

Universidad de Costa Rica
Sistema de Estudios de Posgrado
Programa de Posgrado en Especialidades Médicas



“Abordaje de la soledad y/o aislamiento social en adultos mayores”

Trabajo Final de Graduación sometido a la consideración del comité de la
Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria para optar por el grado y
título de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Sustentante: Minor Chacón Vásquez

Tutora: Dra. Vanessa Araya Vargas

Lectora: Dra. Gabriela Torres González

Asistentes Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria

Año 2025- I Semestre

Dedicatoria

El siguiente trabajo es dedicado a mi familia, mi esposa, mis hijos, mis hermanas y mi madre que me han apoyado en los años de residencia.

Agradecimientos

A Dios que me permitió llegar hasta esta instancia, a mis compañeros de diferentes rotaciones y generaciones que me apoyaron de forma directa o indirectamente, a mis profesores de rotación, y personal de diferentes servicios que de una forma u otra influyeron en mi formación todo este tiempo.

A la Dra. Vanessa Araya y la Dra. Gabriela Torres por acompañarme en la tutoría, guía y lectura de este proyecto.

Resumen

La inversión en la pirámide poblacional ha llevado a un incremento de la población adulta mayor. Los adultos mayores en dependencia a variables como estado civil, enfermedades crónicas y/o psicológicas, redes de apoyo, ubicación geográfica y condiciones socioeconómicas han experimentado un aumento en condiciones como la soledad y el aislamiento social.

Podemos definir a la soledad como la percepción de la persona de sentirse solo, aun cuando presente, familiares y amigos a quien pueda recurrir, y aislamiento social a la situación evidenciable en donde la persona no cuenta con redes de apoyo, ambas relacionables entre sí. Dichas condiciones se relacionan con múltiples comorbilidades en donde puede aumentar la mortalidad de algunas de ellas, de ahí la importancia de conocer las herramientas o escalas disponibles para la identificación y abordaje temprano en los adultos mayores. En cuanto a las intervenciones existen muchos estudios y revisiones en relación al tema, sin embargo, por fallas en la metodología de los estudios no ha llegado a crear evidencia fuerte de funcionamiento por lo que se debe individualizar cada caso y enfocarse en la atención centrada en la persona para la elección más favorable de acuerdo a los recursos existente, las mismas pueden ir desde actividades sociales grupales, de ejercicio, arte, con animales así como la utilización de tecnología como sitios web, videollamada, mensajería de texto para mantener en contacto y acompañamiento a los adultos mayores que presenten dichas condiciones.

Palabras claves:

Soledad, aislamiento social, adulto mayor, vejez, intervención

Abstract:

Loneliness and social isolation are increasingly common conditions among older adults due to the shift in the population pyramid, where we are increasingly seeing older adults. In addition, different variables such as marital status, chronic illnesses, psychological conditions, support networks, geographic location, and socioeconomic conditions make these conditions more prevalent. We can define loneliness as a person's perception of feeling alone even when they have family and friends to turn to, and social isolation as the evident situation where the person lacks interrelated support networks. These conditions are related to multiple comorbidities, which can increase the mortality of some of them, hence the importance of knowing the tools or scales available for early identification and treatment in older adults. Regarding interventions, there are many studies and reviews about them, however, due to flaws in the methodology of the studies, strong evidence of their effectiveness has not been created, which is why each case must be individualized and focus on person-centered care for the most favorable choice according to existing resources. These can range from group social activities, exercise, art, with animals, as well as the use of technology such as websites, video calls, text messaging to keep in contact and accompany older adults who present these conditions.

Key words:

Loneliness, social isolation, older adult, old age, intervention

“Esta tesis fue aceptada por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Especialista en el Programa de Posgrado Medicina Familiar y Comunitaria”

Dra. Vanessa Araya Vargas

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Tutor/Profesor Guía

Dra. Gabriela Torres González

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Lector

Dr. Carlos Icaza Gurdian

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Coordinador a.i del programa de posgrado en la Especialidad en Medicina

Familiar y Comunitaria

Minor Chacón Vásquez

Sustentante

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

Vicerrectoría de Investigación

Sistema de Bibliotecas, Documentación e Información (SIBDI)

Autorización para la digitalización, inclusión y publicación de trabajos finales de graduación (TFG) en el acervo digital del Sistema de Bibliotecas, Documentación e Información de la Universidad de Costa Rica (SIBDI-UCR).

Dr. Minor Chacón Vásquez, con cédula de identidad 205740785, y domicilio en San José, Tibás, San Juan, Las Rosas, 200 metros este del cementerio.

en su condición de autor o autora del TFG ABORDAJE DE LA SOLEDAD
Y/O AISLAMIENTO SOCIAL EN EL ADULTO MAYOR

AUTORIZA de forma gratuita al SIBDI-UCR, a digitalizar e incluir dicho TFG en el acervo digital del SIBDI-UCR y a publicarlo a través de la página web u otro medio electrónico, para ser accesado según lo que el SIBDI defina para su consulta o divulgación.

Dicho texto se publicará en formato PDF, o en el formato que en su momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre y gratuito, permitiendo su consulta e impresión, pero no su modificación.

El autor o la autora del TFG, garantiza al SIBDI-UCR que la tesis es el trabajo original que sirvió para la obtención de su título, que no infringe ni violenta ningún derecho de terceros. Fecha: _____ Firma del autor o de la autora: _____

Para uso interno. Número de tesis:

LISTA DE CONTENIDOS

Dedicatoria	2
Agradecimientos.....	3
Resumen	4
Abstract:	5
LISTA DE CONTENIDOS	8
LISTA DE TABLAS, FIGURAS Y GRÁFICOS.....	10
DE ABREVIATURAS:.....	12
CAPÍTULO 1. Marco Conceptual	13
1.2 Introducción.....	13
1.2 Antecedentes	14
1.2.1 Internacionales	16
1.2.2 Nacionales	18
1.2.3 Locales:.....	21
1.3 Marco Teórico.	22
1.1 Justificación.....	37
CAPÍTULO 2. Propósito	38
2.1 Planteamiento del Problema.....	38
2.2 Objetivo general	39
2.1 Objetivos específicos	39
CAPÍTULO 3. Metodología.....	40
3.1 Diseño de investigación	40
3.2 Población	40
3.2.1 Criterios de inclusión	40

3.2.2	Criterios de exclusión	40
3.3	Instrumentos de recolección	41
3.4	Estrategia de búsqueda	42
3.5	Análisis de datos	44
CAPITULO 4. Resultados y Análisis		48
Riesgo de sesgo		48
4.1	Presentación y discusión de resultados	50
4.1.1	Identificar las herramientas más utilizadas para detectar la soledad y/o aislamiento social en adultos mayores:	50
4.1.2	Describir las intervenciones existentes en el abordaje de la soledad y/o aislamiento social de los adultos mayores	62
4.2	Proponer un flujograma de abordaje de la soledad y/o aislamiento social en el adulto mayor aplicable en atención primaria.....	82
CAPÍTULO 5. Conclusiones y recomendaciones		90
5.1	Conclusiones.....	90
5.2	Recomendaciones	92
CAPITULO 6 ANEXOS		103
ANEXO1. MATRIZ DE ARTÍCULOS		103

LISTA DE TABLAS, FIGURAS Y GRÁFICOS

Tabla #1: Efectos de la soledad y el aislamiento social en aumento de enfermedades.	26
Tabla #2: Factores de riesgo relacionados con la soledad y el aislamiento social.	30
Tabla # 3: Comparación de intervenciones para abordar el aislamiento social y la soledad	33
Tabla #4 Estudios incluidos según evidencia y recomendación según OCEBM	45
Tabla #5 Clasificación la calidad de la evidencia según GRADE de artículos revisados.	46
Tabla #6 Nivel de confianza según AMSTAR2 de artículos incluidos	47
Tabla #7 Riesgo de sesgo en estudios utilizados. Herramienta Robins1. ..	49
Tabla #8: Escala de Soledad de Tres Ítems	53
Tabla #9: Escala de Soledad de Jong Gierveld.....	55
Tabla #10: Escala de Red de Social de Lubben 6.....	58
Tabla #12: Ejemplos de tratamientos grupales.....	66
Tabla #13 Calendario de intervención comunitaria y participación en sesiones grupales	70

Figura 1. Efecto del aislamiento social y soledad sobre la salud y sus modelos explicativos	27
Figura 2. Modelo explicativo de efectos del aislamiento social y la soledad sobre la función cognitiva.....	28
Figura 3. Estrategias de búsqueda	43
Figura 3. Escala de soledad de la Universidad de Los Ángeles, California. Versión original.....	52
Figura 4. Escala ALONE	57
Figura 5. Movimientos de taichí para abordaje del bienestar físico como intervención contra la soledad y el aislamiento social.	75
Figura 6. Escala de soledad de De Jong Gieveland a través del tiempo entre los grupos de control y de taichí qigong.	76
Figura 7. Satisfacción a lo largo del tiempo entre los grupos de control y de taichí qigong.	77
Figura 8: Variación del componente físico a lo largo del tiempo entre los grupos de control y de taichí qigong.	78
Gráfico #1: Esperanza de vida en Costa Rica 1950-2100.....	19
Gráfico #2: Categorías de intervención, tipo de intervención y ejemplos de atención de la soledad y aislamiento social.....	80

DE ABREVIATURAS:

AARP: American Association of Retired Persons

ACEL: Coalición australiana para acabar con la Soledad

AF: actividad física

AFC: Análisis factorial exploratorio

CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social

DMT2: Diabetes Mellitus tipo 2

ECA: Ensayo controlado aleatorizado

EMIS: Egton Medical Information Systems

GRACE Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation)

HHA: Sistema hipotálamo-hipófisis adrenal

HTA: Hipertensión Arterial

INEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos

MLTC: Condiciones múltiples a largo plazo

MBSR: Mindfulness-Based Stress Reduction

OCEBM Levels of Evidence Working Group. The Oxford Levels of Evidence United Kingdom. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine.

OMS: Organización mundial de la salud

RS: Revisión sistemática

SSI: intervención de sesión única

TIC: Tecnología de información y comunicación

TCC: terapia cognitiva conductual.

UCLA: Universidad de Los Ángeles, California

CAPÍTULO 1. Marco Conceptual

1.2 Introducción

La soledad y/o el aislamiento social según la OMS es un problema de salud pública mundial, ya que cada vez es más frecuente en diferentes edades; sin embargo, la población adulta mayor se considera ser una de las más vulnerables, se estima de 1 de cada 4 adultos mayores la presenta (World Health Organization, 2025), con el cambio de la pirámide poblacional a nivel mundial aunado a la disminución de la natalidad, se espera que cada vez la población adulta mayor será más prominente con lo que la soledad y el aislamiento social será cada vez más prevalente.

Es conocido que la soledad y el aislamiento social afecta de manera importante la calidad de vida, especialmente la salud mental, la cual se ha relacionado con depresión, demencia, menor resistencia a las infecciones, deterioro cognitivo entre otras (Fakoya et al., 2020) lo cual tiene un efecto en la longevidad, la mortalidad y morbilidad es comparable a la de riesgos como los de la inactividad física, la obesidad o el tabaquismo. (World Health Organization, 2025).

En la presente revisión se pretende identificar cuál es la forma más objetiva, fácil y accesible de poder identificar a las personas adultas mayores con sospecha de soledad y/o aislamiento social, al mismo tiempo efectuar la búsqueda e identificación de las estrategias científicamente evidenciadas para poder mitigar los efectos y posibles complicaciones que esta condición puede provocar en la población adulta mayor y finalmente realizar un flujograma de abordaje de la soledad y/o aislamiento social en la población adulta mayor que sea reproducible en cualquier nivel de atención.

Con lo antes propuesto se pretende que una vez concluido se pueda difundir a los diferentes escenarios de atención primaria con el fin de generar la conciencia y la importancia de no solo identificar, sino de tratar la soledad y/o el aislamiento social en la población adulta mayor, así como involucrar a todos los actores sociales de la comunidad a que colaboren para la disminución de esta condición y sus potenciales efectos.

1.2 Antecedentes

La soledad ha estado presente en la historia; sin embargo, su definición o cómo se entendía era diferente. En Egipto y Grecia antiguos la soledad era considerada como un castigo, se excluían las personas que consideraban peligrosas. A este proceso se le llamaba ostracismo y consistía en que la persona debía marcharse de la ciudad por 10 años.

En la edad media, la soledad se considera como un espacio físico o geográfico donde ejercerla y no como una percepción de la persona a como lo conocemos actualmente. Desde el punto de vista religioso, era considerada la soledad como un abandono del hombre de los designios de Dios. En otras formas de pensamiento se buscaba la soledad como un espacio para la reflexión, la meditación o alejarse de situaciones que podrían hacer daño, por lo que no siempre tuvo un significado negativo.

En el Renacimiento, la soledad dejó de ser vista como un acto de renuncia, aislamiento o reclusión en un lugar oscuro, para fusionarse con el optimismo de un nuevo estilo de vida. En la era vicentina, el humanista era un solitario afortunado que observa, analiza y disfruta de su entorno. De este modo, el aislamiento voluntario se transforma en un estilo que rechaza la vida cotidiana, considerándola una desviación. El aislamiento voluntario se convierte así en un estilo que rechaza la vida mundana, pues constituye una desviación. Es utilizado por pensadores y escritores para poder realizar sus libros. (Corzo Salazar & Oviedo Copca, 2018).

El estudio de la soledad tiene sus raíces en el siglo XX. Émile Durkheim (Francia, 1858-1917), en su obra "El Suicidio", ya relacionaba la soledad como una condición social significativa, sugiriendo que el suicidio era la manifestación más extrema de la soledad humana. David Riesman (1909-2002), sociólogo y psicólogo estadounidense, en sus estudios de 1948 y 1949 titulado "La muchadumbre solitaria", propuso analizar tres tipos de caracteres sociales, definiendo el carácter como la estructura social más o menos estable y condicionada históricamente que guía los impulsos y satisfacciones de un individuo o grupo frente al mundo. Según estos autores, el grupo influenciado por otros se asemeja más a nuestra realidad, en donde la dirección de los individuos se basa en la necesidad psicológica de

aprobación; en este contexto, las personas buscan y pueden alcanzar una intimidad rápida, aunque a menudo superficial, con los demás.

Los individuos navegan entre la multitud tratando de captar y satisfacer las señales de los demás, lo que genera una ansiedad constante y creciente; si esta necesidad no se satisface o está ausente, puede resultar en soledad o aislamiento social. Roman Gubern plantea el problema de la soledad como un fenómeno persistente, también aborda el "síndrome contemporáneo del miedo a la soledad" y la Era de la Soledad, sugiriendo que, paradójicamente, la era de la comunicación se ha convertido en la era de la soledad; Al observar nuestra situación actual, se puede ver que la tecnología móvil ha disminuido las interacciones entre individuos, haciendo cada vez más común encontrar a las personas absortas en sus teléfonos celulares, tanto en espacios públicos como dentro de sus propios hogares, si lo analizamos a nuestra situación actual la tecnología móvil ha provocado la reducción de las interacciones entre los individuos y cada vez es más frecuente ver a las personas absorbidas en los teléfonos celulares en espacios abiertos y hasta dentro de los mismos hogares.

El escritor y filósofo sociólogo Zygmunt Bauman (1925-2017) subraya la naturaleza de la soledad en la actualidad; se trata de una realidad compuesta por procesos, fenómenos y emociones, donde las personas parecen verse obligadas a buscar constantemente estímulos visuales y auditivos a través de pantallas y dispositivos electrónicos. La posibilidad de estar solo resulta aterradora y se percibe como una amenaza incómoda. Bauman indica que la raíz del problema no se encuentra en los dispositivos electrónicos en sí, sino que estos han intensificado una necesidad que ya existía anteriormente, a medida que los medios que alimentan esta necesidad se han vuelto irresistiblemente accesibles para todos, sin requerir más esfuerzo que presionar algunas teclas.(Peña, 2019).

1.2.1 Internacionales

Se estima que la prevalencia mundial de la soledad es de un 26 %, lo que lo convierte en un problema de salud pública. Oceanía es el continente con mayor prevalencia, con 3 veces más que América del Norte, África y Asia y dos veces más que Europa y América del Sur. (S et al., 2025).

Europa es uno de los continentes que ha investigado y abordado más la cuestión de la soledad en los adultos mayores. Por ejemplo, en España se estima que el 36,8 % de las personas mayores de 65 años viven solas, y la prevalencia del aislamiento y la soledad en este grupo varía entre el 20 y el 40 %, siendo más común en mujeres que en hombres. En Galicia, se realizó un estudio de prevalencia que reveló que el 41,3% de los mayores de 65 años experimentan algún grado de soledad no deseado, concluyendo que este fenómeno se relaciona con la edad, el sexo, el estado de salud, la convivencia y ciertos aspectos de la conectividad digital. (Alonso-González et al., 2023), actualmente se estima que 1 de cada 5 personas en su mayoría mujeres mayores de 65 años viven solas, lo cual, según los estudios de estadística y censos en España, se espera que el aumento de personas adultas mayores sea casi un tercio de la población. (Arruebarrena & Cabaco, 2020)

Estudios como los de Beridze et al. analizaron las perspectivas del norte y sur de Europa en relación con la asociación de la soledad y el aislamiento social con la calidad de vida en las personas adultas mayores. Para medir la exposición a la soledad utilizaron la escala de UCLA en su versión corta, en aislamiento social utilizaron la escala de conectividad social desarrollada por Letwin et al, para valorar la calidad de vida utilizaron el índice CASP-12 junto con otras variables como edad, general, riqueza, educación, limitación funcional, comorbilidades, déficit visual, auditivo o para hacer actividades básicas. Encontrando que la población de Suecia tenía mayor nivel educativo y menores condiciones de las variables anteriores en comparación con la población española en estudio. La puntuación media de soledad fue similar en ambos países, pero el aislamiento social fue mayor en España.

Se concluyó que la soledad se asoció más entre la población sueca y la calidad de vida, y no así el aislamiento social. Contrariamente, en España la soledad no se asoció a la calidad de vida, pero sí el aislamiento social. (Beridze et al., 2020)

En el Reino Unido desde el 2010 se creó la campaña Acabar con la Soledad la cual consistía en crear conexiones entre personas adultas mayores, esta campaña estimuló a otros países como Australia que el 2016 que creó la Coalición Australiana para Acabar con la Soledad (ACEL) con el objetivo de realizar intervenciones basadas en evidencia para aumentar la conciencia del abordaje de la soledad y el aislamiento físico. Se considera que en este país 3 de cada 4 médicos de cabecera dicen que ven entre 1 y 5 personas al día que han venido, principalmente porque se sienten solas. (Freedman & Nicolle, 2020).

En Dinamarca, en el 2015 se creó el movimiento Dinamarca Come con el fin de evitar la soledad. En el 2018, una organización de Irlanda creó el ALONE una organización que ofrece apoyo a personas mayores en soledad. (Fakoya et al., 2020)

No es extraño que países desarrollados incluyan dentro de sus políticas de salud fondos y programas para abordar esta situación en las personas adultas mayores, como es el caso de Canadá, quien en el 2013-2014 presentó un informe a nivel nacional sobre el aislamiento social en las personas adultas mayores. (Freedman & Nicolle, 2020). También el Canadian Seniors Council Promueve el contacto entre los ancianos y su integración en la comunidad. (Gené-Badia et al., 2016)

El National Institute on Aging en su página oficial del Gobierno de los Estados Unidos brinda información a la población general sobre la soledad y aislamiento social en donde explica las diferencias entre soledad y aislamiento social, como pueden afectar estas condiciones al adulto mayor, cuáles factores de riesgo pueden aumentar estas condiciones, así como recomendaciones para mantenerse en contacto con familiares o amigos. Entre las opciones de esta agencia está la de formar parte del programa Endercare Locator, el cual brinda recursos a las familias, personas que presentan soledad o aislamiento social y conexión con diferentes agencias estatales de asistencia, así como organizaciones locales. (National Institute on Aging, 2024).

En Estados Unidos, figuras públicas como Oprah Winfrey en su página oficial han promovido información para combatir la soledad, el Dr. Sanjay Gupta hace una revisión de la importancia de conocer y prevenir la soledad, así como los impactos

que esta puede tener en la salud. (Gené-Badia et al., 2016), (Gupta, 2014). Por otra parte, la American Association of Retired Persons (AARP) en su página oficial describen la soledad en el adulto mayor como un fracaso en el aspecto social y se estigmatiza a la persona que lo padece, lo cual dificulta la ayuda a estas personas. Según estudios de esta asociación en Universidades como Stanford y Harvard los impactos de vivir en aislamiento social generan un gasto de 7000 millones de dólares al año en Medicare, en su mayoría por internamiento prolongados. (Lynn, 2019) que colocan a la soledad y aislamiento social de la persona mayor una condición social más frecuente en aumento en importancia.

Con respecto a Latinoamérica, la OMS estima que la prevalencia de sentimientos de soledad en la persona adulta mayor es de un 25 a un 32 %, y que una de cada cuatro personas lo padece. (World Health Organization, 2021).

1.2.2 Nacionales

Aunque se mantiene la cultura de compartir con los abuelos y muchos forman parte de familias extensivas en nuestro país, el fenómeno de soledad y aislamiento social se presenta debido a la falta de sensibilización en este tema, puede que no existan estadísticas muy fiables sobre la verdadera realidad de la soledad en los adultos mayores, así como sus variables en cuanto a su localización en zonas urbana marginales o en zonas rurales.

Según datos del INEC en 2024, las personas adultas mayores representan el 11,2 % de la población, y se proyecta que este porcentaje aumente al 17,6 % para el año 2043. Del total de esta población, un 37,4 % presenta alguna discapacidad. La mayoría reside en el Gran Área Metropolitana (GAM), aunque Nicoya destaca como una de las regiones con mayor concentración de adultos mayores en el país. Además, la esperanza de vida al cumplir los 65 años es de 21,6 años para las mujeres y 19 años para los hombres. Estos datos sugieren un posible incremento en las situaciones de soledad y aislamiento social en este grupo etario.

(INEC, 2024b).

Gráfico #1: Esperanza de vida en Costa Rica 1950-2100



Fuente: (INEC, 2024a)

Aunado a esto según el INEC el 5.7 % de los adultos mayores que viven en pobreza extrema, siendo más propenso a problemas como la soledad y aislamiento social, las regiones Brunca y Huetar Norte son las de mayor índice de pobreza extrema por lo que se debe guiar las estrategias en estas zonas en la búsqueda de recursos, estrategias para la identificación y abordaje de la soledad y aislamiento social en esta población.(INEC, 2024b).

Otro aspecto relevante es el promedio de horas semanales dedicadas al cuidado de personas mayores de 65 años. Se estima que las mujeres requieren en promedio 3.55 horas semanales de cuidado directo, mientras que los hombres requieren 2.29 horas. En cuanto al cuidado indirecto o el tiempo en que se está pendiente de la persona mayor, se calcula un promedio de 15.11 horas semanales para mujeres y 12.47 horas para hombres (INEC, 2023). Estas cifras pueden variar

según la calidad de vida y las comorbilidades de la persona adulta mayor. Por ello, este indicador evidencia la necesidad de contar con redes de apoyo adecuadas. La falta de estas redes puede favorecer la aparición o el empeoramiento de condiciones como la soledad y el aislamiento social, que deben ser identificadas y abordadas oportunamente para proteger la salud y el bienestar de esta población.

En Costa Rica existe jurisprudencia en cuanto a los derechos y deberes de los adultos mayores, la Ley 7935 Ley Integral para la persona adulta mayor, si bien no se observa de forma explícita el diagnóstico y abordaje de la soledad y/o aislamiento social en el adulto mayor en su artículo 15 en cuanto a los deberes de instituciones y las organizaciones sociales deben: a) Implementar programas que promuevan la permanencia de las personas adultas mayores en sus familias y comunidades. b) Proporcionar servicios sociales que impulsen la promoción, participación e integración social de los adultos mayores. c) Ofrecer asistencia social a los adultos mayores y a sus cuidadores, facilitando recursos familiares y materiales para satisfacer sus necesidades básicas. (Sistema Costarricense de Información Jurídica, 1999).

Artículos como este y otros de esta ley deben ser la base para enfocar esfuerzos y recursos para que instituciones y organizaciones puedan ejecutarlos con el fin de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores y, en consecuencia, disminuir la soledad y el aislamiento social.

El CONAPAN, como ente gubernamental responsable de garantizar la atención integral de las personas adultas mayores, dispone de diversas modalidades de atención dirigidas a quienes se encuentran en situación de riesgo social, económico o de abandono familiar, condiciones que muchas veces se asocian con la soledad y el aislamiento social. Estas modalidades incluyen hogares de gestión privada, sin fines de lucro, que operan con fondos públicos y ofrecen, además de alojamiento, servicios como terapia, atención médica, enfermería, entre otros. También existen centros diurnos, que funcionan como espacios comunitarios con respaldo institucional, orientados a brindar atención durante el día a personas adultas mayores en riesgo, como un apoyo complementario para sus familias. Las redes de cuidado, por su parte, están conformadas por organizaciones públicas o

privadas bien estructuradas que emplean fondos públicos para atender a esta población vulnerable. Asimismo, se contempla una modalidad específica para personas adultas mayores en abandono o situación de calle, la cual implica su reubicación en hogares de larga estancia con el objetivo de mejorar su calidad de vida. (Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM), 2023)

1.2.3 Locales:

A nivel institucional en la CCSS existe el Programa de Atención integral al adulto mayor que incluye entre otras cosas, la aplicación de un cuestionario a los usuarios mayores o iguales a los 65 años de edad que consulten en el primer nivel de atención, el cual pretende identificar factores de riesgo biológicos, psicológicos, sociales y funcionales, con base en esta valoración y dependiendo del profesional en salud, se puede llegar a una sospecha soledad y/o aislamiento social, no existe normado la aplicación de escalas validadas para el diagnóstico de estas condiciones. En cuanto a las intervenciones, lo usual es que el médico tratante las sospeche la condición de soledad y aislamiento social y refiera oportunamente al servicio de trabajo social o psicología para el seguimiento, sin embargo, no existen estrategias establecidas para el manejo de los adultos mayores con esta patología.

1.3 Marco Teórico.

Los avances en la atención de la salud han generado un aumento en la expectativa de vida lo que genera que la población sea más longeva, por lo que el aumento de la pirámide poblacional de personas mayores a 60 años es cada vez mayor aumentando la incidencia y prevalencia de la soledad y el aislamiento social. Se considera que del 6 al 34 % de personas que viven en la comunidad presentan aislamiento social y de un 10 % a un 50 % de los adultos mayores se sienten solos. (Freedman & Nicolle, 2020).

