* 11: 233-245.
- Lázaro Fernández, S., Mota López, R. y Rubio Guzmán, E. (2022). "Una aproximació a la solitud juvenil: ¿De què parlem? Què hi podem fer?". *Educación Social: Revista de Intervención Socioeducativa* 80: 13-35.
- Lee, K., Vasileiou, K. y Barnett, J. (2019): "'Lonely within the mother': An exploratory study of first-time mothers' experiences of loneliness". *Journal of Health Psychology* 24:1334-1344.
- Lim, K. K. y Chan, A. (2016): "The association between loneliness and healthcare utilization among older adults in Singapore". *Value in Health* 19: a906.
- Lim, M., Rodebaugh, T., Zyphur, M. y Gleeson, J. (2016): "Loneliness over time: The crucial role of social anxiety". *Journal of Abnormal Psychology* 125: 620-630.
- Lollar, D. J. y Crews, J. E. (2003): "Redefining the role of public health in disability". *Annual Review of Public Health* 24: 195-208.

- López Casasnovas, G. y Beigelman, M. (2021). "La nueva economía de la soledad. Soledad y salud de las personas mayores". En Marín, M. (Coor.) *Debates Sobre Longevidad. Más allá de las Pensiones*. Madrid: Fundación para el Análisis y los Estudios Sociales (pp. 137-151).
- López Villanueva, C. y Pujadas Rubies, I. (2018): "Vivir solo en España. Evolución y características de los hogares unipersonales en la vejez". *Panorama Social* 28: 93-114.
- Losada, A., Márquez-González, M., García-Ortiz, L. Gómez-Marcos, M. A., Fernández-Fernández, V. y Rodríguez-Sánchez, E. (2012): "Loneliness and mental health in a representative sample of community-dwelling Spanish older adults". *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied* 146: 277-292.
- Lou, D. M. T., Loxton, N. J. y Tobin; S. J. (2015): "Multiple mediators of reward and punishment sensitivity on loneliness". *Personality and Individual Differences* 72: 101-106.
- Lou, Y., Hawkley, L. C., Waite, L. J. y Cacioppo, J. T. (2012): "Loneliness, health, and mortality in old age: A national longitudinal study". *Social Science and Medicine* 74: 907-914.
- Lubben, J. y Gironde, M. (2003): "Centrality of social ties to the health and wellbeing of older adults". En B. Berkman y L. Harooytan (Eds.), *Social work and health care in an aging world* (pp. 319-350). Nueva York: Springer.
- Lubbers, M. J., Molina, J. L. y Valenzuela, H. (2019): "When networks speak volumes: Variation in the size of broader acquaintanceship networks". *Social Networks* 56: 55-69.
- Luhmann, M. y Bücker, S. (2019): *Einsamkeit und soziale isolation im hohen Alter Projektbereich*. Bochum: Ruhr Universität Bochum
- Macdonald, S. J., Deacon, L., Nixon, J., Akintola, A., Gillingham, A., Kent, J., Ellis, G., Mathews, D., Ismail, A., Sullivan, S., Dore, S. y Highmore, L. (2018): "'The invisible enemy': Disability, loneliness and isolation", *Disability & Society* 33: 1138-1159.
- Macdonald, S. J., Nixon, J. y Deacon, L. (2019): 'Loneliness in the city': examining socio-economics, loneliness and poor health in the North East of England". *Public Health* 165: 88-94.
- Madrid Salud (2019): *Proyecto 'Prevención de la soledad no deseada. Informe anual: 2018*. Madrid: Instituto de Salud Pública.
- Mahdawi, A. (2019): "Why are thirtysomethings lonely? Because society doesn't value friendship". *The Guardian*, 7 de Agosto de 2019.
- Majmudar, I. K., Mihalopoulos, C., Brijnath, B., Lim, M. H., Hall, N. Y. y Engel, L. (2022). "The impact of loneliness and social isolation on health state utility values: A systematic literature review". *Quality of Life Research* 31: 1977-1997.
- Mansfield, L., Daykin, N., Meads, C., Tomlinson, A., Gray, K., Lane, J. y Victor, C. (2019): *A conceptual review of loneliness across the adult life course (16+ years); Synthesis of qualitative studies*. Londres: What Works Centre for Wellbeing.
- Martín Roncero, U. y González-Rábago, Y. (2022). "Soledad no deseada, salud y desigualdades sociales a lo largo del ciclo vital". *Gaceta Sanitaria* 35: Art.20213.
- Martínez, R. (2021). *Detectar la soledad durante el envejecimiento. Una guía*. Barcelona: Fundación Privada Amigos de los Mayores.

