



VNIVERSITAT
DE VALÈNCIA

Facultad de Psicología

Programa de Doctorado en Psicogerontología (Cod. 3053)

Tesis Doctoral

La soledad de las mujeres mayores que viven solas

Presentada por:

Dña. Mônica Donio Bellegarde Nunes

Dirigida por:

Dra. Dña. Sacramento Pinazo Hernandis

Dra. Dña. Anita Liberalesso Neri

Marzo, 2017

AGRADECIMIENTOS

Elaborar esta Tesis Doctoral ha sido un gran reto para mí y no hubiera podido hacerlo si estuviera sola. El apoyo constante de mi red social fue imprescindible. Son muchas las personas que contribuyeron para que este sueño se hiciera realidad.

En primer lugar, me gustaría agradecer a la Dra. Sacramento Pinazo, quien desde el principio me acogió y me acompañó desde cerca, siempre enseñándome y animándome a seguir adelante. Gracias, Sacra, por haber confiado en mí y haberme abierto tantas puertas. Gracias por tu cercanía, humildad y cariño. Eres una persona extraordinaria y soy muy afortunada por haber tenido la oportunidad de trabajar contigo.

Agradezco también a la Dra. Anita Neri, que a pesar de la distancia física, también me acompañó en este recorrido, aportando sus conocimientos y su experiencia para que este trabajo fuera mejor.

Gracias a mi querida familia y amigos brasileños, que también me acompañaron desde el otro lado del charco y que me dieron ánimo para perseguir mi sueño. Sentí muchas “saudades” durante estos años, pero de alguna manera, sentía que estábais aquí cerquita. En especial, quiero agradecer a mi abuela Sarah, que este año cumple los 92 años y que es un ejemplo de vida. Vó Sarah, me has enseñado y sigues enseñándome mucho cada día.

Agradezco a mi marido Carlos, por su paciencia y comprensión, por haber estado a mi lado en los momentos malos y buenos a lo largo de estos años. Me has ayudado a calmarme y a recuperar la confianza cuando creía que no sería capaz de terminar la Tesis. Me has escuchado con atención cuando te contaba sobre los avances del trabajo, aunque muchas veces no te enterabas de nada de lo que te estaba diciendo. Gracias por haber invertido tu tiempo para ayudarme con la maquetación de la Tesis, y tus habilidades artísticas para hacer el dibujo de la Figura 7. ¡Te ha quedado genial!

A lo largo de este recorrido, tuve la suerte de conocer a personas muy especiales que, de diferentes maneras, contribuyeron para que este trabajo pudiera salir bien. Mis queridos Sacra's Angels, vuestro apoyo emocional e instrumental fue esencial! Más que compañeros de Doctorado, he ganado amigos para toda la vida. Hemos pasado momentos maravillosos juntos, de risas y de diversión, pero también de trabajo serio. Os agradezco por habernos acogido a Carlos y a mí y por habernos enseñado un poco sobre la cultura valenciana.

Mi amiga Clicia, gracias por las veces en que hemos quedado en la Facultad. Nuestras largas charlas me ayudaron a coger fuerzas para seguir trabajando. Sin duda, poder compartir mis angustias con alguien que estaba pasando por la misma situación fue fundamental.

Quiero hacer un agradecimiento especial a Esperanza Vidal y a su equipo de Atenzia, por habernos facilitado tanto la recogida de datos para el estudio presentado en esta Tesis. Este trabajo no hubiera sido posible si no fuera por el esfuerzo que pusisteis en este proyecto.

Agradezco también a Laura Galiana y a José Manuel Tomás, por vuestra dedicación a la hora de realizar los análisis estadísticos del estudio. Vuestro apoyo fue imprescindible.

Gracias a Cruz Roja, y en especial, a Vero por habernos abierto sus puertas para que pudiéramos realizar parte de la investigación con sus usuarios. Gracias también a Pruden y a su equipo, que de manera voluntaria, dedicaron horas de trabajo para grabar y editar el video de la discusión en grupo que hicimos en la primera fase del estudio.

Finalmente, pero no menos importante, me gustaría agradecer a todas las mujeres mayores que aceptaron compartir conmigo un trocito de su experiencia.

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEÓRICO	5
Capítulo 1. El envejecimiento con mirada de género	5
1.1. El envejecimiento de la población	5
1.1.1. El panorama del envejecimiento en España	8
1.1.2. “ <i>Aging in Place</i> ” o “Envejecer en Casa”	12
1.2. La viudedad de las mujeres mayores	16
1.3. Las mujeres mayores que viven solas	20
Capítulo 2. El envejecimiento, el apoyo social y la soledad	25
2.1. Concepto de soledad	28
2.1.1 La soledad del aislamiento social y la soledad del aislamiento emocional: El Modelo de Weiss	35
2.1.2 El modelo de discrepancia cognitiva: la contribución de de Jong Gierveld ...	40
2.1.3 Otros tipos de soledad	44
2.1.4 El aislamiento social y la soledad: Diferencias entre estar solo, vivir solo y sentirse solo	47
2.2 Prevalencia de soledad en las personas mayores	50
2.3 Factores de riesgo y de protección relacionados con la soledad de las personas mayores	54
2.3.1 Las características sociodemográficas	55
2.3.2 Las relaciones sociales y el papel del apoyo social	68

2.3.2.1 La red social	80
2.3.2.2 El apoyo social informal	85
2.3.2.3 El apoyo social formal.....	91
2.3.3 La satisfacción con la vida.....	93
2.3.4 La salud física, psicológica y mental	96
2.3.5 El espacio de vida	104
2.3.6 Las variables cognitivas y de la personalidad.....	110
2.4 Instrumentos de medida de la soledad	114
2.4.1 UCLA Loneliness Scale	117
2.4.2 Escala de Soledad de Jong Gierveld	124
2.4.3 Otros instrumentos de medida de la soledad.....	130
ESTUDIO EMPÍRICO	143
Capítulo 3. Estudio Cuantitativo.....	145
3.1 Objetivos e Hipótesis	145
3.2 Participantes.....	151
3.3 Procedimiento.....	152
3.4 Instrumentos empleados.....	154
3.4.1 Variables sociodemográficas.....	154
3.4.2 Conocimiento y uso de servicios sociales y de recursos de apoyo formal	155
3.4.3 Salud percibida.....	156
3.4.4 Espacio de vida.....	158

3.4.5 Red de apoyo y aislamiento social	163
3.4.6 Frecuencia de contacto con la familia	164
3.4.7 Satisfacción con la vida.....	164
3.4.8 Soledad.....	165
3.5 Análisis estadísticos.....	168
3.6 Resultados.....	177
3.6.1 Descriptivos. Características sociodemográficas, conocimiento y uso de servicios sociales y de apoyo formal.....	177
3.6.2 Descriptivos. Características de la red social e indicadores de salud percibida, espacio de vida y satisfacción vital	181
3.6.3 Prevalencia de soledad en la muestra.....	189
3.6.4 Relaciones entre soledad y características sociodemográficas	191
3.6.5 Relaciones de la soledad con el conocimiento y uso de servicios sociales y de recursos de apoyo formal	194
3.6.6 Relación entre soledad y salud percibida	196
3.6.7 Relaciones entre la soledad y el espacio de vida.....	197
3.6.8 Relaciones entre la soledad y la red de apoyo social	199
3.6.9 Relaciones entre la soledad y la frecuencia de contacto con los familiares ..	200
3.6.10 Relación entre la soledad y la satisfacción con la vida	202
3.6.11 Relaciones entre las diferentes variables.....	203
3.6.11.1 Relaciones de la salud percibida con las características sociodemográficas	203

3.6.11.2 Relaciones del espacio de vida con las características sociodemográficas	205
3.6.11.3 Relaciones de las redes de apoyo social de familiares y amigos con las características sociodemográficas.....	222
3.6.11.4 Relaciones entre frecuencia de contacto con familiares y características sociodemográficas	227
3.6.11.5 Relaciones entre satisfacción con la vida y características sociodemográficas	241
3.6.12 Predicción de las dimensiones de soledad y la satisfacción con la vida	244
3.6.12.1 Análisis bivariados entre todas las variables psicosociales del estudio	244
3.6.12.2 Regresiones lineales múltiples	252
3.6.12.3 Modelo de ecuaciones estructurales	255
3.7 Discusión	257
3.7.1 Características sociodemográficas de la muestra, conocimiento y uso de servicios sociales y de apoyo formal.....	262
3.7.2 Características de la red social e indicadores de salud percibida, espacio de vida y satisfacción vital	267
3.7.3 Prevalencia de soledad en la muestra.....	272
3.7.4 Relaciones entre soledad y características sociodemográficas	274
3.7.5 Relaciones de la soledad con el conocimiento y uso de servicios sociales y de recursos de apoyo formal	276
3.7.6 Relación entre la soledad y la salud percibida	278
3.7.7 Relaciones entre la soledad y el espacio de vida.....	279

3.7.8 Relaciones entre la soledad y la red de apoyo social	282
3.7.9 Relaciones entre la soledad y la frecuencia de contacto con los familiares ..	284
3.7.10 Relación entre la soledad y la satisfacción con la vida	287
3.7.11 Relaciones entre las diferentes variables.....	289
3.7.12 Poder predictivo y mediador de las variables estudiadas sobre la soledad .	303
Capítulo 4. Conclusiones Generales.....	309
4.1 Conclusiones y Aportaciones de la investigación	311
4.2 Limitaciones y líneas de futuro	315
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	321
ANEXOS	363

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	<i>Cuadro resumen de los abordajes teóricos sobre la soledad (adaptado de Peplau y Perlman, 1982)</i>	34
Tabla 2	<i>Cuadro resumen de las asociaciones entre soledad y variables sociodemográficas</i>	67
Tabla 3	<i>Cuadro resumen de los instrumentos utilizados para medir la soledad</i>	141
Tabla 4	<i>Esquema general de los objetivos y de las hipótesis del estudio</i>	150
Tabla 5	<i>Esquema general de objetivos, hipótesis y análisis estadísticos del estudio</i>	169
Tabla 6	<i>Características sociodemográficas, conocimiento y uso de servicios sociales</i>	180
Tabla 7	<i>Distribución de la frecuencia de contacto con los familiares</i>	182
Tabla 8	<i>Red de apoyo social total y sus dos dimensiones (variable categórica)</i>	183
Tabla 9	<i>Autoevaluación del estado general de salud (variable categórica)</i>	184
Tabla 10	<i>Autoevaluación de la satisfacción vital (variable categórica)</i>	184
Tabla 11	<i>Espacio de vida restringido o no restringido</i>	186
Tabla 12	<i>Indicadores del espacio de vida (variables cuantitativas)</i>	186
Tabla 13	<i>Nivel de soledad (variable categórica)</i>	190
Tabla 14	<i>Nivel de soledad (variable cuantitativa)</i>	191
Tabla 15	<i>Medias de las dimensiones social y emocional de soledad en función del estado civil</i>	192
Tabla 16	<i>Medias de las dimensiones social y emocional de soledad en función del nivel de estudios</i>	192
Tabla 17	<i>Medias de las dimensiones social y emocional de soledad en función de la situación laboral</i>	193

Tabla 18	<i>Medias de las dimensiones social y emocional de soledad en función del nivel de ingresos</i>	193
Tabla 19	<i>Medias de las dimensiones social y emocional de soledad en función de los motivos para vivir solas</i>	194
Tabla 20	<i>Medias de las dimensiones social y emocional de soledad en función del conocimiento del SAD</i>	195
Tabla 21	<i>Medias de las dimensiones social y emocional de soledad en función del uso del SAD</i>	195
Tabla 22	<i>Medias de las dimensiones social y emocional de soledad en función del conocimiento del comedor social</i>	195
Tabla 23	<i>Medias de salud percibida en función del grado de soledad</i>	197
Tabla 24	<i>Medias de espacio de vida en función del grado de soledad</i>	198
Tabla 25	<i>Distribución de las participantes en función de su grado de soledad y el acceso al barrio</i>	199
Tabla 26	<i>Medias de apoyo de los familiares en función del grado de soledad</i>	200
Tabla 27	<i>Medias de apoyo de los amigos en función del grado de soledad</i>	200
Tabla 28	<i>Medias de frecuencia de contacto con los familiares en función del grado de soledad</i>	202
Tabla 29	<i>Medias de satisfacción con la vida en función del grado de soledad</i>	203
Tabla 30	<i>Medias de la salud percibida en función de estado civil, nivel de estudios, situación laboral y nivel de ingresos</i>	204
Tabla 31	<i>Medias de la salud percibida en función de los motivos por los que vive sola, del conocimiento y del uso de los servicios sociales</i>	205
Tabla 32	<i>Medias de LS-C en función de estado civil y nivel de estudios</i>	206

Tabla 33	<i>Medias de LS-C en función de situación laboral y nivel de ingresos.....</i>	207
Tabla 34	<i>Medias de LS-C en función de los motivos por los que vive sola, del conocimiento y del uso de los servicios sociales.....</i>	208
Tabla 35	<i>Medias de LS-M en función de estado civil, situación laboral y nivel de estudios</i>	210
Tabla 36	<i>Medias de LS-M en función del nivel de ingresos y de los motivos por los que vive sola</i>	210
Tabla 37	<i>Medias de LS-M en función del conocimiento y del uso de los servicios sociales</i>	211
Tabla 38	<i>Medias de LS-E en función de estado civil, situación laboral y nivel de estudios</i>	212
Tabla 39	<i>Medias de LS-E en función de nivel de ingresos y de los motivos por los que vive sola</i>	213
Tabla 40	<i>Medias de LS-E en función del conocimiento y del uso de los servicios sociales.</i>	213
Tabla 41	<i>Medias de LS-I en función de estado civil y de situación laboral.....</i>	214
Tabla 42	<i>Medias de LS-I en función de nivel de estudios y de nivel de ingresos.....</i>	215
Tabla 43	<i>Medias de LS-I en función de los motivos por los que vive sola, del conocimiento y del uso de servicios sociales.....</i>	216
Tabla 44	<i>Medias de edad y del tiempo de vida en solitario de las participantes en función de su LS-ID</i>	217
Tabla 45	<i>Distribución de las participantes en función de su LS-ID y el estado civil.....</i>	217
Tabla 46	<i>Distribución de las participantes en función de su LS-ID y la situación laboral .</i>	218
Tabla 47	<i>Distribución de las participantes en función de su LS-ID y el nivel de estudios ..</i>	219
Tabla 48	<i>Distribución de las participantes en función de su LS-ID y el nivel de ingresos..</i>	219
Tabla 49	<i>Distribución de las participantes en función de su LS-ID y los motivos que las llevaron a vivir solas.....</i>	220

Tabla 50	<i>Distribución de las participantes en función de su LS-ID y el conocimiento del SAD</i>	221
Tabla 51	<i>Distribución de las participantes en función de su LS-ID y el uso del SAD</i>	221
Tabla 52	<i>Distribución de las participantes en función de su LS-ID y el conocimiento del comedor social</i>	222
Tabla 53	<i>Medias de la red de apoyo familiar en función de estado civil, situación laboral, conocimiento y uso de los servicios sociales</i>	223
Tabla 54	<i>Medias de la red de apoyo familiar en función de nivel de estudios, nivel de ingresos y motivos por los que vive sola</i>	224
Tabla 55	<i>Medias de la red de apoyo de los amigos en función de estado civil, situación laboral y motivos por los que vive sola</i>	225
Tabla 56	<i>Medias de la red de apoyo de los amigos en función del conocimiento y del uso de los servicios sociales</i>	225
Tabla 57	<i>Medias de la red de apoyo de los amigos en función de nivel de estudios y nivel de ingresos</i>	227
Tabla 58	<i>Medias de la frecuencia de contacto con los hijos en función de estado civil, situación laboral, conocimiento y uso de los servicios sociales</i>	228
Tabla 59	<i>Medias de la frecuencia de contacto con los hijos en función de nivel de estudios, nivel de ingresos y motivos por los que vive sola</i>	229
Tabla 60	<i>Medias de la frecuencia de contacto con los hermanos en función de estado civil, situación laboral, conocimiento y uso de los servicios sociales</i>	230
Tabla 61	<i>Medias de la frecuencia de contacto con los hermanos en función de nivel de estudios, nivel de ingresos y motivos por los que vive sola</i>	231
Tabla 62	<i>Medias de la frecuencia de contacto con los nietos en función de estado civil, situación laboral, conocimiento y uso de los servicios sociales</i>	232

Tabla 63	<i>Medias de la frecuencia de contacto con los nietos en función de nivel de estudios, nivel de ingresos y motivos por los que vive sola.....</i>	233
Tabla 64	<i>Medias de la frecuencia de contacto con los sobrinos en función de estado civil, situación laboral, conocimiento del comedor social y motivos por los que vive sola</i>	234
Tabla 65	<i>Medias de la frecuencia de contacto con los sobrinos en función de nivel de estudios, de nivel de ingresos, del conocimiento y del uso del SAD</i>	235
Tabla 66	<i>Medias de la frecuencia de contacto con los sobrinos nietos en función de estado civil, situación laboral, conocimiento del comedor social y motivos por los que vive sola.....</i>	236
Tabla 67	<i>Medias de la frecuencia de contacto con los sobrinos nietos en función de nivel de estudios, nivel de ingresos, conocimiento y uso del SAD.....</i>	238
Tabla 68	<i>Medias de la frecuencia de contacto con los familiares en función de la situación laboral</i>	239
Tabla 69	<i>Medias de la frecuencia de contacto con los familiares en función de estado civil, nivel de estudios, nivel de ingresos y los motivos por los que vive sola</i>	240
Tabla 70	<i>Medias de la frecuencia de contacto con los familiares en función del conocimiento y uso de los servicios sociales</i>	241
Tabla 71	<i>Medias de la satisfacción vital en función de estado civil, nivel de estudios y situación laboral</i>	242
Tabla 72	<i>Medias de la satisfacción vital en función de nivel de ingresos y motivos por los que vive sola.....</i>	243
Tabla 73	<i>Medias de la satisfacción vital en función del conocimiento y uso de los servicios sociales</i>	244
Tabla 74	<i>Correlaciones bivariadas entre todas las variables psicosociales objeto de estudio</i>	245
Tabla 75	<i>Regresión lineal de las variables psicosociales explicando soledad social.....</i>	253

Tabla 76	<i>Regresión lineal de las variables psicosociales explicando soledad emocional...</i>	254
Tabla 77	<i>Regresión lineal de las dimensiones de soledad explicando satisfacción con la vida</i>	254
Tabla 78	<i>Esquema general de los objetivos y de las hipótesis del estudio.....</i>	258

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Proyección de la Población en España 2014-2064 (fuente: Notas de Prensa. INE, 2014).	11
<i>Figura 2.</i> Cuadro resumen de la Teoría de Weiss (1983) sobre la soledad.....	40
<i>Figura 3.</i> Representación gráfica de las trayectorias de las metas sociales a lo largo del ciclo vital, tomada y adaptada de Carstensen et al. (1999).....	70
<i>Figura 4.</i> Modelo del Convoy a lo largo del ciclo vital (extraído de Pinazo, 2007).....	78
<i>Figura 5.</i> Círculos concéntricos del Modelo del Convoy (Kahn y Antonucci, 1980). ...	79
<i>Figura 6.</i> Diagrama de Flujo de la Muestra.	153
<i>Figura 7.</i> Desplazamientos de forma independiente o con ayuda (de producto de ayuda o de otra persona) por los diferentes niveles de espacio de vida.	159
<i>Figura 8.</i> Modelo de ecuaciones estructurales puesto a prueba.	174
<i>Figura 9.</i> Distribución de frecuencias de los niveles de espacio de vida para los diferentes indicadores.	189
<i>Figura 10.</i> Modelo de ecuaciones estructurales: mediadores y predictores de soledad y satisfacción con la vida.....	256

INTRODUCCIÓN

*Quando estou só reconheço
Se por momentos me esqueço
Que existo entre outros que
são Como eu sós, salvo que
estão Alheados desde o
começo.*

*E se sinto quanto estou
Verdadeiramente só,
Sinto-me livre mas triste.
Vou livre para onde vou,
Mas onde vou nada existe.*

*Creio contudo que a vida
Devidamente entendida
É toda assim, toda assim.
Por isso passo por mim
Como por coisa esquecida.*

(Fernando Pessoa)

La soledad es una experiencia individual y subjetiva que puede ocurrir en cualquier etapa del ciclo vital. Es individual porque la vivimos cada uno a nuestra manera; es subjetiva porque no presenta signos que se pueden apreciar desde fuera; la persona solitaria es la única que puede afirmar si se siente sola. Seguramente, en algún momento dado todos nos hemos sentido solos. Un niño pequeño puede sentirse solo cuando su madre se aleja de él por algunos instantes; un adolescente se sentirá solo si no “encaja” en el grupo de compañeros de clase. La soledad surge en diversas ocasiones cuando somos adultos, sea porque hemos roto con nuestra pareja o porque nos hemos mudado de ciudad, o incluso de país, y nos cuesta cierto tiempo y esfuerzo hasta que nos hayamos adaptado a la nueva realidad y construido nuevos vínculos afectivos.

Durante la vejez también pueden surgir estos sentimientos de soledad, que suelen ser considerados como algo desagradable e indeseado. De hecho, es común que se asocie la soledad a la vejez, ya que de modo general las personas mayores suelen estar más expuestas a situaciones que favorecen la disminución de sus redes de apoyo social y el aumento del aislamiento social. Con el paso de los años, son inevitables las pérdidas de los seres queridos y de los allegados. La viudedad es una realidad frecuente en las etapas más avanzadas de la vida, afectando principalmente a las mujeres mayores, que suelen ser más longevas que los varones. La jubilación, el deterioro de la salud y la institucionalización son otros eventos que contribuyen a un mayor aislamiento social y pueden favorecer la aparición o el aumento de los sentimientos de soledad.

El hecho de vivir solo en la vejez ha sido considerado por muchos investigadores como uno de los principales factores de riesgo de soledad (Koc, 2012) y en los últimos años se viene notando un incremento importante en los hogares unipersonales encabezados por personas mayores (Abellán y Pujol, 2016). Sin embargo, estar solo o aislado socialmente no es sinónimo de sentirse solo, como hemos observado en el discurso de un grupo de mujeres mayores viudas que llevaban muchos años viviendo solas (Donio-Bellegarde y Pinazo-Hernandis, 2014). Aunque su condición de vida en solitario había sido motivada por una circunstancia vital que les fue impuesta – la viudez o la emancipación de los hijos –, habían elegido seguir viviendo solas porque se sentían a gusto y podían disfrutar de su libertad e independencia. Por lo tanto, nos parece importante distinguir entre soledad impuesta y soledad elegida, siendo que la primera puede venir acompañada de sufrimiento psíquico e incluso de un incremento de los problemas de salud y del riesgo de mortalidad, tal y como se ha detectado en diversas investigaciones (Gerst-Emerson y Jayawardhana, 2015; Hawkley y Cacioppo, 2007; Paúl y Ribeiro, 2009; Shiovitz-Ezra y Ayalon, 2010).

En este sentido, a partir del trabajo desarrollado en esta Tesis Doctoral se pretendió comprender y describir los diversos aspectos que se relacionan con la experiencia de vida en solitario de un grupo de mujeres mayores no institucionalizadas. Partiendo de ello, se llevó a cabo una revisión bibliográfica, cuyo resultado se presenta en el primer bloque de este trabajo (Capítulos 1 y 2). En ellos, se exponen el panorama del envejecimiento poblacional a través de una mirada de género y las definiciones del concepto de soledad descritas por diferentes autores. Además, se presentan evidencias de estudios previos sobre las relaciones entre la soledad y diversos factores, tanto de carácter sociodemográfico como psicosociales, que han demostrado tener influencia en los sentimientos de soledad de las personas mayores. Asimismo, se presentan algunos instrumentos de medida que se han utilizado para evaluar la presencia, la intensidad y los tipos de soledad en diferentes poblaciones.

En el segundo bloque del trabajo, se describen los objetivos e hipótesis planteadas y la metodología que fue empleada para llevar a cabo la investigación que dio lugar a esta Tesis Doctoral (Capítulos 3.1 a 3.5). Posteriormente, se exponen los resultados obtenidos a través de los diferentes tipos de análisis estadísticos que fueron utilizados (Capítulo 3.6) y la discusión de los resultados, en la que se buscó contrastar los datos obtenidos en esta investigación con hallazgos de estudios previos, respondiendo a cada una de las hipótesis que se habían planteado (Capítulo 3.7). Finalmente, el Capítulo 4 incluye las conclusiones que se han obtenido a partir de los resultados y las aportaciones de la investigación, así como sus limitaciones y algunas propuestas de líneas de futuro que se podrían elaborar con base en los hallazgos del presente trabajo.

MARCO TEÓRICO

Capítulo 1. El envejecimiento con mirada de género

1.1 El envejecimiento de la población

Aunque no haya una edad concreta y aceptada por todos de cuándo debe considerarse a alguien que es una persona mayor, las Naciones Unidas consideran como personas mayores a los individuos que hayan cumplido los 60 años de edad. Sin embargo, en muchos países desarrollados, tal y como es el caso de España, los 65 años son el punto de referencia para definir si una persona es mayor, coincidiendo con la edad de jubilación (UNFPA, 2012).

El envejecimiento poblacional es un fenómeno mundial actual, pero ya a mediados de los años 80 se empezaba a notar la preocupación de algunos autores por este tema y su impacto en la economía y en la calidad de vida de las personas mayores, como se puede apreciar en Kalache, Veras, y Ramos (1987), por ejemplo.

Aunque el envejecimiento de la población se vea más adelantado en Europa y en América del Norte, ese fenómeno está presente en todos los lugares del mundo (OMS, 2015). El descenso en las tasas de fecundidad y de mortalidad experimentado en las dos últimas décadas en la mayoría de los países desarrollados ha provocado cambios significativos en la estructura de edad de la población mundial. Esto, combinado con un aumento en la esperanza de vida al nacer, provocó un aumento en el número absoluto y en el peso relativo del grupo de personas mayores de 65 años (IMSERSO, 2015; OMS, 2015).

Algunas de las consecuencias del envejecimiento poblacional incluyen el aumento de la prevalencia de las enfermedades degenerativas y crónicas, tales como las patologías cardiovasculares, y el consecuente aumento de muertes causadas por ese tipo de enfermedad. Otra se refiere al incremento de los gastos sociosanitarios causados por esas enfermedades crónicas. Las personas mayores suelen necesitar más atención médica y pasar más tiempo ingresadas que el resto de grupos poblacionales. Además, hay una mayor frecuencia de visitas a los médicos especialistas, lo que conlleva un mayor consumo de medicamentos, más analíticas y exámenes de laboratorio realizados y más ingresos hospitalarios (Veras, 2009).

A los gastos derivados de los cuidados en salud primaria hay que sumar aquellos asociados a los recursos sociales ofrecidos en algunos países a su población mayor (servicios de ayuda a domicilio, teleasistencia, etc.). Los mismos autores llaman la atención también por el incremento de recursos necesarios para atender a una población que al ser más longeva tiene más probabilidad de perder su autonomía y tornarse dependiente debido a los efectos de las enfermedades crónicas o incapacitantes (Kalache et al., 1987).

Las pensiones por jubilación son otro punto de preocupación y debate constante cuando se habla del envejecimiento poblacional, sobre todo en el caso de las pensiones no contributivas o las pensiones de viudedad que a menudo son insuficientes y sitúan a muchas personas en los umbrales de la pobreza (OMS, 2015).

Por otro lado, los avances en la Medicina y la tecnología de las últimas décadas han permitido mejorar el tratamiento de las enfermedades crónicas y, por lo tanto mejorar la salud y la calidad de vida de gran parte de ellas. Aunque cabe alertar que el acceso a los tratamientos y a las medicinas no es igual en todas las partes del mundo y para todos

los grupos, siendo que solamente un grupo restringido de las personas con mejores condiciones socioeconómicas acaba por beneficiarse de esto (Kalache, 2008).

Un fenómeno común en la mayoría de los países es lo que se denomina como la feminización de la vejez, lo que se caracteriza, entre otras cosas, por la existencia de una mayor cantidad de mujeres mayores que hombres y por el hecho de que las mujeres sean más longevas que los varones. De hecho, la esperanza de vida al nacer de las mujeres, así como su esperanza de vida a los 60 años de edad, es más alta que la de los varones (Neri, 2014).

Según Veras, Ramos, y Kalache (1987), además de que las hormonas femeninas funcionan como factor protector contra las enfermedades coronarias, hay otras diferencias de género que podrían explicar ese fenómeno. Tradicionalmente las mujeres han estado menos expuestas a los riesgos de accidentes laborales, consumen menos tabaco y alcohol que los hombres, además de tener una actitud más proactiva frente a los síntomas de enfermedad. Generalmente buscan el médico más rápidamente que los varones, se sienten más cómodas para expresar sus problemas físicos y suelen utilizar más los servicios de salud. Pero esas diferencias tienden a disminuir en el futuro, ya que cada vez más se nota que las mujeres también adoptan hábitos nocivos, como el consumo de alcohol y de tabaco, lo que antes eran costumbres casi exclusivas de los hombres. Sumado a esto, la discapacidad y las enfermedades degenerativas que suelen acompañar el proceso de envejecimiento posiblemente contribuirán a reducir las diferencias de género en las tasas de mortalidad (IMSERSO, 2015).

Las diferencias de género también son notables cuando se trata de las condiciones socioeconómicas. Foster y Walker (2013) enfatizan la importancia de considerar la situación de desigualdad en la que se encuentran las mujeres mayores en la mayoría de los países de la Unión Europea. Ellas suelen tener menos ingresos o cobrar pensiones más

bajas que los hombres y consecuentemente sus condiciones de vida son peores. En muchos casos, la situación de pobreza de las mujeres les lleva a vivir en viviendas inadecuadas y a tener una dieta poco nutritiva. En cambio, los varones suelen estar más protegidos porque en general cuentan con más años de estudios y niveles de ingresos más elevados que las mujeres (Neri, 2014).

Además, aunque sean más longevas, las mujeres mayores tienden a tener más enfermedades crónicas y discapacidad que los varones. Debido a una fuerte influencia cultural que establece las expectativas sobre los roles femeninos y los roles masculinos, las mujeres suelen encargarse de las funciones de cuidado del hogar y de la familia, lo que también le puede pasar factura en las etapas más avanzadas de sus vidas. En definitiva, existen evidencias de que las mujeres mayores en estado de pobreza y de dependencia física son aún más vulnerables a sufrir malos tratos, negligencia y abandono (Neri, 2014).

Foster y Walker (2013) critican las actuales políticas de promoción del envejecimiento activo por el hecho de que no se centran en los desafíos que tienen que afrontar las mujeres, siendo como son ellas el colectivo mayor de personas mayores.

1.1.1 El panorama del envejecimiento en España

España está entre los países más envejecidos del mundo. Según las Naciones Unidas, en 2013 el 17,9% de la población española tenía 65 y más años, siendo superada solamente por Japón (el 24,8%), Italia (el 21,1%) y Alemania (el 20,7%) (IMSERSO, 2015). En 2015, la población de 65 años o más en España representaba el 18,5% del total y el grupo de los octogenarios representaba el 5,8% del total (INE, 2016a).

Al analizar las características específicas de la población que vive en la ciudad de Valencia, se encuentra un porcentaje ligeramente superior al dato nacional: el 19,9% tienen 65 años o más (Ajuntament de València, 2015). Con un 73,3% de aumento, la Comunidad Valenciana está entre las tres comunidades autónomas en las que hubo mayor incremento de la población de 65 años o más entre los años 1993 y 2013 (IMSERSO, 2015).

De acuerdo con Serrano, Latorre, y Gatz (2014), el aumento de la población mayor española se ha dado por diversos factores. Por un lado, hubo un incremento en la esperanza de vida provocada por la disminución de las tasas de mortalidad, las mejoras en los sistemas de salud, de higiene pública y de saneamiento, así como en la alimentación de la población. También contribuyeron a la mayor supervivencia la regulación de los ingresos económicos a partir de la creación del sistema de pensiones.

La esperanza de vida en España es una de las más altas del mundo, siendo que en 2013 era de 79,9 años para los hombres y de 85,6 años para las mujeres. Comparado con los demás países de la Unión Europea, la esperanza de vida de los españoles a los 65 años de edad es de casi dos años más que la de los demás países de la Unión Europea (IMSERSO, 2015).

Por otro lado, ha habido un descenso relevante en las tasas de fecundidad, lo que contribuyó para que los grupos de población más jóvenes se redujeran (Serrano et al., 2014). La fecundidad ha pasado de 2,8 hijos por mujer en 1975 a 1,27 en el año 2013 y la actual crisis económica seguramente ha tenido cierta influencia sobre esa bajada (IMSERSO, 2015).

Otro fenómeno que viene favoreciendo el cambio de la estructura poblacional española son los movimientos migratorios. Por un lado, España acoge inmigrantes mayores de otros países europeos, en especial de Alemania y Reino Unido, quienes se establecen principalmente en las costas del Mediterráneo y en las Islas Canarias y Baleares para disfrutar de sus años de jubilación. En 2013, los extranjeros mayores de 65 años representaban el 3,61% del total de la población mayor que vivía en España. Pero esa cifra pasaba al 24,12% en la provincia de Alicante, al 16,54% en Málaga y al 11,96% en Santa Cruz de Tenerife (IMSERSO, 2015).

Por otro lado, debido a la crisis económica que ha tomado cuenta del país en los últimos años, se ha notado un descenso en la cantidad de jóvenes trabajadores extranjeros. Por el mismo motivo hubo un incremento en el número de jóvenes españoles que emigraron en búsqueda de oportunidades de trabajo fuera de nuestras fronteras, lo que también contribuyó a la reducción del número de personas jóvenes de la población (Serrano et al., 2014).

Además, cabe mencionar el fenómeno conocido como *baby boom*, que se refiere al importante incremento de la natalidad ocurrido tras la II Guerra Mundial y que ha afectado de forma relevante la estructura demográfica de muchos países. En España, ese fenómeno sucedió entre los años 1957 y 1977, periodo en el que nacieron casi 14 millones de niños. Estos *baby boomers* representan actualmente un tercio del total de españoles y se prevé que su llegada a la edad de jubilación supondrá implicaciones significativas en los sistemas de protección social y sanitaria (IMSERSO, 2015).

La distribución por género de los españoles de 65 años o más es de aproximadamente 10 mujeres por cada 9 varones, y, a partir de los 80 años, pasa a ser de dos mujeres por cada varón (IMSERSO, 2015). Entre las personas de 65 años o más que

viven en Valencia esa proporción es de aproximadamente seis mujeres por cada cuatro varones, y entre los que tienen 85 o más años, esa proporción pasa a ser de aproximadamente siete mujeres para cada tres varones (Ajuntament de València, 2015).

Las proyecciones demográficas sugieren que la población española seguirá envejeciendo, siendo que en el año de 2061 se espera que los españoles con 65 años o más representen el 38,7% de la población (Abellán y Pujol, 2016). Según las proyecciones del INE (2014), tal y como se puede apreciar en la Figura 1, en 2029 habrá 11,3 millones de personas de 65 años o más en España, 2,9 millones más que en 2014 (el 34,1%). Y esta cifra alcanzaría 15,8 millones de personas (el 87,5%) en 2064. El grupo de edad más numeroso en 2014 era el de 35 a 39 años. En 2029 pasaría a ser el de 50 a 54 y en 2064, el de 85 a 89 años.

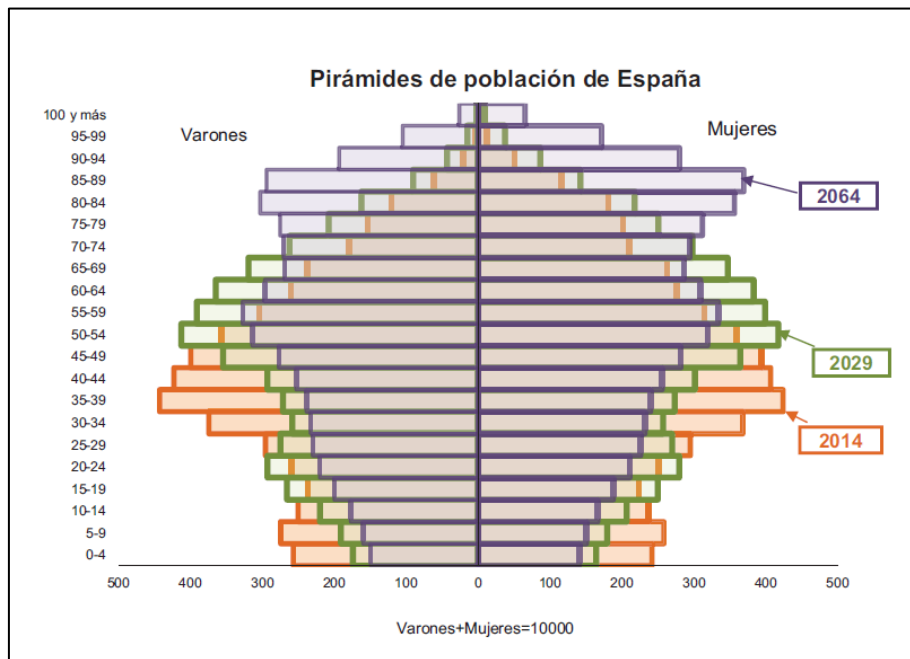


Figura 1. Proyección de la Población en España 2014-2064 (fuente: Notas de Prensa. INE, 2014).

Serrano et al. (2014) señalan algunas preocupaciones que surgen como consecuencia del proceso de envejecimiento de la población. La primera se refiere al aumento de la proporción de personas que envejecerán con dependencia y consecuentemente que necesitarán más cuidados. La segunda abarca los efectos de la actual crisis económica sobre el sistema público de pensiones y de salud. Una vez que el colectivo de personas mayores va en aumento y que ellos son cada vez más longevos, disfrutando de las pensiones durante más años, hay un aumento en los gastos de la Seguridad Social. Por otra parte, la crisis económica ha provocado un incremento de la tasa del desempleo entre los jóvenes en edad activa.

El valor medio de las pensiones percibidas por las personas mayores en España en 2015 era de 884 euros mensuales, siendo que la pensión media por jubilación era de 1.017 euros, y la de viudedad, 630 euros. Mientras los hombres cuentan mayoritariamente con las pensiones de jubilación (el 93% frente a tan sólo el 4% de viudedad), las pensiones de las mujeres se reparten entre las de jubilación (el 42%) y las de viudedad (el 39%).

Las pensiones más bajas son las de los beneficiarios del SOVI (Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez), que corresponden a 381 euros mensuales en media. La mayoría de los beneficiarios de este tipo de pensión son las mujeres (IMSERSO, 2015).

1.1.2 “Aging in Place” o “Envejecer en Casa”

Un aspecto de este proceso de envejecimiento poblacional que merece la atención es el fenómeno social denominado “*aging in place*” o “*aging at home*”, que se refiere a la preferencia de las personas mayores por seguir viviendo en sus propias casas. Este fenómeno viene ganando lugar pues promueve la posibilidad de que las personas sigan viviendo en sus casas el mayor tiempo posible (Dykstra, 2009).

Investigaciones recientes indican la preferencia de los españoles mayores por vivir en sus propias viviendas frente a mudarse a la casa de sus familiares o ser institucionalizados (Costa-Font, Elvira, y Miró, 2009; Fernández-Carro, 2016). El 78% de los españoles entrevistados en el estudio de Costa-Font et al. (2009) manifestaron el deseo por seguir en sus propias casas. Aquellos que preferían irse a residencias para personas mayores presentaban peor salud y discapacidades importantes, así como mejores condiciones económicas, lo que les permitiría incluso pagar por su plaza en una institución. La preferencia por vivir en instituciones era más frecuente entre los varones de 66 a 75 años que entre las mujeres de la misma edad. En cambio, la opción por vivir en la casa de algún familiar fue manifestada con mayor frecuencia por las mujeres de 66 a 75 años que por los varones de la misma edad. Asimismo, la preferencia por vivir en la casa de familiares era más común entre el grupo de personas más mayores y aquellos que tenían niveles más bajos de estudios y de ingresos.

En el estudio de Fernández-Carro (2016), el porcentaje de personas que prefieren envejecer en casa es del 90%. Por otra parte, en el caso de que se presentaran limitaciones físicas o cognitivas, el 56% de los entrevistados afirmaron que preferirían ir a vivir en la casa de algún familiar, y a poder ser, en la casa de sus hijos adultos. La opción por convivir con algún familiar en el caso de fragilidad suele ser más común entre las personas que están viudas, aquellos con niveles más bajos de estudios y/o de ingresos o los que valoran su estado de salud como malo. Por otra parte, los que optarían por ser institucionalizados suelen ser más jóvenes (entre 65 y 69 años) y tener niveles más altos de estudio.

El contexto español sorprende por diferenciarse de otros países europeos, como Holanda, Reino Unido y Suecia, por su alto porcentaje de personas de 85 años o más que viven en viviendas privadas. A una edad en la que es alta la probabilidad de que las

personas mayores vivan en instituciones, más del 80% de los españoles de 85 años o más siguen viviendo en hogares privados (Fernández-Carro, 2013; Fernández-Carro, 2016).

Algunas explicaciones posibles para este número pequeño de españoles mayores institucionalizados son el hecho de que estas personas tengan buenas condiciones de salud física y función cognitiva preservadas durante muchos años y de que cuenten con el apoyo familiar para cuidarlos (Fernández-Carro, 2016).

Sin embargo, incluso en el caso de personas mayores con demencia, muchos de sus cuidadores familiares no consideran la institucionalización de la persona con demencia. Por ejemplo, en un estudio llevado a cabo en Madrid con muestra de cuidadores de familiares con demencia, poco más de la mitad de ellos se había planteado ingresar a su familiar en una institución de larga permanencia (López, Losada, Romero-Moreno, Márquez-González, y Martínez-Martín, 2011). El mismo estudio encontró que la intención del cuidador de institucionalizar a la persona con demencia se asociaba con que el cuidador fuera varón, que no fuera el cónyuge de la persona con demencia sino otro familiar, y que hubiera valorado o usado anteriormente algún recurso formal, incluida alguna residencia de forma esporádica.

Cuando se centra en la propia persona mayor, las motivaciones que llevan a los mayores españoles a elegir una u otra opción de vivienda son muy variadas e incluyen: el estilo de vida y las condiciones sociales de la persona mayor, el deseo por disponer de tiendas, actividades de ocio y medios de transporte cerca de casa, y la posibilidad de vivir cerca de los familiares, pudiendo así contar con el apoyo intergeneracional. La elección por envejecer en casa puede suponer más beneficios psicosociales que desventajas, ya que al seguir viviendo en sus casas las personas mayores estarían en entornos conocidos y seguros. Esto es cierto especialmente para el grupo de personas más mayores (Costa-Font et al., 2009).

Por otra parte, en una revisión bibliográfica de publicaciones realizadas en Reino Unido, se destacaron tres grupos de factores determinantes para que las personas mayores puedan seguir viviendo solas en sus propias casas hasta el final de sus vidas:

1. Las características del entorno físico;
2. La disponibilidad de recursos materiales;
3. Las características y la disponibilidad de apoyo de su red social.

En primer lugar, el estado de conservación de la vivienda y del barrio donde uno vive puede afectar su calidad de vida, especialmente referente a su seguridad o vulnerabilidad. El segundo punto se refiere a los ingresos percibidos por la persona mayor, por lo que si son muy reducidos no le llegarán para que pueda mantenerse en su propia casa. Por último, disponer de una red de cuidados formales e informales, así como de una red de amigos y familiares con quienes poder contar y tener acceso a los servicios de salud primarios son otros factores clave (Rolls, Seymour, Froggatt, y Hanratty, 2010).

1.2 La viudedad de las mujeres mayores

Como es de esperar, las tasas de viudedad sufren un incremento en la vejez en ambos géneros pero hay diferencias significativas en la forma de vivir la experiencia de viudedad. En primer lugar, hay más mujeres viudas que hombres en la misma situación: la proporción de mujeres viudas de 65 a 69 años representa el 20,9% del total y, entre las mayores de 70 años llega al 52,3%. En cambio, la proporción de varones viudos de 65 a 69 años representa tan solo el 5,0% del total y, entre los mayores de 70 años llega al 18,0% (IMSERSO, 2015).

Esto podría ser explicado por el hecho de que las mujeres suelen casarse con hombres algunos años más mayores que ellas, como media, lo que asociado a una esperanza de vida más baja de los hombres, aumenta la probabilidad de que las mujeres vivan más tiempo viudas (IMSERSO, 2015). Otra posible explicación sería que los hombres mayores que se quedan viudos suelen volver a emparejarse con más frecuencia que las mujeres mayores viudas (de Jong Gierveld, 2004).

En este sentido, la mayor supervivencia de las mujeres les supone una desventaja, ya que cuando los hombres llegan a una edad en la que son comunes las enfermedades y discapacidades, suelen contar con el apoyo y el cuidado de sus esposas. Sin embargo, la situación inversa es menos frecuente porque generalmente sus maridos ya no están cuando las mujeres llegan a esa etapa en la que probablemente serían más dependientes y necesitarían ser cuidadas (IMSERSO, 2015).

La pérdida del cónyuge es un hito que marca dos etapas distintas de la vida de las mujeres y que suele venir acompañada de cambios en su estilo de vida y sus planes hacia el futuro. En algunos casos, la viudedad les supone mayores dificultades económicas, ya que dejan de contar con los ingresos de su pareja. En otras ocasiones, especialmente aquellas viudas que tuvieron que cuidar a sus maridos por periodos largos, se ven

impactadas por un cambio importante en sus rutinas; tienen que asumir nuevas tareas, de las cuales antes se encargaban sus maridos o dejan de hacer algunas actividades por ya no contar con la compañía del cónyuge (Marhánková, 2016).

Sin embargo, diversas evidencias demuestran que la mayoría de las mujeres viudas suelen presentar características de resiliencia frente a la situación de viudedad (Hahn, Cichy, Almeida, y Haley, 2011; Koren, 2015), lo que no suele ser cierto para los hombres viudos, quienes tienden a ser más vulnerables a los efectos de dicha condición. Por ejemplo, al describir sus experiencias de viudedad, las mujeres que participaron en una investigación cualitativa en Israel indicaron procesos de reconstrucción de vida y sentido de independencia, además de tener vidas activas y niveles saludables de funcionamiento físico y psicológico tras la pérdida del cónyuge. Por otra parte, los varones entrevistados en el mismo estudio indicaron más dificultad en superar la pérdida de sus parejas, aunque hubieran contado con el apoyo familiar (Koren, 2015).

Según señalan Fontes y Neri (2015), la resiliencia es una cualidad importante en las etapas más avanzadas de la vida, ya que se presenta como una manera de afrontar las adversidades relacionadas con las experiencias de enfermedad de la propia persona mayor o de pérdidas de sus seres queridos. Además, la resiliencia se asocia con la salud, la participación social y el bienestar psicológico de las personas mayores. En este sentido, otra investigación que comparaba el uso del tiempo y el bienestar psicológico de dos grupos de mujeres mayores – uno compuesto por viudas y el otro por mujeres casadas refuerza que las viudas presentaban un funcionamiento psicológico semejante a lo de las casadas. En general, ambos grupos clasificaban su nivel de bienestar entre regular y bueno (Hahn et al., 2011).

El emparejamiento en la vejez es un fenómeno en ascenso, especialmente en las culturas más modernas e individualistas, como es el caso de Holanda. Además ocurre con

mayor frecuencia entre los varones (de Jong Gierveld, 2004). Por otra parte, en países marcados por culturas más conservadoras y colectivistas, como es el caso de España, se ha notado cierto rechazo, especialmente por parte de las mujeres mayores, en relación a volver a formar pareja tras haberse quedado viudas (López-Doblas, Díaz-Conde, y Sánchez-Martínez, 2014). Investigaciones recientes llevadas a cabo con muestras de españoles mayores desvelan un porcentaje muy reducido – un 3-4% - de mujeres mayores que se han quedado viudas y que iniciaron una nueva relación de pareja (Sánchez Vera, Algado-Ferrer, Centelles-Bolos, López-Doblas, y Jiménez-Roger, 2009; Ayuso-Sánchez, 2011).

Según López-Doblas et al. (2014) son diversos los motivos por los cuales la mayoría de las mujeres mayores españolas rechazan la posibilidad de volver a emparejarse después de haberse quedado viudas. Por una parte, pesan los valores tradicionales que sostienen que no es adecuado que otro hombre ocupe el lugar del fallecido marido que, además, muchas veces ha sido la única pareja con quien la viuda ha convivido. Algunas de las viudas que han sufrido con malas relaciones de pareja prefieren no arriesgarse a tener otra relación que también podría ser desagradable. Otra excusa utilizada por las viudas y que también se basa en valores conservadores es la idea de la inadecuación de formar una nueva pareja en edades más avanzadas. A esto estaría vinculado el temor por la posibilidad de que esas mujeres tuvieran que hacerse cargo del nuevo cónyuge –caso de tener una dependencia futura-.

Sin embargo, más influyente que esos valores tradicionales, lo que aleja esas viudas de la posibilidad de buscar una nueva relación de pareja es el deseo por mantener la libertad y la independencia adquiridas. Al quedarse viudas esas mujeres pasan a vivir nuevas experiencias generadas por la falta del cónyuge: por un lado tienen que afrontar nuevos desafíos y problemas, y por otro pueden disfrutar de una sensación de control de

sus propias vidas que nunca habían probado antes, sea porque vivían bajo la autoridad de sus padres o la de sus maridos (Donio-Bellegarde y Pinazo-Hernandis, en revisión; López-Doblas et al., 2014).

Otras investigaciones también han puesto de manifiesto diferencias de género a la hora de explicar sus motivaciones para no volver a emparejarse. Davidson (2002) halló que mientras los viudos lo justificaban principalmente por no haber encontrado la mujer ideal que pudiera sustituir a su fallecida esposa, para las viudas, se sumaba a este motivo el deseo por no tener que cuidar a otra persona y por poder disfrutar de una sensación de libertad. Ambas motivaciones también fueron expresadas por las viudas entrevistadas por Marhánková (2016), quienes no estaban dispuestas ni a perder la independencia que tenían en relación a su hogar y a su tiempo libre ni a tener que encargarse del cuidado de otra persona.

Mientras la principal fuente de apoyo social de las mujeres mayores que siguen casadas son sus maridos, las viudas cuentan con fuentes variadas en el intercambio de apoyo emocional e instrumental. Las viudas entrevistadas en el estudio de Hahn et al. (2011) intercambiaban más apoyo emocional diario con sus amigos, vecinos y grupos religiosos que las mujeres casadas. También intercambiaban más apoyo instrumental con amigos, vecinos, hermanos y otros familiares que el grupo de las casadas. Además, las viudas recibían significativamente más apoyo informal de sus hijos que las casadas, lo que podría deberse a una mayor necesidad de ayuda para afrontar los cambios vitales advenidos de la viudedad.

1.3 Las mujeres mayores que viven solas

A raíz del fenómeno del “*aging in place*” y de los cambios sociodemográficos mencionados anteriormente, se viene notando en los últimos años una creciente tendencia mundial de los hogares unipersonales encabezados por personas mayores, lo que se observa también en España (Abellán y Pujol, 2016; López-Doblas y Díaz-Conde, 2013). La opción de seguir viviendo en el propio hogar tras el fallecimiento del cónyuge en la vejez, aunque eso suponga vivir solo, es una realidad en expansión frente a la opción de mudarse con los hijos o irse a vivir a una institución (López-Doblas, 2005).

Según López-Doblas y Díaz-Conde (2013), España viene experimentando una importante transformación cultural en lo que se refiere al modo de vida de las personas mayores viudas. Desde un modelo “tradicional” - en el que las personas mayores buscaban la protección material en sus familias tras la pérdida del cónyuge-, hacia un modelo “moderno” – en el que predomina el deseo por la libertad, la independencia y la autonomía.

A partir del análisis de datos censales de siete países europeos desde el año 1991 hasta el 2001, Zueras y Miret Gamundi (2013) han identificado un incremento en la proporción de las personas mayores que viven solas en todos los países estudiados, excepto en Rumanía.

Teniendo en cuenta las características sociodemográficas, los autores antecitados observaron que en España son las mujeres, las personas divorciadas, y aquellos con niveles educativos más altos los que presentaban mayor probabilidad de vivir solos cuando se comparaba con varones, solteros o viudos y con personas con niveles más bajos de estudios. Por otra parte, a mayor edad, menor era la probabilidad de vivir solos. La

conclusión de los investigadores es que eso podría ser la consecuencia de una pérdida de autonomía y un aumento en la vulnerabilidad, lo que es más común en las personas más mayores que demandarían más cuidados y tendrían más necesidad de convivir con otras personas (Zueras y Miret Gamundi, 2013).

En un estudio posterior los mismos investigadores analizaron datos secundarios de diez países europeos entre los años 2004 y 2011. Los resultados refuerzan el hecho de que España está entre los países europeos con más bajas proporciones de personas mayores que viven solas (un 26% de los mayores frente a un 48% en Austria, por ejemplo). Entre las posibles explicaciones para este hecho estaría por un lado, la influencia de unos valores más “familistas” típico de los países del sur de Europa, en los que se nota la fuerte presencia de la solidaridad familiar en relación a los cuidados a las personas mayores. Por otro lado, habría mayor escasez de servicios públicos que pudieran apoyar a las personas mayores con autonomía funcional reducida y que no tendrían otra alternativa que no sea la de convivir con sus familiares (Miret Gamundi y Zueras, 2015).

En el mismo estudio también se confirmaron asociaciones entre el hecho de vivir solo y algunas características sociodemográficas de los europeos mayores. Miret Gamundi y Zueras (2015) observaron que cuanto mayor era el nivel de estudios de las personas, mayor era la probabilidad de vivir solos. Además, la edad y las limitaciones funcionales, medidas por la capacidad de realizar algunas actividades de la vida diaria, tenían una influencia significativa sobre la probabilidad de vivir solo o acompañado. Más específicamente, se observó que entre las personas de 65 a 85 años, en ausencia de limitaciones funcionales, a mayor edad, mayor era la probabilidad de que vivieran solas. Pero a partir de los 90 años, la edad se relacionaba directamente con el hecho de vivir acompañado.

Los resultados de la Encuesta Continuada de Hogares del 2015 indican que el 22,4% de los españoles de 65 o más años que viven en viviendas familiares viven solos. Entre las personas de 85 y más años este porcentaje pasa al 34,2% del total de españoles en ese rango de edad (INE, 2016b). Además, esa situación de vivienda es más común entre las mujeres que entre los varones, siendo que esa diferencia es especialmente marcada en el grupo de 85 años o más: el 40,9% de las mujeres de esta edad viven solas frente al 21,4% de varones de la misma edad (INE, 2016b).

Las mujeres mayores de 65 años tienen 2,4 veces más probabilidad de vivir solas que los hombres de la misma edad (Carrascosa y Castiello, 2012). Al ser más longevas que los hombres, las mujeres tienen más probabilidad de vivir solas y de que esta condición dure más tiempo que en los casos de los varones que se quedan solos (Federación de Pensionistas y Jubilados de CCOO, 2014). Muchos hombres que se quedan solos acaban por preferir otras alternativas más cómodas, como son la mudanza a vivir con los hijos o la institucionalización (López-Doblas, 2005) o incluso algunos optan por convivir con sus nuevas parejas (Federación de Pensionistas y Jubilados de CCOO, 2014).

Datos publicados recientemente por el Parlamento Europeo (2015) desvelan un incremento en la cantidad de mujeres que viven solas en los países de la Unión Europea. Han pasado de un 14,2% de la población femenina total en 2010 a un 18,4% en 2013. En el caso de los hombres, ese aumento fue de un 10,8% en 2010 a un 15,1% en 2013. De entre las mujeres que viven solas, son las mujeres mayores las que representan la mayor proporción— en 2013 eran un 54,6% del total de mujeres que vivían solas (19,8 millones de 36,3 millones).

Según datos del Ajuntament de València (2015), el 26,6% de los ciudadanos de 65 años o más que viven en viviendas familiares en la ciudad de Valencia viven solos. Así como pasa a nivel nacional, también en Valencia es más frecuente que esta situación se dé entre las mujeres que entre los varones. El 34,5% de mujeres de 65 años o más viven solas frente al 14,9% de los varones de la misma edad.

Teniendo en cuenta que las personas que viven solas suelen disponer de una única fuente de ingresos, las mujeres mayores en esa situación tienen como media una probabilidad dos veces mayor a vivir en la pobreza que aquellas que viven en pareja. Como ya se ha mencionado anteriormente, las mujeres en general cobran pensiones inferiores a las de los hombres, ya que los sistemas de pensiones tienden a reproducir las mismas diferencias de género presentes en el mercado laboral. Añadido a eso, los recortes económicos y los cambios en los planes de pensiones que han ocurrido en los países de la UE en los últimos años han elevado el riesgo a que ese colectivo esté en situación de pobreza. En 2012, un 58% de las mujeres mayores que vivían solas informaron tener dificultades económicas importantes para llegar a fin de mes. Su situación era peor que la informada por otras mujeres mayores (un 51% informaron dificultades), así como la situación de los hombres mayores que vivían solos (un 45% informaron dificultades) (Parlamento Europeo, 2015).

El hecho de vivir solo puede ser una elección propia en búsqueda de la privacidad y la independencia, pudiendo incluso aumentar la probabilidad de que la persona mayor mantenga buenas relaciones con sus familiares. Muchas personas mayores que pueden permitirse vivir solas lo ven como un logro más que como un tipo de rechazo (Peplau, Bikson, Rook, y Goodchilds, 1982). Muchas veces las personas mayores eligen vivir solas en búsqueda de su autonomía económica, emocional y de salud, reservando la

convivencia con los hijos a situaciones como una enfermedad o una discapacidad (Victor, Scambler, Bond, y Bowling, 2000).

Finalmente, diversas evidencias sugieren que las mujeres mayores que viven solas son especialmente vulnerables al sentimiento de soledad (Carrascosa y Castiello, 2012; Losada et al., 2012; Parlamento Europeo, 2015). En el siguiente capítulo se profundizará más en este tema.

Capítulo 2. El envejecimiento, el apoyo social y la soledad

Las investigaciones empíricas sobre soledad empezaron a surgir en los años 1970 y 1980, motivadas por varios factores sociales, tales como las altas tasas de divorcio, la gran cantidad de personas que vivían solas y el aumento de la viudedad en la vejez (Shaver y Brennan, 1991). Anteriormente, los datos sobre soledad provenían esencialmente de la observación clínica de médicos sobre sus propios pacientes.

Aunque haya evidencias de que en la década de los años 60 se llevaron a cabo algunos estudios y que incluso se investigaba la soledad y el aislamiento social de las personas mayores (Blau, 1961; Donson y Georges, 1967; Lopata, 1969; Lowental, 1964; Shanas et al., 1968; Tunstall, 1967, citados en Peplau y Perlman, 1982), los autores considerados como pioneros en este tema son Robert S. Weiss, Leticia Anne Peplau y Daniel Perlman. La clásica obra de Weiss (1983), inspirada en la Teoría del Apego de Bowlby (1972, 1979, 1983) y publicada por primera vez en el año 1973, sigue siendo una importante referencia para los investigadores actuales.

A finales de los años 70, inspirada en las charlas de Weiss, Peplau y sus alumnos empezaron a investigar y a escribir sobre la soledad con la intención de desarrollar un instrumento para medirla. El instrumento en cuestión fue la *University of California -Los Angeles Loneliness Scale (UCLA)*, publicada por primera vez en 1978 y que sigue siendo actualmente la escala más utilizada por investigadores de todo el mundo. Además, Peplau y Perlman (1982) fueron los responsables de reunir a principios de los años 80 a varios autores que debatieron sobre las teorías de la soledad y la investigación que se estaba llevando a cabo. Su obra seminal sigue siendo una referencia importante para los investigadores actuales.

Otra investigadora que merece ser destacada por llevar estudiando el tema de la soledad desde principios de los 80 y por haber aportado mucho a esta área de estudio es la holandesa Jenny de Jong Gierveld. Además de haber desarrollado un modelo teórico para explicar la soledad, es la autora de una de las escalas más utilizadas en Europa, la *de Jong Gierveld Loneliness Scale (DJGLS)*.

Más recientemente, desde la primera década del año 2000, el estadounidense John Cacioppo y sus colaboradores también han dedicado muchas investigaciones al tema de la soledad. Sus estudios se centran principalmente en los efectos de la soledad sobre la salud física y mental de las personas que la sufren.

Al analizar el panorama de investigaciones sobre soledad en España, se viene notando un incremento en el interés por el tema durante los últimos años. En concreto, a partir de una búsqueda sistemática hecha en las bases de datos PILOTS, ProQuest, PsycARTICLES, PsycCRITIQUES, PsycINFO, y PsycTESTS cuyos resúmenes contuviesen las palabras clave “soledad” y “España” o “españoles”, entre los años 1985 y 1999, se obtuvieron 157 resultados. Utilizando los mismos criterios de búsqueda, se encontró casi el doble, 301 referencias publicadas entre 2000 y 2016.

Una interesante investigación que mereció el Premio del IMSERSO “Infanta Cristina” de 2004 fue la de López-Doblas (2005) quien retrató el escenario de las personas mayores que vivían solas en diferentes ciudades españolas. Utilizando metodología cualitativa, ese autor llevó a cabo grupos de discusión que le permitieron profundizar en los aspectos causales y circunstanciales que llevaron a esas personas a vivir solas y en las motivaciones para que siguieran en una situación de vida en solitario.

Por otra parte, desde un diseño de investigación cuantitativa, Losada et al. (2012) se basaron en los resultados de un estudio con una muestra representativa de personas

mayores españolas que viven en sus domicilios para concluir que la soledad contribuye significativamente para explicar la salud mental, no limitándose solamente a los síntomas depresivos. Desde la Universidad de Salamanca, la aportación de Buz y su equipo incluyen estudios de adaptación y validación de la DJGLS para ser utilizada en población mayor española (Buz y Pérez-Arechaederra, 2014; Buz y Prieto, 2013; Buz, Urchaga, y Polo, 2014). Además, también se han dedicado a estudiar las redes sociales, el intercambio de apoyo y la participación social en la vejez (Buz, Sánchez, Levenson, y Aldwin, 2014; Sánchez-Rodríguez, de Jong Gierveld, y Buz, 2012).

Recientemente, Castro (2015) presentó los resultados de su Tesis Doctoral, que incluyeron el diseño y la validación de un nuevo instrumento de medida de soledad en una muestra de personas mayores del País Vasco y el análisis de las relaciones entre soledad y diferentes variables de esta muestra. Este estudio también abordó la relación de la soledad con las atribuciones causales y las estrategias de afrontamiento adoptadas por las personas mayores.

Esos son solamente algunos de los diversos investigadores que vienen dedicándose a explorar el origen, la naturaleza, las causas y los factores asociados a un fenómeno presente en el cotidiano de millares de personas.

2.1 Concepto de soledad

No existe una definición única y universal para la soledad, pero suele ser considerada como la parte subjetiva de la medida objetiva del aislamiento social, o como lo inverso de una situación de apoyo social (Victor, et al., 2000).

Autores clásicos como Weiss (1983) afirman que la soledad es un fenómeno natural, un sentimiento que puede surgir en ciertos momentos de la vida y que puede afectar a cualquier persona, independientemente de su género, edad u otra característica sociodemográfica. Las personas de diferentes edades pueden experimentar la soledad de distintas maneras, y los factores que se asocian a este sentimiento pueden cambiar de acuerdo con el grupo de edad al que uno pertenece (Nicolaisen y Thorsen, 2014a).

Para de Jong Gierveld (1987), la soledad es un sentimiento individual caracterizado por una falta desagradable o inadmisiblemente de calidad en ciertas relaciones sociales. Puede ocurrir porque la cantidad de contactos sociales está por debajo de lo deseado o porque no se tiene la intimidad esperable en las relaciones.

En otras palabras, la soledad puede ser definida como una respuesta psicológica negativa a una discrepancia entre las relaciones sociales deseadas – expectativas - y las relaciones reales (Peplau y Perlman, 1982). Cacioppo y Patrick (2008) la definen como un dolor social comparable al dolor físico. Así como los dolores físicos surgen para protegernos de los peligros físicos, también la soledad se manifestaría como una forma de protegernos del peligro de permanecer aislados. Sería un modo de despertar nuestra atención hacia la importancia de las conexiones sociales, de estimularnos a hacer contacto con las personas y a renovar nuestros vínculos sociales débiles o rotos.

Aunque haya una percepción general de que la soledad es un sentimiento interior doloroso y persistente, se han detectado diferencias cualitativas en la comprensión y en

la forma de describir la soledad desde el punto de vista de los individuos que se sienten solos y de aquellos que no se sienten solos. En un estudio llevado a cabo por Hauge y Kirkevold (2010), el grupo de individuos “no solos” creía que la culpa de la soledad era de la propia persona solitaria, siendo causada por su personalidad crítica y por su actitud pasiva y negativa (atribución causal interna). En cambio, los “solos” la atribuían más a la falta de oportunidad de mantener el contacto social con personas relevantes que a algo provocado por ellos mismos (atribución causal externa).

Estas diferencias en la atribución causal fueron también tenidas en cuenta recientemente por Castro (2015), quien afirma que: “Si la persona ha atribuido correctamente las causas de su problema y desarrolla las estrategias apropiadas, la discrepancia entre las relaciones deseadas y logradas desaparecerá. Si, por el contrario, el afrontamiento es equivocado el desequilibrio seguirá existiendo y la persona se verá obligada a replantearse la explicación elaborada sobre el problema.” (Castro, 2015, pp. 23).

En este sentido, hay un fuerte estigma social asociado a la soledad, lo que puede interferir en su evaluación, llevando a algunas personas con déficits en sus relaciones sociales a no asumir su sentimiento de soledad, por no estar bien visto (de Jong Gierveld, 1998). La soledad es vista a menudo como una debilidad o una autocomplacencia y se supone que el individuo debería ser capaz de eliminarla, ya que no se trata de una dolencia física (Weiss, 1983).

La interpretación de la soledad también puede variar de acuerdo con la edad de las personas que la definen. Peplau y Perlman (1982) hallaron que las personas mayores que tenían menos de 80 años percibían la soledad como sinónimo de falta de contacto social. En cambio, los mayores de 80 años creían que la soledad estaba más asociada al

descenso de la actividad por la incapacidad física y por la falta de dinero o medios de transporte.

Diferentes abordajes teóricos han intentado explicar la naturaleza y las causas de la soledad, basados en evidencias acordes con cada una de las teorías. Peplau y Perlman (1982) los clasificaron en ocho categorías, a saber: 1. Modelos Psicodinámicos, 2. Perspectiva Fenomenológica, 3. Abordaje Existencial-Humanista, 4. Explicaciones Sociológica, 5. Mirada Interaccionista, 6. Abordaje Cognitivo, 7. Abordaje de la Privacidad, y 8. Teoría de Sistemas Generales. A estos se añadió el abordaje Cognitivo-Conductual y de Refuerzo descrito por Young (1982).

Los teóricos de los Modelos Psicodinámicos (como Fromm-Reichmann, 1959; Sullivan, 1953; Zilboorg, 1938, citados en Peplau y Perlman, 1982) se basan principalmente en sus experiencias clínicas y, quizás por este motivo, perciben la soledad como algo patológico. Más que en otros abordajes, el modelo psicodinámico atribuye la manifestación de la soledad a las experiencias vividas durante las etapas más tempranas de la vida y especialmente a factores individuales, como los rasgos de personalidad y los conflictos intra-psíquicos.

Según la Perspectiva Fenomenológica, cuyo principal representante fue el creador de la Terapia centrada en el Paciente, Carl Rogers, la soledad es una manifestación de un desajuste. A diferencia del abordaje psicodinámico, la Fenomenología no da tanta importancia a las experiencias vividas en la infancia sino que atribuye la soledad a la situación actual de la vida del individuo que la sufre y que tiene que ver con una discrepancia en su autoconcepto.

En cambio, basados en su experiencia clínica, los existencialistas (como Moustakas, 1961 y 1972, citados en Peplau y Perlman, 1982) perciben la soledad como

una experiencia positiva que puede ser productiva y creativa aunque no esté libre de dolor. El Existencialismo no busca una causa para la soledad sino que defiende que esta es inherente al ser humano.

Los teóricos del abordaje sociológico (como Bowman, 1955; Reisman et al., 1961; Slater, 1976, citados en Peplau y Perlman, 1982) entienden la soledad como algo normativo, es decir, como un atributo bastante común –estadísticamente hablando– en la población. Su causa es esencialmente externa al individuo, ya que surge como consecuencia de fuerzas sociales, pudiendo relacionarse con eventos que ocurren en la fase adulta (por ejemplo, las separaciones). A diferencia de los abordajes anteriores, los sociólogos se basan en la literatura y en los indicadores sociales para construir su teoría sobre la soledad.

En el abordaje interaccionista, cuyo principal representante es Weiss (1983), se percibe la soledad como una reacción normal, una condición experimentada por la mayoría o por casi todas las personas en algún momento en su vida. Como decía Octavio Paz en *El laberinto de la soledad*, “Todos los hombres, en algún momento de su vida, se sienten solos; y más: todos los hombres están solos. Vivir es separarnos del que fuimos para internarnos en el que vamos a ser, futuro extraño siempre. La soledad es el fondo último de la condición humana”.

Para los interaccionistas, las causas de la soledad serían internas y externas, pero su componente situacional (externo) parece tener mayor influencia que las características personales del sujeto. Por lo tanto, la soledad surgiría esencialmente como resultado de las condiciones presentes de la vida del individuo.

Según el abordaje cognitivo, que se basa en la Teoría de la Atribución de Heider desarrollada en 1958 y cuyos representantes son Peplau y colaboradores, la soledad

resulta de una discrepancia entre el nivel deseado y el nivel alcanzado de interacción social. Estos autores perciben la soledad como algo normal y basan su teoría en evidencias empíricas de investigaciones y de experimentos. Las causas de la soledad son muy variadas: desde factores de la personalidad y situacionales, hasta influencias de la experiencia pasada y de la presente. Obviamente, los factores cognitivos tienen mucha importancia en esta teoría.

Un abordaje que se asemeja al anterior es el presentado por Young (1982). Basándose en la Teoría Cognitivo-Conductual de Beck y en la Teoría del Refuerzo, este autor defiende que las relaciones sociales actúan como un refuerzo capaz de combatir la soledad, así que cuando una persona experimenta una falta de relaciones sociales satisfactorias, surge el sentimiento de soledad. Esta falta puede ser real o percibida y viene acompañada de diferentes síntomas de angustia dependiendo de cómo el individuo interpreta y afronta su soledad. Puede manifestarse como resentimiento, tristeza, depresión, ansiedad, miedo o rabia.

Los representantes del abordaje de la Privacidad son Derlega y Margulis (1982). Esta teoría no se basa en la experiencia de los autores con pacientes clínicos ni en resultados de investigaciones sino en teorías anteriores, en especial, la contribución del psicólogo social Irwin Altman (1975, 1976, 1977 citado en Derlega y Margulis, 1982). La soledad es vista como una experiencia normal que suele afectar a gran parte de la población y es motivada tanto por factores individuales como por el entorno en el que el individuo está inserto. Hay un énfasis en los determinantes contemporáneos de la soledad, pero la soledad también podría estar afectada por eventos del pasado.

Finalmente, basado en la obra titulada "*Living Systems*" de Miller (1978, citado en Peplau y Perlman, 1982), Flanders (1982) presentó un modelo llamado Sistemas Generales para estudiar la soledad. En este modelo, la soledad es percibida como algo

potencialmente doloroso, pero también es un mecanismo adaptativo de respuesta útil para el bienestar del individuo y de la sociedad. La soledad surgiría cuando hay muy poco contacto humano, porque si hay demasiado contacto humano hay una sobrecarga social que genera estrés. En el Modelo de Sistemas Generales se considera causante de soledad tanto las causas individuales como las situacionales.

En resumen, tal y como se puede apreciar en la Tabla 1, la mayoría de los abordajes se basaron en trabajos clínicos o en teorías anteriores para explicar la soledad. En general, se asocia la soledad a una experiencia desagradable y aversiva, pero solo una minoría de teóricos la clasifica como patológica; es decir, la soledad suele ser entendida como una experiencia común que afecta a una gran parte de la población. La mayoría de los teóricos señalan factores del momento presente del individuo como causantes de la soledad, y tan solo en el abordaje psicodinámico se atribuye la soledad exclusivamente a las experiencias vividas durante la niñez.

Tabla 1

Cuadro resumen de los abordajes teóricos sobre la soledad (adaptado de Peplau y Perlman, 1982)

Abordajes teóricos	Psicodinámico	Fenomenológico	Existencialista	Sociológico	Interaccionista	Cognitivo	Cognitivo-Conductual y Refuerzo	Privacidad	Sistemas
Autores	Fromm-Reichmann, Sullivan, Zilboorg	Rogers	Moustakas	Bowman, Reisman y cols., Slater	Weiss	Peplau y cols.	Young	Derlega y Margulis	Flanders
Basado en	Obs. clínica	Obs. clínica	Obs. clínica	Análisis social	Obs. clínica	Investigación	Invest. y Teoría	Teoría	Teoría
Naturaleza	Patológica Negativa	Patológica Negativa	Universal Positiva	Normativa Negativa	Normal Negativa	Normal Negativa	Normal Negativa	Normal Negativa	Normal Positiva
Causada por	La propia persona	La propia persona	Condición humana	Sociedad	Persona/situación	P/S	P/S	P/S	P/S
Origen	Infancia	Presente	Perpetuo	Infancia y presente	Presente	Presente	Presente	Presente	Presente

De acuerdo con Peplau y Perlman (1982), los abordajes más completos son el Psicodinámico, el Cognitivo y el Interaccionista. La Teoría Cognitiva se destaca de las demás por haber generado mayor volumen de evidencias empíricas, pero los abordajes con mayor utilidad práctica, según estos autores, son el Psicodinámico y el trabajo de Young (1982).

El estudio empírico llevado a cabo y presentado en esta Tesis Doctoral se ha basado esencialmente en los abordajes Interaccionista (Weiss, 1983) y Cognitivo, a partir del Modelo de Soledad propuesto por de Jong Gierveld (1987). Ambos serán presentados a continuación con mayor detalle.

2.1.1 La soledad del aislamiento social y la soledad del aislamiento emocional: El Modelo de Weiss

Según Weiss (1983), existen dos tipos de soledad: la soledad del aislamiento emocional y la soledad del aislamiento social y cada una de ellas se produce por diferentes motivos, está acompañada de distintas sensaciones y puede ser eliminada con diferentes estrategias.

Para comprender la soledad del aislamiento emocional, hay que remontarse a la Teoría del Apego de Bowlby (1972, 1979, 1983), definida como “un modo de concebir la propensión que muestran los seres humanos al establecer sólidos vínculos con otras personas determinadas y un modo de explicar las múltiples formas de trastorno emocional y de alteraciones de la personalidad” (Bowlby, 1979, pp.154). Esta teoría postula que las experiencias que uno tuvo con sus padres durante la niñez y la adolescencia pueden afectar a sus relaciones sociales durante la etapa adulta.

En este sentido, la primera figura de apego suele ser la madre y este vínculo se desarrolla fundamentalmente a lo largo de los primeros nueve meses de vida del bebé. Si

es una relación sana, el comportamiento de apego será fácilmente activable al principio y poco a poco se activará con menos rapidez hasta cerca del final del tercer año de vida.

El comportamiento de apego se caracteriza por cualquier conducta (llamar, llorar, perseguir, etc.) que resulte en la proximidad entre los individuos que forman el vínculo afectivo (Bowlby, 1983). Se activa cuando el bebé extraña el entorno, tiene hambre, fatiga o en situaciones que le asustan. Ese comportamiento se elimina cuando el bebé nota la presencia de la figura materna y cuando se da una interacción satisfactoria con ella. Aunque no esté presente la figura materna, pero si el niño está seguro de dónde se encuentra ella y que la volverá a ver aunque la haya perdido de vista, se extingue el comportamiento de apego y el niño empieza a explorar su entorno. El comportamiento de apego tiene la función de protección, ya que hay un esfuerzo por parte de un ser inmaduro para que se mantenga la proximidad con un adulto elegido como el preferido (Bowlby, 1979).

El comportamiento de apego se dirige a una o algunas personas específicas, sigue un orden de preferencia y suele persistir durante gran parte del ciclo vital. Se forma un vínculo cuando uno se enamora y cuando se pierde este vínculo surge la pena. El mantenimiento de un vínculo genera sensación de seguridad, mientras que la amenaza de perderlo puede provocar ansiedad (Bowlby, 1979).

Otro comportamiento descrito por Bowlby (1983) es el comportamiento de cuidado, que suele ser dirigido de los padres (especialmente de las madres) hacia sus hijos. Combinados, los comportamientos de apego y de cuidado dan lugar a uno de los vínculos afectivos más fuertes que existen. A lo largo de la vida, el individuo experimenta primero el apego, luego el comportamiento de pareja y después el de cuidado. Hay evidencias clínicas que indican que el modo como se desarrolla el comportamiento de

apego durante la infancia determina fuertemente los patrones de las posteriores conductas sexual y de cuidado.

Según Bowlby (1979), las experiencias que las personas tienen con sus padres y la forma como estos desempeñan sus roles influyen en la capacidad posterior de la persona para establecer vínculos afectivos. Aquellos padres que son capaces de ofrecer una base sólida a sus hijos posibilitan que estos crezcan seguros, con confianza en sí mismos y en los demás. En otras palabras, el niño que recibe los cuidados de sus progenitores cuando los necesita, que no sufre amenazas de abandono o que no es culpabilizado o rechazado por ellos se vuelve una persona capaz de ayudarse a sí misma y merecedora de ser ayudada en el caso de que lo necesite. En cambio, los adultos que no han tenido esta base segura pueden vivir en constante ansiedad, y se sentirán muy solos y desarraigados.

El comportamiento de apego no se manifiesta solamente durante la infancia sino que también se manifiesta en los momentos en que los adultos están enfermos o en situaciones de emergencia. Para Bowlby (1983), además de las necesidades básicas de alimentación y reproducción, las personas tienen comportamientos de apego y evitan el aislamiento para sentirse más protegidas.

A partir de estas teorías del apego de Bowlby, Weiss (1983) define la soledad del aislamiento emocional como la respuesta subjetiva a la falta de una figura generalizada de apego, lo que solamente se experimenta a partir de la adolescencia. Antes de la adolescencia, los niños experimentan la ansiedad por la separación, cuyo sufrimiento está más enfocado en un objeto específico (las figuras parentales).

La ansiedad por la separación de la figura de apego es una reacción normal y sana que se manifiesta cuando el individuo no puede acceder a la figura materna o a la persona

o institución que la haya sustituido en los años posteriores (Bowlby, 1983). Se define como la respuesta subjetiva que acompaña la noción que uno tiene sobre el peligro de experimentar una pérdida. Es una reacción común en los niños pequeños pero que también surge durante la vida adulta de manera incluso anticipada a las separaciones temporales o duraderas (Parkes, 1983).

Durante la adolescencia, los padres dejan de ser las figuras de apego y este papel puede ser asumido de forma temporal por algún profesor u otro adulto hasta que la pareja pase a asumir esa función, pero si nadie asume este papel surgen sentimientos de soledad. En la etapa adulta, el sujeto puede tener varias figuras de apego distintas, pero se espera que en un momento dado se establezca un vínculo de apego más duradero, lo que suele darse con el matrimonio o emparejamiento.