Aproximadamente el 50 % de las personas mayores de 60 años van a tener riesgo de desarrollar soledad y/o aislamiento social y un tercio de ellos podrán experimentarlo en algún momento de su vida. (Fakoya et al., 2020)

Existen muchas definiciones de la soledad y el aislamiento social, entre algunas de ellas tenemos: “La soledad es un déficit percibido entre la calidad o cantidad real y deseada de las relaciones”, “es el estado subjetivo basado en la percepción emocional de una persona del número y/o calidad de las conexiones sociales necesarias en comparación con lo que se está experimentando en ese momento” también se define como “un sentimiento subjetivo no deseado de ausencia o pérdida de compañía, o la falta de una red social” (Alonso-González et al., 2023) “el sentimiento subjetivo angustioso de alienación que se produce cuando hay una discrepancia significativa entre las relaciones sociales reales y las deseadas”(Hounkpatin et al, 2024) puede describir la soledad; el aislamiento social se puede definir como “el déficit cuantificado objetivamente en las relaciones sociales de un individuo, a menudo medido en términos de tamaño de la red social, diversidad o frecuencia de contactos” (Malcolm et al., 2019), también se considera “como la falta objetiva o escasez de contactos sociales e interacciones con miembros de la familia, amigos o la comunidad en general” otra definición es “un estado en el que un individuo carece de un sentido de pertenencia social, carece de compromiso con otros y tiene un número mínimo de contactos sociales que son deficientes para satisfacer relaciones de calidad”(Fakoya et al., 2020) “una medida objetiva del tamaño inadecuado de la red social y la falta de contacto social o limitado” (Hounkpatin et al, 2024). Sin embargo, a pesar de estas definiciones las

personas pueden sentirse solas a pesar de contar con buena cantidad de relaciones sociales y, al contrario, sin tener una cantidad de relaciones sociales y no sentirse solas, al final la percepción debe ser individualizada y bajo el contexto de cada paciente teniendo en cuenta todas sus dimensiones.

Tener claro la definición de soledad y aislamiento social es importante para la hora de realizar intervenciones, si bien algunos actores lo consideran como sinónimos o conceptos similares otras publicaciones hacen referencia a diferenciarlos, como el aislamiento social como un aspecto estructural en las conexiones sociales y a la soledad como un elemento funcional de las relaciones sociales.

La soledad se clasifica en dos tipos: la soledad social y la soledad emocional. La soledad social es una sensación negativa subjetiva vinculada a la percepción de no contar con una red social amplia, mientras que la soledad emocional se refiere a la carencia de un compañero específico deseado. (Fakoya et al., 2020).

La soledad puede ser expresada por medio de varias dimensiones: una de ellas es la objetiva o material en donde sus preocupaciones están basadas en la indefensión ante posibles enfermedades o accidentes y no contar con alguien que les ayude; y la dimensión subjetiva o emocional en la que las preocupaciones se basan en el déficit afectivo que significa convivir con estas preocupaciones de forma solitaria y no contar con quien acudir en los momentos más necesitados (Arruebarrena & Cabaco, 2020). Yuan y Amat también describen dimensiones de la soledad como: la emocional que se refiere a la ausencia de persona confiable en situaciones de crisis, este tipo de dimensión en un estudio prospectivo de 19 años se asoció a un aumento de la mortalidad del 19%, la dimensión relacional que se refiere al aislamiento social conocida como la ausencia de La percepción de conexión familiar o amistosa, así como la dimensión colectiva que engloba una red de vínculos entre personas similares que pueden interactuar a distancia.(Yuan & Amat, 2022).

No todas las soledades pueden ser consideradas como negativa o patológicas, Rubio habla de la soledad objetiva como la falta de compañía, como una experiencia buscada y enriquecedora que no siempre implica como una experiencia negativa,

por otra parte, la soledad subjetiva es donde las personas mayores se sienten solas, independiente de sus relaciones sociales viviéndolo como una experiencia negativa o desagradable porque no es elegida por ellos, haciendo que la soledad subjetiva pueda valorarse desde diferentes ámbitos como la soledad familiar, conyugal, social o existencial. Esta visión multidimensional ha sido considerada en las diferentes escalas para diagnóstico, como por ejemplo la escala de la UCLA y la escala de un único ítem que emplean una visión unidimensional y la escala DeJong Gierveld que utiliza la visión multidimensional. (Arruebarrena & Cabaco, 2020).

La soledad está vinculada con un uso mayor de los servicios de atención primaria, en donde las personas mayores de 65 años con peor salud física y mental pueden utilizar hasta el doble de los recursos comparados con personas de su misma edad sin esta condición. (Jj et al., 2024). Otro aspecto importante a destacar es que la soledad y el aislamiento social, al aumentar la mortalidad de varias condiciones en general, generan un aumento en el uso de los servicios de salud, confirmando así la importancia de este tema como problemática de salud pública. Esto se ha documentado en aumento a atenciones médicas tanto en consulta externa como en urgencias, aumento de hospitalizaciones o reingresos hospitalarios, así como aumento en el ingreso a centros de larga estancia. Desde el punto de vista social, estas condiciones se han asociado a un aumento en el maltrato al adulto mayor y una disminución en la satisfacción de la vida de esta población. (Freedman & Nicolle, 2020).

Los adultos institucionalizados es otro factor de riesgo para presentar soledad o aislamiento social, en un estudio realizado por Sin Yee et al. en Singapur de adultos mayores institucionalizados cognitivamente intactos el 59.6 % experimentaron soledad, con un aumento en la prevalencia de aproximadamente 1.3 veces más de presentarlo los pacientes frágiles o los que habían sufrido caídas, lo que relaciona aumento de estas condiciones a las condiciones físicas, contacto social y autonomía de los pacientes. (Sy, 2022).

En Ontario, Canadá, en un estudio de población adulta mayor que viven en viviendas sociales por situación socioeconómica, llegaron a la conclusión de que esta población está más propensa a aislamiento social junto con otras patologías como ansiedad, depresión e inseguridad económica. (Agarwal et al., 2021).

El aislamiento social y la depresión están condicionadas a diferentes variables, una de ellas es el contexto donde se encuentre, en una zona rural o una zona urbana, Gene-Badia et al, estudiaron esta condición en la población urbana de Barcelona encontrando que hasta un tercio de la población adulta mayor vivía con alguna de estas condiciones las cuales según la literatura es similar en diferentes países desarrollados, encontraron que existen 2 grupos de adultos mayores, los que se sienten solos, pero no tiene aislamiento social porque cuentan con familiares y amigos, sin embargo, por sus comorbilidades o barreras arquitectónicas se les dificulta su socialización, por otra parte, existe un grupo en el que se sienten solos con alto riesgo de aislamiento social no relacionadas con su condición física o barreras arquitectónicas que lo expliquen. El primer grupo se vería beneficiado de intervenciones grupales, mientras que el segundo debe ser identificado y recibir intervenciones de soporte psicológico.(Gené-Badia et al., 2019).

Actualmente, la soledad se ha asociado a condiciones múltiples a largo plazo (MLTC), que se define como la coexistencia de 2 o más condiciones de salud a largo plazo en un individuo. (Hounkpatin et al, 2024). Sirigu et al, en su estudio “un modelo de panel de las relaciones entre soledad y depresión en personas mayores”, llegaron a la conclusión de que la soledad y la depresión están bidireccionalmente relacionadas, lo cual se hace difícil su manejo. (Sirigu et al., 2025). En estudios sobre cuál es primero y cuál es segundo es controversial, en el estudio de As et al. se llegó a la conclusión que por mucho la soledad es un factor estresante que lleva a síntomas depresivos, considerándola predictor de la depresión, la asociación longitudinal de la misma hace una evolución más desfavorable de la depresión en personas que presentan soledad y se observó que en estos pacientes es más difícil que lleguen a la remisión. (As et al., 2022).

Los efectos de la soledad y/o el aislamiento social en la salud de las personas adultas mayores han estado claramente relacionados con múltiples afecciones tanto

de índole de salud mental como física, en la Tabla número 1 se describe las condiciones asociadas con su respectiva referencia bibliográfica:

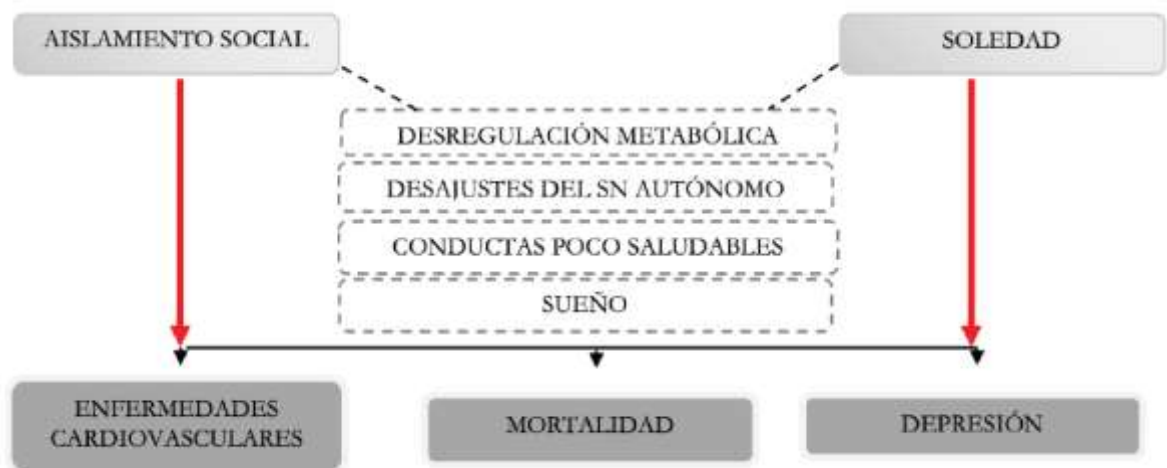
Tabla #1: Efectos de la soledad y el aislamiento social en aumento de enfermedades.

CONDICIÓN RELACIONADA / O EN AUMENTO	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS
Depresión	(Malcolm et al., 2019) (Fakoya et al., 2020) (Hounkpatin et al, 2024), (Freedman & Nicolle, 2020) (Arruebarrena & Cabaco, 2020) (Martín Roncero & González-Rábago, 2021)
Ansiedad	(Malcolm et al., 2019)
Esquizofrenia	(Malcolm et al., 2019)
Suicidio	(Martín Roncero & González-Rábago, 2021), (Malcolm et al., 2019)
Demencia Alzheimer	(Malcolm et al., 2019)
Enfermedad coronaria	(Malcolm et al., 2019) (Arruebarrena & Cabaco, 2020), (Albasheer et al., 2024)
Riesgo cardiovascular	(Malcolm et al., 2019) (Hounkpatin et al, 2024) (Freedman & Nicolle, 2020) (Arruebarrena & Cabaco, 2020) (Martín Roncero & González-Rábago, 2021), (Albasheer et al., 2024)
Cáncer	(Malcolm et al., 2019)
Susceptibilidad a enfermedades infecciosas	(Malcolm et al., 2019) (Fakoya et al., 2020)
Menor actividad física	(Malcolm et al., 2019) (Arruebarrena & Cabaco, 2020)
Abuso de alcohol y tabaquismo	(Malcolm et al., 2019), (Martín Roncero & González-Rábago, 2021)

Deterioro cognitivo	(Fakoya et al., 2020) (Arruebarrena & Cabaco, 2020)
Demencia	(Fakoya et al., 2020) (Freedman & Nicolle, 2020) (Arruebarrena & Cabaco, 2020)
Accidente cerebrovascular	(Hounkpatin et al, 2024)
Enfermedad pulmonar	(Hounkpatin et al, 2024)
Dolor	(Hounkpatin et al, 2024)
Aumento de caídas	(Freedman & Nicolle, 2020)
Deterioro funcional	(Freedman & Nicolle, 2020)
Desnutrición	(Freedman & Nicolle, 2020)
Trastorno del sueño	(Arruebarrena & Cabaco, 2020)

En la figura a continuación se describe los modelos explicativos de los efectos de la soledad y aislamiento social en la salud.

Figura 1. Efecto del aislamiento social y soledad sobre la salud y sus modelos explicativos



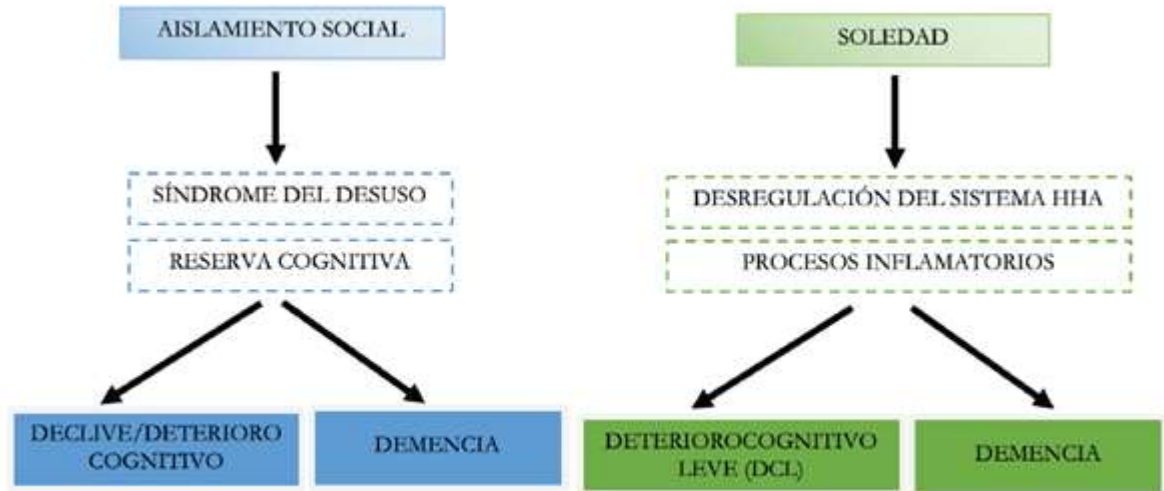
Fuente: (Arruebarrena & Cabaco, 2020).

La demencia es uno de los padecimientos estudiado ampliamente por su asociación a soledad y aislamiento social, en un metaanálisis de estudios de cohortes longitudinales se observó que las personas que sentían solas tenían 1.58 veces más de probabilidad de desarrollar demencia, sobre todo la soledad subjetiva, en cuanto a deterioro cognitivo leve los estudios solo indican una potencial relación con la soledad. Se ha considerado la soledad como un predictor de habilidad cognitiva en la vejez; un mejor funcionamiento cognitivo predice menos posibilidad de desarrollar soledad y viceversa.

El mecanismo fisiopatológico que explica la asociación de demencia y soledad está en la desregulación del sistema hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA) presente en la respuesta al estrés, ocasionando el aumento de cortisol, al ser la soledad una experiencia desagradable para la persona adulta mayor, activa este sistema de forma prolongada manteniendo niveles altos de cortisol que terminan reduciendo los niveles de esta sustancia en el hipocampo y el área prefrontal ocasionando deterioro del funcionamiento cognitivo. Por otra parte, niveles altos de cortisol generan una respuesta inflamatoria, fenómeno que se ha relacionado con Alzheimer y demencia. (Arruebarrena & Cabaco, 2020), en la figura 2 se muestran los modelos explicativos de los efectos del aislamiento social y la soledad en la función cognitiva.

La evidencia es clara en la asociación de soledad y demencia que asocia a una peor condición cognitiva en múltiples dominios.(Harrington et al., 2023).

Figura 2. Modelo explicativo de efectos del aislamiento social y la soledad sobre la función cognitiva.



Efectos de aislamiento social y soledad sobre la función cognitiva y sus modelos explicativos.

Fuente: (Arruebarrena & Cabaco, 2020)

Existen múltiples factores de riesgo para la soledad y el aislamiento social, los podemos dividir en socio demográficos, de riesgo médico y de riesgo social, como se describe en la Tabla Número

Tabla #2: Factores de riesgo relacionados con la soledad y el aislamiento social.

FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRAFICOS	FACTORES DE RIESGO: SALUD/MÉDICO	FACTORES DE RIESGO SOCIAL
Reducción de la vida intergeneracional	Disminución de la movilidad	Dispersión familiar
Mayor movilidad geográfica	Patologías descompasadas	Vivir solo
Comunidades menos cohesionadas	Multi-morbilidad	Pérdida de seres queridos
Disminución de los ingresos	Deterioro funcional (visión, audición)	Limitación para transporte
Sexo Femenino	Deterioro cognitivo	Cuidador adulto mayor
Vivir en hogares o residencias geriátricas	Fragilidad	Pocos amigos
Vivir en zonas rurales aisladas	Neuroticismo	Cambio de residencia
Vivir en zonas urbanas marginadas o de bajo ingreso	Duelo	Separaciones
Edad		Cultura colectivista o individualista

Fuente: (Fakoya et al., 2020), (Freedman & Nicolle, 2020), (As et al., 2022)

El estado civil como soltero, viudo o divorciado, es un aspecto importante relacionado con el aumento de la incidencia de la soledad son las personas adultas mayores, bajo nivel socioeconómico o académico, vivir en zonas rurales, estar institucionalizado también se relacionan con el aumento de estas condiciones. Tener una menor autopercepción de la enfermedad se relaciona con más soledad, así como baja capacidad funcional, mayor comorbilidad, tener una discapacidad, movilidad reducida o déficit sensorial y pacientes poli consultantes se ha relacionado con estar solo (Arruebarrena & Cabaco, 2020).

Una de las limitantes para poder iniciar con las intervenciones de la soledad y el aislamiento social es su identificación, Hernández-Ascanio et al. encontraron que los profesionales de salud no tienen claro las definiciones de soledad, aislamiento social, vivir solo o los patrones de riesgo o perfiles de residencia que no se ajustan a las situaciones reales, aunado al enfoque salud desde el punto biomédico, la falta de tiempo, recursos y sensibilización de todo tipo de personal en el tema son limitantes para su pronta identificación y abordaje.

En el transcurso del tiempo se han estudiado por medio de diferentes metaanálisis y revisiones sistemáticas estrategias para el abordaje de la soledad y el aislamiento social que van desde intervenciones grupales, educativas, sociales, actividades de ejercicio o de ocio. También existen intervenciones individuales en donde se utiliza la tecnología para poder llegar a las personas adultas mayores, como videoconferencias, internet o mensajería. Algunas publicaciones han utilizado intervención con mascotas para atacar la soledad y/o el aislamiento social. (Freedman & Nicolle, 2020). Usar el arte llevado a cabo por personal sanitario es otra de las intervenciones (Hernández-Ascanio et al., 2021).

Una revisión de evidencia realizada por Age UK revisó el uso de tecnología moderna como Internet y de asistencia como tele-asistencia o telesalud para mantener y establecer el contacto social. Chen y Schulz revisaron los efectos de los programas de comunicación como la amistad por teléfono, la computadora e Internet, y las aplicaciones de alta tecnología como las mascotas virtuales para reducir la soledad y el aislamiento social en los ancianos (Fakoya et al., 2020).

Si bien existe investigación importante sobre estas estrategias, la evidencia de las mismas no ha sido de gran fuerza debido a la calidad metodológica, el tamaño de las muestras, corto seguimiento e inconsistencias en las mediciones. Entre algunas de las estrategias que se pueden utilizar se describen en la tabla # 3.

Tabla # 3: Comparación de intervenciones para abordar el aislamiento social y la soledad

INTERVENCIÓN	EJEMPLOS	RESULTADOS RELEVANTES
Facilitación social	Grupo: clubes sociales, programas diurnos Individual: videoconferencia con la familia, videojuegos interactivos, salas de chat	<ul style="list-style-type: none"> Las intervenciones grupales más exitosas incluyen un enfoque educativo o psicosocial La tecnología estudiada principalmente a nivel individual, tanto en la comunidad como en las instituciones
Terapias psicológicas	Terapia del humor, reducción del estrés basada en la atención plena, programas de mejora cognitiva, terapia grupal de reminiscencia.	<ul style="list-style-type: none"> Dirigido por profesionales de la salud Difícil determinar el efecto del propio grupo frente a la terapia
A base de animales	Visitas de animales vivos, perros robóticos	<ul style="list-style-type: none"> Es probable que ambos sean efectivos Se estudia principalmente en la atención a largo plazo y la atención residencial

Actividad física	Ejercicio, ejercicio más ocio, nutrición	<ul style="list-style-type: none"> • Es más probable que las intervenciones exitosas cuenten con la participación de un proveedor de atención médica en la implementación y que se realicen más de una vez por semana
Asistencia sanitaria y social	Identificación y derivaciones para personas en riesgo, divulgación y rehabilitación geriátrica	<ul style="list-style-type: none"> • Involucrar a personas capacitadas o profesionales de la salud
Entablar amistad	Visitas individuales de voluntarios, apoyo telefónico	<ul style="list-style-type: none"> • A menudo para personas confinadas en casa • Dirigido por voluntarios • Menos eficaz, pero podría ser la única opción para algunos
Ocio y desarrollo de habilidades	Jardinería, artes, cocina, deportes, informática, música	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación en computación e Internet probablemente efectiva • Las actividades de ocio son más efectivas con ejercicio o apoyo social

Fuente: (Freedman & Nicolle, 2020)

El éxito de las intervenciones en soledad y aislamiento social, reside en la participación de todos los entes relacionados en la atención integral de los adultos mayores, por lo que debe involucrarse políticas en salud de esta población, así como la participación de entidades gubernamentales como no gubernamentales. Existen muchos entes que han presentado informes a nivel mundial sobre intervenciones a la soledad y el aislamiento social, entre ellos tenemos:

- Age UK
- Instituto de Salud Pública de Irlanda
- Directrices del Instituto Nacional para la Excelencia Clínica (NICE)
- Instituto de Excelencia en Atención Social (NIH)
- Campaña para Acabar con la Soledad (Reino Unido)
- Asociación Canadiense de Asesoramiento y Psicoterapia (CCPA)
- Organización Humana (EEUU)
- Instituto Nacional sobre el Envejecimiento (NIHA)

Fuente: (Fakoya et al., 2020)

Cattan y White refieren que una intervención efectiva tiene que ser grupal a largo plazo con un grupo objetivo específico, con un elemento de control del participante utilizando un enfoque multifacético, en donde en las actividades, las personas adultas mayores son participantes activos tienen mayor posibilidad de ser efectivas. (Fakoya et al., 2020).

Entre las intervenciones más exitosas que se han investigado son las que dentro de su diseño tengan un enfoque comunitario, participativo y las intervenciones sean realizadas e implementadas por los propios usuarios, reforzando la atención centrada en la persona, así como actividades de participación productiva en lugar de actividades pasivas tanto de forma individual o grupal. Si bien de forma individual se han observado cambios en la persona, en revisiones sistemáticas de este sistema no se ha logrado una evidencia fuerte con relación a calidad-precio, mucho derivado a estudios pequeños y de mala calidad.

Debido a esta falta de evidencia científica se enfatiza al personal de salud de realizar una atención individualizada enfocada en la atención centrada de la persona para el abordaje de la soledad y aislamiento social, el cual debe de abordar los siguientes factores: explorar, crear un espacio donde la persona exprese su historia con el fin de valorar el grado de soledad o aislamiento social, definición del alcance de las soluciones y los objetivos, ayudar al adulto mayor a visualizar su futuro como le gustaría que fuera, con sus intereses fuertes y diferencias con lo que eta haciendo actualmente y por último la acción ayudar al adulto mayor para que sea el mismo que busque las acciones a realizar para salir de la soledad o el aislamiento social ayudándole a realizar un plan que le guie a donde quiere llegar. (Freedman & Nicolle, 2020).

La prescripción social es una modalidad que ya está siendo utilizada en el Reino Unido, así como en Canadá, cuando se identifica un adulto mayor con estas condiciones se remite a un facilitador que lo conecta con los recursos que requiere según sus necesidades y recursos comunales, por ejemplo, cambio de cuidador, recreación, transporte, sensorialidad, alimentación, apoyo en ingresos.

Cada país debe valorar cada una de las intervenciones más rentables para abordar la soledad y el aislamiento social. En países desarrollados se han implementado líneas telefónicas, sitios web y directorios de activos locales donde puedan recurrir estos usuarios.

1.1 Justificación

La soledad y el aislamiento social deben ser considerados un problema de salud pública, y el incremento del envejecimiento de la población hace que esta cuestión sea cada vez más común. Esta situación ha sido objeto de numerosos estudios y se ha vinculado, desde hace años, con trastornos de salud mental como la depresión, la ansiedad, la demencia, el suicidio y el alzhéimer, entre otros. No obstante, recientemente se ha relacionado también con otras condiciones de igual o mayor gravedad, como la mayor susceptibilidad a infecciones, el cáncer y un aumento en el riesgo de enfermedades cardiovasculares y coronarias.(Malcolm et al., 2019).

La soledad y aislamiento social se ha relacionado con un mayor riesgo de mortalidad del 26 % y un 29 % respectivamente y ha sido comparado en la misma categoría del tabaquismo o el alcoholismo (Freedman & Nicolle, 2020).

Conocer el abordaje y el manejo de la soledad y el aislamiento en el adulto mayor no solo nos permitirá dar mejor calidad de vida desde el punto de vista biológico, sino que impactara en todas sus dimensiones, social, cognitiva y funcional, además desde el punto de vista de salud pública evitar que se desencadenen estas condiciones genera una reducción en el uso de los servicios de salud por lo que se pueden canalizar estos recursos en intervenciones para prevenir o tratar la soledad y/o el aislamiento social.

CAPÍTULO 2. Propósito

2.1 Planteamiento del Problema

La población mundial envejece de manera rápida se espera que para el 2030 sean 1400 millones de personas mayores de 60 años, lo cual significa 1 de cada 6 personas, junto con la disminución de la natalidad se espera que la soledad y el aislamiento social de esta población aumente, actualmente se considera que una cuarta parte de este grupo etario lo manifiesta (World Health Organization, 2023).

En Costa Rica para el 2024 el 11.2 % de la población es adulta mayor y se espera un aumento del 7 % en 20 años si se mantienen las condiciones y esperanza de vida actuales. Para el 2022 el tiempo promedio de cuidado activo o exclusivo de estas personas fue de 6 horas semanales aproximadamente y de tiempo promedio de cuidado pasivo o indirecto fue de 14 horas aproximadamente (INEC, 2023) (INEC, 2024b) lo cual sugiere que conforme aumente esta población será más necesario el cuidado por parte de algún familiar o cuidador, por lo que no contarlos estaríamos ante un aumento de la soledad y el aislamiento social.

2.2 Objetivo general

Analizar el abordaje de la soledad y/o aislamiento social en adultos mayores.

2.1 Objetivos específicos

- Identificar las herramientas más utilizadas para detectar la soledad y/o aislamiento social en adultos mayores
- Describir las intervenciones existentes en el abordaje de la soledad y/o aislamiento social de los adultos mayores
- Proponer un flujograma de abordaje de la soledad y/o aislamiento social en el adulto mayor aplicable en atención primaria.

