

## ORIGINALES

# La soledad como determinante de salud en las personas mayores de 60 años en un entorno semirural

[Ver en pdf](#)

**Albert Mas Martí.** ABS Palafrugell. Serveis Integrats del Baix Empordà (SSIBE). Girona. España

**Pierpaolo Arciello.** ABS Palafrugell. Serveis Integrats del Baix Empordà (SSIBE). Girona. España

**Alejandro Belmonte.** ABS Torroella Montgrí. SSIBE. Girona. España

**Sandra Perich.** ABS Palafrugell. Serveis Integrats del Baix Empordà (SSIBE). Girona. España

**Juan Ignacio Sáenz Hernáiz.** ABS Palafrugell. Serveis Integrats del Baix Empordà (SSIBE). Girona. España

**Para contactar:**

Albert Mas Martí. [albert.mas.marti@gmail.com](mailto:albert.mas.marti@gmail.com)

## RESUMEN

La soledad es un fenómeno emergente relacionado con la pérdida funcional de las capacidades básicas (ABVD), el riesgo de desarrollar enfermedades y el aumento de la morbilidad y mortalidad.

**Objetivo principal:** describir la prevalencia del sentimiento de soledad en las personas > 60 años de un entorno semirural.

**Objetivos secundarios:** estudiar la relación de la soledad con factores personales y uso de los servicios médicos.

Estudio transversal en el ámbito de la Atención Primaria.

**Población de estudio:** personas entre 60 y 85 años usuarias del Centro de Salud Palafrugell. La variable principal es la soledad medida con una escala validada en España (Escala De Jong y Gierveld de 11 ítems [DJGS-11]). Se pasó la escala a los usuarios del centro de salud mediante entrevista telefónica. Obtuvimos una muestra aleatoria de 149 pacientes estratificada por edad y sexo.

El 54,4% de las personas estudiadas se sienten solas en Palafrugell. Existe más riesgo de probabilidad (RP) de sentirse solo entre las personas de 71-85 años que entre las de 60-70 años ( $p > 0,05$ ; RP = 1,41), entre aquellos que tienen una mala percepción de la salud ( $p < 0,05$ ; RP = 1,65), viven solos ( $p < 0,05$ , RP = 1,48) y no tienen carné de conducir ( $p < 0,05$ ; RP = 1,48).

Las personas solas visitan el doble las urgencias hospitalarias ( $p < 0,05$ ; RP = 1,98).

La soledad es un determinante de salud importante en la población anciana, ya que una de cada dos de estas personas experimenta soledad. Se han observado tendencias como la relación entre soledad y uso de los servicios sanitarios, pero son necesarios más estudios en esta dirección.

**Palabras clave:** soledad, aislamiento social, medicina comunitaria.

## Loneliness as a determinant of health in people over 60 in a semi-rural environment

### Abstract

Loneliness is an emergent social phenomenon related to a loss of basic activities of daily living (Barthel Index), increased risk of developing disease as well as morbidity and mortality rate.

The main objective was to report the prevalence of loneliness in elderly people (> 60 years old) in a non-urban setting. The secondary objective was to study the relationship between personal factors and use of health services.

We performed a transversal study in the scope of primary care. People aged 60 to 85 years old and users of the Primary Health Care Centre from Palafrugell were included. The De Jong and Gierveld 11-item scale was used to determine loneliness by phone interview. We obtained a random sample of 149 patients which was stratified by age and sex.

The prevalence of loneliness in Palafrugell is 54,4%. There is a higher risk of feeling lonely in those people aged 71-85 years old compared to those aged 60-70 years old ( $p > 0,05$ ; RP = 1,41), those who have a poor perception of one's own state of health ( $P < 0,05$ ; RP = 1,65), those who live alone ( $p < 0,05$ ; RP = 1,48) and do not have a driving licence ( $p < 0,05$ ; RP = 1,48). Lonely people visit the casualty department twice as often ( $p < 0,05$ ; RP = 1,98).