Para Weiss (1983), la soledad del aislamiento emocional es más común entre las personas que aún no se han casado, en los viudos o en los separados que entre los casados, aunque estos puedan no estar muy satisfechos con su matrimonio. Además, la viudedad suele estar asociada con ambos tipos de soledad, tanto la emocional como la social. En los casos de viudedad y en los de separación/divorcio, suele ocurrir que la antigua red social ya no esté tan accesible o ya no les parezca tan satisfactoria como era antes.

Por otro lado, la soledad del aislamiento social puede resultar de la pérdida de roles sociales, tal y como sucede cuando uno se queda viudo o cuando se jubila o si se muda a un barrio donde no es bien acogido, por ejemplo. Cualquier evento que conlleve una pérdida de contacto con las personas con quienes uno compartía sus preocupaciones puede generar este tipo de soledad.

En este sentido, Weiss (1983) defiende que la integración social es tanto o más importante como el apego. La importancia de la integración social aumenta en la

adolescencia ya que el grupo de amigos posibilita que el adolescente exprese sus opiniones y sentimientos y que estos sean aceptados o validados aunque no coincidan con lo que sus padres piensan.

Weiss (1983) menciona diferencias de género en la integración social de los adultos: mientras los varones suelen apoyarse más en sus relaciones en el trabajo y construir su identidad a partir de allí, las mujeres suelen depender más de sus roles como amigas, vecinas o familiares. Consecuentemente, y como ejemplo, cuando una pareja se muda de ciudad es la mujer quien tiende a sufrir más aislamiento social.

Aunque ambos tipos de soledad están marcados por depresión e insatisfacción, la soledad del aislamiento emocional viene acompañada de ansiedad, mientras que la soledad del aislamiento social está dominada por el aburrimiento y la sensación de estar siendo excluido. La integración social posibilita que el individuo reciba los más diversos tipos de apoyo, lo que facilita su vida cotidiana. Cuando necesita un consejo u otro tipo de apoyo, el individuo socialmente integrado tiene a quién recurrir, pero el que está socialmente aislado, no. Estar socialmente integrado también produce placer y gratificación, ya que la red social es la base para que ocurran las actividades sociales (Weiss, 1983).

Sin embargo, es importante tener en cuenta que cada tipo de soledad demanda recursos distintos para ser aliviada, por ello las figuras de apego no sustituyen a los proveedores de integración social. Para que no se sientan solas, las personas necesitan tanto una red social que les facilite la integración social como una figura de apego que les ofrezca seguridad emocional.

En resumen, tal y como se puede ver en la Figura 2, la soledad del aislamiento emocional está asociada a sentimientos de miedo a ser abandonado, como los

experimentados durante la infancia y que generan ansiedad, mientras que la soledad del aislamiento social está acompañada de sentimientos de aburrimiento, exclusión y marginalidad. Para extinguir la soledad del aislamiento emocional, el individuo tiene que formar un nuevo vínculo emocional o reparar el vínculo perdido. En el caso de la soledad del aislamiento social, ésta se sana con el acceso a una red social que acepte y valore el individuo.

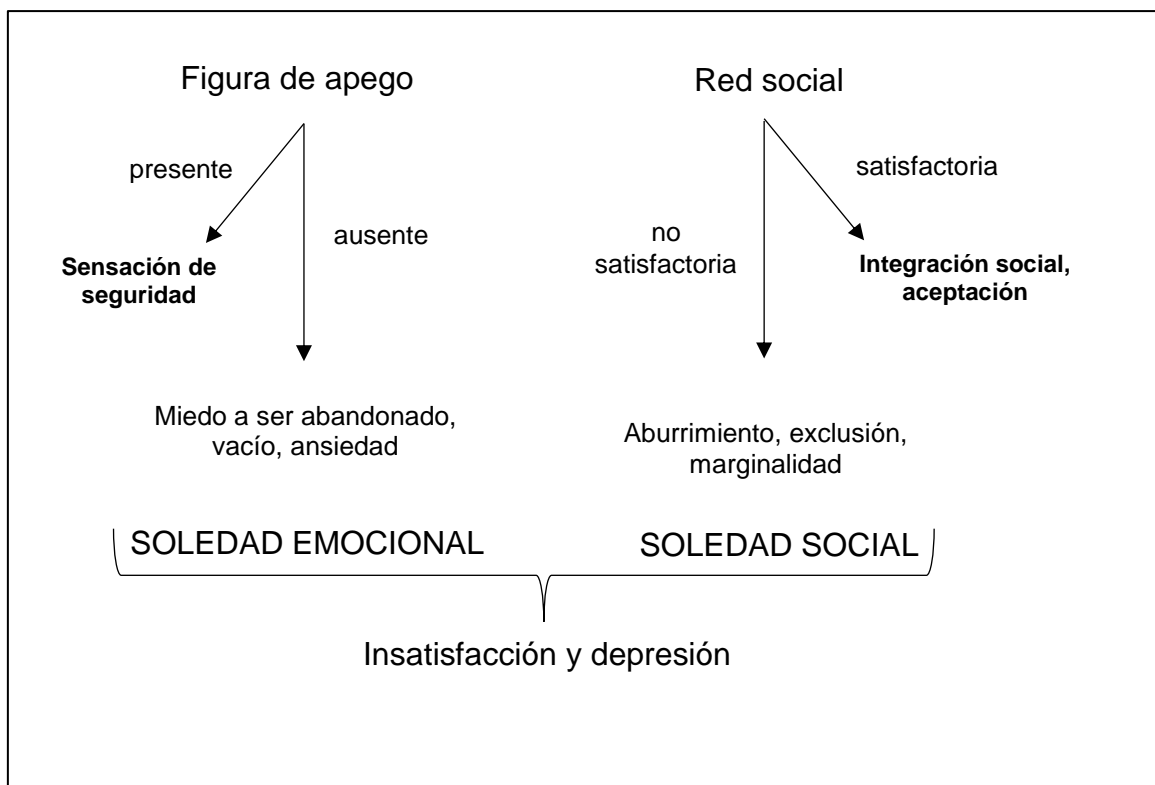


Figura 2. Cuadro resumen de la Teoría de Weiss (1983) sobre la soledad

2.1.2 El modelo de discrepancia cognitiva: la contribución de de Jong Gierveld

El modelo de discrepancia cognitiva tiene sus raíces en el abordaje cognitivo y fue adoptado por diversos autores, incluida de Jong Gierveld, para intentar explicar la experiencia de soledad. Desde esa perspectiva, la soledad surgiría como una sensación desagradable resultante de una discrepancia entre los niveles de contacto social deseado y la realidad que la persona ha logrado conquistar. En otras palabras, el modelo considera

una ecuación entre la situación relacional real y la deseada, y por lo tanto, la experiencia de soledad depende de una valoración subjetiva de la persona sobre sus relaciones sociales (de Jong Gierveld, 1987; Peplau y Perlman, 1982).

Otros aspectos tenidos en cuenta por el modelo de discrepancia cognitiva son las atribuciones causales y las estrategias de afrontamiento utilizadas por las personas, lo que determina cómo viven su experiencia personal de soledad.

En línea con el modelo de discrepancia cognitiva, de Jong Gierveld y colaboradores (de Jong Gierveld, 1998; de Jong Gierveld y Raadschelders, 1982) sugieren que la soledad es un fenómeno multidimensional, compuesto por tres dimensiones, a saber:

1. La carencia o privación es la base del concepto y se refiere a los sentimientos de vacío o abandono asociados a la ausencia de relaciones de intimidad;
2. La perspectiva de tiempo según la cual el individuo percibe su soledad, sea como algo inmutable o como algo que puede ser tratado y consecuentemente extinguido;
3. Un conjunto de aspectos emocionales que acompañan la soledad, tales como la tristeza, la melancolía, la culpa, la frustración, la vergüenza y la desesperación.

En este sentido, la aparición y/o el mantenimiento de los sentimientos de soledad dependen de diferentes factores que se relacionan con la evaluación subjetiva del individuo que la sufre acerca de la calidad y la cantidad de sus relaciones sociales (de Jong Gierveld, 1987).

Teniendo en cuenta que los procesos cognitivos actúan como mediadores entre las características de las redes sociales y la experiencia de soledad, de Jong Gierveld (1987) diseñó y puso a prueba un modelo teórico para comprender la soledad. En este modelo se consideraron características descriptivas de la red social del individuo, variables

sociodemográficas, características de personalidad y evaluaciones subjetivas sobre sus relaciones sociales.

Respecto a las características descriptivas de la red social, se consideraron la ausencia o presencia de los diferentes niveles de relación (mutua o de intimidad) y la ausencia o presencia de diferentes tipos de contactos sociales (familiares, amigos, vecinos, colegas). Las variables sociodemográficas abarcaban el género, la edad, el estado civil, la situación laboral, la forma de convivencia y las condiciones de la vivienda. Supuestamente estas características individuales podrían, en mayor o menor grado, ofrecer oportunidades para que el individuo creara o mantuviera sus relaciones sociales en un nivel óptimo.

En cuanto a las características de la personalidad, de Jong Gierveld (1987) suponía que éstas jugaban un importante papel en la aparición de los sentimientos de soledad. La autoestima y la introversión, por ejemplo, podrían influir en los niveles de interacción social deseados y los alcanzados. Por ello, incluyó en su modelo medidas de introversión-extroversión, del concepto del Yo y de ansiedad social.

Finalmente, se consideró que la evaluación subjetiva, o valoración cognitiva acerca de la red social actuaría como un factor mediador entre las características descriptivas de la red y la soledad, en la medida en que sirve para comparar las relaciones sociales efectivas con las deseadas, determinando el grado de satisfacción con la red social. Esta evaluación se da a través de la combinación entre factores situacionales, como las características descriptivas de la red, y factores del carácter, como los valores y las creencias sobre las relaciones sociales.

El modelo propuesto por de Jong Gierveld (1987) fue capaz de explicar el 52,3% de la varianza de soledad, siendo que el factor predictivo más importante fue la forma de

convivencia. En concreto, la soledad se asociaba significativa y negativamente con el hecho de vivir en pareja (con coeficiente de regresión estandarizado igual a $-.21$); asimismo se asociaba significativa y positivamente con el hecho de no tener una pareja (coeficiente de regresión estandarizado de $.23$). También la valoración subjetiva de la red social desempeñó un papel importante, ya que se detectaron asociaciones positivas y significativas entre la intensidad de la soledad y la insatisfacción con las relaciones sociales (coeficiente de regresión estandarizado de $.29$), así como entre soledad y deseo por formar nuevas relaciones (coeficiente de regresión estandarizado de $.21$).

Las variables relacionadas con las características descriptivas de la red social (cuyos coeficientes de regresión eran menores que $.00$) y algunas de las variables sociodemográficas, como género ($-.10$), edad ($.09$) y tener un trabajo ($.05$), presentaron efectos moderados o bajos sobre la soledad. En cuanto a las características de la personalidad, solamente el concepto de Yo tuvo una participación medianamente importante en la explicación de la soledad (coeficiente de regresión estandarizado de $-.08$). Por lo tanto, la autora recomienda cautela al considerar la personalidad como factor predictor de la soledad, ya que otras variables de ámbitos distintos también están en juego y parecen tener más peso en el desarrollo de la soledad.

Además de las variables incluidas en su modelo del 1987, en una publicación posterior, de Jong Gierveld, van Tilburg, y Dykstra (2006) añadieron el clima normativo y el contexto socioeconómico como factores potencialmente responsables de la experiencia de soledad. Según estos autores, las normas y los valores culturales de una persona pueden afectar a la forma en que evalúa su red social y a sus expectativas en relación al apoyo ofrecido por sus familiares. En este sentido, habría más soledad entre las personas mayores sin pareja que viven solas en los países en que se espera que estos individuos vivan con sus familias (países del Sur de Europa como España, por ejemplo)

que en individuos en la misma situación residentes en países en los que la preferencia por vivir solos está más aceptada (países del Norte de Europa, por ejemplo). Asimismo, el contexto socioeconómico en el que un individuo está inserto podría contribuir para aumentar o reducir las oportunidades de interacciones sociales y de integración del individuo en una red social, afectando a su experiencia de soledad.

2.1.3 Otros tipos de soledad

Tal y como se ha expuesto anteriormente, aunque la mayoría de las definiciones sobre el concepto de soledad la asocian a una experiencia negativa, algunos autores defienden que la soledad podría ser algo positivo. Según el Existencialismo, la soledad es positiva cuando resulta de una elección propia de pasar cierto tiempo solo y se caracteriza por una oportunidad para reflexionar, comunicarse con Dios y comprenderse a sí mismo (de Jong Gierveld y Raadschelders, 1982; Victor et al., 2000). Decía Sábato (1973, pp.18) en *Hombres y engranajes. Heterodoxia* que “Aunque la soledad del hombre es perenne, no sociológica sino metafísica, únicamente una sociedad como ésta (en la que vivimos, N.A.) podría revelarla en toda su magnitud”.

Otros autores han hablado de distintos tipos de soledad en función de su duración. Young (1982) habla de tres tipos de soledad: la soledad crónica, la soledad situacional y la soledad pasajera. La *soledad crónica* dura dos o más años y es el sentimiento de insatisfacción con las relaciones sociales y la incapacidad de desarrollar relaciones sociales satisfactorias. La *soledad situacional* surge después de un evento vital estresante, como la muerte del cónyuge o la ruptura de un matrimonio. En estos casos, el sentimiento de soledad es temporal y el individuo lo supera en el momento en que acepta su pérdida. Finalmente, la *soledad pasajera* es la forma más habitual y se caracteriza por episodios cortos de sentimientos de soledad.

De un modo similar, Hawkley y Cacioppo (2009) diferencian la soledad experimentada de forma aguda de la soledad crónica. La *soledad aguda* es un estado temporal que se extingue cuando se reparan las circunstancias que la causaron. Y la *soledad crónica* es un rasgo del individuo que resulta de la interacción de sus circunstancias vitales y de una tendencia genética a experimentar sentimientos de aislamiento.

Según Castro (2010), la duración del sentimiento de soledad influye en la forma cómo se la experimenta. Es mucho más dura la soledad que surge cuando uno se queda viudo y no tiene hijos que aquella vivida en situaciones puntuales cuando uno se queda solo en casa, pero sabe que pronto tendrá la compañía de su familia. En el primer caso, se supone que el sentimiento será de larga duración mientras que en el segundo seguramente será aliviado nada más se dé el reencuentro familiar. Otra forma de clasificar la soledad fue propuesta por Luanaigh y Lawlor (2008), quienes hablan de *soledad normal* y *soledad patológica*, que se diferencian de acuerdo con la duración, la frecuencia (puntual o persistente) y la gravedad de la experiencia.

Al analizar la soledad en la etapa más tardía de la vida, Victor, Scambler, Bowling, y Bond (2005) proponen tres tipos de soledad: la soledad que sigue a un estado ya establecido hace tiempo, la soledad de inicio tardío y la soledad en descenso. El primer tipo estaría influido por factores de personalidad, por patrones de conducta y relaciones interpersonales que se repiten a lo largo de la vida. Mientras que la soledad de inicio tardío podría ser una respuesta a las pérdidas normativas que se producen en la vejez (viudedad, pérdida funcional en uno mismo o en la pareja). El tercer tipo, la soledad en descenso, serían los casos en que el nivel de soledad disminuyó en la vejez comparado con los años previos.

Utilizando la perspectiva de soledad como un constructo tridimensional, tal y como fue expuesto anteriormente, de Jong Gierveld y Raadschelders (1982) llevaron a cabo una investigación con 556 holandeses e identificaron cuatro grupos de individuos de acuerdo con su tipología de soledad. Un 59% de la muestra pertenecían al grupo de las personas “no solas o ligeramente solas”. Los individuos “solos desesperados y muy insatisfechos con sus relaciones sociales” representaban el 14% de la muestra. Un 15% de los sujetos, pertenecían al grupo “solos periódica y temporalmente”. El 12% eran “solos y desesperados”. Estos tres últimos grupos tenían en común la ausencia de una relación íntima o de pareja, aunque se diferenciaban según las relaciones que mantenían con sus amigos y compañeros de trabajo, así como en sus sentimientos de carencia afectiva.

Más recientemente, Castro (2015) propuso una nueva división según los tipos de soledad, diferenciando entre soledad objetiva, soledad emocional y soledad social sintónica. Según esta autora, la *soledad objetiva*, como su propio nombre sugiere, se relaciona con los aspectos más objetivos del fenómeno, es decir con la presencia o la ausencia de relaciones sociales. La *soledad emocional* se asemeja al concepto del mismo nombre propuesto por Weiss (1983) e incluye la percepción sobre las prestaciones de ayuda y cuidado que uno recibe de su red social. Finalmente, la *soledad social sintónica* hace alusión a una parte del concepto de soledad social descrito por Weiss (1983) en la medida en que no considera el sentimiento de pertenencia a un grupo sino que se refiere a la falta de sintonía que uno siente en sus relaciones.

2.1.4 El aislamiento social y la soledad: Diferencias entre estar solo, vivir solo y sentirse solo

A diferencia de la experiencia de soledad, el aislamiento social es una medida objetiva de la mala integración social, que no depende de una valoración subjetiva de la persona (Luanaigh y Lawlor, 2008). El aislamiento se caracteriza por la falta de relaciones interpersonales duraderas mientras que los sentimientos de soledad son subjetivos y están compuestos por la manera como una persona percibe, experimenta y evalúa su propio aislamiento social y la falta de comunicación con los demás (de Jong Gierveld y Raadschelders, 1982).

Victor et al. (2000) añaden que el tipo de red social del individuo indica su nivel de aislamiento social, que puede ser medido a través del tamaño y por la densidad de la red social, o sea, por la cantidad de personas que la componen y por el grado de interrelación de sus miembros. Además, también se puede medir el aislamiento social a través de la accesibilidad y de la reciprocidad de las relaciones. En este sentido, lo opuesto al aislamiento social sería la participación social, así como lo opuesto a la soledad sería el sentimiento de pertenencia o de estar integrado socialmente (de Jong Gierveld y Havens, 2004).

Existen diferencias evidentes entre “estar solo” o “vivir solo” y “sentirse solo”. Luanaigh y Lawlor (2008) afirman que mientras la experiencia de sentirse solo siempre está asociada a algo no deseado, estar solo puede ser una experiencia deseada para fomentar la creatividad, facilitar la auto-reflexión, la auto-regulación, la concentración y el aprendizaje. El sentimiento de soledad surge en los casos en que el aislamiento social es impuesto desde el exterior, obligando a la persona a vivir/ estar sola en contra de sus deseos; pero cuando el aislamiento social es algo voluntario no se manifiesta un sentimiento de soledad (Castro, 2010).

Con respecto a los conceptos de vivir solo o estar solo, mientras que el primero es simplemente una unidad de medida de la forma de convivencia, el segundo se refiere a la cantidad de tiempo que la persona pasa sin compañía (Victor et al., 2000). Según investigaciones de Cacioppo y Patrick (2008), no hay diferencias significativas entre las personas que se sienten solas y las que no se sienten solas en cuanto a la cantidad de tiempo que están efectivamente solas, es decir, la cantidad de horas que uno esté solo no influye directamente sobre la presencia o ausencia de sus sentimientos de soledad.

En esta línea, la condición objetiva de estar socialmente aislado no se relaciona con que el sujeto se sienta realmente solo; hay personas que se sienten solas aunque no estén socialmente aisladas. Hay quienes, aunque cuenten con una red social reducida se sienten suficientemente integrados, mientras que otras personas con redes sociales del mismo tamaño pueden sentirse solas (de Jong Gierveld y Havens, 2004). Por lo tanto, tener sentimiento de soledad ni es sinónimo de estar solo ni va siempre unido a estar solo, pero tampoco el hecho de estar acompañado garantiza una protección contra la soledad (Castro, 2010; Hawkey y Cacioppo, 2009). Quizás por esto, añade Castro (2010) resulta más difícil asumir y comprender el sentimiento de soledad en aquellas personas que están acompañadas justamente porque parece, tanto para quien se siente solo como para los demás a su alrededor, que no hay una causa real que justifique dicho sentimiento.

Cuanto más mayor se hace una persona, mayor es la probabilidad de que esté sola o viva sola debido a los eventos normativos y comunes a la fase más avanzada de la vida, por ejemplo, la pérdida del cónyuge por muerte o separación, la salida de los hijos de casa o la muerte de los amigos. Pero esas circunstancias no significan que todas las personas mayores que están o que viven solas se sientan solas (Peplau, Miceli, y Morasch, 1982; Victor, et al., 2000).

En este sentido, el modelo teórico de la discrepancia basado en el abordaje cognitivo descrito anteriormente es útil para comprender por qué algunas personas no se sienten solas aunque pasen mucho tiempo sin ninguna compañía mientras que otras tienen sentimientos de soledad aunque estén muy acompañadas. Según ha ejemplificado Perlman (2004), es posible evitar los sentimientos de soledad si uno tiene bajos niveles de deseo por mantener el contacto social o si él mismo elige estar solo. Asimismo, una persona no se sentirá sola si atribuye su estado de aislamiento social a motivos externos que no están bajo su control. En cambio, si los niveles de contacto social deseado son demasiado elevados o si los miembros de la red son incapaces de ofrecer el apoyo necesario, el individuo puede sentirse solo aunque tenga muchas personas a su alrededor.

2.2 Prevalencia de soledad en las personas mayores

Los datos sobre prevalencia de soledad en la población mayor son bastante variables dependiendo de las características específicas de la población investigada, el contexto geográfico y cultural en que están insertos las personas entrevistadas, así como el método y los instrumentos de medida utilizados para valorarla. De acuerdo con la bibliografía revisada, la prevalencia de soledad detectada en distintas muestras de personas mayores osciló desde tan solo un 4,6% en la tercera medición de un estudio longitudinal con personas mayores suecas (Holmén y Furukawa, 2002) hasta un 86% en una muestra de mujeres mayores viudas en los Estados Unidos a finales de los 70 (Baum, 1979, citado en Lopata, Heinemann, y Baum, 1982).

Además, es importante tener en cuenta que la prevalencia de soledad suele oscilar en una misma muestra cuando es medida en distintos momentos. En concreto, los resultados de un estudio longitudinal que midió la soledad de las personas mayores en un intervalo de cuatro años sugieren que su prevalencia aumenta con el paso del tiempo (Gerst-Emerson y Jayawardhana, 2015).

Las evidencias de los estudios transculturales sugieren que los factores culturales y las diferencias en las condiciones de vida de las personas residentes en distintos países juegan un papel importante a la hora de explicar las diferencias en la prevalencia de soledad. En concreto, las tasas de soledad suelen ser más elevadas en los países de Europa central y en el sur de Europa que en el norte de Europa (del Barrio et al., 2010; Dykstra, 2009; Fokkema, de Jong Gierveld, y Dykstra, 2012; Rico-Uribe et al., 2016; Sánchez-Rodríguez et al., 2012; Sundström, Fransson, Malmberg, y Davey, 2009; Yang y Victor, 2011). Asimismo, se encontraron diferencias en la prevalencia de soledad entre los países de Europa Occidental y los de Europa Oriental, siendo más elevadas en estos últimos (de Jong Gierveld y Tesch-Römer, 2012; Hansen y Slagsvold, 2015).

Por ejemplo, en la investigación de Sundström et al. (2009) llevada a cabo en doce países europeos, mientras Suiza, Dinamarca y Suecia presentaron las tasas más bajas de soledad, las más altas se encontraron en Francia, Israel, Italia y Grecia. La prevalencia de soledad casi todo el tiempo varió de un 1% en Suiza a un 10% en Grecia, siendo un 7% en España. Los hallazgos del estudio de Rico-Urbe et al. (2016), que incluyó personas de 50 o más años en Finlandia, Polonia y España confirman esta tendencia, ya que los finlandeses informaron puntuaciones ligeramente más bajas en soledad comparados con los polacos o los españoles. También en una investigación que comparó datos de soledad y de apoyo social entre muestras de personas mayores españolas y holandesas se hallaron valores medios de soledad más elevados en la muestra española que en la holandesa (Sánchez-Rodríguez et al., 2012).

Asimismo, cuando se compararon datos de muestras de distintos continentes se hallaron diferencias relevantes no solamente en la prevalencia de soledad sino también en las variables que se relacionan con este sentimiento. Por ejemplo, la investigación de van Tilburg, Havens, y de Jong Gierveld (2004) desveló que las tasas de soledad emocional eran más elevadas en Canadá que en Holanda o Italia, mientras que los italianos puntuaban más alto en soledad social comparados con los canadienses y los holandeses. Diferencias en el nivel de soledad también fueron encontradas en función del país de origen, es decir, los inmigrantes tendían a puntuar más alto en soledad que las personas mayores nativas de Canadá. Sin embargo, estas diferencias solo resultaron significativas cuando se compararon los nativos con los inmigrantes que no compartían ni el mismo idioma ni una cultura semejante a la de los canadienses (de Jong Gierveld, van der Pas, y Keating, 2015).

El contexto cultural no influye solamente en el apoyo social, sino que otras características sociales pueden facilitar la presencia de la soledad, como la forma de

convivencia (vivir solo o acompañado), la participación en instituciones sociales o las relaciones de amistad (Sánchez-Rodríguez et al., 2012). En este sentido, las diferencias en el nivel socioeconómico, el estado de salud y las redes sociales de las personas que viven en distintos países podrían facilitar o dificultar sus oportunidades de participar en actividades sociales y de contar con relaciones sociales satisfactorias (Hansen y Slagsvold, 2015). Para algunos autores, los valores culturales en los diferentes países podrían influir en la personalidad de sus habitantes, lo que afectaría las expectativas que tienen sobre sus relaciones sociales y consecuentemente contribuiría para una mayor o menor prevalencia de soledad (Yang y Victor, 2011).

Por lo tanto, con respecto a la pregunta planteada por Perlman (2004) - si la soledad es un fenómeno universal -, el propio autor concluye que aunque esté presente en prácticamente todas las sociedades, la soledad tiene características específicas en función de la cultura donde se manifiesta. Incluso se arriesga a decir que el papel de las relaciones de amistad tendría mayor impacto en la soledad en las culturas individualistas, como en los Estados Unidos que en países más colectivistas, donde tendrían más peso las relaciones familiares.

Cuando nos centramos en las investigaciones llevadas a cabo en la última década con muestras compuestas exclusivamente por personas mayores españolas, también se ven importantes oscilaciones en los resultados de prevalencia de soledad. Una vez más, esto podría deberse en parte a diferencias en las características de las muestras y en parte a la metodología y los instrumentos de medida aplicados.

Medida a través de una pregunta directa sobre la frecuencia con que se sentían solos, Losada et al. (2012) hallaron que el 23,1% de su muestra de personas mayores españolas se sentían solas, siendo que el 17,1% se sentían solos a veces y el 6,0% a menudo. Aunque la prevalencia de soledad detectada no haya sido extremadamente elevada,

estos autores creen que es suficientemente relevante para que se la tenga en cuenta al elaborar y proponer políticas sociales y de salud dirigidas a mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

En otra investigación con muestra de personas mayores españolas, se midió la soledad a través de una escala validada, la UCLA, en dos grupos - uno compuesto por personas que vivían solas y otro por personas que vivían acompañadas (Velarde-Mayol, Fragua-Gil y García-de-Cecilia, 2015). Se halló que la mayoría de los que vivían solos - el 63,2% - presentaron niveles de soledad entre moderado y grave. Al comparar la muestra de personas que vivían solas con la de los que vivían acompañados, casi dos tercios de los primeros experimentaban mayor grado de soledad que aquellos que no vivían solos. En otro estudio español en el que también se utilizó un instrumento de medida de soledad validado, en este caso la DJGLS, se halló que el 58,7% presentaban algún grado de soledad. En concreto, el 42% de la muestra informaron niveles bajos de soledad mientras que el 16,8% sufrían soledad moderada o grave (Sánchez-Rodríguez, 2009).

En resumen, no existe un dato claro sobre la prevalencia de soledad en la población mayor, lo que contribuye para reforzar la complejidad de este fenómeno. Por lo tanto, al contrastar hallazgos obtenidos en diferentes estudios, es recomendable tener en cuenta los distintos factores que pueden haber influido en las respuestas de los sujetos entrevistados.

2.3 Factores de riesgo y de protección relacionados con la soledad de las personas mayores

Tal y como se ha visto en apartados anteriores, se ha buscado explicar el origen y las causas de la soledad a través de diversos abordajes teóricos. Muchas de esas teorías, incluidos el abordaje interaccionista y el cognitivo en los que se basa esta Tesis Doctoral, consideran que los sentimientos de soledad son provocados por una mezcla de factores externos (el entorno) e internos (características intrínsecas al individuo).

En este sentido, muchos autores defienden que las personas mayores son más vulnerables al sentimiento de soledad que las personas más jóvenes porque concentran más factores externos e internos. Cuando se encuentran combinados, esos factores las ponen en mayor riesgo de sentirse solas (Castro, 2010). Por un lado, con el avance de la edad es más probable que las personas experimenten circunstancias vitales que reducen las redes sociales y facilitan los sentimientos de soledad, tales como: el fallecimiento del cónyuge o de otras personas cercanas, la jubilación, la disminución o la pérdida de algunas relaciones de amistad, los traslados de vivienda, la institucionalización, los problemas de salud propios o de algún familiar, las situaciones de dependencia, las barreras arquitectónicas, o los problemas que pueden surgir en las relaciones familiares.

Por otro lado, los factores personales también contribuyen a generar sentimientos de soledad en la vejez. Castro (2010) los resume de un modo muy claro en cinco puntos:

1. La forma como la persona entiende sus relaciones y las expectativas que tiene sobre ellas, aspectos que pueden no coincidir con lo que los miembros de su red social efectivamente le ofrezcan;
2. La forma que uno tiene de ser y de comportarse, que podría dificultar la creación y el mantenimiento de relaciones sociales satisfactorias;

3. La pérdida de ilusión y de perspectivas de futuro, que podría conllevar una actitud pasiva cara a los esfuerzos por establecer y mantener vínculos;
4. La dificultad para pedir o aceptar la ayuda de otras personas cuando uno se siente solo;
5. La falsa creencia de que la soledad es un hecho normativo que se da *per se* en las personas mayores y, por lo tanto, es inevitable.

Teniendo en mente la gran variedad de factores que pueden influir en la experiencia de soledad en la vejez, se presentarán a continuación diferentes aspectos intrínsecos y extrínsecos que han sido asociados con el sentimiento de soledad de las personas mayores en numerosas investigaciones.

2.3.1 Las características sociodemográficas

Aunque las variables sociodemográficas no suelen influir en la soledad tanto como otros factores, existe un gran volumen de evidencias sobre su contribución a la hora de identificar quiénes son las personas potencialmente más vulnerables al sentimiento de soledad. Tras revisar los hallazgos de diversas investigaciones que se han dedicado a estudiar los factores de riesgo y los factores protectores de la soledad, queda claro que las características sociodemográficas suelen actuar en conjunto, contribuyendo a incrementar o reducir el riesgo de que las personas mayores se sientan solas.

En general, los hallazgos de las investigaciones sugieren que los grupos de mayor riesgo de sentirse solos son: las mujeres (Dahlberg, Andersson, McKee, y Lennartsson, 2015; Losada et al., 2012; Pinguart y Sörensen, 2001a; Rico-Uribe et al., 2016), las personas más mayores (Dykstra, 2009; Dykstra, van Tilburg, y de Jong Gierveld, 2005; Victor, Scambler, et al., 2005), los no casados o que no tienen una pareja confidente (de Jong Gierveld, 1998; Hawkey y Cacioppo, 2009; Victor, Scambler, et al., 2005), los que

viven solos (Hughes, Waite, Hawkey, y Cacioppo, 2004; Koc, 2012; Steed, Boldy, Grenade e Iredell, 2007; Zebhauser, Baumert et al., 2014), los que tienen niveles más bajos de estudios (Luanaigh y Lawlor, 2008; Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg, y Pitkälä, 2005; Sundström et al., 2009) y menos ingresos económicos (Hawkey et al., 2008; Losada et al., 2012; Savikko et al., 2005) y las minorías étnicas (Hawkey et al., 2008).

En lo que se refiere al género, hay una tendencia importante que sugiere que las mujeres presentan niveles más elevados de soledad, aunque estos datos no se confirmen en todas las investigaciones sobre este tema. Algunos estudios no detectaron diferencias estadísticamente significativas en el nivel de soledad en función del género (Hacihanoglu, Yildirim, y Karakurt, 2012); en otros, esta diferencia de soledad en función de género solamente fue estadísticamente significativa en el grupo de personas de 85 o más años de edad, encontrando que las mujeres puntuaban más alto en soledad que los hombres en este grupo de edad (Zebhauser, Hofmann-Xu et al., 2014). Aunque sean minoría, algunas investigaciones encontraron niveles más elevados de soledad en los varones, como fue el caso del estudio de Koc (2012). A pesar de que la autora de dicho estudio no haya ofrecido ninguna posible explicación para ese hallazgo, reconoció que los resultados no deberían ser generalizados a toda la población mayor, ya que la muestra del estudio era relativamente pequeña y estaba compuesta exclusivamente por personas mayores que vivían en zonas rurales.

Sin embargo, la mayoría de las investigaciones que han estudiado la relación entre soledad y género sugieren que existe mayor prevalencia de soledad entre las mujeres que entre los hombres (Aartsen y Jylhä, 2011; Cohen-Mansfield, Shmotkin, y Goldberg, 2009; Dahlberg et al., 2015; Ferreira-Alves, Magalhães, Viola, y Simões, 2014; Gerst-Emerson y Jayawardhana, 2015; Iecovich, Jacobs, y Stessman, 2011; Luanaigh y Lawlor,

2008; Losada et al., 2012; Paúl y Ribeiro, 2009; Pinqart y Sörensen, 2001a; Rico-Urbe et al., 2016; Savikko et al., 2005; Stephens, Alpass, Towers, y Stevenson, 2011; Steptoe, Shankar, Demakakos, y Wardle, 2013; Victor et al., 2000). En algunos casos, la prevalencia de soledad entre las mujeres llegaba a ser más que el doble de la de los varones (Holwerda et al., 2012).

La investigación de de Jong Gierveld y van Tilburg (2010) desveló que las mujeres mayores informaban de sentimientos más intensos de soledad emocional que los hombres, lo que los autores justificaron por el hecho de haber más mujeres sin pareja, con mala salud y con dificultades económicas. Sin embargo, los hombres puntuaban más alto en soledad social que las mujeres. Otras investigaciones han confirmado esta tendencia de que los hombres suelen ser más “socialmente solos” y menos “emocionalmente solos” que las mujeres (Dykstra y Fokkema, 2007; Dykstra y de Jong Gierveld, 2004; Green, Richardson, Lago, y Schatten-Jones, 2001).

Esta diferencia podría ser explicada no simplemente como una cuestión exclusiva del género en sí sino por las circunstancias que suelen estar asociadas a la condición de ser “mujer mayor”. Las mujeres suelen ser más longevas que los hombres, estando más predispuestas a vivir solas cuando se hacen mayores, ya sea por viudedad o por la pérdida de otras personas de su generación (Aartsen y Jylhä, 2011; Castro, 2015; Dahlberg et al., 2015; de Jong Gierveld, 2003; Ferreira-Alves et al., 2014; Luanaigh y Lawlor, 2008; Savikko et al., 2005).

Por otro lado, se han identificado claras diferencias de género en la forma cómo las personas se relacionan con los demás, lo que podría contribuir a aumentar la probabilidad de que los hombres se sintieran más solos. Mientras las mujeres suelen contar con redes sociales más diversas que incluyen relaciones cercanas con familiares, amigos y vecinos, los hombres tienden a centrarse más en las relaciones de intimidad con

su pareja (Antonucci et al., 2002). Otra investigación sugiere que las mujeres mayores perciben más cercanía en sus relaciones sociales que los varones y que es más frecuente que tengan en su red social a un miembro cercano a parte de sus cónyuges (Green et al., 2001). Asimismo, la soledad de los hombres depende en gran medida de la percepción de sus relaciones de amistad, mientras que la de las mujeres se asocia más con la falta de relaciones cercanas (Buz y Prieto, 2013). Todo ello pondría a los hombres mayores en una posición más vulnerable al sentimiento de soledad en los casos en que falten sus cónyuges y se vean obligados a vivir solos, por ejemplo.

Sin embargo, otro aspecto que podría contribuir a explicar esa diferencia se relaciona con el sesgo de deseabilidad social que puede ocurrir dependiendo de la manera cómo se pregunte sobre los sentimientos de soledad. Algunos autores explican que parece ser culturalmente más aceptable que las mujeres hablen de sus sentimientos y que asuman su soledad (Savikko et al., 2005; Victor et al., 2000). En este sentido, el tipo de instrumento utilizado para medir la soledad podría contribuir a esas diferencias de género.

Cuando se pregunta sobre la soledad con preguntas directas, los hombres parecen estar menos dispuestos a expresar sus sentimientos (Nicolaisen y Thorsen, 2014a; Perlman, 2004); en cambio, cuando se utilizan escalas en donde no aparece escrita la palabra “soledad”, los efectos de género disminuyen o incluso desaparecen (Borys y Perlman, 1985, citados en Perlman, 2004). Asimismo, Steed et al. (2007) compararon los resultados de diversas investigaciones y hallaron que al utilizar la Escala de Soledad de Jong Gierveld, los varones puntuaban menos en soledad emocional y más en soledad social que las mujeres (Dykstra y de Jong Gierveld, 2004). Cuando se usaba una pregunta directa, las mujeres informaban sentirse más solas que los hombres (Jyhlä, 2004). Por otro lado, en un estudio que utilizó la Escala UCLA, en la que no aparecía la palabra “soledad” no se identificaron diferencias de género (Adams, Sanders y Auth, 2004).

De todas formas, cabe destacar que el género por sí solo suele tener poca capacidad explicativa en la varianza de la soledad en las personas mayores. En concreto, en el meta-análisis llevado a cabo por Pinquart y Sörensen (2001b), se halló que las diferencias de soledad en función del género explicaban tan solo el 0,6% de la varianza. Otras investigaciones más recientes confirman que la variable género no tiene capacidad de predecir la soledad por sí sola (Castro, 2015; Dahlberg et al., 2015).

Al igual que ocurre con el género, las evidencias sobre la relación entre soledad y edad tampoco son uniformes. Mientras algunas investigaciones sugieren que la soledad disminuye a lo largo de la vida (Russell, 1996; Schnittker, 2007; Victor, Scambler, Bond, y Bowling, 2002), otras no encontraron diferencias significativas en función de la edad tras controlar el efecto de las demás variables (de Jong Gierveld, 1987; Green et al., 2001; Jylhä, 2004; Long y Martin, 2000; Zebhauser, Baumert et al., 2014) y otras sugieren que a más edad, mayor es la prevalencia de soledad (Hansen y Slagsvold, 2015; Paúl y Ribeiro, 2009; Steptoe, et al., 2013). Algunas investigaciones sugieren que la soledad sigue una distribución en forma de U a lo largo de la vida, es decir, que es más frecuente en los adolescentes y jóvenes adultos y en las personas mayores y menos frecuente durante la edad adulta (Pinquart y Sörensen, 2001b; Yang y Victor, 2011).

En una investigación transcultural reciente llevada a cabo por Rico-Urbe et al. (2016), en la que se comparó la soledad de adultos y personas mayores de Finlandia, Polonia y España, se hallaron puntuaciones más elevadas de soledad en los grupos de mayor edad. En cambio, en una muestra de neozelandeses de 55 a 70 años, las personas más mayores solían sentirse menos solas que aquellos con menos edad (Stephens et al., 2011).

Sin embargo, cuando se trata de investigaciones con muestras compuestas exclusivamente por personas mayores, en general se nota un aumento de soledad en las

etapas más avanzadas de la vida (Cohen-Mansfield et al., 2009; de Jong Gierveld, 1998; de Jong Gierveld y van Tilburg, 2010; Hacıhasanoglu et al., 2012; Losada et al., 2012; Luanaigh y Lawlor, 2008; Savikko et al., 2005; Victor et al., 2000). Además, muchos estudios indican que las personas mayores de 80 años suelen sentirse solas con más frecuencia que los que tienen menos edad (Dykstra, 2009; Dykstra et al., 2005; Luanaigh y Lawlor, 2008; Pinguart y Sörensen, 2001b).

De un modo similar a lo que pasa con el género, el aumento de la soledad con el avance de la edad podría ser explicado por la consonancia de circunstancias vitales que suelen darse más con el avance de la edad. Por un lado, el hecho de que las personas más mayores tienen más probabilidad de haber sufrido pérdidas del cónyuge, de amigos y familiares contemporáneos afecta el tamaño y la composición de sus redes sociales (Luanaigh y Lawlor, 2008; Nicolaisen y Thorsen, 2014a; Victor et al., 2000). Por otro lado, el deterioro de la salud y la mayor probabilidad de tener alguna discapacidad o situación de dependencia disminuye las oportunidades de integración social de las personas más mayores y consecuentemente les ponen en mayor riesgo de sentirse más solas (Ferreira-Alves et al., 2014; Jylhä, 2004; Koc, 2012; Perlman, 2004).

En lo que se refiere al estado civil, las investigaciones suelen coincidir en que el hecho de tener pareja funciona como un importante factor protector contra la soledad, siendo que las personas casadas (o viviendo en pareja) se encuentran en menor riesgo de experimentar soledad que los viudos, solteros o separados (Barg et al., 2006; Cohen-Mansfield et al., 2009; de Jong Gierveld, 1998; Ferreira-Alves et al., 2014; Gerst-Emerson y Jayawardhana, 2015; Hawkley y Cacioppo, 2009; Hughes et al., 2004; Koc, 2012; Losada et al., 2012; Luanaigh y Lawlor, 2008; Luo, Hawkley, Waite, y Cacioppo, 2012; Steptoe, et al., 2013; Sundström et al., 2009; Weiss, 1983). Aunque también contribuya a aliviar la soledad social, el hecho de tener pareja es beneficioso

especialmente contra la soledad de tipo emocional (de Jong Gierveld y van Tilburg, 2010). En este sentido, la investigación de Dahlberg y McKee (2014) desveló que la viudedad por sí sola explicaba un 1% de la varianza de la soledad social y un 3% de la varianza de la soledad emocional.

Entre las personas que no tienen pareja, aquellas que están solteras suelen informar de niveles más bajos de soledad que las viudas o las divorciadas/separadas (Dykstra, 1995; Hacıhasanoglu et al., 2012; López-Doblas, 2005; Savikko et al., 2005). Esta diferencia podría ocurrir porque mientras las personas divorciadas y viudas se quedaron solas por una situación forzosa (por causa mayor), los solteros pueden estarlo o bien porque no han encontrado su pareja ideal o bien porque han preferido y elegido estar solos (Dykstra, 1995). Además, al no haberse casado nunca probablemente se hayan dedicado más a cultivar las relaciones de amistad y con otros familiares, y diferente de lo que suele pasar con las personas casadas, que se centran más en las relaciones con la familia nuclear, la familia creada, es decir, la pareja y los hijos (Pinquart, 2003).

Por otro lado, la viudedad ha sido frecuentemente asociada con un mayor riesgo de aislamiento social y soledad (Aartsen y Jylhä, 2011; Castro, 2015; Losada et al., 2012; Paúl y Ribeiro, 2009; Victor et al., 2000; Weiss, 1983). El sentimiento de soledad suele ser más intenso en las personas que son viudas recientes, independientemente de la presencia de hijos y de la frecuencia de sus visitas (Victor et al., 2000).

Los resultados de investigaciones con mujeres mayores viudas (Lopata, 1983; Lopata et al., 1982) sugieren que comparada con la situación de las personas solteras, la viudedad es especialmente complicada debido al cambio repentino desde una posición cómoda en un ambiente al que uno estaba habituado, a un nuevo estilo de vida. Además de la pérdida de un importante vínculo afectivo, también se ven afectadas las antiguas relaciones de amistad que en gran medida se sustentaban cuando las parejas se reunían

para hacer actividades juntas. Añadido a esto, para algunas viudas se hace más difícil establecer nuevas relaciones de amistad cuando faltan sus maridos. Esto puede ocurrir porque no siempre pero a menudo la viuda se apoyaba en el marido a la hora de establecer las interacciones sociales y ahora no se ve capaz o tan capaz de hacerlo sola; o simplemente no se siente cómoda en esta nueva situación de “reunión de parejas” a la que acude sola, que continuamente puede estar recordándole que su pareja ya no está. La variable género vuelve a estar presente aquí.

En los casos de enfermedad del marido, es común que la esposa se aleje de su red social para cuidarlo, muchas veces sin darse cuenta de ello y este aislamiento contribuye a incrementar su sentimiento de soledad cuando fallece el marido. Al llegar la viudedad, también es común que las viudas se alejen de su red social por creer que su presencia, sin la de su marido, provocará una situación incómoda (Lopata, 1983; Lopata et al., 1982).

En definitiva, la relación entre estado civil y soledad está afectada por otros factores, siendo que algunas investigaciones recientes no han detectado asociaciones estadísticamente significativas entre el estado civil y la soledad (Iecovich et al., 2011; Zebhauser, Baumert et al., 2014). Por un lado, está claro que el simple hecho de tener pareja no es suficiente para evitar que las personas se sientan solas (Expósito y Moya, 1999). Más que la simple presencia de la pareja, lo que más se asocia con bajos niveles de soledad es la buena calidad de relación de pareja, lo que incluye tener intimidad y buena comunicación con el cónyuge (Ayalon, Shiovitz-Ezra, y Palgi, 2013; Hawkley et al., 2008).

La combinación de estado civil con género también influye en el nivel de soledad, siendo que los hombres que no están casados suelen sentirse más solos que las mujeres en la misma situación (Dykstra, 1995; Pinquart, 2003). Esta diferencia de género es especialmente relevante cuando se compara la soledad de los hombres que no tienen

pareja ni hijos con aquellos que tienen hijos (Zhang y Hayward, 2001). Otros factores relacionados con el estado funcional y la frecuencia de contacto con los miembros de la red social también contribuyen a explicar las diferencias de soledad en función del estado civil. En concreto, Pinquart (2003) explica que los niveles más altos de soledad se han encontrado en los hombres divorciados comparados con las mujeres en la misma situación; y en los hombres solteros frente a las mujeres en la misma situación, dado que éstas suelen tener un contacto más frecuente con sus hijos, hermanos y amigos.

La asociación entre soledad y nivel de estudios e ingresos todavía no está clara, ya que algunas investigaciones sugieren que las personas más pobres y con menos estudios son más vulnerables a sentirse solos, mientras que otros estudios no han encontrado ninguna relación significativa entre estos factores y la soledad.

En general, las investigaciones sugieren que cuanto más bajo es el nivel de estudios mayor es la probabilidad de que la persona se sienta sola (Barg et al., 2006; Cohen-Mansfield et al., 2009; Hacıhasanoglu et al., 2012; Luanaigh y Lawlor, 2008; Paúl y Ribeiro, 2009; Savikko et al., 2005; Steptoe, et al., 2013; Sundström et al., 2009). Sin embargo, en la investigación de Losada et al. (2012) el nivel de estudios de los españoles mayores no presentó ninguna asociación significativa con la intensidad de sus sentimientos de soledad.

El bajo nivel socioeconómico o la baja cantidad de ingresos también surge en algunas investigaciones como otro factor asociado a los sentimientos de soledad (Cohen-Mansfield y Papura-Gill, 2007; Cohen-Mansfield et al., 2009; de Jong Gierveld y van Tilburg, 2010; Ferreira-Alves et al., 2014; Hacıhasanoglu et al., 2012; Hawkey et al., 2008; Koc, 2012; Losada et al., 2012; Luanaigh y Lawlor, 2008; Savikko et al., 2005; Steptoe, et al., 2013). Sin embargo, los resultados de estudios con meta-análisis sugieren

que el nivel de ingresos suele tener una relación más fuerte con la soledad que el nivel de estudios (Pinquart y Sörensen, 2001b; 2003).

Una explicación posible para esas diferencias sería el hecho de que las personas con niveles socioeconómicos y de estudios más elevados suelen tener una red social más amplia que aquellos con menos estudios y recursos económicos reducidos, lo que les brindaría más oportunidades de interacción social (Hawkley et al., 2008; Savikko et al., 2005). Es más común que las personas que tienen menos ingresos experimenten más aislamiento social y que sus redes sociales se centren en la familia, mientras que en las clases sociales más altas, las redes suelen ser más diversificadas, contando con más amigos (Victor et al., 2000). Además, la falta de recursos económicos puede restringir su acceso a algunas actividades sociales o culturales (Hacihasanoglu et al., 2012; Neri y Vieira, 2013) y a los servicios de apoyo y de cuidado (Pinquart y Sörensen, 2001b; 2003), intensificando sus sentimientos de estrés y de privación (de Jong Gierveld y van Tilburg, 2010).

En lo que se refiere a la forma de convivencia, aunque se sepa que estar solo no es sinónimo de sentirse solo existe un gran volumen de evidencias sobre la asociación entre la presencia de sentimientos de soledad y el hecho de vivir solo. (Ferreira-Alves et al., 2014; Hacihasanoglu et al., 2012; Hughes et al., 2004; Koc, 2012; Routasalo, Savikko, Tilvis, Strandberg, y Pitkälä, 2006; Steed et al., 2007; Sundström et al., 2009; Victor, Scambler et al., 2005; Zebhauser, Baumert et al., 2014). Las personas mayores que viven solas se sienten más solas que sus pares que viven acompañadas, aunque la frecuencia de las interacciones sociales y las redes sociales pueden ser parecidas (Hughes et al., 2004). En cambio, como se ha visto anteriormente, el modelo propuesto por de Jong Gierveld (1987) señaló que el factor protector contra la soledad que tenía más peso era el hecho de vivir en pareja.

Tras confirmar la existencia de una fuerte asociación entre vivir solo y sentirse solo, Steed et al. (2007) afirman que está claro que las personas que pasan mucho tiempo solas tienen mayor riesgo de sentirse solas. Los autores añaden que estar solo por elección propia es distinto de la soledad impuesta a una persona por el hecho de haberse quedado viuda o por otra situación similar. También en la investigación de López-Doblas (2005) se observó que vivir solo puede tener significados distintos si esta situación se dio por voluntad propia o si resultó de una condición que fue impuesta por las circunstancias de la vida. Por un lado, vivir solo significa para algunos disfrutar de libertad, independencia y autonomía, pero para otras personas se asocia a condiciones negativas, como tristeza, abandono y aislamiento (Donio-Bellegarde y Pinazo-Hernandis, 2014).

Algunas investigaciones cuantitativas con muestras españolas de personas mayores también han confirmado esa misma asociación entre soledad y vivir solo (Losada et al., 2012; Sánchez-Rodríguez, 2009). Sin embargo, en el estudio de Castro (2015), vivir solo se asociaba solamente con la dimensión objetiva de la soledad, es decir, las personas que vivían solas tenían conciencia de que contaban con poca compañía, pero esto no afectaba su percepción sobre la disponibilidad y la conexión con sus relaciones sociales.

Hay que destacar que una vez más el género juega un papel importante en la relación de soledad y vivir solo; las mujeres mayores se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad al sentimiento de soledad porque la probabilidad de que vivan solas es más alta comparada a la de los hombres mayores (Carrascosa y Castiello, 2012; INE, 2016b; Losada et al., 2012; Velarde-Mayol et al., 2015).

Además del género se ha comprobado que el sentimiento de soledad de las personas que viven solas depende de otros factores, tales como el hecho de haber vivido solo anteriormente (de Jong Gierveld, 2003) o si la persona cuenta con una buena red de apoyo social (Zebhauser, Baumert et al., 2014). Además, también la cultura puede influir

en el sentimiento de soledad de las personas mayores que viven solas. Para los españoles en general, por ejemplo, el hecho de vivir solo cuando uno es mayor se asocia a una condición negativa, como de abandono o desamparo familiar (Buz y Prieto, 2013). Quizás esto mismo no sucede en la sociedad noruega o danesa, para quienes vivir solo a edades avanzadas es sinónimo de libertad e independencia.

Aunque haya sido menos estudiado, otro aspecto sociodemográfico que ha sido relacionado con la soledad pero que no ha llegado a resultados concluyentes se refiere a la zona en la que la persona mayor vive. Por un lado, se han encontrado niveles más altos de soledad en las personas que vivían en zonas rurales comparados con las que viven en zonas urbanas (de Jong Gierveld, 1998; Routasalo et al., 2006; Savikko et al., 2005). Una posible explicación para esas diferencias se asocia con el movimiento migratorio de los jóvenes que vivían en las zonas rurales a otras ciudades, que produjo una reducción en las redes sociales de las personas mayores que se quedaron solas en el campo (Savikko et al., 2005).

Por otro lado, en una muestra de personas mayores residentes en el País Vasco, se encontró la situación inversa, es decir, las personas que vivían en zonas rurales puntuaban más bajo en soledad que aquellas que vivían en zonas urbanas (Castro, 2015). La autora lo atribuye al hecho de que en las zonas rurales las relaciones cercanas y de mutuo conocimiento contribuyen a que las personas mayores sientan que tienen a quien recurrir en caso de necesidad. Estos resultados coinciden con los del estudio de Ferreira-Alves et al. (2014), en el que las personas mayores que vivían en zonas urbanas informaron sentirse más solas que aquellas que vivían en zonas rurales.

Asimismo, una minoría de estudios ha detectado diferencias en el nivel de soledad en función del grupo étnico al que pertenecían las personas. Por ejemplo, los resultados de una investigación con muestra estadounidense sugieren que el grupo que estaría más

protegido contra la soledad son las personas de raza blanca (caucásicos), mientras que los hispánicos y los de raza negra estarían en mayor riesgo de sentirse solos (Hawkley et al., 2008). Estos autores creen que las diferencias no pueden ser atribuidas solamente al origen étnico de las personas, sino que estarían influidas por el nivel de estudios y sus ingresos, que a su vez se relaciona directamente como muchas investigaciones han mostrado, con la raza. Según Neri (2014), la influencia del grupo étnico sobre otras variables está mediada por las diferencias de oportunidad de estudios, trabajo y condiciones socioeconómicas de la muestra del estudio, más que por su naturaleza genética.

A modo de resumen, la Tabla 2, que se presenta a continuación, recoge los principales puntos que fueron mencionados en esta epígrafe sobre las evidencias que han señalado relaciones entre soledad y las diferentes variables sociodemográficas.

Tabla 2

Cuadro resumen de las asociaciones entre soledad y variables sociodemográficas

Variables	Evidencias empíricas
Género	Las mujeres reúnen algunas características que las ponen en mayor riesgo de soledad.
Edad	Datos no uniformes, pero las circunstancias vitales que se dan con el avance de la edad contribuyen a elevar el riesgo de soledad en la vejez.
Estado civil	Estar casado/a o tener pareja es un factor protector contra la soledad; en cambio, los viudos suelen sufrir más soledad que los solteros y los separados.
Nivel de estudios	En general, las evidencias sugieren una relación inversa entre el nivel de estudios y la soledad.
Nivel de ingresos	Suelen puntuar más alto en soledad las personas que tienen menos ingresos.
Forma de convivencia	Vivir solo/a se asocia de forma consistente con un mayor riesgo de soledad.
Zona donde vive	Aspecto menos estudiado, datos no son concluyentes.
Grupo étnico	Existen pocos estudios al respecto; seguramente existen otras variables que interfieren en la relación entre soledad y origen étnico.

2.3.2 Las relaciones sociales y el papel del apoyo social

El proceso de envejecimiento viene acompañado de muchos cambios relacionados con eventos vitales normativos de esta etapa de la vida (Nicolaisen y Thorsen, 2014a), desde las pérdidas de rol asociadas a la jubilación, a la emancipación de los hijos y al fallecimiento de la pareja hasta los cambios provocados por el deterioro de la salud y de la capacidad funcional, así como el impacto emocional de la pérdida de los amigos y familiares de su generación. Todo eso produce como consecuencia que las personas mayores generalmente tengan redes sociales más limitadas que los más jóvenes.

Sin embargo, algunos teóricos defienden que la reducción del tamaño de la red social de las personas mayores se debe en parte a esas pérdidas involuntarias experimentadas en las etapas más avanzadas de la vida. Pero también a una actitud proactiva de los propios sujetos, que se vuelven cada vez más selectivos a la hora de componer sus redes sociales. Se trata de un proceso adaptativo que empieza en la fase adulta y va ganando cada vez más fuerza con el avance de la edad. En este sentido, hay dos modelos teóricos muy importantes en Psicología que fueron diseñados para estudiar las relaciones sociales a lo largo del ciclo vital y que merecen ser destacados en este capítulo. El primero de ellos es la Teoría de la Selectividad Socioemocional (TSS) (Carstensen, 1993; Carstensen, Fung, y Charles, 2003; Carstensen, Isaacowitz, y Charles, 1999; Fredrickson y Carstensen, 1990; Fung, Carstensen, y Lang, 2001; Lang y Carstensen, 1994; Lang y Carstensen, 2002) y el otro, el Modelo Teórico del Convoy de Apoyo Social (Kahn y Antonucci, 1980). A continuación se presentarán los principales aspectos de esas dos teorías.

1. Teoría de la Selectividad Socioemocional (TSS)

Según la TSS, la percepción que uno tiene acerca de su tiempo futuro tiene un papel fundamental en la selección de los miembros que componen su red social y también

influye en su decisión por las metas sociales a perseguir. Existen dos tipos principales de metas sociales: aquellas relacionadas con la adquisición de conocimiento (o metas expansivas) y las relacionadas con la regulación emocional (o metas emocionales). La percepción del tiempo que le queda a uno por vivir influye a la hora de elegir entre un tipo de meta u otro, siendo que las personas mayores suelen centrarse en alcanzar las metas emocionales en detrimento de las metas expansivas.

Las metas relacionadas con la adquisición de conocimiento a través de las interacciones sociales ayudan al individuo a comprender mejor el mundo social y el mundo físico, mientras que las metas emocionales se asocian con el deseo por encontrar significado en las propias vidas, conseguir intimidad emocional y preservar el sentimiento de arraigo social (Carstensen et al., 1999). Este último, el arraigo social o la identidad comunitaria (sentido de pertenencia o sentido de comunidad, citados en Sarason, 1974 y en Bauman, 2003), incluye aspectos de aislamiento, integración social, soledad, satisfacción social y cantidad de cariño intercambiado con los miembros de la red social (Lang y Carstensen, 1994).

A lo largo de la vida esas metas sociales compiten entre ellas, pero cuando la perspectiva del tiempo futuro es amplia, se suelen priorizar las metas de conocimiento. En cambio, cuando se percibe el tiempo como limitado, la prioridad se da sobre las metas emocionales. Al percibir que se acerca el fin, uno se centra más en el momento presente que en su futuro o su pasado, y este cambio de mirada hace que la persona actúe de forma más subjetiva e intuitiva y menos planificada o analítica (Carstensen et al., 1999).

En este sentido, la edad de los individuos marca diferencias importantes. En concreto, la elección por las metas de conocimiento suele ser más alta durante las primeras etapas de la vida y sufre un descenso gradual a lo largo del ciclo vital, y esto es así porque las personas mayores ven menos oportunidades y menos tiempo disponible que los más

jóvenes para poder beneficiarse de nuevos aprendizajes y de las habilidades recién desarrolladas.

En cambio, la trayectoria de la elección por metas emocionales es más elevada durante los años de la infancia, disminuyendo durante la juventud y la adultez y volviendo a crecer durante la vejez. Esto se explicaría porque al percibir que tienen un tiempo limitado, las personas mayores suelen centrarse más en el presente que en el futuro. En este sentido, las metas emocionales son preferibles porque les ofrecen resultados a corto plazo, que pueden ser experimentados al instante (Carstensen et al., 2003; Carstensen et al., 1999). La Figura 3 que se presenta a continuación, basada en Carstensen et al. (1999), ilustra gráficamente lo que se ha explicado sobre las metas perseguidas a lo largo del ciclo vital.

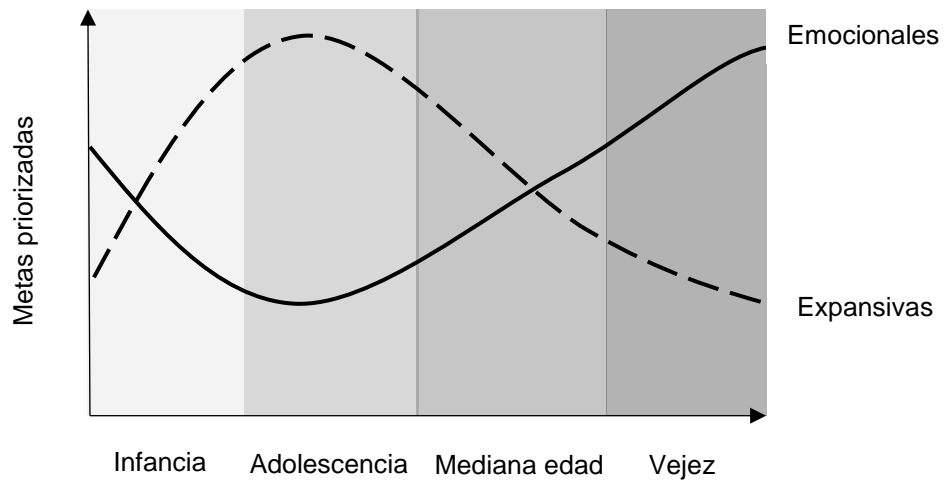


Figura 3. Representación gráfica de las trayectorias de las metas sociales a lo largo del ciclo vital, tomada y adaptada de Carstensen et al. (1999).

La selectividad socioemocional es un proceso adaptativo en el que el sujeto es un agente activo. Cuando la atención está dirigida hacia el presente, es más probable que se prioricen las metas relacionadas con los estados emocionales, que ofrezcan significado y

satisfacción emocionales. Por ello, se suele elegir a los miembros más cercanos para componer la red social, ya que las interacciones son más predecibles y generalmente resultan ser positivas. Así se evitan las respuestas emocionales negativas y se optimizan las positivas, que les ayudan a obtener significado de vida y arraigo social.

Como consecuencia del enfoque dirigido hacia las metas emocionales, las personas mayores son más selectivas en sus relaciones, dando prioridad a los contactos sociales más cercanos y desechando aquellos menos significativos, lo que hace que su red social disminuya con el paso del tiempo. Además, al ser más minuciosos en la elección de sus contactos sociales y de las actividades en las que participan, las personas mayores logran vivir en contextos más positivos y son más capaces de asegurar en cierta medida cuáles van a ser los entornos en los que se sentirán más a gusto (Sims, Hogan, y Carstensen, 2015).

Carstensen et al. (1999) explican, y confirman a través de evidencias empíricas que este cambio de atención hacia las metas emocionales no es exclusivo de las personas mayores, sino que también pasa con individuos más jóvenes cuando se ven en situación de final de la vida. Algunos ejemplos podrían ser los pacientes afectados por enfermedades graves o en estado terminal.

En un experimento clásico, que fue aplicado a una muestra de personas entre 11 y 92 años, Fredrickson y Carstensen (1990) planteaban dos situaciones hipotéticas distintas y pedían a los participantes que eligieran uno de los tres tipos de contactos sociales con el cual les gustaría pasar 30 minutos de su tiempo de ocio. Los contactos a elegir eran: un miembro de su familia directa, una persona a quien hubieran conocido hacía poco y con la cual sentían mucha afinidad, o el autor de una novela que hubieran leído. En primer lugar, se les pedía que eligieran el contacto social en una situación normal, sin restricciones; después se les pedía que hicieran la elección teniendo en cuenta

una limitación del tiempo, por ejemplo, que pronto se mudarían de la ciudad. Sus hipótesis se confirmaron, ya que las personas mayores solían elegir al familiar en ambas situaciones, pero la preferencia de los más jóvenes oscilaba en función de la condición impuesta. Frente a una situación con tiempo ilimitado los jóvenes no solían elegir al familiar, pero cuando se les restringía el tiempo, sus respuestas se acercaban más a las de los mayores.

Evidencias de investigaciones posteriores a ésta fueron capaces de comprobar los postulados de la TSS. Por ejemplo, en la investigación de Lang y Carstensen (2002), que comparaba individuos en tres grupos de edad (jóvenes adultos, de 20 a 40 años; adultos de mediana edad, de 45 a 65 años; y personas mayores, de 70 a 90 años), se detectó una fuerte asociación negativa entre la edad y la percepción del tiempo futuro; es decir, a más edad de los sujetos más limitada era la percepción del tiempo que les quedaba por vivir. Además, se identificaron diferencias en el tipo de metas priorizadas en función de la percepción del tiempo futuro, siendo que los individuos que visualizaban su tiempo como ilimitado -situación que generalmente coincidía con las personas más jóvenes-, tendían a priorizar las metas relacionadas con la aceptación social y la autonomía. En cambio, a aquellos que tenían una visión más restringida de su tiempo futuro –situación que generalmente coincidía con los individuos más mayores-, les importaban más las metas relacionadas con la regulación emocional y la generatividad.

En cuanto a la preferencia por un tipo de contacto social u otro, también se observaron diferencias en función de la percepción del tiempo futuro. Mientras que aquellos que percibían su tiempo como más limitado priorizaban las relaciones con los familiares y con los contactos formales, como médicos o abogados, los que tenían una visión de tiempo más larga preferían los otros tipos de relación (contactos que generaban conocimiento, o contactos con amigos o conocidos).

Otras diferencias que se identificaron en este estudio tenían que ver con las características de la red social de los individuos en función del tipo de metas que priorizaban. Por ejemplo, aquellos que perseguían las metas de aceptación social contaban con redes sociales más grandes, tenían más amigos y más confidentes, pero se sentían más presionados por sus contactos sociales. Los individuos que priorizaban las metas de autonomía también sentían más presión social. En cambio, aquellos que tenían metas relacionadas con la generatividad contaban con más familiares, menos amigos, menos nuevos conocidos y menos confidentes, pero informaban de una mayor satisfacción social. Finalmente, los sujetos que priorizaban las metas de regulación emocional informaron tener redes sociales más pequeñas compuestas por más familiares, menos amigos y conocidos, así como menos confidentes.

Al analizar la interacción entre la percepción del tiempo futuro con el tipo de meta priorizada y las características de la red social, Lang y Carstensen (2002) hallaron que cuando el tiempo futuro era percibido como limitado y el sujeto priorizaba las metas emocionalmente significativas, su red social solía ser más pequeña, pero su satisfacción social era más alta y su sensación de presión social, más baja. Los resultados de dicho estudio refuerzan la teoría de que la percepción del tiempo futuro actúa sobre la formación de la red social del individuo dependiendo del tipo de metas que él prioriza. Las personas que ven su tiempo futuro como algo limitado se benefician más de sus relaciones sociales cuando sus metas están relacionadas con la optimización de experiencias emocionalmente significativas.

Los resultados de otro estudio, llevado a cabo por Fung et al. (2001) y que incluía estadounidenses de 18 a 94 años de dos grupos étnicos distintos confirmaron que el proceso de selección de los miembros de la red social se va intensificando con el avance de la edad y que la reducción del tamaño de la red de las personas mayores se explica

principalmente por la disminución del grupo de miembros más lejanos. Los hallazgos de este estudio sugieren que las personas mayores, independientemente del grupo étnico al que pertenecen, cuentan con una cantidad de contactos sociales muy cercanos semejante a la informada por las personas más jóvenes, pero tienen menos miembros más lejanos en sus redes sociales cuando se comparan con las de los más jóvenes. Además, se ha observado que el menor tamaño de la red social en la vejez no se explica exclusivamente por las pérdidas asociadas a esta etapa de la vida, como un peor estado de salud física, niveles socioeconómicos más bajos o por la muerte de amigos y familiares.

Lang y Carstensen (1994) estudiaron las características de la red social de personas de 70 a 104 años, comparando a los individuos que contaban con miembros de su familia nuclear (cónyuge y/o hijos) con aquellos que no los tenían. A pesar de observar que el tamaño de las redes sociales disminuía con el avance de la edad y que esto se debía a una reducción de los miembros menos cercanos, no había diferencias de edad en relación con la cantidad de miembros en el núcleo de mayor intimidad. Por otra parte, tampoco se identificaron diferencias significativas en la estructura de la red social de los sujetos cuando los resultados se compararon entre los dos grupos de edad (de 70 a 84 años y de 85 a 104 años). Es decir, la distribución de los diferentes tipos de contactos sociales (familia nuclear, otros familiares, amigos, y conocidos o vecinos) entre los tres niveles de cercanía emocional se asemejaba mucho en los dos grupos de edad. Además, las personas sin familia nuclear consideraban como íntimos a un mayor grupo de otros familiares frente a los sujetos que estaban casados o que tenían hijos y/o nietos. Aquellos que tenían una familia nuclear incluyeron a menos miembros de otras categorías (otros familiares, amigos, y conocidos o vecinos) en sus redes sociales frente a los individuos que no contaban con una familia nuclear.

Al analizar el tipo de apoyo social recibido u ofrecido, no se observaron diferencias significativas de edad en la proporción de los miembros que ofrecían apoyo emocional, ni en los que lo recibían, pero sí se vio que las personas más mayores contaban con más contactos sociales que les proporcionaban apoyo instrumental, tanto entre los miembros más íntimos como entre los menos cercanos. Asimismo, los sujetos sin familia nuclear informaron contar con más miembros lejanos como proveedores de apoyo instrumental que los sujetos que tenían una familia nuclear.

Otro hallazgo de Lang y Carstensen (1994) se refiere a la presencia de asociaciones significativas entre lo que llamaron “arraigo social” y la edad, así como entre el arraigo social y la percepción subjetiva del estado de salud. En general, las personas que contaban con una familia nuclear puntuaban más alto en arraigo social, lo que sugiere que las decisiones tomadas en fases más tempranas de la vida, tales como casarse y tener o no hijos pueden influir en los sentimientos de arraigo social en la vejez. También se observó que el apoyo emocional ofrecido y recibido no es capaz de afectar al arraigo social en el caso de sujetos que cuentan con una familia nuclear, independientemente del nivel de cercanía que el sujeto mantenga con estos miembros.

Sin embargo, los autores defienden que también los individuos sin familia nuclear son capaces de ajustar sus redes sociales para que se adapten a las demandas de la vejez, por ejemplo, al incluir a un mayor número de “otros familiares” en el grupo de miembros más cercanos que puedan apoyarles. En concreto, el estudio de Lang y Carstensen (1994) desveló que las personas sin familia nuclear que tienen tres o más contactos sociales muy cercanos se sentían igual de arraigados socialmente que aquellos que contaban con su familia nuclear.

2. Modelo Teórico del Convoy de Apoyo Social (MCAS)

El MCAS fue desarrollado por Kahn y Antonucci (1980) para explicar los intercambios de apoyo social que se dan a lo largo de la vida y se basa en la Teoría del Apego (Bowlby, 1972, 1979, 1983), sobre la que ya se ha hablado en apartados anteriores, y en la perspectiva del ciclo vital. Según los autores del MCAS, cada persona tendría su propio convoy que está compuesto por una serie de personas con las que ella se relaciona y establece intercambios de apoyo social.

La Teoría del Apego juega un papel importante en este modelo, ya que defiende que las relaciones de apego que se dan durante la niñez actúan como un modelo para las relaciones de intercambio de apoyo que ocurrirán en las etapas posteriores de la vida. Por otra parte, la perspectiva del ciclo vital es fundamental para entender el funcionamiento del apoyo social desde el MCAS porque tiene en cuenta los diversos cambios vividos por los individuos a lo largo de su vida. De acuerdo con las nuevas circunstancias que se van presentando (por ejemplo, tener hijos, asumir un nuevo puesto de trabajo o mudarse a otra casa), también cambian los roles asumidos por las personas y el tipo y la cantidad de apoyo social que necesitan en aquel momento determinado. Los roles tienen un aspecto dinámico, así que con el avance de la edad, algunos de ellos tienen que ser abandonados y otros nuevos son adquiridos. Por ejemplo, una mujer que pierde a sus padres, se casa y tiene su primer hijo, pierde el rol de hija pero a la vez asume los papeles de esposa y de madre por primera vez. O un hijo adulto, cuya madre mayor cae enferma y desarrolla cierto grado de dependencia, abandona el rol de quien recibía los cuidados asumiendo el de cuidado a su madre.

Kahn y Antonucci (1980) añaden que cuando las personas experimentan cambios bruscos de rol, especialmente si estos son imprevistos o indeseados, suele haber un aumento de la necesidad de apoyo social. Además, alertan que las experiencias del pasado

pueden afectar la forma como las personas se relacionan e intercambian apoyo en etapas posteriores de sus vidas, lo que es especialmente beneficioso para entender las relaciones de intercambio de apoyo de las personas mayores (Antonucci, 1985). De esta manera, la perspectiva del ciclo vital contribuye a comprender las diferencias individuales en las redes de apoyo social que resultan de las experiencias que el individuo ha tenido a lo largo de su vida.

Visto desde la perspectiva del ciclo vital, el concepto de “convoys”, término que fue prestado de Plath (1975, citado en Antonucci, 1985) complementa al concepto de rol y se define como unas redes sociales dinámicas cuyas propiedades sufren diversos cambios a lo largo de la vida. Según Pinazo (2007), los convoys son “capas de apoyo” o “capas protectoras” formadas por los miembros de la red social de una persona, y se caracterizan por ser dinámicas y cambiantes, pero a la vez, duraderas y estables a lo largo del ciclo vital. En la Figura 4, se observa una representación gráfica del modelo, en la que se ven tres círculos concéntricos que rodean a una persona a lo largo de su vida, siendo que cada uno representa un nivel distinto de cercanía. El círculo central, de color más oscuro, representa la capa de apoyo más estable a lo largo del tiempo y conforme uno se va alejando del centro, observa que los colores se van difuminando, coincidiendo con la característica cada vez más cambiante de las relaciones en los círculos menos cercanos.

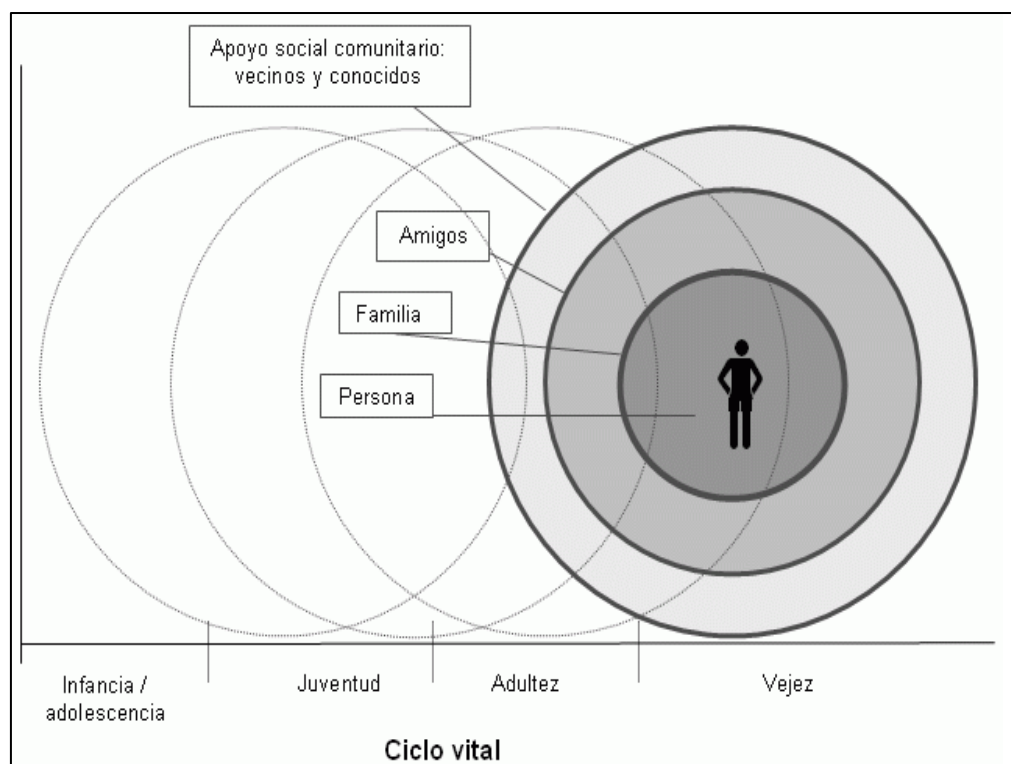


Figura 4. Modelo del Convoy a lo largo del ciclo vital (extraído de Pinazo, 2007).

De acuerdo con el MCAS, la estructura y las funciones del convoy están determinadas por las características de la persona (edad, género, estado civil, personalidad, etc.) y por las características situacionales (expectativas de rol, oportunidades, recursos, eventos vitales, etc.). Por ello, la estructura del convoy va sufriendo cambios a lo largo de la vida, ya sea en su tamaño, estabilidad, simetría, homogeneidad, conexión o complejidad. También cambian las características funcionales del convoy, es decir, la distribución de apoyo dado y recibido por los miembros que componen el convoy. Todos estos factores combinados afectan la percepción de adecuación que la persona tiene sobre su propio convoy y consecuentemente, repercute en diversos ámbitos del individuo: sus conductas, el desempeño de sus roles, su salud y su bienestar (Antonucci, 1985; Kahn y Antonucci, 1980).

Tal y como se ha mencionado, los convoys contienen tres niveles y son representados gráficamente en forma de círculos concéntricos, como se puede apreciar en la Figura 5. En el círculo más pequeño y más central se posiciona la persona focal (P), es decir, el “dueño” del convoy. En el círculo más cercano a la P están las personas que mantienen las relaciones más cercanas con P, considerados como íntimos y fuentes indispensables de apoyo social. El siguiente círculo está formado por las personas de confianza de P, es decir, los miembros que aunque no sean tan cercanos como los íntimos cumplen un importante papel en el intercambio de apoyo social. Finalmente, en el círculo más lejano a P se encuentran las personas que son menos cercanas a P pero que también le ofrecen algún tipo de apoyo social.

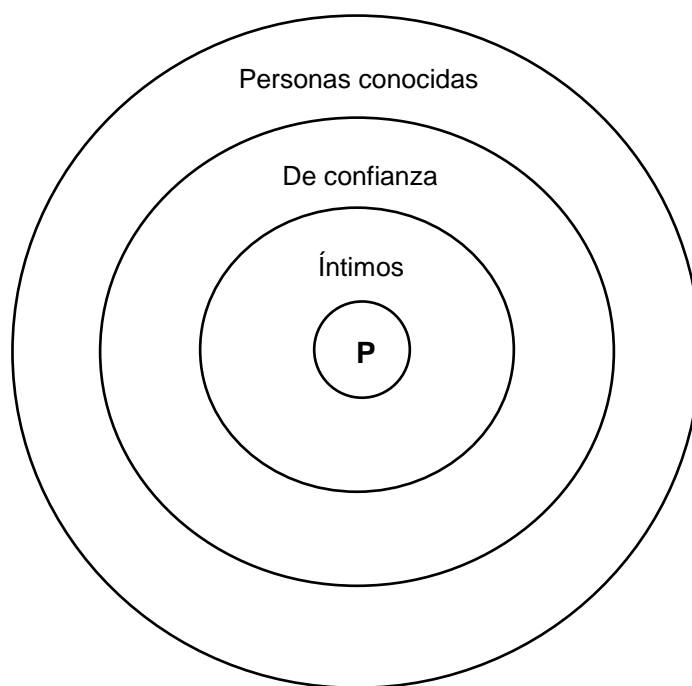


Figura 5. Círculos concéntricos del Modelo del Convoy (Kahn y Antonucci, 1980).