CAPÍTULO 3. Metodología

3.1 Diseño de investigación

Se trata de una revisión bibliográfica, recopilando información de artículos originales en español o inglés desde el 2015 a la actualidad, como cohortes, ensayos clínicos u observacionales, revisiones sistemáticas o metaanálisis o estudios cualitativos, cuantitativos, revisiones narrativas sobre la soledad y/o aislamiento social en adultos mayores de 60 años.

3.2 Población

3.2.1 Criterios de inclusión

- Artículos originales, estudios de caso u observacionales
- Revisiones sistemáticas y metaanálisis
- Estudios cualitativos
- Poblaciones mayores de 60 años
- Publicados en los últimos 10 años
- Artículos en idioma inglés o español.

3.2.2 Criterios de exclusión

- Se excluyen artículos con opinión de experto, cartas al editor o caso clínico.
- Que aborden población menor a 60 años
- Artículos que no se centren en la soledad y/o aislamiento social
- Estudios sin resultados relevantes
- Estudios con alto riesgo de sesgo

3.3 Instrumentos de recolección

Se empleará la herramienta PICO con el propósito de estructurar la pregunta clínica de forma sistemática y mejorar la eficiencia en la identificación de evidencia científica pertinente, orientando así la búsqueda de los distintos artículos del siguiente modo:

P (Población): Adultos mayores, mayores de 60 años.

I (Intervención): Intervención en soledad o aislamiento social.

C(Comparación): Con intervención vs. sin intervención

O (Outcome/Resultados): Mejoría, bienestar, mejoría de síntomas y calidad de vida.

P: Adulto mayor, anciano, persona mayor, mayor a 60 años, older adults, elderly, seniors, aged, old man, older people.

I: soledad, aislamiento social, loneliness, social insolation, social withdrawal, detección, risk factor, desconexión social.

C: intervención, terapia, tratamiento, estrategia, programa.

O: Mejora la calidad de vida y bienestar

3.4 Estrategia de búsqueda

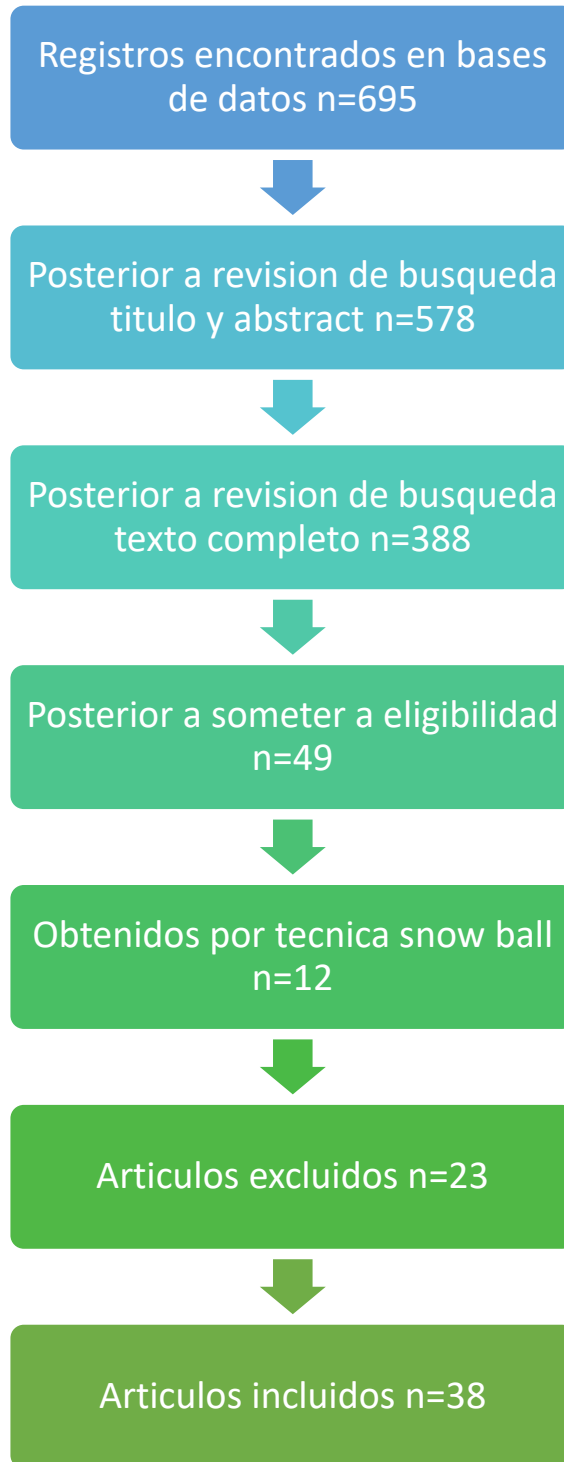
Este trabajo corresponde a una revisión bibliográfica de la literatura, no sistematizada ni acompañada de metaanálisis, en la cual se llevó a cabo una búsqueda estructurada de evidencia con el propósito de identificar revisiones sistemáticas, tanto narrativas como con metaanálisis, así como estudios primarios (incluyendo investigaciones controladas, revisiones narrativas, observacionales y reportes de casos), con el objetivo de dar respuesta a los objetivos de investigación planteadas.

Se lleva a cabo la búsqueda en las siguientes bases de datos:

PubMed, Scielo, Elsevier, Cochrane, Dynamed, BMJ, Gerontology & Geriatrics Abstracts.

Se complementó la búsqueda bibliográfica utilizando la metodología MeSH y los operadores booleanos AND, OR; NOT, además se utilizará la técnica “Snow Ball” revisando artículos citados o que se citaron en los artículos encontrados, inicialmente se hará la selección basada en el título de los artículos encontrados de la siguiente forma:

Figura 3. Estrategias de búsqueda



Fuente: Creación propia

3.5 Análisis de datos

Se empleó el resumen o abstract como criterio inicial para filtrar los artículos recuperados, en función del cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Los estudios seleccionados para la revisión fueron clasificados y evaluados mediante tres herramientas que permitieron verificar su validez, calidad y grado de recomendación. Asimismo, se consideró el nivel de evidencia y la fuerza de la recomendación conforme a los estándares del Centro de Medicina Basada en Evidencia de la Universidad de Oxford (OCEBM). Además, se aplicó el sistema GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations), ampliamente reconocido para valorar la calidad de la evidencia científica y la solidez de las recomendaciones en medicina y salud pública, especialmente en revisiones sistemáticas, guías clínicas y evaluaciones de tecnologías sanitarias. Para estimar la calidad metodológica, se utilizaron la herramienta AMSTAR 2 en los metaanálisis, y se examinó la calidad de los ensayos clínicos controlados, así como la de estudios no controlados, incluidos cohortes, casos y controles, series de casos y estudios transversales.

Los niveles de evidencia y los grados de recomendación según OCEBM se visualizan en la Tabla a continuación:

Tabla #4 Estudios incluidos según evidencia y recomendación según OCEBM

GRADO DE RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	TIPO DE ESTUDIO	INCLUIDOS
A	1a	Metaanálisis homogéneos ECA	8
	1B	ECA con buena calidad	5
B	2a	Metaanálisis estudio de cohorte	2
	2B	ECA baja calidad o estudio de cohorte único	4
	3a	Metaanálisis de estudio de casos y controles	0
	3B	Estudios de casos y controles	5
C	4	Serie de casos/estudio de cohorte/casos y controles de mala calidad	5
D	5	Opiniones de expertos, revisiones sistemáticas no meta analizadas, guías clínicas, libros y manuales	9
Total			38

Fuente: OCEBM Levels of Evidence Working Group. The Oxford Levels of Evidence 2. United Kingdom. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine.

Tabla #5 Clasificación la calidad de la evidencia según GRADE de artículos revisados.

Grado de calidad	Incluidos
Alta	7
Moderada	20
Baja	9
Muy Baja	2
Total	38

Fuente: Creación propia

En base a la tabla anterior según sistema GRACE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) la cual evalúa la calidad de la evidencia y la fuerza de recomendación es moderada en base a variables como calidad de evidencia, consistencia de los resultados, precisión, relevancia e impacto de los estudios en la práctica clínica para la toma de decisiones (Balshem et al., 2011), se encuentra que las publicaciones analizadas el 18% presentan alta calidad, el 53% moderada calidad, un 24% baja calidad y solo un 2% con muy baja calidad esto refleja que en general los estudios revisados son razonablemente confiables, de buena calidad con algunas deficiencias metodológicas, la evidencia es relevante pero faltan más estudios para confirmar los resultados corroborar su impacto en la práctica clínica y toma de decisiones.

Tabla #6 Nivel de confianza según AMSTAR2 de artículos incluidos

Nivel de Confianza	Incluidos
Alta	6
Moderada	7
Baja	4
Muy baja	1

Fuente: creación propia

En base a la herramienta AMSTAR2 (A MeaSurement Tool to Assess systematic Reviews 2) utilizadas para revisar la calidad metodológica de revisiones sistemáticas en cuanto diseño, ejecución y análisis adecuados (Shea et al., 2017), de las 18 publicaciones evaluables la mayoría presentan un nivel de confianza de alta-moderado. Esto significa que se cumplieron los dominios críticos esenciales y que, como máximo, se observaron una o dos debilidades menores, las revisiones han sido bien diseñadas, realizadas y reportadas, con resultados confiables y pueden servir como base fiable para la realización de recomendaciones de práctica clínica o políticas de salud con confianza.

En el anexo 1 se incluye tabla con matriz completa de artículos revisados.

CAPITULO 4. Resultados y Análisis

Luego de la búsqueda planteada se obtiene 38 publicaciones que corresponde a: 1 cohorte, 5 ECA, 7 metaanálisis, 8 estudio cualitativo descriptivo, 2 estudios cuantitativos transversales, 1 estudio descriptivo transversal, 7 estudios observacionales transversales, 1 estudio retrospectivo transversal, 6 revisiones sistemáticas, arrojan los siguientes resultados.

Riesgo de sesgo

Entre las principales limitaciones identificadas en las revisiones se encuentra el riesgo de sesgo en estudios tanto controlados como no controlados. De un total de 23 publicaciones evaluadas mediante la herramienta ROBINS-I, se observó un riesgo de sesgo moderado, especialmente en los dominios D1 (confusión), D5 (medición de los resultados) y D6 (selección de los resultados informados). A pesar de estas limitaciones, los estudios se consideran válidos, aunque se recomienda interpretar sus resultados con cautela y en contraste con investigaciones que presenten menor riesgo de sesgo.

Tabla #7 Riesgo de sesgo en estudios utilizados. Herramienta Robins1.

Estudio	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	Global
Agarwal et al	y	y	(x)	(x)	y	y	(x)	y
Alonso-González et al	y	y	(x)	(x)	(x)	y	(x)	y
Albasheer et al	y	y	(x)	(x)	y	(x)	(x)	y
As et al	y	(x)	(x)	(x)	y	(x)	(x)	y
Berg-Weger et al	y	(x)	(x)	(x)	y	(x)	(x)	y
Gené-Badia et al	v	(x)	(x)	(x)	(x)	v	(x)	y
Gené-Badia et al	y	v	(x)	(x)	v	y	(x)	v
Harrington	y	y	(x)	(x)	Low	y	(x)	y
Hoang et al	Low	Low	(x)	y	y	y	(x)	y
Jj et al	Low	y	y	(x)	(x)	(x)	y	y
Kim et al	Low	y	(x)	(x)	(x)	(x)	(x)	(x)
Kusumota et al	y	Low	(x)	(x)	(x)	(x)	(x)	y
Martínez Rebollar et al	y	y	(x)	(x)	y	(x)	(x)	y
Meshi et al	y	y	(x)	(x)	(x)	y	(x)	y
Noone et al	v	v	y	y	y	(x)	v	v
Paquet et al	y	(x)	y	y	y	y	y	y
Patil et al	y	(x)	y	y	y	y	y	y
Q et al	y	(x)	(x)	(x)	(x)	y	(x)	y
Rodriguez-Romero et al	(x)	(x)	(x)	y	(x)	y	(x)	y
S et al	y	y	(x)	(x)	y	(x)	y	y
Shekelle et al	y	(x)	(x)	(x)	y	(x)	y	y
Sirigu et al.	(x)	y	(x)	(x)	y	y	y	y
Sun et al	(x)	(x)	(x)	(x)	(x)	(x)	(x)	(x)

Fuente: Creación propia

DOMINIO DE SESGO		JUCIO
D1	SESGO DE CONFUSION	ALTO V
D2	SESGO DE SELECCIÓN	MODERADO y
D3	SESGO EN LA CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES	BAJO Ë
D4	SESGO DEVIDO A DESVIACIONES DE LA INTERVENCION PREVISTA	
D5	SESGO DEBIDO A LA PERDIDA DE DATOS	
D6	SESGO DE MEDIDA DE RESULTADOS	
D7	SESGO EN LA SELECCIÓN DE RESULTADOS REPORTADOS	

4.1 Presentación y discusión de resultados

Con base en los objetivos específicos planteados, se procede a la presentación de resultados y discusión de los mismos:

4.1.1 Identificar las herramientas más utilizadas para detectar la soledad y/o aislamiento social en adultos mayores:

Desde la atención primaria tanto por médicos generales como de especialista en medicina familiar en cualquier tipo de consulta de la población en revisión, se debe enfocar en la atención cuadrifuncional y centrada en la persona con el fin de poder obtener información valiosa en la historia clínica que pueda hacer sospechar al clínico la presencia de un adulto mayor con riesgo de llegar a presentar soledad o aislamiento social, así como identificar las condiciones objetivas para poder dar con el diagnóstico de estas situaciones con la finalidad de iniciar el proceso de acompañamiento y atención transdisciplinaria que requieren estos pacientes. Con

frecuencia, las personas adultas mayores hacen uso reiterado de los servicios de salud, tanto en los EBASIS como en las áreas de urgencias. En lugar de enfocarse únicamente en la búsqueda exhaustiva de causas médicas que justifiquen sus consultas, se recomienda investigar simultáneamente aspectos biológicos y explorar su situación social, incluyendo la existencia y calidad de sus redes de apoyo, dado que no es infrecuente que para esta población el asistir al centro de salud es un método de escape para no sentirse solos, es en las salas de espera que conversan con otras personas y se sienten acogidos por el personal de salud que se preocupa en búsqueda de la condición biológica que pueda estar aquejando, sin percatarse que puede ser la soledad y el aislamiento social el que pueda estar generando una mayor afección de patologías ya preexistente o generando condiciones en el estado de ánimo que puedan generar sintomatología somática difícil de diferenciar de patología médica como tal.

El personal médico debe identificar los factores de riesgo y condiciones que presentan los adultos mayores en soledad y aislamiento social con el fin de iniciar las intervenciones lo antes posible.

Existen diferentes escalas que ha sido validadas para la identificación de la soledad y el aislamiento social en los adultos mayores, cada una de ellas tiene sus ventajas y limitaciones y dependerá en el contexto clínico y recursos disponibles para la utilización de una u otra, a continuación, se describirá algunas de ellas.

4.1.1.1 Escala de soledad de la Universidad de California en Los Ángeles

Esta es una escala que es conocida desde hace varios años puede ser aplicada a diferentes poblaciones entre ella la de adultos mayores su primera versión era de 20 ítems y fue desarrollada por Russell et al en 1978, la cual utilizaba letras para puntuar la escala y generar un resultado, entre mayor puntaje más riesgo de soledad o aislamiento social.

Interpretación de la puntuación.

20–34: Bajo grado de soledad

35–49: Grado moderado de soledad

50–64: Grado moderadamente alto de soledad

65–80: Alto grado de soledad

Figura 3. Escala de soledad de la Universidad de Los Ángeles, California. Versión original

Scale:

INSTRUCTIONS: Indicate how often each of the statements below is descriptive of you.

C indicates "I often feel this way"

S indicates "I sometimes feel this way"

R indicates "I rarely feel this way"

N indicates "I never feel this way"

1. I am unhappy doing so many things alone	O	S	R	N
2. I have nobody to talk to	O	S	R	N
3. I cannot tolerate being so alone	O	S	R	N
4. I lack companionship	O	S	R	N
5. I feel as if nobody really understands me	O	S	R	N
6. I find myself waiting for people to call or write	O	S	R	N
7. There is no one I can turn to	O	S	R	N
8. I am no longer close to anyone	O	S	R	N
9. My interests and ideas are not shared by those around me	O	S	R	N
10. I feel left out	O	S	R	N
11. I feel completely alone	O	S	R	N
12. I am unable to reach out and communicate with those around me	O	S	R	N
13. My social relationships are superficial	O	S	R	N
14. I feel starved for company	O	S	R	N
15. No one really knows me well	O	S	R	N
16. I feel isolated from others	O	S	R	N
17. I am unhappy being so withdrawn	O	S	R	N
18. It is difficult for me to make friends	O	S	R	N
19. I feel shut out and excluded by others	O	S	R	N
20. People are around me but not with me	O	S	R	N

Scoring:

Make all O's =3, all S's =2, all R's =1, and all N's =0. Keep scoring continuous.

Nota. Fuente: (D. Russell et al., 1978)

Existen preguntas en forma positiva y negativa que se deben tener en cuenta a la hora de aplicarlo.

Posteriormente en 2004 se realiza una revisión de la escala original y la versión 3 de Russell (D. W. Russell, 1996) se crea la Escala de la Soledad de 3 ítems, misma que efectúa una evaluación en 3 dimensiones: conexión social, conexión relacional y aislamiento auto percibido, esta escala es la más utilizada por su facilidad y rapidez de aplicación, así como la posibilidad de realizarse vía telefónica, útil en contextos de pandemias y epidemias. Sin embargo, por ser más abreviada, no deja de tener validez; el coeficiente alfa de confiabilidad es de 0.72. Aunque esto es algo más bajo que los alfas típicamente reportados para la escala completa, la consistencia interna para una escala de tres ítems es bastante buena e indica que los ítems miden de manera confiable la soledad en una muestra telefónica.(Hughes et al., 2004)

Tabla #8: Escala de Soledad de Tres Ítems

Pregunta	Casi	Algunas	A
	nunca	veces	menudo
En primer lugar, ¿con qué frecuencia sientes que te falta compañía? ¿Casi nunca, a veces o a menudo?	1	2	3
¿Con qué frecuencia te sientes excluido? ¿Casi nunca, algunas veces o a menudo?	1	2	3
¿Con qué frecuencia te sientes aislado de los demás? (¿Casi nunca, a veces o a menudo?)	1	2	3

Fuente: (Hughes et al., 2004)

La interpretación de esta escala se da con la sumatoria de las respuestas de cada pregunta y los puntajes más altos se correlacionan con mayor soledad. De 3 a 5 puntos, soledad leve o ausencia de soledad, de 6 a 8 puntos, soledad moderada, 9 puntos o más soledad grave.

4.1.1.2 Escala de Soledad de De Jong Gierveld:

Es una escala que ha sido adaptada a diferentes idiomas y culturas con buena adaptación a población adulta mayor. Fue desarrollada en 1985 por De Jong Gierveld, consta de 11 ítems, busca los sentimientos de soledad y los distingue de soledad social y emocional. Esta escala ha sido traducida y evaluada en varios países como Brasil, China, Holanda, Polonia y España. Todos los estudios confirmaron que esta escala es adecuada, confiable y válida para la evaluación de la soledad entre los adultos mayores. Cuenta con 6 ítems de carga semántica negativa que buscan evaluar la soledad emocional y 5 ítems de semántica positiva para evaluar la soledad social. (Hosseini et al., 2021)

La escala cuenta con 3 opciones de respuesta: 1= no, 2 = más o menos y 3 = sí, de los ítems 1-4-7-8-11 un punto si responde más o menos o no, y de los ítems 2-3-5-6-9-10 un punto si responde más o menos o sí. El resultado oscila entre sin soledad (puntuación 0-2) soledad moderada (puntaje de 3-8) y soledad extrema (puntuación 9 o más). (Buz & Prieto Adánez, 2013).

Tabla #9: Escala de Soledad de Jong Gierveld

Pregunta	Sí.	No	Más o menos
1. Siempre hay alguien con quien puede hablar de sus problemas diarios (-)			
2. Echa de menos tener un amigo de verdad (+)			
3. Siente una sensación de vacío a su alrededor (+)			
4. Hay suficientes personas a las que puede recurrir en caso de necesidad (-)			
5. Echa de menos la compañía de otras personas (+)			
6. Piensa que su círculo de amistades está demasiado cerrado (+)			
7. Tiene mucha gente en la que confiar completamente (-)			
8. Hay suficientes personas con las que tiene una amistad muy estrecha (-)			
9. Echa de menos tener gente a su alrededor (+)			
10. Se siente abandonado a menudo (+)			
11. Puede contar con sus amigos cuando lo necesita (-)			

(+) Miden la soledad emocional, (-) mide la soledad social.

Fuente: (Buz & Prieto Adánez, 2013)

4.1.1.3 Escala ALONE:

Escala creada por médicos de la Universidad de San Louis consta de 5 ítems y está realizada para aplicar en entornos clínicos, es breve y de fácil comprensión, ha demostrado fuerte validez y confiabilidad para evaluar soledad severa en adultos mayores y en test-retest demostrado en algunos estudios transversales, puntuaciones de 8 o más se considera soledad severa.

- La letra A está relacionada con la autopercepción, la cual, si es negativa, aumenta el riesgo de soledad.
- La letra L es una pregunta directa sobre si se siente sola; permite facilitar una conversación más profunda.
- La letra O está relacionada con la extroversión o ser amigable, un rasgo de la personalidad que está relacionado con la soledad.
- La letra N aborda la red social del adulto mayor, se ha demostrado que el apoyo de los amigos es más fiable para predecir soledad, a diferencia del apoyo familiar u otro.
- La letra E aborda la estabilidad emocional, factor inversamente correlacionado al aumento de la soledad. (Deol et al., 2022)

Figura 4. Escala ALONE

Escala ALONE				
Para evaluar la percepción que tiene una persona de sentirse sola, pregunte cada una de las preguntas siguientes utilizando la siguiente escala de calificación: Sí (1), A veces (2), No (3).				
A	¿Estás emocionalmente atractivo para los demás?	Sí__	A veces__	No__
L	¿Estás solo?*	Sí__	A veces__	No__
O	¿Eres extrovertido/amigable?	Sí__	A veces__	No__
N	¿Sientes que no tienes amigos?*	Sí__	A veces__	No__
E	¿Estás emocionalmente molesto (triste)?*	Sí__	A veces__	No__

Fuente: (Berg-Weger & Morley, 2020)

4.1.1.4 Escala de Red Social de Lubben-6 (LSNS-6):

Otras de las escalas que han sido utilizadas para la búsqueda de riesgo de aislamiento social en los adultos mayores es la Escala de Red Social de Lubben 6 que es la versión abreviada de la primera escala que tenía 18 ítems, la versión de 6 ítems es sencilla de aplicar y breve por lo que también ha sido validada en otros idiomas y países. Metaanálisis han demostrado que individuos con mala red social tienen un 50 % más de probabilidades de morir que personas con una buena red social.

La escala de Red social de Lubben (LSNS-6) fue desarrollada para valorar el apoyo social percibido por el adulto mayor en función de su red social, el contacto que tenga con los miembros de esta y la frecuencia con la que el adulto mayor tiene contacto con ellos.(Granero et al., 2020).

Esta escala está enfocada en la búsqueda de redes de apoyo social, aspecto primordial para que un adulto mayor presente aislamiento social, así como su cercanía y la frecuencia con la que los miembros de esta red social tienen contacto con la persona.

Puntuaciones bajas de esta escala se han relacionado con mayor mortalidad de cualquier causa, hospitalizaciones y depresión. Las redes sociales de apoyo juegan un papel importante en la vida de los adultos mayores y la presencia y fortaleza de la misma mejoran la calidad de vida de esta población.

La LSNS-6 está conformada por 6 ítems, los cuales cuenta con 2 dominios. Las preguntas 1,2 y 3 corresponden a familia y las preguntas 4,5 y 6 a amigos. (Boston College School of Social Work, 2025).

La puntuación se da con la respuesta de 1 a 5 de cada pregunta, el rango de puntuación va de 0 a 30, en donde 30 puntos nos indican la ausencia de aislamiento social, 12 puntos o más nos indica riesgo de aislamiento social y menos de 12 puntos nos indica alto riesgo de aislamiento social.(Martínez Rebollar & Campos Francisco, 2015)

Tabla #10: Escala de Red de Social de Lubben 6

Ítems	0 = 0	1 = 1	2 = 2	3 = 3-4	4 = 4-8	5 = 9 o +
¿Con cuántos familiares tiene usted contacto persona o telefónico menos 1 vez por mes?						
¿Con cuántos familiares se siente usted cómodo para conversar con facilidad sobre asuntos privados que a usted le preocupan?						
A cuantos familiares son siente usted lo suficientemente cercanos como para llamarlos en caso de necesitar ayuda						

¿Con cuántos amigos tiene usted contacto personal o telefónico al menos 1 vez por mes?						
¿Con cuántos amigos se siente usted cómodo para conversar con facilidad sobre asuntos privados que a usted le preocupan?						
A cuántos familiares son siente usted lo suficientemente cercanos como para llamarlos en caso de necesitar ayuda						
Total						

Fuente: Creación propia

4.1.1.5 Escala de aislamiento social:

Ha demostrado ser una herramienta eficaz para medir el aislamiento social en adultos mayores en entornos de atención médica con ritmos acelerados, por ser un instrumento conciso. En el 2019, un estudio de evolución psicométrica de la escala arrojó que todos los ítems presentan cargas estadísticamente significativas. Al tener un modelo de dos factores, conectividad y pertenencia, el análisis factorial exploratorio (AFC) demostró ajustes excelentes. La consistencia interna fue buena (alfa 0.77) y presentó una correlación moderada con el índice de red social.

La escala fue realizada preguntando específicamente sobre el número de interacciones cara a cara con familiares, amigos y vecinos mensualmente. Esta escala incluye preguntas basadas en los avances tecnológicos, por lo que también se formulan preguntas sobre interacciones por medio de teléfono, correo electrónico

o videollamadas. Además, aborda sobre la calidad de estas relaciones, así como el tiempo asignado para las mismas.

Consta de 6 ítems, los cuales 3 de ellos evalúan las frecuencias de las relaciones con familia, amigos y vecinos; y las 3 preguntas siguientes evalúan el grado de las relaciones con base en las 3 primeras.