Loneliness is a key health determinant in elderly people and one in two feels lonely. Trends such as the relationship between loneliness and use of health services are observed. However, further studies along these lines are needed.

**Keywords:** Community Medicine, Loneliness, Social Isolation.

## INTRODUCCIÓN

La soledad se presenta en nuestros tiempos como un fenómeno emergente (aproximadamente entre el 20-40% de los adultos se han sentido solos en algún momento de su vida). De todos los que lo afirmaron sentirse solos, un 5-7% manifestó un intenso y/o persistente sentimiento de soledad<sup>1</sup>. Es importante diferenciar el hecho de vivir solo respecto al hecho de sentirse solo<sup>2-4</sup>.

En el estudio de Song et al<sup>5</sup> se observa cómo tanto los hombres como las mujeres con sintomatología depresiva eran más ancianos, mayoritariamente fumadores, vivían solos y presentaban más comorbilidades. El 36,8% de las personas de más de 65 años viven en hogares unipersonales, siendo la mayoría de ellas mujeres. Entre la población anciana, el 56% de los hombres y el 72% de las mujeres refieren sentir algún tipo de soledad, y esta proporción aumenta a medida que aumenta la edad<sup>6</sup>. A pesar de poder parecer que la soledad se incrementa linealmente con la edad, se ha descrito una disminución en edades muy avanzadas. De este modo, llega un momento en que el aumento del hecho de sentirse solo no tiene relación directa con la edad del individuo<sup>7</sup>.

Con un aumento progresivo del número de personas ancianas, la soledad tendrá un impacto en la salud, bienestar y calidad de vida de las personas mayores en un futuro próximo<sup>8</sup>. La soledad ha sido relacionada con un incremento de la mortalidad<sup>9</sup> y pérdida de las capacidades vitales para las ABVD<sup>10</sup>.

Los adultos que se sienten infelices con su esfera social o que están solos presentan una mayor mortalidad que aquellos que no se encuentran en esas circunstancias. Este aumento sería comparable con otros factores de riesgo, ya conocidos, como la obesidad y la inactividad física<sup>10</sup>. El hecho de que el individuo se sienta solo se ha relacionado con una peor adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus (DM) y también con un peor pronóstico<sup>11</sup>. Las personas que se sienten solas presentan un mayor riesgo de padecer enfermedades que van desde resfriados comunes hasta patologías cardiovasculares. Las personas que viven solas, con pluripatología, síntomas depresivos, insomnio, en situación de viudedad, jubilación, paro o altos niveles de pobreza están en especial riesgo de experimentar soledad<sup>6</sup>. La evidencia sugiere que la soledad y el aislamiento social representan un riesgo importante de desarrollar enfermedad y aumentan la mortalidad<sup>10</sup>.

El posible impacto negativo que puede tener la soledad sobre la salud de las personas hace que sea de notorio interés clínico empezar a recoger esta información y sistematizarla en las historias clínicas. De este modo, podríamos minimizar su trascendencia sobre la comunidad. Todo ello nos sugiere considerar la soledad como un determinante de salud equiparable a otros ya considerados y recogidos en las historias clínicas.

En la literatura encontramos varias escalas de valoración que nos ayudan a determinar la soledad en personas adultas, como la escala de UCLA o la DJGS<sup>4</sup>. Esta última es una escala que nos permite determinar si existe soledad mediante entrevista oral con el sujeto seleccionado<sup>12</sup>. La DJGS ha sido una de las más utilizadas para determinar la soledad en diferentes países europeos y la que se empleó en este estudio para estudiar la prevalencia de soledad, ya que está validada en España y se puede pasar con un interlocutor.

La DJGS está compuesta por 11 ítems tanto negativos como positivos cuya puntuación final determina si la persona se siente sola o no.

## OBJETIVOS

El objetivo principal es describir la prevalencia de la soledad en personas de 60-85 años de un entorno semirural.