Martínez, R. y Celdrán, M. (2019): *La soledad no tiene edad. Explorando vivencias multigeneracionales*. Barcelona: Fundación Privada Amics de la Gent Gran.

Martínez-Buján, R. y Vega, C. (2021). "El ámbito comunitario en la organización social del cuidado". *Revista Española de Sociología*, 30: Art. 25.

McDaid, D., Park, A.-L. y Fernandez, J. L. (2016). *Reconnections Evaluation Interim Report*. Londres: Social Finance.

McDaid, D. y Park, A.-L. (2021). "Modelling the economic impact of reducing loneliness in community dwelling older people in England". *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18: Art. 1426.

McDaid, D., Qualter, P., Arsenault, L., Barreto, M., Fett, A.-K., Hey, N., Johnson, S., Kharicha, K., Matthews, T., Pearce, E., Pitman, A. y Victor, C. (2022) *Tackling loneliness evidence review*. Londres: Department for Digital, Culture, Media and Sport.

McKay, M. T., Konowalczyk, S., Andretta, J. R. y Cole, J. C. (2017): "The direct and indirect effect of loneliness on the development of adolescent alcohol use in the United Kingdom". *Addictive Behaviors Reports* 6: 65-70.

McLennana, A. K. y Ulijaszek, S. J. (2018): "Beware the medicalisation of loneliness". *Lancet* 391: 1480.

Meisters, R., Westra, D., Putrik, P., Bosma, H., Ruwaard, D. y Jansen, M. (2021). "Does loneliness have a cost? A population-wide study of the association between loneliness and healthcare expenditure". *International Journal of Public Health* 66: Art. 581286

Mihalopoulos, C., Le, L. K., Chatterton, M. L., Bucholc, J., Holt-Lunstad, J., Lim, M. H. y Engel, L. (2022): "The economic costs of loneliness: a review of cost-of-illness and economic evaluation studies". *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 55: 823-836.

Ministry Health, Welfare, Sports (2018). Action plan 'As one against loneliness'. <https://www.eentegeneenzaamheid.nl/over-eeenzaamheid/over-eentegen-eeenzaamheid/>

Moreno-Colom S, Recio Cáceres C, Borràs Català V. y Torns Martín T. (2016): "Significados e imaginarios de los cuidados de larga duración en España. Una aproximación cualitativa desde los discursos de cuidadoras". *Papeles del CEIC* 2016/1:1-28.

Morrish, N., Mujica-Mota, R. y Medina-Lara, A. (2022). "Understanding the effect of loneliness on unemployment: propensity score matching". *BMC Public Health* 22: 740.

New Economics Foundation (2017): *The cost of loneliness to UK employers*. London: New Economics Foundation.

Nyqvist, F., Nygård, M. y Scharf, T. (2019): "Loneliness amongst older people in Europe: A comparative study of welfare regimes". *European Journal of Ageing* 16: 133-143.

Nyqvist, F., Victor, C. R., Forsman, A. K. y Cattán, M. (2016): "The association between social capital and loneliness in different age groups: a population-based study in Western Finland". *BMC Public Health* 16: 542.

Observatorio de la Soledad (2020): *Retos y consideraciones sobre la desventaja multidimensional en el envejecimiento*. Seminario organizado por la plataforma ROSEnet European Policy.