El círculo de los íntimos suele incluir aquellas personas que han alcanzado el papel de confidentes o de mejores amigos. Es común que estén presentes el cónyuge y algunos familiares aunque su inclusión en este círculo depende más de la calidad del apoyo que

simplemente del rol o el tipo de relación establecida con P. La composición de este primer círculo suele ser bastante estable a lo largo de la vida, y no le afectan los cambios de residencia, ciudad o de trabajo, sino que la pérdida de los miembros se asocia más con fallecimientos o separaciones. El segundo círculo, el de las personas de confianza, suele estar compuesto por familiares, amigos y compañeros de trabajo y depende en cierta medida del rol que ejerce la persona en un momento dado. Por ello, su composición es menos estable que la del primer círculo durante la etapa adulta, siendo común que nuevos miembros asuman el puesto de los que allí estaban en etapas anteriores. En el tercer círculo, el de las personas conocidas, suelen estar los compañeros de trabajo y los vecinos, siendo que la inclusión de sus miembros depende más de las relaciones de rol que estos mantienen con P que en los demás círculos. Por ello, la composición del tercer círculo es más vulnerable a sufrir cambios cuando ocurren cambios de rol o situaciones diversas.

Además de las diferencias individuales en la composición y el tamaño de los convoys, también se han observado diferencias en función de la edad de la persona focal. Así, como se ha sugerido en la TSS, también las investigaciones que se basaron en el MCAS comprobaron que la red social de las personas mayores suele ser más pequeña que la de las personas más jóvenes (Antonucci, Akiyama, y Takahashi, 2004). Además, las personas que han basado sus relaciones de apoyo exclusivamente en sus relaciones de rol a lo largo de sus vidas suelen estar en mayor riesgo de perder a los miembros de su convoy cuando sufren cambios de rol, y consecuentemente contar con un convoy reducido (Kahn y Antonucci, 1980).

2.3.2.1 La red social

Según Antonucci (1985) y Kahn y Antonucci (1980), las propiedades de las redes sociales son las siguientes:

1. Tamaño, definido por la cantidad de miembros pertenecientes a la red;
2. Estabilidad, que es la duración media de las relaciones entre los miembros;
3. Homogeneidad, es decir, las semejanzas entre los miembros de la red en función de género, edad, etc.;
4. Simetría, que equivale a la reciprocidad en las relaciones en función de los diferentes tipos de apoyo ofrecido y recibido;
5. Conexión, que es la proporción de miembros de la red que se conocen entre sí;
6. Complejidad, que se refiere a la cantidad de roles y tipos de relaciones establecidas con otros miembros de la red.

Los mismos autores también describen las propiedades de las relaciones entre pares (o de los vínculos diádicos) dentro de la red social:

1. Frecuencia de contacto, medida a través de la cantidad de interacciones realizadas a lo largo de un periodo establecido;
2. Tipo, es decir, si hay un intercambio de afecto, o de afirmación, o de ayuda;
3. Relevancia e iniciativa, o la importancia de las interacciones para la persona que las inició;
4. Rango, que es la cantidad de esferas de la vida incluidas en las interacciones;
5. Duración, es decir, el tiempo transcurrido desde el inicio de la relación;
6. Capacidad, que es el potencial máximo de apoyo posible en circunstancias hipotéticas específicas.

En lo que se refiere al tamaño de la red social, tal y como se ha expuesto anteriormente, la red social de las personas mayores suele ser más reducida que la de los más jóvenes debido tanto a las pérdidas involuntarias de algunos miembros de la red como al proceso adaptativo de selección. A través de éste, se eliminan de la red social los miembros menos cercanos o desagradables y se mantienen solamente aquellos contactos

considerados como emocionalmente significativos (Carstensen et al., 2003). Esto se ha confirmado en una investigación que comparó una muestra de universitarios con otra de personas mayores: mientras la red social de los jóvenes tenía de media 8,32 miembros, la de las personas mayores estaba compuesta por una media de 6,51 miembros. Sin embargo, se constató que la cercanía entre los miembros era más alta en las redes sociales de las personas mayores (Green et al., 2001).

Para Victor et al. (2000), la red social de las personas mayores suele tener un promedio de 5 a 7 personas y suele estar compuesta principalmente por familiares, mientras que la red social de los más jóvenes suele estar compuesta por más de 20 personas y tener más amigos. Otros investigadores han detectado cambios importantes en la estructura de la red social de las personas mayores, siendo que con el avance de la edad se identificó una reducción en el tamaño de la red (Fiori, Smith, y Antonuci, 2007; Huxhold, Fiori, y Windsor, 2013).

Asimismo, en una investigación llevada a cabo en Brasil sobre la red de contactos y de apoyo social de las personas mayores, se halló que casi dos tercios de la muestra tenían redes sociales pequeñas. En concreto, los brasileños entrevistados contaban con una media de 5 personas con quienes tenían contacto esporádico y 7 personas con quienes tenían contacto frecuente. En lo que se refiere a la cantidad de proveedores de apoyo social, contaban con una media de 3 miembros que les ofrecían apoyo de manera esporádica y 4 que lo hacían a menudo (Domingues et al., 2013).

Por un lado, esta reducción de la red social proporciona ganancias emocionales, ya que las personas mayores pueden centrarse en menos interacciones sociales, siendo éstas las emocionalmente significativas (Carstensen et al., 2003). Por otro lado, muchas investigaciones han demostrado la existencia de una asociación significativa entre el tamaño de la red social y los sentimientos de soledad (Hawkley, Browne, y Cacioppo,

2005). De hecho, tener una red social pequeña se ha asociado con un riesgo tres veces más elevado de sentirse solo en una muestra de personas mayores alemanas (Zebhauser, Hofmann-Xu et al., 2014). En cuanto a la composición de la red social, Hughes et al. (2004) detectaron que las personas mayores que se sentían solas tenían menos amigos comunes y amigos cercanos, percibían sus amigos como menos parecidos entre sí y tenían menor probabilidad de tener una pareja frente a los individuos que no se sentían solos.

Otros cambios típicos de la edad avanzada que tienen influencia tanto sobre la red social como sobre los sentimientos de soledad son: la jubilación, la migración y el ingreso en instituciones de larga permanencia (Ferreira-Alves et al., 2014), siendo que este último genera un sentimiento de pérdida funcional y consecuentemente eleva la vulnerabilidad a los sentimientos de soledad (Victor et al., 2000; Savikko et al., 2005). También algunas situaciones específicas vividas con familiares, como el divorcio de un hijo o el diagnóstico de una enfermedad grave de la pareja, pueden elevar el riesgo de soledad (de Jong Gierveld, 1998).

La cantidad y la calidad de las interacciones sociales también pueden aumentar o disminuir el riesgo de sentirse solo. Diversas evidencias señalan que más que el tamaño de la red social, la calidad de las relaciones sociales tiene efectos importantes en los sentimientos de soledad y en el aislamiento social del individuo (Cacioppo, Hughes, Waite, Hawkley, y Thisted, 2006; Hawkley et al., 2008; Hughes et al., 2004; Pinqart y Sörensen 2001b; Victor et al., 2000). En concreto, los resultados de un meta-análisis sugieren que la calidad de las relaciones sociales tiene un poder explicativo de la soledad más de tres veces superior al de la cantidad de contactos sociales (Pinqart y Sörensen, 2001b). Hawkley y Cacioppo (2009) afirman que es mejor tener relaciones que ofrezcan seguridad, confort, confianza y placer, aunque el contacto sea poco frecuente, que tener más amigos poco íntimos con interacciones frecuentes.

También la frecuencia de contacto con los miembros de la red social puede influir en los sentimientos de soledad. Se ha detectado una asociación entre la soledad y la insatisfacción de las personas mayores con la frecuencia de contacto social que mantienen con sus familiares y amigos. Losada et al. (2012) al analizar la relación entre estas dos variables defienden la importancia de valorar la percepción subjetiva (más que los datos objetivos) sobre la frecuencia de contactos sociales para comprender la soledad en las personas mayores. No solamente la frecuencia de contacto físico sino también la frecuencia de contacto telefónico de las personas mayores que viven solas con otras personas y la relación que tiene con el sentimiento de soledad (Hughes et al., 2004).

El contacto social con los miembros de la red tiene efectos distintos en la soledad en función del estado civil y del hecho de tener o no hijos, tal y como ha identificado Pinquart (2003). El contacto con los hijos, hermanos, amigos y vecinos tenía un mayor efecto en la reducción de la soledad de las personas que no estaban casadas frente a los casados. Asimismo, los que no estaban casados ni tenían hijos se beneficiaban más del contacto con los hermanos y los amigos que aquellos que aunque no estuvieran casados tenían hijos. En la misma dirección, en un meta-análisis anterior se había detectado que las relaciones de amistad cumplían una función más importante en la reducción de la soledad de las personas mayores que no estaban casadas frente a los que tenían pareja (Pinquart y Sörensen, 2001b).

Con respecto a la estabilidad de la red social, Zebhauser, Baumert, et al. (2014) defienden que es crucial ayudar a que las personas mayores que viven solas mantengan una red social estable para evitar que se sientan solas, siendo éste un factor protector más importante incluso que tener buena salud y suficientes medios económicos.

La participación en actividades sociales, tales como frecuentar la iglesia o hacer un trabajo voluntario, actúa como un factor protector contra la soledad (de Jong Gierveld,

1998). Por otro lado, la disminución del nivel de actividad social de las personas mayores coincide con un aumento de la probabilidad de que se sientan solas (Aartsen y Jylhä, 2011). Esto puede ser un factor de riesgo importante de soledad, ya que diversas investigaciones han detectado que el avance de la edad coincide con un descenso en el nivel de participación social (Huxhold et al., 2013; Neri y Vieira, 2013).

Entre los diversos motivos que contribuyen a este descenso de la participación social y el consecuente aumento del riesgo de soledad, algunos autores destacan obstáculos como la falta de transporte público, lo que limita la participación de las personas mayores en actividades fuera de su hogar (Ferreira-Alves et al., 2014). Otras barreras que dificultan una mayor participación social de las personas mayores, según Neri y Vieira (2013) son la ausencia o la oferta limitada de actividades culturales o de ocio, las limitaciones físicas y los problemas de salud de las personas mayores. En cambio, las mismas autoras sugieren que cuanto más alto es el apoyo social percibido, mayor será la participación de las personas mayores en actividades sociales.

2.3.2.2 El apoyo social informal

El concepto de apoyo social abarca por una parte las características estructurales de la red social, es decir el contexto social en el que se dan las interacciones sociales, y por otra parte, los aspectos funcionales de las relaciones entre los miembros de la red, como el intercambio de recursos, información, bienes y servicios o el intercambio de afecto (Fernández-Ballesteros, 2002).

Kahn y Antonucci (1980, pp. 267) definieron el apoyo social como: “las interacciones interpersonales que incluyen uno o más de los siguientes elementos-clave: afecto, afirmación y ayuda”. De esta manera, el apoyo social puede manifestarse cuando una persona expresa admiración, respeto o amor hacia la otra (afecto), cuando demuestra

que está de acuerdo con ella, que sus actos u opiniones son correctas (afirmación), o también cuando se le ofrece algún tipo de ayuda, sea material, económica o información sobre algo (ayuda).

En este sentido, los intercambios de apoyo intergeneracional durante el proceso de envejecimiento tienen un papel de especial relevancia. El apoyo social que se ofrece de una generación a otra puede ser tangible, tal y como es el apoyo instrumental y el apoyo económico, o intangible, como es el apoyo emocional. El cuidado es un ejemplo de apoyo social que mezcla características de apoyo instrumental y emocional (Antonucci, Birditt, Sherman y Trinh, 2011) y es fundamental en la vejez. Cada generación recibe cuidados al menos dos veces a lo largo del ciclo vital: en un primer momento son los padres los que cuidan a sus hijos pequeños; luego, serán estos hijos quienes de mayores ofrecerán el cuidado necesario a sus padres ancianos. Lo mismo pasa con la oferta de cuidado, ya que éste suele ser ofrecido primero de los padres a los hijos y luego de los hijos a sus padres mayores (Tobío, 2010).

No solamente el hecho de recibir apoyo social y cuidados de otras generaciones sino también el hecho de proveer cuidados es beneficioso para las personas mayores. Hay evidencias, por ejemplo, de que las mujeres mayores que cuidan a sus nietos perciben un mayor apoyo social recibido frente a las abuelas que no desempeñan el papel de cuidadoras de sus nietos (Muñoz-Pérez y Zapater-Torras, 2006). Las personas mayores que ofrecen apoyo intergeneracional en mayor proporción que el apoyo que reciben informan de menor soledad que aquellas que tienen poco intercambio de apoyo y se encuentran pocas veces con sus hijos. Las personas mayores que se sienten más solas son aquellas que reciben más apoyo del que ofrecen (de Jong Gierveld, Dykstra, y Schenk, 2012).

En España, la mayor parte del apoyo social que reciben las personas mayores proviene del apoyo informal, es decir, de la ayuda ofrecida por sus familiares, amigos o vecinos (Fernández-Ballesteros, 2002; Rogero-García, 2009; Rogero-García, Prieto-Flores, y Rosenberg, 2008), siendo los miembros más cercanos de la familia nuclear de origen los principales proveedores de cuidados (Solé-Auró y Crimmins, 2014). A partir de una submuestra extraída de la Encuesta Nacional de Salud 2003, Rogero-García (2009) halló que el 89,4% de los españoles que tenían 65 o más años y que recibían algún tipo de ayuda para realizar las actividades de la vida diaria contaban con apoyo de tipo informal, siendo que para el 77,5% de ellos ésta era su única fuente de apoyo. También es cierto que con el avance de la edad, el porcentaje de personas mayores que cuentan solamente con apoyo informal va disminuyendo, ya que éste es sustituido o complementado por el apoyo formal (Rogero-García et al., 2008).

En parte, esto ocurre debido a la cultura familista dominante en España (Montorio-Cerrato, Márquez-González, Losada-Baltar, y Fernández de Trocóniz, 2003; Rodríguez-Rodríguez, 2005), lo que se confirma por el hecho de haber más personas mayores casadas que separadas, menos personas mayores viviendo solas y más hijos adultos compartiendo la vivienda con sus padres mayores frente a lo que sucede en países como Estados Unidos e Inglaterra (Solé-Auró y Crimmins, 2014). Según Rodríguez-Rodríguez (2005), existe una convicción muy fuerte en España tanto entre las personas que reciben apoyo como entre las que lo ofrecen, de que el cuidado a las personas mayores es una obligación moral. Los españoles mayores esperan poder contar con los cuidados de sus familiares siempre que necesiten ayuda en las actividades diarias (Fernández-Ballesteros, 2002).

En este sentido, se ha detectado que la principal fuente de apoyo informal a las personas mayores españolas son sus hijos, seguidos del cónyuge (Meléndez, Tomás, y

Navarro, 2009; Miguel, Sancho, Abellán, y Rodríguez, 1998; Rodríguez-Rodríguez, 2005; Solé-Auró y Crimmins, 2014). Es especialmente importante el papel de cuidadoras que asumen las mujeres de la familia y, en concreto, las hijas (López-Doblas, 2005; Rodríguez-Rodríguez, 2005). Según datos del IMSERSO (2005), las hijas representaban el 50% de los cuidadores informales de los españoles mayores (frente al 7,2% de hijos varones). Asimismo, el 12% eran las esposas (frente al 4,8% de maridos) de las personas mayores.

En este contexto, como se podría esperar, algunos estudios sugieren que las personas mayores sin hijos o con pocos hijos están en mayor riesgo de soledad que aquellas personas con más hijos (de Jong Gierveld y van Tilburg, 2010; Koc, 2012). Una investigación llevada a cabo en Reino Unido por la institución *Ageing without children* (AWOC, 2015) sobre la forma cómo se percibe el envejecer de las personas que no tienen hijos, ha desvelado que el mayor miedo que hay es que esas personas no tengan a nadie que les defiendan o luche por sus intereses cuando se hagan mayores y ya no puedan valerse por ellas mismas. Otras preocupaciones importantes son el no tener a quien llamar en caso de urgencia (el 16,3%), estar solo y perder a su grupo de pares (el 19,5%) y no contar con ayuda en tareas prácticas (el 9%). Sin embargo, en algunas investigaciones llevadas a cabo en muestras de personas mayores españolas no se hallaron diferencias en el nivel de soledad entre los grupos de personas que tenían hijos y aquellos que no los tenían (Castro, 2015; Sánchez-Rodríguez, 2009). Puede que los motivos de no haber tenido hijos contribuyan a la satisfacción con la vida. De hecho, AWOC (2015) defiende que es más probable que las personas que no han tenido hijos por su propia voluntad (los “*childfree*”) estén más contentas con su vida y su envejecer que aquellos que no han podido tener hijos aunque les hubiera gustado tenerlos (los “*childless*”).

Aunque el apoyo social y la soledad son constructos diferentes, se ha observado que ambos fenómenos se relacionan entre sí (Expósito y Moya, 1999). Diversos estudios han detectado una importante asociación negativa de los sentimientos de soledad con la percepción de apoyo social recibido por las personas mayores (Cohen-Mansfield et al., 2009; Hombrados-Mendieta, García-Martín, y Gómez-Jacinto, 2013). En concreto, una investigación con muestra de españoles de 18 a 95 años ha detectado la existencia de asociaciones significativas entre el apoyo social ofrecido por distintas fuentes y las diferentes dimensiones de soledad. La frecuencia y la satisfacción con el apoyo de la pareja se relacionaban negativamente con la soledad romántica; la frecuencia y la satisfacción con el apoyo de la familia se relacionaban negativamente con la soledad familiar. Asimismo, la frecuencia y la satisfacción con el apoyo de los amigos y la satisfacción con el apoyo de la comunidad se relacionaban negativamente con la soledad social (Hombrados-Mendieta et al., 2013). Otro hallazgo interesante del mismo estudio es que el apoyo emocional ha demostrado ser el tipo de apoyo con mayor influencia en la reducción de la soledad frente al apoyo instrumental y al informacional.

Además de su impacto en los sentimientos de soledad de las personas mayores, el apoyo social percibido ha sido relacionado con otros factores importantes para la calidad de vida de las personas mayores. Por ejemplo, se halló que tanto la frecuencia como la satisfacción con el apoyo emocional recibido se asociaban positivamente con un mayor bienestar subjetivo (Hombrados-Mendieta et al., 2013). En cambio, Russell y Cutrona (1991) hallaron una relación inversa entre el apoyo social percibido y la presencia de sintomatología depresiva después de un año de la primera medición. Más específicamente, los individuos que en la primera entrevista contaban con menos apoyo en casos de emergencia y aquellos que no recibían suficiente apoyo para reforzar su

autoestima presentaban mayores puntuaciones en la escala de depresión en la segunda entrevista.

También hay evidencias de que el apoyo social percibido se relaciona con el estado de salud física. Los resultados de una investigación longitudinal con muestra de personas mayores sugieren que los individuos que informan tener más apoyo social en un primer momento de medición presentan mejor estado de salud física en un segundo momento de medición. Esta asociación fue especialmente evidente en aquellos que cuentan con más apoyo para reforzar su autoestima y los que tienen más oportunidad de recibir amor y cariño. Una posible explicación para esa asociación es que los individuos que reciben refuerzo de los demás sobre su autoestima podrían cuidarse más y consecuentemente evitar algunas enfermedades. Otra explicación es que la autoestima elevada podría tener efectos positivos en el sistema inmune de los individuos (Cutrona, Russell, y Rose, 1986). En la misma investigación, se identificó que las personas mayores que recibían más apoyo social, en especial aquellos que contaban con alianzas fiables y orientación ofrecida por su red social, eran capaces de utilizar mejor estos recursos cuando tenían que afrontar eventos estresantes.

Otros estudios demuestran el papel del apoyo social en el mantenimiento de una buena satisfacción con la vida. Por ejemplo, el hecho de tener un buen amigo con quien poder hablar favorece una mayor satisfacción con la vida de las personas mayores (Gow, Pattie, Whiteman, Whalley, y Deary, 2007). Sin embargo, se ha visto que la disponibilidad de este tipo de amistad tiende a disminuir con el paso del tiempo (Holmén y Furukawa, 2002), seguramente por las circunstancias vitales que acompañan esta etapa de la vida y que ya han sido mencionadas con anterioridad (enfermedades, discapacidad, muerte de las personas de su generación, etc.).

2.3.2.3 El apoyo social formal

En las últimas tres décadas se ha visto un aumento relevante de las ofertas de programas y servicios sociales dirigidos a atender el público mayor en España, desde los programas comunitarios como la atención a domicilio y los centros de día, hasta los servicios de institucionalización como las residencias para personas mayores (Fernández-Ballesteros, 2002). En concreto, la red de servicios sociales disponibles para los mayores españoles incluye: 1. Ayuda a domicilio y teleasistencia; 2. Hogares y clubes de jubilados, y centros de día para las personas mayores dependientes; y 3. Centros residenciales y viviendas tuteladas (IMSERSO, 2015).

Sin embargo, como ya se ha mencionado, la mayoría del apoyo social del que se benefician las personas mayores españolas proviene de sus familiares, actuando el cuidado formal como un complemento al apoyo informal (Roger-García, 2009) y siendo más utilizado por las personas más mayores (Solé-Auró y Crimmins, 2014). En este contexto, las empleadas del hogar asumen un papel importante como alternativa en los casos en que la familia tenga condiciones económicas para delegar parte del cuidado que ella misma no puede asumir (Rodríguez-Rodríguez, 2005). El 14,5% de los mayores españoles que reciben apoyo en sus actividades diarias cuentan con esta forma de cuidado privado, ya sea como fuente exclusiva o como complemento al apoyo informal (Roger-García, 2009).

Según los datos analizados por Roger-García (2009), las personas mayores que vivían solas tenían mayor probabilidad de recibir apoyo de servicios sociales en lugar de cuidado informal. La edad y el nivel de ingresos de la persona mayor también se asociaban al hecho de beneficiarse de los servicios sociales, siendo que a más edad, mayor era la probabilidad de utilizar los servicios sociales. En cambio, las personas que contaban con ingresos familiares mensuales inferiores a 600 euros tenían mayores probabilidades

de recibir apoyo de los servicios sociales públicos. Además, tener más edad y vivir solo se asociaban de forma positiva al hecho de contar con un apoyo informal combinado con el apoyo desde los servicios sociales.

También se han encontrado diferencias en el tipo de apoyo recibido en función del género del receptor de cuidados en una muestra de españoles de 65 años o más que informaron necesitar ayuda en sus actividades de la vida diaria (Roger-García et al., 2008). En concreto, un porcentaje mayor de mujeres (el 14%) que de varones (el 9%) se beneficiaban de cuidados formales, así como más mujeres que hombres recibían una combinación de apoyo formal e informal (el 14% y el 8%, respectivamente). Según estos autores, algunas explicaciones posibles para esas diferencias serían el hecho de que los hombres mayores suelen contar con más apoyo informal que las mujeres de la misma edad y además, éstas son más longevas pero tienen niveles más altos de discapacidad.

En una revisión de la literatura sobre el acceso de las personas mayores a los servicios psicosociales, se presentaron distintas barreras que podrían dificultar dicho acceso (Montorio-Cerrato et al., 2003). En primer lugar, están las barreras relativas a la propia persona mayor, que pueden abarcar desde sus dificultades económicas, limitaciones funcionales, de movilidad y déficits sensoriales hasta la percepción personal sobre la necesidad o no de usar estos servicios, el conocimiento y la percepción de calidad sobre ellos. También interfieren en la decisión de uso de los servicios algunos factores psicológicos, como sentimientos de vergüenza, frustración o miedo a perder la autonomía, falsas creencias, rasgos de personalidad y normas culturales sobre la función de la familia. En este sentido, la expectativa del apoyo filial refuerza la preferencia por el apoyo informal en detrimento del formal.

El segundo grupo de barreras establecido por Montorio-Cerrato et al. (2003) son las barreras relativas al entorno familiar y se refiere a la influencia que tienen los

cuidadores familiares sobre la decisión de uso de los servicios psicosociales, lo que tiene especial relevancia en el caso de las personas mayores dependientes. En este sentido, los familiares comparten algunas de las mismas barreras de las personas mayores, es decir, el acceso a los servicios también depende del conocimiento y de la percepción que los familiares tienen sobre la necesidad y la calidad de los servicios. Asimismo, la norma de apoyo filial puede actuar como barrera una vez esté también arraigada en los cuidadores de la persona mayor. Las falsas creencias de que el cuidador es autosuficiente o de que las personas cuidan mejor a los mayores que las instituciones y la preocupación de los cuidadores sobre la opinión de los demás o el miedo a tener a personas desconocidas en casa son otros ejemplos de barreras provenientes de los familiares.

En tercer lugar, se encuentran las barreras relativas al entorno sociocultural, que incluyen además de las normas culturales previamente citadas, los estereotipos y las creencias negativas hacia las personas mayores. Finalmente, las barreras relativas al entorno formal e institucional incluyen desde los estereotipos hacia la vejez también presentes entre los profesionales que trabajan en los servicios de atención psicosocial hasta la formación deficiente de los mismos. Además, algunas características personales de los profesionales, tales como el género, el estatus social o el estilo de práctica profesional adoptado por ellos, pueden actuar como barreras a la atención psicosocial a las personas mayores.

2.3.3 La satisfacción con la vida

Hay muchas evidencias que sugieren que la satisfacción con la vida va disminuyendo con el avance de la edad. Se detectaron asociaciones negativas entre la edad y la satisfacción que las personas tenían con sus vidas en culturas tan diversas como Angola (Tomás, Sancho, Gutiérrez, y Galiana, 2014) y España (Fernández-Ballesteros,

Zamarrón, y Ruíz, 2001). En este último estudio, se identificaron diferencias estadísticamente significativas en la satisfacción con la vida del grupo de personas mayores más jóvenes (65 a 69 años) comparado con los grupos de más edad (70 a 74, 75 a 79, y 80 años o más). En otras palabras, las personas de 65 a 69 años informaron de niveles más elevados de satisfacción con la vida, pero ésta se mantuvo relativamente estable en las personas más mayores.

Otros estudios sugieren que hay diferencias en el nivel de satisfacción con la vida en función de la cultura. Un informe elaborado por Dehley (2004, citado en Dykstra, 2009) desveló que de los 15 países miembros de la Unión Europea en aquel entonces, Dinamarca, Holanda, Luxemburgo y Suecia presentaban los niveles más elevados de satisfacción con la vida. En el otro extremo, los portugueses y los griegos eran los que informaban de una menor satisfacción con la vida.

Así como ocurre con la prevalencia de soledad, también se han detectado diferencias de satisfacción con la vida en función de las variables sociodemográficas. Por ejemplo, en un estudio con muestra de personas mayores españolas (Fernández-Ballesteros et al., 2001), los grupos que informaron estar menos satisfechos con sus vidas eran las mujeres, las personas mayores de 69 años, aquellos que estaban viudos o separados, y los que tenían niveles más bajos de estudios y de ingresos. En esta investigación, los niveles de estudio y los ingresos tenían un impacto más fuerte sobre la satisfacción con la vida que la edad y el género en esa muestra.

Sin embargo, otras investigaciones no encontraron diferencias significativas en el nivel de satisfacción en función de la edad (Pinto y Neri, 2013). Esta ausencia de asociación entre edad y satisfacción con la vida podría ser explicada por un aumento en la capacidad de regulación emocional que se da en muchos casos con el avance de la edad

y que contribuye a un mejor ajuste de las metas y expectativas sobre los recursos disponibles durante la vejez (Scheibe y Carstensen, 2010). Por ello, algunas personas mayores son más resilientes para afrontar las frustraciones y consecuentemente se muestran más satisfechas con sus vidas.

Asimismo, en el estudio de Pinto y Neri (2013) no se hallaron diferencias significativas de satisfacción con la vida en función del género de las personas mayores entrevistadas. Sin embargo, hay evidencias de que la satisfacción con la vida de los varones está mediada por el estado civil, ya que los viudos suelen puntuar más bajo en satisfacción con la vida que las viudas. En cambio, la satisfacción con la vida de las mujeres se asocia con tener un buen estado de salud y contar con apoyo efectivo de su red social (Pinquart y Sörensen, 2001a). Las variables que sí se asociaban con bajos niveles de satisfacción con la vida en el estudio de Pinto y Neri (2013) eran: tener tres o más enfermedades crónicas, tener problemas de memoria, incontinencia urinaria y deterioro funcional. Además, el hecho de tener una escasa participación en actividades sociales, tales como hacer o recibir visitas, ir a la iglesia y participar en grupos sociales de la comunidad también se asociaba significativamente con niveles más bajos de satisfacción con la vida.

Algunas investigaciones han identificado que los niveles de soledad se asociaban negativamente con la satisfacción vital de las personas mayores (Gow et al., 2007), siendo que esta asociación era más fuerte en los varones que en las mujeres (Zebhauser, Hofmann-Xu et al., 2014). En definitiva, los factores sociales parecen jugar un importante papel en la satisfacción con la vida de las personas mayores. Los análisis de regresión llevados a cabo en un estudio con muestra de octogenarios sugieren que los factores relacionados con la red y el apoyo social explicaban el 23% de la varianza en la satisfacción con la vida, siendo que el hecho de tener un amigo con quien hablar

contribuía en el 6% y no sentirse solo, el 12% (Gow et al., 2007). Además, la misma investigación halló que las personas que tenían pareja o un hijo cercano puntuaban significativamente más alto en satisfacción con la vida, mientras que vivir solo se asociaba con menos satisfacción con la vida.

2.3.4 La salud física, psicológica y mental

Existe un gran volumen de evidencias que indican una asociación entre soledad, aislamiento social y mala salud, tanto la salud física (Ferreira-Alves et al., 2014; Koc, 2012) como la salud mental (Barg et al., 2006; Long y Martin, 2000). Algunos autores llegaron a clasificar la soledad como un importante y serio problema de salud pública (Gerst-Emerson y Jayawardhana, 2015; Hawkley y Cacioppo, 2010), pues diferentes investigaciones han mostrado que los sentimientos de soledad se asocian con diversos aspectos de la salud física y mental, como síntomas depresivos (Cacioppo, Hawkley, y Thisted, 2010; Gerst-Emerson y Jayawardhana, 2015; Steptoe, et al., 2013), problemas de sueño y disfunciones diurnas (de Jong Gierveld, 1998; Hawkley y Cacioppo, 2007; Hawkley, Preacher, y Cacioppo, 2010; Luanaigh y Lawlor, 2008; Pressman et al., 2005), reducción de actividad física (Hawkley, Thisted, y Cacioppo, 2009), deterioro cognitivo (Paúl y Ribeiro, 2009) y mayor riesgo de desarrollar demencias, como la Enfermedad de Alzheimer (Cacioppo y Hawkley, 2009; Gow et al., 2007; Hawkley y Cacioppo, 2010; Luanaigh y Lawlor, 2008; Shankar, Hamer, McMunn, y Steptoe, 2013; Tilvis et al., 2004; Wilson et al., 2007).

Se ha comprobado que la soledad y el aislamiento social tienen efectos sobre el funcionamiento cardiovascular, aumentando la probabilidad de tener enfermedades coronarias y derrames cerebrales (Luanaigh y Lawlor, 2008; Steptoe, et al., 2013; Valtorta, Kanaan, Gilbody, Ronzi, y Hanratty, 2016). En concreto, el meta-análisis

llevado a cabo por Valtorta et al. (2016) sugiere que el aislamiento social y la soledad se asocian con un 29% de aumento del riesgo de sufrir enfermedades coronarias y un 32% de aumento en el riesgo de tener un derrame cerebral.

En términos fisiológicos, la soledad se asocia con un aumento en la resistencia vascular (Cacioppo et al., 2002), un aumento en la tensión arterial sistólica (Hawkley, Thisted, Masi, y Cacioppo, 2010), cambios en la actividad del eje hipotalámico-pituitario-adrenocortical (Adam, Hawkley, Kudielka, y Cacioppo, 2006; Hawkley y Cacioppo, 2007; Steptoe, Owen, Kunz-Ebrecht, y Brydon, 2004), niveles significativamente más elevados de excreción de la epinefrina urinaria (Hawkley y Cacioppo, 2007), altas concentraciones de cortisol eliminadas en la orina y altos niveles de cortisol de la saliva y del plasma (Adam et al., 2006; Hawkley y Cacioppo, 2010; Steptoe et al., 2004), alteración del funcionamiento del sistema inmunitario (Kiecolt-Glaser et al., 1984; Pressman et al., 2005) y cambios en la expresión genética antiinflamatoria (Cole et al., 2007; Cole, Hawkley, Arevalo, y Cacioppo, 2011; Creswell et al., 2012).

Las consecuencias negativas para la salud suelen surgir especialmente en los casos de soledad de larga duración (Castro, 2010). Se ha encontrado que personas que informan de más sentimientos de soledad tienden a tener más enfermedades crónicas (Ferreira-Alves et al., 2014; Koc, 2012) y consecuentemente tomar medicación de uso prolongado (Koc, 2012). Un mayor número de enfermedades instaladas (comorbilidad) también ha sido asociado con el aumento de la soledad en un estudio longitudinal con muestra de personas mayores en Israel (Cohen-Mansfield et al., 2009).

Según de Jong Gierveld (1998), la soledad está entre las principales causas de ingresos hospitalarios y en residencias geriátricas, y puede generar problemas de adaptación o de personalidad, como el abuso del alcohol, la pérdida de la autoestima, formas extremas de ansiedad, sentimientos de impotencia y estrés. Otros autores también

identificaron una asociación entre la soledad y un aumento en la probabilidad de ingreso en residencias para las personas mayores (Russell, Cutrona, De La Mora, y Wallace, 1997). En una investigación más reciente no se ha confirmado la asociación entre soledad y un mayor número de ingresos hospitalarios, pero sí resultó significativa la relación entre soledad crónica y un mayor número de visitas al médico (Gerst-Emerson y Jayawardhana, 2015). Según estos mismos autores, más allá del efecto de la relación soledad-morbididad, lo que explicaría estos resultados sería el hecho de que las personas mayores que se sienten solas buscan en sus médicos de atención primaria una fuente de apoyo social, dado que suponen que les resulta más fácil establecer una relación satisfactoria con ellos que con los profesionales del hospital en el caso de que fueran ingresados.

Además, un gran volumen de investigaciones defiende que el aislamiento social y los sentimientos de soledad predicen un aumento de la morbi-mortalidad (Hawkley y Cacioppo, 2009 y 2010; Holt-Lunstad, Smith, Baker, Harris, y Stephenson, 2015; Holwerda et al., 2012; Holt-Lunstad, Smith, y Layton, 2010; Luo et al., 2012; Newall, Chipperfield, Bailis, y Stewart, 2013; Shiovitz-Ezra y Ayalon, 2010; Steptoe, et al., 2013; Tilvis, Laitala, Routasalo, y Pitkälä, 2011; Zunzunegui, Alvarado, Del Ser, y Otero, 2003). Según Holt-Lunstad et al. (2015), los efectos del aislamiento social y de la soledad en la mortalidad se comparan con los de otros factores de riesgo, como la obesidad, el consumo abusivo de drogas, las conductas sexuales de riesgo, la violencia y la falta de acceso a los servicios de salud. En concreto, estos mismos autores hallaron que el sentimiento de soledad aumentaba el riesgo de mortalidad en un 26%, el aislamiento social en un 29% y el hecho de vivir solo, en un 32%. En cambio, la investigación de Holwerda et al. (2012) halló que los sentimientos de soledad, pero no los factores de aislamiento social (vivir solo, no estar casado y falta de apoyo social) predecían un aumento de mortalidad solamente en los varones; esa asociación no resultó significativa

para las mujeres.

Sin embargo los efectos de la soledad sobre la mortalidad estarían mediados por otros factores, como la salud (Stephoe, et al., 2013) y las características sociodemográficas (Holt-Lunstad et al., 2015; Steptoe, et al., 2013). Por ejemplo, según los resultados de un meta-análisis, en los estudios cuya muestra tenía una media de edad inferior a 65 años vivir solo o sentirse solo tenía un efecto predictivo más potente en la mortalidad que en muestras de personas más mayores (Holt-Lunstad et al., 2015). Según Hawkley y Cacioppo (2009 y 2010), la relación soledad-mortalidad podría ser explicada porque los efectos de la soledad se van acumulando a lo largo del tiempo, lo que conlleva una aceleración del envejecimiento fisiológico.

En los adultos jóvenes, la soledad ha sido asociada con marcadores tempranos de procesos de enfermedad, como alteraciones repentinas en los mecanismos de control de la tensión sanguínea. Y en las personas mayores, la soledad ha sido asociada a enfermedades instaladas (tensión sanguínea elevada) y a desregulación de diversos sistemas fisiológicos, como el deterioro en el funcionamiento inmune y niveles elevados de hormonas de estrés (Hawkley y Cacioppo, 2009). En una investigación longitudinal, Hawkley, Thisted, et al. (2010) hallaron que el aumento de la tensión sanguínea sistólica es acumulativo, ya que altos niveles iniciales de soledad se relacionaban con un mayor incremento de la tensión sanguínea a lo largo de los años de acompañamiento. El efecto de la soledad en este incremento de tensión es independiente de las características sociodemográficas (edad, género, grupo étnico), de los factores de riesgo cardiovasculares, de la toma de medicación, las condiciones de salud, los efectos de síntomas depresivos, el apoyo social, el estrés percibido y la hostilidad de la persona.

En cuanto a los desórdenes del sueño, se ha detectado que el tiempo total en la cama no es diferente en función de la presencia o ausencia de soledad, pero las personas

solitarias pasan menos tiempo total dormidas y les lleva más tiempo dormirse que las que no se sienten solas (Cacioppo et al., 2002). Además, las personas que se sienten solas se despiertan más veces durante la noche (sueño interrumpido), lo que afecta a la calidad de su sueño (sueño no reparador) y consecuentemente a su vida diaria, por la fatiga y la falta de energía (Hawkey y Cacioppo, 2010).

Sin embargo, la relación de causa-efecto entre soledad y salud no está clara; no se sabe si la soledad es una causa o una consecuencia de la mala salud, ya que al tener más problemas de salud es posible que la persona restrinja sus contactos sociales (Savikko et al., 2005; Victor et al., 2000). Evidencias sugieren que la mala salud se correlaciona con la soledad social en la medida en que la falta de recursos de salud limita la oferta de apoyo y de cuidado, intensificando los sentimientos de estrés y de privación (de Jong Gierveld y van Tilburg, 2010). Castro (2010) advierte que los problemas de salud contribuyen a aumentar los sentimientos de soledad en la medida en que pueden dificultar que la persona salga a la calle o participe en actividades fuera de su hogar. Además del deterioro funcional que limita la capacidad de desplazarse, la autora también cita los casos de depresión y los déficits auditivos como causas de mayor aislamiento y dificultad de interacciones sociales.

En lo que se refiere a la salud mental, muchas evidencias señalan la existencia de una asociación positiva entre los sentimientos de soledad y la presencia de sintomatología depresiva (Alpass y Neville, 2003; Barg et al., 2006; Cacioppo et al., 2010; Gerst-Emerson y Jayawardhana, 2015; Hughes et al., 2004; Luanaigh y Lawlor, 2008; Luo et al., 2012; Rook y Peplau, 1982; Tiikkainen y Heikkinen, 2005; Young 1982), en especial cuando se trata de la dimensión emocional de la soledad (Peerenboom, Collard, Naarding, y Comijs, 2015).

Sin embargo, no está claro si la depresión es causa o consecuencia de la soledad (Cohen-Mansfield y Papura-Gill, 2007; Peerenboom et al., 2015; Tiikkainen y Heikkinen, 2005). Algunos estudios longitudinales sugieren que la influencia entre ambas es recíproca, siendo la soledad un factor de riesgo importante y también un pronóstico de los síntomas de depresión a largo plazo (Cacioppo et al., 2006; Luo et al., 2012). Esta reciprocidad también parece ser percibida por las propias personas mayores, que atribuyen a la soledad tanto un papel de causa como de efecto de la depresión, como pudieron comprobar Barg et al. (2006) en su investigación. En ella, de un listado de 60 palabras que podrían explicar la depresión, el término “solo” fue el más utilizado; fue elegido por el 37% de la muestra al describir a una persona deprimida y por el 30% al describirse a sí mismos cuando estaban deprimidos.

Por contra, basándose en la teoría cognitiva, Young (1982) defiende que ninguno de los dos fenómenos es causa el uno del otro sino que más bien comparten algunos orígenes causales: los individuos que atribuyen las deficiencias de sus relaciones sociales a alguna causa interna (atribución causal interna) están más predispuestos a sentirse solos y deprimidos. Para Rook y Peplau (1982), la depresión es una experiencia más general que puede resultar por una parte de cambios en las relaciones sociales -como el divorcio o la viudedad, que generan sentimientos de soledad-; y por otra, de eventos no sociales sin relación con la soledad –como haber perdido el trabajo.

Un peor estado de ánimo afecta a las expectativas sobre la interacción social, siendo que aquellas personas mayores que perciben cercanía y confianza mutua en sus relaciones sociales y que creen poder conseguir ayuda cuando la necesiten sufren menos de soledad y de síntomas depresivos comparado con los que no cuentan con este tipo de relación (Tiikkainen y Heikkinen, 2005). Asimismo Cohen-Mansfield y Papura-Gill (2007) sugieren que la relación entre soledad y depresión es como un círculo vicioso, en

el que la depresión se asocia con niveles bajos de energía e inactividad, dando como resultado poca actividad social y de manera consecuente, un aumento de la soledad. La soledad y la depresión combinadas elevan las tasas de mortalidad en las personas mayores (Luanaigh y Lawlor, 2008).

Algunas evidencias sugieren que la relación entre soledad y los síntomas depresivos podrían ser mediadas por el género, siendo estos factores predictores de soledad en las mujeres pero no en los varones (Tiikkainen y Heikkinen, 2005). Sin embargo, otro estudio más reciente halló lo contrario, viendo que la asociación de la soledad con la depresión era más fuerte en los varones que en las mujeres (Zebhauser, Hofmann-Xu et al., 2014).

Aunque la asociación entre soledad y depresión haya sido probablemente la más documentada, Losada et al. (2012) advierten que la soledad contribuye significativamente a explicar la salud mental de las personas mayores en general, no limitándose únicamente a los síntomas depresivos. Asimismo, el estudio de Hughes et al. (2004) desveló que las personas con altas puntuaciones en la escala de soledad estaban más predispuestas a experimentar síntomas depresivos y también a puntuar más alto en la escala de estrés percibido. Otros estudios indican la existencia de asociaciones entre soledad y ansiedad, siendo que las personas que informaban de mayores niveles de soledad puntuaban más alto en las escalas de ansiedad (Barg et al., 2006; Fees, Martin, y Poon, 1999; Long y Martin, 2000; Martin, Hagberg, y Poon, 1997).

Es importante tener en cuenta que no solamente la salud objetiva guarda relación con la soledad sino que el hecho de tener mala salud percibida también puede ser un factor predictor del sentimiento de soledad en la población mayor (Cohen-Mansfield et al., 2009; Gerst-Emerson y Jayawardhana, 2015; Losada et al., 2012; Paúl y Ribeiro, 2009; Sundström et al., 2009), llegando a duplicar el riesgo de que surja este sentimiento

(Aartsen y Jylhä, 2011). En la investigación de Castro (2015) por ejemplo, se halló una asociación negativa entre soledad y salud percibida, pero cuando ésta era medida de forma objetiva (cantidad de enfermedades, frecuencia con la que acuden al médico, etc.), la salud no se relacionaba con el nivel de soledad. Otros autores también sugieren que la actitud que uno tiene sobre su estado de salud tiene un poder explicativo más relevante en los sentimientos de soledad que la condición objetiva de la salud (Paúl y Ribeiro, 2009).

Lo que se denomina salud percibida o salud subjetiva es la evaluación de uno mismo sobre su estado de salud y es un importante indicador de la salud general y del bienestar de las personas (Idler y Benyamini, 1997). Es una medida ampliamente utilizada en investigaciones en el ámbito de la Medicina y de las Ciencias Sociales (Jylhä, 2009) y ha demostrado ser un método fiable para medir el estado general de salud (Bailis, Segall, y Chipperfield, 2003). El meta-análisis de Pinguart (2001) señala que existe una fuerte asociación positiva entre la salud subjetiva y la salud física de las personas.

Diversas investigaciones han puesto de manifiesto la existencia de una asociación negativa entre los sentimientos de soledad y la salud percibida de las personas mayores (Barg et al., 2006; Ferreira-Alves et al., 2014; Hacıhasanoglu et al., 2012; Jylhä, 2004; Luo et al., 2012; Luo y Waite, 2014; Nummela, Seppänen, y Uutela, 2011; Rico-Urbe et al., 2016; Russell, 1996; Savikko et al., 2005; Steed et al., 2007; van Tilburg et al., 2004; Victor, Grenade, y Boldy, 2005; Victor, Scambler et al., 2005). En ellas, se halló que los individuos que tenían una peor percepción de su estado de salud solían presentar mayores niveles de soledad.

Las medidas de salud subjetiva suelen estar asociadas con diferentes características sociodemográficas. Por ejemplo, hay evidencias de que la salud percibida se relaciona negativamente con la edad, esto es, a más edad peor es la evaluación del

estado de salud que uno hace (Rico-Uribe et al., 2016), lo que es aún más marcado en el grupo de personas más mayores (Pinquart, 2001). Por otro lado, un mayor nivel de estudios podría ser un factor protector del estado de salud, ya que algunas investigaciones han detectado que las mejores evaluaciones sobre el estado de salud provenían de los individuos que tenían más años de estudios (Rico-Uribe et al., 2016). En esta investigación, los individuos que informaban tener una mayor frecuencia de contacto con su red social y aquellos que tenían más años de estudios solían presentar mejor salud percibida. En cambio, Huxhold et al. (2013) hallaron que la salud percibida no se asociaba con la disponibilidad de apoyo emocional, sino con la participación social, es decir, cuanto más participativas eran las personas mayores en un primer momento, más positivos eran los cambios de salud percibida seis años después.

Diferentes investigaciones han hallado también diferencias en la evaluación de la salud en función del país de residencia de las personas mayores. Así, en Japón y en países de Europa occidental las personas mayores percibían su salud mejor que aquellos que vivían en Europa oriental, lo que podría estar afectado por una mejor situación económica de Europa occidental frente a Europa oriental (de Jong Gierveld y van Tilburg, 2010).

2.3.5 El espacio de vida

La llamada movilidad en el espacio de vida es otro constructo importante para la calidad de vida de las personas mayores y se refiere al alcance del desplazamiento llevado a cabo por una persona en su entorno durante el funcionamiento de sus actividades diarias (James, Boyle, Buchman, Barnes, y Bennett, 2011). Por lo tanto, no representa simplemente lo que uno es capaz de hacer sino también lo que él/ella realmente hizo. Es un constructo que considera tanto las enfermedades físicas como las adaptaciones hechas por el individuo que las sufre para conseguir superar sus limitaciones físicas, así como su

necesidad y deseo de desplazarse por su entorno (Peel, Baker, Roth, Brown, Bodner, y Allman, 2005).

Aunque no se haya estudiado la relación específica entre el espacio de vida y los sentimientos de soledad, nos ha parecido un tema importante a ser estudiado en la presente Tesis Doctoral, ya que hay evidencias de que las limitaciones en el espacio de vida interfieren con diversos factores que podrían contribuir a elevar el riesgo a que uno se sienta solo. Por ejemplo, el hecho de tener un estado funcional precario caracterizado por la necesidad de ayuda diaria y la incapacidad de hacer tareas cotidianas con frecuencia fue uno de los predictores más fuertes de la soledad en la investigación de Savikko et al. (2005). De manera similar, en un estudio longitudinal se detectó que el hecho de tener una o más limitaciones funcionales era la única variable que predecía un aumento del nivel de soledad de las personas mayores entrevistadas a lo largo de los cinco años del estudio (Honigh-de Vlaming, Haveman-Nies, Groeniger, de Groot, y van't Veer, 2014a).

Asimismo, otros autores hallaron que el estado funcional de las personas mayores se asociaba con sus sentimientos de soledad; es decir, las personas que tenían un peor estado funcional se sentían más solas que aquellas que tenían menos limitaciones en sus actividades de la vida diaria (Ferreira-Alves et al., 2014; Gerst-Emerson y Jayawardhana, 2015; Hacıhasanoglu et al., 2012; Jylhä, 2004; Sundström et al., 2009; Pinquart, 2003). También los que tenían más dificultades para salir de casa informaban sentirse solos con mayor frecuencia (Cohen-Mansfield y Parpura-Gill, 2007). Una investigación longitudinal encontró que la soledad predecía un aumento de las limitaciones funcionales, como las dificultades para desplazarse, subir y bajar escaleras, mover una silla o coger una moneda (Luo et al., 2012).

Cuando se analizan los resultados de las investigaciones que se han centrado en la movilidad en el espacio de vida, se ha detectado que la movilidad reducida de las personas mayores tiene un impacto directo sobre la pérdida de su independencia y autonomía, lo que contribuye a un empeoramiento de su calidad de vida (Allman, Sawyer, y Roseman, 2006). Además, los hallazgos de una investigación longitudinal en una muestra de personas mayores sugieren que la movilidad en el espacio de vida tiene un papel mediador en la relación entre el estado funcional y la calidad de vida asociada a la salud. Las limitaciones en el desempeño de las actividades de la vida diaria predicen un declive en la movilidad en el espacio de vida que, a su vez predice una reducción en la calidad de vida. Este papel mediador de la movilidad en el espacio de vida es particularmente relevante para el componente cognitivo de la calidad de vida, cuando se lo compara con el componente físico (Bentley et al., 2013).

En este sentido, el hecho de tener una movilidad reducida en el espacio de vida se ha asociado a puntuaciones más elevadas de depresión (Allman et al., 2006; Curcio et al., 2013; Peel et al., 2005). Síntomas depresivos, tales como bajos niveles de energía y fatiga, pueden contribuir a una falta de motivación para desempeñar actividades fuera de casa y consecuentemente, limitar la movilidad en el espacio de vida y reducir las oportunidades de interacciones sociales que uno pudiera tener (Curcio et al., 2013). Por otro lado, desde el punto de vista de las personas mayores, la falta de movilidad podría contribuir a un aumento de la depresión, falta de motivación, miedo o soledad, mientras que salir de casa se asocia con diversión y disfrutar de la vida (Risser, Haindl, y Stahl, 2010).

Una movilidad reducida en el espacio de vida y la presencia de discapacidad también fueron asociadas a niveles más bajos de actividad social, especialmente cuando las interacciones sociales tenían que ver con actividades realizadas fuera de casa. Mientras que una movilidad reducida puede disminuir las oportunidades que uno tiene de participar

en actividades sociales, la discapacidad afecta a la autonomía personal, dificultando aún más la participación en las actividades sociales (Rosso, Taylor, Tabb, y Michael, 2013).

Lo, Brown, Sawyer, Kennedy, y Allman (2014) registraron en un estudio longitudinal declives en la movilidad en el espacio de vida de las personas mayores que habían sufrido caídas y fracturas. Estos declives se intensificaban progresivamente cuando había una combinación de una caída y una herida de cualquier tipo, una caída y una fractura de cualquier tipo, y una caída y una fractura específica (de cadera, por ejemplo). Aunque los resultados de dicha investigación no hayan podido establecer una asociación causal entre las caídas y las heridas, los investigadores proponen que una única caída aislada o alguna herida no relacionada, por sí solas, serían capaces de disminuir la movilidad en el espacio de vida de las personas mayores.

También se ha asociado el espacio de vida con el estado cognitivo: un espacio de vida más restringido ha sido asociado con deterioro cognitivo y desarrollo de la Enfermedad de Alzheimer en un estudio longitudinal que acompañó a los participantes en la investigación a lo largo de ocho años (James et al., 2011). Otros estudios también han puesto de manifiesto la relación entre una movilidad reducida en el espacio de vida y puntuaciones más bajas en el estado cognitivo (Allman et al., 2006; Curcio et al., 2013; Peel et al., 2005). Asimismo, Zunzunegui et al. (2003) detectaron que las personas mayores que están menos integradas socialmente y que participan menos en actividades sociales tienen mayor riesgo de tener deterioro cognitivo o desarrollar demencia. En cambio, la participación formal en actividades sociales tiene un efecto protector contra el deterioro cognitivo.

Además, hay evidencias sobre la asociación entre la movilidad en el espacio de vida y algunas características sociodemográficas. Una baja movilidad en el espacio de

vida se ha asociado con niveles educativos más bajos e ingresos insuficientes (Curcio et al., 2013). El género y la edad también contribuyen a explicar las diferencias en la movilidad en el espacio de vida: los hombres y las personas más jóvenes puntuaron más alto en espacio de vida (Peel et al., 2005). Otros estudios han destacado diferencias de género, indicando que las mujeres puntúan más bajo que los hombres en las medidas de espacio de vida (Allman et al., 2006; Curcio et al., 2013). Una posible explicación de esta diferencia de género se apoya en las diferencias en los papeles sociales de cada uno y en las desventajas socioeconómicas que afectan particularmente a las mujeres. A modo de ejemplo, las mujeres en América Latina están más comprometidas con las tareas domésticas y con el cuidado que los hombres, lo que contribuye a limitar su espacio de vida (Curcio et al., 2013).

Sin embargo, además de los factores intrínsecos a las personas mayores, hay que tener en cuenta también las barreras exógenas que contribuyen a disminuir su movilidad en el espacio de vida. En un estudio llevado a cabo en diversos países de la Unión Europea, incluida España, se preguntó a más de tres mil personas mayores cuáles eran las principales barreras que dificultaban su movilidad fuera de casa. Entre las cinco barreras más citadas, tres se referían a actitudes y comportamientos de otros ciudadanos con los que compartían el espacio público: conductores displicentes, coches aparcados en la acera y actitud negativa hacia las personas mayores. Las demás barreras incluían la falta de aseos en los espacios públicos y los transportes públicos demasiado llenos de gente (Risser et al., 2010).

Desde una perspectiva cualitativa, otros autores exploraron la percepción de las personas con discapacidad sobre las barreras que dificultaban su movilidad en el barrio. Se entrevistaron en profundidad a personas de 50 a 86 años que utilizaban algún producto de apoyo, como bastón, andador o silla de ruedas. Aunque se identificaron diversos

obstáculos que afectaban la movilidad, también se halló que esas personas tenían una gran capacidad para adaptarse a las barreras y lograr llegar adonde tenían que ir, sea desplazándose por la calzada cuando no había rampas en la acera, sea contando con amigos que los llevaban en coche (Rosenberg, Huang, Simonovich, y Belza, 2013).

Asimismo, los investigadores del proyecto europeo COURAGE, que contó con muestras representativas de España, Finlandia y Polonia, desarrollaron instrumentos para evaluar el entorno en el que estaban insertos los ciudadanos de esos tres países. Por un lado, se valoraron las características del entorno que impactan de forma positiva o negativa la accesibilidad a los barrios en los que esas personas viven (Quintas et al., 2014). Tras comparar los resultados de los tres países, se halló que aunque todos presentaban tanto elementos que restringen como elementos que facilitan la accesibilidad y consecuentemente, la participación de las personas mayores, Finlandia contaba con más barreras que España y Polonia. En concreto, estos llevaban ventaja especialmente por sus áreas de entorno construido probablemente debido al clima, la seguridad del entorno y la presencia de servicios que contribuyen para fomentar la participación de las personas mayores.

Por otro lado, se midió la interacción que esas personas tienen con su entorno en cuanto a sus percepciones sobre la usabilidad del barrio, los obstáculos para los peatones, la facilidad de uso de los edificios y espacios públicos, y los riesgos de accidentes y la usabilidad de los espacios (Raggi et al., 2014). Según estos autores, una mejor o peor interacción con el entorno depende tanto de factores intrínsecos, como el estado de salud de la persona, como de las características del entorno en sí. En este sentido, se hallaron diferencias en la evaluación del barrio en función de la edad de las personas entrevistadas, siendo que los más jóvenes percibían mayor usabilidad pero también más obstáculos en las calles y más dificultad para usar los edificios públicos frente a las personas mayores.

Una posible explicación sugerida por estos autores se relaciona con el hecho de que las personas mayores se desplazan por el barrio con menos frecuencia que los más jóvenes, lo que resultaría en menos oportunidades para que identificasen esas barreras.

También en la investigación de Shigematsu et al. (2009) se hallaron diferencias en la relación entre la percepción y el uso del entorno del barrio en función de la edad. En concreto, para las personas mayores de 65 años, el acto de caminar teniendo como objetivo desplazarse de un sitio a otro se correlacionaba significativamente con la proximidad y la accesibilidad de los negocios, como tiendas y restaurantes así como la proximidad de parques y locales de ocio. Los autores concluyen que los barrios que disponen de este tipo de características benefician la movilidad de las personas mayores.

2.3.6 Las variables cognitivas y de la personalidad

Aunque hayan sido menos estudiadas las asociaciones entre soledad y variables cognitivas y de personalidad de las personas mayores, algunos autores defienden que estas variables podrían contribuir a explicar las diferencias individuales de soledad y también el por qué algunas personas se sienten solas aunque estén acompañadas (Sánchez-Rodríguez, 2009). Su importancia se ha visto, por ejemplo, en el estudio de Fry y Debats (2002), en el que las creencias de autoeficacia tenían un poder predictivo en la soledad más potente que las características sociodemográficas, el apoyo social y la salud de las personas mayores. En concreto, mientras las variables sociodemográficas contribuían a explicar tan solo el 7% de la varianza de soledad de la muestra total de hombres y mujeres de 65 a 86 años, la red de apoyo social y el estado de salud eran responsables de explicar el 5% de la varianza de soledad y la percepción de autoeficacia, el 36%. Tras analizar las distintas dimensiones de la autoeficacia en dicha muestra, se identificaron algunas diferencias de género en la relación soledad-autoeficacia. Por un lado, las creencias de las

mujeres mayores sobre su autoeficacia interpersonal, social, emocional y espiritual eran más potentes para explicar los bajos niveles de soledad. Por otro lado, para los hombres eran las dimensiones de autoeficacia instrumental, económica y de salud física las más relevantes para explicar los bajos niveles de soledad (Fry y Debats, 2002).

El propio modelo teórico propuesto por de Jong Gierveld (1987), que fue detallado en apartados anteriores, consideraba que algunas características de la personalidad como la introversión-extroversión, el concepto de Yo y la ansiedad social jugarían un papel importante en la soledad. Sin embargo, en esa investigación, se halló que solamente el concepto de Yo tuvo una participación medianamente importante en la explicación de la soledad.

En términos de rasgos de personalidad, otros investigadores encontraron que cuanto más alto es el nivel de neuroticismo (Luanaigh y Lawlor, 2008; Peerenboom et al., 2015), o cuanto más bajo era el nivel de control percibido (Peerenboom et al., 2015) de una persona mayor era la probabilidad de que se sintiera sola. Asimismo, niveles más bajos de extroversión se asocian con más soledad (Jones y Hebb, 2003; Long y Martin, 2000; Luanaigh y Lawlor, 2008; Peerenboom et al., 2015). De acuerdo con Long y Martin (2000), la relación inversa entre soledad y extroversión podría explicarse porque las personas extrovertidas suelen tener más actividades sociales y contar con más relaciones de amistad que los introvertidos, lo que reduciría la necesidad de depender exclusivamente del apoyo familiar. Algunos autores añaden la personalidad ansiosa como uno de los factores predictores de la soledad en personas mayores, siendo que cuanto más ansiedad más altos eran los niveles de soledad (Hawkley y Cacioppo, 2009; Long y Martin, 2000).

Algunas limitaciones personales como las habilidades para establecer y/o mantener relaciones sociales satisfactorias parecen actuar como mediadoras en esa asociación entre

la personalidad y la soledad (Jones y Hebb, 2003). Según Hawkley y Cacioppo (2009), los factores sociales subjetivos actúan manteniendo a la persona sola o conectada socialmente. Por un lado, los individuos solos piensan y se portan con los demás de modo tal que se refuerza su existencia aislada; por otro lado, las personas conectadas tienen una visión más favorable de los demás, lo que refuerza su propia imagen de manera positiva.

Muchas investigaciones señalan la existencia de una relación inversa entre la autoestima y la soledad (Dahlberg y McKee, 2014; Expósito y Moya, 1999; Peplau y Perlman, 1982). En concreto, la baja autoestima, la sensación de impotencia o de rechazo, las altas expectativas sobre la eficacia personal y la dificultad de abrirse a los demás (apertura a la experiencia) (de Jong Gierveld, 1998), así como las malas habilidades de relación con la pareja, el hecho de centrarse en uno mismo y la baja participación en actividades grupales (Hawkley y Cacioppo, 2009) podrían elevar el riesgo de que uno se sienta solo.

En la investigación de Cohen-Mansfield y Papura-Gill (2007), se halló que el predictor más importante de la soledad en una muestra de estadounidenses mayores era la baja autoeficacia en las situaciones sociales. Además, aunque no hayan resultado significativas en los análisis de regresión, los análisis de correlación bivariados indicaron asociaciones significativas de soledad con la falta de habilidades sociales, las expectativas sobre sus relaciones sociales y el hecho de nunca haber tenido buenos amigos.

En este sentido, también se ha detectado que el control percibido sobre las relaciones sociales tiene un papel predictor importante en los sentimientos de soledad en la vejez. En una investigación longitudinal llevada a cabo por Newall, Chipperfield, y Bailis (2014), las personas que se sentían solas de manera persistente tendían a ser aquellas que creían tener menos control sobre sus relaciones sociales. Asimismo, cuando la percepción sobre ese control aumentaba a lo largo del tiempo, su sentimiento de soledad

se veía reducido. Estos hallazgos podrían ayudar a comprender por qué algunas personas se sienten solas y otras no, aunque estén bajo las mismas circunstancias objetivas (de aislamiento o de integración social).

2.4 Instrumentos de medida de la soledad

Tal y como se ha distinguido en apartados anteriores, a diferencia de conceptos más objetivos como el aislamiento social y el hecho de vivir solo, el sentimiento de soledad es algo subjetivo que solamente puede ser descrito por el propio individuo que lo experimenta (Andersson, 1998). No existen signos o síntomas observables que indiquen si una persona se siente o no se siente sola. Por ello, los investigadores tienen que basarse en la información ofrecida por la propia persona sobre sus experiencias internas y a partir de ahí intentar “diagnosticar” la soledad (Victor, Grenade et al., 2005).

Por otro lado, el aislamiento social puede ser evaluado a través de medidas cuantitativas, tales como la cantidad de personas que componen la red social del sujeto o la frecuencia de contacto que mantiene con ellos (Cornwell y Waite, 2009). Asimismo, el hecho de vivir solo se mide fácilmente con una pregunta sobre la forma de convivencia, es decir, si vive solo o acompañado (Victor et al., 2002). Sin embargo los sentimientos de soledad suelen ser medidos con autoinformes subjetivos, a través de escalas validadas o con una pregunta única y directa sobre su presencia y/o frecuencia.

Según Expósito y Moya (1999), la soledad se mide a través de una evaluación subjetiva que la propia persona tiene que hacer sobre la calidad de sus relaciones e interacciones sociales. Estos autores hacen hincapié en la diferencia entre soledad y apoyo social, siendo que éste se centra en las características objetivas y cuantitativas de las relaciones, tiene como finalidad la interacción entre dos o más personas, siendo que unas ofrecen el tipo de ayuda específico que la otra necesita en un momento dado. En cambio, la soledad se relaciona con los aspectos emocionales, más subjetivos y profundos de las relaciones sociales, yendo más allá de la simple falta de relaciones y de apoyo. Por ello, la soledad es un fenómeno difícil de ser identificado por un observador externo.

Los datos de prevalencia de soledad en población mayor, como se ha mencionado

anteriormente, no son uniformes, oscilando mucho de una investigación a la otra y esta variabilidad podría deberse a diversos factores. Algunos autores proponen que los datos de prevalencia de soledad suelen ser subestimados, ya que su valoración se ve afectada por el estigma y la creencia de que el hecho de sentirse solo sea un fracaso social (Tiikkainen y Heikkinen, 2005). Además, la forma de preguntar sobre la soledad, las palabras utilizadas en las preguntas y el contexto en que se hacen las preguntas podrían influir en las respuestas, lo que explicaría parcialmente la gran variabilidad en la prevalencia de soledad entre los distintos estudios (Andersson, 1998).

Shaver y Brennan (1991) también llaman la atención hacia algunas dificultades que se puede encontrar cuando uno desea medir la soledad. En primer lugar estaría la decisión de utilizar o no el término “soledad” de forma explícita. Por un lado, algunos autores defienden que el término debería ser omitido del instrumento de medida por existir un estigma asociado a la soledad que podría influir en la veracidad de la respuesta dada por los entrevistados. Pero por otro lado, al omitir la palabra “soledad” del instrumento de medida, podría haber dudas sobre qué se está midiendo exactamente con una determinada escala.

Otra cuestión a tener en cuenta al elegir un instrumento de medida son los indicadores de soledad que serán enfatizados, porque la soledad es un concepto complejo compuesto por diversos factores: las necesidades y preocupaciones, las situaciones valoradas por el sujeto, sus experiencias afectivas, los cambios psicofisiológicos y sus conductas. Cada investigador puede elegir abordar uno u otro de estos indicadores de soledad, dependiendo del instrumento adoptado.

La estructura de la soledad es otra cuestión a tener en cuenta -siguiendo Shaver y Brennan (1991)-, ya que ésta puede ser unidimensional o multidimensional, dependiendo de la teoría en la que se basa el investigador. De acuerdo con la Teoría de Weiss (1983),

por ejemplo, la soledad está compuesta por las dos dimensiones que fueron detalladas en apartados anteriores, a saber: la soledad emocional y la soledad social. Otros investigadores han creado escalas que miden la soledad desde diferentes dimensiones, como los distintos tipos de relación que una persona puede tener (de pareja, familiar, organizacional, etc.). Hay también investigadores que definen la soledad como una emoción mixta y por ello han buscado estudiar sus componentes afectivos, como el abatimiento, el aislamiento o la agitación.

Otra cuestión puesta de manifiesto por Shaver y Brennan (1991) son las características temporales de la soledad. Hay quienes defienden que la soledad es un estado de ánimo, en cuyo caso se la podría medir a través de instrumentos estáticos que preguntasen sobre el estado actual de ánimo del sujeto. Pero también hay quienes dicen que es un rasgo de personalidad, en cuyo caso se necesitarían preguntas distintas que abarcasen un periodo más largo en el tiempo en que la soledad se manifestase.

Como vemos, no hay consenso sobre cuál es la forma más adecuada de medir la soledad. Por un lado, hay autores que defienden que las medidas directas de soledad son más apropiadas en investigaciones con personas mayores que las escalas (Holmén y Furukawa, 2002), pero hay quienes creen que esta es una conclusión precipitada y que hacen falta más investigaciones antes de defenderla o rechazarla (Victor, Grenade et al., 2005).

A continuación presentamos los principales instrumentos que se han utilizado para medir la soledad, su origen, características y propiedades psicométricas. Al final de esta epígrafe, la Tabla 3 presenta un resumen de todas ellas.

2.4.1 UCLA Loneliness Scale

El instrumento más utilizado para medir la soledad es la Escala de Soledad de la Universidad de California, Los Ángeles (UCLA), que fue originalmente desarrollada por Russell, Peplau, y Ferguson (1978). Su elaboración fue motivada por la falta de un instrumento sencillo y fiable que midiera la soledad general. En aquel momento, los instrumentos que había eran demasiado largos (entre 38 y 75 ítems) y no habían sido publicados ni reconocidos como medidas estándar de soledad.

La muestra elegida por Russell et al. (1978) para validar su instrumento estaba compuesta por estudiantes universitarios. Los autores se basaron en un instrumento previo que había sido desarrollado por Sisenwein (1964, citado en Russell et al., 1978) en su Tesis Doctoral y que tenía 75 ítems. Inicialmente se eligieron 25 de los 75 ítems, con el objetivo de mantener la diversidad, pero excluyendo los ítems muy extremos, tales como: *“La muerte será mi única compañera”*. La escala de respuestas era igual a la utilizada por su autor original: tenía cuatro puntos, desde “Nunca me siento así” hasta “Me siento así a menudo”. Además, se solicitó a los sujetos que indicaran el grado de soledad actual a través de una escala de cinco puntos, desde “Mucho menos solo que los demás” hasta “Mucho más solo que los demás”. También se les pidió que describieran su estado de ánimo y sus sentimientos, utilizando un listado de 25 adjetivos que habían sido extraídos de la literatura sobre soledad y que posiblemente estaban asociados al sentimiento de soledad.

Se eligieron los 20 ítems que tenían correlaciones superiores a 0,50 y se eliminaron cinco para componer la versión final de la UCLA - todos formulados de forma negativa - que medían la intensidad de la experiencia de soledad descrita por los individuos. Esta versión primera de la UCLA tenía alta consistencia interna, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,96 y una correlación test-retest a lo largo de dos meses

de 0,73, lo que sugería cierta estabilidad de la medida a lo largo del tiempo. Tenía una correlación significativamente alta con la pregunta directa sobre soledad y se hallaron correlaciones entre soledad y depresión y soledad y ansiedad. Por otro lado, las valoraciones de baja satisfacción y de baja felicidad también se asociaban a los resultados de soledad. Se detectaron otras correlaciones significativas entre soledad y sentirse vacío, incómodo, aburrido, preocupado y encerrado en sí mismo (Russell et al., 1978).

Sin embargo, tras identificarse sesgos sistemáticos en las respuestas, se desarrolló una nueva versión de la misma escala, conocida como *Revised UCLA Loneliness Scale*, o UCLA-R (Russell, Peplau, y Cutrona, 1980). Entre los problemas detectados en la primera versión de la escala, los autores destacan:

- a. La vulnerabilidad a los grupos de respuesta, ya que todos los ítems estaban formulados en la misma dirección;
- b. La falta de validez discriminante, ya que el instrumento no era capaz de diferenciarse considerablemente de medidas de otras variables, como la depresión y la autoestima; y
- c. La posible infravaloración de la soledad debido a su carácter estigmatizador, lo que podría generar respuestas que cumplieran una deseabilidad social aunque no fueran realistas.

Por ello, los autores del instrumento añadieron diecinueve ítems formulados de forma positiva a los veinte ítems originales, que medían la satisfacción con sus relaciones sociales y buscaban utilizar palabras opuestas a las de los ítems originales. Además, se incluyeron seis preguntas que trataban el tema de la soledad de forma explícita, con la intención de construir un índice con ítems explícitos sobre la soledad. El instrumento fue administrado a 162 estudiantes universitarios y luego se decidió que la UCLA-R estaría

compuesta por veinte ítems, siendo que diez de ellos deberían reflejar la satisfacción con las relaciones sociales y diez, la insatisfacción con las mismas (Russell et al., 1980; Shaver y Brennan, 1991; Vassar y Crosby, 2008). Los ítems que finalmente se elegirían para componer la versión revisada de la UCLA fueron aquellos con correlaciones superiores a 0,40 con el índice de ítems explícitos sobre la soledad.

Se trata de un instrumento validado que mide la soledad general y los sentimientos de aislamiento social. Para cada ítem, el sujeto debe indicar con qué frecuencia lo experimenta: “Nunca”, “Raramente”, “A veces” o “A menudo”. Tiene alta consistencia interna, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,94 y su correlación con la versión original de la escala fue de 0,91. Se identificaron correlaciones entre soledad y depresión y entre soledad y ansiedad, que fueron medidas con otros instrumentos específicos. También se encontraron correlaciones significativas entre soledad y sentirse abandonado, deprimido, vacío, desesperanzado, aislado y encerrado en sí mismo. (Russell et al., 1980).

Un segundo estudio fue llevado a cabo por los autores de la UCLA-R en una muestra más amplia de estudiantes universitarios, a los que se administraron la versión original de la UCLA, los diez ítems positivos que componían la UCLA-R y las preguntas explícitas sobre soledad. Asimismo se les pidió que contestaran a algunas preguntas sobre sus actividades y relaciones sociales y una variedad de instrumentos validados para medir otros aspectos de personalidad y de estado de ánimo: depresión, ansiedad, autoestima, tendencias de afiliación y sensibilidad al rechazo, deseabilidad social, introversión-extroversión y asertividad.

Una vez más se identificó una buena consistencia interna, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,94 y correlación de 0,91 con la versión original de la UCLA. La UCLA-R tuvo correlaciones más altas con el índice de ítems explícitos sobre la soledad que con las medidas de personalidad y de estado de ánimo, aunque también se correlacionaba con

algunas de las emociones que ya se sabía por la teoría que estaban asociadas a la soledad: la depresión, la autoestima y la introversión-extroversión.

Según Borges, Prieto, Ricchetti, Hernández-Jorge, y Rodríguez-Naveiras (2008), aunque los autores de la escala UCLA-R hayan sugerido que el instrumento es unidimensional -lo que se ha confirmado en algunas investigaciones posteriores-, existen estudios que la reconocen como multidimensional (como las investigaciones de Dussault, Fernet, Austin, y Leroux, 2009; Hawkey et al., 2005). Por ello, estos investigadores realizaron una validación cruzada de la factorización de la UCLA-R en dos muestras de jóvenes estudiantes: una en España y otra en Italia. Como resultados más interesantes, se halló que tanto la versión italiana como la versión española de la escala eran multidimensionales; en el caso de la versión española, se identificaron cuatro factores: soledad emocional, evaluación subjetiva de la red social, dificultad en intimar y sentimientos de pertenencia.

A partir de la UCLA-R algunos autores elaboraron versiones reducidas del instrumento. La versión de Hughes et al. (2004), por ejemplo, contiene tres ítems y fue pensada para entrevistas telefónicas. Los autores eligieron tres ítems de la UCLA-R y los transformaron en preguntas de frecuencia formuladas en segunda persona (*“¿Con qué frecuencia... le falta compañía / se siente usted solo / se siente usted aislado de los demás?”*). La UCLA-R reducida utiliza una escala de respuestas tipo Likert con tres puntos (“Casi nunca”, “Parte del tiempo”, “A menudo”), en lugar de los originales cuatro puntos de la UCLA-R. Esa versión reducida del instrumento fue probada en muestras de personas de mediana edad y en personas mayores. Demostró ser un instrumento sencillo, con buena fiabilidad (0,72) y alta correlación con la UCLA-R (0,82), pudiendo sus resultados ser comparados a los del instrumento completo. También se correlaciona con depresión y estrés percibido cuando estos son medidos con instrumentos específicos.

Existen otras versiones cortas de la escala UCLA-R, con diez ítems (Velarde-Mayol et al., 2015), ocho ítems (Hays y DiMatteo, 1987), seis ítems (Neto, 2014) y cuatro ítems (Andersson, 1985). En un estudio con adultos utilizando la versión de cuatro ítems se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,75; pero los autores de la versión de ocho ítems -que tiene un coeficiente alfa de Cronbach de 0,84-, defienden que ésta es fiable, válida y una mejor alternativa de versión corta cuando se compara con la versión de cuatro ítems (Hays y DiMatteo, 1987).

Sin embargo, algunos autores han señalado fallos en la Escala UCLA-R, tales como: no especificar un periodo de tiempo determinado en sus preguntas para valorar la soledad, ni ser capaz de diferenciar la soledad social de la soledad emocional (Luanaigh y Lawlor, 2008). Así que se volvió a revisar el instrumento y a día de hoy su versión más actual es conocida como *UCLA Loneliness Scale (Version 3)* o UCLA-3. Aunque siga teniendo 20 ítems, presenta un formato más sencillo de respuestas y del contenido de los ítems, comparado con las versiones anteriores. Contiene 11 ítems formulados en el sentido de la presencia de soledad y nueve, de la ausencia de soledad. Antes de cada uno de los ítems, se añadió la pregunta “¿Con qué frecuencia siente usted...?” para facilitar el pase del instrumento en entrevistas personales o por teléfono. Además, la escala de respuestas pasó a ser “Nunca”, “Raramente”, “A veces” y “Siempre”, siendo que esta última alternativa sustituye a la original “A menudo”.

Con esos cambios, se buscó minimizar las dificultades de comprensión encontradas cuando se la pasaba a muestras de personas mayores (Shaver y Brennan, 1991; Vassar y Crosby, 2008). Entre los problemas de la UCLA-R que se intentó solucionar con la nueva versión de la escala estaban los ítems que contenían doble negación, tales como contestar “Nunca” al ítem “No me siento solo”, que eran especialmente problemáticos debido a la dificultad de comprensión por parte de las personas mayores. Otros colectivos

investigados también tuvieron dificultades de comprensión de algunos ítems de la UCLA-R, lo que afectaba la fiabilidad del instrumento (Russell, 1996).

La nueva versión de la escala fue entonces testada en diferentes colectivos, desde estudiantes universitarios (Russell, Kao, y Cutrona, 1987) y enfermeros (Constable y Russell, 1986) hasta profesores de escuelas públicas (Russell, Altmaier, y Van Velzen, 1987) y personas mayores (Russell y Cutrona, 1991). La UCLA-3 demostró ser un instrumento con alta fiabilidad, ya que los coeficientes alfa de Cronbach en estos estudios oscilaron de 0,89 a 0,94. La escala ha demostrado tener buena validez discriminante, asociándose negativamente a medidas de apoyo social. Presenta buena validez de constructo, ya que los resultados de soledad se asocian fuertemente a depresión, satisfacción con la vida y *burnout*, además de presentar una asociación significativa con la salud percibida en muestras de personas mayores. En resumen, se ha podido comprobar que la UCLA-3 es un instrumento adecuado para medir la soledad en diversos tipos de muestras y a través de variados métodos de recogida de datos, como cuestionarios autocumplimentados, entrevistas personales o por correo postal.

Referente a la estructura factorial de la UCLA-3, sus autores defienden que se trata de un instrumento unidimensional, lo que fue comprobado a través de análisis confirmatorios factoriales llevados a cabo por Russell (1996) en los datos provenientes de diferentes muestras. Sin embargo, hay controversias sobre la estructura de esta escala: algunos autores, como Lasgaard (2007) apoyan su unidimensionalidad, mientras que otros han identificado desde dos hasta cinco dimensiones distintas (Boffo, Mannarini, y Munari, 2012; Durak y Senol-Durak, 2010; Shevlin, Murphy, y Murphy, 2015). Resultados semejantes, que confirman la multidimensionalidad de la escala también fueron encontrados en un estudio con muestra de personas mayores españolas (Pinazo-

Hernandis, Sancho, Donio-Bellegarde, y Tomás, en revisión). Para estos autores, el modelo estructural que mejor se adapta a la UCLA-3 es el de tres factores.

Con respecto a la puntuación de la escala, tanto en la versión original como en las versiones subsecuentes (UCLA-R y UCLA-3), el entrevistado puede obtener desde 20 puntos -que corresponde al más bajo nivel de soledad-, hasta 80 puntos -que es la máxima puntuación en soledad-. En el caso de la UCLA-R y la UCLA-3, los ítems formulados de forma positiva deben ser invertidos antes de calcular la puntuación total.