Como objetivos secundarios se planteó estudiar la relación que pudiese existir entre la soledad y el uso de servicios sanitarios, como, por ejemplo, la frecuentación de los servicios de urgencia hospitalaria (SUH) o las visitas en Atención Primaria (AP).

## MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal en el ámbito de la AP de nuestro centro de salud Palafrugell (Girona).

La población de estudio fueron todas las personas de 60-85 años usuarias del centro de salud. Se descartaron a aquellas que presentaron un proceso de duelo en el último año por muerte de familiar de primer grado, demencia u otros trastornos cognitivos avanzados, catalogados según historia clínica, así como a las personas institucionalizadas.

Se determinó que una muestra aleatoria de 193 individuos era suficiente para estimar, con un intervalo de confianza del 95% y una precisión del +/- 7 unidades porcentuales, un porcentaje poblacional con sentimiento de soledad que se preveía del 25%. La muestra obtenida fue estratificada por edad y sexo.

La variable principal era la soledad medida con la escala DJGS-11 validada en España y en español. Como variables secundarias, teníamos la edad y el sexo, el país de nacimiento, el estado de salud según morbilidad atendida (CGR), percepción de salud, personas con las que se convive (núcleo familiar), relación sentimental actual, si se disponía de carné de conducir, nivel de estudios y visitas al centro de salud y al SUH en el último año.

En una primera fase se envió una carta explicativa por correo postal a los 193 seleccionados. En ella se detallaba los objetivos del estudio, se facilitaba un teléfono para pedir más información o por si algún seleccionado quería revocar su participación directamente. Para contactar con los participantes en el estudio se hacía una llamada telefónica con un máximo de tres intentos en días y franjas horarias diferentes. Realizados el máximo de tres intentos sin éxito, se descartaba al sujeto como participante del estudio. Se pasó la escala DJGS-11 ítems a los usuarios del centro de salud mediante entrevista telefónica. Las respuestas obtenidas se registraron en un formulario de Google Forms, codificando a cada participante para garantizar su anonimato. Posteriormente, los resultados se trasladaron a una hoja de cálculo Excel y los datos se recogieron entre diciembre de 2018 y enero de 2019.

El cuestionario recogió variables sociodemográficas como la edad, sexo, nacionalidad y país de nacimiento mediante preguntas abiertas. El nivel de estudios fue obtenido con una pregunta cerrada y se dicotomizó en básicos o menos frente a secundarios o universitarios.

Para valorar el núcleo familiar, se preguntó con cuántas personas se convivía (solo, 1, 2, 3 o 4 convivientes), y se averiguó si tenían carné de conducir (sí/no), alguna actividad laboral y relación sentimental en la actualidad con preguntas cerradas con múltiples opciones en la entrevista.

Otras variables se registraron mediante preguntas cerradas con múltiples opciones. La percepción de salud se obtuvo a partir de la pregunta «¿Cómo percibe su estado de salud actual?», y se dicotomizó en buena o mala. Las visitas a AP y SUH en el último año y el estado de salud según comorbilidad atendida (CRG) fueron extraídas de la historia clínica digitalizada.

Para valorar la soledad en distintos grados, el cuestionario incluye la escala de valoración De Jong 11 ítems. Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables incluidas y análisis bivariados según edad, sexo, país de nacimiento, nacionalidad, CRG, percepción de salud, núcleo familiar, posesión o no de carné de conducir, nivel de estudios, actividad laboral actual y tipo de relación sentimental.

Las visitas a AP y SUH se analizaron según soledad (con 2 [soledad/no soledad] y 3 categorías [no soledad/poca/severa soledad]) y estratificando por grupos de edad (60-75 años y 76-85 años).

El análisis estadístico consistió en una descriptiva univariada y bivariada mediante la estadística exacta de Fisher y razones de probabilidad con sus respectivos IC 95%. Se utilizó un nivel de significación del 0,05. Todos los análisis se hicieron con paquetes estadísticos SPSS v23.