- Office of National Statistics (2013): *What are the factors associated with loneliness?* Londres: Office of National Statistics.
- Office of National Statistics (2018): *Recommended national indicators of loneliness*. Londres: Office of National Statistics.
- Office of National Statistics (2019): *Exploring loneliness in children, Great Britain: 2018*. Londres: Office of National Statistics.
- Oliver, M. (1996): *Understanding Disability from Theory to Practice*. Basingstoke: Palgrave
- OMS (2015): "Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud". Ginebra: OMS.
- Ong A.D., Rothstein, J.D. y Uchino, B. (2012): "Loneliness accentuates age differences in cardiovascular responses to social evaluative threat". *Psychology and Aging* 27: 190-198
- ONU (2006): *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. New York: ONU.
- Owen, L., Nolan, K., Tierney, R., Pritchard, C., y Leng, G. (2016): "Cost-effectiveness of a befriending intervention to improve the wellbeing and reduce loneliness of older women". *Lancet* 388: S84.
- Paul, C., Ayis, S. y Ebrahim, S. (2006): "Psychological distress, loneliness and disability in old age", *Psychology, Health & Medicine* 11: 221-232.
- Pavlova, T y Banninkov, G. (2015): "Loneliness and hopelessness in teenagers". *European Psychiatry* 30: 28-31.
- Pereira, A., Daniel, F. Antunes, S. y Soares, M. J. (2015): "Predictors of loneliness in a population of elderly". *European Psychiatry* 30: S28-S31.
- Pérez Salanova, M. (2001): "Envejecimiento y participación: ¿Necesitamos nuevos enfoques?". *Psychosocial Intervention* 10: 285-294.
- Perlman, D. y Peplau LA (1981) 'Toward a Social Psychology of Loneliness', which can be found in Gilmour R and Duck S (Eds.) *Personal relationships. 3, Personal relationships in disorder*, London: Academic Press (pp. 31-56).
- Pinazo-Hernandis, S. y Donio-Bellegarde, M. (2018): *La soledad de las personas mayores. Conceptualization, valoración e intervención*. Madrid: Fundación Pilares.
- Pinazo-Hernandis, S. (2020): "Impacto social de la COVID-19 en las personas mayores: problemas y retos". *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 55(5), 249-252.
- Pittman, M. y Reich, B. (2016): "Social media and loneliness: Why an Instagram picture may be worth more than a thousand Twitter words". *Computers in Human Behavior* 62: 155-167.
- Poscia, A. Stojanovic, J., La Milia, D. I., Duplaga, M., Grysztar, M., Moscato, U., Onder, G., Collamati, A., Ricciardi, W. y Magnavita, N. (2018): "Interventions targeting loneliness and social isolation among the older people: An update systematic review". *Experimental Gerontology* 102: 133-144.

Prieto-Flores, M. E., Forjaz, M.J., Fernandez-Mayoralas, G., Rojo-Perez, F. y Martinez-Martin, P. (2011): "Factors associated with loneliness of non-institutionalized and institutionalized older adults". *Journal of Aging and Health* 23: 177-194.

PWC España (2020): Consenso económico Primer trimestre de 2020. El envejecimiento en España. Madrid: PwC

Qualter, P., Brown, S. L., Rotenberg, K. J., Vanhalst, J., Harris, R. A., Goossens, L., Bangee, M., y Munn, P. (2013): "Trajectories of loneliness during childhood and adolescence: predictors and health outcomes". *Journal of Adolescence* 36: 1283-1293.

Rendueles, C. (2013): *Sociofobia. El cambio político en la era de la utopía digital*. Madrid: Capitán Swing.

Richard, A. Rohrmann, S., Vandeleur, C. L., Schmid, M. y Eichholzer, M: (2016): "Loneliness is adversely associated with lifestyle and physical and mental health". *European Psychiatry* 33: S82.

Richard, A., Rohrmann, S., Vandeleur, C., Schmid, M., Barth, J. y Eichholzer, M. (2017): "Loneliness is adversely associated with physical and mental health and lifestyle factors: Results from a Swiss national survey". *PLoS One* 12: e0181442.

Rodríguez Cabrero, G. Marbán Gallego, V., Arriba, A. y Montserrat Codorniu, J. (2019): *ESPN Thematic Report on National strategies to fight homelessness and housing exclusion. Spain*. Brussels: European Commission y European Social Policy Network.

Rodríguez Rodríguez, P. y Díaz Veiga, P. (Coor) (2010). *Mujeres. Las oportunidades de la edad*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

Rodríguez Rodríguez, P., Díaz-eiga, P., Martínez, T. y García Mendoza, A. (2014): *Cuidar, cuidarse, sentirse bien. Guía para personas cuidadoras según el modelo de atención integral y centrada en la persona*. Madrid: Fundación Pilares.

Rodríguez Rodríguez, P. y Vilá Mancebo, A. (2014). *Modelo de AICP. Teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad*. Madrid: Tecnos.

Rodríguez Rodríguez, P. (2021). *Las residencias que queremos. Cuidados y vida con sentido*. Madrid: Catarata.

Rodríguez Rodríguez, P. (2022). *El modelo de AICP y sus beneficios en residencias de personas mayores*. Madrid: Fundación Pilares. Papeles nº 5.

Rokach, A. (2018): "The Effect of Gender and Culture on Loneliness: A Mini Review". *Emerging Science Journal* 2: 59-64.

Rokach, A. Lehcier-Kimel, R. y Safarov, A. (2006): "Loneliness of people with physical disabilities", *Social Behavior and Personality* 34: 681-700.

Rondón, L.M, Aguirre, B y García, J. (2018). "El significado de las relaciones sociales como mecanismo para mejorar la salud y la calidad de vida de las personas mayores desde una perspectiva integral". *Revista Española de Geriatría y Gerontología* 53: 268-273.