Las primeras 3 preguntas se evalúan en una escala de Likert de ninguno, 1, 2-3, 4-5, 6 o más. Las últimas 3 preguntas se evalúan por medio de una escala de Likert en totalmente desacuerdo, algo en desacuerdo, ni de acuerdo ni desacuerdo, algo de acuerdo y totalmente de acuerdo. (Nicholson et al., s/f)

Tabla #11: Escala de Aislamiento social

Pensando en su familia, amigos y vecinos:

Ítem	Ninguno	1	2-3	4-5	6 o más años.
¿Con cuántos se comunicara a cara al menos 1 vez al mes?					
¿Con cuántos se comunica a nivel personal?					
¿Con cuántos se siente cerca a nivel personal?					

ítem	Totalmente desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni de desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo
En general, siento que sus relaciones son satisfactorias					
Se siente como si no perteneciera					
Siente que pasa suficiente tiempo involucrado en actividades sociales					

Fuente: (Nicholson et al., s/f)

La interpretación de esta escala se da en cuando más respuestas a la derecha presentan menor riesgo de aislamiento social presentado y, contrariamente, entre más respuestas a la izquierda de la tabla, más riesgo de aislamiento social presenta la persona adulta mayor.

4.1.2 Describir las intervenciones existentes en el abordaje de la soledad y/o aislamiento social de los adultos mayores

En la soledad y el aislamiento social se ha estudiado múltiples estrategias e intervenciones, A continuación, se presentan las estrategias más empleadas y con mayor respaldo en la evidencia científica.

4.1.2.1 Programas de prescripción social:

Son recursos comunitarios no médicos que pueden ser voluntarios o no, a los que se conectan los pacientes. Va a depender de los recursos que cuente la comunidad y las necesidades del usuario. Existe un trabajador o conector de enlace, su función es conocer los recursos no médicos con los que cuenta la comunidad y conectar según su necesidad a los usuarios, sin embargo, por la demanda cada vez más personalizada, esta función se ha vuelto compleja. La tecnología ha venido a jugar un papel importante en este aspecto, ya que gracias a la creación de software como el Evergree Life o Elemental Social Prescripción Connector de Egton Medical Information Systems (EMIS), se logra contar con bases de datos en las que los proveedores de atención primaria así como los recursos comunitarios no médicos tengan acceso a la información para derivar a los pacientes, dentro de la limitante de estos recursos es su coste de mantenimiento (Paquet et al., 2023).

Paquet et al, lograron consolidar en 4 categorías las intervenciones para mejorar la soledad y el aislamiento social en los adultos mayores, las cuales son:

- Aumentar las interacciones sociales
- Promover el bienestar físico y mental
- Brindar apoyo instrumental
- Brindar atención domiciliar y comunitaria

4.1.2.2 Aumentar las interacciones sociales:

Las intervenciones dirigidas a aumentar las interacciones sociales se desarrollaron por medio de plataformas en donde las personas afectadas puedan conectarse con otros y generar nuevas redes sociales. Una de estas intervenciones

son las asociaciones intergeneracionales en donde jóvenes se conectan con adultos mayores por medio de actividades recreativas, educación, desarrollo de nuevas habilidades, actividades de lectura o mentoría, o terapia de reminiscencia. En 80 estudios que abordaron esta intervención, se enfocan en aumento de las redes sociales, reducción de la soledad y apoyo social, sobre todo fuera del hogar y en modalidad grupal. En 28 estudios, las relaciones intergeneracionales se observaron que su eficacia se dio en la mejoría de la salud mental de los pacientes, sobre todo en síntomas de ansiedad y depresión.(Paquet et al., 2023)

También están las intervenciones de la tecnología social que consiste en capacitar a los adultos mayores en tecnología de información y comunicación, sesiones de networking, iniciativas de amistad por videollamadas y teléfono. En 30 estudios donde se mencionaba esta intervención se observó una disminución del sentimiento de soledad y aumento de redes sociales, sobre todo cuando se realizan en grupo.(Paquet et al., 2023). Podemos definir como tecnología de información y comunicación a la utilización de dispositivos móviles, tabletas, computadoras portátiles, teléfonos inteligentes, correos electrónicos, redes sociales, videojuegos y tecnología de asistencia, en los últimos años el uso de TIC en las personas mayores ha aumentado como parte de conectarse con el mundo exterior.

Las investigaciones indican que los adultos mayores usan más las TIC para comunicación que para información, estas benefician a las personas con soledad o aislamiento social al aumentar su interacción y relación social, por ejemplo la autocomprensión al acceder a información de salud y actualidad, el uso de la telesalud en la atención de estos usuarios y las videollamadas con la que se rompen las barreras de tiempo y distancia (Q et al., 2022) sin embargo, su evidencia es muy incierta.(Noone et al., 2020).

Las TIC físicas como hogares inteligentes pueden ayudar a identificar la soledad o aislamiento social al tener registro de salida, entrada, número de lugares visitados, y algunos robots sociales pueden aliviar la soledad. Q. Zhang et al, en su estudio de abordaje de la soledad mediante TIC concluyen de forma empírica 2 dimensiones de acción: la comunicación interpersonal y adquisición de la

información para profundizar en el impacto de las TIC en la soledad de los adultos mayores. Ellos llegan a la conclusión de que la cognición de la persona puede afectar su comportamiento, por lo que mejorar la cognición por medio de TIC mejorará su comportamiento y, por consiguiente, su soledad, por ejemplo, juegos de memoria, programas como smartbrain o pacid. Mejorar el conocimiento de las TIC en adultos mayores y su consciencia de salud por medio de ellas puede ayudar a mitigar la soledad. (Q et al., 2022).

La capacitación en internet se basa en cursos de cómo usar la computadora, redes sociales, aplicaciones, chat en video, entre otros. Los efectos aleatorios del efecto para 5 ECA y para 5 estudios observacionales mostraron menos soledad en el grupo de capacitación en Internet. La evaluación GRADE para la certeza de la evidencia de que la capacitación en internet se asocia con niveles más bajos de soledad se categoriza como moderada.(Shekelle et al., 2024)

El uso de internet se ha asociado a favorecer el contacto de los adultos mayores con sus familias, disminuyendo así la soledad, no así las redes sociales (Kusumota et al., 2022) sin embargo, esta observación depende de varios factores como el acceso a internet, redes sociales, educación, estado cognitivo del usuario. De hecho, en un estudio transversal no se logró demostrar relación entre el aislamiento social percibido y el tiempo de diario estimado en redes sociales; sin embargo, existe la sospecha el uso inadecuado de las redes sociales puede llevar a los adultos mayores a aislamiento social y que es un punto de partida para futuros estudios.(Meshi et al., 2020)

Las intervenciones no tienen que ser necesariamente largas también pueden ser breves como lo demuestra el ECA que compara breves intervenciones autoguiadas en línea para la soledad, en donde compara una intervención de sesión única (SSI) para la soledad, una intervención de tres semanas y tres sesiones para la soledad y una terapia de apoyo de control activo SSI. Se concluyó que una intervención de soledad no fue significativamente menos efectiva que una intervención más prolongada y tuvo una tasa de finalización mucho mayor. Ninguna

intervención redujo la soledad más que una intervención de soledad de control activa.(Bt et al., 2025)

Las comunidades propicias son otra modalidad de intervención de grupos sociales y de apoyo centrados en brindar servicios sociales, educación y mentoría entre pares. En 22 estudios reportados de esta intervención se evidenció mayor confianza de los participantes y menor aislamiento social. Entre los principales temas abordados con mejor respuesta están: seguridad personal, nutrición, bienestar general, envejecimiento exitoso, estrategias de afrontamiento, manejo de relaciones existentes, como construir nuevas relaciones.(Paquet et al., 2023)

El tratamiento grupal es de las intervenciones más efectivas para mejorar la salud mental y la soledad de los adultos mayores, Sekelle et al. en su metaanálisis concluyen que las sesiones grupales de diferentes temas: salud, ejercicio envejecimiento como ejes de atención, utilizando metodología psicológica como TCC (terapia cognitivo conductual: identificar pensamientos, sentimientos y comportamientos para poder modificarlos), la atención plena, gestión participativa todas dirigidos por personal capacitado son efectiva para el abordaje de la soledad y el aislamiento social (Shekelle et al., 2024). Corroborado en un metaanálisis de 60 estudios con 13295 participantes, en donde encontraron que las intervenciones psicológicas grupales mejoran la percepción de la soledad porque optimizan la dinámica social y la conectividad.(Ds et al., 2023).

Tabla #12: Ejemplos de tratamientos grupales

Estudio/País/Diseño	Tema	No sesiones	Moderador
Chow, 2019 Hong Kong RCT	Afrontamiento del duelo	8 sesiones, seguimiento de 16 semanas	Consejero del duelo experimentado
Creswell, 2012 EE.UU RCT	Reducción de estrés basado en atención plena	8 sesiones, 2 horas x semana, 1 día de retiro	Médicos clínicos capacitados
Haslam, 2019 Australia RCT	Abordaje de falta de pertenencia	5 módulos en 2 meses	Psicología
Kremers, 2006 Países Bajos RCT	Autogestión del bienestar	6 sesiones semanales	Líderes Femeninas
Martina, 2006 Países Bajos Estudio no aleatorizado	Enriquecimiento de la amistad, feminista, autoayuda, asesoramiento de reevaluación	12 sesiones semanales	No reportado

Montaña, 2017 Inglaterra RCT	Estilos de vida	4 meses, sesiones semanales	Trabajo social
Ristolainen, 2020 Finlandia RCT	TCC, interacción social, atención plena	2 veces x semana por 3 meses	Trabajo social, clínicos x zoom
Teeke, 2016 EE.UU RCT	ESCUCHA, TCC para soledad	2 horas semanales por 5 semanas, seguimiento de 12 semanas	Intervenciones capacitadas

Fuente: (Shekelle et al., 2024)

4.1.2.3 Reducción del Estrés Basada en la Conciencia Plena (MBSR)

La Reducción de Estrés Basada en la Atención Plena (MBSR) es un programa estructurado que integra técnicas de meditación y mindfulness, desarrollado por Jon Kabat-Zinn en la Universidad de Massachusetts. El curso consiste en 8 sesiones de 2.5 a 3.5 horas por sesión con un día de retiro entre la sexta y la séptima semana.

En cada sesión, los participantes adquieren formas de atención plena como lo son:

- Prácticas de yoga
- Meditación sentada
- Escaneo corporal

- Meditación caminando
- Comer consistentemente
- Hablar y escuchar
- Atención plena en actividades diarias
- Estrés
- Patrones conductuales, físicos, cognitivos, habituales
- Respuesta efectiva a desafíos y demandas cotidianas
- cómo cuidarse y prosperar
- Cómo relacionarse con nosotros mismos y los demás
- Comportamientos y actividades que expresen capacidad innata para el bienestar

Una sesión típica incluye:

- Bienvenida
- Meditación de inicio
- Reflexión individual guiada
- Sesión grupal
- Yoga
- Ejercicio de comer pasas
- Respiración abdominal
- Escaneo corporal

Además, al asistir a sesiones presenciales, se deben desempeñar trabajos en el hogar. (Kabat-Zinn, 2017)

Reduce la soledad y regula a la baja la expresión de genes pro inflamatorios relacionados con la soledad en adultos mayores, y puede reducir las percepciones de soledad en adultos mayores.(Creswell et al., 2012).

4.1.2.4 Intervención comunitaria para reducir la soledad en personas mayores

Rodríguez-Romero et al. llevaron a cabo un ensayo clínico aleatorizado entre junio de 2017 y mayo de 2018 para medir la eficacia de una intervención comunitaria para reducir la soledad en personas mayores solitarias, fue desarrollado por personal de salud que incluía enfermeras, médicos de familiar, agentes comunitarios. Se desarrollaron 18 sesiones en 6 meses que incluían los siguientes temas:

- Prevención de salud y enfermedad
 - Alimentación saludable
 - Problemas y necesidades en el envejecimiento
 - Duelo y soledad
 - Taller de memoria
 - Higiene del sueño
- Mejorar estado mental y emocional
 - Mindfulness
 - Sesión de yoga
 - Sesión de recuerdos y felicidad
 - Canciones para recordar
 - Riso terapia y relajación
- Creación de red social entre participantes
 - Recursos comunales
 - Espacios participativos
 - Cine, paseo en zonas verdes
 - Cocina costura

Con el fin de mantener la adherencia al programa se realizaban recordatorios telefónicos por parte del personal encargado del proyecto.(Rodríguez-Romero, 2020).

Tabla #13 Calendario de intervención comunitaria y participación en sesiones grupales

No sesión	Nombre de sesión	Intervención	Moderador
1	Primera reunión	Bienvenida, presentación del curso y de colaboradores	Personal de salud
2	Mindfulness	Reducción o minimizar el estrés	Enfermera
3	Alimentación saludable	Grupo de alimentos, planes nutricionales	Enfermera
4	Cocina comunitaria	Actividad grupal para compartir entre participantes	Enfermera
5	Yoga	Clases de yoga para adultos mayores	Voluntario/ enfermera
6	Necesidades del envejecimiento	Cambios en el envejecimiento y problemas que pueden surgir	Médico
7	Vamos al cine	Ir al cine o proyectar una película	Enfermera
8	Higiene del sueño	Concepto de insomnio y consejos de higiene del sueño	Enfermera
9	Caminata comunal	Realizar una caminata por zonas verdes de la comunidad	Enfermera

10	Duelo y soledad	Etapas del duelo y estrategias para afrontarlo	Enfermera
11	Visita al jardín	Visitar un vivero, clases de jardinería	Organización privada
12	Memoria y agilidad mental	Ejercicios de memoria y agilidad mental	Enfermera
13	Recuerdos y felicidad	Situaciones, personas, lugares y olores que les recordaron a las participantes sensaciones y emociones agradables.	Trabajador social
14	Taller de manualidades	Costura, pintura, coro, otros	Fundación privada
15	Canciones inolvidables	Cada participante eligió una canción que era importante para él y explicó por qué era importante	Enfermera
16	Salidas culturales	Participación en actividades culturales cada 2 semanas	Organización privada
17	Risas y relajación	Ejercicios de risoterapia y relajación	Trabajador social
18	No un adiós, sino un para siempre	Conclusión de intervención, encuesta de satisfacción	Personal de salud

Fuente: (Rodríguez-Romero, s/f)

Este estudio concluyó que casi un 50 % de las personas dejaron de sentirse solas después de la intervención comunitaria, el involucramiento de otras organizaciones no solo de salud fue vital para su desarrollo, se logra el objetivo que los participantes conocieran los recursos comunales con los que cuentan, se incentivó a los participantes a formar parte de esos recursos, se describe que es un modelo aplicable en otros lugares adaptándolo a los recursos existentes en cada comunidad. Esta intervención no solo mejoró los sentimientos de soledad y aislamiento social, sino que mejoró la calidad de vida y disminuyó los síntomas de depresión. Se demostró que, al igual que otros estudios europeos, las intervenciones grupales participativas son las que más efectividad han tenido en el abordaje de la soledad. La mejora en la soledad puede dar una mejor auto percepción de la salud mental. Se debe fomentar el abordaje multidisciplinario en este tipo de patología, tanto de personal de salud como de agentes de otras organizaciones y comunitarios. Cada caso debe de individualizarse. La población adulta mayor que presenta soledad grave se beneficia de una atención individualizada, así como los que presenten alguna limitación física o cognitiva. Esta intervención es eficaz para reducir la percepción de soledad y mejorar la salud de las personas mayores solitarias que viven en la comunidad sobre todo en personas con soledad moderada, no se recomienda en soledad severa no relacionada con su edad o que sea secundaria a limitación funcionales o cognitivas.(Rodríguez-Romero, 2020)

En pacientes institucionalizados en los programas para combatir la soledad también tuvieron resultados positivos en cuando a reducción de la soledad, mejoraron la calidad de vida talleres como jardinería/horticultura, intervención con animales, videoconferencias con familiares, intervención cognitiva, terapia de reminiscencia, terapia de humor y ejercicio físico.(Bermeja & Ausín, 2018).

Otra RS y metaanálisis de 46 estudios cuantitativos y 40 estudios cualitativos se concluye al igual que otras publicaciones las estrategias más efectivas para el

abordaje de la soledad son las intervenciones grupales que incluyan estrategias para afrontar la soledad desde el punto de vista cognitivo, social y conductual.(Sun et al., 2025).

El ensayo clínico aleatorizado (ECA) realizado por Boekhout et al. utilizando la intervención Active Plus, logro reducir la soledad total y social a largo plazo, beneficiándose más la población con edad por arriba de 80 años, la intervención Active plus es una intervención informática para personas adultas mayores independientes, donde se le ofrece 3 consejos a los participantes con enfermedades crónicas de manera virtual. El primer consejo se basa en constructos psicosociales motivacionales como los beneficios de la actividad física con otras personas o acudir a clubes de ejercicio de la comunidad, el segundo consejo orienta al aumento de la autoeficacia y el tercer consejo aborda la planificación de acciones. (Latikka et al., 2021)

Las intervenciones comunitarias son beneficiosas para las personas que viven solos porque mejoran la salud mental, bienestar físico y socioemocional, sobre todo cuando se abordan las categorías de actividad, física, nutrición, relaciones sociales y participación social. (Kim et al., 2024).

4.1.2.5 Promoción del bienestar físico y mental:

En esta categoría se incluyen actividades en centros comunitarios impartidas por instructores capacitados en actividades físicas, recreativas, grupales, se pueden incluir los exergames, y en conjunto con otras actividades. También la incluye la terapia psicológica dada por psicólogos, trabajadores sociales y enfermeras. Ambas intervenciones pueden darse de manera grupal, con enfoques específicos como la reminiscencia, reducción de estrés, manejo del duelo, promoción de la autonomía. Si el usuario puede escoger las actividades, se observó mejor resultado en la mejoría del aislamiento social y la soledad. En esta categoría también se incluye el acompañamiento no humano, como el uso de animales domésticos o virtuales. En 12 estudios reportados con esta intervención se observó mayor impacto en la reducción de la soledad, depresión y ansiedad.(Paquet et al., 2023)

Personas de mayor riesgo de soledad sometidos a grupos de ejercicios como ejercicios de taichí, ejercicios estructurados supervisados, ejercicios aeróbicos de estiramiento y tonificación, se encontró menor soledad en el grupo de intervención que los grupos de control.(Shekelle et al., 2024).

La actividad grupal es más efectiva que las actividades uno a uno para el manejo de adultos mayores aislados, refuerzan la participación social y crea amistades, el taichí qigong es una actividad efectiva y aceptada en adultos mayores frágiles. Es un arte marcial que combina meditación con ejercicio, basado en la medicina tradicional china, potencia la actividad de mente y cuerpo, además de beneficiar en el abordaje de soledad y el aislamiento social el taichí mejora enfermedades respiratorias, cardíacas, metabólicas, DMT2, HTA, trastorno del sueño, estrés emocional entre otras.(Chan et al., 2017).

Chan et al. en su estudio Efectos del taichí qigong en el bienestar psicosocial de ancianos ocultos, utilizando un enfoque de voluntariado vecinal, realizando 2 sesiones semanales durante 3 meses, en donde incluyeron 18 formas de taichí (Imagen #2) con predominio en respiración, mejorar rangos de movilidad, coordinación mente y cuerpo, impartido por profesional en instrucción de taichí qigong, se logró demostrar apoyo social con una red más ampliada, disminuir los sentimientos de soledad y mayor satisfacción por el apoyo recibido (figura #4), observado en la disminución de la puntuación de la escala De Jong Gievenld (figura #3) así como mejoría en el componente físico (figura #5) se ha demostrado mejora los sentimientos de soledad.(Chan et al., 2017).

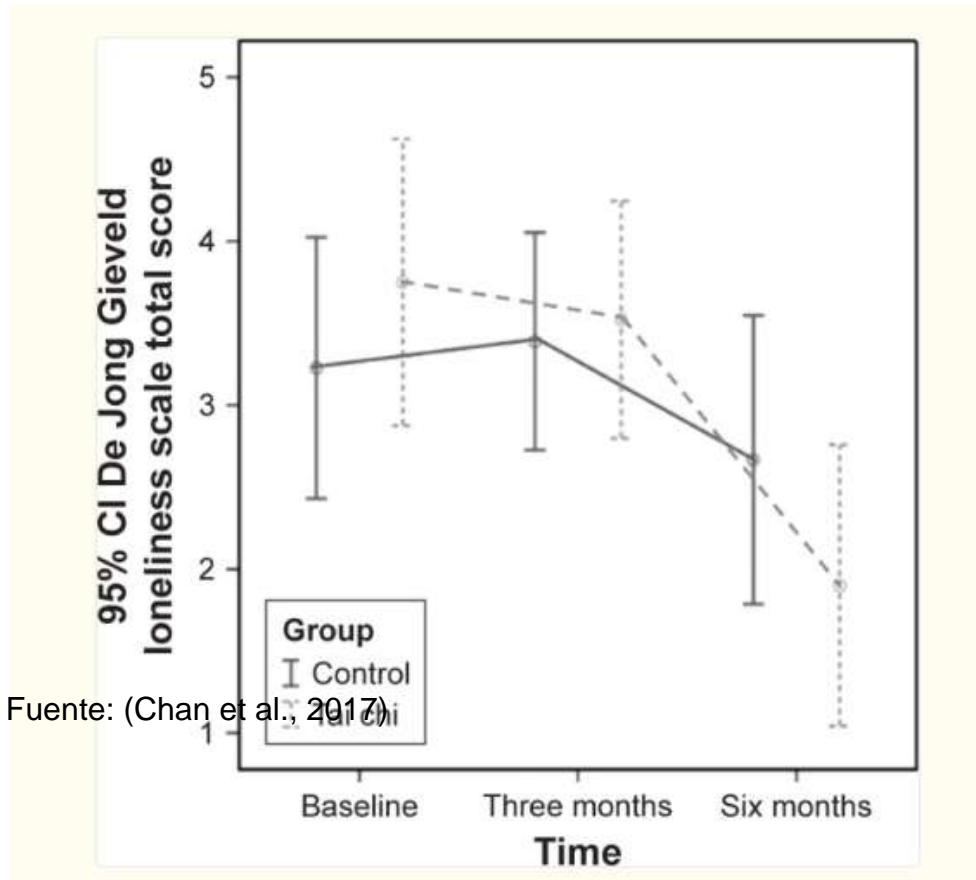
Figura 5. Movimientos de taichí para abordaje del bienestar físico como intervención contra la soledad y el aislamiento social.

Los 18 movimientos del tai chi qigong

1. Forma inicial y regulación de la respiración.
 2. Expandiendo el pecho
 3. Pintar un arcoíris
 4. Los brazos circulares separan las nubes.
 5. Braquial invertido de paso fijo
 6. Remar un bote en medio del lago
 7. Llevar el balón al hombro
 8. Gira el cuerpo para mirar la luna.
 9. Girar la cintura y empujar las palmas.
 10. Paso de caballo y manos de nube
 11. Arrastra el mar y mira el cielo.
 12. Ondas ondulantes
 13. Paloma extendiendo sus alas
 14. Extiende los brazos y golpea.
 15. Ganso salvaje volando
 16. Giro del volante
 17. Rebota la pelota mientras das un paso
 18. Presionar las palmas en calma
-

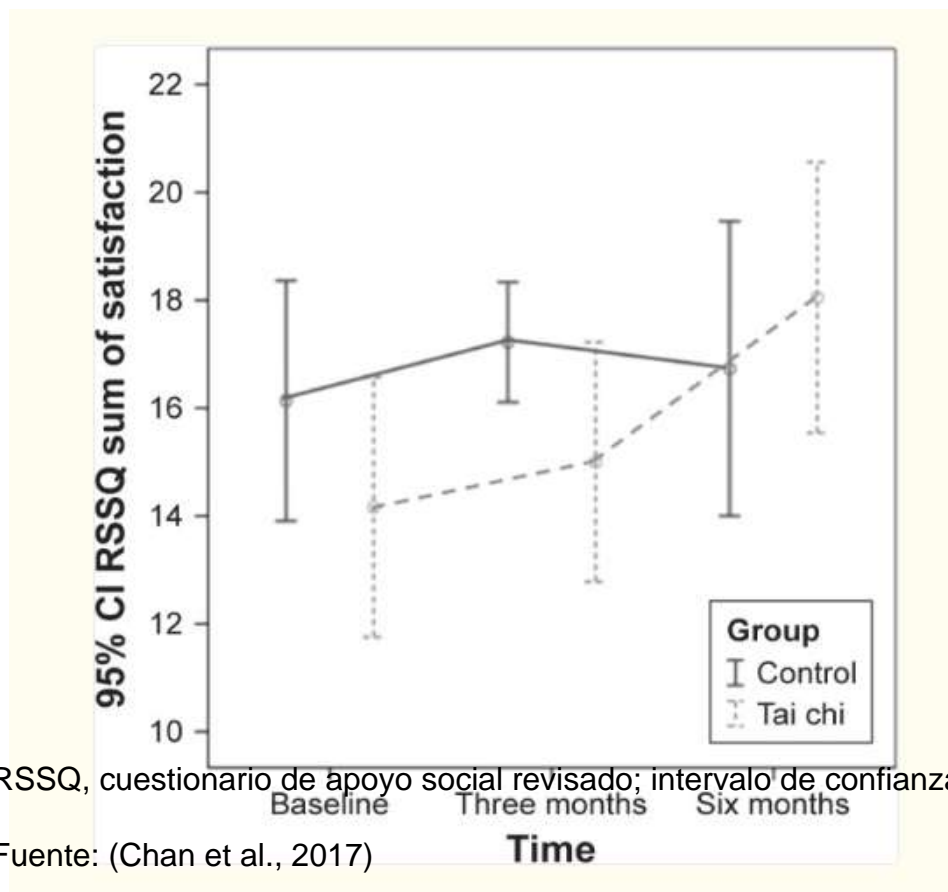
Fuente: (Chan et al., 2017)

Figura 6. Escala de soledad de De Jong Gievelde a través del tiempo entre los grupos de control y de taichí qigong.