Las ventajas de la *UCLA Loneliness Scale*, según Routasalo y Pitkala (2003) son: que está validada en población mayor; que es capaz de distinguir entre los individuos muy solos y los moderadamente solos; y que tiene propiedades psicométricas satisfactorias, incluidas la validez de constructo, la validez convergente y su consistencia interna. Sin embargo, los mismos autores sugieren que hay poca evidencia sobre su sensibilidad.

En España se ha validado la UCLA-R en muestras de estudiantes universitarios (Borges et al. 2008; Expósito y Moya, 1993). Asimismo Velarde-Mayol et al. (2015) han validado una versión de la escala UCLA con 10 ítems en una muestra representativa de la población española mayor de 65 años. Se llevó a cabo una investigación de casos y controles, siendo que el grupo de casos estaba compuesto por personas que vivían solas y el grupo control, por las que vivían acompañadas. Los resultados de su estudio indican que es un instrumento útil y sensible para medir el sentimiento de soledad en personas mayores porque tiene validez de constructo con altas correlaciones entre los ítems, alto valor de fiabilidad, con un alfa de Cronbach de 0,95 y validez discriminante respecto a las personas mayores que no viven solas.

Por otra parte, recientemente la UCLA-3 ha sido validada en una muestra española de personas mayores que asistían a los programas de una Universidad para Personas

Mayores (Pinazo-Hernandis et al., en revisión). Dicho estudio desveló que la versión española de la UCLA-3 es un instrumento tridimensional capaz de describir las dimensiones de aislamiento social, soledad y conexión social. También se concluyó tratarse de un instrumento con buenas propiedades psicométricas, adecuado para medir la soledad de las personas mayores en España.

2.4.2 Escala de Soledad de Jong Gierveld

Otro instrumento de medida validado es la Escala de Soledad de Jong Gierveld (DJGLS) (de Jong Gierveld y Kamphuis, 1985), inicialmente llamada Escala de Soledad Tipo Rasch. Según nos explican sus autores, se basa en una conceptualización de soledad tridimensional:

1. Tipo de carencia: la naturaleza y la intensidad de las relaciones que faltan al sujeto;
2. Perspectiva de tiempo: soledad experimentada de forma temporal frente a la soledad inmutable;
3. Características emocionales: la falta de sentimientos positivos frente a la presencia de sentimientos negativos.

Los autores del instrumento pretendían crear una escala con aproximadamente cinco ítems formulados de forma positiva y cinco de forma negativa, que fuera fácil de manejar y adecuada tanto a los sujetos solos como a los no solos. De un listado original de 40 ítems, se seleccionaron 28, de los cuales nueve estaban formulados de forma positiva y los demás, de forma negativa. Los ítems fueron repartidos en cinco subescalas que se diferenciaban por el grado de la experiencia de soledad: 1. Carencia severa; 2. Sentimientos de carencia asociados a situaciones problemáticas específicas, como el

abandono; 3. Falta de compañía; 4. Sentimiento de sociabilidad; y 5. Sensación de tener relaciones significativas.

Sin embargo, el conjunto completo de 28 ítems no cumplía con los criterios Rasch, como por ejemplo, la unidimensionalidad. Para elegir los ítems que compondrían la versión final de la escala, los autores establecieron que debería haber un equilibrio entre la cantidad de ítems formulados de forma positiva y aquellos formulados de forma negativa. Además la escala final debería tener ítems pertenecientes a todas las cinco subescalas mencionadas en el párrafo anterior.

La versión final de la escala contiene 11 ítems y está compuesta por dos subescalas: la subescala de soledad social, compuesta por cinco ítems formulados de forma positiva y que preguntan sobre la sensación de pertenencia y la subescala de soledad emocional, que tiene seis ítems formulados de forma negativa y explora los sentimientos de desolación y falta de relaciones de apego. Ninguno de los ítems utiliza la palabra soledad. Las categorías de respuesta son: “¡Sí!”, “Sí”, “Más o menos”, “No”, “¡No!”. Pero en encuestas telefónicas o cara-a-cara se puede utilizar solamente tres opciones de respuesta: “Sí”, “Más o menos”, “No”.

Los análisis factoriales llevados a cabo por los autores de la escala sugieren que los 11 ítems miden una única dimensión de la soledad, pero que el instrumento está afectado por un factor metodológico, en el que los ítems formulados de forma positiva cargan en una dirección y los en negativo cargan en la dirección opuesta. Es posible utilizar las subescalas de soledad emocional y soledad social por separado dependiendo de la necesidad del investigador y de los objetivos del estudio (de Jong Gierveld y van Tilburg, 2006).

La DJGLS presenta buenas propiedades psicométricas, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,84 para la escala completa y 0,88 (subescala de soledad emocional) y 0,88 (subescala de soledad social). Existen evidencias de que se trata de un instrumento fiable y válido (Pinquart y Sörensen, 2001b), especialmente en investigaciones con muestras de personas mayores (Penning, Liu, y Chou, 2014). También es un instrumento adecuado para ser utilizado en diferentes países, ya que ni el contenido de los ítems ni los resultados de los análisis estadísticos sugieren que haya una variación cultural de los ítems (van Tilburg et al., 2004).

Existe una versión reducida de la DJGLS que fue creada para poder ser utilizada en grandes investigaciones que demandan instrumentos más cortos. Está compuesta por seis ítems, siendo que tres de ellos fueron sacados de la subescala de soledad emocional y tres, de la subescala de soledad social. Dicha versión fue desarrollada y testada en muestras que incluyeron a personas mayores holandesas y resultó ser un instrumento válido y fiable para medir tanto la soledad general como la soledad emocional y social. El índice alfa de Cronbach varió de 0,70 a 0,76 en tres investigaciones con muestras de adultos; entre 0,67 y 0,74 en la subescala de soledad emocional y de 0,69 a 0,73, en soledad social. Además la versión reducida de la escala presentó alta correlación con la escala completa, oscilando entre 0,93 y 0,95 (de Jong Gierveld y van Tilburg, 2006).

Los resultados de una investigación transcultural llevada a cabo en Francia, Alemania, Holanda, Rusia, Bulgaria, Georgia y Japón con muestras de adultos hasta 79 años de edad indicaron que la versión de 6 ítems de la DJGLS es fiable y válida para usarse en diferentes países. Ambas las subescalas (soledad emocional y soledad social) presentaron buenos coeficientes de fiabilidad: el índice alfa de Cronbach de la escala de soledad emocional en personas mayores fue de 0,81 (en Francia) y más alto en los demás

países y para la escala de soledad social, de 0,85 (en Francia) y más alto en los demás países (de Jong Gierveld y van Tilburg, 2010).

La DJGLS está validada en muestras internacionales de personas mayores (Victor, Grenade et al., 2005) y ha sido traducida al castellano y validada en muestras de personas mayores españolas en sus versiones completa (Buz, Urchaga, et al., 2014; Buz y Pérez-Arechaederra, 2014; Tomás, Pinazo-Hernandis, y Donio-Bellegarde, en prensa) y reducida (Ayala et al., 2012). Tras someter la versión adaptada completa a diversos testes estadísticos, Buz y Pérez-Arechaederra (2014) concluyen que se trata de un instrumento válido y fiable para medir la soledad en la población mayor española. Presenta buenas validez de contenido y validez discriminante, pudiendo ser utilizada para identificar los siguientes subgrupos de la población en riesgo a la soledad: mujeres, personas mayores que no están casadas, aquellos que viven solos, que tienen mala salud física (objetiva y subjetiva), con tamaño reducido de la red social de la familia nuclear, poca satisfacción con las relaciones con la familia nuclear y con poca actividad social.

Sin embargo, los resultados de los análisis estadísticos sugieren que hay un funcionamiento diferencial de algunos ítems de acuerdo con el estado civil y la forma de convivencia, lo que supone que la escala sea esencialmente unidimensional (Buz y Pérez-Arechaederra, 2014). También en Buz, Urchaga, et al. (2014) se halló que la DJGLS es un instrumento unidimensional, que mide la soledad en general, no siendo capaz de diferenciar entre la soledad emocional y la soledad social de los españoles mayores. En la misma dirección, los resultados de Tomás et al. (en prensa) confirman la unidimensionalidad de la escala, además de apoyar el argumento de los autores de la versión original del instrumento respecto a la existencia de un segundo factor de método asociado a los ítems negativos del instrumento.

La principal preocupación referente a este instrumento es la estadística de fiabilidad de separación de personas, que es baja, aunque sea aceptable (PSR= 0,65), lo que significa que el instrumento no es lo suficientemente sensible para distinguir los cuatro niveles de soledad de las personas mayores, como originalmente propuesto. Otros problemas detectados por Buz, Urchaga, et al. (2014) en el uso de este instrumento se refieren a:

1. La presencia de ítems formulados en formato positivo y negativo genera problemas y dudas sobre la estructura interna de la escala aunque sea un buen método para prevenir la aquiescencia y evitar sesgos;
2. La dicotomización posterior de la escala de respuestas, al considerar la alternativa “más o menos” como una respuesta siempre positiva a la soledad, puede suponer una pérdida de información sobre el constructo y no representar las respuestas de los encuestados a todos los ítems de la misma manera;
3. El uso de algunos adjetivos y adverbios en los ítems de la escala (como “siempre” o “suficientes”) no les parece adecuado para medir el constructo de soledad.

Otros autores también han criticado el uso de cuantificadores de los contactos sociales de la persona entrevistada (“muchos”, “suficientes”, etc.), pues creen que eso genera un sentimiento negativo de fracaso social y que lleva a la persona a creer que debería tener una red social más amplia, pudiendo generar respuestas socialmente aceptables (Nicolaisen y Thorsen, 2014b). Según Shaver y Brennan (1991) y Kirova (2003), falta precisión en algunos ítems de la escala, que más bien medirían otros aspectos de salud mental, como la depresión o el bienestar psicológico.

En la investigación de Ayala et al. (2012), los análisis estadísticos de la versión reducida de la DJGLS sugieren que dicho instrumento tiene una consistencia interna

satisfactoria (índice alfa de 0,77), lo que también se cumple en la subescala de soledad social (0,87), pero no en la subescala de soledad emocional (0,58). Además los autores hallaron unidimensionalidad y fiabilidad aceptable, pero con mal ajuste al modelo Rasch. También identificaron que se trata de un instrumento potencialmente sensible al cambio.

A la hora de elegir entre la versión completa y la versión reducida del instrumento, de Jong Gierveld y van Tilburg (2006) sugieren que la versión completa es más adecuada para investigaciones que busquen información detallada sobre la prevalencia de soledad, estudios en profundidad de la soledad o aquellos que traten de comprender la naturaleza cambiante y el impacto de la soledad tras eventos vitales específicos. Para los demás tipos de investigación, aseguran que la versión de seis ítems es suficiente.

Algunos puntos fuertes destacables de la DJGLS, según Shaver y Brennan (1991) son: 1. El hecho poco habitual de que los autores de una escala social hayan seguido los criterios Rasch; 2. La escala fue desarrollada en muestras representativas de la población adulta holandesa; 3. Sus ítems fueron evolucionando a partir de diversos estudios, empezando por una investigación fenomenológica cualitativa hasta estudios que incluían modelos de ecuación estructural y medición Rasch; 4. Los ítems parecen acercarse más a la experiencia de soledad que los ítems de otras escalas reconocidas. Pero aun así la DJGLS no es utilizada tan ampliamente como la UCLA (Routasalo y Pitkala, 2003).

En una investigación llevada a cabo por Penning et al. (2014), se utilizaron la DJGLS completa y la UCLA-R para comparar los resultados de soledad medidos por diferentes instrumentos. Los hallazgos de esa investigación sugieren que la DJGLS es más adecuada para medir la soledad en muestras de personas de mediana edad y personas mayores porque presenta menos problemas que la UCLA-R. Las críticas de esos autores a la UCLA-R se refieren a: 1. La naturaleza problemática de algunos ítems específicos, como el ítem 4 (“*No me siento solo*”), que no presentó un buen ajuste a los demás ítems;

2. La susceptibilidad de la escala a los efectos de método asociados a la forma como los ítems fueron escritos; 3. La inadecuación al modelo unidimensional. Por otro lado, esos problemas fueron menos evidentes en la DJGLS.

2.4.3 Otros instrumentos de medida de la soledad

Otro ejemplo de instrumento menos utilizado es la *Social and Emotional Loneliness Scale for Adults* (SELSA). Esta escala fue desarrollada en 1993 por DiTommaso y Spinner para medir la experiencia subjetiva de la soledad en adultos de una forma multidimensional. Los autores se basaron en el modelo de soledad propuesto por Weiss (1983) para elaborarla. Los tres aspectos que evalúa la escala son: la soledad social, la soledad familiar y la soledad romántica a través de 37 ítems con escala de respuestas de tipo Likert, desde “Totalmente en desacuerdo” (1) hasta “Totalmente de acuerdo” (7).

Debido a su larga extensión, algunos investigadores propusieron versiones abreviadas con 15 ítems, que pudieran ahorrar tiempo y recursos de los investigadores (Cramer, Ofosu, y Barry, 2000) o que pudieran ser utilizadas en contextos clínicos (DiTommaso, Brannen, y Best, 2004). Esta última la nombraron SELSA-S. Ambas versiones reducidas presentan buenas propiedades psicométricas comparables a la versión completa del instrumento. Además los autores de la SELSA-S hallaron correlaciones estadísticamente significativas entre esta escala y la UCLA-3.

Hay una versión de la SELSA-S adaptada al español por Yárnoz (2008), con propiedades psicométricas satisfactorias, coeficientes alfa de Cronbach 0,71 para la subescala de soledad social, 0,83 tanto para soledad familiar como para soledad romántica (o de pareja), y 0,84 para la escala completa, indicando ser un instrumento efectivo para medir la soledad con un abordaje multidimensional (Hombrados-Mendieta et al., 2013).

Aunque haya sido aplicada a diferentes muestras - estudiantes universitarios, personas divorciadas y pacientes de centros de salud mental - no fue administrada en muestras específicas de personas mayores españolas.

Según Yáñez (2008), la SELSA-S es un instrumento corto y fácil de contestar, además de considerar los aspectos social y emocional de la soledad, en vez de simplemente medir la intensidad del sentimiento (más o menos solo). La autora considera que se trata de un instrumento de medida adecuado para ser utilizado tanto de forma preventiva como de intervención en el ámbito de la salud.

El instrumento *Emotional and Social Loneliness Inventory* (ESLI) es una escala multidimensional que fue diseñada por Vincenzi y Grabosky (1987) con el objetivo de diferenciar entre cuatro constructos de la tipología de soledad sugerida por Weiss (1983): las condiciones de aislamiento social y emocional y los sentimientos de soledad social y emocional. Está compuesta por 30 ítems, 15 de los cuales miden los sentimientos subjetivos de soledad (ocho se refieren a la soledad emocional y siete, a la soledad social). Los demás ítems miden el aislamiento social objetivo. Los ítems se presentan en parejas, siendo que la primera pregunta se centra en la percepción de la persona entrevistada sobre una situación o conducta y la segunda busca información sobre cómo se siente la persona entrevistada a respecto de dicha situación o conducta. Las opciones de respuestas van desde “Normalmente cierto” (3) a “Raramente cierto” (0) y la intención de la escala es contrastar la percepción del sujeto sobre su red social frente a cómo se siente sobre ella.

La ESLI fue desarrollada a raíz de algunas críticas de sus autores respecto a los instrumentos disponibles en su época, tales como la *UCLA Loneliness Scale*, la Escala Diferencial de la Soledad y la *Loneliness Rating Scale*, que según ellos presentaban algunos fallos. En primer lugar, la construcción de todos estos instrumentos se basó en muestras de población “normal”, sin incluir a un grupo clínico de pacientes que pudieran

estar en mayor riesgo de sentirse solos. Esto podía haber influido en que el punto de corte establecido para indicar la soledad pudiera no ser lo más adecuado para otros tipos de público. Además, las escalas fueron diseñadas para indicar un grado de soledad sin ofrecer a los médicos información más específica de este estado.

Otro punto débil de los instrumentos anteriores a la ESLI, según han sugerido Vincenzi y Grabosky (1987), es que habían sido validados únicamente en muestras de estudiantes universitarios o de personas con nivel superior de estudios. Esto les llevó a dudar si las escalas también serían válidas para otros colectivos, como por ejemplo aquellos con niveles educativos más bajos. A partir de ahí, los autores de la ESLI aplicaron el instrumento en dos muestras que incluían desde estudiantes de instituto, universitarios y alumnos de postgrado hasta adultos que participaban en un programa de psicoterapia. Estos últimos componían el grupo clínico de la muestra y eran personas que habían sido derivadas porque se creía que tenían problemas de soledad y aislamiento.

El instrumento tiene buena fiabilidad interna, con coeficiente alfa de Cronbach de 0,85 para soledad social y emocional y 0,76 para aislamiento social y emocional. Los coeficientes alfa de Cronbach de las subescalas son los siguientes: 0,83 (aislamiento emocional), 0,80 (aislamiento social), 0,86 (soledad emocional) y 0,82 (soledad social). El coeficiente de fiabilidad test-retest obtenido por los autores de la escala tras haberla pasado a 20 sujetos del grupo clínico en un intervalo de dos semanas fue de 0,80. El hecho de que el grupo clínico hubiese puntuado más en la escala que las muestras de estudiantes y universitarios confirmó que el instrumento tiene buena validez concurrente.

Según Vincenzi y Grabosky (1987), la ESLI es una herramienta útil para los médicos porque puede ayudarles y a los propios pacientes porque pueden entender mejor sus problemas. Con los resultados de esta escala se obtiene una imagen más amplia sobre los déficits actuales de las redes sociales de sus pacientes, así como sus grados de

angustia. Además, les permite identificar problemas específicos cuando hay discrepancias entre la percepción de cada situación y la forma como los pacientes se sienten acerca de ellas.

A nivel local, se ha desarrollado en la Universidad de Granada un instrumento para medir la soledad en la población mayor española, la Escala ESTE. Tiene 36 ítems que miden cuatro dimensiones de la soledad: la soledad familiar, la soledad conyugal, la soledad social y la soledad existencial. Su elaboración se basó en otros instrumentos conocidos (UCLA, SELSA, ESLI y la Escala de Satisfacción Vital de Philadelphia) y se añadió una serie de indicadores de autopercepción (Rubio, 2004).

Se han encontrado en la literatura otros instrumentos disponibles para medir la soledad, pero han sido menos utilizados. Algunos ejemplos son: la Escala Diferencial de la Soledad (DLS), la Escala de Soledad en el Adulto Mayor (IMSOL-AM), la *Loneliness Literacy Scale*, la *Loneliness Rating Scale*, la Escala de Soledad de Wenger, la Escala de Soledad de la NYU, y la *Children's Loneliness Scale*.

La Escala Diferencial de la Soledad (DLS) fue elaborada por Schmidt y Sermat en 1983, con los objetivos de: 1. Reducir la sobreposición con los constructos de depresión, ansiedad y autoestima; 2. Disminuir el sesgo causado por la deseabilidad social en las respuestas; y 3. Para aumentar la homogeneidad. Dicho instrumento trata de identificar áreas y dimensiones específicas de las relaciones en que puede surgir la soledad y mide el nivel de satisfacción de la persona con cuatro tipos de relaciones – romántica y sexual, de amistad, con la familia y con grupos grandes o con la comunidad.

La DLS está compuesta por 60 ítems: 22 tratan el tema de las amistades; 18, las relaciones familiares; 12, las relaciones romántico-sexuales y 8, las relaciones grupales. En ninguno de ellos aparecen las palabras “solo” ni “soledad”. Las alternativas de

respuesta son “Verdadero” o “Falso” y la puntuación de la escala va desde 0 (no solo) hasta 60 (extremadamente solo). Hay dos versiones del instrumento: una dirigida a estudiantes universitarios y otra, a no estudiantes. Su consistencia interna cuando fue aplicada a un grupo de no estudiantes fue de 0,89 para los varones y de 0,92 para las mujeres. Asimismo la consistencia interna de las subescalas fue de: 0,71 para relaciones romántico-sexuales; 0,70 para las relaciones familiares; 0,72 para relaciones de amigos y 0,73 para relaciones grupales. La DLS mide los suministros, los déficits y las habilidades sociales, pero tal y como afirman los propios autores del instrumento, no es una medida directa de los sentimientos subjetivos de soledad (Shaver y Brennan, 1991).

En México, Montero-López y Rivera-Ledesma (2009) desarrollaron un instrumento específico para medir la soledad en personas mayores llamado Escala de Soledad en el Adulto Mayor (IMSOL-AM). Fue adaptada de un instrumento que ya existía para medir la soledad en población general, el Inventario Multifacético de Soledad (IMSOL) diseñado por Montero-López en 1999. Está compuesta por 20 ítems extraídos de la subescala de Carencia Emocional del instrumento original. Estos están repartidos en dos subescalas: “Alienación familiar” (11 ítems) e “Insatisfacción personal” (9 ítems). Tiene escala de respuestas de tipo Likert, que va desde (0) “Nunca” hasta (4) “Todo el tiempo”. Los autores del instrumento obtuvieron un índice de consistencia interna de 0,89 y correlaciones altas, directas y significativas entre los factores de soledad y la escala de depresión CES-D. Según sus autores, es una escala sencilla y práctica para medir la frecuencia de la experiencia de soledad en investigaciones clínicas y sociales, pues es corta y está adaptada a las peculiaridades de las personas mayores mexicanas. Sin embargo, reconocen que no ofrece una aproximación completa de la multidimensionalidad de la soledad.

La *Loneliness Literacy Scale* (LLS) fue diseñada con el objetivo de obtener un indicador para prevenir la soledad en la población mayor holandesa (Honigh-de Vlaming et al., 2014b). La escala estaba compuesta originalmente por 43 ítems, siendo que 14 de ellos pertenecían al constructo “conocimiento”, 11 a “autoeficacia” y 18 a “motivación”. Diez ítems de “conocimiento” tenían escala dicotómica de respuestas (“Sí” o “No”) y todos los demás ítems del instrumento contaban con escala de respuestas de tipo Likert con 5 pasos de respuesta, desde (1) “Totalmente de acuerdo” hasta (5) “Totalmente en desacuerdo”.

Tras pasar por varios análisis estadísticos, los autores de la LLS optaron por mantener 22 ítems repartidos en cuatro subescalas: “Motivación” (6 ítems), “Autoeficacia” (6 ítems), “Apoyo social percibido” (6 ítems) y “Norma subjetiva” (4 ítems). La subescala de “Motivación” reúne principalmente los ítems que tratan de la motivación por buscar apoyo; en “autoeficacia” se encuentran los ítems sobre la autovaloración de las habilidades para participar en actividades sociales y conversaciones, reunir información o pedir ayuda. En “apoyo social percibido” están los ítems sobre las experiencias anteriores con el apoyo social y la motivación para concordar con las opiniones de los demás; y en “norma subjetiva”, los ítems sobre la opinión personal y la opinión percibida de la familia, los amigos y los vecinos sobre la persona entrevistada. La LLS tiene validez y consistencia interna satisfactorias, siendo que los coeficientes alfa de Cronbach de cada una de las subescalas son todos superiores a 0,7, siendo 0,87 (Motivación), 0,83 (Autoeficacia), 0,74 (Apoyo social percibido) y 0,81 (Norma subjetiva). Tres de las subescalas tienen buena validez concurrente, ya que hay asociaciones positivas entre “autoeficacia” y “apoyo social percibido” y soledad, y negativas entre “norma subjetiva” y soledad.

La *Loneliness Rating Scale* (LRS) fue desarrollada por Scalise, Ginter, y Gerstein en 1984. Es un instrumento multidimensional que contiene 40 ítems y además de detectar el aislamiento, también mide conceptos tales como el agotamiento, la agitación y el abatimiento.

La *Children's Loneliness Scale* (CLS) es uno de los pocos instrumentos disponibles para medir la soledad en niños. Fue desarrollada por Asher, Hymel, y Renshaw en 1984 y se centra en la percepción de los niños sobre el aislamiento y el rechazo que sufren por parte de sus compañeros de escuela. También es conocida por algunos autores como *Loneliness Questionnaire* o *Loneliness and Social Dissatisfaction Scale* (Ebesutani et al., 2012).

Por otra parte, hay que mencionar que algunos autores prefieren utilizar una pregunta única en detrimento de las escalas validadas. Su formulación y las escalas de respuestas pueden variar, siendo una de las formas más habituales la pregunta directa “¿Se siente usted solo?” con escalas de tres o cuatro puntos, desde “Nunca” o “Casi nunca” hasta “A menudo” (Aartsen y Jylhä, 2011; Losada et al., 2012; Tiikkainen y Heikkinen, 2005).

Una variación de la pregunta sería “¿Ha experimentado usted la soledad?”, con una escala de respuesta de 5 puntos: “Nunca”, “Raramente”, “A veces”, “A menudo”, “Siempre” (Holmén y Furukawa, 2002). O algo más específico, como “¿Con qué frecuencia experimentó usted el sentimiento de soledad en la última semana?”, con escala de respuesta de cuatro puntos: desde “Casi nunca” hasta “Casi todo el tiempo” (Sundström et al., 2009).

La pregunta única es una medida directa, una opción fácil para ser usada en los entornos clínico y de investigación por su brevedad y suele tener buena aceptación de los

entrevistados (Luanaigh y Lawlor, 2008; Victor, Grenade et al., 2005). Sin embargo, al cuestionar una persona directamente sobre su sentimiento de soledad, se corre el riesgo de que lo niegue aunque sí se sienta sola, y consecuentemente, se obtendrían datos infravalorados del fenómeno y es así porque la soledad suele ser percibida como un estigma, asociado a un fracaso social que las personas no quieren asumir (Tiikkainen y Heikkinen, 2005; Victor, Grenade et al., 2005). Además, al optar por la pregunta única, se supone que todos los participantes de la investigación tienen el mismo entendimiento sobre el significado de la soledad, cuando es probable que existan distintas interpretaciones para el mismo término (Luanaigh y Lawlor, 2008; Victor, Grenade et al., 2005).

Algunos investigadores se empeñaron en comparar medidas directas de soledad con escalas validadas, con el objetivo de verificar si había diferencias en los resultados de soledad de acuerdo con el método de medición empleado (Nicolaisen y Thorsen, 2014b; Shiovitz-Ezra y Ayalon, 2012; Steed et al., 2007; Tomás, Montoro, Pinazo-Hernandis, Oliver, y Donio-Bellegarde, en revisión; Victor, Grenade et al., 2005). En la investigación de Victor, Grenade et al. (2005), se compararon los resultados de dos investigaciones llevadas a cabo en muestras distintas y utilizando métodos e instrumentos de medida distintos. La primera utilizó una pregunta directa en entrevistas cara a cara con muestra de personas mayores residentes en Reino Unido. La segunda fue empleada en una muestra mayor australiana y se utilizó la misma pregunta directa y además la escala DJGLS. En este caso, se optó por el formato autocumplimentado a través de cuestionarios enviados por correo postal.

Al contrastar las respuestas de ambas muestras con la pregunta directa, los autores identificaron que los resultados eran bastante similares, aunque el método de pase de cuestionario fuera distinto. Alrededor de un 60% de los participantes de cada país informó

que no se sentían solos nunca y entre un 8 y un 9%, que se sentían solos a menudo o siempre. Asimismo, los resultados de soledad medidos por la pregunta directa y aquellos obtenidos utilizándose la DJGLS en la muestra australiana fueron muy parecidos, especialmente en el extremo de soledad más severo. El 8% informó sentirse solo a menudo o siempre en la pregunta única y el 9% puntuó de soledad severa a muy severa en la DJGLS. Además un 63% de la muestra obtuvo la misma clasificación en ambos instrumentos de medida y de las 108 encuestas en que hubo diferencias de resultados entre instrumentos, 74 puntuaron más alto en la DJGLS que en la pregunta directa.

Datos semejantes fueron constatados por Nicolaisen y Thorsen (2014a) en una muestra grande de población general no institucionalizada en Noruega. Se utilizó una pregunta directa sobre la frecuencia de soledad y la versión reducida de la DJGLS con 6 ítems y con una escala de respuestas de cinco puntos cambiada (desde “Muy de acuerdo” hasta “Muy en desacuerdo”). En respuesta a la pregunta directa, se obtuvo un 21% de personas que informaron sentirse solas a veces o a menudo. En cambio, un 24% de la muestra presentó algún grado de soledad de acuerdo con la puntuación de la DJGLS.

Del total de la muestra de Nicolaisen y Thorsen (2014a), un 79% obtuvo la misma clasificación en ambos los instrumentos de medida. La prevalencia de soledad fue más alta en el grupo de personas mayores (65-81 años) independientemente del instrumento de medida utilizado. Sin embargo, cuando fue medida por la pregunta directa, la prevalencia de soledad era más elevada en las mujeres, coincidiendo con las diferencias de género registradas en diversas otras investigaciones. En cambio, no se observó esa diferencia de género en los grupos más mayores cuando la soledad fue medida por la DJGLS.

Asimismo, los autores detectaron diferencias de género entre las puntuaciones de soledad social y emocional: mientras los varones estaban socialmente más solos que las

mujeres en todos los grupos de edad, las mujeres mayores (50 o más años) estaban algo más solas emocionalmente que los varones. Esa diferencia podría ser explicada por el hecho de que generalmente las mujeres mayores se quedan viudas antes que los hombres y suelen vivir solas por más tiempo que los hombres (Nicolaisen y Thorsen, 2014b). Además, se detectaron diferencias en el orden de los factores predictores de soledad dependiendo del instrumento de medida utilizado. En el caso de la DJGLS, el predictor más importante fue la salud percibida, seguida del estado civil, la edad y el género, en este orden. Cuando fue medida con una pregunta directa, el estado civil se presentó como el principal factor predictor de soledad, seguido de la salud percibida, el género y la edad, en este orden. Sin embargo, en el grupo de personas mayores, el hecho de no tener pareja fue el principal predictor de soledad, independientemente del instrumento de medida empleado.

Con la misma muestra australiana de la investigación de Victor, Grenade et al. (2005), otro estudio fue llevado a cabo por Steed et al. (2007). Estos investigadores analizaron la prevalencia de soledad medida a través de tres instrumentos distintos: una pregunta directa y las escalas DJGLS y UCLA. Sus principales hallazgos se refieren a las asociaciones entre soledad y género y entre soledad y edad. Al utilizar la pregunta directa, se detectó que las mujeres informaban sentirse más solas que los varones. En cambio, cuando fue medida a través de las dos escalas validadas, no hubo diferencias significativas de género. Además, independientemente del método de medida empleado, no se hallaron evidencias sobre la asociación entre soledad y edad.

En la investigación llevada a cabo por Shiovitz-Ezra y Ayalon (2012), se utilizaron una pregunta directa sacada de la Escala de Depresión del Center for Epidemiologic Studies (CES-D) y la versión reducida de 3 ítems de la UCLA-R en una muestra de estadounidenses de 55 años de edad o más. A diferencia de lo que constataron

otros autores que compararon instrumentos, en este estudio se halló que un 57% de las personas que informaron sentirse solas en respuesta a la pregunta directa se clasificaron como “no solas” en la escala validada. Una posible explicación para esa diferencia es el hecho de que la pregunta única establecía un periodo de tiempo determinado - la semana anterior-, lo que no sucedía en la escala validada.

Otros resultados de dicha investigación se refieren a las asociaciones entre soledad y algunos datos sociodemográficos. En primer lugar, se identificó que la medida directa de soledad se asociaba significativamente con la edad, siendo que las personas más mayores informaban soledad con mayor frecuencia que las más jóvenes. Sin embargo, no hubo diferencias significativas en el nivel de soledad en función de edad cuando medido de forma indirecta. Además, cuando medida de forma indirecta, los individuos con niveles más altos de estudios tendían a informar menos soledad. La soledad fue más frecuente en mujeres y menos frecuente en personas casadas, con menos discapacidades en las AVDs y mejor estado de salud con ambos instrumentos de medida.

En resumen, existe una gran variedad de instrumentos disponibles para medir los sentimientos de soledad, desde escalas que fueron cuidadosamente elaboradas y validadas, presentando buenas características psicométricas, hasta preguntas más sencillas que tratan el tema de la soledad de forma directa. Pese las ventajas y las desventajas de cada tipo de instrumento de medida, cabe al investigador elegir aquel que mejor se adecúe a su estudio y a las características de la muestra que será entrevistada.

A modo de resumen, se presentan en la Tabla 3 a continuación las características de los instrumentos de medida de soledad que fueron detallados en este epígrafe.

Tabla 3

Cuadro resumen de los instrumentos utilizados para medir la soledad

Escala	Versiones	Autores (año)	N° de ítems	Alfa de Cronbach	Población diana
UCLA	UCLA	Russell, Peplau, y Ferguson (1978)	20	0,96	Estudiantes universitarios
	UCLA-R	Russell, Peplau, y Cutrona (1980)	20	0,94	Estudiantes universitarios
	UCLA-3	Russell (1996)	20	Entre 0,89 y 0,94	Población general
	Versiones reducidas	Varios	3, 4, 6, 8, 10	Entre 0,75 y 0,84	Población general
DJGLS	DJGLS	de Jong Gierveld y Kamphuis (1985)	11	0,84	Población general
	DJGLS reducida	de Jong Gierveld y van Tilburg (2006)	6	Entre 0,70 y 0,76	Población general
SELSA	SELSA	DiTommaso y Spinner (1993)	37	Entre 0,89 y 0,93	Adultos
	SELSA-S	DiTommaso, Brannen, y Best (2004)	15	Dato indisponible	Adultos
ESLI	ESLI	Vincenzi y Grabosky (1987)	30	Entre 0,76 y 0,85	Adolescentes y adultos
ESTE	ESTE	Rubio (2004)	36	0,92	Población mayor
DLS	DLS	Schmidt y Sermant (1983)	60	Entre 0,89 y 0,92	Población general
IMSOL	IMSOL	Montero-López (1999)	66	Entre 0,72 y 0,94	Población general
	IMSOL-AM	Montero-López y Rivera-Ledesma (2009)	20	0,89	Población mayor
LLS	LLS	Honigh-de Vlaming et al. (2014b)	22	Entre 0,74 y 0,87	Población mayor
LRS	LRS	Scalise, Ginter, y Gerstein (1984)	40	Entre 0,82 y 0,89	Población general
CLS	CLS	Asher, Hymel, y Renshaw (1984)	24	0,90	Niños

ESTUDIO EMPÍRICO

Desde un diseño de metodología cuantitativa, el estudio empírico realizado implicó la recolección y el análisis transversal de los datos.

Con respecto al tema de esta Tesis Doctoral, los datos disponibles sobre el perfil de las personas mayores que viven en Valencia sugieren que existe un porcentaje relevante y ascendente de personas que viven solas. Según datos del Ajuntament de València (2015), el 26,6% de los ciudadanos de 65 años o más que viven en viviendas familiares en la ciudad de Valencia viven solos, es decir, existen 41.285 personas mayores viviendo solas en Valencia. Así como pasa a nivel nacional, también en Valencia es más frecuente que esta situación se dé entre las mujeres que entre los varones. El 34,5% de las mujeres de 65 años o más (31.995) viven solas, frente al 14,7% de los varones de la misma edad (9.290). Esta fue la razón por la que elegimos basar nuestro estudio en una muestra compuesta solo por mujeres que viviesen solas en la ciudad de Valencia.

Los criterios de inclusión de la muestra del presente estudio fueron los siguientes: mujeres con 60 años de edad o más, no institucionalizadas y que vivían solas en la ciudad de Valencia.

A continuación se presentará el estudio con mayor detalle.

Capítulo 3. Estudio Cuantitativo

La revisión de la teoría permitió elaborar un instrumento compuesto por diferentes cuestionarios y escalas que medían las variables seleccionadas en la muestra del estudio, muestra representativa de la población diana.

3.1 Objetivos e Hipótesis

El objetivo general (OG) fue identificar la prevalencia del sentimiento de soledad y los factores que influyen en los sentimientos de soledad en mujeres mayores de 60 años.

Para ello se formularon los siguientes objetivos específicos:

OE1. Analizar la relación entre variables sociodemográficas y el sentimiento de soledad.

OE2. Analizar la relación entre conocimiento y uso de recursos de apoyo formal y sentimiento de soledad.

OE3. Analizar la relación entre salud percibida y sentimiento de soledad.

OE4. Analizar la relación entre espacio de vida y sentimiento de soledad.

OE5. Analizar la relación entre el apoyo social (familiar y de amistad) y sentimiento de soledad.

OE6. Analizar la relación entre la frecuencia de contacto con los familiares y sentimiento de soledad.

OE7. Analizar la relación entre satisfacción con la vida y sentimiento de soledad.

OE8. Analizar las relaciones entre las distintas variables del estudio.

OE9. Identificar el poder predictivo y mediador de las variables del estudio sobre la soledad.

Además, se plantearon las siguientes hipótesis para cada una de las categorías de análisis:

H1. Soledad y variables sociodemográficas:

H1.1 Las puntuaciones de soledad serán más elevadas en las mujeres de mayor edad.

H1.2 Las mujeres que llevan menos tiempo viviendo solas presentarán niveles más altos de soledad.

H1.3 Las mujeres viudas informarán sentirse más solas que las mujeres que están solteras o separadas.

H1.4 Las personas con niveles de estudios más bajos presentarán niveles más altos de soledad.

H1.5 Las personas que cuentan con menos ingresos se sentirán más solas.

H2. Soledad y conocimiento y uso de servicios sociales y de apoyo formal:

H2.1 Las personas que no conocen los distintos servicios ofrecidos por el Ayuntamiento informarán sentirse más solas que aquellas que los conocen.

H2.2 Las personas que no han usado en el último mes los servicios ofrecidos por el Ayuntamiento presentarán niveles más elevados de soledad.

H2.3 Las mujeres que no cuentan con recursos de apoyo formal tendrán puntuaciones más altas de soledad.

H3. Soledad y salud percibida:

H3.1 Las personas que tienen una percepción más negativa sobre su estado de salud informarán sentirse más solas que aquellas que consideran que su estado de salud es bueno o muy bueno.

H4. Soledad y espacio de vida:

H4.1 Las mujeres mayores que se mueven menos en su espacio de vida presentarán puntuaciones más elevadas en soledad.

H5. Soledad y apoyo social

H5.1 Las mujeres que cuenten con una red de apoyo familiar más reducida se sentirán más solas que aquellas que tengan más apoyo.

H5.2 Una red de apoyo social de amistades más reducida se relacionará con niveles más elevados de soledad.

H6. Soledad y frecuencia de contacto con los familiares

H6.1 Las mujeres que mantengan un contacto menos frecuente con sus familiares presentarán niveles más altos de soledad que aquellas que cuenten con un contacto más frecuente.

H7. Soledad y satisfacción con la vida

H7.1 Las personas que estén menos satisfechas con su vida informarán de niveles más altos de soledad.

H8. Relaciones entre las diversas variables estudiadas

H8.1 A mayor edad de las participantes, peor será la evaluación subjetiva sobre su estado de salud.

H8.2 A más edad, menos se moverán las mujeres entrevistadas en su espacio de vida.

H8.3 Las mujeres más mayores contarán con menos apoyo de sus relaciones de amistad, pero más apoyo de sus familiares cuando se comparan con las mujeres más jóvenes de la muestra.

H8.4 La satisfacción vital de las mujeres más mayores será más baja que la de las más jóvenes.

H8.5 Las mujeres con niveles más bajos de estudios y con menos ingresos económicos valorarán su estado de salud de forma más negativa que aquellas con más estudios y más ingresos.

H8.6 Las participantes con niveles más bajos de estudios y con menos ingresos económicos estarán más restringidas en su espacio de vida que aquellas con más estudios y más ingresos.

H8.7 La red de apoyo social, tanto familiar como de amistad, será más reducida en las mujeres que tienen menos estudios y menos ingresos.

H8.8 Las mujeres con menos estudios y menos ingresos informarán estar menos satisfechas con sus vidas.

H8.9 Las mujeres que cuenten con una mayor red de apoyo familiar usarán menos los servicios y recursos de apoyo formal que aquellas que tengan una red familiar más reducida.

H8.10 Las mujeres que cuenten con una mayor red de apoyo familiar tendrán mejor salud percibida.

H8.11 Cuanto mayor sea la red de apoyo familiar, más altas serán las medias de espacio de vida.

H8.12 Las entrevistadas con medias más elevadas en el tamaño de su red familiar contarán con menos apoyo social de sus amigos.

H8.13 Cuanto mayor sea la red de apoyo familiar, más frecuente será el contacto que mantengan con sus familiares.

H8.14 Las entrevistadas que cuenten con redes familiares más amplias estarán más satisfechas con sus vidas.

H8.15 Las mujeres que cuenten con una mayor red de apoyo de los amigos usarán menos servicios sociales y recursos de apoyo formal.

H8.16 Las entrevistadas que tengan una red de amigos más amplia tendrán mejor salud percibida.

H8.17 Las medias más altas de espacio de vida se darán en aquellas participantes que informen tener una red de amistad más amplia.

H8.18 Las mujeres que cuenten con más apoyo de sus amigos mantendrán contacto menos frecuente con sus familiares.

H8.19 Cuanto mayor sea la red de apoyo de amigos, más satisfechas estarán las participantes con sus vidas.

H9. Poder predictivo y mediador de las diversas variables sobre la soledad

H9.1 Se espera que las variables de red de apoyo social y salud percibida tengan mayor poder explicativo sobre la varianza de soledad que las variables sociodemográficas, la frecuencia de contacto con los familiares y el espacio de vida.

H9.2 Las variables estudiadas tendrán pesos distintos a la hora de predecir la soledad social y la soledad emocional.

H9.3 La soledad tendrá un papel mediador importante para explicar la satisfacción con la vida.

Como resumen a todo lo antedicho, en la Tabla 4 que se muestra a continuación se resumen los objetivos y las hipótesis propuestas para este estudio.

Tabla 4

Esquema general de los objetivos y de las hipótesis del estudio

Objetivos	Hipótesis
OE1. Soledad x variables sociodemográficas	H1.1 - H1.5
OE2. Soledad x servicios sociales y apoyo formal	H2.1 – H2.3
OE3. Soledad x salud percibida	H3.1
OE4. Soledad x espacio de vida	H4.1
OE5. Soledad x apoyo social (familiar y de amigos)	H5.1 – H5.2
OE6. Soledad x frecuencia de contacto con los familiares	H6.1
OE7. Soledad x satisfacción con la vida	H7.1
OE8. Relaciones entre las diferentes variables	H8.1-H8.19
OE9. Poder predictivo de las diferentes variables sobre soledad	H9.1-H9.3

3.2 Participantes

Se recogieron datos de una muestra de 277 mujeres mayores. Los criterios de inclusión fueron: género femenino, tener 60 o más años de edad, vivir solas en la ciudad de Valencia y ser usuarias de un servicio privado de teleasistencia.

La muestra incluyó mujeres entre 63 y 90 años, pero se ha decidido excluir del análisis aquí expuesto aquellos casos que tenían entre 63 y 69 años ($N=9$). Esa decisión se ha basado en el hecho de que el grupo en cuestión presentaba características muy distintas de las de los demás y no era lo suficientemente grande para que sus resultados pudieran ser comparados a los demás grupos de edad. Así, la muestra final cuyos datos serán presentados seguidamente estuvo compuesta por 267 mujeres, con edades comprendidas entre 70 y 90 años, siendo que la edad media era de 82,76 años ($DT=4,74$).

3.3 Procedimiento

Merced a un Convenio de Colaboración de la Universidad de Valencia con la empresa de servicios de teleasistencia se pudo contactar con sus clientes en Valencia a quienes se ofreció la posibilidad de participar.

Antes de empezar el trabajo de campo, se pasó el cuestionario piloto a varias personas que cumplían los criterios de inclusión. Estas entrevistas fueron realizadas en el domicilio de los sujetos, aplicadas por la doctoranda y grabadas en audio. Tenían como objetivo identificar posibles fallos o dificultades en el pase del instrumento, que pudieran ser corregidos antes de pasarlo a la muestra completa.

A partir de ahí, se hicieron ajustes, especialmente para hacer posible que el instrumento fuera aplicado telefónicamente. Siendo así, se tuvo en cuenta que el instrumento no fuera demasiado largo y que las preguntas y las escalas fueran cortas y de fácil comprensión, así como que las escalas de respuesta no tuvieran muchas alternativas. La versión final del instrumento puede ser vista en el apartado Anexos.

Las participantes fueron entrevistadas telefónicamente por las teleoperadoras de la empresa de teleasistencia tras haber pasado por una sesión de formación conducida por la doctoranda.

El banco de datos de clientes de la empresa de teleasistencia que fueron seleccionados por cumplir los criterios de inclusión de género, edad y por vivir solas en la ciudad de Valencia, era de 475 personas, pero no se pudo acceder a 121 de ellas porque no contestaron a las varias llamadas en la fecha en la que se realizó el trabajo de campo (meses de julio y agosto de 2015). De las 354 personas que sí contestaron al teléfono, 65 no aceptaron participar en la encuesta. De las 289 personas que aceptaron participar en la investigación, 12 encuestas no pudieron ser finalizadas por razones varias.

La muestra final del estudio contó con 277 sujetos y la tasa de respuesta fue de 58,32%. Posteriormente se optó por eliminar de los análisis diez de las entrevistas completas. En uno de los casos porque la participante informó vivir acompañada y en el resto, por la decisión de centrar el análisis en las personas de 70 o más años por los motivos ya presentados en un apartado anterior. Por lo tanto, la muestra final de casos analizados y discutidos en la presente Tesis Doctoral estuvo compuesta por 267 sujetos.

A continuación, se presenta un diagrama de flujo en la Figura 6, que resume los pasos que fueron dados hasta llegar a la muestra final del estudio.

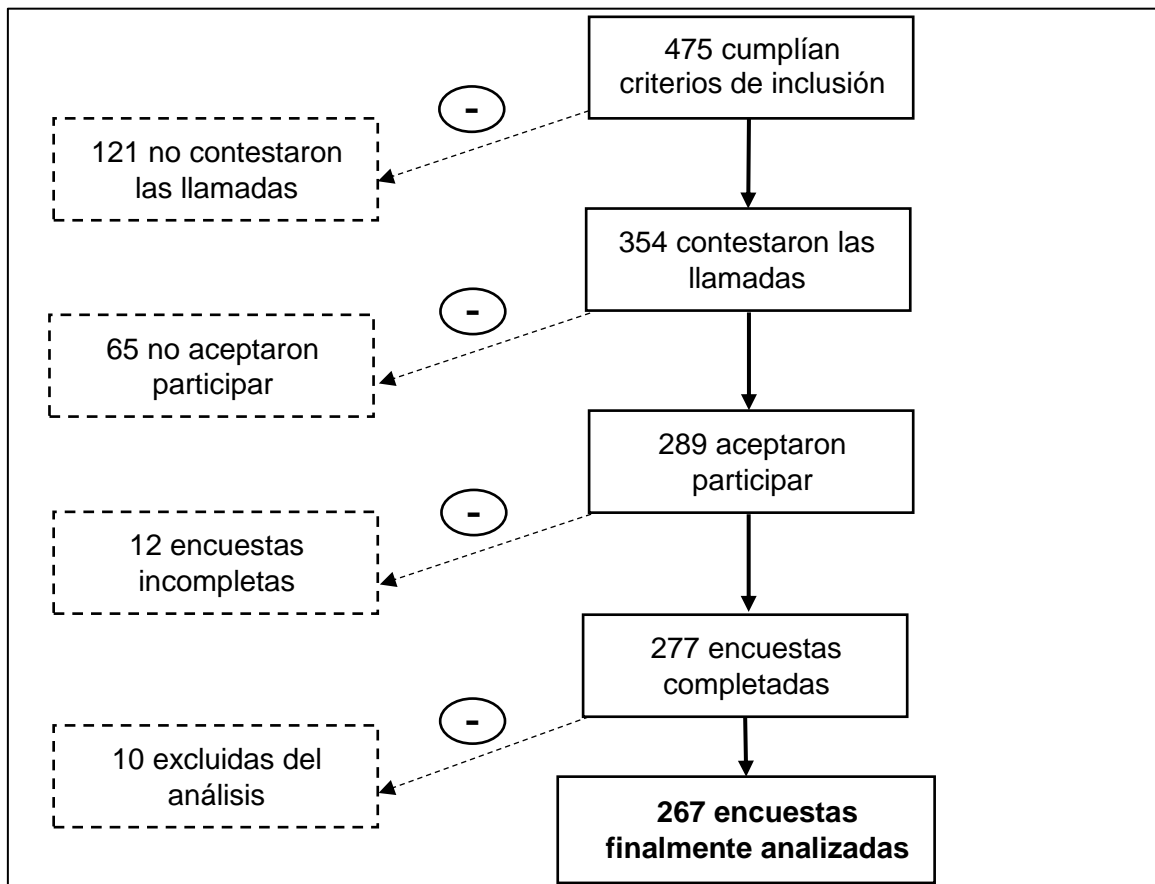


Figura 6. Diagrama de Flujo de la Muestra.

3.4 Instrumentos empleados

Se utilizó un instrumento compuesto por cuestionarios y escalas validadas, que fue aplicado telefónicamente a las participantes en el estudio. Dado que las entrevistas iban dirigidas a personas mayores y que no serían realizadas en persona sino por teléfono, se estableció un límite máximo de 15 minutos de duración. Las entrevistas no podían ser muy largas para evitar que las personas entrevistadas se cansasen o perdiesen el hilo o el interés por contestar todo el instrumento. Además, se buscó que las preguntas y las alternativas de respuesta ofrecidas fueran lo más cortas y sencillas posibles para evitar dificultades de comprensión.

Por esta razón, se estudiaron las alternativas disponibles para medir las variables de interés y, siempre que fue posible, se optó por los cuestionarios y escalas en su versión más breve. También se tuvieron en cuenta las propiedades psicométricas de las escalas, buscando incluir aquellos instrumentos de medida más fiables y adecuados al tipo de muestra y al diseño del estudio.

3.4.1 Variables sociodemográficas

El instrumento preguntaba por las siguientes variables sociodemográficas:

- a. Edad. Valores derivados de la fecha de nacimiento del sujeto y la edad numérica.
- b. Estado civil. Situación actual, seleccionada a partir de las siguientes alternativas de respuesta: *“Soltera”*; *“Casada o vive con la pareja”*; *“Viuda”*; *“Separada o divorciada”*.
- c. Nivel de estudios. Con las siguientes alternativas de respuesta: *“Sin estudios”*; *“Estudios primarios”*; *“Estudios secundarios”*; *“Estudios universitarios”*.

- d. Situación laboral actual. Situación en el momento de la investigación, señalando una de las siguientes alternativas: “*Jubilada*”; “*Prejubilada*” o “*Activa*”.
- e. Ocupación laboral (actual o anterior). Trabajo desarrollado actualmente (en el caso de los sujetos activos) o previamente a su situación de jubilación (para los jubilados y prejubilados).
- f. Nivel socioeconómico. Cantidad de ingresos personales mensuales informados, dividida en los siguientes rangos: “*Menos de 500€*”; “*500-999€*”; “*1.000-1.999€*”; “*2.000€ o más*”.
- g. Tiempo de vida en solitario. Número de meses /años desde que empezó a vivir sola, a partir de la pregunta “*¿Cuánto tiempo hace que vive sola?*”.
- h. Razones para vivir sola. Motivos que le llevaron a vivir sola, señalando una o más de las siguientes alternativas de respuestas: “*Viudedad*”; “*Separación/divorcio*”; “*Emancipación de los hijos*”; “*Nunca se casó*”; “*Otros*”.

3.4.2 Conocimiento y uso de servicios sociales y de recursos de apoyo formal

Por un lado, se preguntó sobre el conocimiento y el uso de servicios de apoyo social. Se presentó una lista de servicios de apoyo social ofrecidos por el Ayuntamiento de Valencia, confeccionada ad hoc y se preguntó: “*¿Cuál(es) de los siguientes servicios de apoyo social conoce usted?*”. Las alternativas de respuesta eran: “*Sí (lo conoce)*” y “*No (lo conoce)*” para cada servicio. De los servicios que la entrevistada contestó que conocía, se preguntó: “*¿De cuál(es) de ellos ha sido usuaria en el último mes?*”.

Por otro lado, se evaluó el uso de recursos de apoyo social formal a través de la pregunta “*¿Recibe usted visitas periódicas por parte de algún profesional, asociación o*

servicio de voluntariado?”. Las alternativas de respuesta eran: “*Sí*” o “*No*”. A las personas que contestaron afirmativamente, se les preguntó qué profesionales, asociaciones o servicios de voluntariado les visitaban y con qué frecuencia lo hacían. La escala de respuesta era: 1, “*Una vez al mes o menos*”; 2. “*Cada quince días*”; 3. “*Una vez a la semana*”; 4. “*De dos a seis veces a la semana*”; 5. “*A diario*”.

3.4.3 Salud percibida

Se utilizó una pregunta directa sobre la percepción del estado general de salud, con alternativas de respuesta: 1. “*Muy mala*”; 2. “*Mala*”; 3. “*Regular*”; 4. “*Buena*”; 5. “*Muy buena*”. Cuanto más elevada la puntuación, mejor es el estado de salud percibido. Esta es una forma rápida y sencilla de detectar los estados positivos y negativos de la salud, desde el punto de vista subjetivo del sujeto. Es el tipo de medida de salud percibida más utilizado y es muy útil para acompañar el estado de salud a nivel poblacional porque mide la percepción general de la salud de los individuos y refleja aquello que es importante para el sujeto al evaluar su salud (Hays, Spritzer, Thompson, y Cella, 2015).

Según Bailis et al. (2003), este tipo de instrumento es un resumen válido de medidas más detalladas sobre el estado de salud del sujeto. En una investigación longitudinal, estos autores compararon los resultados obtenidos a través de una pregunta única y directa de autoevaluación del estado general de salud con los datos informados sobre la percepción del propio estado de salud física y mental de forma más específica. Concluyeron que los cambios observados en la medida de salud general eran consistentes con aquellos medidos a través de los instrumentos más específicos. Finalmente, un estudio reciente (Pérez-Zepeda et al., 2016), en el que se han comparado diferentes maneras de medir la salud percibida en distintos países, confirma la validez de la pregunta única como una medida adecuada de salud general en muestras de personas mayores.

Cuando se estaba diseñando el instrumento de medida para la presente investigación, se llegó a plantear la inclusión de un cuestionario corto que midiera más dimensiones de la salud además de la percepción de su estado general. Se estudió la posibilidad de utilizar una versión reducida del Cuestionario de Salud SF-36 o el EuroQol 5-D (EQ-5D). Este último es el instrumento más utilizado en España para medir la calidad de vida relacionada con la salud, pero presenta ciertas desventajas frente a la versión SF-6D del Cuestionario de Salud SF-36, por ejemplo (Rebollo, Morís, Ortega, Valdés, y Ortega, 2007).

Para empezar, mientras el EQ-5D permite describir solo 243 estados de salud, el SF-6D llega a describir hasta 18.000, lo que posibilita al investigador reconocer pequeños cambios en el estado de salud percibido. Los mismos autores informan que estudios previos identificaron menores intervalos de puntuación y mayor efecto suelo cuando se utilizaba el SF-6D y mayores intervalos de puntuación y mayor efecto techo cuando se aplicaba el EQ-5D. Esto significa que el primero tenía menor capacidad para identificar diferencias entre los peores estados de salud, mientras que el EQ-5D tenía menor capacidad para detectar diferencias entre los mejores estados de salud.

Teniendo este dato en cuenta, se planteó incluir una versión corta del SF-36, ya que el perfil de las participantes del estudio, en concreto el criterio de inclusión “vivir solas”, nos hacía creer que contarían con estados de salud medianamente buenos como para permitirles tener cierta autonomía e independencia en sus casas. Finalmente, se ha optado por utilizar en la presente investigación una única pregunta sobre la percepción del estado general de salud de las participantes. Aunque los cuestionarios que se han mencionado son bastante cortos y sencillos de rellenar o aplicar, no nos pareció adecuado invertir en este tema aproximadamente 2 o 3 minutos del tiempo de entrevista, que es lo que se estima para la aplicación del EQ-5D (Herdman, Badia, y Berra, 2001).

3.4.4 Espacio de vida

Fue medido con el cuestionario *UAB Life-Space Assessment (LSA)*, desarrollado por Baker, Bodner, y Allman (2003) y adaptado y validado en castellano por Curcio et al. (2013) para ser usado en población mayor en Colombia. Mide el patrón habitual de movilidad de la persona durante los treinta días anteriores a la evaluación, examinando los lugares por donde se ha movido la entrevistada dentro de seis niveles, es decir, desde su casa hasta fuera de la ciudad. En concreto, tal y como se presenta en la Figura 7, el nivel 0 se refiere a un espacio de vida restringido a la habitación donde la persona duerme; el nivel 1 equivale al desplazamiento dentro de la vivienda de la persona; el 2 incluye también el área alrededor de su casa, como el jardín de su casa, el patio o el garaje del edificio. La persona que llega al nivel 3 es aquella que se mueve por las calles del barrio donde vive; el nivel 4 incluye los locales más allá del barrio donde uno vive, pero dentro de la ciudad. Finalmente, aquellas personas que alcanzan el nivel 5 son las que han salido de la ciudad donde viven.

Según los autores de la escala, ésta fue creada para rellenar una laguna dejada por los instrumentos anteriores que medían la movilidad. En lugar de simplemente describir qué son capaces de hacer las personas en un momento dado, la LSA mide la frecuencia del desplazamiento a varios espacios y la necesidad que tiene o no tiene de apoyo para llegar a estos espacios (Allman et al., 2006; Baker et al., 2003; Peel et al., 2005).

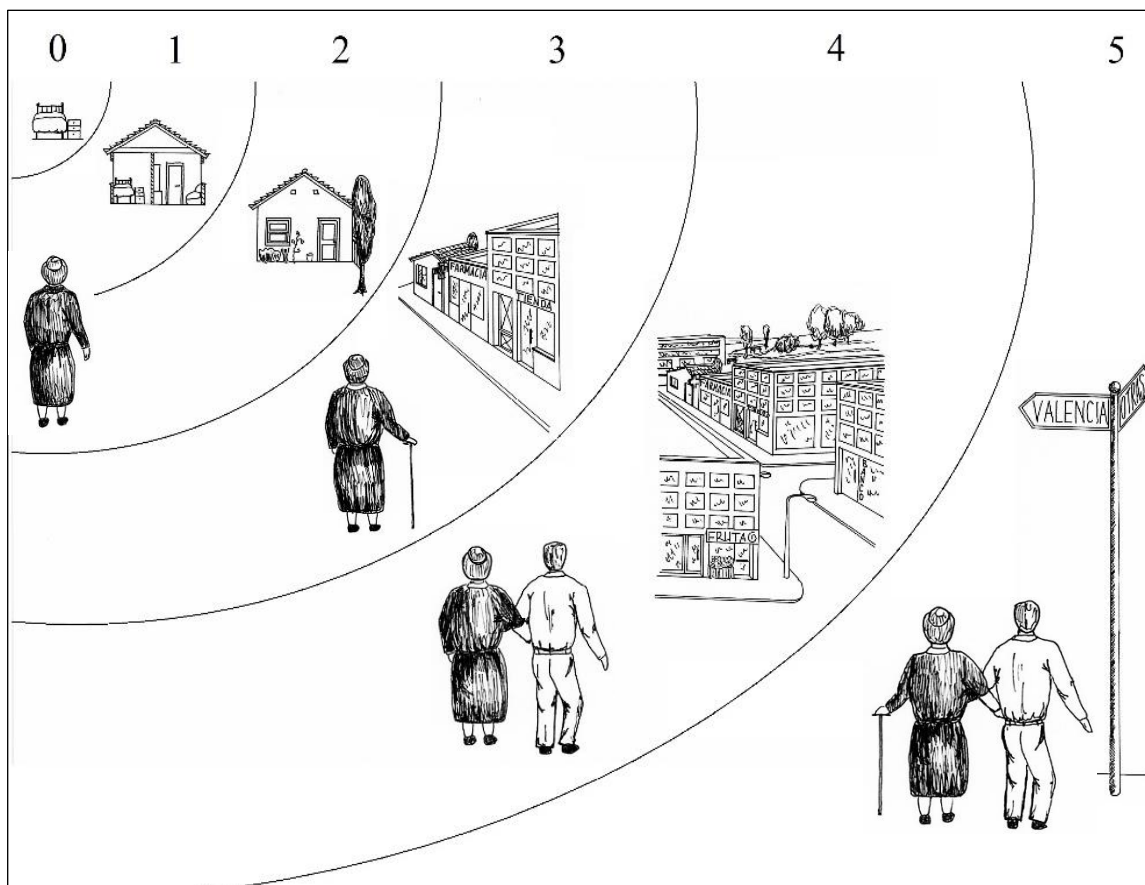


Figura 7. Desplazamientos de forma independiente o con ayuda (de producto de ayuda o de otra persona) por los diferentes niveles de espacio de vida.

Para cada nivel se usa una pregunta dicotómica, con alternativas “Sí” o “No” referente al hecho de si la entrevistada se ha desplazado hasta este nivel o no. En caso afirmativo, se le pregunta sobre la frecuencia con que lo ha hecho, desde 1. “Menos de una vez a la semana”; 2. “Una a tres veces a la semana”; 3. “Cuatro a seis veces a la semana”; 4. “A diario”; y finalmente sobre el uso o no, de ayuda de otras personas y el uso de productos de apoyo para desplazarse a ese nivel.

La LSA ofrece la posibilidad de analizar el espacio de vida a partir de diversos indicadores de movilidad. Por ejemplo, el coeficiente de *Maximal Life-Space* (LS-M) indica el nivel más alto del espacio de vida que uno puede alcanzar, aunque haya tenido

que utilizar algún producto de apoyo o ayuda de otras personas. Su puntuación oscila de 0 a 5, siendo que 0 se atribuiría a un individuo que no se ha desplazado ni siquiera dentro de su propia casa y 5, si ha salido de la ciudad. Si tomamos la Figura 7 como ejemplo, el LS-M de la señora que allí aparece sería igual a 5, ya que ha llegado a salir de la ciudad, aunque haya necesitado utilizar su bastón y ser acompañada por otra persona.

El coeficiente de *Assistive Life-Space* (LS-E) informa del nivel más alto que se puede obtener sin utilizar la ayuda de una persona, aunque pueda haber usado productos de apoyo. Su puntuación también oscila de 0 a 5, siendo que cuantos más puntos haya obtenido, más lejos ha logrado desplazarse sin la ayuda de otra persona, aunque pueda haber usado algún producto de apoyo. En el ejemplo de la Figura 7, el LS-E de la señora que allí aparece sería igual a 3, ya que fue capaz de desplazarse por su barrio, utilizando su bastón, pero sin la ayuda de otra persona.

El coeficiente de *Independent Life-Space* (LS-I) refleja el nivel más alto que uno puede alcanzar sin ningún tipo de ayuda (ni de equipamientos ni de personas). Este coeficiente sigue el mismo patrón de puntuación de los dos anteriores, siendo que cuanto mayor es la puntuación, más lejos ha llegado el sujeto sin haber utilizado ningún tipo de ayuda. Una vez más, si nos fijamos en el ejemplo de la Figura 7, el LS-I de la señora que allí aparece sería igual a 2, pues tan solo ha podido moverse hasta el jardín de su casa de forma totalmente independiente.

El coeficiente *Restricted Life-Space* (LS-ID) es un indicador de espacio de vida independiente que define si el espacio de vida de una persona es restringido o la persona está confinada a su barrio, o no restringido o la persona es capaz de viajar por la ciudad de forma independiente. Es una medida dicotómica generada a partir del resultado obtenido en el indicador LS-I, es decir, aquellos individuos que han logrado desplazarse solamente hasta el tercer nivel (dentro del propio barrio) son clasificados como

“restringidos al barrio”. En cambio, las personas que hayan llegado hasta el cuarto o quinto nivel (fuera del barrio, pero dentro de la ciudad o fuera de la ciudad, respectivamente) son clasificadas como no restringidos. En el caso de la señora de la Figura 7, la clasificaríamos como restringida a su barrio, ya que ha llegado tan solo al nivel 2 sin ningún tipo de ayuda.

Finalmente, se puede obtener una medida compuesta del espacio de vida, que se llama *Composite Life-Space* (LS-C) al combinar los componentes del espacio de vida logrados: el nivel, el grado de independencia y la frecuencia. Para calcular el LS-C, hay que multiplicar el número equivalente a cada nivel (1 a 5) por el grado de independencia (2 si no ha usado ningún tipo de ayuda; 1,5 si usó solamente algún equipamiento; o 1 si necesitó la ayuda de una persona y/o producto de apoyo) por el valor equivalente a la frecuencia de desplazamiento en este nivel (1 si la frecuencia fue inferior a una vez a la semana; 2 para una a tres veces a la semana; 3 para cuatro a seis veces a la semana; 4 si el desplazamiento ocurrió a diario). Tras hacer este cálculo para cada uno de los cinco niveles, se deben sumar los valores obtenidos en cada nivel y así se obtiene el indicador LS-C. El LS-C puede oscilar desde 0 (restricción total a la cama) hasta 120 (completamente independiente para viajar con frecuencia incluso fuera de la ciudad).

Para poner un último ejemplo, utilizando la Figura 7, supongamos que la señora representada allí informó que durante el pasado mes se desplazó a diario dentro de su casa de forma totalmente independiente. Para este primer nivel, se multiplicaría 1 (nivel 1) por 4 (a diario) por 2 (sin ninguna ayuda), obteniendo un resultado igual a 8. Se repetiría el mismo cálculo para los demás niveles. Supongamos que al nivel 2 se desplazó entre 4 y 6 veces a la semana, y como sabemos, también lo hizo sin ninguna ayuda. En este caso, se multiplicaría 2 (nivel 2) por 3 (4-6 veces a la semana) por 2 (sin ayuda), resultando en 12. En el nivel 3, el cálculo sería 3 (nivel 3) por 3 (4-6 veces a la semana) por 1,5 (con

producto de apoyo), lo que es igual a 13,5. En el nivel 4, el cálculo sería 4 (nivel 4) por 2 (1-3 veces a la semana) por 1 (con ayuda de una persona), lo que es igual a 8. En el nivel 5, el cálculo sería 5 (nivel 5) por 1 (menos de una vez a la semana) por 1 (con ayuda de una persona y producto de apoyo), lo que es igual a 5. Finalmente, sumaríamos el resultado obtenido en cada nivel ($8 + 12 + 13,5 + 8 + 5$) y obtendríamos un LS-C igual a 46,5.

La versión original de la LSA mostró buena fiabilidad de test-retest, siendo su coeficiente de correlación intra-clases igual a 0,96 (Baker et al., 2003). En la presente investigación se ha utilizado la versión validada en castellano por Curcio et al. (2013), la cual presentó un índice de fiabilidad significativo para el indicador de LS-C (ICC = 0,70; 95 % CI 0,49–0,83), moderado para el LS-M (ICC = 0,63; 95 % CI 0,39–0,79) y para el LS-I (ICC = 0,63; 95 % CI 0,38–0,77), y bajo para el LS-E (0,37; 95 % CI 0,07–0,61).

En resumen, la LSA es un instrumento fiable de movilidad que refleja aspectos de la participación social y es capaz de predecir importantes resultados clínicos (Baker, Bodner, Brown, Kennedy, y Allman, 2015). Fue traducida y adaptada para ser usada por diferentes culturas y grupos de población pero no había sido utilizada nunca en muestra española.

Además de la versión de Curcio et al. (2013), la LSA ha sido validada en otras muestras de personas mayores en otros países, como en Canadá (Auger et al., 2009), Japón (Shimada et al., 2010), Finlandia (Portegijs, Iwarsson, Rantakokko, Viljanen, y Rantanen, 2014) y Suecia (Kammerlind, Fristedt, Bravell, y Fransson, 2014). También ha sido validada en otros tipos de muestras, tales como en pacientes de cuidados paliativos en Australia (Phillips, Lam, Lockett, y Currow, 2014) y en pacientes con hemiplejía en Brasil (Estima, Dutra, Martins, y Franzoi, 2015).

A diferencia de otros instrumentos que miden la movilidad y que requieren un esfuerzo de observación a través de un contacto personal con el entrevistado, la LSA cuenta con la ventaja de poder ser aplicada tanto en entrevistas cara a cara como por teléfono (Baker et al., 2015).

3.4.5 Red de apoyo y aislamiento social

Se usó la versión corta de la Escala de Red Social de Lubben (LSNS-6) de Lubben et al. (2006), compuesta por seis ítems extraídos de la versión revisada de la escala (LSNS-R). Este instrumento mide el tamaño de la red de apoyo social de la persona de forma total y también por separado, a través de dos dimensiones de relaciones sociales: la familia y los amigos. Asimismo, a través del tamaño de su red de apoyo, la LSNS-6 indica si una persona está socialmente aislada o socialmente integrada.

La puntuación total de la escala oscila entre 0 y 30 y se obtiene a partir de la suma de cada uno de los seis ítems, que oscilan entre 0 y 5. Sus autores han establecido puntos de corte para clasificar a los sujetos según el nivel de riesgo de tener una red social extremadamente limitada. Si la suma total es igual o inferior a 12, el individuo estaría “socialmente aislado”, ya que esto significa que contaría con menos de dos personas de media para las funciones de integración social. En cambio, si puntúa más de 12 se le considera como “socialmente integrado”.

Las puntuaciones de las dimensiones de familia y amigos siguen criterios parecidos, siendo que cada dimensión oscila de 0 a 15 y el punto de corte para determinar si el sujeto está socialmente aislado o integrado en su grupo familiar o de amistad es 6. Eso significa que si un individuo puntúa 6 o menos en los ítems de red familiar por ejemplo, se le considera como socialmente aislado de la familia. Si puntúa más de 6 en

los ítems de red de amigos significa que está socialmente integrado en su grupo de amigos.

La fiabilidad interna de la versión original de la LSNS-6 es de 0,83, siendo que la fiabilidad de los ítems de red familiar va de 0,84 a 0,89 y para los de red de amigos, de 0,80 a 0,82. Con respecto a la validez del instrumento, sus autores informan que la LSNS-6 correlaciona con síntomas depresivos, mortalidad, causas de hospitalización, conductas de salud y con el estado general de salud física.

En el presente estudio se utilizó la versión en castellano disponible en la página web de Boston College¹. Los índices alfa de Cronbach obtenidos en la presente investigación para las dimensiones de red de apoyo familiar y red de apoyo de amigos fueron de 0,767 y 0,821 respectivamente. Estos datos confirman que la escala tiene buenas propiedades psicométricas.

3.4.6 Frecuencia de contacto con la familia

Se midió con una pregunta única que mide la frecuencia de contacto con la persona con la que tiene más relación: hijos, nietos, padres, hermanos, sobrinos y sobrino-nietos. La escala de respuesta era: 1. “*Nunca*”; 2. “*Algunas veces por año*”; 3. “*Varias veces por mes*”; 4. “*Varias veces por semana*”; 5. “*A diario*”.

3.4.7 Satisfacción con la vida

Se utilizó una pregunta directa sobre la satisfacción general con la vida, con una escala de respuesta tipo Likert de cinco puntos, desde 1. “*Nada satisfecha*” hasta 5. “*Muy satisfecha*”. Cuanto mayor es la puntuación en la escala, más satisfecho está el sujeto con

¹ <http://www.bc.edu/schools/gssw/lubben/translations.html>

su vida. Esta es una forma rápida y sencilla de detectar los niveles de satisfacción con la vida de modo general, desde el punto de vista de la subjetividad de la persona entrevistada. Para no sobrecargar a los entrevistados en investigaciones con muestras grandes, muchos investigadores han elegido usar una pregunta única para medir esa variable.

Además, hay evidencias de que es una manera fiable de recoger este tipo de información. En concreto, a través de encuestas telefónicas a dos muestras de estadounidenses y una muestra de alemanes, Cheung y Lucas (2014) comprobaron que la pregunta única sobre la satisfacción vital funcionaba de modo muy semejante a la versión corta de la *Satisfaction with Life Scale* (SWLS), de Diener, Emmons, Larsen, y Griffin (1985). Se constató que ambos instrumentos presentaban una correlación muy fuerte entre ellos. Además, se correlacionaban con variables externas, tales como salud y afecto, en semejante medida.

3.4.8 Soledad

Se utilizó la *de Jong Gierveld Loneliness Scale* (DJGLS), diseñada por de Jong Gierveld y Kamphuis (1985) para evaluar la presencia y la intensidad de los sentimientos de soledad. Está compuesta por 11 ítems, distribuidos en dos subescalas. La subescala de *soledad social* contiene cinco ítems formulados de forma positiva que preguntan sobre el sentimiento de pertenencia a algún grupo social. La subescala de *soledad emocional* tiene seis ítems formulados de forma negativa y explora los sentimientos de desolación y falta de relaciones de apego. Ninguno de los ítems utiliza la palabra soledad de forma explícita.

Al tratarse de encuestas telefónicas, se optó por utilizar tres categorías de respuesta, tal y como recomiendan los autores de la escala, siendo: 1. "No"; 2. "Más o menos"; y 3. "Si". Según los criterios de puntuación de la DJGLS establecidos en su

Manual (de Jong Gierveld y van Tilburg, 2011), para calcular la subescala de soledad emocional, hay que sumar la cantidad de veces que la persona contestó “*Sí*” o “*Más o menos*” a los ítems que se refieren a esta dimensión (2, 3, 5, 6, 9 y 10). La puntuación de esta subescala oscila entre 0 y 6. La puntuación de la dimensión de soledad social se obtiene sumando el número de veces que la persona entrevistada contestó “*No*” o “*Más o menos*” a los demás ítems (1, 4, 7, 8 y 11). La puntuación de la subescala de soledad social oscila entre 0 y 5. La puntuación de la soledad total es el resultado de la suma de los valores obtenidos en las dos subescalas, pudiendo variar entre 0 y 11 puntos.

Los autores del instrumento han determinado puntos de corte para la escala completa, pero no para sus dimensiones, lo que permite analizar los datos de soledad como una variable categórica y clasificar los sujetos de acuerdo con la presencia/ausencia y la intensidad del sentimiento. Así, los individuos que tengan puntuaciones entre 0 y 2 son considerados como “no solos”; aquellos que puntúen entre 3 y 8, viven en situación de “soledad moderada”; de 9 a 10, “soledad grave” y los que alcancen la puntuación máxima (11 puntos) son los que tienen “soledad muy grave”.

El instrumento presenta buenas propiedades psicométricas, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,84 para la escala completa, 0,88 para la subescala de soledad emocional y 0,88 para soledad social (de Jong Gierveld y van Tilburg, 2006). Existen evidencias de que se trata de un instrumento fiable y válido (Pinquart y Sörensen, 2001b), y es especialmente útil en investigaciones con muestras de personas mayores (Penning et al., 2014). Es el instrumento más usado en Europa para medir la soledad y está validado en población mayor española (Buz y Pérez-Arechaederra, 2014; Buz, Urchaga, et al., 2014).

En el presente estudio, se utilizó la versión validada en España por Buz, Urchaga, et al. (2014), cuyas propiedades psicométricas resultaron ser satisfactorias, lo que sugiere que el instrumento tiene alta precisión. En concreto, los índices alfa de Cronbach

obtenidos en la presente investigación para las dimensiones de soledad social y de soledad emocional fueron de 0,721 y 0,754 respectivamente. Otra investigación reciente en la que se utilizó la misma versión de la DJGLS, se obtuvo índices de fiabilidad un poco más elevados, siendo el alfa de Cronbach de 0,81 y el CRI (*Composite Reliability Index*) de 0,89 (Tomás et al., en prensa). Los autores concluyen que esta escala presenta buenos niveles de fiabilidad y de validez, siendo adecuada para ser utilizada en muestras de personas mayores españolas.

3.5 Análisis estadísticos

Para analizar las relaciones entre las variables objeto de este estudio se realizaron análisis estadísticos descriptivos, pruebas chi cuadrado, pruebas *t* de comparación de medias independientes, análisis de varianza, análisis de varianza multivariados, correlaciones de Pearson, regresiones lineales múltiples y un modelo de ecuaciones estructurales. La siguiente Tabla 5 recoge el esquema general de las diferentes pruebas estadísticas que fueron realizadas para responder a cada uno de los objetivos propuestos y de sus respectivas hipótesis.

Tabla 5

Esquema general de objetivos, hipótesis y análisis estadísticos del estudio

Objetivo	Hipótesis	Análisis estadísticos	Epígrafes
OG. Prevalencia de soledad y describir demás variables del estudio	No se plantearon hipótesis	Medias, desviaciones típicas, puntuaciones mínimas y máximas, porcentajes.	3.6.1-3.6.3
OE1. Soledad x variables sociodemográficas	H1.1 - H1.5	MANOVAs	3.6.4
OE2. Soledad x servicios sociales y apoyo formal	H2.1 – H2.3	MANOVAs	3.6.5
OE3. Soledad x salud percibida	H3.1	ANOVA y Correlaciones de Pearson	3.6.6 y 3.6.12
OE4. Soledad x espacio de vida	H4.1		3.6.7 y 3.6.12
OE5. Soledad x apoyo social (familiar y de amigos)	H5.1 – H5.2	MANOVAs y Correlaciones de Pearson	3.6.8 y 3.6.12
OE6. Soledad x frecuencia de contacto con los familiares	H6.1	ANOVAs y Correlaciones de Pearson	3.6.9 y 3.6.12
OE7. Soledad x satisfacción con la vida	H7.1	ANOVAs y Correlaciones de Pearson	3.6.10 y 3.6.12
OE8. Relaciones entre las diferentes variables	H8.1-H8.19	ANOVAs, Correlaciones de Pearson, Chi-cuadrados y Pruebas t	3.6.11
OE9. Poder predictivo y mediador de las variables sobre soledad	H9.1-H9.3	Regresiones lineales múltiples y Modelo de Ecuaciones Estructurales	3.6.12

En primer lugar, los análisis de datos incluyeron estadísticos descriptivos sobre las características sociodemográficas, el conocimiento y uso de servicios sociales y de apoyo formal. Para ello, se llevaron a cabo estimaciones de la media, desviación típica y puntuaciones mínimas y máximas en el caso de las variables cuantitativas, y estimaciones de porcentajes para las variables cualitativas o categóricas.

En segundo lugar, se estudió la prevalencia de soledad en los participantes. Para ello, se utilizaron los estadísticos descriptivos mencionados anteriormente: media, desviación típica y puntuaciones mínimas y máximas para las dimensiones de soledad (soledad social y soledad emocional) y para la puntuación total de soledad, y porcentajes para las categorías de soledad según la clasificación de la escala de Jong Gierveld: ausencia de soledad, soledad moderada, soledad grave y soledad muy grave.

En cuanto a la relación de la soledad y sus dimensiones con los datos sociodemográficos, ésta se estudió mediante correlaciones de Pearson y análisis de varianza multivariados (MANOVA). Las correlaciones se utilizaron para estudiar la relación de la soledad y sus dimensiones con la edad y el tiempo que las participantes en el estudio vivían solas. El coeficiente de correlación de Pearson se utiliza con datos cuantitativos o binarios (dicotómicos), con valores que oscilan de -1 a 1, donde -1 indica una relación lineal negativa perfecta, 1 indica una relación lineal positiva perfecta y 0 indica ausencia de relación lineal. El MANOVA pone a prueba las diferencias en el centroide de medias de las variables dependientes en función de las distintas categorías de las independientes. De entre los diversos criterios para valorar la significación estadística de estas diferencias, se escogió el criterio de Pillai, por ser el más robusto al incumplimiento de los supuestos subyacentes a la técnica (Tabachnick y Fidell, 2007). El segundo paso en un MANOVA se lleva a cabo si la prueba multivariada (F) arroja resultados estadísticamente significativos; entonces, se realizan pruebas univariadas (ANOVAs) de diferencias entre-

grupos, para conocer las diferencias exactas entre categorías, variable dependiente a variable dependiente, seguidas de pruebas a posteriori o post-hoc, si procede. Las pruebas a posteriori utilizadas en esta investigación fueron HDS Tukey y Games-Howell, en función del cumplimiento o incumplimiento del supuesto de igualdad de varianzas, respectivamente.