Ruiz-Sánchez, M., Obiols-Masó, N., Oliveras Puigc, L. y Lagarda Jiménez, L. (2016): "Aislamiento social y soledad: ¿Qué podemos hacer los equipos de atención primaria?" *Atención Primaria* 48: 604-609.

- Russell, D. W. (1996): "UCLA loneliness scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure". *Journal of Personality Assessment* 66:20-40.
- Sala, E. y Martínez, R. (2020). *El impacto de la COVID-19 en el sentimiento de soledad no deseada de las personas mayores*. Barcelona: Fundación Privada Amigo de los Mayores.
- Sancho Castiello, M. (2019): *La soledad en España: Dilemas, paradojas*. Santander: Universidad Internacional Menéndez Pelayo. (Mimeo).
- Schinka, K. C., van Dulmen, M. H. M., Mata, A. D., Bossarte, R. y Swahn, M. H. (2013): "Psychosocial predictors and outcomes of loneliness trajectories from childhood to early adolescence". *Journal of Adolescence* 36: 1251-1260.
- Schirmer, W. y Michailakis, D. (2018): "Inclusion/exclusion as the missing link. A Luhmann analysis of loneliness among older people". *Systems Research and Behavioral Science* 35: 76-89.
- Scrutton, J., Holley-Moore, G. y Bamford, S. M. (2019): *Creating a Sustainable 21st Century Healthcare System*. Londres: International Longevity Centre UK.
- Shakespeare, T. (2015): *Disability Research Today*. Londres: Routledge.
- Sierra, C. (2018): "Soledad, esa vieja conocida". *El País*, 2 de agosto de 2016.
- Small, M. L. (2019): *Someone to talk to*. Oxford: Oxford University Press.
- Snell, K. D. M. (2017): The rise of living alone and loneliness in history. *Social History* 42: 2-28.
- Sønderby, L. C. y Wagoner, B. (2013): "Loneliness: An integrative approach". *Journal of Integrated Social Sciences* 3: 1-29
- Spraggins, A. (2012). "Problematic use of social networking sites among urban school going teenagers". *Industrial Psychiatry Journal* 21:94-97.
- Stein, J. Y. y Tuval-Mashiach, R. (2015): "The social construction of loneliness: An integrative conceptualization". *Journal of Constructivist Psychology* 28: 210-227
- Stephoe, A., Owen, N., Kunz-Ebrecht, S. R, y Brydon, L. (2004): "Loneliness and neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory stress responses in middle-aged men and women". *Psychoneuroendocrinology*, 29:593-611.
- Stephoe, A., Shankar, A., Demakakos, P. y Wardle, J. (2013): "Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women". *Proceedings of the National Academy of Science* 110: 5797-801.
- Stickley, A. y Koyanagi, A. (2016): "Loneliness, commonmental disorders and suicidal behavior: Findings from a general population survey". *Journal of Affective Disorders* 197: 81–87.
- Stojanovic, J., Collamati, A., Mariusz, D., Onder, G., La Milia, D. I., Ricciardi, W., Moscato, U., Magnavita, N. y Poscia, A. (2017). "Decreasing loneliness and social isolation among the older people: Systematic search and narrative review". *Epidemiology Biostatistics and Public Health* 14: e12408.
- Sundström, G. Fransson, E. Malmberg, B. y Davey, A. (2009): "Loneliness among older Europeans". *European Journal Aging* 6: 267-275.

Sundström, G., Fransson, E., Malmberg, B. y Davey, A. (2009): "Loneliness among older Europeans". *European Journal of Ageing* 6: 267-275.

Taylor, G. (1999): "Empowerment, identity and participatory research: Using social action research to challenge isolation for deaf and hard of hearing people from minority ethnic communities", *Disability & Society* 14: 369-384

Teh, J. K.I. y Tey, N. P. (2019): "Effects of selected leisure activities on preventing loneliness among older Chinese". *SSM - Population Health* 9: Article 100479.

Thomas, J. (2015): *Insights into Loneliness, Older People and Well-being 2015*. Londres: Office for National Statistics.

Time Out (2017). London is among the loneliest cities in the world. <https://www.timeout.com/london/blog/london-is-among-the-loneliest-cities-in-the-world-021617>

Timpano, K., Carbonella, J., Bernert, R. y Schmidt, N. (2014): "Obsessive compulsive symptoms and sleep difficulties: exploring the unique relationship between insomnia and obsessions". *Journal of Psychiatric Research* 57: 101-107.

Tobío C., Agulló Tomás, M. S., Gómez, M. V. y Martín Palomo, M. T. (2010): *El cuidado de las personas. n reto para el siglo XXI*". Barcelona: Fundación "la Caixa".