En todo momento se garantizó la confidencialidad de los datos, de acuerdo con lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD), y solo se registraron aquellos datos de la historia clínica relevantes para finalidades meramente investigadoras y relacionadas con el presente estudio. Para la realización del proyecto, se obtuvo la aprobación del comité de investigación del centro.

## RESULTADOS

Del total de la muestra, se recogieron datos de 149 usuarios. Entre las exclusiones, la gran mayoría fue por declinación a la participación en el estudio (30%), barrera idiomática (14%) o no localización de la persona (14%), entre otros.

En relación con la muestra obtenida, la mayoría fueron mujeres, españolas y pacientes crónicas según CGR. Disponían de carné de conducir, eran jubiladas o inactivas, tenían estudios básicos y vivían acompañadas. Estas son las principales características, como se puede observar en la **tabla 1**.

**Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra (n = 149)**

Variabes		N	%
<b>Sexo</b>	Hombre	71	47,7%
	Mujer	78	52,3%
<b>Edad</b>	60-70 años	72	48,3%
	71-85 años	77	51,7%
<b>País de nacimiento</b>	España	137	91,9%
	Otros	12	8,1%
<b>CGR</b>	Crónicos	97	65,1%
	No crónicos	39	26,2%
	Pérdidas sistema	13	8,7%
<b>Percepción subjetiva de salud</b>	Buena	92	61,7%
	Mala	57	38,3%
<b>Núcleo familiar</b>	Vive solo	27	18,1%
	Vive acompañado	122	81,9%
<b>Carné de conducir</b>	Sí	113	75,8%
	No	36	24,2%
<b>Nivel de estudios</b>	Básicos	108	72,5%
	Secundarios	41	27,5%
<b>Situación laboral</b>	Inactivo	114	76,5%
	Activo	35	23,5%

Relación sentimental	Sin pareja estable	112	75,2%
	Con pareja estable	37	24,8%

La prevalencia de personas que se sienten solas en el entorno semirural de nuestro centro de salud es del 54,4%, y un 4,7% de estas muestra un grado de soledad severa, según los resultados obtenidos con la escala DJGS-11.

Se observó una asociación clínicamente relevante entre el hecho de sentirse solo y tener entre 71 y 85 años ( $p < 0,05$ ; RP = 1,41), una percepción de salud mala ( $p < 0,05$ ; RP = 1,65), vivir solo ( $p < 0,05$ ; RP = 1,48) y no disponer de carné de conducir ( $p < 0,05$ ; RP = 1,48) (**tabla 2**).

**Tabla 2. Soledad según edad, percepción de salud, núcleo familiar y carné de conducir**

Variables	Total	Soledad (DJGS-11)		p	Razón de probabilidad	
		Sí	No			
Edad	71-85	72	46	26	0,032	1,41 (1,04-1,90)
	60-70	77	35	42		
Percepción de salud	Mala	57	41	16	0,001	1,65 (1,25-2,20)
	Buena	92	40	52		
Núcleo familiar	Vive solo	27	20	7	0,032	1,48 (1,11-1,97)
	No vive solo	122	61	61		
Carné de conducir	No	36	26	10	0,02	1,48 (1,13-1,96)
	Sí	113	55	58		

Se encontraron algunas tendencias que resultan clínicamente relevantes como que aquellas personas que han nacido fuera de España se sentían más solas que las nacidas en el estado español ( $p > 0,05$ ; RP = 1,25). También se observó que el sentimiento de soledad aumentaba a medida que el núcleo familiar aumenta de tamaño, con la excepción de aquellos núcleos familiares de dos personas donde la soledad disminuye (**tabla 3**).