Fuente: (Chan et al., 2017)

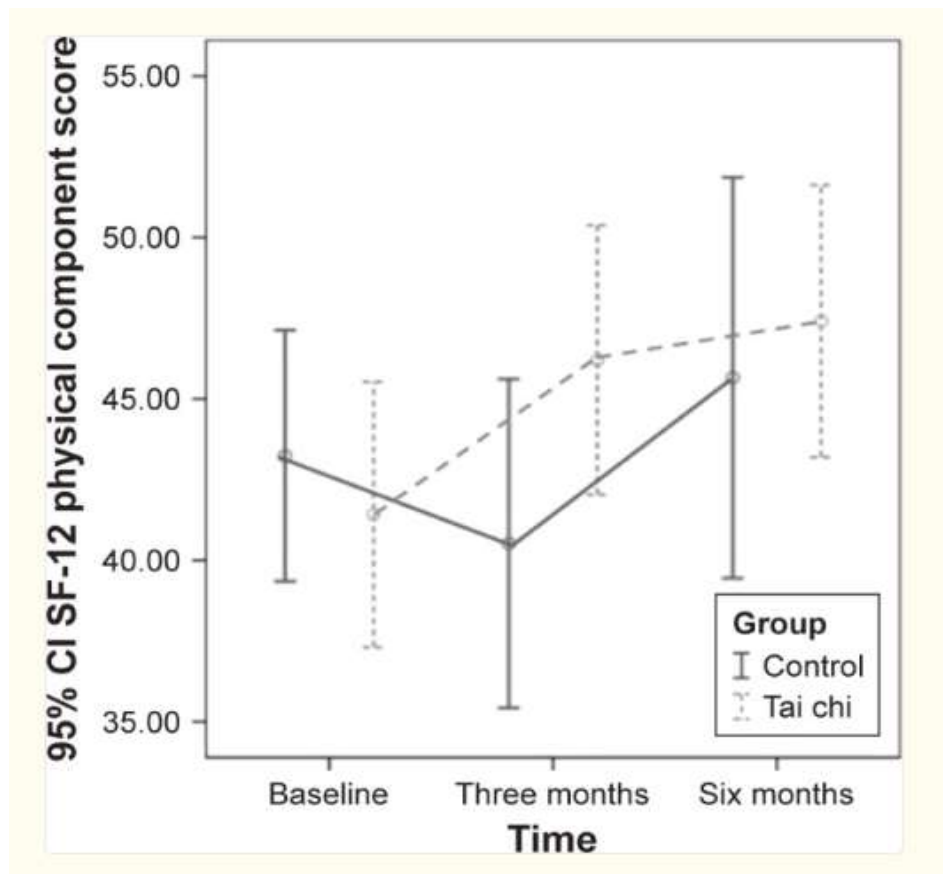
Figura 7. Satisfacción a lo largo del tiempo entre los grupos de control y de taichí qigong.



RSSQ, cuestionario de apoyo social revisado; intervalo de confianza IC.

Fuente: (Chan et al., 2017)

Figura 8: Variación del componente físico a lo largo del tiempo entre los grupos de control y de taichí qigong.



SF-12, Encuesta de salud de formato corto de 12 ítems; intervalo de confianza IC.

Fuente: (Chan et al., 2017)

La mejora de la capacidad física por consiguiente mejora la autonomía de los adultos mayores disminuye el aislamiento social y poder relacionarse con pares u otras generaciones, intervenciones en las que se enseñe a los adultos mayores sobre plan de actividades para mejorar su condición física disminuye los indicadores de exclusión social, así como aumentar la fuerza y movilidad de esta población.(McKay et al., 2018). Se recomienda actividades grupales en donde personal capacitado en acondicionamiento físico para personas adultas mayores imparta al menos por 3 meses sesiones de educación y entrenamiento con un seguimiento mínimo de 6 meses para verificar su continuidad.

En la población frágil también se benefician de programas de actividad física, un estudio japonés, con un programa multicomponente de 8 semanas para promover la actividad física (AF), se incluyó educación para la salud, ejercicio y automonitoreo, para adultos mayores con fragilidad social y pre-fragilidad. Los resultados no mostraron un efecto específico sobre la AF, aunque sí redujeron la soledad.(Gen et al., 2025).

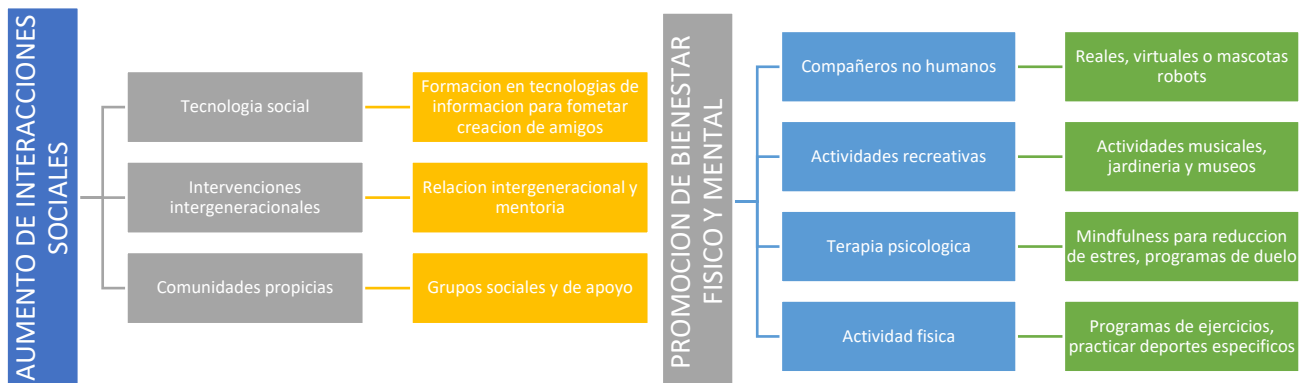
4.1.2.6 Proporcionar apoyo instrumental

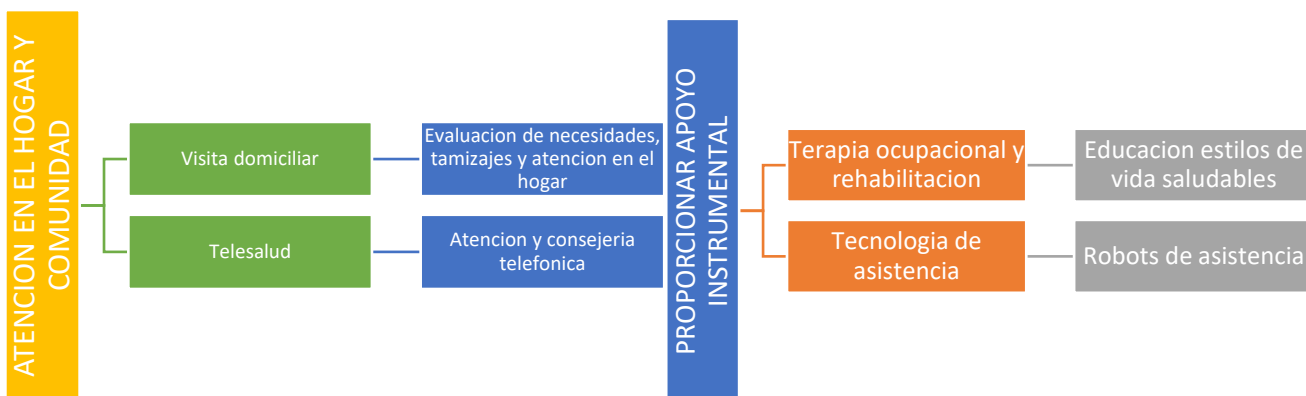
Este grupo de intervención está enfocado en brindar apoyo a personas que además de presentar soledad o aislamiento social presenta alguna limitación funcional o física, con el fin de mejorar su independencia y poder participar de las actividades sociales disponibles, el abordaje holístico y recursos educativos de bienestar fueron los que más resultados tienen. Es una intervención más personalizada en la que se incluye la atención por parte de terapia ocupacional, la tecnología juega un papel importante, ya que puede hacerse uso de robots de asistencia para mejorar la calidad de vida debido a las limitaciones cognitivas y funcionales de estos pacientes con el fin de mejorar sus necesidades sociales de forma independiente, dando una relación emocional de confianza.

4.1.2.7 Atención en el hogar y la comunidad

Algunas intervenciones que se desarrollan en el escenario domiciliario de manera individual por parte del personal de salud, que de forma directa o indirecta aborda la soledad y el aislamiento social de los adultos mayores en el hogar, su meta es facilitar la vida independiente de estos adultos mayores, se puede aprovechar este escenario para la realización de cribado o tamizaje de soledad o aislamiento social. La telemedicina, mensajería de texto y uso web es una opción para este tipo de población que sirven como medios para brindar la atención, reducir síntomas de depresión y como línea de atención en crisis, sobre todo ante sospecha de ideación o intento suicida.

Gráfico #2: Categorías de intervención, tipo de intervención y ejemplos de atención de la soledad y aislamiento social.





Fuente: (Paquet et al., 2023)

Una RS y metaanálisis concluyó que el ejercicio y las intervenciones tecnológicas en la comunidad presentaron la mayor precisión con valores pequeños, mientras que la terapia con animales en cuidados a largo plazo presentó el mayor valor de supervivencia, combinar el ejercicio con otras intervenciones da mejor beneficio. Por la alta heterogeneidad y el reducido número de estudios, los resultados deben de interpretarse con cautela. (Hoang et al., 2022).

Las intervenciones del grupo de interacciones sociales y promoción del bienestar físico y mental fueron las que mayor efectividad se ha demostrado. Las intervenciones grupales son más efectivas que las individuales, ya que promueven el aumento de redes sociales y disminución del sentimiento de soledad, junto con un enfoque educativo y de formación de habilidades. El incluir a los adultos mayores en la planificación, desarrollo e implementación de estas intervenciones mejora aún más la efectividad de estas actividades.

En general, cualquier intervención orientada a reducir la soledad puede resultar beneficiosa. Sin embargo, según una revisión sistemática y metaanálisis realizada en el Reino Unido por Patil y Braun et al., las estrategias más eficaces fueron aquellas de tipo multicomponente, mostrando una efectividad del 63 %. Estas incluyeron programas con terapias de reminiscencia y técnicas de reducción del estrés basadas en mindfulness. También se destacaron los enfoques asistidos por

animales (ya fueran reales, robóticos o virtuales) como intervenciones eficaces para mitigar la soledad. Además, el 85 % de las intervenciones dirigidas a mejorar habilidades sociales, fortalecer el apoyo social, ampliar oportunidades de interacción y modificar creencias sociales disfuncionales mostraron impacto positivo. Las intervenciones individuales más efectivas fueron aquellas centradas en la modificación de cogniciones sociales desadaptativas, al facilitar a las personas mayores solitarias la creación de vínculos más sólidos y generar nuevas oportunidades de interacción social. (Patil & Braun, 2024).

Se hace necesaria la creación de un inventario a nivel comunitario para poder tener certeza de los recursos con los que cuentan los adultos mayores con esta patología y poder direccionarlos de acuerdo a sus necesidades.

4.2 Proponer un flujograma de abordaje de la soledad y/o aislamiento social en el adulto mayor aplicable en atención primaria.

Según la revisión presentada y las proyecciones de la Organización Mundial de la Salud, se estima que para el año 2030, una de cada seis personas tendrá más de 60 años. De este grupo, se prevé que la mitad (50%) presentará factores de riesgo para desarrollar soledad o aislamiento social, y entre un 5% y un 30% experimentará efectivamente una o ambas condiciones.

Esta realidad subraya la necesidad de evaluar a todas las personas adultas mayores (consideradas mayores de 65 años en nuestro contexto) al menos una vez al año. El objetivo es identificar de forma objetiva los factores de riesgo de soledad y aislamiento social para optimizar el uso de los recursos disponibles. En caso de identificar la presencia de estos factores de riesgo, se procederá a una evaluación y abordaje más detallado.

Como se desprende de las definiciones, una persona adulta mayor puede experimentar soledad incluso si cuenta con redes de apoyo social, y aislamiento social (carencia o deficiencia de redes) no siempre implica sentirse solo, aunque a menudo están relacionados. El aspecto clave que diferencia la soledad del aislamiento social es, precisamente, la presencia o ausencia de redes de apoyo. El aislamiento social se caracteriza por la falta o insuficiencia de estas redes, mientras

que la soledad es una sensación subjetiva de desconexión que puede presentarse a pesar de tener contactos sociales.

Dada esta distinción fundamental, resulta indispensable realizar una valoración multidimensional en cada consulta. Dentro de esta evaluación, la dimensión social es crucial, ya que permite determinar si la persona cuenta con redes de apoyo. Identificar si existen o no estas redes nos orientará para diferenciar si la situación del adulto mayor se inclina hacia el aislamiento social (problema objetivo de red) o hacia la soledad (problema subjetivo de percepción, independientemente de la red).

Para identificar la soledad se cuenta con diferentes escalas, entre la más sencilla de utilizar por su rapidez, validez a nivel internacional, utilizada en tanto práctica clínica como en investigación es la escala de la UCLA-3, misma que aborda 3 dimensiones: conexión social, conexión relacional y aislamiento auto percibido, nos permite clasificar la soledad en leve, moderada y severa.

Para identificar el aislamiento social la Escala de Red Social de Lubben-6 (Lubben-6) es un instrumento breve y de fácil aplicación, compuesto por 6 ítems, que ha sido validado en múltiples idiomas y contextos. Esta escala se utiliza para valorar el apoyo social percibido por el adulto mayor, poniendo énfasis en la estructura de su red social, la intensidad del contacto con sus miembros y la frecuencia de estas interacciones.

Evaluar la red de apoyo social es de vital importancia, respaldado por meta-análisis que demuestran que los individuos con redes sociales deficientes tienen un 50% más de probabilidades de morir que aquellos con una buena red social. La escala Lubben-6 es una herramienta eficaz para identificar la presencia, cercanía y frecuencia de las interacciones dentro de la red social, factores clave relacionados con el riesgo de aislamiento social. Las puntuaciones bajas en esta escala se asocian con un mayor riesgo de mortalidad e ingresos hospitalarios, mientras que las puntuaciones altas indican una mejor calidad de vida para el adulto mayor. Adicionalmente, la escala permite clasificar el riesgo de aislamiento social en niveles: alto, moderado y bajo riesgo.

Diferenciar los grados de riesgo de aislamiento social y la severidad de la soledad en el adulto mayor es decisivo para orientar las intervenciones de forma efectiva. Como se destaca en esta revisión, los adultos mayores con altos niveles de soledad y riesgo de aislamiento social no relacionada con barreras de socialización generadas por el envejecimiento, presentan un incremento en la mortalidad asociada a sus comorbilidades, así como mayor riesgo de desarrollar otras. Por ello, se requiere un abordaje individualizado y multidisciplinario para ambas condiciones.

Este enfoque multidisciplinario permite identificar cuál es el área de mayor afectación en cada adulto mayor y así dirigir la intervención principal hacia la disciplina más adecuada según su necesidad específica. Por ejemplo: si la soledad o el aislamiento se relaciona principalmente con la falta de redes sociales, acompañamiento, o se evidencian signos de negligencia o abandono, el seguimiento podría ser liderado por Trabajo Social. Si la mayor afectación proviene de complicaciones de sus comorbilidades, el médico familiar continuaría con el abordaje principal. Si la soledad o el aislamiento social se deben significativamente a limitaciones funcionales, el adulto mayor se beneficiaría de la rehabilitación o terapia ocupacional. Es importante destacar que esto no significa que las demás disciplinas dejen de intervenir, sino que su control y seguimiento podrían ser menos frecuentes, ajustándose el plan general a la necesidad principal identificada.

En contraste con el abordaje para casos de alto riesgo y severidad, en adultos mayores con menores grados de soledad y riesgo de aislamiento social, las intervenciones grupales se perfilan como una estrategia particularmente beneficiosa, según lo revisado en este trabajo. Estas intervenciones, como la terapia de reminiscencia o los talleres creativos, han demostrado ser efectivas, llegando a reducir la soledad en un 20-30%.

Las modalidades de intervención grupal más comunes incluyen actividades presenciales, programas de apoyo social, entrenamiento en habilidades sociales y el uso de tecnologías como las videollamadas. La eficacia de estos enfoques grupales radica en su capacidad para fomentar las interacciones sociales y facilitar

la creación de nuevas redes, ya sean virtuales, presenciales o intergeneracionales. Adicionalmente, diversos estudios han evidenciado que estas intervenciones no solo mejoran la soledad y el aislamiento social, sino que también impactan positivamente en la salud mental, contribuyendo a la reducción de la ansiedad y la depresión en los adultos mayores.

Programas grupales evidenciaron que son más efectivos los que presentan diferentes temáticas y no una en específico, un metaanálisis mostró que las intervenciones multicomponentes tuvieron un efecto modesto pero significativo en la reducción de la soledad, programas como Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) reduce la soledad y la expresión de genes proinflamatorios en adultos mayores, con una reducción de soledad significativa vs. grupo control y una menor actividad de genes proinflamatorio correlacionando la disminución de la soledad con la disminución de agentes proinflamatorios.

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) grupal se plantea como una intervención eficaz, con efectos que varían de moderados a fuertes. Su efectividad puede optimizarse significativamente al combinar componentes psicológicos (propios de la TCC) con componentes sociales, como, por ejemplo, mediante la realización de actividades intergeneracionales.

Dentro de las modalidades, una TCC breve administrada en línea ha demostrado ser la más efectiva para reducir la soledad. Esta intervención en línea no solo aborda la soledad, sino que también aporta beneficios adicionales notables para la salud mental, siendo particularmente ventajosa para aquellos adultos mayores que albergan pensamientos negativos acerca de las relaciones o que perciben una falta de competencias interpersonales.

Otra intervención son las intervenciones comunitarias que mejoraron significativamente la interacción social, la salud mental y la calidad de vida general de los adultos mayores que viven solos, estas se realizan de manera presencial e incluye el aporte tanto institucional como comunal abordando diferentes temáticas y utilizando diferentes estrategias como TCC, actividad física, intergeneracional, talleres manuales entre otros.

El uso de TIC es una opción más para el abordaje de la soledad y el aislamiento social, las videollamadas, robots sociales, sensores, y plataformas digitales pueden contribuir a reducir el aislamiento social y soledad con una efectividad moderada, dependiendo del uso con resultados son variados. La frecuencia de las llamadas, la familiaridad de los usuarios con la tecnología y el soporte técnico son factores importantes que influyen la efectividad. Los efectos positivos dependen del tipo de tecnología, su implementación, la aceptabilidad por parte del usuario y el nivel de interacción humana involucrada, la personalización y el apoyo técnico continuo son factores clave para mejorar su impacto.

La actividad física representa otra intervención eficaz en el abordaje de la soledad y el aislamiento social en la población adulta mayor. En particular, una intervención multifacética centrada en la actividad física ha demostrado ser efectiva para mejorar la participación social y reducir la soledad en adultos mayores con fragilidad social.

Este hallazgo resalta la importancia de implementar programas que integren componentes tanto físicos como sociales. Los participantes en dicha intervención mostraron mejoras significativas en sus niveles de actividad física y una reducción marcada en los sentimientos de soledad, en comparación con el grupo de control. Esto sugiere que combinar el movimiento con oportunidades de interacción social potencia los beneficios para combatir la soledad y el aislamiento.

El taichí qigong es una actividad efectiva y aceptada en adultos mayores frágiles, es un arte marcial que combina meditación con ejercicio, además de beneficiar en el abordaje de soledad y el aislamiento social el taichí mejora enfermedades respiratorias, cardíacas, metabólicas, DM2, HTA, trastorno del sueño, estrés emocional entre otras, además logró demostrar apoyo social con una red más ampliada, disminuir los sentimientos de soledad y mayor satisfacción por el apoyo recibido.

No existe una "solución única"; las intervenciones deben adaptarse al contexto y perfil del adulto mayor. Las estrategias más prometedoras combinan apoyo social activo con enfoques psicológicos, con seguimiento al menos a los 6

meses, estas deben ser multidisciplinarias y comunales enfocadas en base a condición del adulto mayor.

A continuación se describe el paso a paso para la aplicación de flujograma propuesto:

PASO1: se debe aplicar a todo adulto mayor que consulte por cualquier causa a un servicio de salud al menos una vez al año.

PASO 2: valoración de factores de riesgo para soledad y/o aislamiento social, de no encontrarse factores de riesgo continuar con la atención cuadrifuncional del adulto mayor. Si existen factores de riesgo pasar al paso 3.

PASO 3: valoración de redes de apoyo, consultar al adulto mayor sobre redes de apoyo primaria y secundaria. De no disponer de redes de apoyo, nos identifica al usuario en aislamiento social dirigiéndolo al paso 4, de contar con redes de apoyo el usuario presenta soledad, por lo que se continua al paso 5.

PASO 4: se le aplica la escala de Lubben-6 para clasificar el grado de aislamiento social.

PASO 5: se aplica la escala de UCLA-3 para clasificar el grado de soledad.

PASO 6: Si se presenta un grado de aislamiento social severo o soledad severa, se debe referir al usuario a atención multidisciplinaria individual, con el objetivo de detectar qué dimensión es la más afectada y dirigir los esfuerzos terapéuticos, sociales y otros en función de su afectación más prioritaria.

PASO 7: Terapia ocupacional mejorar reincorporación social, promover autonomía, mejorar el autocuidado.

PASO 8: Rehabilitación para usuarios con limitación funcional que sea el motivo de su aislamiento social o soledad.

PASO 9: Derivado de la atención disciplinaria continuar en control con la especialidad que mas requiere el adulto mayor.

PASO 10: Presenta un grado de soledad o aislamiento social leve-moderado, por lo que es candidato a programas grupales según su necesidad.

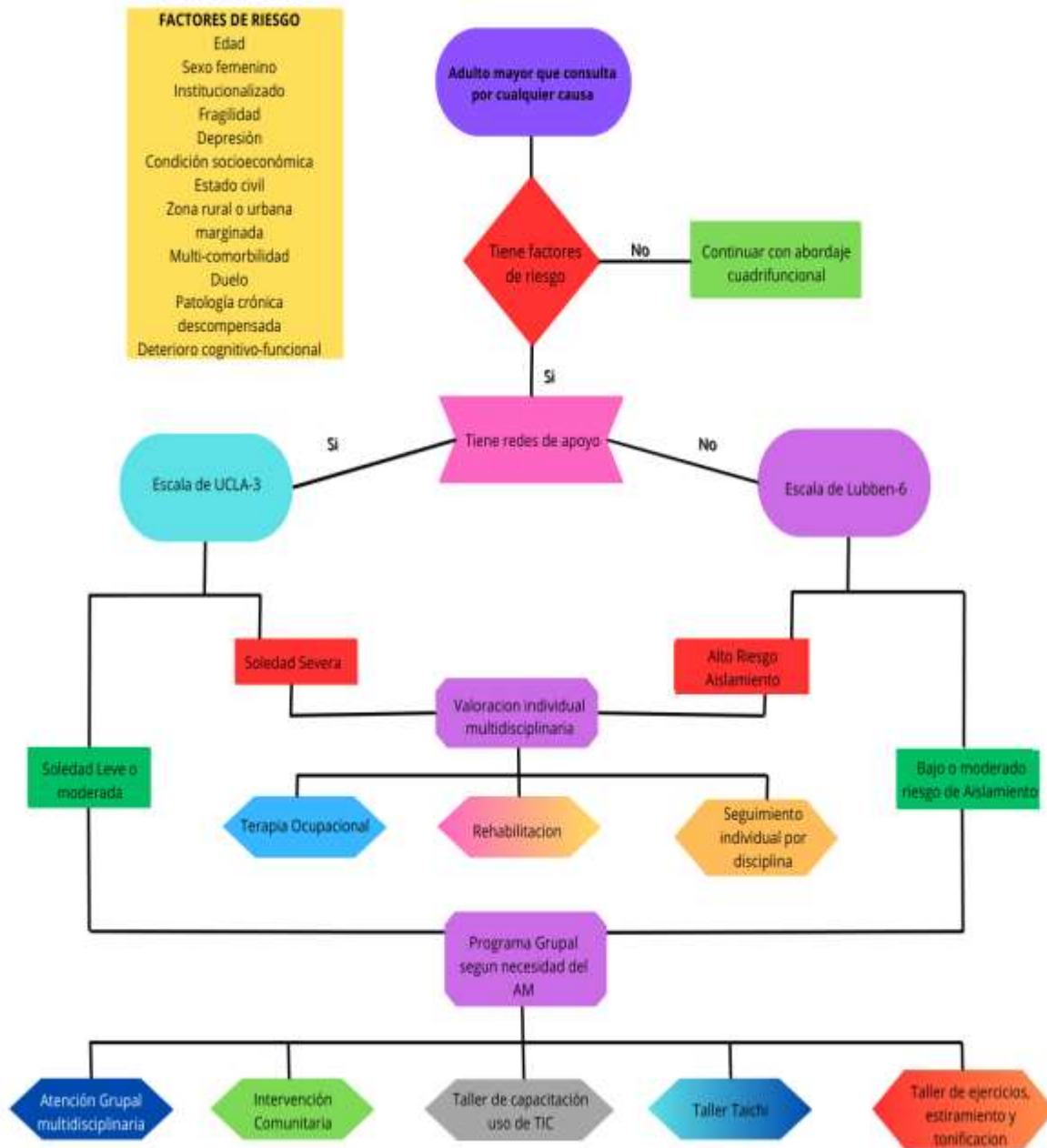
PASO 11: Atención grupal multidisciplinaria para usuarios sin limitación funcional que puedan acudir a sesiones presenciales.

PASO 12: Intervención comunitaria, programa interinstitucional para abordaje en diferentes temáticas para usuarios sin limitación funcional que puedan acudir presencialmente.

PASO 13: Taller para uso de tecnologías de información y comunicación, para usuarios con capacidad en uso de tecnología y con recursos tecnológicos (internet, computadora, teléfonos inteligentes, tabletas).

PASO 14: Taichi, para usuarios con capacidad funcional aunque sean frágiles que puedan acudir a actividad presencial, su prioridad es mejorar su bajo la enfoque cuerpo y mente.

PASO 15: Taller de ejercicios, estiramiento y tonificación, para adultos mayores que requieran mejorar su estado físico y mejora de socialización.



Fuente:

CAPÍTULO 5. Conclusiones y recomendaciones

5.1 Conclusiones

No todas las personas mayores experimentan la soledad de la misma manera o en el mismo grado y, por lo tanto, existe una necesidad apremiante de adaptar las intervenciones para satisfacer las necesidades individuales. (Fakoya et al., 2020)

Luego de la amplia revisión realizada podemos concluir que la soledad es una condición que se remonta desde mucho tiempo atrás y es resultado a la necesidad de los humanos a permanecer unidos o en contacto por lo que al no presentarse puede desarrollar cambios en todas las dimensiones funcionales de la persona.

La disminución de la natalidad y el cambio de la pirámide población evidencian un aumento en la población adulta mayor, por lo que la soledad y el aislamiento social están en aumento a nivel mundial.

Tanto la OMS como los organismos institucionales de países desarrollados visualizan a la soledad y el aislamiento social como un problema de salud que deber ser abordado de manera inmediata con el fin de prevenir la prevalencia de estas condiciones.

La definición de soledad y aislamiento social es de vital importancia para la selección de estrategias para su abordaje.

Existen factores de riesgo socio demográficos, biológicos y sociales que se deben conocer a la hora de atención de la población adulta mayor con el fin de identificar de forma temprana la soledad y o el aislamiento social en esta población.

Los adultos mayores institucionalizados pueden tener un porcentaje mayor de exposición a la soledad, con un aumento de 1,3 veces más cuando presenta caídas o fragilidad.