En todos los casos, las variables dependientes fueron las dos dimensiones de soledad, que estaban relacionadas ($r = -.425$, $p < .001$). En cuanto a las variables independientes, en el primer MANOVA se estudió el efecto de la variable estado civil (con dos categorías, a saber: soltera/separada/divorciada vs. viuda). En el segundo MANOVA, la variable nivel de estudios se utilizó como variable agrupadora (con tres categorías: sin estudios vs. estudios primarios vs. estudios secundarios o superiores). El tercer MANOVA evaluó el efecto de la situación laboral (con dos categorías: jubilada vs. ama de casa). El cuarto MANOVA evaluó las diferencias en soledad en función de los ingresos mensuales personales (con tres grupos: participantes con ingresos inferiores a 500 euros mensuales; con ingresos entre 500 y 1000 euros mensuales; y con ingresos superiores a 1000 euros mensuales). El quinto MANOVA estudió el efecto del motivo por el que las participantes vivían solas (con cuatro categorías: viudez vs. otros fallecimientos vs. emancipación de los hijos vs. otros motivos). Los últimos MANOVAs estudiaron los efectos de las variables conocimiento de Servicios Sociales (Servicio de Ayuda a Domicilio, SAD; con dos categorías: Sí vs. No), uso de Servicios Sociales (SAD; con dos categorías: Sí vs. No) y conocimiento de Servicios Sociales (comedor social; con dos categorías: Sí vs. No).

Para relacionar la soledad con las variables psicosociales, se calcularon ANOVAs y un MANOVA, así como diversas correlaciones de Pearson. Los ANOVAs y el MANOVA se emplearon para estudiar la relación de las variables psicosociales (espacio

de vida, apoyo social y sus dimensiones, frecuencia de contacto con familiares, satisfacción con la vida y percepción de salud) con la soledad cuando ésta se evaluaba de forma categórica. En concreto, y siguiendo las instrucciones de la *de Jong Gierveld Loneliness Scale* (de Jong Gierveld y Kamphuis, 1985; de Jong Gierveld y van Tilburg, 2011), se establecieron cuatro niveles de soledad, a saber: ausencia de soledad (entre 0 y 2 puntos), soledad moderada (de 3 a 8 puntos), soledad grave (de 9 a 10 puntos) y soledad muy grave (11 puntos). Las correlaciones se emplearon para estudiar la relación entre el espacio de vida, el apoyo social y sus dimensiones, la frecuencia de contacto con familiares, la satisfacción con la vida y la percepción de salud con la soledad y sus dimensiones, cuando éstas eran evaluadas de forma cuantitativa (calculadas las variables tal y como se justifica en la sección de instrumentos).

Adicionalmente, se estudió la relación entre las diferentes variables sociodemográficas (edad, tiempo que vive sola, estado civil, nivel de estudios, situación laboral, nivel de ingresos, motivos por los que viven solas, conocimiento y uso del SAD y conocimiento del comedor social) y el resto de variables contempladas en el estudio, a saber: salud percibida, satisfacción con la vida, espacio de vida, frecuencia de contacto – que a su vez incluye hijo, nieto, sobrino-nieto, hermano, sobrino, y la variable frecuencia de contacto total, calculada como suma de las anteriores – y red de apoyo social de familiares y de amigos. Para llevar a cabo estos análisis, se realizaron correlaciones de Pearson, para relacionar la edad y el tiempo que vivían solas con las variables psicosociales; pruebas *t* de comparación de medias de muestras independientes o no relacionadas, para relacionar las variables psicosociales con las características sociodemográficas con solo dos categorías (i.e., estado civil, situación laboral, conocimiento del SAD, uso del SAD y conocimiento del comedor social); y, finalmente, los análisis de varianza compararon las medias en las distintas variables psicosociales en

función del nivel de estudios de las participantes, su nivel de ingresos y los motivos por los que vivían solas.

En todos los casos, se realizaron tanto pruebas paramétricas como sus correspondientes correcciones *bootstrap*, dada la naturaleza ordinal de algunas de las variables objeto de estudio. La técnica *bootstrap* o *bootstrapping* es un método para derivar estimadores robustos de los errores estándar y los intervalos de confianza de estimadores como la media, mediana, proporción, *odds ratio*, coeficiente de correlación o coeficiente de regresión (Noreen, 1989). Además, también puede utilizarse para evaluar hipótesis. En este caso concreto, se ha utilizado como alternativa a las estimaciones paramétricas en aquellos casos en que las asunciones de los métodos paramétricos están cuestionadas.

En todos los casos, y dada la similitud de los resultados encontrados tanto mediante pruebas paramétricas como con sus correcciones con *bootstrap*, se informó de los resultados obtenidos mediante las primeras.

Finalmente, se estudió el valor predictivo del espacio de vida, las dimensiones del apoyo social, la frecuencia de contacto con familiares y la percepción de salud sobre las dimensiones de soledad, y el valor predictivo de las dimensiones de soledad sobre la satisfacción con la vida. Para ello, primero se llevaron a cabo diversas regresiones lineales múltiples y después se puso a prueba un modelo de ecuaciones estructurales en el que las dimensiones de soledad actuaban como mediadores en la predicción de la satisfacción con la vida.

La regresión lineal múltiple es un modelo matemático en el que diversas variables independientes o predictoras tratan de predecir los cambios en una variable dependiente o criterio. En la regresión se eligen unos valores determinados para los parámetros

desconocidos *beta*, de modo que la ecuación queda completamente especificada. De esta forma, el modelo nos sirve para identificar las variables explicativas, que pueden influir en la respuesta de los sujetos; en este caso, en su soledad y su satisfacción con la vida. Los coeficientes estandarizados, tal y como ocurría con los coeficientes de correlación, pueden tomar valores entre -1 y 1, donde -1 indica una relación lineal negativa perfecta, 1 indica una relación lineal positiva perfecta y 0 indica ausencia de relación lineal.

El modelo de ecuaciones estructurales especificado, estimado y puesto a prueba fue un *path analysis* o análisis de rutas, que se puede consultar en la Figura 8.

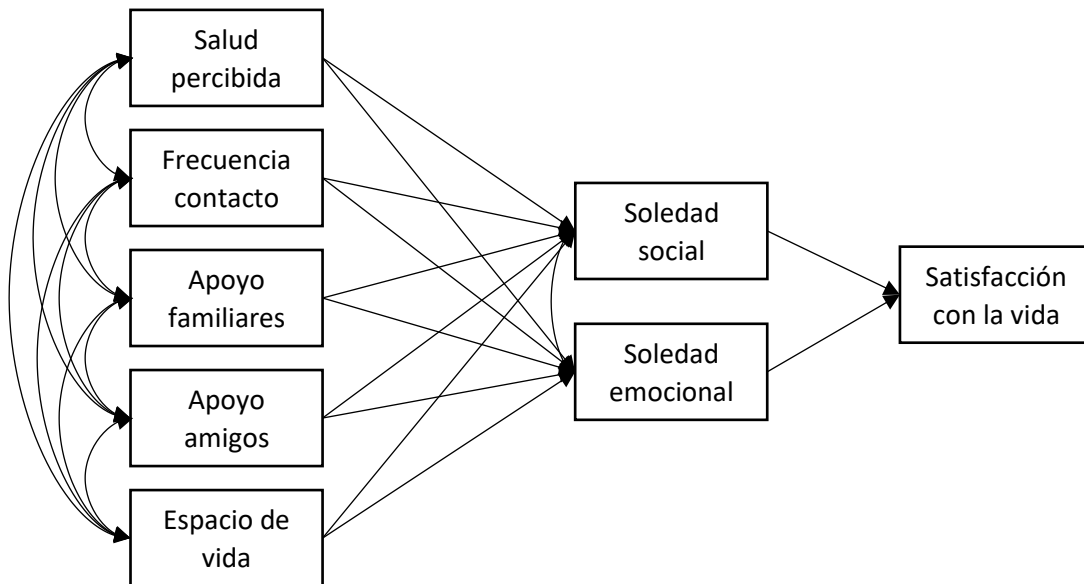


Figura 8. Modelo de ecuaciones estructurales puesto a prueba.

El coeficiente de Mardia tuvo un valor de 0,171. Dado que este valor está muy por debajo del valor que ofrecería $P(P+2)$, siendo P el número de variables observables, y siguiendo las recomendaciones de Bollen (1989), quien propone como valor límite para empezar a desconfiar de las estimaciones basadas en el supuesto de normalidad, se empleó como método de estimación el método estándar, máxima verosimilitud.

Adicionalmente, existe amplia evidencia de que funciona bien con variables en condiciones no óptimas (i.e., exceso de curtosis) (Hoyle y Panter, 1995).

Los modelos estructurales ponen a prueba un número elevado de relaciones (hipótesis de relación) entre variables de manera simultánea, y se evalúan mediante índices y estadísticos de ajuste que responden a si las relaciones planteadas, en su conjunto, son razonables. De los diversos índices y estadísticos, en este estudio se incluyeron los recomendados por la literatura (Hu y Bentler, 1999; Tanaka, 1993), a saber: a) el estadístico χ^2 , que indica un ajuste adecuado cuando no resulta estadísticamente significativo (Kline, 2011; Ullman, 1996); b) el *Comparative Fit Index* (CFI), con criterio de corte de ,90 (idealmente, valores mayores de ,93 son indicativos de un ajuste adecuado; Byrne, 1994); c) el *Goodness-of-Fit Index* (GFI), que indica modelos adecuados cuando los valores son superiores a ,90 (Hoyle y Panter, 1995); d) el *Standardized Root Mean square Residual* (SRMR), que se considera indicativo de un buen ajuste cuando cobra valores menores a ,08 (Hu y Bentler, 1999; Kline, 2011); y e) el *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA; Steiger y Lind, 1980), con un criterio de corte también de ,08 o menor como indicativo de buen ajuste. Tal y como indican Hu y Bentler (1999), un CFI de al menos ,95 y un RMSEA de menos ,06 juntos indican un buen ajuste del modelo hipotetizado a los datos. Este ajuste global se complementa con la prueba de la significatividad estadística de cada una de las relaciones planteadas en el modelo, que se conoce como ajuste analítico.

En todos los análisis se calculó el tamaño del efecto, bien con la *d* de Cohen en el caso de las pruebas *t* de comparación de medias, el coeficiente *r* para el caso de las correlaciones, bien con la η^2 parcial, para las pruebas *F*, bien mediante la β y la R^2 corregida, para las regresiones y el modelo de ecuaciones estructurales. El cálculo del tamaño del efecto sirve para cuantificar la magnitud de la relación entre diversas

variables. La d de Cohen se interpreta como un efecto pequeño cuando toma valores de 0,20, medio cuando éstos son de 0,50, y grande cuando son o superan el 0,80 (Cohen, 1988, 1992). En el caso del coeficiente de correlación de Pearson, éste se ha utilizado con datos cuantitativos o binarios (dicotómicos), con valores que oscilan de -1 a 1, donde -1 indica una relación lineal negativa perfecta, 1 indica una relación lineal positiva perfecta y 0 indica ausencia de relación lineal. Se tomaron como puntos de corte los propuestos por Cohen, de forma que se consideraron de pequeño tamaño cuando $r = ,10$, moderadas cuando $r = ,30$ y grandes cuando $r = ,50$ o superior (Cohen, 1988, 1992). En el caso de las pruebas F , se estimó el tamaño del efecto mediante la eta-cuadrado parcial. A este respecto, Cohen ofreció una guía para la interpretación de las magnitudes de dichos efectos: ,02, ,13 y ,26. Se emplean estos valores como punto de corte de un tamaño del efecto pequeño, medio y grande, respectivamente (Cohen, 1992). En el caso de las betas, o coeficientes estandarizados de las regresiones y del modelo de ecuaciones estructurales, estas oscilan entre -1 y +1 y se interpretan del mismo modo que el coeficiente de correlación de Pearson. Finalmente, las R^2 señalan el porcentaje de varianza explicado mediante los distintos predictores de la regresión o del modelo, siendo cero el menor valor posible y 1 el mayor. Todos los análisis se realizaron con los paquetes estadísticos SPSS 22 y EQS 6.1.

3.6 Resultados

3.6.1 Descriptivos. Características sociodemográficas, conocimiento y uso de servicios sociales y de apoyo formal

La muestra del presente estudio estaba compuesta por 267 mujeres con edades comprendidas entre 70 y 90 años ($M = 82,76$, $DT = 4,74$). La mayoría de las mujeres entrevistadas estaban viudas (el 87,6%), el 9,4% eran solteras y el 3,0% separadas o divorciadas. La mayor parte de las mujeres tenía un bajo nivel de estudios o ninguno. El 47,9% de ellas informó no tener estudios y el 33,3% tenía solamente estudios primarios. El 14,2% tenía estudios secundarios y tan solo el 4,6% de ellas contaba con estudios universitarios. Dado el reducido tamaño de las dos categorías de estudio superiores (estudios secundarios y universitarios), se optó por unirlas para análisis posteriores, creándose la categoría “estudios superiores”, la cual pasa a sumar el 18,8% de la muestra.

En lo que se refiere a su situación laboral tal y como se esperaba para este grupo de edad, prácticamente la mitad de la muestra informó estar jubilada (el 49,2%) y la otra mitad, ser ama de casa (el 50,8%). La pregunta sobre los ingresos personales mensuales tuvo un alto porcentaje de no respuesta - el 52,4% de los sujetos entrevistados se negó a contestar a la pregunta. Esta reacción ya estaba prevista, por tratarse de un tema delicado y aún más cuando se hace la entrevista por teléfono. Entre las personas que sí informaron sobre sus ingresos, la mayoría (el 73,2%) se sitúa entre 500 y 999 euros mensuales, el 17,3% tenía ingresos mensuales inferiores a 500 euros, el 7,9% cobraba entre 1.000 y 1.999 euros y tan solo el 1,6% percibía más de 2.000 euros al mes. Dado el reducido tamaño de las dos categorías superiores, se optó por unirlas, creándose la categoría “1.000 euros o más al mes”, que pasa a incluir al 9,5% del total de la muestra.

Cumpliendo uno de los criterios de inclusión del estudio, todas ellas vivían solas en el momento de la entrevista, con una media 9,48 años ($DT = 9,80$; siendo el mínimo 2,5 meses y el máximo 60 años) en esta condición de vida en solitario. Tres de ellas, todas solteras, llevaban 50 años o más en esa situación.

Entre los motivos que llevaron a las mujeres mayores a vivir solas, haberse quedado viudas fue el más frecuente (el 81,4%). En segundo lugar, estaría la pérdida por fallecimiento de otros familiares, representado por el 8,4% de las respuestas, seguido de la emancipación de los hijos (el 4,2%). Otras motivaciones mencionadas fueron: haberse separado o divorciado de su pareja (el 2,7%), no haberse casado nunca (el 1,1%), el hecho de que la persona con quien convivían se hubiese marchado (el 1,1%), y otros, sin especificar (el 1,1%). Dado el reducido tamaño de las cuatro últimas categorías, se optó por agruparlas en una nueva categoría denominada “otros motivos”, que pasa a representar el 6,1% del total de la muestra.

En lo referente al nivel de conocimiento que tenían esas mujeres de los Servicios Sociales que ofrece el Ayuntamiento de Valencia, el más conocido era el Servicio de Teleasistencia (el 100%), hecho que es totalmente comprensible ya que todas eran usuarias de ese tipo de servicio. El Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) era conocido por gran parte de la muestra (el 56,9%) y el comedor social, por el 47,9%. Sin embargo, tan solo el 5,2% de las entrevistadas informó haber usado el SAD en el mes anterior a la entrevista y sólo el 1,1% eran usuarias del comedor social.

Solamente una de las mujeres entrevistadas afirmó recibir visitas periódicas de algún profesional, asociación o servicio de voluntariado, como el servicio de reparto de comida del Ayuntamiento por ejemplo, del que recibía visitas diarias.

La Tabla 6 presentada a continuación reúne los resultados descriptivos de las características sociodemográficas y de conocimiento y uso de servicios sociales y de apoyo formal que han sido expuestos en esta sección.

Tabla 6

Características sociodemográficas, conocimiento y uso de servicios sociales

	Media (años)	DT	N
Edad	82,76	4,74	267
Tiempo viviendo sola	9,48	9,80	244
		%	N
Estado civil	Viudas	87,6	234
(N = 267)	Solteras	9,4	25
	Separadas o divorciadas	3,0	8
Nivel de estudios	Sin estudios	47,9	125
(N = 261)	Estudios primarios	33,3	87
	Estudios secundarios	14,2	37
	Estudios universitarios	4,6	12
Situación laboral	Jubilada	49,2	131
(N = 266)	Ama de casa	50,8	135
Ingresos mensuales	Menos de 500€	17,3	22
(N = 127)	500-999€	73,2	93
	1.000-1.999€	7,9	10
	2.000€ o más	1,6	2
Motivos para vivir sola	Viudedad	81,4	214
(N = 263)	Fallecimiento de otros familiares	8,4	22
	Emancipación de los hijos	4,2	11
	Otros motivos	6,1	16
Conocen Teleasistencia	Sí	100,0	267
(N = 267)	No	0,0	0
Conocen el SAD	Sí	56,9	152
(N = 267)	No	43,1	115
Conocen el comedor social	Sí	47,9	128
(N = 267)	No	52,1	139
Usan Teleasistencia	Sí	100,0	267
(N = 267)	No	0,0	0
Usan SAD	Sí	5,2	14
(N = 267)	No	94,8	253
Usan comedor social	Sí	1,1	3
(N = 267)	No	98,9	264

3.6.2 Descriptivos. Características de la red social e indicadores de salud percibida, espacio de vida y satisfacción vital

En referencia a la frecuencia de contacto que las mujeres entrevistadas tenían con sus familiares, tal y como se puede observar en la Tabla 7 que aparece a continuación, la mayoría de aquellas que informaron tener hijos mantenían contacto diario con sus hijos (el 83,0%). El contacto con los nietos era menos frecuente que con los hijos, siendo que de las mujeres que informaron tener nietos, el 22,9% lo hacía a diario, el 43,0% tenía contacto con sus nietos varias veces a la semana y el 22,4% varias veces al mes. Asimismo, de los 163 sujetos que afirmaron tener algún hermano(a) vivo(a), el 22,1% mantenía contacto diario con ellos, el 42,3% lo hacía varias veces a la semana y el 20,9% varias veces al mes.

Al analizar los resultados del contacto con los sobrinos y los sobrinos nietos, se observó que su frecuencia era aún más baja. De las 246 mujeres entrevistadas que afirmaron tener sobrinos, el 27,6% estaba en contacto con ellos tan solo algunas veces por año, el 28,0% lo hacía varias veces al mes y el 22,4% varias veces por semana. En el caso de las mujeres que tenían sobrinos nietos, la mayoría de ellas tenía un contacto muy esporádico con estos familiares: el 41,6% lo hacía algunas veces por año y el 23,0% nunca.

La mayoría de las entrevistadas ya no tenían a ninguno de sus padres vivos. Solamente una informó tenerlos, pero la frecuencia de contacto con ellos era nula.

En cuanto a la frecuencia de contacto con los familiares, y con la intención de simplificar el análisis de la frecuencia de contacto con la familia, se creó la variable “frecuencia de contacto con los familiares”, una variable de resultado calculada a partir de la suma de las medias de frecuencia de contacto obtenidas para cada uno de los

miembros de la red ya citados anteriormente. Esta variable osciló de 0 a 4, con $M = 2,50$ ($DT = 0,74$). En la Tabla 7 pueden observarse tanto las frecuencias de contacto como las medias utilizadas para la creación de la variable general.

Tabla 7

Distribución de la frecuencia de contacto con los familiares

	Hijos (N = 223)	Nietos (N = 214)	Hermanos (N = 163)	Sobrinos (N = 163)	Sobrinos nietos (N = 209)
Frecuencia de contacto (%)					
Nunca	0,9	4,2	4,9	11,8	23,0
Algunas veces por año	0,0	7,5	9,8	27,6	41,6
Varias veces por mes	2,7	22,4	20,9	28,0	19,1
Varias veces por semana	13,5	43,0	42,3	22,4	12,4
A diario	83,0	22,9	22,1	10,2	3,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Media (DT)	3,78 (0,58)	2,73 (1,03)	2,67 (1,08)	1,91 (1,17)	1,33 (1,08)

Otra medida utilizada para comprender las características de la red social de las mujeres entrevistadas fue el tamaño de su red de apoyo. Se analizaron dos dimensiones de la red social: la dimensión de la red de apoyo recibido de los familiares y la dimensión de la red de apoyo recibido de los amigos. La suma de ambas dimensiones compone la medida la red de apoyo social total.

La puntuación media del tamaño de la red social de las mujeres entrevistadas, incluidos los familiares y los amigos, era de 12,51 ($DT = 5,54$; 0-30). En el caso de la red familiar, la puntuación media fue de 8,07 ($DT = 3,06$; 0-15) y para la red de amigos, de 4,45 ($DT = 3,87$; 0-15).

Al considerar esas variables como categóricas y siguiendo las instrucciones ofrecidas por los autores de la Escala de Red Social de Lubben (LSNS-6), se obtuvieron los resultados que se pueden contemplar en la Tabla 8 sobre el aislamiento social de las

participantes. En concreto, considerando la dimensión de apoyo familiar, la mayoría de las mujeres entrevistadas (el 79,4%) pertenecían al grupo de las socialmente integradas, mientras que el 20,6% estaban socialmente aisladas.

Sin embargo, el escenario prácticamente se invierte cuando se analizan los resultados de la dimensión de apoyo recibido de los amigos. En este caso, el 60,3% de la muestra se encontraban en el grupo de las socialmente aisladas mientras que el 39,7% de ellas estaban socialmente integradas.

Como consecuencia, la distribución de la muestra en cuanto al apoyo social total resultó ser bastante equilibrada, siendo que el 55,8% de las mujeres resultaron estar socialmente integradas y el 44,2% se clasificaron como socialmente aisladas.

Tabla 8

Red de apoyo social total y sus dos dimensiones (variable categórica)

	Integración social	%	N
Red de apoyo social familiar	Socialmente aislada	20,6	55
	Socialmente integrada	79,4	212
	Total	100,0	267
Red de apoyo social de amigos	Socialmente aislada	60,3	161
	Socialmente integrada	39,7	106
	Total	100,0	267
Red de apoyo social total	Socialmente aislada	44,2	118
	Socialmente integrada	55,8	149
	Total	100,0	267

Referente al indicador de salud, medido a través de una autoevaluación del estado general de salud de las participantes, se obtuvo una puntuación media de 3,44 ($DT = 0,77$; 1-5). Cuando la percepción de salud fue analizada como una variable categórica, se pudo apreciar que la mayoría de la muestra percibía su salud general como buena (el 46,8%) o muy buena (el 4,5%). En el otro extremo, el 9,4% la clasificaba como mala y tan solo el

1,1%, como muy mala. Para mayor detalle, se puede observar la distribución de la autoevaluación del estado general de salud en la Tabla 9.

Tabla 9

Autoevaluación del estado general de salud (variable categórica)

Salud percibida	%	N
Muy mala	1,1	3
Mala	9,4	25
Regular	38,2	102
Buena	46,8	125
Muy buena	4,5	12
Total	100,0	267

Asimismo, la puntuación media de la satisfacción vital informada por las mujeres entrevistadas fue de 4,03 ($DT = 0,87$; 1-5). El análisis de la satisfacción con la vida como variable categórica desveló que la mayoría de las mujeres informaron estar bastante satisfechas (el 50,2%) o muy satisfechas (el 30,3%) con su vida en general. Por otro lado, solamente el 4,5% informó que estaba casi nada satisfecha y el 1,5%, nada satisfecha con su vida, de forma general. Para mayor detalle, se puede observar la distribución de la autoevaluación de la satisfacción vital en la Tabla 10.

Tabla 10

Autoevaluación de la satisfacción vital (variable categórica)

Satisfacción vital	%	N
Nada satisfecha	1,5	4
Casi nada satisfecha	4,5	12
Algo satisfecha	13,5	36
Bastante satisfecha	50,2	134
Muy satisfecha	30,3	81
Total	100,0	267

Referente a la medida del espacio de vida, tal y como se ha detallado en el apartado de Instrumentos de esta tesis, la escala utilizada ofrece la posibilidad de analizar este concepto a partir de diversos enfoques.

El primer indicador que se calculó fue el *Maximal Life-Space* (LS-M), el cual indica el nivel máximo de espacio de vida alcanzado por los sujetos entrevistados, aunque ellos hayan necesitado utilizar algún tipo de ayuda (productos de apoyo o ayuda de otra persona) para desplazarse. La puntuación media del LS-M en la muestra del presente estudio fue de 3,49 ($DT = 1,07$; rango: 0-5).

El siguiente indicador calculado, el *Assistive Life Space* (LS-E) ofrece información sobre el nivel máximo de espacio de vida alcanzado por las participantes cuando estas no fueron ayudadas por otras personas, aunque puedan haber usado algún equipamiento o producto de apoyo para llegar al destino. La puntuación media del LS-E en la muestra del presente estudio fue de 3,06 ($DT = 1,32$; rango: 0-5).

Otro indicador analizado fue el *Independent Life-Space* (LS-I), a través del cual se observa el nivel máximo de espacio de vida que lograron los individuos entrevistados de forma independiente, o sea, sin haber utilizado ningún tipo de ayuda. La puntuación media del LS-I en esta muestra fue de 1,60 ($DT = 1,75$; rango: 0-5).

A partir del LS-I se obtuvo un cuarto indicador denominado *Restricted Life-Space* (LS-ID), una medida dicotómica que define si el espacio de vida independiente del sujeto se restringe al barrio donde reside o si él fue capaz de moverse más allá de su barrio. La mayoría de la muestra (el 80,1%) pertenecía al grupo de los restringidos a su propio barrio, tal y como se puede observar en la Tabla 11 que se presenta a continuación.

Tabla 11

Espacio de vida restringido o no restringido

Restricted Life-Space (LS-ID)	%	N
Restringidas al barrio	80,1	214
No restringidas al barrio	19,9	53
Total	100,0	267

Finalmente, se calculó el *Composite Life-Space (LS-C)*, que es la medida que combina toda la información de la escala, desde el nivel máximo alcanzado por el sujeto hasta su grado de independencia (uso o no de ayuda) y la frecuencia con la que se ha desplazado a los distintos espacios. La puntuación media del LS-C en esta muestra fue de 40,43 ($DT = 21,59$; rango: 0-120).

La Tabla 12 que aparece a continuación resume la información de los diferentes indicadores calculados para analizar el espacio de vida de las mujeres entrevistadas en la presente investigación.

Tabla 12

Indicadores del espacio de vida (variables cuantitativas)

	Media	DT	Rango
Maximal Life-Space (LS-M)	3,49	1,07	0-5
Assistive Life-Space (LS-E)	3,06	1,32	0-5
Independent Life-Space (LS-I)	1,60	1,75	0-5
Composite Life-Space (LS-C)	40,43	21,59	0-120

Otra información que se obtuvo a través de los indicadores del espacio de vida fue la distribución de frecuencias del nivel máximo de espacio de vida alcanzado por las mujeres entrevistadas, considerando tres escenarios distintos. En primer lugar, el indicador LS-M demuestra el nivel máximo alcanzado por esas mujeres, sea de forma independiente o utilizando algún tipo de ayuda. El segundo escenario se basa en los

resultados de LS-E para indicar el nivel máximo de desplazamiento en el caso de no tener ayuda de otras personas, aunque puedan haber usado algún producto de apoyo. El tercer escenario considera los valores de LS-I y muestra hasta qué nivel se desplazaron las personas entrevistadas de forma totalmente independiente, es decir, sin ningún tipo de ayuda de equipamiento o persona.

Considerando el escenario 1 (LS-M), tal y como se aprecia en la Figura 9, se comprobó que durante el mes anterior a la encuesta tan solo una minoría de la muestra - el 0,7% - estuvo restringida a su habitación, es decir, al nivel 0 del espacio de vida. Tras analizar el perfil sociodemográfico y las demás características de estas dos entrevistadas, no se detectó ningún factor que pudiera indicar lo que las llevó a esta condición de limitación. También fueron pocas - el 3,7% - las mujeres que no llegaron a salir de sus casas, limitándose a moverse dentro de casa, es decir, al nivel 1; así como tan solo el 9,4% de ellas llegaron solamente hasta el nivel 2, esto es, el patio, el pasillo del edificio o la entrada de sus casas. Se observa que gran parte de las mujeres entrevistadas logró salir de casa y desplazarse por su barrio - el 37,1%- o incluso llegó a moverse en otros barrios de la ciudad - el 29,6%. Por otro lado, aquellas que atravesaron todos los niveles del espacio de vida llegando a salir de la ciudad, que es el nivel máximo que uno puede alcanzar, representan el 19,5% de la muestra.

Cuando se analiza la distribución de frecuencias de los demás indicadores (LS-E y LS-I) comparados con los resultados de LS-M, se observa una clara tendencia de aumento en los primeros niveles del espacio de vida (0 y 1) y de descenso en los tres últimos niveles (3, 4 y 5), tal y como se puede apreciar en la Figura 9. En concreto, cuando se plantea el escenario 2 (LS-E), es decir, el nivel máximo alcanzado por alguien que no necesitó la ayuda de otra persona, aunque puede haber utilizado algún producto de apoyo para desplazarse, el 4,9% de la muestra se sitúa en el nivel 0, es decir, no podría salir de

su habitación sin la ayuda de otra persona. Asimismo, el 7,9% solamente fue capaz de moverse dentro de casa (nivel 1) sin ayuda de otra persona, el 17,2% lo hizo hasta el nivel 2. Desplazarse dentro del barrio donde vivían en esas mismas condiciones fue posible para el 30,3% y mientras que el 25,5% llegó a moverse por otros barrios de la ciudad, el 14,2% de ellas alcanzó el nivel máximo de espacio de vida, es decir, salió de la ciudad.

Finalmente, el análisis del escenario 3 (LS-I) indica la misma tendencia de aumento en los dos primeros niveles del espacio de vida y un descenso en los demás niveles. Precisamente, casi la mitad de la muestra – el 45,7% - no sería capaz de salir de su habitación si no fuera por la ayuda de otra persona o de algún producto de apoyo. El 9,0% se limitaría a moverse dentro de casa en las mismas condiciones mientras que el 12,0% llegaría hasta el nivel 2 como máximo. Además, se observa que comparados con los resultados de LS-E, se reducen a la mitad o menos los porcentajes de mujeres mayores que han podido desplazarse de forma totalmente independiente por su barrio – el 13,5% - o por otros barrios de la ciudad – el 12,7%. De modo semejante, las personas que han podido alcanzar el nivel máximo de espacio de vida sin la ayuda ni de otras personas ni de productos de apoyo representaron tan solo el 7,1% del total de la muestra.

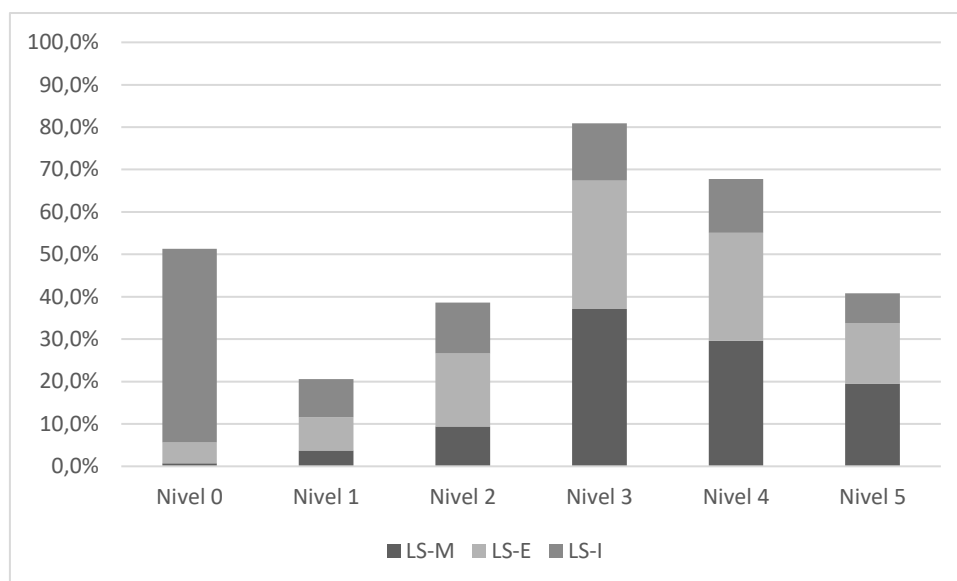


Figura 9. Distribución de frecuencias de los niveles de espacio de vida para los diferentes indicadores.

3.6.3 Prevalencia de soledad en la muestra

Al tratar la soledad como una variable categórica, se siguieron los criterios de puntuación de la escala DJGLS establecidos por sus autores en su Manual (de Jong Gierveld y van Tilburg, 2011) y se obtuvieron los resultados descritos a continuación. Como se puede observar en la Tabla 13, un tercio de la muestra (el 33,7%) informó que no se sentía sola y la mayor parte de las entrevistadas (el 57,3%) informó de soledad moderada. Los niveles más intensos de soledad afectaban a una minoría de la muestra, siendo que el 5,6% pertenecía al grupo de soledad grave y el 3,4% al de soledad muy grave.

Tabla 13

Nivel de soledad (variable categórica)

Soledad	%	N
No solas	33,7	90
Soledad moderada	57,3	153
Soledad grave	5,6	15
Soledad muy grave	3,4	9
Total	100,0	267

Aunque la DJGLS distingue las dos dimensiones que componen el concepto de soledad total, a saber, la soledad social y la soledad emocional, los autores del instrumento no establecieron en su Manual ningún punto de corte para clasificarlas por separado. Por este motivo y teniendo en cuenta su utilidad en los análisis posteriores que se presentarán a continuación, se ofrecen en la Tabla 14 las medias de las puntuaciones de la soledad total y de sus dos dimensiones.

En concreto, la puntuación media de la soledad total fue de 3,98 ($DT = 2,83$; 0-11), mientras que la puntuación media de la soledad social fue de 1,63 ($DT = 1,53$; 0-5) y la puntuación media de la soledad emocional fue de 2,35 ($DT = 1,85$; 0-6). Se recuerda que la puntuación de la soledad total se obtuvo a través de la suma de las medias de ambas dimensiones de soledad, es decir, la puntuación media de soledad social sumada a la puntuación media de la soledad emocional.

Tabla 14

Nivel de soledad (variable cuantitativa)

	Media	DT
Soledad social	1,63	1,53
Soledad emocional	2,35	1,85
Soledad total	3,98	2,83

3.6.4 Relaciones entre soledad y características sociodemográficas

Para estudiar la relación de las dos dimensiones de soledad, social y emocional, con las distintas características sociodemográficas, se llevaron a cabo diversas correlaciones de Pearson así como diversos análisis de varianza multivariados (MANOVA).

En cuanto a las correlaciones, que estudiaron la relación entre las dimensiones de soledad y las variables cuantitativas, edad y tiempo que hace que vive sola, éstas no resultaron estadísticamente significativas: ni para la dimensión social de soledad ($r = ,047$, $p = ,442$ con edad, y $r = ,104$, $p = ,103$ con tiempo que vive sola), ni para la dimensión emocional ($r = -,067$, $p = ,277$, y $r = ,093$, $p = ,148$, respectivamente). De esta forma, no se encontró relación entre edad y tiempo que hace que vive sola con las dimensiones de soledad.

Por lo que respecta a la relación de soledad con el estado civil, el MANOVA no resultó estadísticamente significativo ($F(2, 264) = 0,852$, $p = ,428$, $\eta^2 = ,006$), mostrando así ausencia de diferencias entre las medias de soledad en función del estado civil de las personas. Para mayor detalle, se pueden observar las medias de los distintos grupos de estado civil para cada dimensión en la Tabla 15.

Tabla 15

Medias de las dimensiones social y emocional de soledad en función del estado civil

	Estado civil	Media	DT	N
Soledad social	Soltera/Separada/Divorciada	1,91	1,81	33
	Viuda	1,59	1,49	234
Soledad emocional	Soltera/Separada/Divorciada	2,67	2,03	33
	Viuda	2,30	1,83	234

Respecto a la relación entre soledad y nivel de estudios, el MANOVA no resultó estadísticamente significativo ($F(4, 516) = 1,715, p = ,145, \eta^2 = ,013$), no señalando diferencias entre las medias de soledad en función del nivel de estudios de las mujeres entrevistadas. Para mayor detalle, se pueden observar las medias de los distintos grupos de nivel de estudios para cada dimensión en la Tabla 16.

Tabla 16

Medias de las dimensiones social y emocional de soledad en función del nivel de estudios

	Nivel de estudios	Media	DT	N
Soledad social	Sin estudios	1,88	1,54	125
	Estudios primarios	1,33	1,45	87
	Estudios secundarios o universitarios	1,57	1,58	49
Soledad emocional	Sin estudios	2,46	1,97	125
	Estudios primarios	2,25	1,68	87
	Estudios secundarios o universitarios	2,43	1,89	49

Asimismo no se apreciaron diferencias estadísticamente significativas entre las medias de soledad en función de la situación laboral ($F(2, 263) = 0,974, p = ,379, \eta^2 = ,007$). Las medias de los grupos de situación laboral para cada dimensión pueden observarse en la Tabla 17.

Tabla 17

Medias de las dimensiones social y emocional de soledad en función de la situación laboral

	Situación laboral	Media	DT	N
Soledad social	Jubilada	1,50	1,51	131
	Ama de casa	1,75	1,55	135
Soledad emocional	Jubilada	2,24	1,79	131
	Ama de casa	2,44	1,92	135

De un modo similar, el resultado del MANOVA para la relación entre la soledad y el nivel de ingresos indicó que no existían diferencias estadísticamente significativas en las medias de soledad en función del nivel de ingresos ($F(6, 246) = 1,220, p = ,297, \eta^2 = ,029$). Para mayor detalle, se pueden observar las medias de los distintos grupos de nivel de estudios para cada dimensión en la Tabla 18.

Tabla 18

Medias de las dimensiones social y emocional de soledad en función del nivel de ingresos

	Nivel de ingresos	Media	DT	N
Soledad social	Menos de 500€	1,73	1,78	22
	500-999€	1,52	1,43	93
	1.000-1.999€	1,40	1,43	10
	2.000€ o más	1,00	1,41	2
Soledad emocional	Menos de 500€	3,32	1,84	22
	500-999€	2,17	1,95	93
	1.000-1.999€	2,30	2,00	10
	2.000€ o más	1,00	1,41	2

En cuanto a la relación de soledad con los motivos que llevaron a las entrevistadas a vivir solas, una vez más se apreció ausencia de diferencias estadísticamente significativas en los resultados del MANOVA ($F(6, 518) = 0,619, p = ,715, \eta^2 = ,007$).

Para mayor detalle, se pueden observar las medias de los distintos grupos de estado civil para cada dimensión en la Tabla 19.

Tabla 19

Medias de las dimensiones social y emocional de soledad en función de los motivos para vivir solas

	Motivos	Media	DT	N
Soledad social	Viudez	1,60	1,46	214
	Otros fallecimientos	1,77	1,85	22
	Emancipación hijos	1,09	1,76	11
	Otros	1,94	1,61	16
Soledad emocional	Viudez	2,30	1,79	214
	Otros fallecimientos	2,23	2,09	22
	Emancipación hijos	2,64	2,16	11
	Otros	2,56	2,00	16

3.6.5 Relaciones de la soledad con el conocimiento y uso de servicios sociales y de recursos de apoyo formal

Tras realizar los MANOVAs para analizar por una parte la relación entre soledad y el conocimiento de los servicios sociales existentes en Valencia y por otra, la relación entre soledad y el uso de dichos servicios, tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas (ver Tablas 20, 21 y 22). Más específicamente, las medias de soledad no variaban significativamente en función ni del conocimiento del Servicio de Ayuda a Domicilio ($F(2, 264) = 0,184, p = ,832, \eta^2 = ,001$) ni del uso del servicio de Ayuda a Domicilio ($F(2, 264) = 0,646, p = ,525, \eta^2 = ,005$). De manera semejante, no se apreciaron diferencias estadísticamente significativas en soledad en función del conocimiento del comedor social ($F(2, 264) = 0,415, p = ,661, \eta^2 = ,003$).

Tabla 20

Medias de las dimensiones social y emocional de soledad en función del conocimiento del SAD

	Conocimiento SAD	Media	DT	N
Soledad social	Sí	1,63	1,55	152
	No	1,63	1,51	115
Soledad emocional	Sí	2,40	1,89	152
	No	2,28	1,81	115

Tabla 21

Medias de las dimensiones social y emocional de soledad en función del uso del SAD

	Uso del SAD	Media	DT	N
Soledad social	Sí	1,21	1,58	14
	No	1,65	1,53	253
Soledad emocional	Sí	2,36	1,78	14
	No	2,35	1,86	253

Tabla 22

Medias de las dimensiones social y emocional de soledad en función del conocimiento del comedor social

	Conocimiento comedor social	Media	DT	N
Soledad social	Sí	1,60	1,53	128
	No	1,65	1,54	139
Soledad emocional	Sí	2,43	1,89	128
	No	2,27	1,82	139

No se pudo analizar la relación entre soledad y uso del comedor social por el reducido tamaño de la muestra de personas que informaron ser usuarias de dicho servicio (n = 3). De la misma forma, tampoco se pudieron estudiar diferencias en función del conocimiento y el uso de la teleasistencia, puesto que todas eran usuarias del servicio y

por lo tanto contestaron que sí a las preguntas de conocimiento y uso. Por este motivo, no hay posibilidad de hacer comparaciones.

Lo mismo vale para las preguntas sobre el uso de apoyo social formal, ya que solamente una de las mujeres entrevistadas afirmó ser beneficiaria de este tipo de servicio.

3.6.6 Relación entre soledad y salud percibida

Para los análisis que se describirán en este apartado y en los siguientes, en los que se estudiaron las relaciones entre la soledad y las variables psicosociales del estudio, se optó por tratar la soledad como variable categórica, en vez de como variable cuantitativa. De este modo, se ha podido obtener datos más específicos sobre las posibles variaciones de los diferentes factores psicosociales en función de la intensidad de soledad. Se calculó un ANOVA en el que se estudiaron las medias de salud percibida en función del grado de soledad. Es decir, se puso a prueba si existían diferencias en las medias de salud en función de la categoría de soledad de las participantes. Este análisis resultó estadísticamente significativo ($F(3, 263) = 4,119, p = ,007, \eta^2 = ,045$). En concreto, las pruebas post-hoc apuntaron diferencias estadísticamente significativas en salud percibida entre las mujeres que no se sentían solas y el grupo de mujeres que sufrían soledad muy grave, siendo estas diferencias a favor de las mujeres no solas, quienes mostraron mayores puntuaciones en salud percibida (ver Tabla 23).

Tabla 23

Medias de salud percibida en función del grado de soledad

Grado de soledad	Media	DT	N
No solas	3,57	,654	90
Soledad moderada	3,44	,818	153
Soledad grave	3,00	,756	15
Soledad muy grave	2,89	,601	9

3.6.7 Relaciones entre la soledad y el espacio de vida

También se calculó un MANOVA en el que se estudiaron las medias de diferentes dimensiones del espacio de vida en función del grado de soledad. Para ello se utilizaron los índices *Composite Life-Space* (LS-C), *Maximal Life-Space* (LS-M), *Assistive Life-Space* (LS-E) e *Independent Life-Space* (LS-I), de los que ya se habló en un epígrafe anterior. Este análisis no resultó estadísticamente significativo ($F(12, 786) = 0,755, p = ,698, \eta^2 = ,011$). Por lo tanto, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en el espacio de vida entre los distintos grupos formados de acuerdo con el grado de soledad sufrido por las mujeres entrevistadas (ver Tabla 24).

Tabla 24

Medias de espacio de vida en función del grado de soledad

Dependientes	Grupos	Media	DT	N
Composite Life-Space (LS-C)	No solas	42,03	20,18	90
	Soledad moderada	40,41	22,93	153
	Soledad grave	34,57	16,34	15
	Soledad muy grave	34,61	19,44	9
Maximal Life-Space (LS-M)	No solas	3,63	1,00	90
	Soledad moderada	3,44	1,12	153
	Soledad grave	3,27	0,96	15
	Soledad muy grave	3,33	1,00	9
Assistive Life-Space (LS-E)	No solas	3,08	1,40	90
	Soledad moderada	3,07	1,31	153
	Soledad grave	3,00	1,31	15
	Soledad muy grave	3,00	0,87	9
Independent Life-Space (LS-I)	No solas	1,57	1,72	90
	Soledad moderada	1,64	1,79	153
	Soledad grave	1,67	1,63	15
	Soledad muy grave	1,11	1,54	9

Adicionalmente, para estudiar la relación entre el grado de soledad de las participantes y su relación con el acceso al barrio (restringido vs. no restringido), se calculó una prueba chi-cuadrado. Los resultados tampoco fueron estadísticamente significativos ($\chi^2(3) = 0,594, p = ,898, V \text{ de Cramer} = ,047$). De hecho, y tal y como se puede observar en la Tabla 25, existe prácticamente el mismo porcentaje de mujeres que no se sienten solas, que sufren soledad moderada, soledad grave o soledad muy grave, independientemente de si su acceso al barrio es restringido o no restringido.

Tabla 25

Distribución de las participantes en función de su grado de soledad y el acceso al barrio

			No solas	Soledad moderada	Soledad grave	Soledad muy grave	Total
LS-ID	Restringido al barrio	Recuento	73	121	12	8	214
		% Acceso al barrio	34,1%	56,5%	5,6%	3,7%	100,0%
	No restringido al barrio	Recuento	17	32	3	1	51
		% Acceso al barrio	32,1%	60,4%	5,7%	1,9%	100,0%
Total		Recuento	90	153	15	9	267
		% Acceso al barrio	33,7%	57,3%	5,6%	3,4%	100,0%

3.6.8 Relaciones entre la soledad y la red de apoyo social

Se calculó un MANOVA en el que se estudiaron las medias de las redes de apoyo social familiar y apoyo social de amigos en función del grado de soledad. Este análisis resultó estadísticamente significativo ($F(6, 526) = 10,726, p < ,001, \eta^2 = ,109$). En concreto, las pruebas post-hoc apuntaron diferencias estadísticamente significativas en el apoyo social recibido de sus familiares entre las mujeres que no se sentían solas y todos los demás grupos de mujeres que sufrían soledad desde moderada hasta muy grave, siendo estas diferencias a favor de las mujeres no solas, quienes mostraron medias más altas de apoyo familiar. También se apreciaron diferencias estadísticamente significativas en apoyo familiar entre las mujeres que sufrían soledad moderada y los grupos de mujeres con soledad grave y muy grave, siendo estas diferencias a favor de las mujeres que tenían soledad moderada, quienes mostraron medias más altas de apoyo familiar. Sin embargo, no resultaron estadísticamente significativas las diferencias de apoyo familiar entre los grupos que sufrían de soledad grave y soledad muy grave (ver Tabla 26).

Tabla 26

Medias de apoyo de los familiares en función del grado de soledad

Grado de soledad	Media	DT	N
No solas	3,01	0,93	90
Soledad moderada	2,66	0,97	153
Soledad grave	1,78	0,96	15
Soledad muy grave	1,56	1,01	9

En referencia al apoyo social recibido de los amigos, las pruebas post-hoc apuntaron diferencias estadísticamente significativas en el apoyo de amigos solo entre las mujeres que no se sentían solas y todos los demás grupos de mujeres que sufrían algún grado de soledad (desde moderada hasta muy grave), siendo estas diferencias a favor de las mujeres no solas, quienes mostraron medias más elevadas de apoyo de los amigos (Ver Tabla 27).

Tabla 27

Medias de apoyo de los amigos en función del grado de soledad

Grado de soledad	Media	DT	N
No solas	2,11	1,23	90
Soledad moderada	1,25	1,22	153
Soledad grave	,60	0,95	15
Soledad muy grave	,52	0,82	9

3.6.9 Relaciones entre la soledad y la frecuencia de contacto con los familiares

Se calcularon diversos ANOVAs en los que se estudiaron las medias de frecuencia de contacto con los distintos familiares en función del grado de soledad.

El ANOVA utilizado para estudiar la frecuencia de contacto con el hijo con el que tiene más contacto en función del grado de soledad demostró ausencia de relación estadísticamente significativa ($F(3, 219) = 1,720, p = ,164, \eta^2 = ,023$). Lo mismo sucedió

cuando se estudiaron las relaciones entre la frecuencia de contacto con el sobrino nieto más cercano y el grado de soledad ($F(3, 205) = 2,607, p = ,053, \eta^2 = ,037$), la frecuencia de contacto con el hermano y la soledad ($F(3, 159) = 0,892, p = ,447, \eta^2 = ,017$) y la frecuencia de contacto con el sobrino y la soledad ($F(3, 242) = 1,812, p = ,146, \eta^2 = ,022$).

En cambio, el ANOVA utilizado para estudiar la frecuencia de contacto con el nieto con el que tiene más contacto en función del grado de soledad resultó estadísticamente significativo ($F(3, 210) = 4,918, p = ,003, \eta^2 = ,066$). En concreto, las pruebas post-hoc apuntaron diferencias estadísticamente significativas en frecuencia de contacto tan solo entre las mujeres que no se sentían solas y aquellas que sufrían de soledad muy grave, siendo la frecuencia de contacto con los hijos más alta en las mujeres que no se sentían solas.

El ANOVA utilizado para estudiar la frecuencia de contacto con todos los familiares en función del grado de soledad resultó estadísticamente significativo ($F(3, 262) = 5,282, p = ,001, \eta^2 = ,057$). En concreto, las pruebas post-hoc apuntaron diferencias estadísticamente significativas en frecuencia de contacto entre las mujeres que no se sentían solas y los demás grupos, o sea, las mujeres que sufrían soledad moderada, soledad grave o soledad muy grave, siendo estas diferencias a favor de las mujeres no solas, quienes mostraron mayores puntuaciones en frecuencia de contacto con los familiares. En la Tabla 28, se pueden apreciar las medias de frecuencia de contacto con cada miembro de la familia en función del grado de soledad.

Tabla 28

Medias de frecuencia de contacto con los familiares en función del grado de soledad

	Grado de soledad	Media	DT	N
Frecuencia de contacto con los hijos (N = 223)	No solas	3,88	0,32	77
	Soledad moderada	3,73	0,68	132
	Soledad grave	3,60	0,70	10
	Soledad muy grave	3,50	0,58	4
Frecuencia de contacto con los nietos (N = 214)	No solas	3,01	0,98	73
	Soledad moderada	2,64	0,98	127
	Soledad grave	2,30	1,34	10
	Soledad muy grave	1,50	1,29	4
Frecuencia de contacto con los sobrinos nietos (N = 209)	No solas	1,59	1,12	73
	Soledad moderada	1,21	1,05	122
	Soledad grave	1,00	1,16	7
	Soledad muy grave	0,86	0,69	7
Frecuencia de contacto con los hermanos (N = 163)	No solas	2,84	1,04	62
	Soledad moderada	2,55	1,08	91
	Soledad grave	2,67	1,37	6
	Soledad muy grave	2,75	1,26	4
Frecuencia de contacto con los sobrinos (N = 246)	No solas	2,13	1,16	85
	Soledad moderada	1,84	1,14	140
	Soledad grave	1,50	1,38	12
	Soledad muy grave	1,67	1,41	9
Frecuencia de contacto con los familiares en general (N = 266)	No solas	2,71	0,70	90
	Soledad moderada	2,44	0,71	153
	Soledad grave	2,15	0,97	14
	Soledad muy grave	2,00	0,87	9

3.6.10 Relación entre la soledad y la satisfacción con la vida

Se calculó un ANOVA en el que se estudiaron las medias de satisfacción con la vida en función del grado de soledad. Este análisis resultó estadísticamente significativo ($F(3, 263) = 9,096, p < ,001, \eta^2 = ,094$). En concreto, las pruebas post-hoc apuntaron diferencias estadísticamente significativas en satisfacción con la vida entre las mujeres que no se sentían solas y los grupos de mujeres que sufrían soledad moderada y soledad

grave, siendo estas diferencias a favor de las mujeres no solas, quienes mostraron mayores puntuaciones en satisfacción con la vida (ver Tabla 29).

Tabla 29

Medias de satisfacción con la vida en función del grado de soledad

Grado de soledad	Media	DT	N
No solas	4,38	0,68	90
Soledad moderada	3,91	0,85	153
Soledad grave	3,53	0,99	15
Soledad muy grave	3,56	1,42	9

3.6.11 Relaciones entre las diferentes variables

3.6.11.1 Relaciones de la salud percibida con las características sociodemográficas

Para estudiar la relación entre la salud percibida y las distintas características sociodemográficas, se llevaron a cabo diversas correlaciones de Pearson así como pruebas *t* y análisis de varianza (ANOVA), mostrando, repetidamente, resultados estadísticamente no significativos.

Las correlaciones de Pearson que relacionaban la salud percibida con la edad y el tiempo que hace que viven solas las participantes apuntaron una falta de asociación entre dichas variables ($r = ,099$, $p = ,106$, y $r = -,045$, $p = ,486$, respectivamente).

Para relacionar la salud percibida con el estado civil se llevó a cabo una prueba *t*, que también resultó no significativa: $t(265) = 0,100$, $p = ,920$, $d = 0,013$. También indicaron ausencia de relaciones significativas el ANOVA que estudió los niveles de salud percibida en función del nivel de estudios ($F(2, 258) = 2,277$, $p = ,105$, $\eta^2 = ,017$), la prueba *t* que estudió diferencias en función de la situación laboral ($t(264) = 1,292$, $p = ,198$, $d = 0,156$) y el ANOVA que estudió diferencias en función del nivel de ingresos ($F(3, 123) = 0,257$, $p = ,856$, $\eta^2 = ,006$).

Tabla 30

Medias de la salud percibida en función de estado civil, nivel de estudios, situación laboral y nivel de ingresos

		Media	DT	N
Estado civil	Soltera/Separada/Divorciada	3,45	0,71	33
	Viuda	3,44	0,78	234
Nivel de estudios	Sin estudios	3,37	0,80	125
	Estudios primarios	3,57	0,69	87
	Estudios secundarios/universitarios	3,35	0,78	49
Situación laboral	Jubilada	3,38	0,78	131
	Ama de casa	3,50	0,76	135
Salud percibida	Menos de 500€	3,36	0,73	22
	500-999€	3,35	0,75	93
	1.000-1.999€	3,50	0,53	10
	2.000€ o más	3,00	2,83	2

Asimismo, no resultaron significativas las relaciones entre salud percibida y las demás variables sociodemográficas y de conocimiento y uso de servicios sociales. Esto sucedió con el ANOVA que estudió las medias de salud percibida en función de los motivos por los que las participantes vivían solas ($F(3, 259) = 0,068, p = ,977, \eta^2 = ,001$), la prueba t que estudió diferencias en salud percibida en función del conocimiento del SAD ($t(265) = 0,349, p = ,728, d = 0,039$), la que sirvió para analizar diferencias en función del uso de este mismo servicio ($t(265) = 0,067, p = ,974, d = 0,013$) y la empleada para estudiar posibles diferencias en salud percibida en función del conocimiento del comedor social ($t(265) = 0,249, p = ,803, d = 0,026$).

Tabla 31

Medias de la salud percibida en función de los motivos por los que vive sola, del conocimiento y del uso de los servicios sociales

		Media	DT	N
Motivos para vivir sola	Viudedad	3,45	0,80	214
	Otros fallecimientos	3,41	0,59	22
	Emancipación de los hijos	3,45	0,52	11
	Otros motivos	3,38	0,81	16
Conocimiento SAD	No	3,46	0,81	115
	Sí	3,43	0,74	152
Uso del SAD	No	3,44	0,77	253
	Sí	3,43	0,76	14
Conocimiento comedor social	No	3,45	0,79	139
	Sí	3,43	0,75	128

3.6.11.2 Relaciones del espacio de vida con las características sociodemográficas

En primer lugar, se estudió la relación del índice *Composite Life-Space (LS-C)* con las variables sociodemográficas. Para ello, se llevaron a cabo correlaciones de Pearson, pruebas *t* y análisis de varianza (ANOVA), cuyos resultados indican la existencia de algunas asociaciones estadísticamente significativas. Es el caso de la edad, pero también de la situación laboral, el nivel de estudios y la cantidad de ingresos.

La correlación de Pearson que relacionaba el LS-C con la edad resultó estadísticamente significativa ($r = -,200, p = ,001$), siendo que a más edad, más bajas eran las medias del LS-C. En cambio, el tiempo medio desde que las mujeres entrevistadas llevaban viviendo solas no se asocia significativamente con sus puntuaciones del LS-C ($r = ,064, p = ,321$).

Para relacionar el LS-C con el estado civil se llevó a cabo una prueba *t*, que resultó estadísticamente no significativa: $t(262) = 0,723, p = ,471, d = 0,134$. En cambio, el ANOVA que estudió el índice LS-C en función del nivel de estudios desveló una

asociación estadísticamente significativa ($F(2, 255) = 9,664, p < ,001, \eta^2 = ,070$). En concreto, se observaron diferencias significativas en las puntuaciones del LS-C de las mujeres sin estudios frente a las que tenían estudios, independientemente de si eran primarios o secundarios/superiores. Sin embargo, las diferencias del LS-C entre las mujeres con estudios primarios y las que tenían estudios secundarios/superiores no eran significativas.

Tabla 32

Medias de LS-C en función de estado civil y nivel de estudios

		Media	DT	N
Estado civil	Soltera/Separada/Divorciada	42,00	20,28	33
	Viuda	39,10	21,71	231
Nivel de estudios	Sin estudios	33,61	19,82	125
	Estudios primarios	44,30	21,71	85
	Estudios secundarios o universitarios	46,22	22,28	48

Asimismo, la prueba t que estudió diferencias en función de la situación laboral ($t(261) = 2,206, p = ,028, d = 0,272$) y el ANOVA que estudió diferencias en función del nivel de ingresos ($F(3, 123) = 3,206, p = ,026, \eta^2 = ,073$) indicaron la existencia de relaciones estadísticamente significativas entre las variables. En concreto, las mujeres que informaron estar jubiladas puntuaron más alto en el LS-C que las que eran amas de casa. En lo referente a las diferencias en función del nivel de ingresos, se observaron diferencias significativas solamente entre los grupos que cobraban entre 500 y 999€ mensuales y aquellas que contaban con ingresos entre 1.000 y 1.999€, siendo el LS-C medio de este último grupo superior al del primero.

Tabla 33

Medias de LS-C en función de situación laboral y nivel de ingresos

		Media	DT	N
Situación laboral	Jubilada	42,21	22,94	129
	Ama de casa	36,45	19,32	134
Nivel de ingresos	Menos de 500€	40,09	19,11	22
	500-999€	38,55	20,53	93
	1.000-1.999€	59,05	17,65	10
	2.000€ o más	34,25	16,62	2

El ANOVA que estudió las medias del LS-C en función de los motivos por los que las participantes vivían solas ($F(3, 259) = 0,653, p = ,581, \eta^2 = ,008$) apuntó ausencia de relación significativa entre dichas variables. Asimismo, la prueba t que estudió diferencias en LS-C en función del conocimiento del SAD ($t(265) = -1,450, p = ,148, d = 0,179$), la que sirvió para analizar diferencias en función del uso de este mismo servicio ($t(265) = -0,310, p = ,757, d = 0,085$) y la empleada para estudiar posibles diferencias en LS-C en función del conocimiento del comedor social ($t(265) = -1,028, p = ,305, d = 0,126$) indicaron la inexistencia de asociaciones estadísticamente significativas entre dichas variables.

Tabla 34

Medias de LS-C en función de los motivos por los que vive sola, del conocimiento y del uso de los servicios sociales

		Media	DT	N
Motivos para vivir sola	Viudedad	39,49	21,73	214
	Otros fallecimientos	41,27	17,39	22
	Emancipación de los hijos	45,55	22,77	11
	Otros motivos	45,63	24,72	16
Conocimiento SAD	No	38,23	19,63	115
	Sí	42,10	22,89	152
Uso del SAD	No	40,34	21,09	253
	Sí	42,18	30,24	14
Conocimiento comedor social	No	39,13	20,90	139
	Sí	41,85	22,31	128

Se repitió el mismo procedimiento para los demás índices del espacio de vida, el *Maximal Life-Space* (LS-M), el *Assistive Life-Space* (LS-E) y el *Independent Life-Space* (LS-I), excepto para la medida dicotómica LS-ID, que demandó otros tipos de pruebas que serán detalladas a continuación. En general, las relaciones que resultaron ser estadísticamente significativas ocurrieron entre los índices de espacio de vida y más o menos las mismas variables que se asociaban al LS-C.

En el caso del LS-M, las correlaciones de Pearson indicaron una relación significativa entre el LS-M medio y la edad de las participantes ($r = -,183, p = ,003$), pero no resultó significativa la asociación entre el tiempo que llevaban viviendo solas y el LS-M ($r = -,043, p = ,501$). Esto quiere decir que cuanto más mayores eran las mujeres entrevistadas, menos se desplazaban en su espacio de vida, incluso si contaban con algún tipo de ayuda para hacerlo.

Tampoco resultaron significativas las relaciones entre el LS-M y el estado civil de las participantes ($t(265) = 0,640, p = ,523, d = 0,120$) ni entre el LS-M y su situación laboral ($t(264) = 0,915, p = ,361, d = 0,112$), ambas estudiadas a través de pruebas *t*.

En cambio, el ANOVA que estudió el índice LS-M en función del nivel de estudios desveló una asociación estadísticamente significativa ($F(2, 258) = 8,558, p < ,001, \eta^2 = 0,062$), siendo esta diferencia a favor de las que tenían niveles más altos de estudio. En concreto, se observaron diferencias significativas en las puntuaciones del LS-M de las mujeres sin estudios frente a las que tenían estudios, independientemente de si eran primarios o secundarios/superiores. Sin embargo, las diferencias del LS-M entre las mujeres con estudios primarios y las que tenían estudios secundarios/superiores no eran significativas.

Tabla 35

Medias de LS-M en función de estado civil, situación laboral y nivel de estudios

		Media	DT	N
Estado civil	Soltera/Separada/Divorciada	3,61	0,86	33
	Viuda	3,48	1,10	234
Situación laboral	Jubilada	3,55	1,11	131
	Ama de casa	3,43	1,03	135
Nivel de estudios	Sin estudios	3,22	1,11	125
	Estudios primarios	3,80	0,97	87
	Estudios secundarios o universitarios	3,65	0,99	49

Todas las demás relaciones estudiadas entre el LS-M y las demás variables sociodemográficas no resultaron significativas. En concreto, esto ocurrió en el ANOVA que estudió diferencias en función del nivel de ingresos ($F(3, 123) = 0,669, p = ,572, \eta^2 = ,016$) y el que se empleó para estudiar la relación entre LS-M y los motivos por los que las participantes vivían solas ($F(3, 259) = 0,265, p = ,851, \eta^2 = ,003$).

Tabla 36

Medias de LS-M en función del nivel de ingresos y de los motivos por los que vive sola

		Media	DT	N
Nivel de ingresos	Menos de 500€	3,45	0,91	22
	500-999€	3,41	1,05	93
	1.000-1.999€	3,80	0,63	10
	2.000€ o más	4,00	0,00	2
Motivos para vivir sola	Viudedad	3,48	1,12	214
	Otros fallecimientos	3,68	0,84	22
	Emancipación de los hijos	3,45	0,93	11
	Otros motivos	3,56	0,89	16

Asimismo, la prueba t que estudió diferencias en el LS-M en función del conocimiento del SAD ($t(265) = -0,907, p = ,365, d = 0,112$), la que sirvió para analizar diferencias en función del uso de este mismo servicio ($t(265) = -0,532, p = ,595, d =$

0,146) y la empleada para estudiar posibles diferencias del LS-M en función del conocimiento del comedor social ($t(265) = 0,948, p = ,344, d = 0,116$) indicaron ausencia de relaciones significativas.

Tabla 37

Medias de LS-M en función del conocimiento y del uso de los servicios sociales

		Media	DT	N
Conocimiento SAD	No	3,43	1,04	115
	Sí	3,55	1,10	152
Uso del SAD	No	3,49	1,04	253
	Sí	3,64	1,55	14
Conocimiento comedor social	No	3,55	0,99	139
	Sí	3,43	1,15	128

Se volvió a repetir el mismo procedimiento de análisis para estudiar las posibles diferencias en el LS-E en función de las diferentes variables sociodemográficas. Así como pasó con el LS-M, la edad y el nivel de estudios fueron las únicas variables que presentaron relaciones significativas con el índice LS-E.

En concreto, las correlaciones de Pearson indicaron una relación negativa y significativa entre el LS-E medio y la edad de las participantes ($r = -,222, p < ,001$), pero no resultó significativa la asociación entre el tiempo que llevaban viviendo solas y el LS-E ($r = ,004, p = ,945$). Esto quiere decir que cuanto más edad tenían las mujeres entrevistadas, menos lejos se encontraba el punto máximo hasta donde se desplazaban sin la ayuda de otras personas, aunque pudieran haber usado algún producto de apoyo.

Tampoco resultaron significativas las relaciones entre el LS-E y el estado civil de las participantes ($t(265) = 1,110, p = ,268, d = 0,206$) ni entre el LS-E y su situación laboral ($t(264) = 1,359, p = ,175, d = 0,167$), ambas estudiadas a través de pruebas t .

En cambio, el ANOVA que estudió el índice LS-E en función del nivel de estudios desveló una asociación estadísticamente significativa ($F(2, 258) = 4,985, p = ,008, \eta^2 = ,037$). En concreto, se observaron diferencias significativas en las puntuaciones del LS-E de las mujeres sin estudios frente a las que tenían estudios, independientemente de si eran primarios o secundarios/superiores. Sin embargo, las diferencias del LS-E entre las mujeres con estudios primarios y las que tenían estudios secundarios/superiores no fueron significativas.

Tabla 38

Medias de LS-E en función de estado civil, situación laboral y nivel de estudios

		Media	DT	N
Estado civil	Soltera/Separada/Divorciada	3,30	0,95	33
	Viuda	3,03	1,37	234
Situación laboral	Jubilada	3,17	1,28	131
	Ama de casa	2,95	1,36	135
Nivel de estudios	Sin estudios	2,80	1,32	125
	Estudios primarios	3,30	1,32	87
	Estudios secundarios/universitarios	3,33	1,21	49

Todas las demás relaciones estudiadas entre el LS-E y las demás variables resultaron no significativas. En concreto, esto ocurrió en el ANOVA que estudió diferencias en función del nivel de ingresos ($F(3, 123) = 1,780, p = ,155, \eta^2 = ,042$) y el ANOVA que estudió las medias de LS-E en función de los motivos por los que las participantes vivían solas ($F(3, 259) = 0,831, p = ,478, \eta^2 = ,010$).

Tabla 39

Medias de LS-E en función de nivel de ingresos y de los motivos por los que vive sola

		Media	DT	N
Nivel de ingresos	Menos de 500€	3,18	1,14	22
	500-999€	2,99	1,27	93
	1.000-1.999€	3,80	0,63	10
	2.000€ o más	4,00	0,00	2
Motivos para vivir sola	Viudedad	3,00	1,39	214
	Otros fallecimientos	3,27	0,98	22
	Emancipación de los hijos	3,27	1,19	11
	Otros motivos	3,44	0,96	16

Asimismo, la prueba *t* que estudió diferencias en el LS-E en función del conocimiento del SAD ($t(265) = 0,156, p = ,876, d = 0,019$), la que sirvió para analizar diferencias en función del uso de este mismo servicio ($t(265) = 1,015, p = ,311, d = 0,279$) y la empleada para estudiar posibles diferencias del LS-E en función del conocimiento del comedor social ($t(265) = 0,476, p = ,634, d = 0,058$) indicaron ausencia de relaciones estadísticamente significativas.

Tabla 40

Medias de LS-E en función del conocimiento y del uso de los servicios sociales

		Media	DT	N
Conocimiento SAD	No	3,08	1,26	115
	Sí	3,05	1,37	152
Uso del SAD	No	3,08	1,30	253
	Sí	2,71	1,77	14
Conocimiento comedor social	No	3,10	1,29	139
	Sí	3,02	1,37	128

Una vez más se repitieron los mismos análisis para identificar las posibles diferencias en el LS-I en función de las diferentes variables sociodemográficas. En este caso, además de la relación significativa entre el LS-I y el nivel de estudios, también se

identificaron diferencias significativas del LS-I en función del nivel de ingresos y de la situación laboral de las participantes.

En el caso del LS-I, las correlaciones de Pearson indicaron la existencia de relaciones no significativas tanto entre el LS-I y la edad de las participantes ($r = -.089, p = .148$), como entre ese índice y el tiempo que llevaban viviendo solas ($r = .059, p = .359$). Tampoco resultó significativa la relación entre el LS-I y el estado civil de las participantes ($t(265) = 0,130, p = .897, d = 0,024$), estudiada a través de una prueba t .

En cambio, la prueba t que se empleó para analizar la relación entre el LS-I y la situación laboral de las mujeres entrevistadas indicó que esta relación es significativa ($t(264) = 1,999, p = .047, d = 0,245$), a favor de las mujeres que están jubiladas. Esto significa que las jubiladas llegaron de forma totalmente independiente a puntos más lejanos que las amas de casa.

Tabla 41

Medias de LS-I en función de estado civil y de situación laboral

		Media	DT	N
Estado civil	Soltera/Separada/Divorciada	1,64	1,71	33
	Viuda	1,59	1,76	234
Situación laboral	Jubilada	1,80	1,81	131
	Ama de casa	1,38	1,64	135

Asimismo, los ANOVAs que estudiaron el índice LS-I en función del nivel de estudios y en función del nivel de ingresos de las participantes también indicaron asociaciones estadísticamente significativas ($F(2, 258) = 5,099, p = .007, \eta^2 = .038$ y $F(3, 123) = 3,423, p = .019, \eta^2 = .077$, respectivamente). En el caso del nivel de estudios, solamente fueron significativas las diferencias de LS-I entre las mujeres que no tenían estudios y las que tenían estudios primarios, siendo que el primer grupo se desplazó

menos que las segundas de forma totalmente independiente. En cuanto al nivel de ingresos, se encontraron diferencias significativas en el LS-I de las mujeres que cobraban entre 1.000 y 1.999€ y los dos grupos que cobraban menos (de 500 a 999€ y menos de 500€), siendo que las primeras puntuaban más alto en LS-I.

Tabla 42

Medias de LS-I en función de nivel de estudios y de nivel de ingresos

		Media	DT	N
Nivel de estudios	Sin estudios	1,24	1,57	125
	Estudios primarios	1,93	1,85	87
	Estudios secundarios/universitarios	1,90	1,83	49
Nivel de ingresos	Menos de 500€	1,05	1,70	22
	500-999€	1,58	1,68	93
	1.000-1.999€	3,10	1,68	10
	2.000€ o más	2,00	2,83	2

Las demás relaciones estudiadas entre el LS-I y las otras variables resultaron no significativas. En concreto, esto ocurrió en el ANOVA que estudió las medias de LS-I en función de los motivos por los que las participantes vivían solas ($F(3, 259) = 1,899, p = ,130, \eta^2 = ,022$).

Asimismo, la prueba *t* que estudió diferencias en el LS-I en función del conocimiento del SAD ($t(265) = 0,289, p = ,773, d = 0,036$), la que sirvió para analizar diferencias en función del uso de este mismo servicio ($t(265) = 0,689, p = ,491, d = 0,189$) y la empleada para estudiar posibles diferencias del LS-I en función del conocimiento del comedor social ($t(265) = 0,750, p = ,454, d = 0,092$) indicaron ausencia de relaciones significativas.

Tabla 43

Medias de LS-I en función de los motivos por los que vive sola, del conocimiento y del uso de servicios sociales

		Media	DT	N
Motivos para vivir sola	Viudedad	1,50	1,73	214
	Otros fallecimientos	1,55	1,60	22
	Emancipación de los hijos	2,73	1,79	11
	Otros motivos	1,88	2,03	16
Conocimiento SAD	No	1,63	1,75	115
	Sí	1,57	1,75	152
Uso del SAD	No	1,62	1,75	253
	Sí	1,29	1,68	14
Conocimiento comedor social	No	1,68	1,76	139
	Sí	1,52	1,73	128

Finalmente, se emplearon pruebas *t*, pruebas chi-cuadrado y ANOVAs para investigar las relaciones entre el indicador *Restricted Life-Space* (LS-ID) y las diferentes variables sociodemográficas. Tal y como ocurrió con el LS-I, también en este caso se identificaron asociaciones estadísticamente significativas entre este indicador del espacio de vida y las variables situación laboral, nivel de estudios y nivel de ingresos.

Las pruebas *t* utilizadas para estudiar las relaciones entre el LS-ID y la edad de las mujeres entrevistadas ($t(265) = 1,209, p = ,228$) y entre el LS-ID y el tiempo que llevaban viviendo solas ($t(242) = -1,176, p = ,241$) indicaron la existencia de asociaciones no significativas entre dichas variables.

Tabla 44

Medias de edad y del tiempo de vida en solitario de las participantes en función de su LS-ID

	LD-ID	Media (años)	DT	N
Edad	Restringidas al barrio	82,93	4,62	214
	No restringidas al barrio	82,06	5,18	53
Tiempo de vida en solitario	Restringidas al barrio	9,10	9,53	192
	No restringidas al barrio	10,90	10,70	52

Tampoco resultó significativa la relación entre el LS-ID y el estado civil de las participantes, analizada a través de la prueba chi-cuadrado ($\chi^2 (1) = 0,044, p = ,834, V$ de Cramer = ,013).

Tabla 45

Distribución de las participantes en función de su LS-ID y el estado civil

		Estado civil		
		Soltera/Separada/ divorciada		Total
			Viuda	
LS-ID	Acceso restringido al barrio	26	188	214
	% dentro del acceso restringido al barrio	12,1%	87,9%	100,0%
	% dentro del total	9,7%	70,4%	80,1%
	Acceso no restringido al barrio	7	46	53
	% dentro del acceso no restringido al barrio	13,2%	86,8%	100,0%
	% dentro del total	2,6%	17,2%	19,9%
Total		33	234	267
		12,4%	87,6%	100,0%

En cambio, la prueba chi-cuadrado empleada para estudiar la relación entre el LS-ID y la situación laboral indicó que esta era significativa ($\chi^2 (1) = 2,779, p = ,095, V$ de Cramer = ,102), siendo que un mayor porcentaje de amas de casa estaba restringido al barrio donde viven frente a las entrevistadas que están jubiladas.

Tabla 46

Distribución de las participantes en función de su LS-ID y la situación laboral

		Situación laboral		
		Jubilada	Ama de casa	Total
LS-ID	Acceso restringido al barrio	100	114	214
	% dentro del acceso restringido al barrio	46,7%	53,3%	100,0%
	% dentro del total	37,6%	42,9%	80,5%
	Acceso no restringido al barrio	31	21	52
	% dentro del acceso no restringido al barrio	59,6%	40,4%	100,0%
	% dentro del total	11,7%	7,9%	19,5%
Total		131	135	266
		49,2%	50,8%	100,0%

También resultaron significativas las relaciones entre el LS-ID y los niveles de estudios y de ingresos ($\chi^2 (2) = 10,704, p = ,005$, V de Cramer = ,203 y $\chi^2 (3) = 12,696, p = ,005$, V de Cramer = ,316, respectivamente). En concreto, había un mayor porcentaje de mujeres sin estudios que estaban restringidas a sus barrios frente a los demás grupos de entrevistadas (estudios primarios y secundarios/superiores). En el caso del nivel de ingresos, resultaron significativas solamente las relaciones de los grupos que contaban con ingresos entre 1.000 y 1.999€ y aquellas que cobraban menos (menos de 500€ o entre 500 y 999€), siendo más alto el porcentaje de éstas en el grupo de restringidos al barrio.

Tabla 47

Distribución de las participantes en función de su LS-ID y el nivel de estudios

		Nivel de estudios			Total
		Sin estudios	Estudios primarios	Estudios secundarios /superiores	
LS-ID	Acceso restringido al barrio	111	64	35	210
	% dentro del acceso restringido al barrio	52,9%	30,5%	16,7%	100,0%
	% dentro del total	42,5%	24,5%	13,4%	80,5%
	Acceso no restringido al barrio	14	23	14	51
	% dentro del acceso no restringido al barrio	27,5%	45,1%	27,5%	100,0%
	% dentro del total	5,4%	8,8%	5,4%	19,5%
Total		125	87	49	261
		47,9%	33,3%	18,8%	100,0%

Tabla 48

Distribución de las participantes en función de su LS-ID y el nivel de ingresos

		Nivel de ingresos				Total
		Menos de 500€	500-999€	1.000-1.999€	2.000€ o más	
LS-ID	Acceso restringido al barrio	19	78	4	1	102
	% dentro del acceso restringido al barrio	18,6%	76,5%	3,9%	1,0%	100,0%
	% dentro del total	15,0%	61,4%	3,1%	0,8%	80,3%
	Acceso no restringido al barrio	3	15	6	1	25
	% dentro del acceso no restringido al barrio	12,0%	60,0%	24,0%	4,0%	100,0%
	% dentro del total	2,4%	11,8%	4,7%	0,8%	19,7%
Total		22	93	10	2	127
		17,3%	73,2%	7,9%	1,6%	100,0%

Las demás relaciones estudiadas entre el LS-ID y las otras variables resultaron no significativas. En concreto, esto ocurrió en las pruebas chi-cuadrado empleadas para estudiar la relación entre el LS-ID y los motivos por los que las participantes vivían solas ($\chi^2(3) = 5,924$, $p = ,115$, V de Cramer = ,150).

Tabla 49

Distribución de las participantes en función de su LS-ID y los motivos que las llevaron a vivir solas

		Motivos				Total
		Viudedad	Otros		Otros	
			fallecimientos	Emancipación hijos		
LS-ID	Acceso restringido al barrio	175	19	7	10	211
	% dentro del acceso restringido al barrio	82,9%	9,0%	3,3%	4,7%	100,0%
	% dentro del total	66,5%	7,2%	2,7%	3,8%	80,2%
	Acceso no restringido al barrio	39	3	4	6	52
	% dentro del acceso no restringido al barrio	75,0%	5,8%	7,7%	11,5%	100,0%
	% dentro del total	14,8%	1,1%	1,5%	2,3%	19,8%
Total		214	22	11	16	263
		81,4%	8,4%	4,2%	6,1%	100,0%

Asimismo, no resultaron estadísticamente significativas las relaciones entre el LS-ID y el conocimiento del SAD ($\chi^2 (1) = 0,132, p = ,716, V$ de Cramer = ,022), entre el LS-ID y el uso de este mismo servicio ($\chi^2 (1) = 0,288, p = ,592, V$ de Cramer = ,033) y entre el LS-ID y el conocimiento del comedor social ($\chi^2 (1) = 0,547, p = ,460, V$ de Cramer = ,045).