**Tabla 3. Descripción del núcleo familiar y la presencia o no de soledad expresada en porcentaje**

	Soledad	No soledad
Vive solo	74,1%	25,9%
1 persona	43,5%	56,5%
2 personas	55,6%	44,4%
3 personas	58,3%	41,7%
≥ 4 personas	100%	0%

Las personas que presentaron un estado de salud según CGR catalogado como crónico podían presentar un mayor riesgo de sentirse solas ( $p > 0,05$ ; RP = 1,18). Se observó que a mayor nivel de estudios menor era el sentimiento de soledad ( $p > 0,05$ ; RP = 1,33). También cabe destacar que las personas que no tienen pareja estable podían tener un riesgo aumentado de sentirse solas respecto a las que tienen pareja estable ( $p > 0,05$ ; RP = 1,35).

En relación con el uso de los servicios sanitarios (visitas/año al CS), se pudieron observar datos clínicamente relevantes, como el hecho de que dentro del percentil 75 de la muestra podrían frecuentar más el CS las personas que experimentan soledad respecto a las que no ( $p > 0,05$ ; RP = 1,42). Cuando se analizó el patrón de frecuentación, pudimos observar cómo estas diferencias son más notorias en el grupo de edad de 60 a 70 años ( $p > 0,05$ ; RP = 1,64), mientras que casi no hay diferencias entre las personas de edad más avanzada. En las visitas a los SUH, se encontró que las personas que experimentan soledad visitan el doble estos servicios que aquellas que no la experimentan ( $p < 0,05$ ; RP = 1,98).

## DISCUSIÓN

El 54,4% de las personas estudiadas experimentaban un sentimiento de soledad. Nuestros resultados muestran un ligero incremento del sentimiento de soledad en comparación con otros estudios, algo que quizá pueda explicarse por las características poblacionales y el tipo de medio en el cual se desarrolló este estudio, ya que son pocos los trabajos en los que se estudia la prevalencia de la soledad en entornos rurales o semirurales.

El presente estudio se basó en un entorno con núcleos de población muy diseminados en el territorio, con un importante flujo de personas jóvenes hacia las principales ciudades más próximas, debido a la accesibilidad hoy en día a estudios superiores o por motivos laborales. Otra característica que podría influir en este movimiento de personas es que el principal motor económico de la región es el terciario, con un sector secundario no tan desarrollado como en otros municipios de características demográficas similares en regiones diferentes. El sector de los servicios implica mucha estacionalidad y grandes flujos migratorios en periodos concretos del año. Todo ello, en personas de edad avanzada, pocas de ellas activas laboralmente, podría implicar pérdida del tejido social, lo que facilita el sentimiento de soledad.

*Limitaciones del estudio.* Excluir aquellas personas institucionalizadas podría subestimar el resultado del estudio. Parte de las pérdidas que tuvimos fueron como consecuencia directa de la barrera idiomática, y eso podría conllevar un sesgo en los resultados obtenidos. Otro sesgo que podría presentar este estudio es que se descartó a población por barrera idiomática. Esto podría provocar menospreciar el idioma como factor inclusivo en los tejidos sociales de la región.

Las características de la muestra obtenida son similares a poblaciones de estudio en otros trabajos. Se recogieron datos epidemiológicos, que, a pesar de no ser habituales en la literatura disponible y revisada, se han considerado de notable relevancia para la posterior interpretación de los resultados. Un

ejemplo sería el disponer de carné para conducir, algo que en un entorno semirural puede ser de gran importancia para las relaciones sociales o el acceso al sistema de salud. El nivel de estudios y la percepción de salud son otros datos que se consideraron interesantes, ya que en poblaciones de edad avanzada de nuestro entorno podría interferir en la formación de un tejido social sólido. La explicación de este hecho se basa en que, para tener estudios secundarios, gran parte de la población tuvo que desplazarse hacia grandes urbes, fortaleciendo así sus redes sociales.