El deterioro cognitivo, la mala salud, las mujeres, la depresión, las viudas, los solteros, la institucionalización y la residencia rural se asocian con un alto riesgo de soledad.

La soledad y aislamiento social están relacionados con múltiples comorbilidades y se asocian a un aumento de la mortalidad en diferentes causas en donde se deben de tener en cuenta, sobre todo, riesgo cardiovascular, demencia, depresión, entre otras.

La soledad y el aislamiento social están directamente relacionados con la depresión, cuando se presente es de más difícil manejo y remisión.

La evidencia es clara en la asociación de soledad y demencia que asocia a una, pero condición cognitiva en múltiples dominios.

Existen muchas escalas para el diagnóstico o sospecha de la soledad y el aislamiento social, en donde la escala de la UCLA es la más validada a nivel mundial para soledad por su facilidad de aplicación, y la escala de aislamiento social del diagnóstico de aislamiento social.

Las intervenciones más efectivas para el abordaje de la soledad son las modalidades grupales en donde se aborden diferentes tópicos y de ser posible que los adultos mayores formen parte en su organización y aplicación.

La intervención comunitaria demostró mayor eficiencia en la categoría grupal, programas de taichí en la categoría de bienestar físico, la educación en TIC desde el punto de vista tecnológico y la de uso de animales de compañía también pueden beneficiar su manejo.

Aunque el uso de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) ha mostrado cierto beneficio en la intervención contra la soledad y el aislamiento social, en el contexto local existen limitaciones importantes. Una gran parte de la población adulta mayor presenta bajos niveles educativos e incluso analfabetismo, lo que dificulta su participación en programas virtuales. Además, el acceso limitado a internet y a dispositivos electrónicos, así como las dificultades que muchos adultos mayores enfrentan al interactuar con la tecnología, representan barreras significativas para implementar de manera efectiva intervenciones grupales o individuales virtuales.

Para grados de soledad o aislamiento social, al igual que pacientes con limitaciones funcionales o cognitivas, se recomienda el abordaje individual.

El apoyo instrumental, terapia ocupacional y rehabilitación se recomiendan a usuarios de manera individualizada que presenten alteración funcional o cognitiva.

El uso de un flujograma en atención primaria puede beneficiar a la población adulta mayor a identificar la soledad en estadios tempranos y su derivación a las organizaciones o programas comunales para su abordaje según sus necesidades.

5.2 Recomendaciones

A nivel país, se debe de incluir dentro de la política de atención integral del adulto mayor el tamizaje y diagnóstico temprano de la soledad y o aislamiento social.

Valorar la posibilidad de creación de una prescripción social, al igual que en otros países desarrollados, una posibilidad es abrir un departamento en el servicio de 911 para el apoyo y redirección de usuarios que acudan por estas patologías.

Por medio del CONAPAM realizar un inventario a nivel nacional de las organizaciones tanto institucionales como no gubernamentales sobre los servicios hacia el adulto mayor, así como los programas ofrecidos para derivar a los usuarios con estas patologías.

A nivel institucional, la creación o inclusión dentro del programa de atención integral del adulto mayor, el tamizaje de soledad o aislamiento social con la escala de UCLA.

A nivel regional y local, sensibilizar a todo el personal de atención primaria la búsqueda de factores de riesgo o sospecha de adultos mayores con soledad o aislamiento social.

A nivel comunitario realizar enlaces interinstitucionales, municipalidad, ministerio de salud, ministerio de educación, ministerio de justicia, organizaciones no gubernamentales, fundaciones y otros la realización de programas de intervención comunitaria para adultos mayores en soledad o aislamiento social.

A nivel local, incluir en las visitas domiciliarias la búsqueda de soledad o aislamiento social de adultos mayores en este escenario, tanto de Ebais como ATAP.

Dado el diseño metodológico y las características poblacionales de los estudios analizados, no se ha logrado consolidar una evidencia con alto grado de fuerza. Por ello, se sugiere realizar una valoración individual de cada usuario para determinar la intervención más adecuada según sus necesidades, considerando los recursos disponibles en el servicio de salud.

CAPÍTULO 6. Referencias:

- Agarwal, G., Pirrie, M., Gao, A., Angeles, R., & Marzaneck, F. (2021). Subjective social isolation or loneliness in older adults residing in social housing in Ontario: A cross-sectional study. *CMAJ Open*, *9*(3), E915. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20200205>
- Albasheer, O., Abdelwahab, S. I., Zaino, M. R., Altraifi, A. A. A., Hakami, N., El-Amin, E. I., Alshehri, M. M., Alghamdi, S. M., Alqahtani, A. S., Alenazi, A. M., Alqahtani, B., Alhowimel, A., Uddin, S., Khalafalla, H. E. E., & Medani, I. E. (2024). The impact of social isolation and loneliness on cardiovascular disease risk factors: A systematic review, meta-analysis, and bibliometric investigation. *Scientific Reports*, *14*, 12871. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-63528-4>
- Alonso-González, A., Martínez-Qués, Á. A., Salgado-Babarro, L., Vázquez-Domínguez, C., Ramos-Cid, Á., López-Pérez, M. del C., Alonso-González, A., Martínez-Qués, Á. A., Salgado-Babarro, L., Vázquez-Domínguez, C., Ramos-Cid, Á., & López-Pérez, M. del C. (2023). Soledad y aislamiento social en personas mayores de una población rural de Galicia. *Gerokomos*, *34*(4), 222–228.
- Arruebarrena, A. V., & Cabaco, A. S. (2020). La soledad y el aislamiento social en las personas mayores. *Studia Zamorensia*, *19*, 15–32.
- As, B. A. L. V., Imbimbo, E., Franceschi, A., Menesini, E., & Nocentini, A. (2022). The longitudinal association between loneliness and depressive symptoms in the elderly: A systematic review. *International Psychogeriatrics*, *34*(7), 657–669. <https://doi.org/10.1017/S1041610221000399>
- Balshem, H., Helfand, M., Schünemann, H. J., Oxman, A. D., Kunz, R., Brozek, J., Vist, G. E., Falck-Ytter, Y., Meerpohl, J., Norris, S., & Guyatt, G. H. (2011). GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *Journal of Clinical Epidemiology*, *64*(4), 401–406. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.07.015>
- Berg-Weger, M., & Morley, J. E. (2020). Loneliness in Old Age: An Unaddressed Health Problem. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, *24*(3), 243–245. <https://doi.org/10.1007/s12603-020-1323-6>

- Beridze, G., Ayala, A., Ribeiro, O., Fernández-Mayoralas, G., Rodríguez-Blázquez, C., Rodríguez-Rodríguez, V., Rojo-Pérez, F., Forjaz, M. J., & Calderón-Larrañaga, A. (2020). Are Loneliness and Social Isolation Associated with Quality of Life in Older Adults? Insights from Northern and Southern Europe. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), Article 22. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228637>
- Bermeja, A. I., & Ausín, B. (2018). Programas para combatir la soledad en las personas mayores en el ámbito institucionalizado: Una revisión de la literatura científica. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 53(3), 155–164. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.05.006>
- Boston College School of Social Work. (2025). *Versiones de la LSNS - Facultad de Trabajo Social*. Boston College. <https://www.bc.edu/bc-web/schools/ssw/sites/lubben/description/versions-of-the-lsns.html>
- Bt, K., Sf, G., Dc, N., P, D., Ka, C., A, K., G, A., JI, S., & Sm, S. (2025). A randomized controlled trial comparing brief online self-guided interventions for loneliness. *Journal of consulting and clinical psychology*, 93(1). <https://doi.org/10.1037/ccp0000908>
- Buz, J., & Prieto Adánez, G. (2013). Análisis de la Escala de Soledad de De Jong Gierveld mediante el modelo de Rasch. *Universitas Psychologica*, 12(3), 971–981.
- Chan, A. W., Yu, D. S., & Choi, K. C. (2017). Effects of tai chi qigong on psychosocial well-being among hidden elderly, using elderly neighborhood volunteer approach: A pilot randomized controlled trial. *Clinical Interventions in Aging*, 12, 85. <https://doi.org/10.2147/CIA.S124604>
- Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM). (2023). CONAPAM Modalidades de atención [CONAPAM Modalidades de atención]. CONAPAM. <https://conapam.go.cr/modalidades-de-atencion/>
- Corzo Salazar, C., & Oviedo Copca, A. S. (2018). *Antecedentes Históricos de la soledad* [Antecedentes Históricos de la soledad]. Antecedentes Históricos de la soledad. <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/prepa3/n9/p2.html>

- Creswell, J. D., Irwin, M. R., Burkclund, L. J., Lieberman, M. D., Arevalo, J. M. G., Ma, J., Breen, E. C., & 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. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2012.07.006>
- Deol, E. S., Yamashita, K., Elliott, S., Malmstorm, T. K., & Morley, J. E. (2022). Validation of the ALONE Scale: A Clinical Measure of Loneliness. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, *26*(5), 421–424. <https://doi.org/10.1007/s12603-022-1794-8>
- Ds, Y., Pw, L., Rs, L., F, K., A, C., & W, W. (2023). Effects of non-pharmacological interventions on loneliness among community-dwelling older adults: A systematic review, network meta-analysis, and meta-regression. *International journal of nursing studies*, *144*. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104524>
- Fakoya, O. A., McCorry, N. K., & Donnelly, M. (2020). Loneliness and social isolation interventions for older adults: A scoping review of reviews. *BMC Public Health*, *20*, 129. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8251-6>
- Freedman, A., & Nicolle, J. (2020). Social isolation and loneliness: The new geriatric giants: Approach for primary care. *Canadian Family Physician*, *66*(3), 176.
- Gen, A., Higuchi, Y., Ueda, T., Hashimoto, T., Kozuki, W., Murakami, T., & Ishigami, M. (2025). Intervention for Social Frailty Focusing on Physical Activity and Reducing Loneliness: A Randomized Controlled Trial. *Clinical Interventions in Aging*, *20*, 43. <https://doi.org/10.2147/CIA.S491979>
- Gené-Badia, J., Comice, P., Belchín, A., Erdozain, M. Á., Cáliz, L., Torres, S., & Rodríguez, R. (2019). Perfiles de soledad y aislamiento social en población urbana. *Atencion Primaria*, *52*(4), 224. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.09.012>
- Gené-Badia, J., Ruiz-Sánchez, M., Obiols-Masó, N., Oliveras Puig, L., & Lagarda Jiménez, E. (2016). Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria? *Atención Primaria*, *48*(9), 604–609. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.03.008>

- Granero, M., Perman, G., Peña, F. V., Barbaro, C. A., Zozaya, M. E., Infantino, V. S. M., Abdul, D., Giardini, G. S., Ramos, R. E., & Terrasa, S. A. (2020). Validación de la versión en español de la Escala de Red Social Lubben-6. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba*, 77(4), Article 4. <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v77.n4.28775>
- Gupta, S. (2014). *Just Say Hello—Fight Loneliness* [The Most Powerful Way to Combat Loneliness]. The Most Powerful Way to Combat Loneliness. <https://www.oprah.com/relationships/just-say-hello-fight-loneliness>
- Harrington, K. D., Vasan, S., Kang, J. eun, Sliwinski, M. J., & Lim, M. H. (2023). Loneliness and cognitive function in older adults without dementia: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Alzheimer's disease: JAD*, 91(4), 1243. <https://doi.org/10.3233/JAD-220832>
- Hernández-Ascanio, J., Torres, L. Á. P., Rich-Ruiz, M., Roldán-Villalobos, A. M., Torres, C. P., Puertos, P. E. V., & Además De Los Autores, el equipo de trabajo que ha participado en el proyecto de investigación asociado a este artículo (Grupo colaborativo del estudio As. (2021). Condicionantes para el abordaje del aislamiento social y la soledad de adultos mayores no institucionalizados desde atención primaria de salud. *Atencion Primaria*, 54(2), 102218. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102218>
- Hoang, P., King, J. A., Moore, S., Moore, K., Reich, K., Sidhu, H., Tan, C. V., Whaley, C., & McMillan, J. (2022). Interventions Associated With Reduced Loneliness and Social Isolation in Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Network Open*, 5(10), e2236676. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.36676>
- Hosseini, L., Froelicher, E. S., Nia, H. S., & Farahani, M. A. (2021). Psychometrics of Persian version of the 11 items De Jong Gierveld loneliness scale among an Iranian older adults population. *BMC Public Health*, 21, 2056. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12068-x>

- Hounkpatin et al. (2024). *Multiple long-term conditions, loneliness and social isolation: A scoping review of recent quantitative studies—ClinicalKey*. <https://www-clinicalkey-es.binasss.idm.oclc.org/#!/content/journal/1-s2.0-S0167494324000232>
- Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkey, L. C., & 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. <https://doi.org/10.1177/0164027504268574>
- INEC. (2023). *Infografía. 2023. Día Internacional de la Persona Adulta Mayor. Un vistazo a nuestra población mayor.* | INEC. Infografía. 2023. Día Internacional de la Persona Adulta Mayor. Un vistazo a nuestra población mayor. | INEC. <https://inec.cr/multimedia/infografia-2023-dia-internacional-la-persona-adulta-mayor-un-vistazo-nuestra-poblacion>
- INEC. (2024a). *Estadísticas Demográficas. 2024. Infografía. Estimaciones y proyecciones de población 1950-2100. La Costa Rica de ayer, hoy y mañana.* INEC. <https://inec.cr/multimedia/estadisticas-demograficas-2024-infografia-estimaciones-proyecciones-poblacion-1950-2100>
- INEC. (2024b). *Infografía. 2024. Día de la Persona Adulta Mayor. Cuidados y desafíos: Por una vejez digna.* INEC. <https://inec.cr/multimedia/infografia-2024-dia-la-persona-adulta-mayor-cuidados-desafios-una-vejez-digna>
- Jj, M., D, T., V, G., & C, C. (2024). Loneliness impact on healthcare utilization in primary care: A retrospective study. *Journal of healthcare quality research*, 39(4). <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2024.04.001>
- Kabat-Zinn, J. (2017). *Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) Authorized Curriculum Guide*. Center for Mindfulness in Medicine, HealthCare, and Society (CFM) University of Massachusetts Medical School; pdf. <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://mbsr.website/sites/default/files/docs/mbsr-curriculum-guide-2017.pdf>

- Kim, I., An, H., Yun, S., & Park, H. Y. (2024). Effectiveness of community-based interventions for older adults living alone: A systematic review and meta-analysis. *Epidemiology and Health*, 46, e2024013. <https://doi.org/10.4178/epih.e2024013>
- Kusumota, L., Diniz, M. A. A., Ribeiro, R. M., Silva, I. L. C. da, Figueira, A. L. G., Rodrigues, F. R., & Rodrigues, R. A. P. (2022). Impact of digital social media on the perception of loneliness and social isolation in older adults. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 30, e3573. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5641.3526>
- Latikka, R., Rubio-Hernández, R., Lohan, E. S., Rantala, J., Fernández, F. N., Laitinen, A., & Oksanen, A. (2021). Older Adults' Loneliness, Social Isolation, and Physical Information and Communication Technology in the Era of Ambient Assisted Living: A Systematic Literature Review. *Journal of Medical Internet Research*, 23(12), e28022. <https://doi.org/10.2196/28022>
- Lynn, D. (2019). *Cómo tratar médicamente la soledad* [¿Existe un tratamiento médico para la soledad?]. AARP. <https://www.aarp.org/espanol/salud/enfermedades-y-tratamientos/info-2019/tratamiento-medico-para-curar-soledad.html>
- Malcolm, M., Frost, H., & Cowie, J. (2019). Loneliness and social isolation causal association with health-related lifestyle risk in older adults: A systematic review and meta-analysis protocol. *Systematic Reviews*, 8(1), 48. <https://doi.org/10.1186/s13643-019-0968-x>
- Martín Roncero, U., & González-Rábago, Y. (2021). Soledad no deseada, salud y desigualdades sociales a lo largo del ciclo vital. *Gaceta Sanitaria*, 35(5), 432–437. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.07.010>
- Martínez Rebollar, A., & Campos Francisco, W. (2015). Correlación entre Actividades de Interacción Social Registradas con Nuevas Tecnologías y el grado de Aislamiento Social en los Adultos Mayores. *Revista mexicana de ingeniería biomédica*, 36(3), 181–191. <https://doi.org/10.17488/RMIB.36.3.4>
- McKay, H., Nettlefold, L., Bauman, A., Hoy, C., Gray, S. M., Lau, E., & Sims-Gould, J. (2018). Implementation of a co-designed physical activity program for older adults:

Positive impact when delivered at scale. *BMC Public Health*, 18, 1289.
<https://doi.org/10.1186/s12889-018-6210-2>

Meshi, D., Cotten, S. R., & Bender, A. R. (2020). *Problematic Social Media Use and Perceived Social Isolation in Older Adults: A Cross-Sectional Study*.
<https://dx.doi.org/10.1159/000502577>

National Institute on Aging. (2024). *Soledad y aislamiento social: Sugerencias para mantener las conexiones sociales*. <https://www.nia.nih.gov/espanol/soledad-aislamiento-social/soledad-aislamiento-social-consejos-mantenerse-conectado>

Nicholson, N. R., Feinn, R., Casey, E. A., & Dixon, J. (s/f). *Psychometric Evaluation of the Social Isolation Scale in Older Adults*. Recuperado el 19 de marzo de 2025, de <https://dx.doi.org/10.1093/geront/gnz083>

Noone, C., McSharry, J., Smalle, M., Burns, A., Dwan, K., Devane, D., & Morrissey, E. C. (2020). Video calls for reducing social isolation and loneliness in older people: A rapid review. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(5), CD013632.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD013632>

Paquet, C., Whitehead, J., Shah, R., Adams, A. M., Dooley, D., Spreng, R. N., Aunio, A.-L., & Dubé, L. (2023). Social Prescription Interventions Addressing Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Meta-Review Integrating On-the-Ground Resources. *Journal of Medical Internet Research*, 25, e40213. <https://doi.org/10.2196/40213>

Patil, U., & Braun, K. L. (2024). Interventions for loneliness in older adults: A systematic review of reviews. *Frontiers in Public Health*, 12, 1427605.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1427605>

Peña, L. L. G. (2019). La soledad contemporánea desde la obra de pensadores esenciales: Análisis y perspectivas. *Iztapalapa. Revista de ciencias sociales y humanidades*, 86, 185–206.

Q, Z., X, G., & D, V. (2022). Addressing elderly loneliness with ICT Use: The role of ICT self-efficacy and health consciousness. *Psychology, health & medicine*, 27(5).
<https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1847302>

- Rodriguez-Romero. (2020). *Sci-Hub | Intervention to reduce perceived loneliness in community-dwelling older people. Scandinavian Journal of Caring Sciences | 10.1111/scs.12852*. <https://sci-hub.se/10.1111/scs.12852>
- Russell, D., Peplau, L. A., & Ferguson, M. L. (1978). Developing a Measure of Loneliness. *Journal of Personality Assessment*, 42(3), 290–294. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4203_11
- Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, Validity, and Factor Structure. *Journal of Personality Assessment*, 66(1), 20–40. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6601_2
- S, S., N, N., A, S., H, H., S, P., H, H., D, A., J, S., Ma, S., R, C., M, K., & K, B. (2025). Overview of the prevalence of loneliness and associated risk factors among older adults across six continents: A meta-analysis. *Archives of gerontology and geriatrics*, 128. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2024.105627>
- Shea, B. J., Reeves, B. C., Wells, G., Thuku, M., Hamel, C., Moran, J., Moher, D., Tugwell, P., Welch, V., Kristjansson, E., & Henry, D. A. (2017). AMSTAR 2: A critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *The BMJ*, 358, j4008. <https://doi.org/10.1136/bmj.j4008>
- Shekelle, P. G., Mlake-Lye, I. M., Begashaw, M. M., Booth, M. S., Myers, B., Lowery, N., & Shrank, W. H. (2024). Interventions to Reduce Loneliness in Community-Living Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 39(6), 1015. <https://doi.org/10.1007/s11606-023-08517-5>
- Sirigu, S., Tomas, J. M., Enrique, S., Georgieva, S., & Sancho, P. (2025). Un modelo de panel de las relaciones entre soledad y depresión en personas mayores. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 60(3). <https://doi.org/10.1016/j.regg.2024.101572>
- Sistema Costarricense de Información Jurídica. (1999). *Ley Integral para la Persona Adulta Mayor N° 7935*. Ley Integral para la Persona Adulta Mayor N° 7935.

http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=43655&nValor3=95259&strTipM

Sun, Y., Huang, H., Cai, G., Gu, J., Leung, G. K. L., Gao, Y., Wong, S. Y. S., Wong, E. L. Y., Mak, W. W. S., Kwok, T., & Mo, P. K. H. (2025). Interventions to Reduce Loneliness among Community-dwelling Older Adults: A Network Meta-analysis and Systematic Review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 26(3). <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2024.105441>

Sy, C. (2022). Loneliness experience among cognitively-intact elderly nursing home residents in Singapore—An exploratory mixed methods study. *Archives of gerontology and geriatrics*, 98. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2021.104572>

World Health Organization. (2021). *Social isolation and loneliness among older people: Advocacy brief*. Social isolation and loneliness among older people: advocacy brief. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240030749>

World Health Organization. (2023). *Salud mental de los adultos mayores*. Salud Mental de Los Adultos Mayores. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>

World Health Organization. (2025). *Social Isolation and Loneliness* [Social Isolation and Loneliness]. Social Isolation and Loneliness. <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/social-isolation-and-loneliness>

Yuan, A. Z., & Amat, J. D. (2022). Soledad en pacientes mayores no institucionalizados. *Atencion Primaria*, 54(10), 102461. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102461>

CAPITULO 6 ANEXOS

ANEXO1. MATRIZ DE ARTÍCULOS

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
Agarwal et al 2021	Observacional Transversal	Evaluar la prevalencia y los factores asociados al aislamiento social subjetivo en adultos mayores de bajos ingresos.	Adultos mayores que vivían en 55 edificios de vivienda social designados para adultos mayores o inquilinos mixtos que recibían el programa CP@clinic. 806 residentes	Recopilacion de datos de mayo 2018 a abril 2019, se mide aislamiento por medio de escala UCLA-3 factores sociodemograficos e indicadores de salud, se realiza un analisis descriptivo en comparacion con poblacion general	20% participantes con aislamiento social, mayores de 65 años prevalencia de 20-7% casi el doble que poblacion general, mas en mujeres, baja educacion, mayor riesgo de asociacion con depresion ansiedad, inseguridad economica, consumo de alcohol, mayor edad, factores protectores actividad	1 de cada 5 adultos mayores en viviendas sociales sufre aislamiento, intervenciones efectivas salud mental, reducir barreras economicas, promover la actividad fisica y social

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
					fisica, buena salud, menos de 1 enf cardiometabolica	

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
Albasheer et al 2024	Cohorte prospectivo	analizar cómo se relacionan, a lo largo del tiempo, la soledad y el aislamiento social con cuatro enfermedades crónicas: enfermedad cardiovascular, EPOC, diabetes tipo 2 y cáncer. Explorar el efecto combinado de	Datos de 2013 de 24.687 personas, de entre 35 y 79 años, residentes en la región de Dinamarca Central (al 1 de enero de 2013)	Se realiza una encuesta a 24687 personas se aplica escala UCLA-3 y de aislamiento social y se revisa en base de datos enfermedades crónicas se realiza un analisis estadístico con medelos cox 2 asociado la soledad y aislamiento social con las	la soledad aumenta un 30% de riesgo de ECV, aumenta 98% de riesgo de DMT2, el aislamiento social aumenta un 24% riesgo de ECV y 56% de DMT2 sin interacción sinérgica de ambas	Tanto la soledad como el aislamiento social mostraron una asociación independiente con el desarrollo de enfermedad cardiovascular (ECV) y diabetes tipo 2 (DM2) a lo largo de un seguimiento de cinco años. Estas

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
		<p>la soledad y el aislamiento en el desarrollo de estas enfermedades, así como los factores psicológicos y conductuales que podrían explicar estas asociaciones.</p>		<p>enfermedades crónicas</p>		<p>relaciones se explicaron en su totalidad por factores psicológicos y conductuales presentes al inicio del estudio.</p>

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
Alonso-González et al 2023	Estudio descriptivo, transversal, analítico	Determinar la prevalencia de soledad y aislamiento social de pacientes > 65 años pertenecientes a una población rural, su perfil sociodemográfico y los factores condicionantes de la soledad.	Personas ≥ 65 años, residentes en Padrenda 172 personas	Personas mayores de 65 años se aplican diferentes escalas para búsqueda de variables como la UCLA-3 BarteHL, Blake y Mckay, cuestionario sociodemográfico, se análisis descriptivo de estadística descriptiva, pruebas de normalidad (Kolmogorov-	41% de participantes refiere soledad no deseada, predominio de mujeres que viven solas, quienes tienen mas apoyo tienen menos soledad, RR de presentar mal estado de salud en personas con soledad: 0,5 (IC 95%: 0,264–0,958). RR de no tener soledad en personas con buena/excelente salud: 1,4 (IC 95%: 1,1–1,7).	La soledad en personas mayores está vinculada a variables como la edad, el sexo, el estado de salud, el tipo de convivencia y ciertos aspectos relacionados con la conectividad digital. Los hallazgos subrayan la relevancia de

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
				Smirnov), análisis bivariado (χ^2 , t de Student, Kruskal-Wallis), correlaciones (Pearson), regresión lineal y análisis de odds ratio y riesgo relativo.		considerar estos aspectos al planificar intervenciones dirigidas a disminuir la soledad en la población adulta mayor, lo cual podría traducirse en una mejora significativa de su salud.

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
Arruebarrena et al 2020	Revision Narrativa	Conocer bien este complejo fenómeno y elaborar intervenciones eficaces que ayuden a prevenirlo y/o afrontarlo.	Mayores de 65 años	Los autores realizaron una revisión teórica exhaustiva sobre la soledad y el aislamiento social en personas mayores. Analizaron definiciones, causas, consecuencias y posibles intervenciones, basándose en estudios previos y literatura	Factores asociados: Salud, entorno, eventos vitales estresantes y características psicológicas pueden influir en la aparición de soledad y aislamiento. Consecuencias: Ambos fenómenos se asocian con efectos negativos en la salud física y mental, incluyendo depresión, deterioro cognitivo y aumento de la mortalidad.	Soledad y aislamiento social PAM son fenómenos distintos pero interrelacionados, con múltiples factores causales y consecuencias significativas para la salud. Desarrollar intervenciones específicas que aborden tanto la dimensión objetiva como la

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
				científica existente.		subjetiva adaptadas a las características individuales de cada persona.