Tabla 50

Distribución de las participantes en función de su LS-ID y el conocimiento del SAD

		Conocimiento SAD		Total
		No	Sí	
LS-ID	Acceso restringido al barrio	91	123	214
	% dentro del acceso restringido al barrio	42,5%	57,5%	100,0%
	% dentro del total	34,1%	46,1%	80,1%
	Acceso no restringido al barrio	24	29	53
	% dentro del acceso no restringido al barrio	45,3%	54,7%	100,0%
	% dentro del total	9,0%	10,9%	19,9%
Total		115	152	267
		43,1%	56,9%	100,0%

Tabla 51

Distribución de las participantes en función de su LS-ID y el uso del SAD

		Uso del SAD		Total
		No	Sí	
LS-ID	Acceso restringido al barrio	202	12	214
	% dentro del acceso restringido al barrio	94,4%	5,6%	100,0%
	% dentro del total	75,7%	4,5%	80,1%
	Acceso no restringido al barrio	51	2	53
	% dentro del acceso no restringido al barrio	96,2%	3,8%	100,0%
	% dentro del total	19,1%	0,7%	19,9%
Total		253	14	267
		94,8%	5,2%	100,0%

Tabla 52

Distribución de las participantes en función de su LS-ID y el conocimiento del comedor social

		Conocimiento comedor social		
		No	Sí	Total
LS-ID	Acceso restringido al barrio	109	105	214
	% dentro del acceso restringido al barrio	50,9%	49,1%	100,0%
	% dentro del total	40,8%	39,3%	80,1%
	Acceso no restringido al barrio	30	23	53
	% dentro del acceso no restringido al barrio	56,6%	43,4%	100,0%
	% dentro del total	11,2%	8,6%	19,9%
Total		139	128	267
		52,1%	47,9%	100,0%

3.6.11.3 Relaciones de las redes de apoyo social de familiares y amigos con las características sociodemográficas

No se hallaron asociaciones significativas entre el apoyo social ofrecido por los familiares y ninguna de las variables sociodemográficas estudiadas.

En concreto, las correlaciones de Pearson que fueron empleadas para estudiar la relación entre la red de apoyo familiar y la edad ($r = ,063, p = ,308$), así como la red de apoyo familiar y el tiempo que hace que viven solas las participantes ($r = -,055, p = ,393$) apuntaron una falta de asociación entre dichas variables.

De un modo similar, los diversos ANOVAs que fueron utilizados para estudiar la relación entre la red de apoyo familiar y las diferentes variables sociodemográficas señalaron la ausencia de asociaciones estadísticamente significativas. Fue así para el estado civil ($F(1, 265) = 1,516, p = ,219, \eta^2 = ,006$), la situación laboral ($F(1, 264) = 0,055, p = ,815, \eta^2 < ,001$), el conocimiento del SAD ($F(1, 265) = 0,772, p = ,380, \eta^2 =$

,003), el uso del SAD ($F(1, 265) = 0,815, p = ,368, \eta^2 = ,003$) y el conocimiento del comedor social ($F(1, 265) = 0,429, p = ,513, \eta^2 = ,002$).

Tabla 53

Medias de la red de apoyo familiar en función de estado civil, situación laboral, conocimiento y uso de los servicios sociales

		Media	DT	N
Estado civil	Soltera/Separada/Divorciada	2,48	1,12	33
	Viuda	2,72	1,00	234
Situación laboral	Jubilada	2,68	1,05	131
	Ama de casa	2,71	0,98	135
Conocimiento SAD	No	2,63	0,95	115
	Sí	2,74	1,07	152
Uso del SAD	No	2,68	1,02	253
	Sí	2,93	1,04	14
Conocimiento comedor social	No	2,65	1,00	139
	Sí	2,73	1,04	128

Asimismo, las correlaciones entre la red de apoyo familiar y el nivel de estudios de las participantes ($F(2, 258) = 0,141, p = ,869, \eta^2 = ,001$), sus ingresos mensuales ($F(3, 123) = 0,383, p = ,765, \eta^2 = ,009$), y las motivaciones que las llevaron a vivir solas ($F(3, 259) = 1,132, p = ,337, \eta^2 = ,013$), todas calculadas con ANOVAs, resultaron no significativas.

Tabla 54

Medias de la red de apoyo familiar en función de nivel de estudios, nivel de ingresos y motivos por los que vive sola

		Media	DT	N
Nivel de estudios	Sin estudios	2,66	1,01	125
	Estudios primarios	2,74	1,00	87
	Estudios secundarios/universitarios	2,69	1,06	49
Nivel de ingresos	Menos de 500€	2,67	1,16	22
	500-999€	2,59	0,99	93
	1.000-1.999€	2,93	0,91	10
	2.000€ o más	2,83	0,24	2
Motivos para vivir sola	Viudedad	2,74	1,02	214
	Otros fallecimientos	2,35	1,14	22
	Emancipación de los hijos	2,61	0,91	11
	Otros motivos	2,56	0,97	16

Cuando se estudiaron las asociaciones de la red de apoyo de amigos con las variables sociodemográficas tampoco se encontraron diferencias significativas en los resultados de la red de amigos en función del tiempo desde que empezaron a vivir solas ($r = -,012, p = ,854$). También resultaron no significativas las asociaciones entre la red de apoyo de los amigos y el estado civil ($F(1, 265) = 1,481, p = ,225, \eta^2 = ,006$), la situación laboral ($F(1, 264) = 3,157, p = ,077, \eta^2 = ,012$), los motivos que las llevaron a vivir solas ($F(3, 259) = 1,363, p = ,255, \eta^2 = ,016$).

Tabla 55

Medias de la red de apoyo de los amigos en función de estado civil, situación laboral y motivos por los que vive sola

		Media	DT	N
Estado civil	Soltera/Separada/Divorciada	1,73	1,42	33
	Viuda	1,45	1,27	234
Situación laboral	Jubilada	1,62	1,32	131
	Ama de casa	1,35	1,25	135
Motivos para vivir sola	Viudedad	1,42	1,28	214
	Otros fallecimientos	1,97	1,40	22
	Emancipación de los hijos	1,70	1,30	11
	Otros motivos	1,58	1,31	16

De modo semejante, los ANOVAs realizados para estudiar la relación entre la red de apoyo de amigos y el conocimiento y uso de Servicios Sociales indicaron la ausencia de asociaciones estadísticamente significativas entre dichas variables. En concreto, no se hallaron diferencias significativas en el tamaño medio de la red de apoyo de los amigos en función del conocimiento del SAD ($F(1, 265) = 2,491, p = ,116, \eta^2 = ,009$), el uso del SAD ($F(1, 265) = 0,003, p = ,957, \eta^2 < ,001$) y el conocimiento del comedor social ($F(1, 265) = 1,371, p = ,243, \eta^2 = ,005$).

Tabla 56

Medias de la red de apoyo de los amigos en función del conocimiento y del uso de los servicios sociales

		Media	DT	N
Conocimiento SAD	No	1,34	1,25	115
	Sí	1,59	1,32	152
Uso del SAD	No	1,48	1,31	253
	Sí	1,50	1,00	14
Conocimiento comedor social	No	1,39	1,26	139
	Sí	1,58	1,32	128

Sin embargo, la correlación de Pearson que relacionaba la red de apoyo social de los amigos con la edad mostró una asociación negativa y estadísticamente significativa ($r = -.135, p = .027$): las personas con más edad contaban con una red de apoyo de amigos más reducida frente a las participantes más jóvenes. Asimismo, los ANOVAs empleados para estudiar las relaciones entre la red de apoyo de amigos y los niveles de estudios y de ingresos también señalaron asociaciones significativas entre dichas variables ($F(2, 258) = 5,536, p = .004, \eta^2 = .041$ y $F(3, 123) = 3,948, p = .010, \eta^2 = .088$, respectivamente).

Concluyendo, cuanto menor era el nivel educativo, más pequeña era la red de apoyo de los amigos; se observaron diferencias significativas en la red de amistad de las mujeres sin estudios frente a las que tenían estudios, independientemente de si eran primarios o secundarios/superiores. Sin embargo, las diferencias en la red de amigos entre las mujeres con estudios primarios y las que tenían estudios secundarios/superiores no fueron significativas. En referencia a los ingresos, cuánto más altos, más apoyo recibían de los amigos. Se observaron diferencias significativas entre el grupo con los ingresos más altos (2.000 € o más) y los dos grupos de rangos más bajos (500 a 999€ y menos de 500€), a favor del primer grupo.

Tabla 57

Medias de la red de apoyo de los amigos en función de nivel de estudios y nivel de ingresos

		Media	DT	N
Nivel de estudios	Sin estudios	1,21	1,26	125
	Estudios primarios	1,72	1,28	87
	Estudios secundarios/universitarios	1,76	1,29	49
Nivel de ingresos	Menos de 500€	1,36	1,41	22
	500-999€	1,54	1,25	93
	1.000-1.999€	2,10	1,06	10
	2.000€ o más	4,33	0,94	2

3.6.11.4 Relaciones entre frecuencia de contacto con familiares y características sociodemográficas

Las relaciones entre la frecuencia de contacto con los hijos y las diferentes variables sociodemográficas no resultaron estadísticamente significativas, tal y como se puede comprobar por los resultados de los análisis descritos a continuación.

Las correlaciones de Pearson que relacionaban la frecuencia de contacto con los hijos con la edad y el tiempo que hace que viven solas las participantes apuntaron una falta de asociación entre dichas variables ($r = ,098$, $p = ,143$, y $r = -,067$, $p = ,343$, respectivamente).

De un modo similar, las pruebas t utilizadas para estudiar la relación entre la frecuencia de contacto con los hijos y el estado civil ($t(221) = -1,614$, $p = ,108$, $d = 0,623$), la situación laboral ($t(220) = 0,895$, $p = ,372$, $d = 0,120$), el conocimiento del SAD ($t(221) = -0,809$, $p = ,419$, $d = 0,103$), el uso del SAD ($t(221) = -1,378$, $p = ,169$, $d = 0,414$) y el conocimiento del comedor social ($t(221) = -1,438$, $p = ,152$, $d = 0,190$) señalaron la ausencia de asociaciones estadísticamente significativas.

Tabla 58

Medias de la frecuencia de contacto con los hijos en función de estado civil, situación laboral, conocimiento y uso de los servicios sociales

		Media	DT	N
Estado civil	Soltera/Separada/Divorciada	2,43	0,79	7
	Viuda	2,79	0,57	216
Situación laboral	Jubilada	3,81	0,44	97
	Ama de casa	3,74	0,67	125
Conocimiento SAD	No	3,74	0,64	96
	Sí	3,80	0,54	127
Uso del SAD	No	3,76	0,59	211
	Sí	4,00	0,00	12
Conocimiento comedor social	No	3,72	0,70	115
	Sí	3,83	0,42	108

Asimismo, los contrastes de hipótesis que estudiaron la relación entre la frecuencia de contacto con los hijos y el nivel de estudios de las participantes ($F(2, 215) = 1,290, p = ,277, \eta^2 = ,012$), sus ingresos mensuales ($F(3, 103) = 0,139, p = ,937, \eta^2 = ,004$), y las motivaciones que las llevaron a vivir solas ($F(3, 216) = 0,365, p = ,779, \eta^2 = ,005$), todos calculados mediante ANOVAs, resultaron no significativos.

Tabla 59

Medias de la frecuencia de contacto con los hijos en función de nivel de estudios, nivel de ingresos y motivos por los que vive sola

		Media	DT	N
Nivel de estudios	Sin estudios	3,83	0,54	109
	Estudios primarios	3,68	0,70	69
	Estudios secundarios/universitarios	3,78	0,48	40
Nivel de ingresos	Menos de 500€	3,83	0,38	18
	500-999€	3,78	0,61	79
	1.000-1.999€	3,75	0,46	8
	2.000€ o más	4,00	0,00	2
Motivos para vivir sola	Viudedad	3,78	0,59	199
	Otros fallecimientos	3,67	0,58	3
	Emancipación de los hijos	3,90	0,32	10
	Otros motivos	3,63	0,74	8

Algo semejante ocurrió entre la frecuencia de contacto con los hermanos y con los nietos, una vez que ninguna de las asociaciones estudiadas entre la frecuencia de contacto con los hermanos y las variables sociodemográficas y entre la frecuencia de contacto con los nietos y las variables sociodemográficas resultó estadísticamente significativa. A continuación se presentan los resultados de los análisis estadísticos realizados para estudiar dichas asociaciones.

Las correlaciones de Pearson que relacionaban la frecuencia de contacto con los hermanos con la edad y el tiempo que hace que viven solas las participantes apuntaron una falta de asociación entre dichas variables ($r = ,008$, $p = ,915$, y $r = -,091$, $p = ,266$, respectivamente).

De un modo similar, las pruebas t utilizadas para estudiar la relación entre la frecuencia de contacto con los hermanos y el estado civil ($t(161) = 1,473$, $p = ,143$, $d = 0,354$), la situación laboral ($t(161) = 0,750$, $p = ,454$, $d = 0,120$), el conocimiento del

SAD ($t(161) = -0,021, p = ,983, d = 0,000$), el uso del SAD ($t(161) = -0,554, p = ,580, d = 0,204$) y el conocimiento del comedor social ($t(161) = 0,121, p = ,904, d = 0,019$) señalaron la ausencia de asociaciones estadísticamente significativas.

Tabla 60

Medias de la frecuencia de contacto con los hermanos en función de estado civil, situación laboral, conocimiento y uso de los servicios sociales

		Media	DT	N
Estado civil	Soltera/Separada/Divorciada	3,00	1,03	20
	Viuda	2,62	1,08	143
Situación laboral	Jubilada	2,73	1,13	82
	Ama de casa	2,60	1,02	81
Conocimiento SAD	No	2,67	1,05	72
	Sí	2,67	1,11	91
Uso del SAD	No	2,66	1,09	155
	Sí	2,88	0,84	8
Conocimiento comedor social	No	2,68	1,16	81
	Sí	2,66	1,00	82

Asimismo, los contrastes de hipótesis que estudiaron la relación entre la frecuencia de contacto con los hermanos y el nivel de estudios de las participantes ($F(2, 158) = 0,640, p = ,529, \eta^2 = ,008$), sus ingresos mensuales ($F(3, 74) = 0,632, p = ,597, \eta^2 = ,025$), y las motivaciones que las llevaron a vivir solas ($F(3, 157) = 1,168, p = ,324, \eta^2 = ,022$), todos calculados mediante ANOVAs, resultaron no significativos.

Tabla 61

Medias de la frecuencia de contacto con los hermanos en función de nivel de estudios, nivel de ingresos y motivos por los que vive sola

		Media	DT	N
Nivel de estudios	Sin estudios	2,73	1,18	75
	Estudios primarios	2,53	0,95	60
	Estudios secundarios/universitarios	2,73	1,08	26
Nivel de ingresos	Menos de 500€	2,79	0,89	14
	500-999€	2,55	1,20	58
	1.000-1.999€	3,20	0,84	5
	2.000€ o más	3,00	0,00	1
Motivos para vivir sola	Viudedad	2,60	1,10	136
	Otros fallecimientos	3,00	1,21	12
	Emancipación de los hijos	3,00	0,00	3
	Otros motivos	3,10	0,74	10

Referente a la frecuencia de contacto de las participantes con sus nietos, las correlaciones de Pearson que la relacionaban con la edad y el tiempo que hace que viven solas las participantes apuntaron una falta de asociación entre dichas variables ($r = ,118$, $p = ,085$, y $r = -,070$, $p = ,330$, respectivamente).

De un modo similar, las pruebas t utilizadas para estudiar la relación entre la frecuencia de contacto con los nietos y el estado civil ($t(212) = -1,158$, $p = ,248$, $d = 0,437$), la situación laboral ($t(211) = 0,934$, $p = ,351$, $d = 0,127$), el conocimiento del SAD ($t(212) = 0,136$, $p = ,892$, $d = 0,019$), el uso del SAD ($t(212) = 0,605$, $p = ,546$, $d = 0,184$) y el conocimiento del comedor social ($t(212) = -1,051$, $p = ,294$, $d = 0,146$) señalaron la ausencia de asociaciones estadísticamente significativas.

Tabla 62

Medias de la frecuencia de contacto con los nietos en función de estado civil, situación laboral, conocimiento y uso de los servicios sociales

		Media	DT	N
Estado civil	Soltera/Separada/Divorciada	2,29	1,38	7
	Viuda	2,74	1,02	207
Situación laboral	Jubilada	2,81	1,11	91
	Ama de casa	2,68	0,96	122
Conocimiento SAD	No	2,74	1,02	96
	Sí	2,72	1,05	118
Uso del SAD	No	2,74	1,02	203
	Sí	2,55	1,21	11
Conocimiento comedor social	No	2,66	1,06	111
	Sí	2,81	1,00	103

Asimismo, los contrastes de hipótesis que estudiaron la relación entre la frecuencia de contacto con los nietos y el nivel de estudios de las participantes ($F(2, 207) = 2,661, p = ,072, \eta^2 = ,025$), sus ingresos mensuales ($F(3, 99) = 0,652, p = ,583, \eta^2 = ,019$), y las motivaciones que las llevaron a vivir solas ($F(3, 207) = 1,290, p = ,279, \eta^2 = ,018$), todos calculados mediante ANOVAs, resultaron no significativos.

Tabla 63

Medias de la frecuencia de contacto con los nietos en función de nivel de estudios, nivel de ingresos y motivos por los que vive sola

		Media	DT	N
Nivel de estudios	Sin estudios	2,89	0,97	107
	Estudios primarios	2,58	1,00	67
	Estudios secundarios/universitarios	2,53	1,21	36
Nivel de ingresos	Menos de 500€	2,59	1,00	17
	500-999€	2,64	1,13	77
	1.000-1.999€	3,00	0,82	7
	2.000€ o más	3,50	0,71	2
Motivos para vivir sola	Viudedad	2,77	0,96	190
	Otros fallecimientos	1,67	1,53	3
	Emancipación de los hijos	2,70	1,70	10
	Otros motivos	2,50	1,41	8

En cambio, las pruebas *t* empleadas para estudiar las relaciones entre la frecuencia de contacto con los sobrinos y el estado civil ($t(244) = 4,267, p < ,001, d = 0,847$), la situación laboral ($t(243) = 3,375, p = ,001, d = 0,437$) y el conocimiento del comedor social ($t(244) = 2,419, p = ,016, d = 0,310$) desvelaron asociaciones significativas entre dichas variables. En concreto, las mujeres viudas tenían menos contacto con sus sobrinos que las demás mujeres. Asimismo, las que estaban jubiladas tenían contacto más frecuente con sus sobrinos frente a las amas de casa. Además, era más frecuente el contacto con los sobrinos entre las mujeres que no conocían el servicio de comedor social.

Asimismo, el ANOVA empleado para estudiar la relación entre la frecuencia de contacto con los sobrinos y los motivos que llevaron a las mujeres entrevistadas a vivir solas indicó que dichas variables se relacionaban de forma significativa ($F(3, 238) = 9,070, p < ,001, \eta^2 = ,103$). En concreto, las mujeres que vivían solas porque se habían quedado viudas o porque sus hijos se habían emancipado mantenían contacto

significativamente menos frecuente con sus sobrinos frente a las mujeres que vivían solas debido al fallecimiento de otras personas.

Tabla 64

Medias de la frecuencia de contacto con los sobrinos en función de estado civil, situación laboral, conocimiento del comedor social y motivos por los que vive sola

		Media	DT	N
Estado civil	Soltera/Separada/Divorciada	2,76	1,19	29
	Viuda	1,80	1,13	217
Situación laboral	Jubilada	2,18	1,23	119
	Ama de casa	1,68	1,06	126
Conocimiento comedor social	No	2,09	1,15	129
	Sí	1,73	1,17	117
Motivos para vivir sola	Viudedad	1,79	1,13	197
	Otros fallecimientos	3,10	0,97	20
	Emancipación de los hijos	1,64	0,92	11
	Otros motivos	2,29	1,27	14

Sin embargo, las demás asociaciones estudiadas entre la frecuencia de contacto con los sobrinos y las demás variables sociodemográficas no resultaron estadísticamente significativas, tal y como se puede comprobar por los resultados de los análisis descritos a continuación.

Las correlaciones de Pearson que fueron empleadas para estudiar si la frecuencia de contacto con los sobrinos se relacionaba con la edad y el tiempo que hace que viven solas las participantes apuntaron una falta de asociación entre dichas variables ($r = ,045$, $p = ,485$, y $r = -,085$, $p = ,201$, respectivamente).

De un modo similar, los contrastes de hipótesis que estudiaron la relación entre la frecuencia de contacto con los sobrinos y el nivel de estudios de las participantes ($F(2,$

239) = 0,457, $p = ,634$, $\eta^2 = ,004$) y sus ingresos mensuales ($F(3, 110) = 0,728$, $p = ,537$, $\eta^2 = ,019$), ambos calculados mediante ANOVAs, resultaron no significativos.

Asimismo, las pruebas t utilizadas para estudiar la relación entre la frecuencia de contacto con los sobrinos y el conocimiento del SAD ($t(244) = 0,553$, $p = ,581$, $d = 0,068$), el uso del SAD ($t(244) = -1,488$, $p = ,138$, $d = 0,419$) señalaron la ausencia de asociaciones estadísticamente significativas.

Tabla 65

Medias de la frecuencia de contacto con los sobrinos en función de nivel de estudios, de nivel de ingresos, del conocimiento y del uso del SAD

		Media	DT	N
Nivel de estudios	Sin estudios	1,88	1,21	118
	Estudios primarios	2,00	1,13	79
	Estudios secundarios/universitarios	1,80	1,18	45
Nivel de ingresos	Menos de 500€	1,56	1,03	16
	500-999€	1,82	1,12	87
	1.000-1.999€	2,11	1,36	9
	2.000€ o más	2,50	0,71	2
Conocimiento SAD	No	1,96	1,14	106
	Sí	1,88	1,20	140
Uso del SAD	No	1,89	1,19	233
	Sí	2,38	0,77	13

Relaciones significativas semejantes a las identificadas entre la frecuencia de contacto con los sobrinos y las variables sociodemográficas también fueron halladas entre estas y la frecuencia de contacto con los sobrinos nietos. Las pruebas t empleadas indicaron diferencias significativas en la frecuencia de contacto con los sobrinos nietos en función del estado civil ($t(207) = 2,964$, $p = ,003$, $d = 0,614$), la situación laboral ($t(206) = 3,135$, $p = ,002$, $d = 0,436$) y el conocimiento del comedor social ($t(207) = 2,676$, $p = ,008$, $d = 0,367$). En concreto, así como ocurría con los sobrinos, las mujeres viudas

tenían menos contacto con sus sobrinos nietos que las demás participantes. Asimismo, las que estaban jubiladas tenían contacto más frecuente con sus sobrinos nietos frente a las amas de casa. Además, era más frecuente el contacto con los sobrinos nietos entre las mujeres que no conocían el servicio de comedor social.

El ANOVA utilizado para estudiar la relación entre la frecuencia de contacto con los sobrinos nietos y los motivos que llevaron a las mujeres entrevistadas a vivir solas indicó que dichas variables se relacionaban de forma significativa ($F(3, 203) = 4,519, p = ,004, \eta^2 = ,063$). En concreto, las mujeres que vivían solas porque se habían quedado viudas mantenían contacto significativamente menos frecuente con sus sobrinos nietos frente a las mujeres que vivían solas debido al fallecimiento de otras personas.

Tabla 66

Medias de la frecuencia de contacto con los sobrinos nietos en función de estado civil, situación laboral, conocimiento del comedor social y motivos por los que vive sola

		Media	DT	N
Estado civil	Soltera/Separada/Divorciada	1,89	1,19	27
	Viuda	1,24	1,04	182
Situación laboral	Jubilada	1,57	1,15	100
	Ama de casa	1,11	0,96	108
Conocimiento comedor social	No	1,51	1,16	109
	Sí	1,12	0,95	100
Motivos para vivir sola	Viudedad	1,23	1,02	168
	Otros fallecimientos	2,05	1,27	19
	Emancipación de los hijos	1,00	1,00	7
	Otros motivos	1,77	1,17	13

Sin embargo, las demás asociaciones estudiadas entre la frecuencia de contacto con los sobrinos nietos y las demás variables sociodemográficas no resultaron

estadísticamente significativas, tal y como se puede comprobar por los resultados de los análisis descritos a continuación.

Las correlaciones de Pearson que fueron empleadas para estudiar si la frecuencia de contacto con los sobrinos nietos se relacionaba con la edad y el tiempo que hace que viven solas las participantes apuntaron una falta de asociación entre dichas variables ($r = ,106$, $p = ,128$, y $r = -,017$, $p = ,809$, respectivamente).

De un modo similar, los contrastes de hipótesis que estudiaron la relación entre la frecuencia de contacto con los sobrinos nietos y el nivel de estudios de las participantes ($F(2, 202) = 2,032$, $p = ,134$, $\eta^2 = ,020$) y sus ingresos mensuales ($F(3, 101) = 2,157$, $p = ,098$, $\eta^2 = ,060$), ambos calculados mediante ANOVAs, resultaron no significativos.

Asimismo, las pruebas t utilizadas para estudiar la relación entre la frecuencia de contacto con los sobrinos nietos y el conocimiento del SAD ($t(207) = 1,741$, $p = ,083$, $d = 0,242$) y el uso del SAD ($t(207) = 0,453$, $p = ,651$, $d = 0,139$) señalaron la ausencia de asociaciones estadísticamente significativas.

Tabla 67

Medias de la frecuencia de contacto con los sobrinos nietos en función de nivel de estudios, nivel de ingresos, conocimiento y uso del SAD

		Media	DT	N
Nivel de estudios	Sin estudios	1,21	1,03	98
	Estudios primarios	1,52	1,16	67
	Estudios secundarios/universitarios	1,18	1,01	40
Nivel de ingresos	Menos de 500€	0,88	0,81	16
	500-999€	1,24	1,00	78
	1.000-1.999€	1,56	1,13	9
	2.000€ o más	2,50	0,71	2
Conocimiento SAD	No	1,47	1,15	91
	Sí	1,21	1,01	118
Uso del SAD	No	1,33	1,09	198
	Sí	1,18	0,87	11

Finalmente, cuando se analizaron las relaciones entre la frecuencia de contacto con los familiares en general y las variables sociodemográficas, la única asociación que resultó significativa fue la que se refería a la situación laboral ($t(263) = 2,577, p = ,010, d = 0,317$). En concreto, las jubiladas mantenían contacto significativamente más frecuente con sus familiares que las amas de casa.

Tabla 68

Medias de la frecuencia de contacto con los familiares en función de la situación laboral

	Situación laboral	Media	DT	N
Frecuencia contacto con familiares	Jubilada	2,63	0,75	130
	Ama de casa	2,39	0,71	135

Todas las demás asociaciones estudiadas entre la frecuencia de contacto con los familiares en general y las demás variables sociodemográficas no resultaron estadísticamente significativas, tal y como se puede comprobar por los resultados de los análisis descritos a continuación.

Las correlaciones de Pearson que relacionaban la frecuencia de contacto con los familiares con la edad y el tiempo que hace que viven solas las participantes apuntaron una falta de asociación entre dichas variables ($r = ,056$, $p = ,365$, y $r = -,044$, $p = ,494$, respectivamente).

Asimismo, los contrastes de hipótesis que estudiaron la relación entre la frecuencia de contacto con los familiares y el nivel de estudios de las participantes ($F(2, 257) = 0,623$, $p = ,537$, $\eta^2 = ,005$), sus ingresos mensuales ($F(3, 123) = 1,037$, $p = ,379$, $\eta^2 = ,025$), y las motivaciones que las llevaron a vivir solas ($F(3, 258) = 0,846$, $p = ,470$, $\eta^2 = ,010$), todos calculadas mediante ANOVAs, resultaron no significativos.

Tabla 69

Medias de la frecuencia de contacto con los familiares en función de estado civil, nivel de estudios, nivel de ingresos y los motivos por los que vive sola

		Media	DT	N
Estado civil	Soltera/Separada/Divorciada	2,59	0,79	32
	Viuda	2,49	0,74	234
Nivel de estudios	Sin estudios	2,53	0,78	125
	Estudios primarios	2,48	0,69	86
	Estudios secundarios/universitarios	2,40	0,74	49
Nivel de ingresos	Menos de 500€	2,48	0,74	22
	500-999€	2,39	0,69	93
	1.000-1.999€	2,65	0,56	10
	2.000€ o más	3,08	0,46	2
Motivos para vivir sola	Viudedad	2,49	0,73	214
	Otros fallecimientos	2,75	0,80	21
	Emancipación de los hijos	2,44	0,80	11
	Otros motivos	2,48	0,81	16

De un modo similar, las pruebas *t* utilizadas para estudiar la relación entre la frecuencia de contacto con los familiares y el estado civil ($t(264) = 0,745, p = ,457, d = 0,140$), el conocimiento del SAD ($t(264) = 0,653, p = ,514, d = 0,081$), el uso del SAD ($t(264) = 0,304, p = ,761, d = 0,084$) y el conocimiento del comedor social ($t(264) = 1,511, p = ,132, d = 0,186$) señalaron la ausencia de asociaciones estadísticamente significativas.

Tabla 70

Medias de la frecuencia de contacto con los familiares en función del conocimiento y uso de los servicios sociales

		Media	DT	N
Conocimiento SAD	No	2,54	0,77	115
	Sí	2,48	0,72	15
Uso del SAD	No	2,50	0,75	252
	Sí	2,56	0,55	14
Conocimiento comedor social	No	2,57	0,79	138
	Sí	2,43	0,69	128

3.6.11.5 Relaciones entre satisfacción con la vida y características sociodemográficas

Para estudiar la relación de la satisfacción con la vida con las características sociodemográficas, se llevaron a cabo los mismos análisis que en el apartado anterior: correlaciones de Pearson, pruebas *t* y análisis de varianza (ANOVA).

La correlación de Pearson que relacionaba la satisfacción con la vida con la edad mostró una relación estadísticamente significativa ($r = ,208, p = ,001$), mientras que no fue así para la correlación entre la satisfacción con la vida y el tiempo que hace que viven solas las participantes, que resultó estadísticamente no significativa ($r = -,103, p = ,109$). De esta forma, se observó un aumento de la satisfacción con la vida a medida que aumentaba la edad de las participantes.

Para relacionar la satisfacción con la vida con el estado civil se llevó a cabo una prueba *t*, que resultó no significativa: $t(265) = 1,743, p = ,082, d = 0,324$. También fue este el caso para el ANOVA que estudió los niveles de satisfacción con la vida en función del nivel de estudios ($F(2, 258) = 0,361, p = ,698, \eta^2 = ,003$) y la prueba *t* que estudió diferencias en función de la situación laboral ($t(264) = 0,061, p = ,952, d = 0,011$).

Tabla 71

Medias de la satisfacción vital en función de estado civil, nivel de estudios y situación laboral

		Media	DT	N
Estado civil	Soltera/Separada/Divorciada	3,79	0,82	33
	Viuda	4,07	0,87	234
Nivel de estudios	Sin estudios	4,00	0,95	125
	Estudios primarios	4,08	0,80	87
	Estudios secundarios/universitarios	3,96	0,79	49
Situación laboral	Jubilada	4,03	0,83	131
	Ama de casa	4,04	0,91	135

Sin embargo, el ANOVA que estudió la satisfacción con la vida en función del nivel de ingresos sí mostró diferencias en las medias ($F(3, 123) = 3,241, p = ,024, \eta^2 = ,073$). De hecho, las pruebas post hoc apuntaron que estas diferencias se encontraban entre las participantes con ingresos inferiores a los 500 euros mensuales y aquellas que ingresaban entre 500 y 999 euros al mes, siendo mayor la media de satisfacción con la vida de estas últimas. Si se observan con detenimiento las medias presentadas en la Tabla xx a continuación, se puede observar cómo las medias de satisfacción con la vida son mayores cuanto mayores son los ingresos mensuales.

Por su parte, el ANOVA que estudió las medias de satisfacción con la vida en función de los motivos por los que las participantes vivían solas resultó no significativo ($F(3, 259) = 0,690, p = ,559, \eta^2 = ,008$).

Tabla 72

Medias de la satisfacción vital en función de nivel de ingresos y motivos por los que vive sola

		Media	DT	N
Nivel de ingresos	Menos de 500€	3,41	1,14	22
	500-999€	4,03	0,84	93
	1.000-1.999€	4,10	0,88	10
	2.000€ o más	4,50	0,71	2
Motivos para vivir sola	Viudedad	4,07	0,85	214
	Otros fallecimientos	4,09	0,89	22
	Emancipación de los hijos	4,00	1,18	11
	Otros motivos	3,75	0,78	16

Finalmente, se realizaron tres pruebas *t* para estudiar los niveles de satisfacción con la vida en función del conocimiento del SAD, uso del SAD y conocimiento del comedor social. Mientras que no se observaron diferencias estadísticamente significativas en satisfacción con la vida en función del uso del SAD ($t(265) = 0,167, p = ,868, d = 0,011$), sí se detectaron en función del conocimiento del SAD ($t(265) = 2,903, p = ,004, d = 0,362$) y del conocimiento del comedor social ($t(265) = 3,053, p = ,002, d = 0,374$). Cuando se observan las medias, en ambos casos la satisfacción con la vida fue mayor para las participantes que desconocían ambos servicios, tanto el SAD como el comedor social.

Tabla 73

Medias de la satisfacción vital en función del conocimiento y uso de los servicios sociales

		Media	DT	N
Conocimiento SAD	No	4,21	0,86	115
	Sí	3,90	0,85	152
Uso del SAD	No	4,03	0,88	253
	Sí	4,07	0,73	14
Conocimiento comedor social	No	4,19	0,87	139
	Sí	3,87	0,85	128

3.6.12 Predicción de las dimensiones de soledad y la satisfacción con la vida

3.6.12.1 Análisis bivariados entre todas las variables psicosociales del estudio

Para entender cómo las variables psicosociales objeto de estudio se relacionaban entre sí, se calcularon diversas correlaciones de Pearson, cuyos resultados pueden observarse en la Tabla 74 que se presenta a continuación.

Tabla 74

Correlaciones bivariadas entre todas las variables psicosociales objeto de estudio

	Soledad emo.	Soledad total	Salud	LS-C	LS-M	LS-E	LS-I	Red fam.	Red amigos	Red total	FC hijo	FC nieto	FC sob-nieto	FC herm	FC sobrino	FC fam vital	Satisf. vital
Soledad social	,390**	,798**	-,182**	-,132*	-,129*	-,029	-,021	-,459**	-,511**	-,609**	-,121	-,299**	-,182**	-,079	-,156*	-,231**	-,265**
Sol. emocional	--	,867**	-,237**	-,046	,025	-,021	-,105	-,233**	-,213**	-,277**	-,159*	-,220**	-,233**	-,088	-,231**	-,283**	-,360**
Sol. total	--	--	-,254**	-,102	-,053	-,030	-,080	-,401**	-,416**	-,512**	-,173**	-,312**	-,254**	-,100	-,235**	-,311**	-,379**
Salud			--	,182**	,071	,120	,238**	,073	,115	,121*	-,010	-,006	,119	-,016	,123	,076	,169**
LS-C				--	,691**	,745**	,695**	,058	,237**	,197**	-,035	-,005	,040	,013	-,018	-,002	,013
LS-M					--	,694**	,335**	,093	,204**	,193**	-,006	,011	,077	,075	,034	,024	,059
LS-E						--	,452**	,048	,197**	,164**	,014	,064	,129	,094	,066	,056	,047
LS-I							--	-,024	,099	,055	-,123	-,040	,135	-,032	,052	,011	,044
Red familia								--	,272**	,741**	,278**	,384**	,168**	,239**	,204**	,328**	,135*
Red amigos									--	,848**	-,077	,062	,131	,046	,068	,036	,138*
Red total										--	,094	,251**	,186**	,161*	,159*	,205**	,170**
FC hijo											--	,275**	,147	,336**	,194**	,433**	,073
FC nieto												--	,323**	,390**	,363**	,670**	,171*
FC sob.-nieto													--	,386**	,657**	,777**	,288**
FC hermano														--	,375**	,684**	,190*
FC sobrino															--	,760**	,252**
FC familiares																--	,267**

Nota: * $p < ,05$; ** $p < ,01$.

En primer lugar, cuando nos centramos en las relaciones entre soledad y las demás variables psicosociales, como se puede apreciar en la Tabla 74, los resultados de las pruebas de correlación de Pearson indican que la soledad y sus dimensiones (social y emocional) correlacionan significativa y negativamente con la mayoría de las variables psicosociales. En concreto, cuanto peor era la percepción de las mujeres entrevistadas sobre su estado de salud, más soledad social ($r = -,182$), emocional ($r = -,237$) y total ($r = -,254$) presentaban. Sin embargo, al presentar $r < ,30$ todas estas serían consideradas asociaciones débiles.

En el caso del espacio de vida, tanto el indicador de *Composite Life-Space* como el *Maximal Life-Space* solamente correlacionan significativa y negativamente con la soledad social ($r = -,132$ y $r = -,129$, respectivamente) y aun así la asociación entre estas variables es débil, ya que $r < ,30$. Este resultado sugiere que el espacio de vida afecta solamente a una de las dimensiones de la soledad: cuanto más elevada era la soledad social de las mujeres de esta muestra, más reducido era su espacio de vida. En otras palabras, las mujeres que se movían menos, tanto en términos de la distancia que recorrían como de la frecuencia con la que lo hacían, informaron sentirse más solas socialmente que las demás. El hecho de que el indicador de *Maximal Life-Space* también correlacione significativamente con la soledad social refuerza que las mujeres más solas no alcanzaban niveles tan lejanos como las demás, independientemente de haber usado o no algún tipo de ayuda.

En lo que respecta a las correlaciones entre soledad y red de apoyo social, también se aprecia que son todas negativas y estadísticamente significativas. Son débiles las asociaciones entre la soledad emocional y la red de apoyo familiar ($r = -,233$), la red de amigos ($r = -,213$) y la red de apoyo total ($r = -,277$). Pero son moderadas las demás asociaciones, siendo que la soledad social correlaciona negativamente con la red de apoyo

familiar ($r = -,459$), la de apoyo de los amigos ($r = -,511$) y la red de apoyo total ($r = -,609$). Asimismo, la soledad total correlaciona negativamente con el apoyo familiar ($r = -,401$), el apoyo de los amigos ($r = -,416$) y el apoyo total ($r = -,512$). En otras palabras, las pruebas de correlación muestran que aquellas mujeres que cuentan con una red de apoyo más amplia, sea el apoyo que les ofrecen sus familiares o el de sus amigos, suelen informar de menos soledad (medida de forma total o a partir de sus dos dimensiones) comparadas con las mujeres que no disponen de tanto apoyo social.

Al analizar los coeficientes de correlación entre soledad y la frecuencia de contacto con los familiares, se observaron correlaciones negativas y estadísticamente significativas entre las puntuaciones de soledad total y la frecuencia de contacto que las mujeres mantenían con sus hijos ($r = -,173$), sus nietos ($r = -,312$), sus sobrinos nietos ($r = -,254$) y sus sobrinos ($r = -,235$), pero no con sus hermanos. En general, esas asociaciones son débiles, ya que la mayoría tienen $r < ,30$; la excepción sería la correlación de frecuencia de contacto con los nietos y soledad total, que podría ser considerada como moderada, por tener $r \geq ,30$ y $\leq ,70$.

También son negativas y estadísticamente significativas las correlaciones entre las puntuaciones de soledad social y la frecuencia de contacto que las mujeres mantenían con sus nietos ($r = -,299$), sus sobrinos nietos ($r = -,182$) y sus sobrinos ($r = -,156$), pero no con sus hermanos ni con sus hijos. En todos los casos, las asociaciones son débiles.

Finalmente, correlacionan significativamente con la dimensión emocional de la soledad las frecuencias de contacto con hijos ($r = -,159$), nietos ($r = -,220$), sobrinos nietos ($r = -,233$) y sobrinos ($r = -,231$), si bien todas las asociaciones son débiles. Tampoco se observó correlación con la frecuencia de contacto con los hermanos para esta dimensión de la soledad.

En otras palabras, las pruebas de correlación muestran que aquellas mujeres que mantienen una frecuencia de contacto mayor con sus familiares suelen presentar puntuaciones más bajas en soledad (tanto en la escala total como en sus distintas dimensiones). Esta norma no se cumple en el caso de la frecuencia de contacto con los hermanos, quizás por el reducido tamaño del grupo de participantes que tienen hermanos. Otra excepción se refiere a la ausencia de correlación estadísticamente significativa entre frecuencia de contacto con los hijos y soledad social.

Finalmente, las correlaciones de Pearson empleadas para estudiar la relación entre soledad y satisfacción con la vida muestran que cuanto peor valoraban las mujeres su satisfacción vital, más soledad social ($r = -,265$), emocional ($r = -,360$) y total ($r = -,379$) presentaban. En este caso, aunque la asociación entre satisfacción vital y soledad social fuera débil, las demás son moderadas, por tener $r \geq ,30$ y $\leq ,70$.

En segundo lugar, las pruebas de correlación de Pearson empleadas para estudiar las relaciones entre salud percibida y las demás variables psicosociales indican pocas asociaciones estadísticamente significativas, tal y como se aprecia en la Tabla 74. Además, todas las correlaciones de salud percibida que resultaron estadísticamente significativas son consideradas asociaciones débiles, al presentar $r < ,30$.

En concreto, en el caso del espacio de vida, solamente los indicadores de *Composite Life-Space* y de *Independent Life-Space* correlacionan significativa y positivamente con la salud percibida ($r = ,182$ y $r = ,238$, respectivamente) y aun así la asociación entre estas variables es débil, ya que $r < ,30$. Este resultado sugiere que una percepción más positiva sobre el estado de salud puede contribuir para que las mujeres mayores alcancen los niveles más lejanos de su espacio de vida, de forma independiente y posiblemente con mayor frecuencia que las entrevistadas que informaron un peor estado de salud percibido.

También resultó significativa y positiva la asociación entre salud percibida y red de apoyo total ($r = ,121$), a pesar de ser una asociación débil ($r < ,30$) y con $p < ,05$. No resultaron estadísticamente significativas las correlaciones entre salud percibida y las dimensiones de la red de apoyo (familiar y de amistades). Estos resultados sugieren que cuanto mayor es el tamaño total de la red de apoyo, independiente de si está compuesta por más familiares o amigos, mejor es la percepción del estado de salud.

Al analizar los coeficientes de correlación entre salud percibida y la frecuencia de contacto con los familiares, no se observó ninguna correlación estadísticamente significativa.

Sin embargo, las correlaciones de Pearson empleadas para estudiar la relación entre salud y satisfacción con la vida muestran que cuanto mejor valoraban las mujeres su satisfacción vital, más positiva era también su evaluación sobre el estado de su salud ($r = ,169$), aunque esta asociación también resultó débil.

Respecto a las pruebas de correlación de Pearson empleadas para estudiar las relaciones de los indicadores de espacio de vida con las demás variables psicosociales, tal y como se suponía, indicaron asociaciones positivas y estadísticamente significativas entre los diferentes indicadores de la misma escala. Además, estas asociaciones oscilaban entre moderadas a altas ($r \geq ,30$ y $\leq ,70$ y $r > ,70$).

También se mostraron positivas y estadísticamente significativas las asociaciones entre el indicador *Composite Life-Space* y la red de apoyo de amigos ($r = ,237$) y entre el LS-C y la red de apoyo total ($r = ,197$), pero no había relación significativa entre el LS-C y la red de apoyo de los familiares. En la misma línea, también el indicador de *Maximal Life-Space* se correlacionó de forma positiva y estadísticamente significativa con la red de apoyo de amigos ($r = ,204$) y con la red de apoyo total ($r = ,193$). Asimismo, resultaron

estadísticamente significativas las asociaciones entre el *Assistive Life-Space* y la red de apoyo de amigos ($r = ,197$) y entre el LS-E y la red de apoyo total ($r = ,164$). En todos los casos, las asociaciones eran débiles ($r < ,30$). Además, las correlaciones entre el *Independent Life* y la red de apoyo, tanto total como en sus dimensiones, no resultaron ser estadísticamente significativas. Estos resultados sugieren que las mujeres que cuentan con una mayor red de amigos, pero no la de familiares, son capaces de desplazarse hasta niveles más altos en su espacio de vida frente a aquellas que tienen una red de amigos más reducida. Sin embargo, cuando se trata de desplazarse de forma independiente, el apoyo de los amigos no interfiere en el alcance máximo del espacio de vida.

Cuando nos centramos en los resultados de las correlaciones bivariadas entre la red de apoyo y las demás variables psicosociales, también se observan que la red total y sus dimensiones se correlacionan entre sí de forma positiva y estadísticamente significativa, siendo estas asociaciones altas para red total con ambas de sus dimensiones ($r > ,70$), pero débil la asociación entre red familiar y red de amigos ($r < ,30$).

Además, la red de apoyo familiar se correlaciona de forma positiva y estadísticamente significativa con las frecuencias de contacto con todos los miembros de la familia que fueron estudiados, es decir, con los hijos ($r = ,278$), con los nietos ($r = ,384$), con los sobrinos nietos ($r = ,168$), con los hermanos ($r = ,239$), con los sobrinos ($r = ,204$), y con los familiares en general ($r = ,328$). Sin embargo, la mayoría de esas asociaciones se considera débiles ($r < ,30$), con excepción de las correlaciones con el contacto con los nietos y con el de los familiares en general, que eran moderadas. Estos resultados sugieren que las mujeres que cuentan con redes de apoyo familiar más amplias tienden a mantener un contacto más frecuente con todos los miembros de su familia.

En cambio, la red de apoyo de amigos no se correlacionó de forma estadísticamente significativa con la frecuencia de contacto que las mujeres mantenían

con sus familiares. Por otro lado, con excepción de la asociación entre la red de apoyo total y la frecuencia de contacto con los hijos, todas las demás asociaciones de apoyo total con frecuencia de contacto resultaron estadísticamente significativas. En concreto, la red de apoyo total se correlacionaba con la frecuencia de contacto con los nietos ($r = ,251$), con los sobrinos nietos ($r = ,186$), con los hermanos ($r = ,161$), con los sobrinos ($r = ,159$), y con los familiares en general ($r = ,205$). Hay que destacar que todas esas asociaciones son débiles ($r < ,30$). Estos resultados refuerzan la influencia positiva del tamaño de la red de apoyo sobre la frecuencia de contacto que estas mujeres tienen con los miembros de su familia.

Finalmente, las correlaciones de Pearson empleadas para estudiar la relación entre red de apoyo y satisfacción con la vida muestran que cuanto mayores eran las redes de apoyo familiar ($r = ,135$), de amigos ($r = ,138$) y total ($r = ,170$) de las mujeres, mejor valoraban su satisfacción vital. Sin embargo, hay que considerar que todas esas asociaciones son débiles, ya que $r < ,30$.

El último punto a destacar sobre los resultados de las pruebas de correlación de Pearson presentadas en la Tabla 74 se refiere a las asociaciones entre frecuencia de contacto con los familiares y las demás variables psicosociales. En general, todas las variables de frecuencia de contacto se correlacionaban entre sí de forma positiva y estadísticamente significativa, siendo que la mayoría de las asociaciones fueron moderadas ($r \geq ,30$ y $\leq ,70$). Como excepción está la correlación entre la frecuencia de contacto con los hijos y la frecuencia de contacto con los nietos, que no resultó significativa.

Las pruebas de correlación de Pearson también mostraron correlaciones positivas y estadísticamente significativas entre la satisfacción con la vida y las frecuencias de contacto con los nietos ($r = ,171$), con los sobrinos nietos ($r = ,288$), con los hermanos (r

= ,190), con los sobrinos ($r = ,252$), y con los familiares en general ($r = ,267$). Hay que destacar que todas esas asociaciones son débiles ($r < ,30$) y algunas presentaban $p < ,05$. Curiosamente, no resultó estadísticamente significativa la relación entre frecuencia de contacto con los hijos y satisfacción con la vida. Estos resultados sugieren que las mujeres que mantienen un contacto más frecuente con sus familiares, en general informan estar más satisfechas con sus vidas.

3.6.12.2 Regresiones lineales múltiples

Para estudiar la predicción de las dimensiones de soledad y la satisfacción con la vida se llevaron a cabo, en primer lugar, tres regresiones lineales múltiples, en las que las variables mencionadas se utilizaron como criterio y como predictores se emplearon las variables que en los análisis anteriores habían mostrado una relación estadísticamente significativa; es decir, se emplearon las variables psicosociales, pero no las sociodemográficas.

En la primera regresión, el espacio de vida, las dimensiones del apoyo social, la frecuencia de contacto con familiares y la percepción de salud predijeron la soledad social. El resultado de esta regresión fue estadísticamente significativo ($F(5,260) = 33,218$, $p < ,001$; R^2 ajustada = ,378), llegando a explicar casi el 40% de la varianza. Tal y como puede observarse en la Tabla 75, resultaron predictores estadísticamente significativos todas las dimensiones excepto el espacio de vida, mostrando todas ellas un efecto negativo sobre la soledad social. La variable con mayor poder predictivo fue el apoyo social de los amigos.

Tabla 75

Regresión lineal de las variables psicosociales explicando soledad social

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	<i>T</i>	<i>p</i>
	B	Error típ.	Beta		
(Constante)	4,799	,426		11,275	,000
Salud percibida	-,202	,098	-,102	-2,067	,040
Espacio de vida	-,005	,004	,000	-,005	,996
Frecuencia de contacto con todos los familiares	-,232	,105	-,114	-2,205	,028
Red de apoyo social de familiares	-,435	,080	-,289	-5,410	,000
Red de apoyo social de amigos	-,494	,061	-,419	-8,076	,000

En cuanto a la regresión para predecir la soledad emocional, ésta también resultó estadísticamente significativa ($F(5,260) = 10,429$, $p < ,001$; R^2 ajustada = ,151), explicándose casi la mitad de varianza que en la regresión anterior, alrededor de un 15%. Como en el caso anterior, todas las variables resultaron estadísticamente significativas excepto el espacio de vida y el apoyo social de los familiares, como se puede ver en la Tabla 76.

Tabla 76

Regresión lineal de las variables psicosociales explicando soledad emocional

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	<i>T</i>	<i>p</i>
	B	Error típ.	Beta		
(Constante)	6,134	,606		10,124	,000
Salud percibida	-,478	,139	-,199	-3,440	,001
Espacio de vida	,003	,005	,033	,557	,578
Frecuencia de contacto con todos los familiares	-,574	,150	-,230	-3,825	,000
Red de apoyo social de familiares	-,176	,114	-,096	-1,542	,124
Red de apoyo social de amigos	-,234	,087	-,163	-2,684	,008

Para terminar, se calculó una tercera regresión para predecir la satisfacción con la vida, utilizando como predictores las dos dimensiones de soledad. Los resultados fueron estadísticamente significativos ($F(2,264) = 22,907$, $p < ,001$; R^2 ajustada = ,141), explicándose alrededor del 14% de varianza. Hay que tener en cuenta en este caso, que únicamente se emplearon dos predictores, lo que hace especialmente relevante el porcentaje de varianza explicado. Tal y como se observa en la Tabla 77, las dos dimensiones de soledad resultaron predictores estadísticamente significativos, aunque la soledad emocional mostró mayor poder predictivo.

Tabla 77

Regresión lineal de las dimensiones de soledad explicando satisfacción con la vida

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	<i>T</i>	<i>p</i>
	B	Error típ.	Beta		
(Constante)	4,503	,085		52,808	,000
Soledad social	-,083	,035	-,146	-2,372	,018
Soledad emocional	-,142	,029	-,303	-4,911	,000

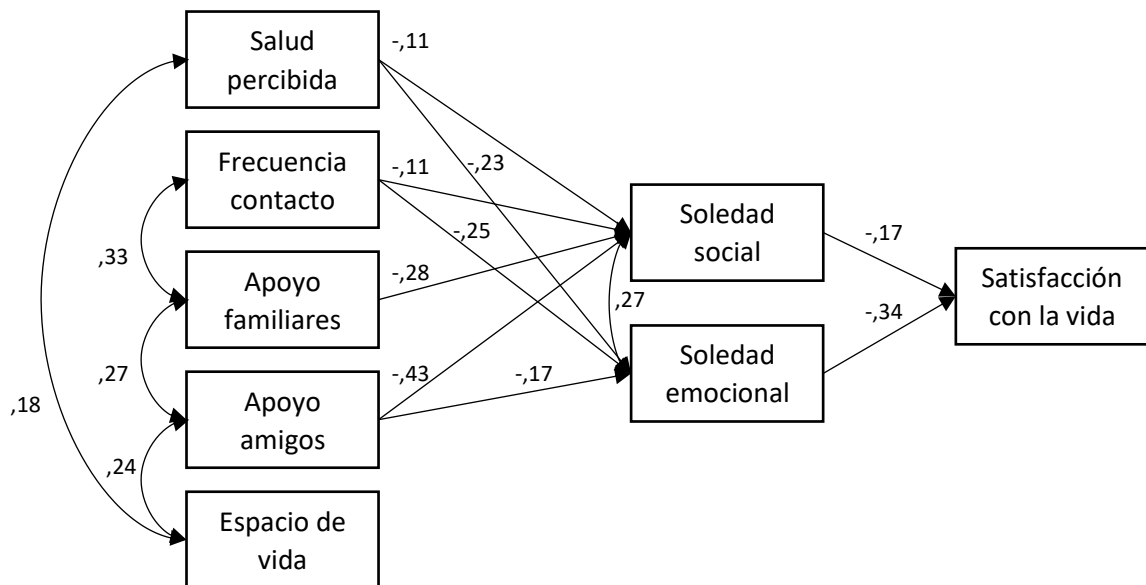
3.6.12.3 Modelo de ecuaciones estructurales

Para terminar, se especificó, estimó y puso a prueba un modelo de ecuaciones estructurales. En concreto, un *path analysis*, en el que las dos dimensiones de soledad, soledad social y soledad emocional, actuaban como predictores de la satisfacción con la vida y como mediadores del efecto de terceras variables: el espacio de vida, las dimensiones del apoyo social, la frecuencia de contacto con familiares y la percepción de salud.

El modelo, que se puede observar en la Figura 10, tuvo un ajuste global excelente: $\chi^2(5) = 8,797$ ($p = ,117$); CFI = ,989; GFI = ,992; SRMR = ,024; y RMSEA = ,054 (,000 - ,110). Además, el ajuste analítico también fue adecuado. Tal y como se puede observar en la Figura 10, la salud percibida, la frecuencia de contacto con los familiares, el apoyo de los familiares y el apoyo de los amigos resultaron predictores significativos de la soledad social, consiguiéndose explicar un 40,0% de su varianza. De estos predictores el de mayor peso fue el apoyo de los amigos, de forma que aquellas mujeres con mayor apoyo de amigos sentían menor soledad social. En el caso de la soledad emocional, los predictores estadísticamente significativos fueron la salud percibida, la frecuencia de contacto con los familiares y el apoyo de los amigos. En conjunto, se explicó un 20,6% de la varianza de soledad emocional. Finalmente, en el caso de la satisfacción con la vida, ambas dimensiones de la soledad fueron significativas, con especial relevancia de la soledad emocional. En total, se explicó un 19,7% de la satisfacción. En los tres casos, con porcentajes muy similares a los observados en las regresiones.

También se estimaron correlaciones entre los predictores. En lo referente a la relación entre soledad social y soledad emocional, ésta resultó estadísticamente significativa y positiva. Dos de las correlaciones entre las variables exógenas del modelo también resultaron estadísticamente significativas, a saber: la relación entre la frecuencia

de contacto con familiares y el apoyo de familiares, y la relación entre el apoyo de familiares y el apoyo de amigos, siendo en ambos casos relaciones positivas.



Nota: Para mayor claridad, en el modelo solo se muestran las relaciones estadísticamente significativas y se han omitido los errores estándar.

Figura 10. Modelo de ecuaciones estructurales: mediadores y predictores de soledad y satisfacción con la vida.

3.7 Discusión

Esta Tesis Doctoral ha sido elaborada con la intención de comprender y de describir los diversos aspectos que se relacionan con la experiencia de vida en solitario de un grupo de mujeres mayores no institucionalizadas que viven en la ciudad de Valencia. En este sentido, se planteó como objetivo general identificar la prevalencia del sentimiento de soledad y los factores que influyen en estos sentimientos en una muestra de mujeres de 70 a 90 años de edad. Tras presentar una visión general sobre el panorama del envejecimiento poblacional a través de una mirada de género, en la que el enfoque del presente trabajo fueron las mujeres, se expusieron datos sobre las definiciones del concepto de soledad, tal y como ha sido descrito por diversos autores. Además, se presentaron evidencias de estudios previos sobre las relaciones entre la soledad y una serie de factores, tanto de carácter sociodemográfico como psicosociales, que han demostrado tener influencia sobre los sentimientos de soledad de las personas mayores. Seguidamente, tras describir la metodología que fue empleada para llevar a cabo la investigación que dio lugar a esta Tesis Doctoral, se expusieron los resultados obtenidos a través de los diferentes tipos de análisis estadísticos que fueron utilizados. En el presente apartado, se trató de elaborar la discusión de los resultados respondiendo a cada uno de los objetivos e informando si sus respectivas hipótesis se cumplieron o no. Por ello, la Tabla 78 que se presenta a continuación recoge los objetivos y las hipótesis que fueron planteados para este estudio, así como una breve explicación sobre el cumplimiento o no de cada una de las hipótesis del estudio.

Tabla 78

Esquema general de los objetivos y de las hipótesis del estudio

Objetivo	Hipótesis	¿Se ha cumplido?
OG. Prevalencia soledad y describir demás variables	Ninguna	No se aplica
OE1. Soledad x variables sociodemográficas	H1.1 Las puntuaciones de soledad serán más elevadas en las mujeres de mayor edad. H1.2 Las mujeres que llevan menos tiempo viviendo solas presentarán niveles más altos de soledad. H1.3 Las viudas informarán sentirse más solas que las mujeres que están solteras y las que están separadas. H1.4 Las personas con niveles de estudios más bajos presentarán niveles más altos de soledad. H1.5 Las personas que cuentan con menos ingresos se sentirán más solas.	No. Ausencia de asociaciones estadísticamente significativas entre edad y soledad social y entre edad y soledad emocional. No. Ausencia de asociaciones estadísticamente significativas entre tiempo que vive sola y dimensiones de soledad. No. Las viudas tienen medias más bajas de soledad que las solteras y separadas, pero las diferencias no son estadísticamente significativas. No. Las diferencias de soledad en función del nivel de estudios no son estadísticamente significativas. Parcialmente. En general, la soledad disminuye en la dirección inversa al nivel de ingresos, pero las diferencias no son significativas.
OE2. Soledad x servicios sociales y apoyo formal	H2.1 Las personas que no conocen los servicios sociales ofrecidos por el Ayuntamiento informarán sentirse más solas que aquellas que los conocen. H2.2 Las personas que no han usado estos servicios en el último mes presentarán niveles más elevados de soledad. H2.3 Las mujeres que no cuentan con recursos de apoyo formal tendrán puntuaciones más altas de soledad.	No. Ausencia de asociaciones estadísticamente significativas entre conocimiento de los servicios sociales y dimensiones de soledad. No. Ausencia de asociaciones estadísticamente significativas entre uso de los servicios sociales y dimensiones de soledad. No. No se pudo analizar porque N de usuarias de apoyo formal era muy reducido.
OE3. Soledad x salud percibida	H3.1 Las personas que tienen una percepción más negativa sobre su estado de salud informarán sentirse más solas que aquellas que consideran que su estado de salud es bueno o muy bueno.	Sí. Diferencias significativas entre el grupo de no solas y las que sufren de soledad muy grave. También se confirma por las pruebas de correlación de Pearson para soledad total, soledad social y soledad emocional.

Objetivo	Hipótesis	¿Se ha cumplido?
OE4. Soledad x espacio de vida	H4.1 Las mujeres que se mueven menos en su espacio de vida presentarán puntuaciones más elevadas de soledad.	Parcialmente. Ausencia de asociaciones estadísticamente significativas entre espacio de vida y soledad (categórica); pero correlaciones de Pearson muestran asociaciones negativas y significativas entre LS-C y soledad social y entre LS-M y soledad social.
OE5. Soledad x apoyo social (familiar y de amigos)	H5.1 Las mujeres que cuenten con menos apoyo social de sus familiares se sentirán más solas que aquellas que tengan más apoyo.	Sí. Asociaciones negativas y significativas entre el tamaño de la red familiar y la soledad total y sus dimensiones (tanto variable categórica como cuantitativa).
	H5.2 Una red de apoyo social de amistades más reducida se relacionará con niveles más elevados de soledad.	Sí. Asociaciones negativas y significativas entre el tamaño de la red de amigos y la soledad total y sus dimensiones (tanto variable categórica como cuantitativa).
OE6. Soledad x frecuencia de contacto con los familiares	H6.1 Las mujeres que mantengan un contacto menos frecuente con sus familiares en general presentarán niveles más altos de soledad que aquellas que cuenten con un contacto más frecuente.	Sí. Asociaciones negativas y significativas entre la frecuencia de contacto con los familiares y la soledad total y sus dimensiones (tanto variable categórica como cuantitativa).
OE7. Soledad x satisfacción vital	H7.1 Las personas que estén menos satisfechas con su vida informarán de niveles más altos de soledad.	Sí. Asociaciones negativas y significativas entre la satisfacción con la vida y la soledad total y sus dimensiones (tanto variable categórica como cuantitativa).
OE8. Relaciones entre las diferentes variables	H8.1 A mayor edad de las participantes, peor será la evaluación subjetiva sobre el estado de su salud.	No. Ausencia de asociaciones estadísticamente significativas entre edad y salud percibida.
	H8.2 A más edad, menos se moverán en su espacio de vida.	Sí. Asociaciones negativas y estadísticamente significativas entre edad y todos los indicadores de espacio de vida, aunque no resultó significativa edad vs. LS-I.
	H8.3 Las mujeres más mayores contarán con menos apoyo de sus relaciones de amistad, pero más apoyo de sus familiares cuando se comparan con las mujeres más jóvenes de la muestra.	Parcialmente. Asociaciones negativas y significativas entre edad y red de amigos, pero no entre edad y red de familiares.
	H8.4 La satisfacción vital de las mujeres más mayores será más baja que la de las más jóvenes.	No. Sucedió justo lo contrario; a más edad más altas eran las medias de satisfacción con la vida.

Objetivo	Hipótesis	¿Se ha cumplido?
OE8. Relaciones entre las diferentes variables	<p>H8.5 Las mujeres con niveles más bajos de estudios y con menos ingresos económicos valorarán su estado de salud de forma más negativa que aquellas con más estudios y más ingresos.</p> <p>H8.6 Las participantes con niveles más bajos de estudios y con menos ingresos económicos estarán más restringidas en su espacio de vida que aquellas con más estudios y más ingresos.</p> <p>H8.7 La red de apoyo social (familiar y de amigos) será más reducida en las mujeres con menos estudios e ingresos.</p> <p>H8.8 Las mujeres con menos estudios y menos ingresos informarán estar menos satisfechas con sus vidas.</p> <p>H8.9 Las mujeres que cuenten con una mayor red de apoyo familiar usarán menos los servicios y recursos de apoyo formal que aquellas que tengan una red familiar más reducida.</p> <p>H8.10 Las mujeres que cuenten con una mayor red de apoyo familiar tendrán mejor salud percibida.</p> <p>H8.11 Cuanto mayor sea la red de apoyo familiar, más altas serán las medias de espacio de vida.</p> <p>H8.12 Las entrevistadas con medias más elevadas en el tamaño de su red familiar contarán con menos apoyo social de sus amigos.</p> <p>H8.13 Cuanto mayor sea la red de apoyo familiar, más frecuente será el contacto que mantengan con sus familiares.</p> <p>H8.14 Las entrevistadas que cuenten con redes familiares más amplias estarán más satisfechas con sus vidas.</p> <p>H8.15 Las mujeres que cuenten con una mayor red de apoyo de los amigos usarán menos servicios sociales y recursos de apoyo formal.</p>	<p>No. Las diferencias de salud percibida en función de los niveles de estudio y de ingresos no son estadísticamente significativas.</p> <p>Sí. Asociaciones positivas y significativas entre el nivel de estudios y todos los indicadores de espacio de vida. También resultaron positivas y significativas las asociaciones entre ingresos y algunos indicadores (LS-C, LS-I y LS-ID).</p> <p>Parcialmente. Solamente resultaron significativas las diferencias en el tamaño de la red de amigos, pero no en la red familiar, en función de los niveles de estudio y de ingresos.</p> <p>Parcialmente. No se cumple para el nivel de estudios, pero sí son significativas las diferencias de satisfacción vital en función de los ingresos.</p> <p>No. Ausencia de asociaciones estadísticamente significativas entre red familiar y uso de servicios sociales.</p> <p>No. Ausencia de asociaciones estadísticamente significativas entre red familiar y salud percibida.</p> <p>No. Ausencia de asociaciones estadísticamente significativas entre red familiar y espacio de vida.</p> <p>No. Aunque resulte estadísticamente significativa la relación entre la red de apoyo familiar y la red de amigos, esta es positiva.</p> <p>Sí. Todas las correlaciones de Pearson entre red familiar y las frecuencias de contacto con los familiares resultaron positivas y significativas, aunque la mayoría de las asociaciones sean débiles.</p> <p>Sí. Correlación de Pearson confirma esta relación, aunque sea débil y $p < ,05$.</p> <p>No. Ausencia de asociaciones estadísticamente significativas entre red de amigos y uso de servicios sociales.</p>

Objetivo	Hipótesis	¿Se ha cumplido?
OE8. Relaciones entre las diferentes variables	H8.16 Las entrevistadas que tengan una red de amigos más amplia tendrán mejor salud percibida.	No. Ausencia de asociaciones estadísticamente significativas entre red de amigos y salud percibida.
	H8.17 Las medias más altas de espacio de vida se darán en aquellas participantes que informen tener una red de amistad más amplia.	Parcialmente. Excepto para LS-I, la red de amigos correlacionó de forma positiva y significativa con los demás indicadores de espacio de vida, aunque asociaciones eran débiles.
	H8.18 Las mujeres que cuenten con más apoyo de sus amigos mantendrán contacto menos frecuente con sus familiares.	No. Ausencia de asociaciones estadísticamente significativas entre red de amigos y frecuencias de contacto con los familiares.
	H8.19 Cuanto mayor sea la red de apoyo de amigos, más satisfechas estarán las participantes con sus vidas.	Sí. Prueba de correlación de Pearson confirma esta hipótesis, aunque la asociación resultó débil y $p < ,05$.
OE9. Poder predictivo y mediados de las variables sobre soledad	H9.1 La red de apoyo social y la salud percibida tendrán mayor poder explicativo sobre la varianza de soledad que las variables sociodemográficas, la frecuencia de contacto con los familiares y el espacio de vida.	Parcialmente. Es cierto que la red social y la salud percibida tienen un poder explicativo más potente que las variables sociodemográficas y el espacio de vida. Pero la frecuencia de contacto con los familiares es más importante que el tamaño de la red social para predecir la soledad emocional.
	H9.2 Las variables estudiadas tendrán pesos distintos a la hora de predecir la soledad social y la soledad emocional.	Sí. Hipótesis confirmada tanto por los resultados de las regresiones lineales múltiples como en el <i>path analysis</i> .
	H9.3 La soledad tendrá un papel mediador importante para explicar la satisfacción con la vida.	Sí. La soledad explica alrededor del 14% (regresión lineal múltiple) o un 19,7% (ecuaciones estructurales) de la varianza de satisfacción con la vida.

3.7.1 Características sociodemográficas de la muestra, conocimiento y uso de servicios sociales y de apoyo formal

La presente investigación no utilizó el método de muestreo probabilístico, sino que las participantes fueron elegidas por conveniencia. Por lo tanto, no se trata de una muestra representativa de la población mayor española en general en la medida en la que sus características sociodemográficas no reflejan exactamente el perfil del colectivo de personas mayores españolas. En concreto, la muestra del presente estudio estuvo compuesta exclusivamente por mujeres de 70 a 90 años de edad, que vivían solas y eran usuarias de un servicio privado de teleasistencia. Por ello, siempre que sea posible, se buscará contrastar los resultados de nuestra investigación con datos de otros estudios que hayan contado con muestras semejantes a la nuestra.

En primer lugar, referente al estado civil de las participantes, tal y como se observa en los datos del IMSERSO (2015) sobre la cantidad de mujeres de 70 o más años que están viudas, también en nuestra muestra predominó la viudedad. Sin embargo, el porcentaje de viudas comparadas a los demás grupos fue bastante más elevado en nuestro estudio que en el del IMSERSO – un 87,6% frente a un 52,3% respectivamente. Seguramente, esta diferencia se deba al hecho de que nuestra muestra estaba restringida a las mujeres que vivían solas, eliminando así el colectivo de las casadas de la misma edad, que según el IMSERSO (2015) representan el 39,7% del total de mujeres en ese grupo de edad.

La investigación de López-Doblas (2005) señala tres perfiles fundamentales de personas mayores que viven solas y que representan las situaciones más frecuentes en España. El primer grupo se refiere a las personas que han permanecido solteras, que en el caso de nuestra muestra, representan el 9,4% del total. Los otros dos grupos descritos por

ese autor se refieren a una situación de viudedad e incluyen, por un lado, las personas mayores que sufrieron una “viudedad prematura”, es decir, que perdieron a sus cónyuges cuando se hallaban aún en edad adulta o incluso cuando eran jóvenes. Por otro lado, están las personas mayores que han enviudado contando ya con una edad avanzada. Según López-Doblas (2005), estas últimas componen la categoría más numerosa de personas mayores en hogares unipersonales y están en mayor riesgo de aislamiento social. Además de tener que afrontar el vacío emocional y el duelo por el fallecimiento de la pareja con la que generalmente han convivido la mayor parte de sus vidas, esas personas viudas, que en su mayoría son mujeres, también tienen que adaptarse a una nueva condición de vida que se les ha impuesto. Tienen menos experiencia en esta situación que los solteros y los viudos prematuros y, si han tenido hijos, en general estos ya se han emancipado, lo que refuerza su condición de vida en solitario.

A pesar de que no se haya explorado esta información específica en nuestra investigación, tenemos algunos datos que nos dan pistas de que gran parte de las mujeres que hemos entrevistado se encajarían en el grupo de las personas que enviudaron en edades avanzadas. En primer lugar, al preguntar sobre los motivos que llevaron a las participantes a vivir solas, la mayoría de ellas (el 81,4%) lo asoció al hecho de haberse quedado viudas. Cuando se observa solamente el grupo de viudas, este porcentaje es aún más elevado; es decir, el 92,6% de ellas informó que la viudez fue el principal motivo que las llevó a vivir solas. Además, las viudas de nuestra muestra llevan de media 8,35 años ($DT = 7,91$) viviendo solas, siendo que un 71,2% de ellas llevan 10 años o menos viviendo solas. Esto nos permite inferir que muchas de ellas habrán perdido a sus cónyuges cuando ya tenían más de 60 años de edad, estando en la situación de viudedad en las edades avanzadas descrita por López-Doblas (2005). De modo semejante, una investigación reciente con muestra de personas mayores españolas develó que la principal

razón para que esas personas vivieran solas había sido la pérdida de sus parejas (el 61,7% de los casos) y que llevaban 10,5 años de media viviendo solos (Velarde-Mayol et al., 2015), frente a un promedio de 9,48 años para la muestra total de nuestro estudio.

Los resultados referentes al nivel de estudios de la presente muestra se asemejan a la media nacional, aunque la proporción de personas sin estudios les sobrepase. En concreto, los datos del Barómetro llevado a cabo por el CIS en abril de 2015 (citado en IMSERSO, 2015) indican un acusado déficit del nivel educativo de las personas mayores españolas. Más del 60% de las personas de 65 años o más han cumplido como mucho la educación primaria, siendo que el 21% no tienen ningún estudio. Asimismo, la mayor parte de las mujeres entrevistadas en el presente estudio tenía un bajo nivel de estudios o ninguno (el 47,9% no tenían estudios y el 33,3% tenían estudios primarios). Esa diferencia, especialmente acentuada en el grupo de personas sin estudios podría ser explicada por la desigualdad de oportunidades ofrecidas en función del género, lo que era aún más acentuado en la época que coincide con la niñez y la adolescencia de esas mujeres. Recordemos que estas mujeres, nacidas entre 1925 y 1945, vivieron la Guerra Civil Española, la II Guerra Mundial y la Postguerra, con sus devastadoras consecuencias económicas y también una España de dictadura franquista (1939-1975) que condicionó para unas, su niñez y juventud, y para otras, su juventud y madurez temprana. El modelo de familia impuesto bajo el Régimen fue un modelo tradicional basado por Ley en la subordinación de la esposa al marido (Fuero del Trabajo de 1938, por ejemplo), con innumerables obstáculos para las mujeres en el acceso a la educación y al trabajo.

En lo que se refiere a la situación laboral de las participantes del presente estudio, la distribución prácticamente homogénea entre jubiladas (el 49,2%) y amas de casa (el 50,8%) no sorprende, dadas las demás variables sociodemográficas que caracterizan la muestra, tales como edad, género y estado civil. En otras palabras, las mujeres que

participaron en este estudio seguramente han recibido una educación basada en valores conservadores que establecían una distinción bastante clara sobre la expectativa de rol social en función del género. Mientras se esperaba que los varones ocupasen la función de proveedores de la familia, cabía a las mujeres llevar a cabo las tareas de cuidados del hogar y de la familia (Neri, 2014). En este sentido, aunque no hemos recogido datos sobre la ocupación previa de las mujeres entrevistadas, se supone que muchas de ellas no hayan desarrollado ningún trabajo formal fuera de sus hogares.

Respecto al alto porcentaje de no respuesta a la pregunta sobre los ingresos mensuales percibidos, otros autores confirman que se trata de algo que sucede a menudo en investigaciones con muestras de personas mayores, pudiendo alcanzar el 30% de información perdida (Miret-Gamundi y Zueras, 2015). En nuestro caso, este porcentaje fue aún más elevado (el 52,4%), lo que podría ser parcialmente explicado por el método de encuesta utilizado que fue telefónica. Teniendo en mente esa barrera, Gerst-Emerson y Jayawardhana (2015) recomiendan que la pregunta explícita sobre el nivel de ingresos sea sustituida por otra sobre la satisfacción de los participantes con su situación económica. Sin embargo, los datos obtenidos de las personas que aceptaron informar sobre sus ingresos mensuales reflejan la desigualdad económica entre géneros, lo que afecta especialmente a los hogares unipersonales encabezados por personas mayores (López-Doblas, 2005; OMS, 2015; Parlamento Europeo, 2015). Aproximadamente tres cuartos de las participantes del presente estudio que informaron de su situación económica (el 73,2%) contaban con ingresos mensuales entre 500 y 999 euros, lo que refleja el valor medio de las pensiones percibidas por las personas mayores en España en 2015, es decir 884 euros mensuales, según el IMSERSO (2015). El mismo informe indica que el 42% de las pensiones de las mujeres son pensiones por jubilación (1.017 euros) y el 39% son de viudedad (630 euros).

Respecto al nivel de conocimiento de los servicios sociales disponibles en Valencia, los resultados de la presente investigación han demostrado que tan solo la mitad de las participantes afirmó conocer el servicio de ayuda a domicilio (el 56,9%) y el comedor social (el 47,9%). Evidentemente, eso no ocurrió en el caso del servicio de teleasistencia, dado que todas las mujeres entrevistadas eran usuarias de un servicio privado de teleasistencia. Investigaciones realizadas anteriormente en España ya habían detectado un bajo nivel de conocimiento de las personas mayores sobre la disponibilidad de los servicios sociales (Fernández-Ballesteros, 2002). También en Reino Unido se ha detectado un gran desconocimiento de la población acerca de los servicios disponibles para apoyar a las personas mayores. En la investigación llevada a cabo por AWOC (2015), los entrevistados llegaron a proponer que se creasen varios recursos que ya existían en Reino Unido, lo que refuerza el grado de desconocimiento sobre los servicios disponibles en su país.

El porcentaje de uso de los servicios sociales informado por nuestra muestra fue aún más bajo, siendo que tan solo el 5,2% de las mujeres entrevistadas informó haber utilizado el servicio de ayuda a domicilio en el mes previo a la encuesta y el 1,1% había utilizado el comedor social durante ese periodo. Este dato nos ha sorprendido, pues las mujeres entrevistadas tenían contratado el Servicio de Teleasistencia de modo privado, por lo que cabría la posibilidad de que fuesen beneficiarias del Servicio de Ayuda a Domicilio público, pues tal y como dice la Ley de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia, cuando los usuarios eligen una prestación, no pueden elegir otra.

Sin embargo, cabe recordar el aspecto familista que caracteriza la cultura española, tal y como ha sido debatido por diversos autores (Miret-Gamundi y Zuera, 2015; Montorio-Cerrato et al., 2003; Rodríguez-Rodríguez, 2005) y el hecho de que la mayor parte del apoyo social ofrecido a las personas mayores españolas es de tipo

informal (Fernández-Ballesteros, 2002; Rogero-García, 2009; Rogero-García et al., 2008; Solé-Auró y Crimmins, 2014). Asimismo, otro estudio reciente ha detectado que casi dos tercios de los españoles mayores que vivían solos no tenían ningún cuidador formal y en general no necesitaban ayuda en las actividades esenciales (Velarde-Mayol et al., 2015). Creemos que estos datos contribuyen a explicar el nivel tan bajo de uso de los servicios sociales encontrado en nuestra investigación.

3.7.2 Características de la red social e indicadores de salud percibida, espacio de vida y satisfacción vital

Los datos obtenidos sobre la frecuencia de contacto que las mujeres entrevistadas mantenían con sus familiares están dentro de lo esperado, ya que se nota una tendencia a que el contacto sea más frecuente con los hijos que con los demás miembros de la familia. Casi la totalidad de las mujeres que tenían hijos (el 96,5%) informó mantener con ellos un contacto diario, o por lo menos varias veces a la semana. Hay que recordar que la pregunta consideraba tanto el contacto personal como por teléfono u otros medios de comunicación, lo que permitía que este encuentro se diera incluso en el caso de que los familiares no vivieran cerca de la persona entrevistada. Una vez más se observa la influencia de los valores familistas de la cultura española, en la que existe una gran expectativa de que los hijos ofrezcan apoyo a sus padres mayores (Fernández-Ballesteros, 2002; Miret-Gamundi y Zueras, 2015) y en la que los hijos e hijas asumen un importante papel de proveedores de cuidados (López-Doblas, 2005; Rodríguez-Rodríguez, 2005). El hecho añadido de que esas mujeres vivían solas probablemente refuerza la necesidad o la expectativa de que se den esos encuentros familiares con más frecuencia.