En la línea de estudios ya publicados<sup>7,10,13,14</sup>, se han observado tendencias que muestran que, a mayor morbilidad (CGR), se incrementa el riesgo de experimentar soledad. En relación directa, las personas solas podrían frecuentar en mayor medida los servicios sanitarios. Este hecho se puede explicar por el papel de los sanitarios, sobre todo dentro del equipo de Atención Primaria (EAP), no solo dando respuesta a demandas meramente médicas, sino también facilitando el acompañamiento en la esfera psicosocial. En nuestra muestra, las personas que se sienten solas visitan el doble los SUH que las que no experimentan esta sensación. La presión asistencial del facultativo y las largas listas de espera, entre otros factores, podrían precipitar la migración de estos pacientes a los centros hospitalarios, en busca de una respuesta inmediata a sus inquietudes o problemas de salud.

En situaciones ideales, el rol del médico de cabecera debería ser una pieza más del engranaje de la esfera biosocial del paciente y nexo de unión entre la comunidad para poder minimizar el efecto de la soledad en las personas. Debemos tener presente que ni el médico ni el centro de salud deben actuar de forma unilateral sobre la soledad, ya que carecemos de los mecanismos adecuados desde los CS. Sí sería interesante que desde AP pudiéramos alertar de la posible situación de soledad para poder minimizar sus efectos negativos en la salud de los individuos de nuestra comunidad.

El aumento de las de las visitas a los SUH también se puede explicar por la peor percepción de salud que tienen las personas que se sienten solas. Las personas con una peor percepción de salud relacionan determinada sintomatología con posibles enfermedades y situaciones potencialmente peligrosas, algo que no suelen hacer aquellas con una mejor percepción de salud.

La soledad es un determinante importante de salud en los ancianos. A veces es estigmatizada, trivializada o ignorada. En los países industrializados encontramos un aumento progresivo de ancianos y una tendencia a la inversión de las pirámides poblacionales. Son múltiples los efectos negativos que comporta la soledad en la salud de las personas, por lo que podemos estar delante de un problema emergente de salud pública. Se deberían impulsar campañas para sensibilizar a la gente de este problema creciente, a fin de intentar minimizar los daños que pueda ocasionar.

Las intervenciones sobre la soledad son un ejemplo de actividades comunitarias que se deberían implementar para minimizar los efectos de esta sobre la esfera biopsicosocial de las personas. Cualquier persona del EAP puede explorar los sentimientos de soledad. El impacto de este condicionante merece que sea recogido en las historias clínicas mediante escalas diagnósticas como las empleadas en este estudio.

A pesar de relacionar la soledad con muchas patologías y enfermedades crónicas, así como con un peor pronóstico y aumento de la morbimortalidad<sup>8</sup>, necesitamos más estudios en los que se relacione la soledad con la mortalidad y los efectos que conlleva en la salud de las personas para conocer sus verdaderas repercusiones en la población de edad avanzada de nuestros medios. Teniendo en cuenta las conclusiones de este y otros estudios, es conveniente aplicar medidas para poder detectar a tiempo los problemas de soledad y minimizar sus efectos sobre las personas, y para ello tanto el personal médico como el de enfermería tienen un papel clave. Podría ser interesante incluir escalas de detección en el Programa de Actividades Preventivas y de Protección de la Salud (PAPPS) del mismo modo que incidimos sobre hábitos de vida que repercuten en la salud de los usuarios.

Se han observado tendencias y aproximaciones como la relación entre la soledad y el uso de servicios sanitarios<sup>15</sup>. Estudios con un mayor número de participantes nos ayudaría a clarificar y cuantificar el impacto de la soledad sobre el sistema sanitario, así como sobre las diferentes comunidades y entornos.