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
As et al 2022	Revision sistematica	Asociación longitudinal entre la soledad y los síntomas depresivos en las personas mayores.	mayores de 60 años	Estudios longitudinales hasta 2021, evaluando la relación temporal entre ambas variables. Medidas: Escalas v UCLA Loneliness Scale, CES-D, GDS). Se examinaron modelos multivariados ajustados por factores sociodemográficos	85% de los estudios reportan asociación bidireccional entre depresión y soledad, La soledad predijo un aumento de síntomas depresivos , La depresión también predijo mayores niveles de soledad, Edad avanzada y bajo apoyo social intensificaron la asociación, Intervenciones basadas en actividad social redujeron el impacto de la soledad en la depresión.	La soledad y la depresión en adultos mayores tienen una relación bidireccional y cíclica. Los programas de intervención social (ej.: talleres comunitarios) podrían romper este ciclo. Se necesitan estudios con mediciones más frecuentes

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
				<p>os y de salud. Búsqueda en bases de datos PubMed, PsycINFO y Web of Science, directrices PRISMA. Se evaluó con herramientas estandarizadas.</p>		<p>y diseños que controlen mejor la causalidad inversa.</p>

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
Berg-Weger et al 2020	Revision Narrativa	Analisis del problema de la soledad en adultos mayores desde un enfoque multidimensional		Revisión narrativa de la literatura existente, integrando hallazgos de estudios epidemiológicos, intervenciones psicosociales y políticas públicas relevantes. No sigue una metodología sistemática de búsqueda	Prevalencia: Afecta al 20-40% de los adultos mayores, mayor riesgo en aquellos con movilidad reducida o pérdida de redes sociales. Consecuencias en salud: Salud mental: Asociación robusta con depresión y deterioro cognitivo acelerado. Salud física: Mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares y mortalidad. Mecanismos: Estrés crónico e inflamación	La soledad es un problema de salud pública infravalorado en el envejecimiento, con impacto comparable a otros riesgos como el tabaquismo. Se requieren políticas en detección sistemática en atención primaria, intervenciones

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
					<p>sistémica como posibles vías biológicas. Intervenciones efectivas: Programas basados en actividad social (ej.: talleres comunitarios) reducen la soledad en un 15-20%. Tecnologías de conexión digital (ej.: videollamadas) muestran beneficios moderados.</p>	<p>multicomponentes</p>

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
Beridze et al 2020	Estudio transversal multicéntrico (observacional)	Evaluar si la soledad y el aislamiento social están asociados con la calidad de vida en adultos mayores, comparando regiones del norte (Estonia) y sur (España) de Europa.	Muestra total: 1,904 adultos ≥65 años (España: n = 1,007; Estonia: n = 897). Criterios de inclusión: Residentes comunitarios, sin deterioro cognitivo severo. Muestreo: Estratificado por edad y género para representatividad.	Recolección de datos: Encuestas presenciales estandarizadas (2017–2018). Variables sociodemográficas (edad, sexo, educación), salud autopercebida, y apoyo social. Análisis estadístico: Modelos de regresión lineal multivariante.	Asociación significativa de Soledad: Correlación negativa fuerte con calidad de vida en dominio psicológico y social. Mayor impacto en España que en Estonia. Aislamiento social: Asociado con menor calidad de vida en dominio físico pero no en otros dominios. Diferencias regionales: Los adultos mayores en Estonia (Norte)	La soledad impacta más la CV que el aislamiento social, especialmente en dimensiones emocionales. Las diferencias culturales (redes familiares más fuertes en el sur) moderan estas asociaciones. Intervenciones

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
				<p>para cada dominio de CV. Ajuste por país, edad, género, educación, y salud basal. Análisis estratificados por región (Norte vs. Sur).</p>	<p>mostraron mayor resiliencia al aislamiento social. En España (Sur), la soledad tuvo un efecto más severo en calidad de vida psicológica.</p>	<p>deben priorizar soledad (no solo aislamiento objetivo). Adaptar estrategias según contexto cultural (ej.: fortalecer redes en el sur, promover autonomía en el norte).</p>

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
Bermejaetal	Revision nartativa	Evaluar la efectividad de las intervenciones implementadas en residencias geriátricas y otros entornos institucionales para combatir la soledad en personas mayores.	Adultos mayores (≥ 65 años) en centros residenciales o instituciones geriátricas. Incluyó 25 estudios (ensayos clínicos, cuasi-experimentales y evaluaciones de programas) publicados entre 2000 y 2017. Enfoque en intervenciones psicosociales,	Revisión en bases de datos (PubMed, PsycINFO, Scopus) usando términos como "loneliness," "elderly," "nursing homes," "interventions." Criterios de inclusión: Estudios en instituciones geriátricas, con evaluación pre-post de la soledad.Extracci	Intervenciones efectivas: Actividades grupales (terapia reminiscencia, talleres creativos): Redujeron la soledad en un 20-30%. Programas intergeneracionales (ej.: contacto con niños/estudiantes): Mejoraron el bienestar emocional. Tecnologías de comunicación (videollamadas, redes sociales): Efectividad	Las intervenciones grupales son las más prometedoras para reducir la soledad en entornos institucionales. Se necesitan programas estructurados y evaluados científicamente, con seguimiento prolongado. Combinar

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
			tecnológicas y basadas en actividades grupales.	ión de datos sobre tipo de intervención, metodología y resultados. Análisis cualitativo (sin metaanálisis por heterogeneidad de los estudios).	moderada, dependiendo del uso.	enfoques psicosociales con adaptaciones tecnológicas para maximizar el impacto.

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
Bt et al 2025	Ensayo clínico aleatorizado (ECA)	<p>Evaluar la eficacia comparativa de tres intervenciones autoguiadas en línea para reducir la soledad en adultos:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Terapia cognitivo-conductual (TCC) breve. *Entrenamiento en habilidades sociales. *Psicoeducación 	<p>Participantes: N = 450 adultos (18-75 años) con puntuaciones altas en soledad (UCLA-3 \geq 6).</p> <p>Reclutamiento: Online, mediante anuncios en redes sociales y plataformas de salud mental.</p> <p>Criterios de exclusión: Diagnóstico actual de psicosis o riesgo suicida activo.</p>	<p>Aleatorización: Participantes asignados aleatoriamente a uno de los tres grupos de intervención (n = 150 por grupo).</p> <p>Intervenciones: TCC breve: 4 módulos en línea (identificación de pensamientos negativos, reestructuración cognitiva). Habilidades</p>	<p>Efectividad comparativa (8 semanas):</p> <p>TCC breve: Reducción significativa en soledad.</p> <p>Habilidades sociales: Reducción moderada</p> <p>Psicoeducación: Efecto mínimo</p> <p>Resultados secundarios: La TCC también redujo síntomas de depresión</p> <p>Abandono: 18% en</p>	<p>La TCC breve en línea es la más efectiva para reducir la soledad, con beneficios adicionales en salud mental.</p> <p>Las intervenciones deben adaptarse al perfil del usuario: TCC para quienes tienen pensamientos negativos sobre</p>

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
		n sobre conexiones sociales.		<p>sociales: 4 módulos (comunicación asertiva, iniciar conversaciones). Psicoeducación: Información sobre beneficios de las relaciones sociales.</p> <p>Evaluación: Mediciones basal, a las 4 y 8 semanas.</p> <p>Análisis por intención de tratar (ITT).</p>	total, sin diferencias entre grupos.	<p>las relaciones. Habilidades sociales para quienes carecen de competencias interpersonales. Implicaciones: Plataformas digitales pueden escalar intervenciones accesibles y costo-efectivas.</p>

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
Buz et al 2013	Estudio psicométrico transversal	Examinar la validez y fiabilidad de la versión española de la escala DJG, identificando su estructura factorial y capacidad para medir distintos niveles de soledad en adultos.	Muestra: 512 adultos (18-89 años) reclutados en España mediante muestreo no probabilístico (conveniencia). Características: 60% mujeres, diversidad en estado civil (solteros, casados, viudos) y nivel educativo.	Recolección de datos: Aplicación de la escala DJG en formato papel y online. Inclusión de variables sociodemográficas (edad, género, estado civil). Análisis psicométrico: Modelo de Rasch: Para evaluar ajuste de los ítems,	Propiedades psicométricas: Fiabilidad alta: para ambas subescalas. Ajuste al modelo de Rasch: 9 de 11 ítems mostraron buen ajuste DIF: Sin diferencias significativas por género o edad. Estructura bidimensional: El AFC confirmó la división en soledad emocional y social Limitaciones detectadas:	La escala DJG es válida y fiable para medir soledad en población española, pero requiere revisión de 2 ítems. La estructura bidimensional (emocional/social) se mantiene, apoyando su uso en investigación y práctica clínica.

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
				<p>unidimensionalidad y funcionamiento diferencial (DIF) por género/edad. Análisis factorial confirmatorio (AFC): Validar la estructura bidimensional (soledad emocional vs. social).</p>	<p>Dos ítems (ej.: "Me siento abandonado/a") mostraron mala calibración en el modelo de Rasch. La subescala social tuvo menor precisión en niveles bajos de soledad.</p>	<p>Usar la escala con cautela en poblaciones con soledad leve</p>

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
Chan et al 2017	Ensayo controlado aleatorizado (ECA)	Evaluar los efectos del Tai Chi Qigong (TCQ), implementado mediante un enfoque de voluntarios vecinales, sobre el bienestar psicosocial de adultos mayores "ocultos" (que viven aislados).	Participantes: N = 60 adultos ≥60 años (Hong Kong), reclutados mediante trabajadores sociales. Criterios de inclusión: Vivir solo/a y tener contacto social ≤1 vez/semana. Sin deterioro cognitivo severo (Mini-Mental ≥18). Grupos: Intervención (n=30): TCQ +	Aleatorización: Aleatorización por bloques (edad/género). Intervención: TCQ: 16 sesiones (2x/semana, 45 min) guiadas por voluntarios entrenados. Acompañamiento: Voluntarios visitaban 1x/semana para fomentar interacción. Evaluación: Mediciones	Efectos a 8 semanas: Reducción de soledad: Diferencia significativa Menor depresión: GDS-15 mejoró en el grupo TCQ Calidad de vida: Mejora en SF-12 mental Limitaciones: Efecto en apoyo social: No significativo Tamaño muestral pequeño: Poder estadístico limitado para detectar cambios pequeños.	El TCQ + voluntarios redujo soledad y depresión en adultos mayores aislados. El modelo de voluntarios vecinales es viable para implementar intervenciones comunitarias. Recomendaciones: Estudios futuros con muestras más

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
			acompañamiento por voluntarios. Control (n=30): Atención habitual.	s basal, post-intervención (8 semanas) y seguimiento (16 semanas).Análisis por intención de tratar (ITT).		grandes y seguimiento a largo plazo.Explorar estrategias para fortalecer el apoyo social percibido.

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
Creswell et al 2012	Ensayo controlado aleatorizado (ECA)	Examinar si el programa Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) reduce la soledad y la expresión de genes proinflamatorios en adultos mayores.	<p>Participantes: N = 40 adultos (55-85 años) reclutados en Los Ángeles.</p> <p>Criterios: Altos niveles de soledad (Escala UCLA ≥ 40). Sin enfermedades crónicas graves o práctica previa de mindfulness.</p> <p>Grupos: Intervención</p>	<p>Diseño: Aleatorización simple (1:1). Evaluaciones basal, post-intervención (8 semanas) y seguimiento (4 semanas después). Intervención MBSR: 8 sesiones semanales (2.5 horas) + retiro de 1 día. Prácticas: Meditación,</p>	<p>Efectos del MBSR: Reducción de soledad: Disminución significativa vs. grupo control.</p> <p>Expresión génica: Menor actividad de genes proinflamatorio Correlación entre \downarrowsoledad y \downarrowCTRA</p> <p>Limitaciones: Tamaño muestral pequeño. No se evaluaron mecanismos psicológicos</p>	<p>El MBSR redujo soledad y marcadores inflamatorios en adultos mayores, sugiriendo un vínculo mente-cuerpo. Implicaciones clínicas: Programas de mindfulness podrían mitigar el impacto de la soledad en la salud inmunológica.</p>

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
			<p>(n=20): Programa MBSR de 8 semanas.</p> <p>Control (n=20): Lista de espera sin intervención.</p>	<p>escaneo corporal, yoga suave.</p> <p>Mediciones: Psicológicas: Soledad, estrés percibido (PSS). Biológicas: Análisis de ARN sanguíneo para genes proinflamatorios (IL-6, TNF-α).</p>	<p>mediadores (ej.: regulación emocional).</p>	<p>Futuras investigaciones: Replicar en muestras más grandes y evaluar efectos a largo plazo.</p>

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
Deol et al 2022	Estudio psicométrico transversal	Validar la Escala ALONE (Assessing Loneliness in Older Neighbors and Elders) como herramienta breve para evaluar soledad en contextos clínicos geriátricos.	<p>Participantes: N = 203 adultos ≥65 años (EE.UU.), reclutados en centros de atención primaria.</p> <p>Características: 62% mujeres, edad media 78 años. Diversidad en estado civil (35% viudos) y nivel educativo.</p>	<p>Desarrollo de la escala: Ítems generados a partir de literatura y consenso de expertos en geriatría.</p> <p>Validación: Fiabilidad: Consistencia interna (α de Cronbach) y test-retest (2 semanas).</p> <p>Validez: Concurrente: Correlación con</p>	<p>Propiedades psicométricas: Fiabilidad excelente: correlación test-retest . Validez concurrente: Correlación fuerte con UCLA. Validez discriminante: Baja correlación con GDS-5, confirmando que mide soledad, no depresión. Punto de corte: ≥ 6 puntos (sensibilidad =</p>	<p>La Escala ALONE es una herramienta válida, fiable y breve para detectar soledad en adultos mayores en entornos clínicos. Ventajas sobre la UCLA: Más corta (4 vs. 20 ítems). Mejor discriminación</p>

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
				<p>UCLA. Discriminante: Comparación con GDS-5 para distinguir soledad de depresión. Utilidad clínica: Análisis de curvas ROC para determinar punto de corte óptimo.</p>	<p>82%, especificidad = 79% para soledad (clínicamente relevante). Limitaciones: Muestra reclutada en un solo centro médico (posible sesgo de selección). No se evaluó en poblaciones con deterioro cognitivo.</p>	<p>entre soledad y depresión. Usar en cribados rutinarios en geriatría. Validar en poblaciones multiculturales y con demencia.</p>

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
Ds et al 2023	Revisión sistemática con meta-análisis de red (NMA) y meta-regresión	Evaluar la eficacia comparativa de distintas intervenciones psicosociales en la reducción de la soledad en adultos mayores que viven en la comunidad.	Población objetivo: Adultos ≥ 60 años que viven en comunidad (excluyendo instituciones). Muestra analizada: 40 estudios (n=5,218 participantes) de 15 países. Intervenciones incluidas: Terapia cognitivo-conductual	Búsqueda sistemática: 7 bases de datos (PubMed, PsycINFO, etc.), hasta 2022. Criterios PRISMA-NMA. Selección y extracción: 2 revisores independientes. Datos de diseño, intervención, y resultados estandarizados (SMD). Análisis	Jerarquía de intervenciones (NMA): TCC grupal (SMD = -0.62; IC95%: -0.81 a -0.43). Programas intergeneracionales (SMD = -0.55). Mindfulness (SMD = -0.48). Intervenciones menos efectivas: Tecnológicas solas (SMD = -0.20). Meta-regresión: Mayor eficacia en: Adultos <75 años (p = 0.03).	La TCC grupal es la intervención más efectiva, con efectos moderados-fuertes. Combinar componentes psicológicos (TCC) y sociales (ej.: actividades intergeneracionales). Evitar intervenciones puramente

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
			(TCC). Programas basados en actividades sociales. Intervenciones tecnológicas (ej.: videollamadas). Mindfulness.	estadístico: Meta-análisis de red: Modelos de efectos aleatorios. Meta-regresión: Para identificar predictores de eficacia. Evaluación de consistencia (nodo-split).	Intervenciones ≥ 8 semanas ($p = 0.01$).	tecnológicas sin apoyo humano. Brechas: Falta de estudios en países de ingresos bajos. Necesidad de evaluar efectos a largo plazo (>6 meses).

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
Fakoya et al 2020	Revisión de alcance	Explorar y describir la variedad de intervenciones evaluadas para mitigar la soledad y el aislamiento social en adultos mayores, enfocándose en cómo se conceptualizan, categorizan y describen sus componentes.	Se analizaron 33 revisiones que incluían intervenciones dirigidas a adultos mayores, tanto en comunidades como en entornos institucionales.	Se realizó una búsqueda sistemática en tres bases de datos electrónicas: CINAHL, Embase y Medline, para identificar revisiones publicadas en inglés que abordaran intervenciones sobre la soledad y/o el aislamiento social en adultos	Las intervenciones se clasificaron comúnmente según: El modo de entrega (individual o grupal). El objetivo principal de la intervención. El tipo de intervención (por ejemplo, actividades sociales, apoyo psicológico, uso de tecnología). Se observó una falta de consistencia en las definiciones y categorizaciones utilizadas entre las revisiones, lo que	No existe una "solución única"; las intervenciones deben adaptarse al contexto y perfil del adulto mayor. Las estrategias más prometedoras combinan apoyo social activo con enfoques psicológicos. Se necesitan

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
				<p>mayores. Se extrajeron datos sobre las categorías de intervenciones y las razones detrás de su categorización.</p>	<p>dificulta la comparación y síntesis de resultados.</p>	<p>más estudios con seguimientos prolongados y diseños rigurosos para establecer mejores prácticas.</p>

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
Freedman et al 2020	Artículo de perspectiva/práctica clínica	Concientizar sobre la soledad y el aislamiento social como factores críticos en la salud geriátrica y ofrecer un enfoque práctico para que los médicos de familia los identifiquen, evalúen y manejen en la consulta clínica.	Adultos mayores (generalmente ≥ 65 años) en riesgo o experimentando soledad/aislamiento social.	Revisión narrativa de literatura existente y guías clínicas, enfocándose en evidencia sobre el impacto de la soledad y el aislamiento en la salud geriátrica. Basándose en esta revisión, propusieron un enfoque estructurado para que los médicos de	La soledad y el aislamiento social están asociados con mayor riesgo de deterioro cognitivo, depresión y mortalidad. Herramientas como la Escala de Soledad de UCLA pueden ayudar en la detección. Intervenciones efectivas: Terapia cognitivo-conductual para soledad. Programas	La soledad y el aislamiento deben considerarse "gigantes geriátricos" Los médicos de familia tienen un rol crucial en la detección temprana y la derivación a recursos adecuados. Se necesita mayor concientización

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
				<p>familia detecten y aborden estos problemas, incluyendo herramientas de evaluación e intervenciones prácticas.</p>	<p>comunitarios (ej. grupos de actividad física, voluntariado). Coordinación con servicios sociales para reducir el aislamiento.</p>	<p>y capacitación en atención primaria para abordar estos problemas de manera sistemática.</p>

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
Gen et al 2025	Ensayo clínico aleatorizado, controlado	Evaluar la eficacia de una intervención multifacética centrada en la actividad física para mejorar la participación social y disminuir la sensación de soledad en adultos mayores con fragilidad social.	Participaron 64 individuos de 60 años o más, identificados con fragilidad social y niveles reducidos de actividad física.	Se implementó un programa de intervención que combinaba actividades físicas grupales y sesiones educativas, diseñado para fomentar la interacción social y la movilidad. Los participantes fueron asignados aleatoriamente al grupo de control,	Los participantes que recibieron la intervención mostraron mejoras significativas en sus niveles de actividad física y una reducción en los sentimientos de soledad en comparación con el grupo de control.	La intervención multifacética centrada en la actividad física demostró ser efectiva para mejorar la participación social y reducir la soledad en adultos mayores con fragilidad social, destacando la importancia de programas que integren componentes

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
				y se realizaron evaluaciones antes y después de la intervención para medir cambios en la actividad física y la percepción de soledad.		físicos y sociales.

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
Gené-Badiaetal 2019	Estudio observacional descriptivo, transversal.	Describir los distintos perfiles de soledad y aislamiento social en la población urbana, identificando sus características sociodemográficas y de salud.	La investigación se llevó a cabo en una ciudad española. Se incluyeron 1.753 personas mayores de 64 años, seleccionadas al azar de entre los usuarios de atención primaria.	Se aplicó una encuesta estructurada mediante entrevistas personales realizadas por personal entrenado. Se utilizaron herramientas validadas como la escala de soledad de De Jong Gierveld y el índice de aislamiento de Lubben, junto	El análisis permitió clasificar a los participantes en cuatro perfiles distintos, combinando distintos niveles de soledad y aislamiento. Se observó que quienes vivían solos, eran mujeres, tenían bajo nivel educativo, problemas de salud crónicos y menor apoyo familiar o comunitario, mostraban mayor prevalencia de soledad y aislamiento.	El estudio subraya la necesidad de abordar la soledad y el aislamiento como fenómenos complejos y heterogéneos. Para ser efectivas, las estrategias de intervención deben adaptarse a los distintos perfiles detectados,

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
				con variables sociodemográficas, de salud y uso de servicios sociales para identificar diferentes perfiles de soledad y aislamiento social.		integrando servicios sociales y sanitarios con un enfoque comunitario.

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
Gené-Badia et al 2016	Revisión narrativa	Explorar el papel de los equipos de atención primaria en la identificación y abordaje del aislamiento social y la soledad, y proponer estrategias prácticas para su intervención.	Observaciones clínicas, literatura existente y experiencias profesionales de equipos de salud en Cataluña.	revisaron evidencia científica, datos poblacionales y experiencias propias en centros de salud para identificar casos de aislamiento y proponer acciones clínicas y comunitarias. Se analizó la colaboración con servicios sociales, así como la	Los profesionales de atención primaria son clave para detectar a personas en riesgo de soledad, especialmente mayores. Se identificó que muchas veces los pacientes aislados no consultan activamente, por lo que se sugiere la implementación de estrategias de búsqueda activa, uso de registros y coordinación comunitaria. También se enfatiza el valor de	La atención primaria tiene una función esencial en la identificación y respuesta frente a la soledad y el aislamiento social. Es necesario trabajar de forma interdisciplinaria con servicios sociales y comunitarios. Se propone

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
				<p>identificación proactiva de personas en riesgo mediante herramientas simples y contacto directo.</p>	<p>intervenciones no médicas como grupos de apoyo, visitas domiciliarias y recursos municipales.</p>	<p>estructurar las intervenciones desde el primer nivel asistencial, adaptándolas a cada contexto local.</p>

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
Harrington et al 2023	revisión sistemática con metaanálisis	Explorar y sintetizar evidencia científica sobre la relación entre la soledad y el deterioro cognitivo en adultos mayores sin diagnóstico de demencia, para determinar si la soledad es un factor asociado a un menor rendimiento cognitivo.	adultos mayores sin demencia (generalmente mayores de 60 años), provenientes de distintos países. En total, el metaanálisis abarcó datos de 147,000 participantes extraídos de más de 30 estudios.	búsqueda sistemática en múltiples bases de datos científicas hasta diciembre de 2021. Se seleccionaron estudios observacionales que evaluaran la relación entre soledad y funciones cognitivas como memoria, atención, velocidad de	asociación estadísticamente significativa pero modesta entre mayor sensación de soledad y menor rendimiento cognitivo. Este vínculo fue más evidente en dominios como la memoria episódica y la cognición global. La heterogeneidad entre estudios fue moderada, y se observaron diferencias según el tipo de evaluación utilizada y la región geográfica.	La soledad se asocia de forma significativa con un peor desempeño cognitivo en personas mayores sin demencia. Estos hallazgos sugieren que reducir la soledad podría ser una estrategia preventiva para preservar la salud cognitiva.