Se ha podido observar que el contacto que las mujeres del presente estudio mantenían con sus nietos y con sus hermanos solía ser menos frecuente del que tenían

con sus hijos, pero no llegaba a ser tan esporádico como el contacto con los sobrinos y sobrinos-nietos. Nos parece natural que esto haya ocurrido y que las interacciones sociales se hayan dado más a menudo con los miembros de la familia nuclear que con aquellos menos cercanos, como suelen ser los sobrinos y los sobrinos-nietos. Además, este hallazgo está en consonancia con lo que postula la Teoría de la Selectividad Socioemocional de Carstensen (1993) sobre el proceso adaptativo que ocurre durante las etapas más avanzadas de la vida, a través del que se priorizan las relaciones emocionalmente significativas. En concreto, la investigación llevada a cabo por Lang y Carstensen (1994) indica que las personas mayores que tenían hijos y/o nietos solían incluir a menos miembros de fuera de su familia nuclear en sus redes sociales frente a las personas que no contaban con una familia nuclear. En cambio, estas últimas consideraban como íntimos a un mayor grupo de otros familiares frente a los sujetos que estaban casados o que tenían hijos y/o nietos.

Por otro lado, los hallazgos de nuestra investigación en cuanto al tamaño de la red social se alejan mucho de los que se encontraron en la investigación de Iliffe et al. (2007), en la que se utilizó la misma escala (LSNS-6) para medir esta variable en una muestra de personas mayores inglesas. En el presente estudio el 55,8% de las mujeres mayores estaban socialmente integradas - frente al 84,1% de las inglesas - y el 44,2% estaban socialmente aisladas – porcentaje bastante superior al 15,9% de las inglesas. Una posible explicación para esas diferencias se refiere al perfil sociodemográfico de ambas muestras. Mientras el estudio de Iliffe et al. (2007) abarcaba mujeres de 65 o más años, tanto las que vivían solas como las que vivían acompañadas, en nuestra investigación las mujeres entrevistadas tenían 70 años o más y todas vivían solas. Los propios resultados de Iliffe et al. (2007) dan soporte a esa explicación, ya que vivir solo y tener más edad fueron dos de los factores que se asociaban a un mayor riesgo de aislamiento social. De modo

semejante, una investigación realizada con muestra de personas mayores no institucionalizadas en España halló que las mujeres, las personas sin pareja y aquellas que vivían solas contaban con menos apoyo social que otros grupos de personas mayores (Ayala et al., 2012). En definitiva, se puede afirmar con cierta seguridad que el colectivo de personas a las que se ha entrevistado en nuestro estudio reúne diversas características que las posicionan en un lugar de mayor riesgo de carecer de apoyo social.

Sobre el tamaño de la red social, cabe recalcar el hecho de que las mujeres de nuestra muestra contasen con más personas en su red familiar que en la de amigos, lo que coincide con la Teoría de la Selectividad Socioemocional de Carstensen (1993). Una de las premisas de dicha teoría es justamente que las personas mayores son más selectivas en sus relaciones, dando prioridad a los contactos sociales más cercanos y desechando los menos significativos (Sims et al., 2015). Además, se ha detectado que las personas mayores suelen centrarse en las metas de regulación emocional o de generatividad y que sus redes sociales están compuestas por más familiares que amigos y conocidos (Lang y Carstensen, 2002). De modo semejante, la investigación de Sánchez-Rodríguez (2009), con muestra de personas mayores españolas y que se basó en el Modelo Teórico del Convoy de Apoyo Social, detectó que el círculo de contactos íntimos de esas personas mayores estaba compuesto mayoritariamente por miembros de su familia y era en media más amplio que los demás círculos. En cambio, los amigos representaban alrededor del 45% de los componentes del círculo de confianza y casi el 50% del círculo de conocidos.

En lo que se refiere a la distribución de la muestra en función de la salud percibida, los resultados del presente estudio se acercan a los de investigaciones previas con muestras de personas mayores, ya que gran parte de las personas mayores no institucionalizadas suele evaluar su estado de salud como bueno o muy bueno. Por ejemplo, en una investigación llevada a cabo en Brasil, se observó que el 57,8% de las

mujeres de 65 años o más entrevistadas informaron que su salud era buena o muy buena (Oliveira, Neri, y D'Elboux, 2013), frente al 52,3% de nuestra muestra. De modo semejante, en una muestra de personas mayores españolas, el 61,3% clasificó su salud como buena o muy buena mientras que tan solo un 7,1% la consideró mala o muy mala (Buz y Pérez-Arechaederra, 2014). En cambio, el porcentaje de mujeres mayores canadienses que informaron que su salud era buena o excelente en el estudio de Fry y Debats (2002) fue bastante más bajo (34,8%). Sin embargo, hay que tener en cuenta que el 36,9% de las mujeres de la muestra canadiense vivían en régimen semi-institucional, es decir, que no vivían en viviendas privadas sino que recibían ciertos cuidados de profesionales, lo que quizá pudiera implicar en una peor salud objetiva también.

En cuanto a la distribución de la muestra en función de la satisfacción con la vida, los resultados del presente estudio se asemejan a los de investigaciones anteriores, en las que la minoría de las personas mayores entrevistadas informó estar insatisfecha con sus vidas. En concreto, en una investigación llevada a cabo en siete ciudades brasileñas, con muestra de 2.472 personas de 65 años o más, tan solo el 6,1% informaron estar insatisfechos con sus vidas, el 28,2% presentaron satisfacción moderada y la mayoría de la muestra (el 65,6%) se decía muy satisfecha con su vida (Pinto y Neri, 2013). Asimismo, en nuestro estudio, el 6,0% estaban nada o casi nada satisfechas y la mayoría informó estar bastante (el 50,2%) o muy satisfechas con sus vidas (el 30,3%).

Al comparar los datos de espacio de vida obtenidos en nuestro estudio con los de investigaciones previas, se observa que de modo general, la puntuación media del indicador LS-C es más baja en nuestra muestra. Por ejemplo, mientras que las mujeres que hemos entrevistado tenían un LS-C medio de 40,4 ($DT = 21,6$), Peel et al. (2005) detectaron un LS-C medio de 64,1 ($DT = 24,9$) en una muestra de estadounidenses de 65 años o más. En otro artículo, en el que se analizaron los resultados de esta misma muestra

de forma más detallada, se perciben diferencias en las puntuaciones medias del LS-C en función del género, la zona donde vivían y el grupo étnico al que pertenecían los entrevistados. En concreto, las mujeres caucásicas que vivían en zonas urbanas tenían un LS-C medio de 66,9 frente a 66,0 de las caucásicas de la zona rural. El LS-C medio de las afro-americanas desciende a 45,8 para las que viven en zonas urbanas y 50,3 para las de las zonas rurales. El LS-C medio de los varones, independiente de la zona donde vivían o de su grupo étnico, era siempre más elevado que lo de las mujeres.

El espacio de vida de nuestras entrevistadas también resultó ser más reducido que el de las personas mayores insertas en otros contextos, tales como Brasil ($M = 59,6$; $DT = 17,8$) y Colombia ($M = 51,9$; $DT = 19,0$) (Curcio et al., 2013). En el caso de esa investigación en particular, en la que se presentaron además los resultados de los demás indicadores de espacio de vida, se confirma que las mujeres españolas de nuestro estudio están más restringidas, independientemente de si han utilizado algún tipo de ayuda para desplazarse o si lo hicieron de manera independiente. En concreto, el LS-M medio de las españolas fue 3,5 ($DT = 1,1$) frente a 4,4 ($DT = 0,7$) de los brasileños y 4,2 ($DT = 0,8$) de los colombianos; el LS-E medio fue 3,1 ($DT = 1,3$) frente a 4,4 ($DT = 0,8$) de los brasileños y 4,0 ($DT = 1,0$) de los colombianos; y el LS-I medio fue 1,6 ($DT = 1,8$) frente a 4,3 ($DT = 0,9$) de los brasileños y 3,8 ($DT = 1,1$) de los colombianos. Una posible explicación para esas diferencias, especialmente acentuadas en el indicador de espacio de vida independiente (LS-I), se refiere a los criterios de inclusión adoptados por Curcio et al. (2013): tener entre 65 y 74 años de edad y ser capaz de caminar sin la ayuda de otra persona. En otras palabras, las personas que hemos entrevistado tenían una edad más avanzada que las de las muestras brasileña y colombiana y posiblemente tenían más limitaciones funcionales que aquéllas. Como se ha podido detectar en la presente

investigación, la edad se asocia de manera inversa a la amplitud del espacio de vida de las personas mayores.

Cuando analizamos los resultados de espacio de vida a través de la distribución de frecuencias de los niveles máximos alcanzados, sea de manera independiente o utilizando algún tipo de ayuda, hay dos puntos destacables. Por un lado, la buena noticia es que se observa que la mayoría de las mujeres de nuestra muestra ha podido salir de sus casas y desplazarse por lo menos por sus barrios, es decir, el 86,2% de ellas tiene un LS-M entre los niveles 3 y 5. Por otro lado, el hecho de que más de la mitad de las mujeres no fue capaz de salir de sus casas de forma independiente, es decir, que el 54,7% de ellas tiene un LS-I entre 0 y 1, indica un importante grado de dependencia, que podría dificultar su vida cotidiana e incluso impedir que sigan viviendo solas en un futuro próximo.

3.7.3 Prevalencia de soledad en la muestra

En el presente estudio, la puntuación media del sentimiento de soledad informado por las entrevistadas fue de 3,98 ($DT = 2,83$). Este resultado es ligeramente más elevado que el de otras investigaciones, como es el caso del estudio de Steed et al. (2007), en el que la puntuación media de soledad medida a través de la DJGLS fue de 3,15 ($DT = 3,14$). Asimismo, la puntuación media de soledad encontrada en la muestra del presente estudio es superior a la de otra muestra de personas mayores españolas, en la que la media de soledad medida por la DJGLS fue de 3,24 ($DT = 2,27$) (Sánchez-Rodríguez, 2009). Aunque también fueran personas mayores españolas que vivían en domicilios particulares, las características de la muestra de Sánchez-Rodríguez (2009) se diferenciaban de la nuestra en cuanto al género (incluía hombres), la edad (con un rango más amplio, desde 60 hasta 95 años) y la composición del domicilio, ya que solo un 20,6%

de su muestra vivían solos. Esas diferencias podrían explicar en parte su resultado medio más bajo en soledad.

Al analizar la intensidad del sentimiento de soledad de acuerdo con los puntos de corte establecidos por los autores de la DJGLS, se ha observado que la minoría (el 9,0%) de las mujeres entrevistadas en el presente estudio presentaba soledad grave o muy grave. En concreto, el 33,7% no se sentían solas, el 57,3% se sentían moderadamente solas, el 5,6% sentían soledad grave y el 3,4%, muy grave. Un porcentaje similar de soledad grave o muy grave (el 8,7%) también fue hallado en un estudio con muestra de personas mayores en Australia, en el que el 52,0% de la muestra no se sentían solos, el 39,3% se sentían moderadamente solos, el 6,7% sentían soledad grave y el 2,0%, soledad muy grave (Steed et al., 2007). En cambio, un estudio longitudinal en el que también se utilizó la DJGLS para medir la soledad de una muestra de casi 5 mil personas mayores que vivían en la comunidad en Holanda, la distribución de la intensidad de soledad fue bastante distinta. La mayoría de la muestra - el 60% en la primera medición y el 62% cinco años más tarde - informó no sentirse solos, alrededor de un tercio - el 34% y el 32% - presentaba soledad moderada y tan solo el 6%, en ambas mediciones, sentían soledad grave o muy grave (Honigh-de Vlaming et al., 2014a).

Una posible explicación para esas diferencias recae en el perfil sociodemográfico de las muestras de los diferentes estudios. Al tener en la muestra de nuestro estudio solamente mujeres que vivían solas y además eran usuarias de un servicio de teleasistencia, no nos sorprende que hayan informado de niveles más altos de soledad comparado con los resultados de investigaciones que incluyen varones, personas que están casadas o que viven con la pareja. Estos dos últimos factores en especial han sido reiteradamente reconocidos en la literatura como protectores del sentimiento de soledad (de Jong Gierveld, 1998; Hawkey y Cacioppo, 2009; Losada et al., 2012; Weiss, 1983).

Finalmente, los resultados del estudio de Honigh-de Vlaming et al. (2014a) apoyan esta explicación, ya que las medias de soledad de su muestra fueron más altas en las mujeres y en las personas más mayores. Asimismo, las medias de soledad de las personas que estaban casadas o que vivían con la pareja resultaron ser más bajas que aquellas encontradas en los demás grupos (viudos, divorciados y solteros).

3.7.4 Relaciones entre soledad y características sociodemográficas

Objetivo propuesto:

OE1. Analizar la relación entre variables sociodemográficas y el sentimiento de soledad.

Hipótesis planteadas:

H1.1 Las puntuaciones de soledad serán más elevadas en las mujeres de mayor edad.

H1.2 Las mujeres que llevan menos tiempo viviendo solas presentarán niveles más altos de soledad.

H1.3 Las viudas informarán sentirse más solas que las mujeres que están solteras y las que están separadas.

H1.4 Las personas con niveles de estudios más bajos presentarán niveles más altos de soledad.

H1.5 Las personas que cuentan con menos ingresos se sentirán más solas.

A diferencia de lo que se esperaba, no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre las puntuaciones medias de soledad y las variables sociodemográficas de la muestra. Por lo tanto, los resultados de la presente investigación han demostrado que ninguna de las hipótesis planteadas sobre este tema se cumplió, excepto la H1.5 que se cumplió parcialmente, porque las medias de soledad disminuían en la dirección inversa al nivel de ingresos, a pesar de que las diferencias no eran estadísticamente significativas. Sin embargo, cabe recordar que el elevado número de no respuesta a la pregunta sobre ingresos conlleva un tamaño más reducido de la muestra válida y consecuentemente afecta a los análisis estadísticos comparativos.

De hecho, la ausencia de diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de soledad en función de las otras características sociodemográficas coincide en parte con los resultados de otra investigación sobre soledad en una muestra de personas mayores españolas (Castro, 2015). Tal y como sucedió en nuestro estudio, también las relaciones entre soledad y tiempo que la persona llevaba viviendo sola, y soledad y nivel de estudios no eran estadísticamente significativas. Sin embargo, en la muestra de Castro (2015), la edad sí que se asociaba de forma negativa y estadísticamente significativa a la soledad, es decir, se sentían más solas las personas con menos edad. Vale mencionar que la edad media de la muestra de ese estudio era bastante más baja que la de nuestra investigación ($M = 68,4$; $DT = 7,3$ frente a $M = 82,8$; $DT = 4,7$ respectivamente). Quizás también la ausencia de asociaciones estadísticamente significativas que se observó en nuestro estudio podría explicarse por el hecho de que el perfil de las personas entrevistadas era relativamente homogéneo, es decir, eran todas mujeres, usuarias del mismo servicio social y vivían solas. Además, la mayoría de ellas tenían pocos o ningún estudio, estaban viudas y justamente fue la viudez lo que empujó a la mayoría de ellas a vivir solas. En la pregunta sobre los motivos para vivir sola, por ejemplo, los grupos de mujeres que informaron de motivos distintos a la viudez eran muy reducidos (entre 11 y 22 sujetos), lo que puede haber perjudicado los análisis de comparación.

En definitiva, el perfil de la muestra de este estudio coincidía, en diversos aspectos, con lo que investigaciones previas han señalado como las personas que están en mayor riesgo de soledad, es decir, mujeres (Dahlberg et al., 2015; Losada et al., 2012; Pinquart y Sörensen, 2001a; Rico-Urbe et al., 2016), de edad avanzada (Dykstra, 2009; Dykstra et al., 2005; Victor, Scambler et al., 2005), sin pareja (de Jong Gierveld, 1998; Hawkey y Cacioppo, 2009; Victor, Scambler et al., 2005), que viven solas (Hughes et

al., 2004; Koc, 2012; Steed et al., 2007; Zebhauser, Baumert et al., 2014), con bajos niveles de estudios (Luanaigh y Lawlor, 2008; Savikko et al., 2005; Sundström et al., 2009) y bajos niveles de ingresos económicos (Hawkley et al., 2008; Losada et al., 2012; Savikko et al., 2005). De hecho, una investigación con muestra de personas mayores españolas detectó que las puntuaciones más elevadas de soledad se dieron en mujeres, las personas de más edad, aquellos que no estaban casados y los que vivían solos (Buz y Pérez-Arechaederra, 2014). Seguramente se hubieran detectado diferencias significativas si la muestra hubiera sido más heterogénea en términos de las características sociodemográficas. La muestra en el estudio pertenece a lo que la literatura previa considera el grupo más vulnerable a los sentimientos de soledad.

3.7.5 Relaciones de la soledad con el conocimiento y uso de servicios sociales y de recursos de apoyo formal

Objetivo propuesto:

OE2. Analizar la relación entre conocimiento y uso de recursos de apoyo formal y sentimiento de soledad.

Hipótesis planteadas:

H2.1 Las personas que no conocen los servicios sociales ofrecidos por el Ayuntamiento informarán sentirse más solas que aquellas que los conocen.

H2.2 Las personas que no han usado estos servicios en el último mes presentarán niveles más elevados de soledad.

H2.3 Las mujeres que no cuentan con recursos de apoyo formal tendrán puntuaciones más altas de soledad.

De modo semejante a lo que sucedió entre soledad y las variables sociodemográficas, tampoco se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre las medias de soledad y los datos sobre conocimiento y uso de los servicios sociales. Por lo tanto, se rechazan todas las hipótesis que se habían planteado para este tema.

En concreto, el número de personas que informaron saber de la existencia del Servicio de Ayuda a Domicilio y del comedor social se ha acercado a la cantidad de entrevistadas que los desconocían y se ha observado que este aspecto no tiene relación con sus sentimientos de soledad. De alguna manera, tal hallazgo es comprensible, ya que el hecho de tener conocimiento sobre un determinado servicio no implica su uso y consecuentemente no conlleva beneficios tangibles a la persona hasta el punto de afectarle en su estado de ánimo o su sentido de pertenencia a un determinado grupo social.

En cambio, lo que posiblemente tendría un mayor impacto en la forma cómo las mujeres viven su soledad sería el hecho de efectivamente disfrutar de estos servicios, ya que al hacerlo tendrían más oportunidades de establecer y mantener nuevas relaciones sociales. Como se ha visto anteriormente, existen diversas evidencias que relacionan los sentimientos de soledad con una mala calidad de las relaciones sociales (Cacioppo et al., 2006; Hawkey et al., 2008; Hughes et al., 2004; Pinquart y Sörensen 2001b; Victor et al., 2000) y la baja participación social (Aartsen y Jylhä, 2011). Sin embargo, los análisis de los datos sobre el uso de los servicios sociales y de apoyo formal se vieron perjudicados por el reducido tamaño de la muestra de usuarias de estos servicios. En el caso del uso del comedor social y de las visitas periódicas de profesionales, asociaciones o servicios de voluntariado, tan solo 3 y una persona respectivamente, informaron haber utilizado estos servicios en el mes anterior a la encuesta, lo que imposibilitó la realización de comparaciones entre los grupos de usuarias y no usuarias.

3.7.6 Relación entre la soledad y la salud percibida

Objetivo propuesto:

OE3. Analizar la relación entre salud percibida y sentimiento de soledad.

Hipótesis planteada:

H3.1 Las personas que tienen una percepción más negativa sobre su estado de salud informarán sentirse más solas que aquellas que consideran que su estado de salud es bueno o muy bueno.

La hipótesis H3.1 planteada para la relación entre soledad y salud percibida se ha visto confirmada a través de ambas pruebas estadísticas utilizadas para analizar dicha relación. En primer lugar, el ANOVA que fue empleado para estudiar las medias de la salud percibida en función del grado de soledad (variable categórica) mostraron que las entrevistadas que no se sentían solas tenían una percepción más positiva de su estado de salud que aquellas que tenían algún grado de soledad, siendo esta diferencia estadísticamente significativa cuando se comparaba el grupo de las mujeres no solas frente a las que sufrían de soledad muy grave. Asimismo, las pruebas de correlación de Pearson empleadas para estudiar la relación entre salud percibida y soledad como variable cuantitativa sugieren que la salud se asocia de forma negativa y estadísticamente significativa tanto con la puntuación de soledad total como con las de sus dimensiones social y emocional.

Tal y como se ha expuesto en los capítulos del Marco Teórico de esta Tesis Doctoral, existe un gran volumen de evidencias que indican la presencia de esta asociación entre soledad y mala salud percibida de las personas mayores (Ferreira-Alves et al., 2014; Luo y Waite, 2014; Rico-Uribe et al., 2016). De modo semejante a lo que sucedió en la muestra del presente estudio, otras investigaciones también comprobaron que niveles más elevados de soledad se asociaban con peores evaluaciones subjetivas sobre el estado de salud. Por ejemplo, la puntuación media de soledad medida con la

DJGLS en el estudio de Honigh-de Vlaming et al. (2014a) fue más elevada en las personas que consideraban su salud como mala o regular frente a los que la clasificaban como buena. Además, se halló que la combinación de vivir solo y tener mala salud percibida aumenta en 10 veces la probabilidad de sentirse solo frente a lo que sucede con las personas mayores que viven acompañadas y que valoran su estado de salud de forma positiva (Sundström et al., 2009).

Si tenemos en cuenta que la soledad ha sido relacionada con diversos problemas tanto de salud física (Koc, 2012; Valtorta et al., 2016) como de salud mental (Barg et al., 2006; Cacioppo et al., 2010), y que se ha detectado que la soledad predice un aumento del riesgo de mortalidad (Hawkey y Cacioppo, 2010; Holt-Lunstad et al., 2015), los resultados de nuestra investigación contribuyen para que se dé aún más importancia a los programas de intervención diseñados para prevenir o paliar los sentimientos de soledad de las personas mayores.

3.7.7 Relaciones entre la soledad y el espacio de vida

Objetivo propuesto:

OE4. Analizar la relación entre espacio de vida y sentimiento de soledad.

Hipótesis planteada:

H4.1 Las mujeres que se mueven menos en su espacio de vida presentarán puntuaciones más elevadas de soledad.

La hipótesis H4.1 planteada para la relación entre soledad y espacio de vida se ha cumplido parcialmente, ya que los resultados del MANOVA empleado para estudiar las medias de los diferentes indicadores de espacio de vida (LS-C, LS-M, LS-E y LS-I) en función del grado de soledad (variable categórica) sugieren ausencia de diferencias estadísticamente significativas. De un modo similar, tampoco fueron estadísticamente significativos los resultados de la prueba chi-cuadrado que estudió las diferencias de los

porcentajes de mujeres en cada grupo de intensidad de soledad en función de si estaban o no restringidas a sus barrios (LS-ID). De hecho, el porcentaje de mujeres que no se sentían solas y estaban restringidas a su barrio era prácticamente el mismo que el de las no solas pero que no estaban restringidas al barrio. Esto ocurrió también en los grupos de soledad moderada, soledad grave y soledad muy grave.

Por otro lado, las pruebas de correlación de Pearson empleadas para estudiar la relación entre el espacio de vida y la soledad como variable cuantitativa muestran relaciones negativas y estadísticamente significativas entre el indicador LS-C y soledad social, así como entre LS-M y la misma soledad social, aunque se traten de asociaciones débiles. Los demás indicadores de espacio de vida no correlacionan con soledad social y ninguno de los indicadores se correlaciona ni con soledad emocional ni con soledad total. Estos resultados sugieren que en nuestra muestra, las mujeres que se movían menos dentro de su espacio de vida, tanto en términos de la distancia recorrida como de la frecuencia con la que lo hacían e independientemente de si usaban o no algún tipo de ayuda, informaron de mayor soledad social, pero no de mayor soledad emocional.

Desafortunadamente, no disponemos de evidencias empíricas de otras investigaciones que hayan estudiado esta relación específica entre espacio de vida y soledad, lo que nos impide tener un parámetro para contrastarlo con los hallazgos de la presente investigación. Sin embargo, algunas investigaciones han demostrado que existen relaciones entre la soledad y algunos de los aspectos que componen la movilidad en el espacio de vida, como por ejemplo el estudio de Castro (2015), en el que se halló que la soledad de las personas mayores disminuía cuando éstas salían de casa más a menudo. Además, si nos remontamos a las definiciones de soledad social y de soledad emocional que nos ofrece la Teoría Interaccionista de Weiss (1983), hay un par de ideas importantes que nos ayudan a entender estos resultados. Según este autor, la soledad del aislamiento

social ocurre cuando la persona pierde el contacto con los demás miembros de su red social, lo que suele venir acompañado de sentimientos de aburrimiento y de exclusión social. En cambio, cuando uno está socialmente integrado, se producen sensaciones de placer y gratificación, dado que la red social es la base para que ocurran las actividades sociales. Por otro lado, la soledad del aislamiento emocional se da cuando la persona pierde su figura de apego y está asociada a sentimientos de miedo a ser abandonado. Este tipo de soledad se extingue cuando se forma un nuevo vínculo emocional o se repara el vínculo perdido.

Si volvemos a centrarnos en los resultados de la presente investigación, a pesar de no tener información sobre los motivos que llevaron a las mujeres entrevistadas a estar más o menos restringidas dentro de su espacio de vida, intuimos que existen diversos factores que podrían haber contribuido a que algunas de ellas alcanzasen niveles menos lejanos en su espacio de vida. Pudiera ser por la presencia de alguna enfermedad o de limitaciones funcionales, o porque no disponían de personas que las acompañasen para salir de casa, o porque existían barreras arquitectónicas en su entorno que dificultasen el desplazamiento. Quizá su estado anímico tampoco favorecía el movimiento, lo que supondrá un esfuerzo físico importante para algunas, de salir de sus casas y encontrarse con otras personas. Todas esas suposiciones se apoyan en las evidencias empíricas, tal y como se ha discutido en apartados anteriores. Por ejemplo, un peor estado funcional se ha visto asociado tanto a niveles más altos de soledad (Ferreira-Alves et al., 2014; Gerst-Emerson y Jayawardhana, 2015; Hacıhasanoglu et al., 2012) como a una menor movilidad en el espacio de vida (Bentley et al., 2013). Asimismo, la depresión guarda una relación muy estrecha con la soledad (Cacioppo et al., 2010; Gerst-Emerson y Jayawardhana, 2015; Luo et al., 2012) y también se ha visto asociada a un espacio de vida más limitado (Al Snih et al., 2012; Allman et al., 2006; Curcio et al., 2013; Peel et al., 2005). Una

investigación con muestra de personas mayores españolas detectó que las personas que informaban de más soledad eran aquellas que tenían un peor estado funcional y una peor percepción de su estado de salud, contaban con una red social más reducida y no participaban en actividades sociales (Buz y Pérez-Arechaederra, 2014).

Independientemente de las razones que hayan contribuido para que las mujeres se movieran más o menos dentro de su espacio de vida, lo que es evidente es que cuanto menor era la movilidad en su espacio de vida, menor era también el sentimiento de pertenencia a un grupo social (soledad social). Sin embargo, la amplitud del espacio de vida no interfería en los sentimientos de desolación o de falta de relaciones de apego (soledad emocional). Esto nos lleva a reflexionar sobre la importancia de la participación social fuera de casa como una herramienta para paliar la soledad, en especial la de tipo social, de las personas mayores que viven solas. Otros autores ya habían detectado que actividades como ir a la iglesia o frecuentar bares, por ejemplo, contribuyen positivamente al mantenimiento de las interacciones sociales de las personas mayores españolas (Buz, Sánchez, et al., 2014).

3.7.8 Relaciones entre la soledad y la red de apoyo social

Objetivo propuesto:

OE5. Analizar la relación entre el apoyo social (familiar y de amistad) y sentimiento de soledad.

Hipótesis planteadas:

H5.1 Las mujeres que cuenten con menos apoyo social de sus familiares se sentirán más solas que aquellas que tengan más apoyo.

H5.2 Una red de apoyo social de amistades más reducida se relacionará con niveles más elevados de soledad.

Se confirman ambas hipótesis planteadas para el objetivo OE5, dado que se hallaron asociaciones negativas y estadísticamente significativas tanto entre el tamaño de

la red de apoyo familiar y la soledad como entre el tamaño de la red de apoyo de los amigos y la soledad. En primer lugar, estas asociaciones se han comprobado a través de un MANOVA utilizado para estudiar las relaciones de apoyo social con la soledad como variable categórica. Se observó que el tamaño medio de la red de apoyo familiar descendía en la dirección contraria al grado de soledad de las mujeres entrevistadas, es decir, cuanto más solas se sentían menor era su red familiar. De modo semejante, cuánto más solas se sentían las mujeres de la muestra, menor era también el tamaño medio de la red de apoyo recibido de sus amigos.

En un segundo momento de los análisis estadísticos llevados a cabo, también las correlaciones de Pearson empleadas para estudiar las relaciones entre red social y soledad, en este caso medida como variable cuantitativa, reforzaron la presencia de asociaciones negativas y estadísticamente significativas entre dichas variables. En concreto, se pudo constatar asociaciones moderadas entre la soledad social y el tamaño de la red, sea en su totalidad, sea en las dimensiones familia y amigos; lo mismo sucedió entre la soledad total y el tamaño de la red social. Por otro lado, aunque también sean estadísticamente significativas, resultaron ser débiles las asociaciones entre soledad emocional y tamaño de la red. En otras palabras, los resultados de nuestra investigación han confirmado la importante relación que existe entre sentirse solo y tener una red social reducida, lo que había sido ampliamente documentado en investigaciones anteriores. Algunos investigadores señalaron que la soledad se asocia con un menor tamaño de la red social (Buz y Pérez-Arechaederra, 2014; de Jong Gierveld et al., 2015; Hawkey et al., 2005); otros detectaron que la soledad se asociaba con menos apoyo social recibido (Cohen-Mansfield et al., 2009; Fernández-Ballesteros, Zamarrón, y Maciá, 1996; Hombrados-Mendieta et al., 2013).

Además, estos resultados también refuerzan la importancia de la familia como proveedora de apoyo social a las personas mayores en la cultura española, lo que también ha sido ampliamente documentado (Meléndez et al., 2009; Miguel et al., 1998; Rodríguez-Rodríguez, 2005; Solé-Auró y Crimmins, 2014). En lo que se refiere al apoyo de los amigos, aunque no hayamos medido la frecuencia de contacto con los amigos, la percepción que tienen nuestras entrevistadas sobre el apoyo que reciben de sus amigos puede compararse a lo que observó Castro (2015) en su estudio. En su muestra, la frecuencia de contacto con los amigos se asociaba tanto con la soledad total como con las dimensiones emocional y social (llamada “sintónica” por esa autora), lo que confirma el papel protector atribuido a las relaciones de amistad (Pinquart y Sörensen, 2001b) así como que la ausencia de dichas relaciones se asocia con niveles más altos de soledad (Savikko et al., 2005).

3.7.9 Relaciones entre la soledad y la frecuencia de contacto con los familiares

Objetivo propuesto:

OE6. Analizar la relación entre la frecuencia de contacto con los familiares y sentimiento de soledad.

Hipótesis planteada:

H6.1 Las mujeres que mantengan un contacto menos frecuente con sus familiares en general presentarán niveles más altos de soledad que aquellas que cuenten con un contacto más frecuente.

Se ha cumplido la hipótesis que se planteó para el objetivo OE6, dado que los análisis estadísticos que fueron empleados para estudiar la relación entre soledad y la frecuencia media de contacto que las participantes tenían con sus familiares en general mostraron asociaciones negativas y estadísticamente significativas entre dichas variables. Esto fue demostrado tanto cuando se analizó la frecuencia del contacto con los familiares medida de forma general en función del grado de soledad (variable categórica) como

cuando se compararon las medias de esa frecuencia de contacto con la medida de soledad cuantitativa. En este caso, las correlaciones de Pearson indicaron una asociación moderada entre la frecuencia de contacto con los familiares y la soledad total, y asociaciones débiles entre la primera y las dos dimensiones de la soledad social y emocional.

Sin embargo, cuando se analizaron las relaciones entre la soledad y la frecuencia de contacto con cada familiar específico (hijos, nietos, hermanos, etc.), algunas de las asociaciones carecían de significación estadística. Eso sucedió para el contacto con los hijos, hermanos, sobrinos y sobrinos-nietos en el caso de la soledad como variable categórica. Tampoco resultaron significativas las asociaciones entre soledad social y frecuencia de contacto con los hijos, y entre soledad (social, emocional y total) y frecuencia de contacto con los hermanos. Por otro lado, el contacto con los sobrinos, los sobrinos-nietos, pero en especial con los nietos, ha demostrado tener un papel protector importante contra la soledad, dado que las mujeres que mantenían un contacto más frecuente con sus nietos informaban de menos soledad, sea cuando esta fue analizada como variable categórica o como variable cuantitativa.

No existe un consenso en la literatura sobre el papel de la frecuencia de contacto con los familiares en el aumento o la reducción de los sentimientos de soledad de las personas mayores. Algunas investigaciones han puesto de manifiesto que las mujeres mayores que tienen contacto por lo menos semanal con sus hijos están menos solas socialmente comparadas con aquellas que lo tienen con menor frecuencia (Dykstra y de Jong Gierveld, 2004). Los hallazgos de nuestro estudio no confirman esta asociación, ya que la frecuencia de contacto con los hijos solamente se correlaciona de forma negativa y significativa con soledad emocional y soledad total.

En cambio, otros autores defienden que la frecuencia de contacto de las personas mayores con sus hijos y nietos no interfiere en la presencia de soledad, sino que son más importantes las relaciones con los amigos cercanos que las relaciones familiares para prevenir la soledad (Victor et al., 2000). Estos autores creen que la familia sirve más como fuente de cuidados íntimos y a largo plazo, mientras que los amigos tienen un papel más importante en el bienestar emocional y en la satisfacción con la vida. Asimismo, de Jong Gierveld et al. (2015) observaron que la frecuencia de contacto que las personas mayores de su muestra mantenían con sus amigos se asociaba de manera negativa y estadísticamente significativa con sus sentimientos de soledad, pero la relación entre frecuencia de contacto con los familiares y soledad no era estadísticamente significativa. Carecemos de datos sobre la frecuencia de contacto que nuestras entrevistadas mantenían con sus amigos, por lo que no podemos argumentar nada sobre este tema. Sin embargo, lo que hemos podido comprobar en la presente investigación es que la frecuencia de contacto con los familiares cumple un papel importante en el sentido de evitar o reducir los sentimientos de soledad de las mujeres mayores que viven solas. Además, se ha podido observar que este beneficio no depende exclusivamente de las relaciones con los hijos, en lo que suelen centrarse la mayoría de las investigaciones, sino que el contacto con otros familiares también es muy beneficioso para ellas.

3.7.10 Relación entre la soledad y la satisfacción con la vida

Objetivo propuesto:

OE7. Analizar la relación entre satisfacción con la vida y sentimiento de soledad.

Hipótesis planteada:

H7.1 Las personas que estén menos satisfechas con su vida informarán de niveles más altos de soledad.

La hipótesis H7.1 planteada para la relación entre soledad y satisfacción con la vida se ha visto confirmada a través de ambas pruebas estadísticas utilizadas para analizar dicha relación. En primer lugar, el ANOVA que fue empleado para estudiar las medias de la satisfacción con la vida en función del grado de soledad (variable categórica) mostraron que las entrevistadas que no se sentían solas informaron de mayor satisfacción con sus vidas que aquellas que tenían algún grado de soledad, siendo esta diferencia estadísticamente significativa cuando se comparaba el grupo de las mujeres no solas frente a las que sufrían de soledad moderada o grave. Asimismo, las pruebas de correlación de Pearson empleadas para estudiar la relación entre satisfacción con la vida y soledad como variable cuantitativa sugieren que las mujeres que estaban más satisfechas con sus vidas informaron de menor soledad, tanto la medida total como las dimensiones social y emocional. Además, estas asociaciones resultaron ser estadísticamente significativas, siendo débil la de satisfacción con la vida y soledad social, pero moderadas las demás.

Estos resultados refuerzan los hallazgos de otras investigaciones llevadas a cabo en muestras de personas mayores de países tan diversos, como Irlanda (Mhaoláin et al., 2012), Escocia (Gow et al., 2007), Croacia (Brajkovic et al., 2011) y China (Liu y Guo, 2008). En todas ellas también se encontró que las personas mayores que se sentían más solas informaban de niveles más bajos de satisfacción con la vida. Además, esta misma

relación entre soledad y satisfacción con la vida también fue detectada en una muestra de personas mayores españolas (Buz y Pérez-Arechaederra, 2014; Buz, Urchaga, et al., 2014).

En el presente estudio, la satisfacción con la vida fue medida como un indicador general, pero hay que tener en cuenta que este concepto, tal y como lo han definido Diener, Suh, Lucas, y Smith (1999), abarca diferentes dimensiones, desde la satisfacción con la salud y los servicios de salud, hasta las relaciones familiares, el apoyo social y el entorno de las personas. En este sentido, diferentes investigaciones han puesto de manifiesto la influencia del estado de salud, del estado funcional, de la disponibilidad de apoyo y de la participación social de las personas mayores sobre su percepción de satisfacción con la vida (Pinquart y Sörensen, 2001a; Pinto y Neri, 2013). Como se ha visto en epígrafes anteriores, los resultados de la presente investigación han demostrado que la soledad se asocia tanto con la percepción de salud como con las características de la red de apoyo social de las mujeres entrevistadas. Por lo tanto, la relación que se ha encontrado en este estudio entre soledad y satisfacción con la vida podría estar mediada por estos otros factores.

3.7.11 Relaciones entre las diferentes variables

Objetivo propuesto:

OE8. Analizar las relaciones entre las distintas variables del estudio.

Hipótesis planteadas:

H8.1 A mayor edad de las participantes, peor será la evaluación subjetiva sobre el estado de su salud.

H8.2 A más edad, menos se moverán en su espacio de vida.

H8.3 Las mujeres más mayores contarán con menos apoyo de sus relaciones de amistad, pero más apoyo de sus familiares cuando se comparan con las mujeres más jóvenes de la muestra.

H8.4 La satisfacción vital de las mujeres más mayores será más baja que la de las más jóvenes.

H8.5 Las mujeres con niveles más bajos de estudios y con menos ingresos económicos valorarán su estado de salud de forma más negativa que aquellas con más estudios y más ingresos.

H8.6 Las participantes con niveles más bajos de estudios y con menos ingresos económicos estarán más restringidas en su espacio de vida que aquellas con más estudios y más ingresos.

H8.7 La red de apoyo social (familiar y de amigos) será más reducida en las mujeres con menos estudios e ingresos.

H8.8 Las mujeres con menos estudios y menos ingresos informarán estar menos satisfechas con sus vidas.

H8.9 Las mujeres que cuenten con una mayor red de apoyo familiar usarán menos los servicios y recursos de apoyo formal que aquellas que tengan una red familiar más reducida.

H8.10 Las mujeres que cuenten con una mayor red de apoyo familiar tendrán mejor salud percibida.

H8.11 Cuanto mayor sea la red de apoyo familiar, más altas serán las medias de espacio de vida.

H8.12 Las entrevistadas con medias más elevadas en el tamaño de su red familiar contarán con menos apoyo social de sus amigos.

H8.13 Cuanto mayor sea la red de apoyo familiar, más frecuente será el contacto que mantengan con sus familiares.

H8.14 Las entrevistadas que cuenten con redes familiares más amplias estarán más satisfechas con sus vidas.

H8.15 Las mujeres que cuenten con una mayor red de apoyo de los amigos usarán menos servicios sociales y recursos de apoyo formal.

H8.16 Las entrevistadas que tengan una red de amigos más amplia tendrán mejor salud percibida.

H8.17 Las medias más altas de espacio de vida se darán en aquellas participantes que informen tener una red de amistad más amplia.

H8.18 Las mujeres que cuenten con más apoyo de sus amigos mantendrán contacto menos frecuente con sus familiares.

H8.19 Cuanto mayor sea la red de apoyo de amigos, más satisfechas estarán las participantes con sus vidas.

Con la intención de facilitar la lectura de la discusión de los resultados referentes a las hipótesis de este epígrafe, se las agrupó en tres grandes temas, que serán tratados por separado. En primer lugar, se comentarán los resultados referentes a las hipótesis que tratan los datos en función de la edad de las participantes, es decir, desde la H8.1 hasta la H8.4. En un segundo momento, se discutirán las hipótesis relacionadas con la comparación de los datos en función de los niveles de estudios y de ingresos de las mujeres entrevistadas, es decir, de la H8.5 a la H8.8. Finalmente, se tratarán las hipótesis H8.9 hasta la H.8.19, que se refieren al tamaño de la red social de las mujeres.

En cuanto al primer bloque de hipótesis, solamente la H8.2 se ha cumplido totalmente y la H8.3 lo ha hecho parcialmente; las demás hipótesis referentes a las diferencias de resultados en función de la edad de las participantes, H8.1 y H8.4, no se confirmaron. En concreto, la correlación de Pearson utilizada para estudiar la relación entre edad y salud percibida (H8.1) demostró ausencia de asociación estadísticamente significativa entre dichas variables. Este resultado va en contra de lo que se observó en la investigación de Rico-Urbe et al. (2016), en la que la edad se asociaba de manera negativa y significativa con el estado de salud de las personas mayores. Asimismo, Stephens et al. (2011) hallaron que a más edad se observaba una peor salud física de las personas mayores, pero una mejora en su salud mental. Por otro lado, la falta de significatividad estadística detectada en nuestra investigación coincide con los hallazgos de otros estudios, como el de Oliveira et al. (2013). Conviene destacar que las muestras de Rico-Urbe et al. (2016) y Stephens et al. (2011) incluían a personas más jóvenes - a partir de los 18 años y de 55 a 70 años, respectivamente - mientras que el rango de edad en el estudio de Oliveira et al. (2013) se acercaba mucho más al de nuestro estudio - 65 a 90 años y 70 a 90 años, respectivamente. Estas diferencias de edad entre los estudios posiblemente contribuyen a explicar estos resultados.

En cambio, los análisis que se utilizaron en la presente investigación para estudiar la relación entre edad y espacio de vida demuestran que la hipótesis H8.2 se ha confirmado, dado que resultaron negativas y estadísticamente significativas las asociaciones entre edad y todos los indicadores de espacio de vida, excepto el LS-I, cuya asociación con edad no era estadísticamente significativa. En otras palabras, el aumento de la edad se asocia con una disminución del espacio de vida de las mujeres que hemos entrevistado, pero curiosamente esto no es cierto cuando se analiza la movilidad de manera independiente en su espacio de vida. Investigaciones anteriores también habían detectado asociaciones negativas entre edad y espacio de vida (Al Snih et al., 2012). Pero en el caso específico de nuestra muestra, los datos relativos al espacio de vida difieren de lo que se ha encontrado en otras muestras de personas mayores, como por ejemplo las puntuaciones medias más bajas observadas en los diferentes indicadores de espacio de vida. Cabe recordar que la mayoría de las mujeres de nuestra muestra (el 80,1%) estaban restringidas a sus propios barrios, es decir, no se desplazaban de forma independiente más allá de las calles cercanas a sus viviendas. Estos resultados se alejan mucho de lo que se encontró, por ejemplo en una muestra de finlandeses de 75 a 90 años de edad, en la que tan solo el 28% estaban restringidos a sus barrios (Portegijs et al., 2014). Además, se ha visto que la puntuación media del indicador LS-I fue bastante más baja que la que se observó en otros estudios, como el de Curcio et al. (2013), lo que nos sugiere que probablemente las mujeres que hemos entrevistado contasen con mayores limitaciones funcionales que les impedían desplazarse por largas distancias sin ningún tipo de ayuda. Aunque, como se ha visto anteriormente, la edad media de las mujeres que hemos entrevistado era más elevada que la de la muestra de Curcio et al. (2013), se acercaba a la media de edad de la muestra de Portegijs et al. (2014). Quizás en una muestra tan homogénea en términos de las características sociodemográficas como es la que hemos

entrevistado (género, estado civil, forma de convivencia, ser usuaria de un servicio de teleasistencia), la edad per se no sea un factor determinante sobre la movilidad en el espacio de vida, cuando esta se hace de forma independiente.

La hipótesis H8.3 se ha cumplido parcialmente, dado que se halló una asociación negativa y estadísticamente significativa entre la edad de las participantes y el tamaño de su red de amigos, pero no era estadísticamente significativa la asociación entre edad y tamaño de la red de apoyo de la familia. Investigaciones previas que también utilizaron la Escala de Red Social de Lubben, sea en su versión completa (Paúl y Ribeiro, 2009) o en su versión reducida (Ilfie et al., 2007; Lubben et al., 2006) como la que usamos en nuestra investigación, también detectaron un mayor aislamiento social en función de la edad de las personas entrevistadas. En el caso del estudio de Paúl y Ribeiro (2009), llevado a cabo en una muestra de personas mayores portuguesas, se halló que tanto la red social de amigos como la de familiares iban disminuyendo con el avance de la edad. La edad también se asociaba negativamente con el tamaño de la red social de las personas mayores entrevistadas por Ilfie et al. (2007), según demostraron los análisis bivariados realizados por estos autores. Sin embargo, esta asociación dejó de ser estadísticamente significativa cuando se emplearon análisis multivariados. En el caso de la investigación de Lubben et al. (2006), se detectaron asociaciones negativas y estadísticamente significativas entre la edad y el tamaño de la red social en las tres ciudades en las que se llevó a cabo su estudio. Estas correlaciones entre edad y tamaño de la red sucedieron tanto cuando se analizó el tamaño total de la red de los participantes como al estudiar sus dimensiones familiar y de amigos.

Tal y como se ha mencionado en apartados anteriores, la vejez viene acompañada de eventos normativos que, por sí solos, conllevan una reducción en el tamaño de la red

social de las personas mayores. Diferentes autores afirman que el riesgo de aislamiento social aumenta con el avance de la edad a consecuencia de factores como la viudedad, el fallecimiento de amigos u otros familiares, la jubilación, los traslados de vivienda o el ingreso en instituciones de larga permanencia, el deterioro de salud propia o la de algún familiar, las situaciones de dependencia, las barreras arquitectónicas, o los problemas que pueden surgir en las relaciones familiares (Castro, 2010; Ferreira-Alves et al., 2014; Nicolaisen y Thorsen, 2014a). Además, los resultados de la presente investigación coinciden con los modelos teóricos propuestos por Carstensen (1993) y Kahn y Antonucci (1980), en la medida en que las redes sociales suelen ser dinámicas y sufren cambios en su estructura y composición a lo largo del ciclo vital, de acuerdo con los cambios de roles que las personas van experimentando.

La hipótesis H8.4, que abarcaba la relación entre la edad y la satisfacción con la vida, no se ha cumplido. De hecho, los análisis estadísticos que hemos empleado para estudiar dicha relación demuestran que sucedió justo lo contrario, es decir, que cuanto más edad tenían las mujeres entrevistadas, más altas eran sus puntuaciones medias de satisfacción con la vida. No hay un consenso en la literatura sobre la relación entre la edad y la satisfacción con la vida. Algunos investigadores han detectado una relación inversa entre edad y soledad (Tomás et al., 2014), tal y como habíamos planteado en nuestra hipótesis. Otros, observaron que las personas de 65 a 69 años de edad presentaban niveles significativamente más elevados de satisfacción con la vida que los que tenían más edad, pero que a partir de los 70 años no eran significativas las diferencias de satisfacción con la vida en función de la edad (Fernández-Ballesteros et al., 2001). También en la investigación de Liu y Guo (2008), se ha visto que la edad no contribuía a explicar la satisfacción con la vida de las personas mayores residentes en la zona rural de China. Asimismo, los análisis bivariados empleados por Mhaoláin et al. (2012) mostraron que la

edad no se correlacionaba con la satisfacción con la vida en una muestra de personas mayores irlandesas. Sin embargo, los hallazgos de una revisión bibliográfica reciente sobre las investigaciones que se han realizado con muestras de personas centenarias sugieren que en edades más avanzadas es frecuente que las personas manifiesten estar satisfechas con sus vidas (Castillo y Pinazo-Hernandis, 2016). Las autoras de este estudio detectaron que la mayoría de los centenarios que fueron entrevistados en los estudios revisados tenían una valoración general positiva sobre sus vidas y aseguraban sentirse bien. En definitiva, los resultados del presente estudio y los de las investigaciones anteriores parecen sugerir que la satisfacción con la vida es un concepto bastante más complejo, que no depende simplemente de la cantidad de años que haya cumplido la persona, sino de varios factores intrínsecos y extrínsecos.

En lo que se refiere al segundo bloque de hipótesis, es decir, aquellas que fueron planteadas respecto a las relaciones entre nivel educativo y de ingresos y las demás variables estudiadas, solamente la H8.5 no se ha cumplido. Las demás hipótesis se cumplieron totalmente (H8.6) o parcialmente (H8.7 y H8.8). En concreto, los ANOVAs empleados para estudiar las asociaciones entre nivel de estudios y salud percibida y entre nivel de ingresos y salud percibida (H8.5) demostraron ausencia de relaciones estadísticamente significativas. Este resultado contradice lo que se encontró en la investigación de Rico-Urbe et al. (2016), en la que la percepción subjetiva sobre el estado de salud de las personas entrevistadas se asociaba positivamente con un nivel más alto de estudios. Quizás la ausencia de significatividad estadística observada en nuestro estudio se deba al hecho de que el grupo de personas que informaron de niveles altos de estudios y/o de ingresos era muy reducido – tan solo 12 participantes tenían estudios universitarios y 12 contaban con más de 1.000 euros de ingresos mensuales.

Por otro lado, la hipótesis H8.6 se ha visto confirmada, ya que hemos detectado asociaciones positivas y estadísticamente significativas entre el nivel de estudios y todos los indicadores de espacio de vida. También resultaron positivas y estadísticamente significativas las asociaciones entre el nivel de ingresos y todos los indicadores de espacio de vida, excepto el LS-M y el LS-E. En otras palabras, las mujeres que tenían más estudios tenían mayor movilidad en su espacio de vida; sin embargo, el nivel de ingresos solamente afectaba el nivel máximo de espacio de vida alcanzado de manera independiente o cuando se lo medía de manera compuesta, es decir, el nivel alcanzado sumado a la frecuencia de desplazamiento y al uso o no de ayuda para desplazarse. Estos resultados confirman lo que se ha encontrado en investigaciones anteriores, en las que una menor movilidad en el espacio de vida se asociaba con niveles educativos más bajos (Al Snih et al., 2012) e ingresos insuficientes (Peel et al., 2005). En la investigación de Curcio et al. (2013), tanto el nivel de estudios como el de ingresos se asociaban de manera positiva con el espacio de vida de las personas mayores entrevistadas. De acuerdo con estos autores, una posible explicación para estos resultados es que el hecho de tener menos ingresos y menos estudios supone un incremento de las barreras económicas, lo que restringe las oportunidades de realizar actividades fuera de casa. Por otro lado, las personas que cuentan con niveles más altos de estudios y de ingresos suelen tener redes sociales más diversificadas, lo que podría contribuir para se movieran más en su espacio de vida.

La hipótesis H8.7 se ha cumplido parcialmente, dado que los análisis estadísticos empleados para estudiar las relaciones entre el tamaño de la red social y los niveles de estudios y de ingresos demostraron que solamente resultaron significativas las diferencias en el tamaño de la red de amigos, pero no en la red familiar, en función de los niveles de estudios y de ingresos. En otras palabras, el tamaño medio de la red de amistades de las mujeres entrevistadas era mayor cuanto más estudios y más ingresos tenían, pero no se

observó la misma tendencia en el caso de la red de apoyo familiar. Estos hallazgos coinciden con lo que observaron Lubben et al. (2006) en lo que se refiere a la influencia del nivel educativo sobre el tamaño de la red social. En concreto, los autores encontraron que las personas que contaban tan solo con estudios básicos puntuaban más bajo en la escala de red social total y en su dimensión de amigos, pero esto no sucedía en la subescala de red familiar. Datos semejantes fueron encontrados en la investigación de Stephens et al. (2011), aunque sus resultados no están detallados por tipo de composición de la red social (familiares o amigos). Estos autores observaron que las medidas de los niveles educativo y económico eran factores predictores significativos del apoyo social que recibían las personas mayores de su muestra, es decir, aquellos individuos que informaban de mejores condiciones de vida solían percibir más apoyo social recibido.

En cuanto a las relaciones entre la satisfacción con la vida y los niveles educativo y económico, lo que fue reflejado en la hipótesis H8.8, se ha observado que los resultados de la presente investigación las confirman parcialmente. En concreto, la satisfacción con la vida no se asocia de manera estadísticamente significativa con el nivel de estudios, pero sí son significativas las diferencias de las medias de satisfacción con la vida en función de los ingresos percibidos por las mujeres entrevistadas. Aunque la pregunta sobre el grado de satisfacción que tenían con sus vidas haya sido planteada de manera general, sabemos que una de las dimensiones de este concepto se refiere justamente a la situación económica de la persona (Diener et al., 1999). De hecho, algunos estudios previos han detectado la influencia del estatus económico sobre la satisfacción con la vida. En el caso concreto del estudio de Liu y Guo (2008), se observó que tanto el nivel económico como el nivel educativo contribuían, aunque de manera modesta, a explicar la varianza de la satisfacción que las personas mayores tenían con sus vidas. Los niveles educativo y económico también surgen como factores relacionados con la satisfacción con la vida de

las personas mayores españolas, siendo más importantes que la edad y el género para explicar la satisfacción con la vida, según Fernández-Ballesteros et al. (2001).

Finalmente, cuando nos centramos en el tercer y último bloque de hipótesis que fueron planteadas para responder al objetivo O8 y que se refieren a las relaciones entre el tamaño de la red social de las mujeres entrevistadas y otras variables sociodemográficas y psicosociales, observamos que tan solo tres de ellas se han cumplido totalmente y una, parcialmente. En concreto, las hipótesis H8.13, H8.14 y H8.19 se han visto confirmadas por completo y la H8.17, solamente de manera parcial; las demás fueron rechazadas.

Los análisis estadísticos realizados para estudiar las relaciones entre el tamaño de la red de apoyo familiar y el uso de los servicios sociales (H8.9) y entre red de amistades y uso de los servicios sociales (H8.15) mostraron ausencia de asociaciones estadísticamente significativas entre dichas variables. En otras palabras, a diferencia de lo que esperábamos, las personas que usaban los servicios sociales no tenían una red de apoyo más reducida que aquellas que no los usaban. En primer lugar, cabe mencionar que el reducido número de personas entrevistadas en nuestro estudio que efectivamente habían utilizado en el mes previo a la encuesta alguno de los servicios sociales a parte del servicio de teleasistencia (14 usuarias del SAD y tres del comedor social) perjudicó los análisis necesarios para comprobar esas dos hipótesis. Por otro lado, otros autores que se vieron motivados por una pregunta de investigación semejante compararon la estructura de las redes sociales de personas mayores que recibían el SAD y de no usuarios de este servicio (Del Valle y García, 1994). Tal y como sospechaban estos autores, se observó que el grupo de no usuarios contaba con una media de 5,29 miembros en sus redes sociales, mientras que las personas que se beneficiaban del SAD tenían en media 3,16 personas en sus redes de apoyo social. Otro estudio más reciente llevado a cabo en Galicia con muestra de personas mayores usuarias de servicios sociales, constató que gran parte

de los usuarios del SAD contaban con tres o más miembros en sus redes sociales. Además, éstas estaban formadas mayoritariamente por los hijos y otros familiares, pero el 89,0% de la muestra afirmó contar también con el apoyo social de amigos y/o vecinos (Maceiras, Souto, Ares, Díaz, y Deus, 2014).

Las hipótesis planteadas sobre las relaciones entre la salud percibida y el tamaño medio de la red social de las participantes, sea de su red familiar (H8.10) o la red de amistades (H8.16) no se cumplieron, dado que las asociaciones entre esas variables no resultaron ser estadísticamente significativas entre las medias de salud percibida y el tamaño medio de la red de apoyo social (familiar y de amigos). Estos resultados no coinciden con aquellos hallados en investigaciones anteriores. Por ejemplo, los análisis bivariados llevados a cabo por Iliffe et al. (2007) indicaron que el aislamiento social - también medido con la LSNS-6- se asociaba con tener un peor estado funcional y una peor valoración subjetiva del estado de salud. Sin embargo, en el mismo estudio, los análisis multivariados indicaron que esta asociación entre mala salud percibida y un mayor riesgo de aislamiento social era débil. Otros estudios llaman la atención en la relación entre participación social y salud percibida. Huxhold et al. (2013) observaron que cuanto más participativas eran las personas mayores, más positivos eran los cambios de su salud subjetiva pasados algunos años.

Las pruebas de correlación de Pearson empleadas para estudiar la relación entre el tamaño medio de la red de apoyo familiar y el espacio de vida (H8.11) de las mujeres entrevistadas también indicaron ausencia de asociaciones estadísticamente significativas. Esto ocurrió para todos los indicadores de espacio de vida. En cambio, la hipótesis H8.17, que se refiere a las relaciones entre el tamaño medio de la red de amistades y el espacio de vida de las participantes, se cumplió parcialmente. Los análisis estadísticos empleados para estudiar las relaciones entre dichas variables demostraron que el tamaño de la red de

amigos se asociaba de forma positiva y estadísticamente significativa con todos los indicadores de espacio de vida, excepto con el LS-I. En otras palabras, las mujeres que contaban con el apoyo de más amigos se desplazaban más dentro de su espacio de vida, aunque la cantidad de amigos no influía en la movilidad cuando esta ocurría de forma independiente.

Aunque no hayamos encontrado otras investigaciones que hayan estudiado específicamente las diferencias entre apoyo familiar y apoyo de los amigos en el espacio de vida de las personas mayores, sí que se ha podido observar la importancia de las relaciones sociales para la movilidad en el espacio de vida. Tal y como se ha visto en apartados anteriores, la movilidad en el espacio de vida depende tanto de factores intrínsecos; por ejemplo, el estado funcional o de salud de la persona, sus miedos o las ganas que tenga de salir de casa; como de factores extrínsecos; como las barreras arquitectónicas, la disponibilidad de transporte, la seguridad del entorno, etc. (Raggi et al., 2014). Entre los factores extrínsecos que pueden beneficiar o perjudicar la movilidad de las personas mayores en su espacio de vida, Risser et al. (2010) mencionan el apoyo social y el contar con amigos y otros miembros de la red social. Otros investigadores añaden que la presencia de problemas de salud o de limitaciones físicas contribuye a reducir la movilidad en el espacio de vida y a restringir las interacciones sociales que esta persona podría mantener si pudiera salir más a menudo de su casa (Castro, 2010; Rosso et al., 2013; Savikko et al., 2005; Victor et al., 2000). No es difícil imaginar que una persona mayor que tenga dificultades de movilidad, pero que cuente con más miembros en su red social tenga más oportunidades de alcanzar niveles más lejanos en su espacio de vida que otra que no dispone de tanto apoyo. Finalmente, la ausencia de significatividad estadística en la relación entre tamaño de la red y LS-I es comprensible,

ya que el hecho de desplazarse de forma independiente no depende de tener con quien hacerlo.

En cuanto a la hipótesis que se refería a la relación entre el tamaño de la red de apoyo familiar y el de la red del apoyo recibido de los amigos (H8.12), ésta no se ha cumplido. De hecho, sucedió justo lo contrario dado que se ha comprobado la existencia de una asociación estadísticamente significativa, pero positiva, entre el tamaño medio de la red familiar y el tamaño medio de la red de amistades. En otras palabras, cuanto más amplia era la red familiar de las mujeres entrevistadas, mayor era también su red de amigos. Otros investigadores se han dedicado a estudiar cómo se diferenciaba la estructura de las redes sociales de diferentes grupos de personas mayores. Por ejemplo, la investigación de Del Valle y García (1994) señala diferencias en la composición de la red social de personas usuarias de un servicio social – en concreto, del SAD – y aquellas que no lo utilizaban, siendo que la red social de éstas era más amplia que la de aquellas. Estos autores defienden que los usuarios del SAD suelen compensar la falta de contactos familiares con el apoyo social ofrecido por otras fuentes, como los amigos y vecinos. Investigaciones más recientes trataron de agrupar y clasificar los diferentes tipos de red social de acuerdo con la forma de convivencia de cada persona (vivir con o sin la pareja), la cantidad de miembros (familiares y amigos) que componían sus redes sociales, la frecuencia de contacto que mantenían con ellos y su participación en actividades grupales (Windsor, Rioseco, Fiori, Curtis, y Booth, 2016). Se identificaron cinco grupos, siendo que la mayoría de las personas entrevistadas en ese estudio tenían lo que los autores denominaron redes diversificadas, es decir, que el tamaño medio de su red de familiares se asemejaba al tamaño medio de su red de amistades. En cambio, en el grupo centrado en la familia, se notaba una red más amplia de familiares y más reducida de amigos; el grupo centrado en los amigos lo tenía al revés, es decir, su red de amistades era más

grande que la red familiar. Estos hallazgos nos ayudan a comprender los resultados de nuestro estudio en la medida en la que nos aportan evidencias de la gran variabilidad en la relación entre el tamaño de la red de apoyo familiar y el tamaño de la red de amigos.

Una de las hipótesis que se ha visto cumplida es la H8.13, que se refiere a la relación entre el tamaño de la red familiar y la frecuencia de contacto que las mujeres entrevistadas mantenían con su familia. Independientemente del grado de parentesco, todas las correlaciones de Pearson utilizadas para estudiar las relaciones entre dichas variables resultaron ser positivas y estadísticamente significativas, aunque la mayoría de asociaciones eran débiles. En cambio, la hipótesis H8.18, que trataba las relaciones entre el tamaño de la red de amistades y la frecuencia de contacto con los diferentes miembros de la familia, no se ha cumplido dado que no eran estadísticamente significativas las correlaciones entre el tamaño medio de la red de amigos y la frecuencia de contacto con los familiares. Los hallazgos de Windsor et al. (2016) coinciden con los resultados de nuestro estudio, ya que también se observó que el contacto más frecuente con los familiares se daba en los grupos de personas que tenían redes de apoyo familiar más amplias; en cambio, las personas con redes familiares más reducidas mantenían contacto menos frecuente con ellos. Por otro lado, la relación entre el tamaño de la red de amistades y la frecuencia de contacto con los familiares no seguía un patrón constante. En concreto, el grupo que mantenía contacto más frecuente con los familiares era el que tenía la red de amigos más amplia, pero otro grupo con alta frecuencia de contacto con los familiares contaba con la red de amistades más reducida de toda la muestra.

Finalmente, se cumplieron ambas hipótesis que trataban las relaciones entre el nivel de satisfacción que las mujeres entrevistadas tenían con sus vidas y el tamaño de su red familiar (H8.14) y de amigos (H8.19). Ambas pruebas de correlación de Pearson empleadas para analizar estas relaciones indicaron la existencia de asociaciones positivas

y estadísticamente significativas entre dichas variables. Lo mismo ocurrió con la relación entre satisfacción con la vida y tamaño de la red total, siendo que en todos los casos las asociaciones fueron débiles. Estos resultados coinciden con hallazgos de investigaciones recientes, en las que también se observó que el bienestar subjetivo de las personas mayores se asociaba con el apoyo social que recibían, tanto en las relaciones de amistad como en las familiares (Montpetit, Nelson, y Tiberio, 2016). De hecho, el apoyo recibido de los hijos tenía un papel especialmente importante en la satisfacción con la vida de las personas mayores de un pueblo rural en China (Liu y Guo, 2008). En el estudio de Montpetit et al. (2016), se observó que las personas mayores que recibían más apoyo familiar percibían más ayudas tangibles y consecuentemente tenían mayor bienestar subjetivo; el apoyo recibido de los amigos se asociaba de manera positiva con apoyo emocional, consejos y consecuentemente, con mayor bienestar también. Aunque no hayamos medido en nuestra investigación el bienestar subjetivo en su totalidad, sino que evaluamos uno de sus componentes, que es la satisfacción con la vida, podemos afirmar que los hallazgos de Montpetit et al. (2016) coinciden con los resultados del presente estudio, ya que las mujeres de nuestra muestra que informaron estar más satisfechas con sus vidas presentaban redes sociales más grandes, tanto en la dimensión familiar como en la de amistades.

3.7.12 Poder predictivo y mediador de las variables estudiadas sobre la soledad

Objetivo propuesto:

OE9. Identificar el poder predictivo y mediador de las variables del estudio sobre la soledad.

Hipótesis planteadas:

H9.1 La red de apoyo social y la salud percibida tendrán mayor poder explicativo sobre la varianza de soledad que las variables sociodemográficas, la frecuencia de contacto con los familiares y el espacio de vida.

H9.2 Las variables estudiadas tendrán pesos distintos a la hora de predecir la soledad social y la soledad emocional.

H9.3 La soledad tendrá un papel mediador importante para explicar la satisfacción con la vida.

De las tres hipótesis que fueron planteadas para responder al objetivo OE9, dos se cumplieron totalmente (H9.2 y H9.3) y una, parcialmente (H9.1). En concreto, se ha podido comprobar que el tamaño de la red social de las mujeres entrevistadas en nuestro estudio y la percepción que tenían sobre su estado de salud de hecho tenían un poder predictivo más potente en la varianza de soledad que las variables sociodemográficas y el espacio de vida. Sin embargo, la frecuencia de contacto con los familiares también resultó tener un papel predictivo importante, principalmente en la varianza de la soledad emocional, ya que tanto los resultados de las regresiones lineales como el modelo de ecuaciones estructurales indican que la frecuencia de contacto con los familiares tiene un poder explicativo más elevado que el tamaño de la red social de las participantes. La importancia de la frecuencia de contacto con los familiares a la hora de explicar la soledad también se ha observado en la investigación de Castro (2015). Los análisis de regresión lineal llevados a cabo por esta autora indicaron que la frecuencia de contacto con los familiares, sea el contacto físico o telefónico, se relacionaba de forma negativa y estadísticamente significativa con todas las dimensiones de soledad de las personas mayores de su muestra.

Diversos autores han buscado identificar cuáles eran las variables que tenían mayores efectos predictivos sobre la soledad de las personas mayores. En una investigación llevada a cabo por Fry y Debats (2002), se halló que la autoeficacia de las mujeres canadienses de 65 a 86 años era el factor predictivo más potente de soledad, es decir, que contribuía a explicar el 40% de la varianza en su nivel de soledad. En cambio, las características sociodemográficas de la muestra contribuían a explicar tan solo el 8% de la varianza de soledad, siendo estadísticamente significativas y positivas las asociaciones de soledad con edad y con el hecho de vivir solas. Asimismo, las medidas de red de apoyo social y estado de salud contribuían a explicar el 7% de la varianza en soledad, siendo significativa la relación entre soledad y salud, pero no entre soledad y apoyo social.

Por otro lado, la hipótesis H9.2 se ha visto totalmente confirmada, tanto por los resultados de las regresiones lineales múltiples como en el *path analysis*. En concreto, los resultados de la regresión lineal múltiple utilizada para estudiar el poder explicativo de las variables psicosociales sobre la soledad social mostraron que todas, excepto el espacio de vida, tenían un efecto negativo y estadísticamente significativo sobre la soledad social. La variable con mayor efecto predictivo de la soledad social fue el tamaño de la red de apoyo recibido de los amigos, seguido del tamaño de la red familiar, la frecuencia de contacto con los familiares y la salud percibida, en este orden. En el caso de la regresión lineal múltiple utilizada para analizar el poder predictivo de las mismas variables psicosociales sobre la soledad emocional, se observó que la frecuencia de contacto con los familiares era la variable que tenía el mayor efecto predictivo, seguida por la salud percibida y por el tamaño de la red de amistades, en este orden. Todas las variables tenían un efecto negativo sobre la soledad emocional, pero en este caso, no eran estadísticamente significativas las variables espacio de vida y tamaño de la red familiar. Asimismo, el

modelo de ecuaciones estructurales que fue puesto a prueba en esta investigación corrobora lo que se observó en las regresiones lineales, indicando relaciones estadísticamente significativas entre esas mismas variables psicosociales y las dimensiones de soledad. El orden de las variables psicosociales en función de su poder predictivo sobre las dimensiones de soledad también coincidió con lo que se había detectado en las regresiones lineales, aunque los valores de efecto son ligeramente distintos.

En otra muestra de personas mayores españolas en que se emplearon análisis semejantes, también se detectaron diferencias en el poder predictivo de las variables estudiadas a la hora de explicar la varianza de las diferentes dimensiones de soledad (Castro, 2015). Aunque la autora considere que la soledad tiene tres dimensiones (objetiva, emocional y sintónica) en vez de las dos dimensiones clásicas que hemos utilizado en la presente investigación, creemos pertinente utilizar sus hallazgos para comparar con lo que hemos observado en nuestra muestra. Castro (2015) observó que las variables que predecían la soledad objetiva, de mayor a menor poder explicativo, eran: no tener pareja, peor salud percibida, menor edad, vivir solo, menor frecuencia de contacto con los familiares, menor frecuencia de contacto con las personas con quienes no convivían. En el caso de la soledad emocional, tenía mayor poder predictivo el tener menos edad, seguido de la frecuencia de contacto con los familiares y no vivir en zona rural. Finalmente, predecían la soledad sintónica tan solo las variables menor edad, seguida de una menor frecuencia de contacto con los familiares.

Otras investigaciones también han puesto de manifiesto el importante efecto de la red de apoyo social en los niveles de soledad de las personas mayores. Por ejemplo, a través de análisis de regresión logística múltiple, Zebhauser, Hofmann-Xu et al. (2014) hallaron que la asociación de la soledad con el hecho de vivir solo dejaba de ser

significativa una vez se incluía en el modelo la variable tamaño de la red social. Los autores de esta investigación sugieren que los demás vínculos sociales de las personas que viven solas podrían compensar la falta de compañía en el hogar. De acuerdo con Buz, Urchaga, et al. (2014), la cultura colectivista que caracteriza los españoles influye en la forma como las personas mayores españolas perciben la experiencia de soledad. Los sentimientos de soledad aquí se basan principalmente en las emociones que resultan de la falta de personas que estén emocionalmente cercanas a ellos. Existe una gran expectativa de las personas mayores en relación al apoyo familiar, a tal punto que la percepción de falta de cuidados y de disponibilidad de las personas queridas tendría un efecto más negativo en la soledad frente a lo que sucedería en países más individualistas (Sánchez-Rodríguez et al., 2012), donde la soledad resulta principalmente de la falta de una red social amplia y diversificada. En España, los sentimientos de abandono y de falta de amigos cercanos son los elementos básicos en los sentimientos de soledad.

Finalmente, la hipótesis H9.3 también se ha visto totalmente cumplida, dado que se ha comprobado a través de los resultados de una regresión lineal múltiple, que la soledad fue responsable por explicar alrededor del 14% de la varianza de satisfacción con la vida en la muestra del presente estudio. De modo semejante, los resultados del *path analysis* nos indicaron que ambas dimensiones de la soledad explicaron casi el 20% de la varianza de satisfacción de las mujeres entrevistadas con sus vidas. Investigaciones previas también han puesto de manifiesto el importante papel de la soledad de las personas mayores como factor explicativo de la satisfacción con sus vidas. Por ejemplo, los análisis de regresión llevados a cabo por Liu y Guo (2008) demostraron que, después de la sintomatología depresiva, la soledad era el factor predictivo más potente de la satisfacción con la vida de las personas mayores que no vivían con sus hijos (los “*empty-nest elderly*”). En concreto, las puntuaciones de depresión explicaban un 50%, mientras

que la soledad explicaba alrededor de un 13% de la varianza de la satisfacción con la vida en esa muestra.

Capítulo 4. Conclusiones Generales

El punto de partida de la investigación presentada en esta Tesis Doctoral coincide con un momento en el que el tema de la soledad aún era poco estudiado, especialmente en se tratando de la experiencia vivida por personas mayores en nuestro contexto. Las evidencias sobre el fenómeno se habían generado principalmente de los estudios llevados a cabo en Estados Unidos y en otros países de Europa y muchos de ellos se habían centrado en las experiencias de personas de otros grupos de edad.

Con el paso del tiempo, de manera bastante rápida, hemos notado un incremento del interés de colegas investigadores de nuestro ámbito acerca del tema de la soledad. La preocupación con el fenómeno se ha podido comprobar tanto por el creciente volumen de evidencias científicas generadas y publicadas en España en los últimos años, como por la puesta en marcha de intervenciones dirigidas a paliar la soledad de las personas mayores españolas. Algunos ejemplos de ello son los programas de acompañamiento realizados por voluntarios a las personas mayores en situación de vulnerabilidad social, tales como el proyecto Grandes Vecinos organizado por la Fundación Amigos de los Mayores en Madrid (Grandes Vecinos, 2017), el proyecto Vincles BCN puesto en marcha en Barcelona (Ajuntament de Barcelona, 2017) y el programa Acompaña-Té en Elche (SABIEX, 2017). Con objetivos semejantes, es decir, buscando reducir los sentimientos de soledad de las personas mayores, otras iniciativas han sido creadas para atender a las personas institucionalizadas, como por ejemplo el programa Adopta un Abuelo, en el que voluntarios visitan regularmente los usuarios de algunas residencias para personas mayores (Adopta un Abuelo, 2017).

Por otro lado, como sabemos, el crecimiento constante del envejecimiento poblacional viene acompañado de importantes cambios en la experiencia del proceso de envejecer, que repercuten a nivel individual y de sociedad. Por ejemplo, el fenómeno del

aging in place nos presenta nuevos desafíos para atender las necesidades de las personas mayores que han preferido seguir viviendo en sus propias casa, aunque esto suponga vivir solas.

Ante este nuevo contexto de una población más longeva y que posiciona la soledad de las personas mayores como uno de los temas de mayor interés, por su carácter preocupante tanto para la salud como para el bienestar psicológico de las personas de avanzada edad, estamos seguras de que los datos de la investigación presentados en esta Tesis Doctoral contribuyen a incrementar los conocimientos sobre el tema. Además, los hallazgos de este estudio ofrecen indicadores útiles para identificar los colectivos en mayor riesgo de sufrir las consecuencias de la soledad y actuar para solventar este problema.

4.1 Conclusiones y Aportaciones de la investigación

El principal objetivo de la investigación que fue presentada en esta Tesis Doctoral se refería a identificar la prevalencia del sentimiento de soledad y los factores que influyen en estos sentimientos en una muestra de mujeres mayores españolas. A partir de los resultados del estudio, se ha podido concluir que efectivamente la soledad está más presente en el colectivo entrevistado que en otros grupos de personas mayores, ya que la puntuación media de soledad fue más elevada en nuestra muestra que en otros estudios con muestras de personas mayores. Se observó que alrededor de dos tercios informaron de algún grado de soledad, siendo que una minoría sufría soledad grave o muy grave. Independientemente del grado de soledad informado, estos hallazgos nos indican que se trata de un colectivo que efectivamente se encuentra en mayor riesgo de sentirse solos y, por lo tanto, merecerían una especial atención, visto que la soledad tiene efectos nocivos en el estado de salud y en el bienestar psicológico de las personas mayores.

En cuanto a los demás objetivos e hipótesis que fueron planteados en esta investigación, cabe destacar dos conclusiones relevantes. En primer lugar, se ha comprobado que las características sociodemográficas de las personas entrevistadas juegan un papel poco importante a la hora de explicar la presencia o ausencia de soledad. En cambio, las variables psicosociales estudiadas tienen importante relación con el aumento o la reducción de los sentimientos de soledad. Se han podido confirmar fuertes asociaciones entre la soledad y otras variables psicosociales que habían sido estudiadas anteriormente, tales como la salud, el tamaño de la red social, la frecuencia de contacto con los familiares y la satisfacción con la vida. Aunque no se ha podido estudiar la relación de causa y efecto entre la soledad y las variables psicosociales, hemos constatado que informaban de más soledad aquellas mujeres que tenían una mala percepción sobre su estado general de salud, contaban con pocos miembros en sus redes de apoyo familiar

y de amistades y/o mantenían un contacto poco frecuente con sus familiares. En cambio, las entrevistadas que informaron de niveles de satisfacción con la vida más elevados fueron aquellas que se sentían menos solas. Por lo tanto, concluimos que estas son condiciones claves que contribuyen al aumento o la disminución de sentimientos de soledad en mujeres mayores que viven solas y que utilizan un servicio de teleasistencia.

Además, el presente estudio ofreció datos relevantes y novedosos sobre la relación entre la movilidad en el espacio de vida y los sentimientos de soledad de este colectivo. Desconocemos la existencia de otras investigaciones que hayan explorado esta relación y creemos que se trata de un tema fundamental para entender las posibles consecuencias y causas que llevan las mujeres mayores que viven solas a sentirse más o menos solas. Los indicadores de espacio de vida nos ayudan a comprender la amplitud del espacio de vida, la frecuencia de desplazamientos y el grado de dependencia/autonomía que una persona tiene referente a su movilidad. Por un lado, tener una movilidad reducida en el espacio de vida podría indicar que una persona no está suficientemente integrada en su red social y consecuentemente, no cuenta con muchas oportunidades de participación social o interacciones sociales fuera de casa (soledad social). Otro caso sería el de una persona con puntuaciones bajas de espacio de vida, que podría estar sufriendo soledad emocional porque, al no contar con una figura de apego que le ofrezca seguridad, quizás no sea capaz de desplazarse fuera de su entorno más cercano porque no tiene compañía para hacerlo. Por otro lado, al estar más restringidas en su espacio de vida, especialmente aquellas que no se mueven más allá de su portal, las personas mayores pierden oportunidades de relacionarse con otras personas y ampliar o fortalecer sus vínculos afectivos y sociales, lo que podría provocar o intensificar sus sentimientos de soledad. Seguramente, la relación entre soledad y movilidad en el espacio de vida estará mediada por otros factores, como el estado funcional y de salud de la persona mayor, su estado de ánimo, el apoyo

que recibe de su red social, etc., lo que merecería la pena ser investigado en más profundidad.

El estudio presentado en esta Tesis Doctoral contiene algunos elementos diferenciadores que consideramos importantes porque seguramente contribuirán a ampliar y diversificar las evidencias sobre el fenómeno de la soledad vivido durante la etapa de la vejez. En primer lugar, la elección del perfil de la muestra investigada coincide con aquello que la literatura ya había señalado como siendo el grupo de personas en mayor riesgo de experimentar sentimientos de soledad. Además de habernos centrado en una muestra de mujeres mayores que vivían solas, lo que aumentaba la probabilidad de que tampoco tuvieran pareja – todas estas variables sociodemográficas ampliamente estudiadas y asociadas a puntuaciones más elevadas de soledad -, optamos por restringir la muestra a personas que fueran usuarias de un servicio de teleasistencia. Con este criterio de inclusión, buscábamos aumentar la probabilidad de encontrar personas que estuvieran en mayor situación de vulnerabilidad social. Los estudios con muestra de usuarios de servicios sociales son bastante escasos, siendo prácticamente inexistentes las investigaciones que se centran en el tema de la soledad de las personas usuarias de teleasistencia. Por lo tanto, la presente investigación contribuye a enriquecer el volumen de evidencias sobre este fenómeno en un contexto determinado.

En lo que se refiere a la metodología utilizada en el presente estudio, cabe destacar que la brevedad del instrumento de medida y la técnica de encuestas telefónicas nos han permitido recoger los datos de manera bastante ágil y alcanzar una muestra extensa. En el caso de que hubiéramos hecho las entrevistas de forma presencial y/o nos hubiéramos decantado por un instrumento de medida más extenso, nos hubiera supuesto una mayor inversión de tiempo y de recursos para poder obtener estos resultados.