El efecto de la soledad en la salud de las personas es un tema de interés creciente, por lo que no es de extrañar la escasez de trabajos publicados en esta línea en entornos y sociedades occidentales donde la medicina tiene un enfoque des de la visión biológica en contra de la esfera más psicosocial.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Theeke LA, Lo S, Yarcheski TJ, Cannella BL, Kelly J, Barnes L, et al. Predictors of loneliness in U.S. adults over age sixty-five. Arch Psychiatr Nurs [Internet]. 2009 Oct [citado: 10 de mayo de 2017];23(5):387-96. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19766930>
2. Holwerda TJ, Deeg DJH, Beekman ATF, Van Tilburg TG, Stek ML, Jonker C, et al. Feelings of loneliness, but not social isolation, predict dementia onset: results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2014;85(2):135-42.
3. Utz R, Bearson K, Caserta M, Lund D, De Vries B. Feeling Lonely Vs. Being Alone: Social Support and Loneliness Among Recently Bereaved Persons. 2011;51(2):605-6.
4. Velarde Mayol C, Fragua Gil S, García de Cecilia JM. Validación de la escala de soledad de UCLA y perfil social en la población anciana que vive sola. 2016;42(3):177-83.
5. Song BM, Kim HC, Rhee Y, Youm Y, Kim CO. Association between serum 25-hydroxyvitamin D concentrations and depressive symptoms in an older Korean population: A cross-sectional study. J Affect Disord [Internet]. 2016;189(2016):357-64. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.043>
6. Puig LO. Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria? 2017;48(9):604-9.
7. Julsing JE, Kromhout D, Geleijnse JM, Giltay EJ. Loneliness and All-Cause, Cardiovascular, and Noncardiovascular Mortality in Older Men: The Zutphen Elderly Study. Am J Geriatr Psychiatry [Internet]. 2016;24(6):475-84. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jagp.2016.01.136>
8. Nicholson NR. A Review of Social Isolation: An Important but Underassessed Condition in Older Adults. J Prim Prev [Internet]. 2012;33(2):137-52. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10935-012-0271-2>
9. Russell DW. UCLA Loneliness Scale: reliability, validity, and factor structure. Journal of Personality Assessment. 1996;66:20-40.
10. Valtorta NK, Kanaan M, Gilbody S, Ronzi S, Hanratty B. Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. Heart [Internet]. 2016;1-8. Disponible en: <http://heart.bmj.com/content/early/2016/03/15/heartjnl-2015-308790.abstract>
11. Nakane E, Tanaka N, Kimura Y, Sekihara T, Hayashi H, Okano M, et al. Living Alone or Living Only With an Elderly Spouse Is an Independent Predictor of Hospital Readmission in Elderly Patients With Decompensated Heart Failure. J Am Coll Cardiol [Internet]. 2015;65(10):A1033. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0735109715610336>

12. Buz J, Adunz GP. Análisis de la escala de soledad de de jong gierveld mediante el modelo de rasch. Univ Psychol. 2013;12(3):971-81.
13. Olaya B, Domènech-Abella J, Moneta MV, Lara E, Caballero FF, Rico-Urbe LA, et al. All-cause mortality and multimorbidity in older adults: The role of social support and loneliness. Exp Gerontol [Internet]. 2017 Dec 1 [citado: 22 de julio de 2018];99:120-6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0531556517302553?via%3Dihub>
14. Luo Y, Waite LJ. Loneliness and mortality among older adults in China. Journals Gerontol-Ser B Psychol Sci Soc Sci. 2014;69(4):633-45.
15. Jakobsson U, Kristensson J, Hallberg IR, Midlöv P. Psychosocial perspectives on health care utilization among frail elderly people: An explorative study. Arch Gerontol Geriatr. 2011;52(3):290-4.

**Fecha de recepción:** 9 de marzo de 2020 **Fecha de aceptación:** 28 de octubre de 2020

**Editor responsable:** Carlos Vecina Merchante



Volver

La soledad como determinante de salud en las personas mayores de 60 años en un entorno semirural  
*Albert Mas Martí, Pierpaolo Arciello, Alejandro Belmonte, Sandra Oerich y Juan Ignacio Saénz Hernáiz*  
Comunidad marzo 2021;23(1):6  
ISSN: 2339-7896

## COMENTARIOS

0  
comentarios

### Dejar un comentario

Su Nombre

Mensaje

Su Email

Web (opcional)

Comentar