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
				<p>procesamiento y funcionamiento global. Se aplicó una síntesis estadística (metaanálisis) para estimar la magnitud del efecto de la soledad sobre la cognición.</p>		

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
Hernández-Ascanio et al 2021.	Estudio cualitativo descriptivo	Identificar los factores que condicionan el abordaje del aislamiento social y la soledad en personas mayores no institucionalizadas desde la perspectiva de profesionales de atención primaria.	Participaron profesionales sanitarios de atención primaria (médicos, enfermeros/as, trabajadores/as sociales) que trabajan en diferentes centros de salud del sistema público español. La muestra fue intencionada, conformada por 50 participantes.	Se emplearon grupos focales y entrevistas semiestructuradas para recoger información entre profesionales de salud de atención primaria. Los datos se analizaron mediante codificación temática y análisis cualitativo de contenido,	Se identificaron múltiples barreras en la atención al aislamiento social y la soledad: Dificultades organizativas del sistema sanitario. Falta de formación específica del personal. Limitaciones en el tiempo de consulta. Falta de recursos comunitarios accesibles. También se destacó el potencial de la atención primaria como espacio	La atención primaria tiene un papel esencial en la identificación y abordaje del aislamiento y la soledad en adultos mayores, su eficacia se ve limitada por múltiples condicionantes estructurales, formativos y organizativos. Se requiere una

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
				<p>categorizando factores que influyen en el abordaje del aislamiento y la soledad.</p>	<p>clave para detectar y prevenir estos fenómenos, siempre que se integren enfoques biopsicosociales y trabajo interdisciplinar.</p>	<p>mayor integración comunitaria, recursos específicos, y capacitación del personal.</p>

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
Hilda Hounkpatin et al 2024	Revisión exploratoria	<p>Mapear la evidencia existente sobre la asociación entre múltiples condiciones crónicas (MLTC) y la soledad o el aislamiento social, identificando vacíos en la literatura para orientar futuras investigaciones .</p>	<p>Se incluyeron 17 estudios cuantitativos publicados entre enero de 2020 y abril de 2023, mayoritariamente con adultos mayores de diversas regiones, incluyendo Europa, Estados Unidos, Canadá y países de ingresos bajos y medios.</p>	<p>Se realizó una búsqueda sistemática en bases de datos como Ovid Medline, Embase, CINAHL, The Cochrane Library, PsycInfo y Bielefeld Academic Search Engine, seleccionando estudios cuantitativos que evaluaran la relación entre</p>	<p>17 estudios cumplieron con los criterios de inclusión. La mayoría de los estudios fueron transversales y se centraron en adultos mayores. Diez estudios evaluaron la asociación entre MLTC y soledad, seis entre MLTC y aislamiento social, y uno examinó ambas relaciones. La mayoría encontró una asociación</p>	<p>Existe evidencia de una asociación entre múltiples condiciones crónicas y la soledad en adultos mayores, aunque la relación con el aislamiento social es menos clara. Se necesitan más estudios longitudinales con medidas</p>

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
				<p>MLTC y soledad o aislamiento social. Se aplicaron criterios de inclusión y exclusión, y se extrajeron datos relevantes para el análisis.</p>	<p>significativa entre MLTC y soledad, mientras que la evidencia sobre la relación con el aislamiento social fue menos consistente.</p>	<p>estandarizadas para comprender mejor estas asociaciones y orientar intervenciones efectivas.</p>

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
Hoang et al 2022.	Revisión sistemática con metaanálisis	Sintetizar la evidencia existente sobre intervenciones que han demostrado efectividad en disminuir la soledad y/o el aislamiento social en personas mayores, evaluando su impacto mediante datos agrupados.	La revisión incluyó 25 estudios con un total combinado de más de 8,000 adultos mayores, generalmente mayores de 60 años, residentes en comunidades o instituciones de cuidado, en contextos diversos a nivel internacional.	Búsqueda exhaustiva en bases de datos como MEDLINE, Embase, y PsycINFO hasta abril de 2022. Se seleccionaron estudios controlados que incluyeran intervenciones con resultados cuantificables sobre soledad o aislamiento. Dos revisores evaluaron la	Las intervenciones tecnológicas, sociales y psicológicas mostraron efectos modestos pero significativos para reducir la soledad. Las intervenciones grupales y aquellas que fomentan el contacto social directo fueron particularmente efectivas. El aislamiento social también se redujo, aunque con menor consistencia entre estudios. El tamaño del efecto global para la	Las intervenciones, especialmente las que promueven la interacción social grupal, pueden ayudar a reducir la soledad en adultos mayores. Sin embargo, se requiere más investigación sobre intervenciones específicas, sus

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
				<p>calidad y extrajeron los datos. Se aplicó metaanálisis utilizando modelos de efectos aleatorios.</p>	<p>reducción de la soledad fue pequeño a moderado, con variabilidad entre tipos de intervención.</p>	<p>mecanismos de acción y la sostenibilidad de los efectos a largo plazo. La adaptación cultural y el acceso digital también deben considerarse en futuras estrategias.</p>

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
Jj et al 2024.	Estudio retrospectivo observacional.	Evaluar la relación entre la soledad y la utilización de recursos en la atención primaria de salud, analizando si los pacientes con mayores niveles de soledad presentan un mayor consumo de servicios de salud.	Pacientes adultos atendidos en centros de atención primaria. La muestra incluyó datos de pacientes con registros clínicos completos.	análisis retrospectivo de los registros clínicos de los pacientes, identificando aquellos con puntuaciones elevadas en la escala de soledad. Se comparó la frecuencia de utilización de servicios de salud entre los pacientes con alta soledad y	Los pacientes con mayores niveles de soledad utilizaron los servicios de atención primaria con una frecuencia significativamente mayor. La diferencia en el consumo de recursos fue de aproximadamente €802.18 adicionales por paciente al año en comparación con sus pares sin soledad. La soledad se asoció con un aumento en la utilización de servicios	La soledad es un factor significativo que contribuye al aumento en la utilización de recursos en la atención primaria. Abordar la soledad en los pacientes podría ser una estrategia efectiva para reducir la sobrecarga del sistema de

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
				<p>aquellos con puntuaciones más bajas, controlando por variables como edad, sexo y comorbilidades.</p>	<p>tanto para condiciones físicas como mentales.</p>	<p>salud y mejorar el bienestar general de los pacientes.</p>

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
Kim et al 2024.	Revisión sistemática y meta-análisis.	Evaluar la efectividad de las intervenciones basadas en la comunidad para adultos mayores que viven solos.	Adultos mayores que viven solos y que participaron en intervenciones comunitarias.	Analizó diversos estudios que evaluaron intervenciones comunitarias diseñadas para adultos mayores que viven solos. Los estudios incluidos fueron evaluados por su calidad, y sus resultados fueron sintetizados para determinar la efectividad global de estas intervenciones	Las intervenciones comunitarias mejoraron significativamente la interacción social, la salud mental y la calidad de vida general de los adultos mayores que viven solos. Sin embargo, la efectividad varió según el tipo de intervención y las características específicas de las poblaciones estudiadas.	Las intervenciones comunitarias son beneficiosas para mejorar los resultados sociales y de salud de los adultos mayores que viven solos. Los resultados destacan la importancia de adaptar las intervenciones a las

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
				en la mejora de la salud y el bienestar social.		necesidades específicas de las poblaciones para maximizar su efectividad.

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
Kusumota et al 2022.	Estudio cuantitativo o transversal.	Evaluar el impacto de las redes sociales digitales en la percepción de la soledad y el aislamiento social en adultos mayores.	Adultos mayores (mayores de 60 años) que utilizan redes sociales digitales. La muestra incluyó a 305 participantes.	Estudio transversal con 305 adultos mayores que usan redes sociales digitales para evaluar cómo estas plataformas afectan su percepción de soledad y aislamiento social. A través de cuestionarios estructurados, se recopiló información	El uso de redes sociales digitales estaba asociado con una menor percepción de soledad en algunos adultos mayores, especialmente aquellos que utilizaban las redes para interactuar con familiares y amigos. Sin embargo, no se encontró una mejora significativa en la percepción de aislamiento social. Los participantes que usaban las redes sociales para fines de	Las redes sociales digitales pueden tener un impacto positivo en la percepción de la soledad en adultos mayores, pero este impacto depende de la naturaleza del uso (interacción social vs. entretenimiento). Se sugiere que las

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
				sobre el uso de las redes sociales y la percepción de soledad. Los datos se analizaron utilizando técnicas estadísticas descriptivas y analíticas para determinar la relación entre el uso de redes sociales y los niveles de soledad y	entretenimiento o noticias no reportaron cambios significativos en su percepción de soledad.	intervenciones que promuevan el uso de redes sociales para fortalecer las conexiones sociales podrían ser útiles para reducir la soledad en este grupo.

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
				aislamiento social.		

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
Latikka et al 2021.	Revisión sistemática.	Explorar la relación entre la soledad, el aislamiento social y el uso de tecnologías físicas de información y comunicación (ICT) en adultos mayores dentro del contexto del envejecimiento asistido por tecnología (Ambient Assisted Living).	Adultos mayores (generalmente \geq 60 años) evaluados en estudios que implementaron o analizaron tecnologías relacionadas con la comunicación y el monitoreo, orientadas a reducir el aislamiento o la soledad. Incluyó 31 estudios relevantes	búsqueda sistemática en bases de datos académicas (PubMed, Scopus, Web of Science, etc.) con términos relacionados con ICT, soledad, aislamiento social y adultos mayores. Se aplicaron criterios de inclusión y exclusión, seleccionando	Las tecnologías como videollamadas, robots sociales, sensores, y plataformas digitales pueden contribuir a reducir el aislamiento social, pero su efectividad para disminuir la soledad es menos consistente. Los efectos positivos dependen del tipo de tecnología, su implementación, la aceptabilidad por parte del usuario, y el nivel de interacción humana	Las tecnologías físicas de ICT tienen el potencial de mejorar la conectividad social de los adultos mayores y mitigar el aislamiento social. Sin embargo, su efectividad para reducir la soledad aún es debatida. Se necesita mayor

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
			publicados entre 2010 y 2021.	artículos revisados por pares que exploraran la influencia de tecnologías físicas de comunicación o monitoreo en el bienestar social de adultos mayores. Se analizaron los enfoques metodológicos, las herramientas tecnológicas utilizadas y los	involucrada. La personalización y el apoyo técnico continuo son factores clave para mejorar su impacto.	investigación con métodos robustos y comparables para establecer conclusiones firmes sobre su eficacia.

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
				resultados vinculados al impacto social.		

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
Martín Roncero et al 2021	revisión narrativa	Explorar cómo la soledad no deseada afecta la salud a lo largo del ciclo vital, prestando especial atención al papel de los determinantes sociales de la salud y las desigualdades.	Personas en distintas etapas del ciclo vital, con especial énfasis en adultos mayores, aunque también se hace referencia a otros grupos vulnerables.	Revisión narrativa de literatura científica y documentos de política pública relevantes, enfocándose en cómo la soledad no deseada se configura como una experiencia multidimensional influenciada por condiciones estructurales. La revisión también incluye el análisis	La soledad no deseada tiene un impacto negativo significativo en la salud física y mental. Esta experiencia no afecta a todos por igual: las personas en contextos de mayor vulnerabilidad socioeconómica tienen más riesgo de vivirla y sufrir sus consecuencias. Además, se subraya la influencia de factores como el género, la	La soledad no deseada debe entenderse como un fenómeno socialmente determinado. Las políticas públicas y los programas de intervención deben abordar no solo las consecuencias de la soledad, sino también sus raíces estructurales.

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
				de datos secundarios de estudios previos para argumentar sus postulados.	edad, la etnicidad y la estructura familiar.	Es crucial incorporar la perspectiva de equidad social y un enfoque intersectorial en las estrategias de salud pública.

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
Martínez Rebollar et al 2015	Estudio observacional transversal	Identificar actividades de interacción social, registradas mediante tecnologías, que se correlacionen significativamente con el grado de aislamiento social en adultos mayores.	Adultos mayores, aunque el artículo especifica el tamaño de la muestra ni los criterios de selección.	Se recopilaron datos sobre actividades de interacción social de adultos mayores utilizando tecnologías como teléfonos móviles y redes sociales. Se empleó la escala de red social de Lubben (LSNS-6) para medir el aislamiento social. Posteriormente,	Las llamadas telefónicas, tanto la cantidad como la duración, se correlacionaron negativamente con el aislamiento social, indicando que una mayor comunicación telefónica se asocia con menor aislamiento. El tiempo de permanencia en el hogar mostró una correlación positiva con el aislamiento social, sugiriendo que mayor	Las actividades de interacción social registradas mediante tecnologías pueden servir como indicadores del nivel de aislamiento social en adultos mayores. Este enfoque podría permitir el desarrollo de sistemas de

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
				<p>se aplicó el coeficiente de correlación de Spearman para analizar la relación entre las actividades registradas y el grado de aislamiento social.</p>	<p>tiempo en casa se asocia con mayor aislamiento.</p>	<p>alerta temprana para intervenir y reducir riesgos asociados como la depresión o el deterioro cognitivo.</p>

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
Meshi et al 2025	Estudio observacional transversal.	Explorar la relación entre el uso problemático de redes sociales y la percepción de aislamiento social en adultos mayores.	Adultos mayores de Estados Unidos, específicamente personas de edad avanzada (mayores de 65 años). La muestra incluyó a 243 participantes, reclutados por medio de plataformas en línea.	Encuesta digital estructurada que incluía escalas validadas para medir el uso problemático de redes sociales (como la PSU – Problematic Social Media Use) y la percepción de aislamiento social. Se recolectaron también datos demográficos y otras variables	Asociación positiva y significativa entre el uso problemático de redes sociales y el sentimiento de aislamiento social. Aquellos con puntajes más altos en uso problemático reportaron mayor percepción de soledad. Esta relación se mantuvo incluso después de ajustar por edad, género y nivel educativo.	Aunque las redes sociales pueden ofrecer oportunidades de conexión, su uso excesivo o inadecuado podría incrementar la sensación de aislamiento en adultos mayores. Los autores subrayan la necesidad de estrategias para promover un

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
				relevantes como salud mental y frecuencia de uso de internet.		uso saludable de estas plataformas en este grupo etario.

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
Noone et al 2020	revisión sistemática	Evaluar la efectividad de las llamadas de video como intervención para reducir el aislamiento social y la soledad en personas mayores, específicamente en el contexto de intervenciones digitales para este grupo de población.	Población: Adultos mayores (65 años o más) que experimentan aislamiento social o soledad. Muestra: La revisión incluyó estudios de diversos tamaños muestrales, con un enfoque en intervenciones en formato de llamadas de video. Número de	Los estudios seleccionados emplearon diversas plataformas de llamadas de video (como Skype, Zoom, FaceTime) y variaron en la duración y frecuencia de las intervenciones. Se evaluaron los efectos de las intervenciones en términos de soledad (medida	Efectividad: las llamadas de video tienen un impacto positivo en la reducción de la soledad y el aislamiento social entre las personas mayores. Sin embargo, los efectos no fueron consistentes en todos los estudios. Mejoras significativas: las personas mayores que participaron regularmente en llamadas de video reportaron reducción en la percepción de	Las llamadas de video pueden ser una intervención útil para reducir la soledad y el aislamiento social en personas mayores, pero los resultados son variados. La frecuencia de las llamadas, la familiaridad de los usuarios con la tecnología y el

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
			estudios incluidos: 7 estudios principales con un total de 1000 participantes aproximadamente.	por escalas como la de De Jong Gierveld) y aislamiento social (medido por la escala de relación social y otras herramientas similares). Los estudios incluyeron tanto a adultos mayores en instituciones como en sus hogares.	soledad y mejoras en bienestar subjetivo. No obstante, los efectos variaron según la frecuencia y el tipo de intervención. Limitaciones: falta de familiaridad con la tecnología o problemas técnicos podían reducir la efectividad de las intervenciones.	soporte técnico son factores importantes que influyen la efectividad. Aunque los resultados son prometedores, se necesitan más estudios de alta calidad para establecer recomendaciones firmes.

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
Paquet et al 2023.	revision sistematica	Examinar la efectividad de las intervenciones de prescripción social dirigidas a reducir el aislamiento social y la soledad en adultos mayores, integrando recursos disponibles en el terreno.	Adultos mayores con aislamiento social o soledad. La muestra proviene de estudios previos que incluyen diversas poblaciones	Meta-revisión que incluyó varias revisiones sistemáticas previamente publicadas sobre intervenciones para reducir la soledad y el aislamiento social en adultos mayores. El enfoque se centró en las prescripciones sociales, que son intervenciones que vinculan a	Las intervenciones de prescripción social demostraron ser efectivas en la reducción del aislamiento social y la soledad, mejorando el bienestar de los adultos mayores. La integración de recursos comunitarios y el acompañamiento social mostraron resultados positivos en diversas poblaciones.	Las prescripciones sociales son una estrategia prometedora para combatir la soledad y el aislamiento social en adultos mayores. Sin embargo, la implementación exitosa depende de una adecuada integración de recursos

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
				<p>los pacientes con actividades sociales, voluntariado o servicios comunitarios para mejorar su bienestar social y emocional. Las intervenciones se evaluaron mediante resultados sobre bienestar, calidad de vida y niveles de soledad.</p>		<p>comunitarios y de la personalización de las intervenciones para adaptarse a las necesidades individuales de los adultos mayores.</p>

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
Patil et al 2024	Revisión sistemática de revisiones	Identificar, sintetizar y evaluar críticamente la efectividad de las intervenciones diseñadas para reducir la soledad en personas mayores a través de la recopilación de revisiones sistemáticas previas.	Personas adultas mayores (60 años o más), incluidas en las revisiones sistemáticas publicadas entre 2010 y 2023. Se analizaron 31 revisiones sistemáticas que incluyeron más de 650 estudios primarios.	búsqueda sistemática en múltiples bases de datos (PubMed, PsycINFO, CINAHL, Scopus, entre otras) de revisiones sistemáticas que evaluaran intervenciones dirigidas a disminuir la soledad en adultos mayores. Se aplicaron	Las intervenciones más comunes incluyeron actividades grupales presenciales, programas de apoyo social, entrenamiento en habilidades sociales, y uso de tecnologías como videollamadas. Las intervenciones grupales y centradas en mejorar la conexión social mostraron mayores beneficios. Sin embargo, hubo heterogeneidad considerable en los	Las intervenciones grupales estructuradas y aquellas con componente interactivo parecen ser más eficaces para reducir la soledad. Sin embargo, se requieren estudios con mayor rigurosidad metodológica, seguimiento

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
				<p>criterios de inclusión estrictos y se evaluó la calidad metodológica de las revisiones mediante la herramienta AMSTAR 2. Los datos fueron extraídos y sintetizados de forma narrativa.</p>	<p>diseños, poblaciones y medidas de resultado, lo cual limitó la posibilidad de comparaciones directas. Pocas revisiones demostraron resultados estadísticamente significativos sostenidos a largo plazo.</p>	<p>prolongado y medidas estandarizadas para fortalecer la evidencia sobre su efectividad.</p>

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
Q et al 2022	Estudio cuantitativo o transversal	Explorar cómo el uso de tecnologías de la información y la comunicación (TIC), junto con la autoeficacia en su manejo y la conciencia sobre la salud, influyen en los niveles de soledad percibida en personas adultas mayores.	La población objetivo fueron adultos mayores. La muestra estuvo compuesta por aproximadamente 350 personas mayores de 60 años, seleccionadas en centros comunitarios y residencias en una región urbana de China	Se aplicó un cuestionario estructurado que evaluó la frecuencia de uso de TIC, la percepción de competencia en su manejo (autoeficacia), y el nivel de conciencia en torno a la salud. También se midieron los niveles de soledad utilizando una	Los adultos mayores con mayor autoeficacia en el uso de TIC y niveles altos de conciencia en salud reportaron menores niveles de soledad. Se identificó que el uso de TIC media el efecto entre la autoeficacia y la soledad, lo que sugiere un papel indirecto importante. Además, la conciencia sobre la salud modera esta relación, intensificando el	El uso efectivo de TIC puede ser una herramienta relevante para reducir la soledad en adultos mayores, especialmente si se promueve el desarrollo de habilidades digitales y el interés por el autocuidado. Los programas de intervención

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
				<p>escala validada. El análisis estadístico incluyó regresiones para determinar relaciones entre variables.</p>	<p>impacto positivo del uso de TIC.</p>	<p>deberían enfocarse en fortalecer tanto la autoeficacia tecnológica como la conciencia sobre la salud.</p>

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
Rodriguez-Romero 2020	Ensayo clínico aleatorizado	Evaluar si una intervención comunitaria multicomponente puede reducir la percepción de soledad y depresión, así como mejorar el apoyo social y la calidad de vida en adultos mayores que viven en la comunidad.	<p>Población: Adultos mayores de 65 años residentes en la comunidad, identificados con soledad por el equipo de atención primaria en un área urbana de Barcelona.</p> <p>Muestra: 55 participantes (87% mujeres, edad media de 80,6 años); 82%</p>	<p>Se implementó una intervención comunitaria de 18 sesiones que incluyó talleres educativos, mindfulness, yoga, caminatas y visitas a jardines urbanos. Estas actividades fueron desarrolladas por el equipo de atención primaria en colaboración con agentes</p>	<p>A los seis meses de la intervención:</p> <p>El 48,3% del grupo de intervención ya no se sentía solo, en comparación con el 26,9% del grupo control</p> <p>El apoyo social aumentó</p> <p>La salud mental mejoró</p> <p>Los síntomas depresivos disminuyeron en el grupo de intervención, sin cambios significativos en el grupo control.</p>	<p>La intervención fue efectiva para reducir la soledad percibida, mejorar el apoyo social y la salud mental en adultos mayores con soledad moderada. Sin embargo, estas actividades pueden ser menos aceptadas por personas con</p>

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
			con soledad moderada y 18% con soledad severa.	comunitarios, como servicios sociales municipales y asociaciones civiles y religiosas.		soledad severa no relacionada con barreras de socialización generadas por el envejecimiento.

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
S et al 2025	Revisión sistemática con metaanálisis.	Sintetizar la prevalencia global de la soledad en adultos mayores y analizar los factores de riesgo asociados, comparando datos entre diferentes regiones del mundo.	<p>Población objetivo: Adultos mayores (mayores de 60 años) a nivel mundial.</p> <p>Muestra: El metaanálisis incluyó 140 estudios con un total combinado de más de 150,000 participantes provenientes de seis continentes (América,</p>	<p>búsqueda sistemática en bases de datos internacionales (PubMed, Scopus, Web of Science y EMBASE) desde 2000 hasta 2024. Se seleccionaron estudios con medidas válidas de soledad y personas mayores. Se evaluó la calidad metodológica de</p>	<p>La prevalencia global de soledad fue del 26.3% (IC 95%: 23.1%–29.7%).</p> <p>Las tasas más altas se observaron en Asia (31.4%) y América del Sur (29.2%); las más bajas en Oceanía (18.5%).</p> <p>Factores de riesgo significativos: vivir solo, viudez, bajo nivel educativo, pobreza, enfermedades crónicas, y baja</p>	<p>La soledad en adultos mayores es un problema de salud pública global, con alta prevalencia y múltiples factores de riesgo que varían según contexto cultural y geográfico. Se necesitan intervenciones culturalmente adaptadas y</p>

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
			Europa, Asia, África, Oceanía y Antártida, aunque en esta última se incluyeron datos de bases militares o expediciones científicas con adultos mayores).	los estudios incluidos y se extrajeron datos sobre prevalencia y factores de riesgo. Se emplearon modelos de efectos aleatorios para estimar la prevalencia global y se realizaron análisis de subgrupos por región, sexo,	participación social. También se hallaron diferencias por sexo (más común en mujeres) y por edad avanzada (>80 años).	políticas públicas para mitigar este fenómeno.

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
				edad, estado civil y nivel socioeconómico.		

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
Shekelle et al 2024	Revisión sistemática con metaanálisis	Examinar la efectividad de diversas intervenciones diseñadas para reducir la soledad en adultos mayores que viven en la comunidad.	Adultos mayores que residen en la comunidad (no institucionalizados). Se incluyeron 37 estudios, con una muestra total combinada de más de 10,000 participantes, provenientes de países de altos ingresos.	Los autores realizaron una búsqueda sistemática en múltiples bases de datos (MEDLINE, PsycINFO, Cochrane, etc.) hasta julio de 2023. Se incluyeron ensayos controlados aleatorizados y estudios cuasiexperimentales que	El metaanálisis mostró que las intervenciones multicomponentes, individuales y en grupo tuvieron un efecto modesto pero significativo en la reducción de la soledad. Las intervenciones tecnológicas también mostraron efectividad, especialmente cuando eran interactivas. Sin embargo, hubo heterogeneidad alta entre los estudios.	Existen intervenciones efectivas para reducir la soledad en adultos mayores, aunque el tamaño del efecto es generalmente pequeño. Se destaca la importancia de personalizar las intervenciones según el contexto local,

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
				<p>evaluaran intervenciones destinadas a reducir la soledad. Se utilizaron criterios estandarizados para extracción de datos, análisis de riesgo de sesgo, y se aplicaron modelos de efectos aleatorios para los metaanálisis.</p>		<p>recursos disponibles y características del grupo objetivo. Es necesaria mayor investigación con mejor calidad metodológica.</p>

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
Sirigu et al 2025	Observacional longitudinal	El propósito principal fue investigar cómo la percepción de soledad influye en la aparición y evolución de síntomas depresivos en personas mayores, considerando posibles factores mediadores y moduladores.	Incluyó a 46.317 adultos mayores europeos (57,40% mujeres), utilizando la base de datos SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe), en las olas 6, 7 y 8, abarcando un período reciente de 4 años de 2016 a 2020.	Los participantes completaron cuestionarios estandarizados en múltiples momentos para evaluar sus niveles de soledad y síntomas depresivos. Los datos recopilados se analizaron utilizando modelos de panel (Share database), lo que	Los hallazgos indicaron una asociación bidireccional significativa entre la soledad percibida y el aumento de síntomas depresivos en adultos mayores. Además, se observó que ciertos factores, como el apoyo social y la participación en actividades comunitarias, podrían atenuar esta relación negativa.	La soledad percibida es un predictor importante de la depresión en adultos mayores. Se enfatiza la necesidad de intervenciones que fomenten el apoyo social y la integración comunitaria para mitigar los efectos adversos de la soledad en la

REFERENCIA	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	POBLACION Y MUESTRA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSION
				permitió observar las relaciones entre las variables a lo largo del tiempo y controlar posibles factores de confusión.		salud mental de esta población.



Universidad de Costa Rica, Sistema de Estudios de Postgrado
Programa de Postgrado en Especialidades Médicas
Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria

Sres /as:

Comité Director de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria
Sistema de Estudios de Postgrado
Universidad de Costa Rica

ASUNTO: APROBACION DE TRABAJO FINAL DE GRADUACION

Por medio de la siguiente les saludo y les comunico que en mi función de tutora de la tesis titulada "Abordaje de la soledad y/o aislamiento social en adultos mayores" realizado por el residente de la especialidad de Medicina familiar y comunitaria Minor Chacón Vásquez, cedula 205740785, ha realizado la revisión y las recomendaciones necesarias, y el mismo se adhiere y cumple con los requisitos solicitados por el SEP de la UCR para esta modalidad de trabajos de graduación de postgrado. La calificación obtenida en la misma de 100.

Sin otro particular se despide,

VANESSA
ARAYA
VARGAS
(FIRMA)

Firmado
digitalmente por
VANESSA ARAYA
VARGAS (FIRMA)
Fecha: 2025.05.13
13:46:18 -06'00'

Dra. Dra. Vanessa Araya Vargas

Tutora

Asistentes Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria



Universidad de Costa Rica, Sistema de Estudios de Posgrado

Programa de Posgrado en Especialidades Médicas

Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria

Sres./as:

Comité Director de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria

Sistema de Estudios de Postgrado

Universidad de Costa Rica

ASUNTO: APROBACION DE TRABAJO FINAL DE GRADUACION

Por medio de la siguiente les saludo y les comunico que en mi función de lectora de la tesis titulada "Abordaje de la soledad y/o aislamiento social en adultos mayores" realizado por el residente de la especialidad de Medicina familiar y comunitaria Minor Chacón Vásquez, cedula 205740785, ha realizado la revisión y las recomendaciones necesarias, y el mismo se adhiere y cumple con los requisitos solicitados por el SEP de la UCR para esta modalidad de trabajos de graduación de postgrado.

Sin otro particular se despide,

ANA GABRIELA TORRES GONZALEZ (FIRMA)

PERSONA FISICA, CPF-06-0317-0495.

Fecha declarada: 13/05/2025 08:33:12 PM

Dra. Gabriela Torres González

Lectora

CERTIFICADO DEL FILÓLOGO

San José, viernes, 16 de mayo de 2025

Señores:

Universidad de Costa Rica

Sistema de Estudios de Posgrado

Programa de Posgrado en Especialidades Médicas

Por este medio hago de su conocimiento y corregido en mi calidad de filóloga, el Trabajo Final de Graduación titulado: "Abordaje de la soledad y/o aislamiento social en adultos mayores", Trabajo Final de Graduación sometido a la consideración del comité de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria para optar por el grado y título de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Realizado por el Doctor Minor Chacón Vásquez, portador de la cédula de identidad No.205740785

Respecto con el trabajo de investigación, considero que cumple con los requisitos establecidos para tal fin; se presenta un trabajo realizado con la responsabilidad, seriedad y sustentado.

Atentamente

Gloriana Bermúdez Durán

Cédula 111960918

Carnet 47753

**Gloriana
Bermúdez
Durán**

Firmado digitalmente

por Gloriana
Bermúdez Durán

Fecha: 2025.05.16
07:17:02 -06'00'