Finalmente, a pesar de la brevedad de las encuestas, hemos podido incluir medidas muy relevantes que nos han posibilitado comprender cuáles son los aspectos psicosociales de esta muestra que guardan relación más estrecha con la presencia y la intensidad de los sentimientos de soledad. Debemos destacar de manera especial la escala de movilidad en el espacio de vida, por ofrecer datos innovadores en el contexto de la investigación sobre la soledad de las personas mayores. Aunque este mismo instrumento haya sido empleado en diversos estudios anteriores, es la primera vez que se investiga en España la relación entre los sentimientos de soledad y la movilidad en el espacio de vida de una muestra de personas mayores.

4.2 Limitaciones y líneas de futuro

Entre las limitaciones del presente estudio, hay que considerar que se trató de una investigación con diseño transversal, lo que imposibilitó que se establecieran relaciones de causa y efecto entre las variables que fueron medidas. Si se hubiera contado con datos longitudinales, se podría haber hecho un seguimiento de las participantes para evaluar las posibles oscilaciones en las puntuaciones de soledad y de las demás variables medidas en el estudio. Las investigaciones longitudinales cuentan con la ventaja de ofrecer datos de seguimiento para que los investigadores puedan constatar los posibles cambios que ocurren a lo largo del estudio, así como estudiar cuáles con las variables que predicen estos cambios (Perlman, 2004). Es cierto que la mayoría de las investigaciones que se han hecho sobre el tema de la soledad en la vejez han optado por un diseño transversal, lo que hace que haya poca evidencia de tipo longitudinal disponible. Algunas excepciones de estudios internacionales publicados en la última década son los trabajos de Aartsen y Jylhä (2011), Cacioppo et al. (2010), Cohen-Mansfield et al. (2009), Dahlberg et al. (2015), Holwerda et al. (2012), Holwerda et al. (2014), Newall et al. (2014), Newall et al. (2009), Nicolaisen y Thorsen (2014b), Shankar et al. (2013). Además, se trata de una laguna especialmente importante en el contexto español, ya que son prácticamente inexistentes los estudios longitudinales realizados en muestras de personas mayores españolas. Como excepción, hay que nombrar la investigación de Castro (2015), que midió la soledad en una muestra de personas mayores en el País Vasco en dos momentos distintos. Sin embargo, la propia investigadora reconoce que el corto plazo entre las dos mediciones, de tan solo seis meses, supuso una limitación de su estudio. Por lo tanto, para solventar este aspecto se sugiere que se lleven a cabo futuras investigaciones con diseño longitudinal en muestras de personas mayores españolas y, a ser posible, que las medidas se repitan más de dos veces, con intervalos más largos entre ellas.

En cuanto a la metodología utilizada para la recogida de los datos, al optarse por realizar las entrevistas por teléfono, fue necesario restringir el instrumento de recogida de datos lo máximo posible. Se eligieron preguntas y escalas cortas y de fácil entendimiento para que pudieran ser aplicadas telefónicamente. Además, fue necesario un trabajo meticuloso y cuidadoso para que el instrumento fuera breve, pero a la vez que pudiera recoger datos suficientes sobre las variables de interés para el estudio. Como consecuencia, se tuvo que dejar de fuera algunas variables que podrían haber enriquecido el análisis de los datos y quizás aumentado el poder explicativo de la varianza de soledad. Si hubiera sido posible aplicar un instrumento de medida más extenso, se podría haber evaluado la relación entre la soledad y algunas variables cognitivas y de personalidad. Resultados de investigaciones anteriores sugieren que la autoestima, la autoeficacia, las habilidades sociales, el control percibido, entre otras, pueden afectar la experiencia de soledad (Expósito y Moya, 1999; Fry y Debats, 2002; Jones y Hebb, 2003; Newall et al., 2014; Van Baarsen, 2002).

También debido al formato telefónico y a la limitación en la duración de la entrevista, no fue posible incluir otras variables que podrían haber contribuido para explicar la varianza de soledad. Entre ellas, nos hubiera gustado medir la percepción de la calidad de las relaciones, incluidas evaluaciones subjetivas sobre la satisfacción con las interacciones sociales, los diferentes aspectos del apoyo social recibido y también preguntas sobre el apoyo ofrecido por las mujeres mayores entrevistadas. Diversas investigaciones han puesto de manifiesto la importancia de esas variables cualitativas más que los aspectos cuantitativos de la red social a la hora de explicar la experiencia de soledad (Losada et al., 2012; Pinguart y Sörensen, 2001b; Pinguart y Sörensen, 2003). En un primer momento, se había planteado incluir en el instrumento de medida el Cuestionario de Apoyo Funcional Duke-UNC – DUFSS (Broadhead, Gehlbach, Degruy,

y Kaplan, 1988), que mide la percepción subjetiva sobre la disponibilidad de otras personas para ofrecerle ayuda en momentos de dificultad, las habilidades en las relaciones sociales y la comunicación empática y emotiva. Aunque sea una escala relativamente corta (11 ítems), sus alternativas de respuesta nos parecieron difíciles de entender, especialmente en se tratando de encuestas realizadas por teléfono. Esta dificultad fue detectada durante la aplicación de las entrevistas piloto y por ello se decidió excluir la escala del instrumento de medida finalmente utilizado.

Asimismo, se había planteado la posibilidad de incluir una medida del estado cognitivo de las personas participantes, ya que hay evidencias sobre la existencia de correlaciones entre los sentimientos de soledad y el deterioro cognitivo o las demencias (Holwerda et al., 2014; Wilson et al., 2007). Sin embargo, los cuestionarios disponibles para medir esa variable no son aptos para utilizarse en encuestas telefónicas, ya que incluyen una serie de tareas que demandan que haya un encuentro físico entre el entrevistador y el entrevistado (por ejemplo, exposición de estímulos visuales, lectura, escritura y dibujo por parte del entrevistado).

Otra potencial desventaja del método de recogida de datos elegido para la presente investigación se relaciona con una mayor probabilidad de ocurrir un sesgo de deseabilidad social, ya mencionado en capítulos anteriores. Aunque no haya consenso entre los investigadores, algunos estudios sugieren que cuando se mide la soledad a través de entrevistas se obtienen resultados ligeramente más bajos frente a los de las investigaciones que usan encuestas autocumplimentadas (de Jong Gierveld y van Tilburg, 2011). Para evitar ese efecto que puede haber conllevado una infravaloración de la experiencia de soledad, se podría haber utilizado un instrumento autocumplimentado, si no se hubiera optado por la metodología de encuestas telefónicas.

Por otra parte, el hecho de haber hecho las encuestas por teléfono nos permitía incluir otros clientes de teleasistencia de otras zonas de España, si así lo hubiéramos acordado con la empresa proveedora del servicio. Como propuestas para investigaciones futuras, se recomienda por un lado que se hagan entrevistas de forma presencial para poder medir las variables que no se han podido incluir en esta investigación. Por otro lado, si se mantuviera el formato de encuesta telefónica, se podría ampliar la muestra del estudio original incluyendo participantes residentes en otros contextos. De esta manera, se podría estudiar las posibles diferencias de resultados en función de la zona o ciudad en la que viven los participantes.

Otro aspecto que puede haber representado una limitación del estudio se refiere a las características de la muestra elegida, la cual era bastante homogénea. Al estar compuesta exclusivamente por mujeres, residentes en una zona concreta, que no vivían acompañadas y que eran usuarias de un servicio específico de teleasistencia contratado de forma privada, era muy probable que no se detectaran diferencias significativas en función de sus características sociodemográficas. Por lo tanto, cara al futuro se sugiere que se amplíe y diversifique la población diana a ser estudiada para que se pueda analizar los probables matices ligados al perfil sociodemográfico y del contexto en el que están insertos los participantes. En concreto, hay un gran interés por parte de la autora de esta Tesis Doctoral en replicar esta investigación en otros contextos, como Brasil. Además, también se podría llevar a cabo el mismo estudio en muestras de usuarios de otros tipos de servicios sociales, como son los programas de acompañamiento por voluntarios, y en muestras de personas que no reciben ningún tipo de servicio social. Con ello, se podrían detectar diferencias relevantes en la intensidad de soledad o de apoyo social percibido, entre otras variables que pudieran estar relacionadas al tipo de apoyo social formal recibido por esas personas mayores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aartsen, M., y Jylhä, M. (2011). Onset of loneliness in older adults: results of a 28-year prospective study. *European Journal of Ageing*, 8, 31-38.
- Abellán, A., y Pujol, R. (2016). Un perfil de las personas mayores en España, 2016. Indicadores estadísticos básicos (Informes Envejecimiento en red no. 14). Madrid. Recuperado el 03 de mayo de 2016 en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos16.pdf>
- 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, 45, 17058-17063. doi: 10.1073/pnas.0605053103
- Adams, K. B., Sanders, S., y Auth, E. (2004). Loneliness and depression in independent living retirement communities: Risk and resilience factors. *Aging & Mental health*, 8, 6, 475-485.
- Adopta un Abuelo (2017). Adopta un Abuelo. Recuperado el 06 de febrero de 2017 en: <https://www.adoptaunabuelo.org/>
- Ajuntament de Barcelona (2017). Vincles BCN. Recuperado el 06 de febrero de 2017 en: <http://ajuntament.barcelona.cat/vinclesbcn/es/>
- Ajuntament de València (2015). *Població major de 64 anys a la ciutat de València*. Valencia: Oficina d'Estadística.
- Al Snih, S., Peek, K. M., Sawyer, P., Markides, K. S., Allman, R. M., y Ottenbacher, K. J. (2012). Life-Space Mobility in Mexican Americans Aged 75 and Older. *Journal*

of the American Geriatrics Society, 60, 532–537. doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03822.x

Allman, R. M., Sawyer, P., y Roseman, J. M. (2006). The UAB Study of Aging: background and insights into life-space mobility among older Americans in rural and urban settings. *Aging Health*, 2, 3, 417–429. doi: 10.2217/1745509X.2.3.417

Alpass, F. M., y Neville, S. (2003). Loneliness, health and depression in older males. *Aging & Mental Health*, 7, 3, 212-216. doi: 10.1080/1360786031000101193

Andersson, L. (1985). Intervention against loneliness in a group of elderly women: An impact evaluation. *Social Science & Medicine*, 20, 4, 355-64.

Andersson, L. (1998). Loneliness research and interventions: a review of the literature. *Aging and Mental Health*, 2, 264-274.

Antonucci, T. C. (1985). Personal characteristics, social support, and social behavior. En R. H. Binstock y E. Shanas (Eds.), *Handbook of Aging and the Social Sciences* (2^a ed., pp. 94-128). Nueva York: Van Nostrand Reinhold.

Antonucci, T. C., Akiyama, H., y Takahashi, K. (2004). Attachment and close relationships across the life span. *Attachment and Human Development*, 6, 4, 353-370. doi: 10.1080/1461673042000303136

Antonucci, T. C., Birditt, K. S., Sherman, C. W., y Trinh, S. (2011). Stability and change in the intergenerational family: A convoy approach. *Ageing & Society*, 31, 1084-1106. doi: 10.1017/S0144686X1000098X

Antonucci, T. C., Lansford, J. E., Akiyama, H., Smith, J., Baltes, M. M., Takahashi, K., Fuhrer, R., y Dartigues, J. (2002). Differences between men and women in social

relations, resource deficits, and depressive symptomatology during later life in four nations. *Journal of Social Issues*, 58, 4, 767-783.

Auger, C., Demers, L., Gélinas, I., Routhier, F., Jutai, J., Guérette, C., y Deruyter, F. (2009). Development of a French-Canadian version of the Life-Space Assessment (LSA-F): content validity, reliability and applicability for power mobility device users. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 4, 1, 31-41. doi: 10.1080/17483100802543064

AWOC (2015). Ageing without children survey results 2015. Recuperado el 22 de julio de 2015 en: <https://ageingwithoutchildren.files.wordpress.com/2015/05/awocsurvey15.pdf>

Ayala, A., Rodríguez-Blázquez, C., Frades-Payo, B., Forjaz, M.J., Martínez-Martín, P., Fernández-Mayoralas, G., y Rojo-Pérez, F. (2012). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Apoyo Social Funcional y de la Escala de Soledad en adultos mayores no institucionalizados en España. *Gaceta Sanitaria*, 26, 4, 317-324.

Ayalon, L., Shiovitz-Ezra, S., y Palgi, Y. (2013). Associations of loneliness in older married men and women. *Aging & Mental Health*, 17, 1, 33-39. doi: 10.1080/13607863.2012.702725

Ayuso-Sánchez, L. (2011). Las redes de apoyo social en los procesos de emparejamiento en la viudedad en España. En Félix Requena (Ed.) *Las redes de apoyo social*. Navarra: Thomson Reuters.

Bailis, D. S., Segall, A., y Chipperfield, J. G. (2003). Two views of self-rated general health status. *Social Science & Medicine*, 56, 203-217.

- Baker, P. S., Bodner, E. V., y Allman, R. M. (2003). Measuring life-space mobility in community-dwelling older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51, 11, 1610–1614.
- Baker, P. S., Bodner, E. V., Brown, C. J., Kennedy, R. E., y Allman, R. M. (2015). Life-Space Assessment composite score rationale. *Clinical Rehabilitation*, 1–3. doi: 10.1177/0269215515614295
- Barg, F. K., Huss-Ashmore, R., Wittink, M. N., Murray, G. F., Bogner, H. R., y Gallo, J. J. (2006). A mixed-methods approach to understanding loneliness and depression in older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61, 6, S329-S339.
- Bauman, Z. (2003). *Comunidad, en busca de seguridad en un mundo hostil*. Madrid: Siglo XXI.
- Bentley, J. P., Brown, C. J., McGwin Jr., G., Sawyer, P., Allman, R. M., y Roth, D. L. (2013). Functional status, life-space mobility, and quality of life: a longitudinal mediation analysis. *Quality of Life Research*, 22, 1621–1632. doi: 10.1007/s11136-012-0315-3
- Boffo, M., Mannarini, S., y Munari, C. (2012). Exploratory structure equation modeling of the UCLA Loneliness scale: A contribution to the Italian adaptation. *Testing, Psychometrics, and Methodology in Applied Psychology*, 19, 345–363. doi:10.4473/TPM19.4.7
- Bollen, K. A. (1989). *Structural equation modelling with latent variables*. New York: Wiley.

- Borges, A., Prieto, P., Ricchetti, G., Hernández-Jorge, C., y Rodríguez-Naveiras, E. (2008). Validación cruzada de la factorización del Test UCLA de Soledad. *Psicothema*, 20, 4, 924-927.
- Bowlby, J. (1972). *Attachment and Loss, Volume I: Attachment*. Victoria, Australia: Penguin Books. 1a. edición.
- Bowlby, J. (1979). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Ediciones Morata. 2a. edición.
- Bowlby, J. (1983). Affectional bonds: their nature and origin. En R. S. Weiss (Ed.), *Loneliness: the experience of emotional and social isolation*, (pp. 38-52). Cambridge, MA: MIT Press.
- Brajkovic, L., Gregurek, R., Kusevic, Z., Ratkovic, A. S., Bras, M., et al. (2011). Life satisfaction in persons of the third age after retirement. *Collegium Antropologicum*, 35, 3, 665-672.
- Broadhead, W. E., Gehlbach, S. H., Degruy, F. V., y Kaplan, B. H. (1988). The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire: Measurement for Social Support in Family Medicine Patients. *Medicine Care*, 26, 7, 709-723.
- Buz, J., y Pérez-Arechaederra, D. (2014). Psychometric properties and measurement invariance of the Spanish version of the 11-item de Jong Gierveld loneliness scale. *International Psychogeriatrics*, 26, 9, 1553-1564. doi: 10.1017/S1041610214000507
- Buz, J., y Prieto, G. (2013). Análisis de la Escala de Soledad de de Jong Gierveld mediante el modelo de Rasch. *Universitas Psychologica*, 12, 3, 971-981. doi:10.11144/Javeriana.UPSY12-3.aesd

- Buz, J., Sánchez, M., Levenson, M. R., y Aldwin, C. M. (2014). Aging and social networks in Spain: the importance of pubs and churches. *International Journal of Aging and Human Development*, 78, 1, 23-46. doi: 10.2190/AG.78.1.c
- Buz, J., Urchaga, D., y Polo, M.E. (2014). Factor structure of the de Jong Gierveld loneliness scale in Spanish elderly adults. *Anales de Psicología*, 30, 2, 588-596. doi: 10.6018/analesps.30.2.148371
- Cacioppo, J. T., y Hawkley, L. C. (2009). Perceived social isolation and cognition. *Trends in Cognitive Sciences*, 13, 10, 447-454. doi: 10.1016/j.tics.2009.06.005
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Bernston, 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., Hawkley, L. C., y Thisted, R. A. (2010). Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychology and Aging*, 25, 2, 453-63. doi: 10.1037/a0017216.
- Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., y Thisted, R. A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging*, 21, 1, 140-151. doi: 10.1037/0882-7974.21.1.140
- Cacioppo, J. T., y Patrick, W. (2008). *Loneliness: human nature and the need for social connection*. Nueva York: WW Norton & Company.

- Carrascosa, L. L., y Castiello, M. T. S. (2012). Formas de convivencia, relaciones personales y la experiencia de envejecer. En IMSERSO (Ed.). *Informe 2010: las personas mayores en España*, 223-264. Madrid: MSERSO.
- Carstensen, L. L. (1993). Motivation for social contact across the life span: a theory of socioemotional selectivity. En J.E. Jacobs (Ed.), *Developmental Perspectives on Motivation* (pp. 209-254). Lincoln: University of Nebraska.
- Carstensen, L. L., Fung, H. H., y Charles, S. T. (2003). Socioemotional Selectivity Theory and the regulation of emotion in the second half of life. *Motivation and Emotion*, 27, 2, 103-123.
- Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., y Charles, S. T. (1999). Taking time seriously. A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, 54, 3, 165-181. doi: 10.1037/0003-066X.54.3.165
- Castillo, V. C., y Pinazo-Hernandis, S. (2016). Una revisión de la investigación en centenarios: Factores psicosociales en la extrema longevidad. *Revista Búsqueda*, 16, 64-80. doi: 10.21892/01239813.168
- Castro, M. P. (2010). Soledad y envejecimiento: Cómo evitar que este binomio se cumpla. En Hartu-Emanak, *La autonomía personal y la dependencia en el proceso de envejecimiento* (X Jornadas), pp. 33-45. Bilbao (ISBN: 978-84-613-8155-5)
- Castro, M. P. (2015). *El sentimiento de soledad en las personas mayores y su relación con la atribución causal y el afrontamiento*. (Tesis Doctoral). Universidad de Deusto.

- Cheung, F., y Lucas, R. E. (2014). Assessing the validity of single-item life satisfaction measures: results from three large samples. *Quality of Life Research*, 23, 2809–2818. Doi: 10.1007/s11136-014-0726-4
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ª Edición). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 1, 155.
- Cohen-Mansfield, J., y Parpura-Gill, A. (2007). Loneliness in older persons: a theoretical model and empirical findings. *International Psychogeriatrics*, 19, 279-294.
- Cohen-Mansfield, J., Shmotkin, D., y Goldberg, S. (2009). Loneliness in old age: longitudinal changes and their determinants in an Israeli sample. *International Psychogeriatrics*, 21, 6, 1160-1170.
- Cole, S. W., Hawkey, L. C., Arevalo, J. M., Sung, C. Y., Rose, R. M., y Cacioppo, J. T. (2007). Social regulation of gene expression in human leukocytes. *Genome Biology*, 8, 9, R189.1-R189.13. doi: 10.1186/gb-2007-8-9-r189
- Cole, S. W., Hawkey, L. C., Arevalo, J. M., y Cacioppo, J. T. (2011). Transcript origin analysis identifies antigen-presenting cells as primary targets of socially regulated gene expression in leukocytes. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 108, 7, 3080-3085. doi: 10.1073/pnas.1014218108
- Constable, J. F., y Russell, D. W. (1986). The effect of social support and the work environment upon burnout among nurses. *Journal of Human Stress*, 12, 1, 20-26.
- Cornwell, E. Y., y Waite, L. J. (2009). Measuring social isolation among older adults using multiple indicators from the NSHAP study. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 64B, S1, 38-46.

- Costa-Font, J., Elvira, D., y Miró, O. M. (2009). Ageing in place? Exploring elderly people's housing preferences in Spain. *Urban Studies*, 46, 2, 295-316. doi: 10.1177/0042098008099356
- Cramer, K.N., Ofosu, H.B., y Barry, J.E. (2000). An abbreviated form of the social and emotional loneliness scale for adults (SELSA). *Personality and Individual Differences*, 28, 1125-1131.
- Creswell, J. D., Irwin, M. R., Burklund, L. J., Lieberman, M. D., Arevalo, J. M., Ma, J., Breen, E. C., y Cole, S. W. (2012). Mindfulness-based stress reduction training reduces loneliness and pro-inflammatory gene expression in older adults: A small randomized controlled trial. *Brain, Behavior, and Immunity*, 26, 7, 1095-1101. doi: 10.1016/j.bbi.2012.07.006
- Curcio, C. L., Alvarado, B. E., Gomez, F., Guerra, R., Guralnik, J., y Zunzunegui, M. V. (2013). Life-Space Assessment scale to assess mobility: Validation in Latin American older women and men. *Aging Clinical and Experimental Research*, 25, 5, 553-60. doi: 10.1007/s40520-013-0121-y
- Cutrona, C., Russell, D., y Rose, J. (1986). Social support and adaptation to stress by the elderly. *Journal of Psychology and Aging*, 1, 1, 47-54.
- Dahlberg, L., Andersson, L., McKee, K. J., y Lennartsson, C. (2015). Predictors of loneliness among older women and men in Sweden: A national longitudinal study. *Aging & Mental Health*, 19, 5, 409-417, doi: 10.1080/13607863.2014.944091
- Dahlberg, L., y McKee, K. J. (2014). Correlates of social and emotional loneliness in older people: Evidence from a English community study. *Aging & Mental Health*, 18, 4, 504-514. doi: 10.1080/13607863.2013.856863

- Davidson, K. (2002). Gender differences in new partnership choices and constraints for older widows and widowers. *Ageing International*, 27, 43-60. doi: 10.1007/s12126-002-1014-0
- de Jong Gierveld, J. (1987). Developing and testing a model of loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 119-128.
- de Jong Gierveld, J. (1998). A review of loneliness: concepts and definitions, determinants and consequences. *Reviews in Clinical Gerontology*, 8, 73-80.
- de Jong Gierveld, J. (2003). Social networks and social well-being of older men and women living alone. En S. Arber, K. Davidson, y J. Ginn (Eds.) *Changing roles and relationships*, (pp. 95-110). Maidenhead: Open University Press.
- de Jong Gierveld, J. (2004). Remarriage, unmarried cohabitation, living apart together: partner relationships following bereavement or divorce. *Journal of Marriage and the Family*, 66, 236-243.
- de Jong Gierveld, J., Dykstra, P. A., y Schenk, N. (2012). Living arrangements, intergenerational support types and older adult loneliness in Eastern and Western Europe. *Demographic Research*, 27.
- de Jong Gierveld, J., y Havens, B. (2004). Cross-national comparisons of social isolation and loneliness: Introduction and overview. *Canadian Journal on Aging*, 23, 2, 109-13.
- de Jong Gierveld, J., y Kamphuis, F. (1985). The development of a Rasch-type loneliness scale. *Applied Psychological Measurement*, 9, 3, 289-299.

- de Jong Gierveld, J., y Raadschelders, J. (1982). Types of loneliness. En L. A. Peplau y D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*, (pp. 105-120). Nueva York: John Wiley and Sons.
- de Jong Gierveld, J., y Tesch-Römer, C. (2012). Loneliness in old age in Eastern and Western European societies: Theoretical perspectives. *European Journal of Ageing*, 9, 285-295. doi: 10.1007/s10433-012-0248-2
- de Jong Gierveld, J., van der Pas, S., y Keating, N. (2015). Loneliness of older immigrant groups in Canada: Effects of ethnic-cultural background. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 30, 251-268. doi: 10.1007/s10823-015-9265-x
- de Jong Gierveld, J., y van Tilburg, T. G. (2006). A 6-item scale for overall, emotional, and social loneliness: confirmatory test on survey data. *Research on Aging*, 28, 5, 582-598. doi: 10.1177/0164027506289723
- de Jong Gierveld, J., y van Tilburg, T. G. (2010). The De Jong Gierveld short scales for emotional and social loneliness: tested on data from 7 countries in the UN generations and gender surveys. *European Journal of Ageing*, 7, 121-130. Doi: 10.1007/s10433-010-0144-6
- de Jong Gierveld, J., y van Tilburg, T. G. (2011). *Manual of loneliness scale*. VU University Amsterdam, Department of Social Research Methodology. ISBN 90-9012523-X (copia obtenida de los autores)
- de Jong Gierveld, J., van Tilburg, T. G., y Dykstra, P. A. (2006). Loneliness and Social Isolation. En A. Vangelisti y D. Perlman (Eds.) *Cambridge handbook of personal relationships*, (pp. 485-500). Cambridge: Cambridge Press.

- del Barrio, E., Castejón, P., Sancho-Castiello, M., Tortosa, M. A., Sundström, G., y Malmberg, B. (2010). La soledad de las personas mayores en España y Suecia: Contexto y cultura. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 45, 4, 189-195.
- Del Valle, J. F., y García, A. G. (1994). Redes de apoyo social en usuarios del servicio de ayuda a domicilio de la tercera edad. *Psicothema*, 6, 1, 39-47.
- Derlega, V. J., y Margulis, S. T. (1982). Why loneliness occurs: The interrelationship of social-psychological and privacy concepts. En L. A. Peplau y D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*, (pp. 152-165). Nueva York: John Wiley and Sons.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., y Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., y Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- DiTommaso, E., Brannen, C., y Best, L. A. (2004). Measurement and validity characteristics of the short version of the social and emotional loneliness scale for adults. *Educational and Psychological Measurement*, 64, 99-119.
- Domingues, M. A., Ordonez, T. N., Lima-Silva, T. B., Torres, M. J., Barros, T. C., y Florindo, A. A. (2013). Redes de relações sociais dos idosos residentes em Ermelino Matarazzo, São Paulo: Um estudo epidemiológico. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16, 1, 49-59.
- Donio-Bellegarde, M., y Pinazo-Hernandis (2014). Mi casa, mi castillo: la libre elección de las mujeres mayores por vivir solas. Comunicación presentada al III Congreso de la Sociedad Valenciana de Geriatria y Gerontología.

- Donio-Bellegarde, M., y Pinazo-Hernandis, S. (en revisión). El papel protector del apoyo social intergeneracional y de la generatividad en la soledad
- Durak, M., y Senol-Durak, E. (2010). Psychometric qualities of the UCLA Loneliness Scale-version 3 as applied in a Turkish culture. *Educational Gerontology*, 36, 988–1007. doi:10.1080/03601271003756628
- Dussault, M., Fernet, C., Austin, S., y Leroux, M. (2009). Revisiting the factorial validity of the revised UCLA Loneliness Scale: a test of competing models in a sample of teachers. *Psychological Reports*, 105, 849-856.
- Dykstra, P. A. (1995). Loneliness among the never and formerly married: The importance of supportive friendships and a desire for independence. *Journal of Gerontology, Social Sciences*, 50B, S321–329.
- Dykstra, P. A. (2009). Older adult loneliness: Myths and realities. *European Journal of Ageing*, 6, 91-100. doi: 10.1007/s10433-009-0110-3
- 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, 2, 141-155. doi: 10.1353/cja.2004.0018
- Dykstra, P. A., y Fokkema, T. (2007). Social and emotional loneliness among divorced and married men and women: Comparing the deficit and cognitive perspectives. *Basic and Applied Social Psychology*, 29, 1, 1-12.
- Dykstra, P. A., van Tilburg, T. G., y de Jong Gierveld, J. (2005). Changes in older adult loneliness results from a seven-year longitudinal study. *Research on Aging*, 27, 6, 725-747. Doi: 10.1177/0164027505279712

- Ebesutani, C., Drescher, C.F., Reise, S.P., Heiden, L., Hight, T., Damon, J.D., y Young, J. (2012). The importance of modeling method effects: resolving the (uni)dimensionality of the Loneliness Questionnaire. *Journal of Personality Assessment, 94*, 2, 186-195. doi: 10.1080/00223891.2011.627967
- Estima, A. E. M. S., Dutra, B. M. T., Martins, J. V. P., y Franzoi, A. C. O. B. (2015). Validation of the “Life Space Assessment - LSA” Questionnaire in a group of hemiplegic patients. *Acta Fisiátrica, 22*, 1, 1-4. doi: 10.5935/0104-7795.20150001
- Expósito, F., y Moya, M. (1993). Validación de la UCLA Loneliness Scale en una muestra española. En F. Loscertales y M. Marín (Eds.), *Dimensiones psicosociales de la educación y de la comunicación*, (pp. 355-364). Sevilla: Eudema.
- Expósito, F., y Moya, M. (1999). Soledad y apoyo social. *Revista de Psicología Social, 14*, 2-3, 297-316. doi: 10.1174/021347499760260000
- Federación de Pensionistas y Jubilados de CCOO (2014). *Informe 2014. Envejecimiento activo en las mujeres mayores*. Madrid: Federación de Pensionistas y Jubilados de CCOO.
- Fees, B. S., Martin, P., y Poon, L. W. (1999). A model of loneliness in older adults. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 54B*, 231-239.
- Fernández-Ballesteros, R. (2002). Social support and quality of life among older people in Spain. *Journal of Social Issues, 58*, 4, 645-659.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D., y Maciá, A. (1996). *Calidad de vida en la vejez en distintos contextos*. Madrid: IMSERSO.

- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D., y Ruíz, M. A. (2001). The contribution of socio-demographic and psychosocial factors to life satisfaction. *Ageing and Society*, 21, 25-43 doi: 10.1017/S0144686X01008078
- Fernández-Carro, C. (2013). *Ageing in place in Europe: a multidimensional approach to independent living in later life*. Tesis Doctoral, Departamento de Geografía, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona.
- Fernández-Carro, C. (2016). Ageing at home, co-residence or institutionalisation? Preferred care and residential arrangements of older adults in Spain. *Ageing & Society*, 36, 586-612. doi: 10.1017/S014400138X
- Ferreira-Alves, J., Magalhães, P., Viola, L., y Simões, R. (2014). Loneliness in middle and old age: Demographics, perceived health, and social satisfaction as predictors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 59, 613-623. doi: 10.1016/j.archger.2014.06.010
- Fiori, K. L., Smith, J., y Antonucci, T. C. (2007). Social network types among older adults: A multidimensional approach. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 62B, 6, 322, 330.
- Flanders, J. P. (1982). A General Systems approach to loneliness. En L. A. Peplau y D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*, (pp. 166-180). Nueva York: John Wiley and Sons.
- Fokkema, T., de Jong Gierveld, J., y Dykstra, P. A. (2012). Cross-national differences in older adult loneliness. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 146, 1-2, 201-28. doi: 10.1080/00223980.2011.631612

- Fontes, A. P., y Neri, A. L. (2015). Resiliência e velhice: Revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20, 5, 1475-1495. doi: 10.1590/1413-81232015205.00502014
- Foster, L., y Walker, A. (2013). Gender and active ageing in Europe. *European Journal of Ageing*, 10, 3-10. doi: 10.1007/s10433-013-0261-0
- Fredrickson, B. L., y Carstensen, L. L. (1990). Choosing social partners: How old age and anticipated endings make us more selective. *Psychology and Aging*, 5, 335-347.
- Fry, P., y Debats, D. L. (2002). Self-efficacy beliefs as predictors of loneliness and psychological distress in older adults. *The International Journal of Aging & Human Development*, 55, 3, 233-269. doi: 10.2190/KBVP-L2TE-2ERY-BH26
- Fung, H. H., Carstensen, L.L., y Lang, F. R. (2001). Age-related patterns in social networks among European Americans and African Americans: Implications for Socioemotional Selectivity across the life span. *International Journal of Aging and Human Development*, 52, 3, 185-206.
- Gerst-Emerson, K., y Jayawardhana, J. (2015). Loneliness as a public health issue: The impact of loneliness on health care utilization among older adults. *American Journal of Public Health*, 105, 5, 1013-1019.
- Gow, A. J., Pattie, A., Whiteman, M. C., Whalley, L. J., y Deary, I. J. (2007). Social support and Successful Aging. *Journal of Individual Differences*, 28, 3, 103-115. doi: 10.1027/1614-0001.28.3.103
- Grandes Vecinos (2017). Grandes Vecinos. Recuperado el 06 de febrero de 2017 en: <https://www.grandesvecinos.org/>

- Green, L. R., Richardson, D. S., Lago, T., y Schatten-Jones, E. C. (2001). Network correlates of social and emotional loneliness in young and older adults. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27, 281-288. doi: 10.1177/0146167201273002
- 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. doi: 10.1016/j.archger.2011.03.011
- Hahn, E. A., Cichy, K. E., Almeida, D. M., y Haley, W. E. (2011). Time use and well-being in older widows: adaptation and resilience. *Journal of Women & Aging*, 23, 149-159. doi: 10.1080/08952841.2011.561139
- Hansen, T., y Slagsvold, B. (2015). Late-life loneliness in 11 European counties: Results from the Generations and Gender Survey. *Social Indicators Research*, 1-20. doi: 10.1007/s11205-015-1111-6
- Hauge, S., y Kirkevold, M. (2010). Older Norwegians' understanding of loneliness. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 5, 4654. doi: 10.3402/qhw.v5i1.4654
- Hawkley, L.C., Browne, M.W., y Cacioppo, J.T. (2005). How can I connect with thee? Let me count the ways. *Psychological Science*, 16, 798-804.
- Hawkley, L. C., y Cacioppo, J. T. (2007). Aging and Loneliness. Downhill quickly?. *Association for Psychological Science*, 16, 4, 187-191.
- Hawkley, L. C., y Cacioppo, J. T. (2009). Loneliness. <http://psychology.uchicago.edu/people/faculty/cacioppo/jtcreprints/hc09.pdf>

- Hawkley, L. C., y Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 40, 218-227.
- Hawkley, L. C., Hughes, M. E., Waite, L. J., Masi, C. M., Thisted, R. A., y Cacioppo, J. T. (2008). From social structural factors to perceptions of relationships quality and loneliness: the Chicago Health, Aging and Social Relations Study. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 63B, 6, S375-S384.
- Hawkley, L. C., Preacher, K. J., y Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness impairs daytime functioning but not sleep duration. *Health Psychology*, 29, 2, 124-129. doi: 10.1037/a0018646
- Hawkley, L. C., Thisted, R. A., y Cacioppo, J. T. (2009). Loneliness predicts reduced physical activity: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Health Psychology*, 28, 3, 354-363. doi: 10.1037/a0014400
- 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, 1, 132-141. doi: 10.1037/a0017805
- Hays, R. D., y DiMatteo, M. R. (1987). A short-form measure of loneliness. *Journal of Personality Assessment*, 51, 69-81.
- Hays, R. D., Spritzer, K. L., Thompson, W. W., y Cella, D. (2015). U.S. general population estimate for “excellent” to “poor” self-rated health item. *Journal of General Internal Medicine*, 30, 10, 1511-1516.

- Herdman, M., Badia, X., y Berra, S. (2001). El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Atención Primaria*, 28, 6, 425-429.
- Holmén, K., y Furukawa, H. (2002). Loneliness, health and social network among elderly people – a follow-up study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 35, 216-274.
- 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, 2, 227-237. doi: 10.1177/1745691614568352
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., y Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Med*, 7, 7, e1000316. doi: 10.1371/journal.pmed.1000316
- Holwerda, T. J., Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., Stek, M. L., van Tilburg, T. G., Visser, P. J., Schmand, B., Jonker, C., y Schoevers, R. A. (2012). Increased risk of mortality associated with social isolation in older men: only when feeling lonely? Results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *Psychological Medicine*, 42, 843–853. doi:10.1017/S0033291711001772
- Holwerda, T. J., Deeg, D. J. H., Beekman, A. T. F., van Tilburg, T. G., Stek, M. L., Jonker, C., y Schoevers, R. A. (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, 2, 135-142. doi:10.1136/jnnp-2012-302755
- Hombrados-Mendieta, I., García-Martín, M. A., y Gómez-Jacinto, L. (2013). The relationship between social support, loneliness, and subjective well-being in a

Spanish sample from a multidimensional perspective. *Social Indicators Research*, 114, 1013-1034. doi: 10.1007/s11205-012-0187-5

Honigh-de Vlaming, R., Haveman-Nies, A., Groeniger, I. B. O., de Groot, L., y van't Veer, P. (2014a). Determinants of trends in loneliness among Dutch older people over the period 2005-2010. *Journal of Aging and Health*, 26, 3, 422-440. doi: 10.1177/0898264313518066

Honigh-de Vlaming, R., Haveman-Nies, A., Groeniger, I. B. O., van Huysduynen, E. J. H., de Groot, L.C., y van't Veer, P. (2014b). Loneliness Literacy Scale: Development and evaluation of an early indicator for loneliness prevention. *Social Indicators Research*, 116, 3, 989–1001. doi: 10.1007/s11205-013-0322-y

Hoyle, R. H., y Panter, A. T. (1995). Writing about structural equation models. En R. H. Hoyle (Ed.), *Structural Equation Modeling: Concepts, issues and applications* (pp. 159-176). Thousand Oaks, CA: Sage.

Hu, L., y Bentler, P. M. (1999). Cut-off criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55.

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, 6, 655-672. doi: 10.1177/0164027504268574

Huxhold, O., Fiori, K., y Windsor, T. D. (2013). The dynamic interplay of social network characteristics, subjective well-being, and health: The costs and benefits of socio-emotional selectivity. *Psychology and Aging*, 28, 1, 3-16. doi: 10.1037/a0030170

Idler, E. L., y Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: A review of twenty seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 21–37.

Iecovich, E., Jacobs, J. M., y Stessman, J. (2011). Loneliness, social networks, and mortality: 18 years of follow-up. *International Journal of Aging and Human Development*, 72, 3, 243-263

Iliffe, S., Kharicha, K., Harari, D., Swift, C., Gillmann, G., y Stuck, A. E. (2007). Health risk appraisal in older people 2: The implications for clinicians and commissioners of social isolation risk in older people. *British Journal of General Practice*, 57, 277-282.

IMSERSO (2005). *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar*. Madrid: IMSERSO.

IMSERSO (2015). *Informe 2014. Las personas mayores en España*. Madrid: IMSERSO.

INE – Instituto Nacional de Estadística (2014). Censos de Población y Viviendas 2011. Recuperado el 15 de octubre de 2014 en: <http://www.ine.es/>

INE – Instituto Nacional de Estadística (2016a). Indicadores de Estructura de la Población. Recuperado el 17 de abril de 2016 en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1417>

INE – Instituto Nacional de Estadística (2016b). Notas de Prensa: Encuesta Continua de Hogares. Año 2015. Recuperado el 17 de abril de 2016 en: <http://www.ine.es/prensa/np965.pdf>

- James, B. D., Boyle, P. A., Buchman, A. S., Barnes, L. L., y Bennett, D. A. (2011). Life space and risk of Alzheimer Disease, mild cognitive impairment, and cognitive decline in old age. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 11, 961-969.
- Jones, W. H., y Hebb, L. (2003). The experience of loneliness: Objective and subjective factors. *The International Scope Review*, 5, 9.
- Jylhä, M. (2004). Old age and loneliness: Cross-sectional and longitudinal analyses in the Tampere longitudinal study on aging. *Canadian Journal on Aging*, 23, 2, 157-68.
- Jylhä, M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Science & Medicine*, 69, 307-316.
- Kahn, R. L., y Antonucci, T. C. (1980). Convoys over the life course: Attachment, roles, and social support. En P. B. Baltes y O. Brim (Eds.), *Lifespan development and behavior* (vol.3, pp. 253-286). Nueva York: Academic Press.
- Kalache, A. (2008). O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13, 4, 1107-1111.
- Kalache, A., Veras, R. P., y Ramos, L. R. (1987). O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Revista Saúde Pública*, 21, 3, 200-210.
- Kammerlind, A-S. C., Fristedt, S., Bravell, M. E., y Fransson, E. I. (2014). Test-retest reliability of the Swedish version of the Life-Space Assessment Questionnaire among community-dwelling older adults. *Clinical Rehabilitation*, 28, 8, 817-823. doi: 10.1177/0269215514522134
- Kiecolt-Glaser, J. K., Ricker, D., George, J., Messick, G., Speicher, C. E., Garner, W., y Glaser, R. (1984). Urinary cortisol levels, cellular immunocompetency, and loneliness in psychiatric inpatients. *Psychosomatic Medicine*, 46, 1, 15-23.

- Kirova, A. (2003). Assessing children's experiences of loneliness through conversations. *Field Methods*, 15, 1, 3-24. doi: 10.1177/1525822X02239572
- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling* (3ª Edición). New York: Guilford.
- Koc, Z. (2012). Determination of older people's level of loneliness. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 21, 3037-3046. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04277.x
- Koren, C. (2015). Men's vulnerability-women's resilience: from widowhood to late-life repartnering. *International Psychogeriatrics*, 1-13. doi: 10.1017/S1041610215002240
- Lang, F. R., y Carstensen, L.L. (1994). Close emotional relationships in late life: further support for proactive aging in the social domain. *Psychology and Aging*, 9, 2, 315-324.
- Lang, F. R., y Carstensen, L.L. (2002). Time counts: Future perspective, goals, and social relationships. *Psychology and Aging*, 17, 1, 125-139. doi: 10.1037//0882-7974.125
- Lasgaard, M. (2007). Reliability and validity of the Danish version of the UCLA Loneliness Scale. *Personality and Individual Differences*, 42, 1359-1366.
- Liu, L. J., y Guo, Q. (2008). Life satisfaction in a sample of empty-nest elderly: A survey in the rural area of a mountainous county in China. *Quality of Life Research*, 17, 6, 823-830. doi: 10.1007/s11136-008-9370-1
- Lo, A. X., Brown, C. J., Sawyer, P., Kennedy, R. E., y Allman, R. M. (2014). Life-Space Mobility Declines Associated with Incident Falls and Fractures. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62, 919-923. doi: 10.1111/jgs.12787

- Long, M. V., y Martin, P. (2000). Personality, relationship closeness, and loneliness of oldest old adults and their children. *Journal of Gerontology; Psychological Sciences*, 55B, 5, 311-319.
- Lopata, H. Z. (1983). Loneliness: Forms and components. En R. S. Weiss (Ed.), *Loneliness: the experience of emotional and social isolation*, (pp. 102-115). Cambridge, MA: MIT Press.
- Lopata, H. Z., Heinemann, G. D., y Baum, J. (1982). Loneliness: Antecedents and coping strategies in the lives of widows. En L. A. Peplau y D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*, (pp. 310-326). Nueva York: John Wiley and Sons.
- López, J., Losada, A., Romero-Moreno, R., Márquez-González, M., y Martínez-Martín, P. (2011). Factores asociados a la consideración de ingresar a un familiar con demencia en una residencia. *Neurología*, 27, 2, 83-89. doi: 10.1016/j.nrl.2011.04.003
- López-Doblas, J. (2005). *Personas mayores viviendo solas: la autonomía como valor en alza*. Madrid: IMSERSO.
- López-Doblas, J., y Díaz-Conde, M. P. (2013). La modernización social de la vejez en España. *Revista Internacional de Sociología (RIS)*, 71, 1, 65-89. doi: 10.3989/ris.2011.04.26
- López-Doblas, J., Díaz-Conde, M. P., y Sánchez-Martínez, M. (2014). El rechazo de las mujeres mayores viudas a volverse a emparejar: cuestión de género y cambio social. *Política y Sociedad*, 51, 2, 507-532. doi: 10.5209/rev_POSO.2014.v51.n2.44936

- 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, 3, 277-292. doi: 10.1080/00223980.2011.582523
- Luanaigh, C. Ó., y Lawlor, B. A. (2008). Loneliness and the health of older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 1213-1221. doi: 10.1002/gps.2054
- Lubben, J., Blozik, E., Gillmann, G., Iliffe, S., Kruse, W. V. R., Beck, J. C., y Stuck, A. E. (2006). Performance of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale among three European community-dwelling older adult populations. *The Gerontologist*, 46, 4, 503-513.
- Luo, Y., Hawkey, L. C., Waite, L. J., y Cacioppo, J. T. (2012). Loneliness, health, and mortality in old age: A national longitudinal study. *Social Science & Medicine*, 74, 6, 907-914. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.11.028
- Luo, Y., y Waite, L. J. (2014). Loneliness and mortality among older adults in China. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 69, 633-645. doi: 10.1093/geronb/gbu007
- Maceiras, A. D., Souto, P. M. I., Ares, E. M. T., Díaz, C. D., y Deus, J. E. R. (2014). Usuarios de servicios sociales comunitarios (SAD y centros de día) para personas mayores. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología.*, 5, 1, 299-308. Doi: 10.17060/ijodaep.2014.n1.v5.686

- Marhánková, J. H. (2016). Women's attitudes toward forming new partnerships in widowhood: The search for "your own someone" and for freedom. *Journal of Women & Aging*, 28, 1, 34-45. doi: 10.1080/08952841.2014.950898
- Martin, P., Hagberg, B., y Poon, L. W. (1997). Predictors of loneliness in centenarians: A parallel study. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 6, 1-22.
- Meléndez, J. C., Tomás, J. M., y Navarro, E. (2009). Análisis de la estructura y funciones de las redes sociales en la vejez mediante la entrevista Manheim de apoyo social. *Revista Multidisciplinar Gerontología*, 19, 6-11.
- Mhaoláin, A. M. N., Gallagher, D., Connell, H. O., Chin, A. V., Bruce, I., Hamilton, F. et al. (2012). Subjective well-being amongst community-dwelling elders: What determines satisfaction with life? Findings from the Dublin Healthy Aging Study. *International Psychogeriatrics*, 24, 2, 316-323. doi: 10.1017/S1041610211001360
- Miguel, J. A., Sancho, M., Abellán, A., y Rodríguez, V. (1998). *La atención formal e informal en España*. Madrid: IMSERSO.
- Miret Gamundí, P. M., y Zuerras, P. (2015). Bienestar y patrones residenciales de la población que envejece y no convive en pareja. Europa Occidental, 2004-2011. *Revista Internacional de Sociología*, 73, 3, e017. doi: <http://dx.doi.org/10.3989/ris.2015.73.3.e017>
- Montero-López, M., y Rivera-Ledesma, A. (2009). IMSOL-AM: Escala de soledad en el adulto mayor. En A.L.M. González-Celis Rangel (Ed.), *Evaluación en Psicogerontología*, (pp. 8, 123-131). México: El Manual Moderno.

- Montorio-Cerrato, I., Márquez-González, M., Losada-Baltar, A., y Fernández de Trocóniz, M. I. (2003). Barreras para el acceso a los servicios de intervención psicosocial por parte de las personas mayores. *Intervención Psicosocial*, 12, 3, 301-324.
- Montpetit, M. A., Nelson, N. A., y Tiberio, S. S. (2016). Daily interactions and affect in older adulthood: Family, friends, and perceived support. *Journal of Happiness Studies*, 1-16. doi: 10.1007/s10902-016-9730-4
- Muñoz-Pérez, M. A., y Zapater-Torras, F. (2006). Impacto del cuidado de los nietos en la salud percibida y el apoyo social de las abuelas. *Atención Primaria*, 37, 7, 374-380.
- Neri, A. L. (2014). *Palavras-chave em Gerontologia* (4ª ed.). Campinas, Brasil: Alínea Editora.
- Neri, A. L., y Vieira, L. A. M. (2013). Envolvimento social e suporte social percebido na velhice. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16, 3, 419-432. doi: 10.1590/S1809-98232013000300002
- Neto, F. (2014). Psychometric analysis of the short-form UCLA Loneliness Scale (ULS-6) in older adults. *European Journal of Ageing*, 11, 313-319. doi: 10.1007/s10433-014-0312-1
- Newall, N. E., Chipperfield, J. G., y Bailis, D. S. (2014). Predicting stability and change in loneliness in later life. *Journal of Social and Personal Relationships*, 31, 3, 335-351. doi: 10.1177/0265407513494951

- Newall, N. E., Chipperfield, J. G., Bailis, D. S., y Stewart, T. L. (2013). Consequences of loneliness on physical activity and mortality in older adults and the power of positive emotions. *Health Psychology, 32*, 8, 921. doi: 10.1037/a0029413
- Newall, N. E., Chipperfield, J. G., Clifton, R. A., Perry, R. P., Swift, A. U., y Ruthig, J. C. (2009). Causal beliefs, social participation, and loneliness among older adults: A longitudinal study. *Journal of Social and Personal Relationships, 26*, 2-3, 273-290. doi: 10.1177/0265407509106718
- Nicolaisen, M., y Thorsen, K. (2014a). Who are lonely? Loneliness in different age groups (18-81 years old), using two measures of loneliness. *International Journal of Aging and Human Development, 78*, 3, 229-257. doi: 10.2190/AG.78.3.b
- Nicolaisen, M., y Thorsen, K. (2014b). Loneliness among men and women: A five-year follow-up study. *Aging & Mental Health, 18*, 2, 194-206. doi: 10.1080/13607863.2013.821457
- Noreen, E. W. (1989). *Computer-intensive methods for testing hypotheses: An introduction*. Nueva York: John Wiley & Sons Inc.
- Nummela, O., Seppänen, M, y Uutela, A. (2011). The effect of loneliness and change in loneliness on self-rated health (SRH): A longitudinal study among aging people. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 53*, 2, 163-167. doi: 10.1016/j.archger.2010.10.023
- Oliveira, D. C., Neri, A. L., y D'Elboux, M. J. (2013). Variáveis relacionadas à expectativa de suporte para o cuidado de idosos residentes na comunidade. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 21*, 3, 742-749.

- OMS – Organización Mundial de la Salud (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Recuperado el 28 de septiembre de 2016 en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf
- Parkes, C. M. (1983). Separation anxiety: An aspect of the search for a lost object. En R. S. Weiss (Ed.), *Loneliness: the experience of emotional and social isolation*, (pp. 53-68). Cambridge, MA: MIT Press.
- Parlamento Europeo (2015). Elderly women living alone: an update of their living conditions. Bruselas: Parlamento Europeo.
- Paúl, C., y Ribeiro, O. (2009). Predicting loneliness in old people living in the community. *Reviews in Clinical Gerontology*, 19, 53-60. doi: 10.1017/S0959259809990074
- Paz, O. (1991). *El laberinto de la soledad*. Madrid: Fondo de Cultura Económica. 14a. edición.
- Peel, C., Baker, P. S., Roth, D. L., Brown, C. J., Bodner, E. V., y Allman, R. M. (2005). Assessing mobility in older adults: The UAB Study of Aging Life-Space Assessment. *Physical Therapy*, 85, 10, 1008-1019.
- Peerenboom, L., Collard, R. M., Naarding, P., y Comijs, H. C. (2015). The association between depression and emotional and social loneliness in older persons and the influence of social support, cognitive functioning and personality: A cross-sectional study. *Journal of Affective Disorders*, 182, 26-31. doi: 10.1016/j.jad.2015.04.033
- Penning, M. J., Liu, G., y Chou, P. H. B. (2014). Measuring loneliness among middle-aged and older adults: the UCLA and de Jong Gierveld Loneliness scales. *Social Indicators Research*, 118, 1147-1166. doi: 10.1007/s11205-013-0461-1

- Peplau, L. A., Bikson, T. K., Rook, K. S., y Goodchilds, J. D. (1982). Being old and living alone. En L.A. Peplau y D. Perlman (Eds.), *Loneliness: a sourcebook of current theory, research and therapy*, (pp. 327-348). Nueva York: John Wiley and Sons.
- Peplau, L. A., Miceli, M., y Morasch, B. (1982). Loneliness and self-evaluation. En L. A. Peplau y D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*, (pp. 135-151). Nueva York: John Wiley and Sons.
- Peplau, L. A., y Perlman, D. (1982). *Loneliness: a sourcebook of current theory, research and therapy*. Nueva York: John Wiley and Sons.
- Pérez-Zepeda, M. U., Belanger, E., Zunzunegui, M., Phillips, S., Ylli, A., y Guralnik, J. (2016). Assessing the validity of self-rated health with the Short Physical Performance Battery: A cross-sectional analysis of the International Mobility in Aging Study. *PLoS ONE*, *11*, 4, e0153855. doi: 10.1371/journal.pone.0153855
- Perlman, D. (2004). European and Canadian studies of loneliness among seniors. *Canadian Journal on Aging*, *23*, 2, 181-188
- Phillips, J. L., Lam, L., Lockett, T., y Currow, D. (2014). Is the Life Space Assessment applicable to a palliative care population? Its relationship to measures of performance and quality of life. *Journal of Pain and Symptom Management*, *47*, 6, 1121-1127. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2013.06.017.
- Pinazo, S. (2007). Relaciones sociales. En C. Triadó y F. Villar (Eds.), *Psicología de la vejez*, (pp. 253-285). Madrid: Alianza Editorial.
- Pinazo-Hernandis, S., Sancho, P., Donio-Bellegarde, M., y Tomás, J. M. (en revisión). Validation of the UCLA Loneliness Scale (version 3) in Spanish older population: An application of Exploratory Structural equation Modeling (ESM).

- Pinquart, M. (2001). Correlates of subjective health in older adults: A meta-analysis. *Psychology and Aging, 16*, 3, 414-426.
- Pinquart, M. (2003). Loneliness in married, widowed, divorced, and never-married older adults. *Journal of Social and Personal Relationships, 20*, 1, 31-53. doi: 10.1177/02654075030201002
- Pinquart, M., y Sörensen, S. (2001a). Gender differences in self-concept and psychological well-being in old age: A meta-analysis. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 56B*, 4, P195–P213.
- Pinquart, M., y Sörensen, S. (2001b). Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis. *Basic and Applied Social Psychology, 23*, 4, 245-266.
- Pinquart, M., y Sörensen, S. (2003). Risk factors for loneliness in adulthood and old age: A meta-analysis. *Advances in Psychology Research, 19*, 111-143.
- Pinto, J. M., y Neri, A. L. (2013). Factors associated with low life satisfaction in community-dwelling elderly: FIBRA Study. *Cadernos de Saúde Pública, 29*, 12, 2447-2458. doi: 10.1590/0102-311X00173212
- Portegijs, E., Iwarsson, S., Rantakokko, M., Viljanen, A., y Rantanen, T. (2014). Life-space mobility assessment in older people in Finland: Measurement properties in winter and spring. *BMC Research Notes, 7*, 323-331. doi: 10.1186/1756-0500-7-323
- Pressman, S. D., Cohen, S., Miller, G. E., Barkin, A., Rabin, B. S., y Treanor, J. J. (2005). Loneliness, social network size, and immune response to influenza vaccination in college freshmen. *Health Psychology, 24*, 3, 297. doi: 10.1037/0278-6133.24.3.297

- Quintas, R. et al. (2014). The COURAGE Built Environment Outdoor Checklist: An objective built environment instrument to investigate the impact of the environment on health and disability. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21, 204-214. doi: 10.1002/cpp.1858
- Raggi, A. et al. (2014). Validation of the COURAGE Built Environment Self-Reported Questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21, 215-226. doi: 10.1002/cpp.1859
- Rebollo, P., Morís, J., Ortega, T., Valdés, C., y Ortega, F. (2007). Estimación de un índice de utilidad mediante el uso de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36: validez del índice SF-6D frente al EQ-5D. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 128, 14, 536-537.
- Rico-Uribe, L. A., Caballero, F. F., Olaya, B., Tobiasz-Adamczyk, B., Koshinen, S., Leonardi, M. et al. (2016). Loneliness, social networks, and health: A cross-sectional study in three countries. *PLoS ONE*, 11, 1, e0145264. doi: 10.1371/journal.pone.0145264
- Risser, R., Haindl, G., y Stahl, A. (2010). Barriers to senior citizens' outdoor mobility in Europe. *European Journal of Ageing*, 7, 69-80. doi: 10.1007/s10433-010-0146-4
- Rodríguez-Rodríguez, P. (2005). El apoyo informal a las personas mayores en España y la protección social a la dependencia. Del familismo a los derechos de ciudadanía. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 40, 2, 5-15. doi:10.1016/S0211-139X(05)75068-X
- Rogero-García, J. (2009). La distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Revista Española de Salud Pública*, 83, 3, 393-405.

- Rogero-García, J., Prieto-Flores, M. E., y Rosenberg, M. W. (2008). Health services use by older people with disabilities in Spain: Do formal and informal care matter?. *Ageing & Society*, 28, 959-978. doi: 10.1017/S0144686X08007381
- Rolls, L., Seymour, J. E., Froggatt, K. A., y Hanratty, B. (2010). Older people living alone at the end of life in the UK: Research and policy challenges. *Palliative Medicine*, 25, 6, 650-657. doi: 10.1177/0269216310373165
- Rook, K. S., y Peplau, L. A. (1982). Perspectives on helping the lonely. En L.A. Peplau y D. Perlman (Eds.), *Loneliness: a sourcebook of current theory, research and therapy*, (pp. 351-378). Nueva York: John Wiley and Sons.
- Rosenberg, D. E., Huang, D. L., Simonovich, S. D., y Belza, B. (2013). Outdoor built environment barriers and facilitators to activity among midlife and older adults with mobility disabilities. *The Gerontologist*, 53, 2, 268–279. doi: 10.1093/geront/gns119
- Rosso, A. L., Taylor, J. A., Tabb, L. P., y Michael, Y. L. (2013). Mobility, disability, and social engagement in older adults. *Journal of Aging and Health*, 25, 4, 617–637. doi: 10.1177/0898264313482489
- Routasalo, P., y Pitkala, K.H. (2003). Loneliness among older people. *Reviews in Clinical Gerontology*, 13, 303-311.
- Routasalo, P. E., Savikko, N., Tilvis, R. S., Strandberg, T. E., y Pitkälä, K. H. (2006). Social contacts and their relationship to loneliness among aged people. A population-based study. *Gerontology*, 52, 3, 181–187.
- Rubio, R. (2004). La soledad en las personas mayores españolas. Madrid, Portal Mayores. [Fecha de publicación: 30/06/2004].

- Russell, D.W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66, 1, 20-40.
- Russell, D. W., Altmaier, E., y Van Velzen, D. (1987). Job-related stress, social support, and burnout among classroom teachers. *Journal of Applied Psychology*, 72, 2, 269.
- Russell, D. W., y Cutrona, C. E. (1991). Social support, stress, and depressive symptoms among the elderly: test of a process model. *Psychology and Aging*, 6, 2, 190-201.
- Russell, D. W., Cutrona, C. E., De La Mora, A., y Wallace, R. B. (1997). Loneliness and nursing home admission among rural older adults. *Psychology and Aging*, 12, 4, 574-589. doi: 10.1037/0882-7974.12.4.574
- Russell, D., Kao, C., y Cutrona, C. E. (1987). Loneliness and social support: Same or different constructs. En *Iowa Conference on Personal Relationships, Iowa City*.
- Russell, D., Peplau, L. A., y Cutrona, C. E. (1980). The Revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 3, 472-780.
- Russell, D., Peplau, L. A., y Ferguson, M. L. (1978). Developing a measure of loneliness. *Journal of Personality Assessment*, 42, 3, 290-294.
- Sábato, E. (1973). *Hombres y engranajes. Heterodoxia*. Madrid: Alianza.
- SABIEX (2017). Acompaña-TÉ. Recuperado el 6 de febrero de 2017 en: <http://sabiex.edu.umh.es/voluntariado-de-mayores/>
- Sánchez-Rodríguez, M. M. (2009). *Determinantes sociales de la soledad en las personas mayores españolas: Dar y recibir apoyo en el proceso de envejecer*. (Tesis Doctoral). Universidad de Salamanca.

- Sánchez-Rodríguez, M. M., de Jong Gierveld, J., y Buz, J. (2012). Loneliness and the exchange of social support among older adults in Spain and the Netherlands. *Ageing and Society*, 1-25. doi: 10.1017/S0144686X12000839
- Sánchez Vera, P., Algado-Ferrer, M. T., Centelles-Bolos, F., López-Doblas, J., y Jiménez-Roger, B. (2009). *Viudedad y vejez. Estrategias de adaptación a la viudedad de las personas mayores en España*. Valencia: Nau Llibres.
- Sarason, S. B. (1974). *The psychological sense of community: prospects for a community psychology*. San Francisco: Jossey Bass.
- Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R. S., Strandberg, T. E., y Pitkälä, K. H. (2005). Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41, 223-233. doi: 10.1016/j.archger.2005.03.002
- Scheibe, S., y Carstensen, L. L. (2010). Emotional aging: Recent findings and future trends. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 65B, 135-144.
- Schnittker, J. (2007). Look (closely) at all the lonely people age and the Social Psychology of social support. *Journal of Aging and Health*, 19, 4, 659-682.
- Serrano, J. P., Latorre, J. M., y Gatz, M. (2014). Spain: Promoting the welfare of older adults in the context of population aging. *The Gerontologist*, 54, 5, 733-740. doi: 10.1093/geront/gnu010
- Shankar, A., Hamer, M., McMunn, A., y Steptoe, A. (2013). Social isolation and loneliness: Relationships with cognitive function during 4 years of follow-up in the English Longitudinal Study of Ageing. *Psychosomatic Medicine*, 75, 2, 161-70. doi: 10.1097/PSY.0b013e31827f09cd

- Shaver, P. R., y Brennan, K.A. (1991). Measures of Depression and Loneliness. En J. P. Robinson, P. R. Shaver, y L. S. Wrightsman (Eds.), *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes Series*, (195-289). San Diego, California: Academic Press.
- Shevlin, M., Murphy, S., y Murphy, J. (2015). The latent structure of loneliness testing competing factor models of the UCLA Loneliness Scale in a large adolescent sample. *Assessment*, 22, 208–215. doi:10.1177/1073191114542596
- Shigematsu et al. (2009). Age differences in the relation of perceived neighborhood environment to walking. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 41, 2, 314-21. doi: 10.1249/MSS.0b013e318185496c
- Shimada, H., Sawyer, P., Harada, K., Kaneya, S., Nihei, K., Asakawa, Y., Yoshii, C., Hagiwara, A., Furuna, T., y Ishizaki, T. (2010). Predictive validity of the classification schema for functional mobility tests in instrumental activities of daily living decline among older adults. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91, 9, 241-246.
- Shiovitz-Ezra, S., y Ayalon, L. (2010). Situational versus chronic loneliness as risk factors for all-cause mortality. *International Psychogeriatrics*, 22, 3, 455-462. doi: 101017/S1041610209991426
- Shiovitz-Ezra, S., y Ayalon, L. (2012). Use of direct versus indirect approaches to measure loneliness in later life. *Research on Aging*, 34, 5, 572-591. doi: 101177/0164027511423258
- Sims, T., Hogan, C. L., y Carstensen, L. L. (2015). Selectivity as an emotion regulation strategy: Lessons from older adults. *Current Opinion in Psychology*, 3, 80-84. doi: 10.1016/j.copsyc.2015.02.012

- Solé-Auró, A., y Crimmins, E. M. (2014). Who cares? A comparison of informal and formal care provision in Spain, England and the USA. *Ageing & Society*, 34, 3, 495-517. doi: 10.1017/S0144686X12001134
- Steed, L., Boldy, D., Grenade, L., e Iredell, H. (2007). The demographics of loneliness among older people in Perth, Western Australia. *Australasian Journal on Ageing*, 26, 2, 81-86.
- Steiger, J. H., y Lind, C. (1980). *Statistically based tests for the number of common factors*, in Annual Spring Meeting of the Psychometric Society, Iowa City, IA.
- Stephens, C., Alpass, F., Towers, A., y Stevenson, B. (2011). The effects of types of social networks, perceived social support, and loneliness on the health of older people: Accounting for the social context. *Journal of Aging and Health*, 23, 6, 887–911. doi: 10.1177/0898264311400189
- Step toe, 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, 5, 593-611. doi: 10.1016/S0306-4530(03)00086-6
- Step toe, A., Shankar, A., Demakakos, P., y Wardle, J. (2013). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *PNAS*, 110, 15, 5797-5801. doi: 10.1073/pnas.1219686110
- Sundström, G., Fransson, E., Malmberg, B., y Davey, A. (2009). Loneliness among older Europeans. *European Journal of Aging*, 6, 267-275. doi: 10.1007/s009-0134-8.
- Tabachnick, B. G., y Fidell, L. S. (2007). Multivariate analysis of variance and covariance. *Using multivariate statistics*, 3, 402-407.

- Tanaka, J. S. (1993). Multifaceted conceptions of fit in structural equation models. En K. A. Bollen (Ed.), *Testing structural equation models*, (pp. 10-39). Newbury Park, CA: Sage.
- Tiikkainen, P., y Heikkinen, R. (2005). Associations between loneliness, depressive symptoms and perceived togetherness in older people. *Aging and Mental Health*, 9, 6, 526-534. doi: 10.1080/13607860500193138
- Tilvis, R. S., Kähönen-Väre, M. H., Jolkkonen, J., Valvanne, J., Pitkala, K. H., y Strandberg, T. E. (2004). Predictors of cognitive decline and mortality of aged people over a 10-year period. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 59, 3, M268-M274. doi: 10.1093/Gerona/59.3.M268
- Tilvis, R. S., Laitala, V., Routasalo, P. E., y Pitkälä, K. H. (2011). Suffering from loneliness indicates significant mortality risk of older people. *Journal of Aging Research*, 2011. doi: 10.4061/2011/534781
- Tobío, C. (2010). Demographic Change, Intergenerational Solidarity, and Social Policy. *Journal of Intergenerational Relationships*, 8, 4, 431-433, doi: 10.1080/15350770.2010.521098
- Tomás, J. M., Montoro, J., Pinazo-Hernandis, S., Oliver, A., y Donio-Bellegarde, M. (en revisión). Discriminant validity of loneliness and social support and their differential predictive power on depression and satisfaction in the old age.
- Tomás, J. M., Pinazo-Hernandis, S., y Donio-Bellegarde, M. (en prensa). Validity of the de Jong Gierveld Loneliness Scale in Spanish older population: Competitive structural models and item response theory. *European Journal of Ageing*.

- Tomás, J. M., Sancho, P., Gutiérrez, M., y Galiana, L. (2014). Predicting life satisfaction in the oldest-old: A moderator effects study. *Social Indicators Research*, *117*, 601–613. doi: 10.1007/s11205-013-0357-0
- Ullman, J. B. (1996). Structural equation modeling. En B. Tabachnick y L. Fidell (Eds.), *Using multivariate statistics*, (pp. 709-812). New York: HarperCollins.
- UNFPA - United Nations Population Fund (2012). *Ageing in the twenty-first century: A celebration and a challenge*. Londres: United Nations Population Fund.
- 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*, *0*, 1-8. doi: 10.1136/heartjnl-2015-308790
- van Baarsen, B. (2002). Theories on coping with loss: The impact of social support and self-esteem on adjustment to emotional and social loneliness following a partner's death in later life. *The Journals of Gerontology – Series B: Psychological Science & Social Services*, *57*, 1, S33-42.
- van Tilburg, T., Havens, B., y de Jong Gierveld, J. (2004). Loneliness among older adults in the Netherlands, Italy and Canada: a multifaceted comparison. *Canadian Journal of Aging*, *23*, 2, 169-180.
- Vassar, M., y Crosby, J. W. (2008). A reliability generalization study of coefficient alpha for the UCLA Loneliness Scale. *Journal of Personality Assessment*, *90*, 6, 601-607. doi: 10.1080/00223890802388624
- Velarde-Mayol, C., Fraga-Gil, S., y García-de-Cecilia, J. M. (2015). Validación de la escala de soledad de UCLA y perfil social en la población anciana que vive sola.

SEMERGEN-Medicina de Familia, 42, 3, 177-183. doi:
10.1016/j.semerg.2015.05.017

Veras, R. (2009). Envelhecimento, demandas, desafios e inovações. *Revista Saúde Pública*, 43, 3, 548-554.

Veras, R. P., Ramos, L. R., y Kalache, A. (1987). Crescimento da população idosa no Brasil: Transformações e consequências na sociedade. *Revista Saúde Pública*, 21, 3, 255-33.

Victor, C., Grenade, L., y Boldy, D. (2005). Measuring loneliness in later life: a comparison of differing measures. *Reviews in Clinical Gerontology*, 15, 1, 63-70. doi: 10.1017/S0959259805001723

Victor, C., Scambler, S., Bond, J., y Bowling, A. (2000). Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone. *Reviews in Clinical Gerontology*, 10, 407-417.

Victor, C., Scambler, S., Bond, J., y Bowling, A. (2002). Loneliness in later life: preliminary findings from the Growing Older project. *Quality in Aging*, 3, 34-41.

Victor, C. D., Scambler, S. J., Bowling, A., y Bond, J. (2005). The prevalence of and risk factors for loneliness in later life: a survey of older people in Great Britain. *Ageing and Society*, 25, 357-375.

Vincenzi, H., y Grabosky, F. (1987). Measuring the Emotional/Social Aspects of Loneliness and Isolation. *Journal of Social Behavior and Personality*, 2, 2, 257-270.

Weiss, R. S. (1983). *Loneliness: the experience of emotional and social isolation*. Cambridge, MA: MIT Press.

- Wilson, R. S., Krueger, K. R., Arnold, S. E., Schneider, J. A., Kelly, J. F., Barnes, L. L., Tang, Y., y Bennett, D. A. (2007). Loneliness and risk of Alzheimer's disease. *Archives of General Psychiatry*, *64*, 234-240. doi: 10.1001/archpsyc.64.2.234
- Windsor, T. D., Rioseco, P., Fiori, K. L., Curtis, R. G., y Booth, H. (2016). Structural and functional social network attributes moderate the association of self-rated health with mental health in midlife and older adults. *International Psychogeriatrics*, *28*, 1, 49-61. doi: 10.1017/S1041610215001143
- Yang, K., y Victor, C. (2011). Age and loneliness in 25 European nations. *Ageing and Society*, *31*, 1368-1388. doi: 10.1017/S0144686X1000139X
- Yárnoz, S. (2008). Adaptación al castellano de la escala para la evaluación de la soledad social y emocional en adultos SESLA-S. *International Journal of Psychology and Psychology Therapy*, *8*, 103-116.
- Young, J. E. (1982). Loneliness, depression and cognitive therapy: Theory and application. En L. A. Peplau y D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*, (pp. 379-406). Nueva York: John Wiley and Sons.
- Zebhauser, A., Baumert, J., Emeny, R.T., Ronel, J., Peters, A., y Ladwig, K.H. (2014). What prevents old people living alone from feeling lonely? Findings from the KORA-Age-study. *Aging & Mental Health*. doi: 10.1080/13607863.2014.977769
- Zebhauser, A., Hofmann-Xu, L., Baumert, J., Häfner, S., Lacruz, M. E., Emeny, R. T., Döring, A., Grill, E., Huber, D., Peters, A., y Ladwig, K.H. (2014). How much does it hurt to be lonely? Mental and physical differences between older men and women in the KORA-Age Study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *29*, 245-252. doi: 10.1002/gps.3998

Zhang, Z., y Hayward, M. D. (2001). Childlessness and the psychological well-being of older parents. *Journal of Gerontology, Social Sciences*, 56B, S311–320.

Zueras, P., y Miret Gamundi, P. (2013). Mayores que viven solos: una panorámica a partir de los censos de 1991 y 2001. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 144, 139-152. doi: 10.5477/cis/reis.144.139

Zunzunegui, M-V., Alvarado, B. E., Del Ser, T., y Otero, A. (2003). Social networks, social integration, and social engagement determine cognitive decline in community-dwelling Spanish older adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 58B, 2, S93-S100.

ANEXOS



PROYECTO ARTEMIS

ES	BR			
----	----	--	--	--

Con el objetivo de profundizar en el conocimiento de las personas mayores, solicitamos su colaboración para que nos aporte información sobre su forma de ser y pensar. Su participación es anónima y voluntaria, y los datos que nos aporte se mantendrán en la más absoluta confidencialidad.

SP1. En general, ¿cómo evaluaría su salud durante el último mes?	<i>Muy mala</i>	<i>Mala</i>	<i>Regular</i>	<i>Buena</i>	<i>Muy buena</i>
	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()

LS1. Durante las últimas 4 semanas (último mes) ¿usted ha estado...	Sí	No	LS2. ¿Cuántas veces en el último mes?				LS3. ¿Ha usado ayudas técnicas y/o necesitado la ayuda de otra persona en el último mes? (Puede marcar varias)		
			Menos 1 vez/semana	1-3 veces/semana	4-6 veces/semana	A diario	Ayuda de otra persona	Ayuda técnica	Ninguna ayuda
1 ...en otras habitaciones de la casa, diferentes a la habitación donde duerme?	1 ()	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	1 ()	2 ()	0 ()
2 ...en un área fuera de su casa como su terraza o patio, el pasillo de su edificio de apartamentos, garaje, en su propio jardín o en la entrada de su casa?	1 ()	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	1 ()	2 ()	0 ()
3 ...en sitios de su barrio que no sean su propio jardín o edificio de apartamentos?	1 ()	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	1 ()	2 ()	0 ()
4 ...sitios fuera de su barrio, pero dentro de la ciudad?	1 ()	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	1 ()	2 ()	0 ()
5 ...sitios fuera de su ciudad?	1 ()	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	1 ()	2 ()	0 ()

SV1. Actualmente, ¿hasta qué punto se encuentra satisfecha con toda su vida, considerada globalmente?	<i>Nada satisfecha</i>	<i>Casi nada satisfecha</i>	<i>Algo satisfecha</i>	<i>Bastante satisfecha</i>	<i>Muy satisfecha</i>
	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()

S.D.J. Para cada una de las siguientes afirmaciones, por favor, marque la respuesta que indica hasta qué punto describen su situación actual, la forma como usted se siente.		No	Más o menos	Sí
1	Siempre hay alguien con quien puedo hablar de mis problemas diarios	1 ()	2 ()	3 ()
2	Echo de menos tener un buen amigo/a de verdad	1 ()	2 ()	3 ()
3	Siento una sensación de vacío a mi alrededor	1 ()	2 ()	3 ()
4	Hay suficientes personas a las que puedo recurrir en caso de necesidad	1 ()	2 ()	3 ()
5	Echo de menos la compañía de otras personas	1 ()	2 ()	3 ()
6	Pienso que mi círculo de amistades es demasiado limitado	1 ()	2 ()	3 ()
7	Tengo mucha gente en la que confiar completamente	1 ()	2 ()	3 ()
8	Hay suficientes personas con las que tengo una amistad muy estrecha	1 ()	2 ()	3 ()
9	Echo de menos tener gente a mi alrededor	1 ()	2 ()	3 ()
10	Me siento abandonada a menudo	1 ()	2 ()	3 ()
11	Puedo contar con mis amigos/as siempre que los necesito	1 ()	2 ()	3 ()

FC. Marque la frecuencia de contacto (personal / teléfono / correo electrónico) con:		No tengo	Nunca	Algunas veces por año	Varias veces por mes	Varias veces por semana	A diario	
1	Hijo/a con el que tiene más relación	⁹⁹ ()	⁰ ()	¹ ()	² ()	³ ()	⁴ ()	
2	Nieto/a con el que tiene más relación	⁹⁹ ()	⁰ ()	¹ ()	² ()	³ ()	⁴ ()	
3	Sobrino-nieto(a) con el que tiene más relación	⁹⁹ ()	⁰ ()	¹ ()	² ()	³ ()	⁴ ()	
4	Su padre/madre	⁹⁹ ()	⁰ ()	¹ ()	² ()	³ ()	⁴ ()	
5	Hermano/a con el que tiene más relación	⁹⁹ ()	⁰ ()	¹ ()	² ()	³ ()	⁴ ()	
6	Sobrino/a con el que tiene más relación	⁹⁹ ()	⁰ ()	¹ ()	² ()	³ ()	⁴ ()	
RS. Teniendo en cuenta a las personas con las que usted está relacionada, ya sea por nacimiento, matrimonio, adopción, etc....			Ninguno	1	2	3-4	5-8	9 ó más
1	¿Con cuántos FAMILIARES se encuentra o tiene noticias de ellos, por lo menos, una vez por mes?	⁰ ()	¹ ()	² ()	³ ()	⁴ ()	⁵ ()	
2	¿Con cuántos FAMILIARES se siente lo suficientemente cómodo para conversar sobre asuntos personales?	⁰ ()	¹ ()	² ()	³ ()	⁴ ()	⁵ ()	
3	¿Cuántos FAMILIARES siente suficientemente cercanos para llamarlos cuando necesita ayuda?	⁰ ()	¹ ()	² ()	³ ()	⁴ ()	⁵ ()	
4	¿Con cuántos AMIGOS/AS se encuentra o tiene noticias de ellos, por lo menos, una vez por mes?	⁰ ()	¹ ()	² ()	³ ()	⁴ ()	⁵ ()	
5	¿Con cuántos AMIGOS/AS se siente lo suficientemente cómodo para conversar sobre asuntos personales?	⁰ ()	¹ ()	² ()	³ ()	⁴ ()	⁵ ()	
6	¿Cuántos AMIGOS/AS siente suficientemente cercanos como para llamarlos cuando necesita ayuda?	⁰ ()	¹ ()	² ()	³ ()	⁴ ()	⁵ ()	

Fecha de nacimiento: ___/___/____. Edad: ____

Estado civil: 1() Soltera 2() Casada / vive con la pareja 3() Viuda 4() Separada / divorciada

Nivel de estudios: 0() Sin estudios 1() Primarios 2() Secundarios 3() Universitarios

Situación laboral actual: 1() En activo 2() Jubilada 3() Pre-jubilada 4() Ama de casa

Ocupación laboral(actual, si sigue trabajando; o previa si está jubilada): _____

Ingresos personales mensuales: 1() Menos de 500€ 2() 500-999€ 3() 1.000-1.999€ 4() 2.000€ o +

¿Cuánto tiempo hace que vive sola? _____

¿Cuáles son los motivos para vivir sola? 1() Viudez 2() Separación/Divorcio 3() Emancipación de los hijos 4() Nunca se casó 5() Otros: _____

SS1. ¿Cuál(es) de los siguientes servicios sociales conoce usted?		¿Conoce?		¿Ha sido usuaria en el último mes?		
SS2. Y ¿de cuál(es) de ellos ha sido usuaria durante el último mes?		Sí	No	Sí	No	
1	Servicio de ayuda a domicilio (SAD)	¹ ()	⁰ ()	¹ ()	⁰ ()	
2	Teleasistencia	¹ ()	⁰ ()	¹ ()	⁰ ()	
3	Comedor social	¹ ()	⁰ ()	¹ ()	⁰ ()	
ASF1. ¿Recibe usted visitas periódicas por parte de algún profesional, asociación o servicio de voluntariado?				Sí	No	
				¹ ()	⁰ ()	
ASF2. Si ha contestado afirmativamente, ¿cuál(es) profesional(es), asociación o servicio de voluntariado? Por favor, indique nombre.		ASF3. ¿Con qué frecuencia recibe usted esa(s) visita(s)?				
		1 vez al mes o menos	Cada 15 días	1 vez a la semana	2-6 veces / semana	A diario
1		¹ ()	² ()	³ ()	⁴ ()	⁵ ()
2		¹ ()	² ()	³ ()	⁴ ()	⁵ ()
3		¹ ()	² ()	³ ()	⁴ ()	⁵ ()

¡Muchas gracias por su colaboración! Sus aportaciones son muy relevantes para nuestra investigación.