Valtorta, N. K., Kanaan, M., Gilbody, S., Ronzi, S. y Hanratty, B. (2016): "Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies". *Heart*, 102:1009-1006.

Valtorta, N. K., Kanaan, M., Gilbody, S., Ronzi, S. y Hanratty, B. (2016): "Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies". *Heart*, 102:1009-1006.

Valtorta, N. K., Kanaan, M., Gilbody, S. y Hanratty, B. (2016): "P39 Changes in loneliness and social isolation over time in adults aged over 50: The English Longitudinal Study of Ageing", *Journal of Epidemiology Community Health* 70: 70.

Vander Weele, T. J., Hawkey, L. C., Thisted, R. A. y Cacioppo, J.T. (2011): "A marginal structural model analysis for loneliness: Implications for intervention trials and clinical practice". *Journal of Clinical and Consulting Psychology* 79: 225-235.

Vasileiou, K., Barnett¹, J., Barreto, M., Vines, J., Atkinson, M., Lawson, S. y Wilson, M. (2017): "Experiences of loneliness associated with being an informal caregiver: A qualitative investigation". *Frontiers in Psychology* 8: Art. 585.

Velarde-Mayol, C., Fraga-Gil, S. y García-de-Cecilia, J.M. (2016): "Validación de la escala de soledad de UCLA y perfil social en la población anciana que vive sola". *Medicina de Familia- SEMERGEN* 42: 177-183.

Walsh, K., Scharf, T. y Keating, N. (2016): "Social exclusion of older persons: a scoping review and conceptual framework". *European Journal of Ageing* 14: 81-98.

Watson, J. y Sinclair, D. (2011): *Good neighbours: Measuring quality of life in older age*. Londres: International Longevity Centre UK.

- Weijs-Perrée, M., van den Berg, P., Arentze, T. y Kemperman, A. (2015): "Factors influencing social satisfaction and loneliness: A path analysis". *Journal of Transport Geography* 45: 24-31.
- Wenger, C. G., Davies, R. Shahtahmasebi, S. y Scott, S. (1996): "Social isolation and loneliness in old age: Review and model refinement". *Ageing and Society* 16: 333-358.
- Wilkinson, R. y Pickett, K. (2019): *Igualdad: Cómo las sociedades igualitarias mejoran el bienestar colectivo*. Madrid: Capitan Swing.
- Wilson, R. S., Krueger, K. R., Arnold, S. E., Schneider, J. A., Kelly, J. F., y Bennett, D.A. (2007): "Loneliness and risk of Alzheimer disease". *Archives of General Psychiatry* 64: 234-240.
- Windle, G. y Woods, R. T. (2004): "Variations in subjective wellbeing: The mediating role of a psychological resource". *Ageing and Society* 24: 583-602.
- World Health Organization (2020a): *Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 51*. Ginebra: World Health Organization.
- World Health Organization (2020b): *Disability considerations during the COVID-19 outbreak*. Ginebra: World Health Organization.
- Wright, T. y Bonett, D. (2007): "Job satisfaction and psychological well-being as non-additive predictors of workplace turnover". *Journal of Management* 33: 141-160.
- Yang, K. y Victor, C. (2011): "Aging and loneliness in 25 European nations". *Ageing and Society* 31: 1368-1388.
- Yanguas Lezaun, J., Galdona Erquicia, N., Segura Talavera, C. y García Soler, A. (2018b): "Soledad en personas mayores: Propuesta para una nueva conceptualización e intervención". *Health, Aging and End of Life* 3: 35-48.
- Yanguas, J., Cilveti, A., Segura, C. (2020): "Loneliness in Old Age". *Encyclopedia of Biomedical Gerontology*. Cambridge, MA: Academic Press (pp. 326-331).
- Yanguas, J., Cilveti, A. y Segura, C. (2019): *¿A quiénes afecta la soledad y el aislamiento social?* Barcelona: Observatorio Social de "la Caixa".
- Yanguas, J., Pinazo-Henandis, S. y Tarazona-Santabalbina, F. J. (2018a): "The complexity of loneliness". *Acta Biomedica* 89: 302–314.
- Yanguas, J.; Pinazo, S. y Tarazona, J. (2018): "The complexity of loneliness", *Acta Bio Medica Atenei Parmensis* 89:302-314.
- YouGov (2019): Millennials are the loneliest generation. <https://today.yougov.com/topics/lifestyle/articles-reports/2019/07/30/loneliness-friendship-new-friends-poll-survey>
- Zhang, X. y Dong, S. (2022). "The relationships between social support and loneliness: A meta-analysis and review". *Acta Psychologica* 227: Art. 103616.