

La soledad en pacientes hospitalizados y en personas mayores de residencias en el Área de Salud de Tudela^{1 2}

Loneliness in hospitalized patients and elder people institutionalized in the health area of Tudela

Nerea Aznárez Ochoa, Sandra López Pino y Lucía Vitas Cornago
IES Valle del Ebro, Tudela, Navarra

El propósito principal de este estudio es medir el grado de soledad en pacientes hospitalizados y en personas mayores de 65 años en residencias en el AST y darlo a conocer, analizar los factores asociados a la soledad, relacionar la soledad con la depresión y, sobre todo, concienciar a las nuevas generaciones sobre la situación de las personas mayores. En la metodología, se emplearon tres cuestionarios mediante el formato papel: un cuestionario sociodemográfico de elaboración propia, la escala de soledad de UCLA revisada (RULS), que evalúa la soledad en poblaciones diversas a través de sus 20 ítems, y la escala de depresión geriátrica de Yesavage (EDG) en su versión reducida de 15 ítems, para conocer el grado de depresión. En los resultados del cuestionario sociodemográfico, se obtuvo que las mujeres participan más en las actividades sociales que los hombres y que, en general, no se sienten una carga para sus familiares. A través de la escala de RULS se midió el estado de ánimo y se encontró una diferencia en la media de soledad entre los que se sienten animados (50,720) y los que se sienten desganados (53,333). Finalmente, el cuestionario de Yesavage confirmó que las personas que sienten más soledad padecen más depresión. Como conclusión, la presente investigación ha aportado información sobre la situación de soledad de las personas mayores de 65 años. Se espera, que en un futuro este y otros estudios sirvan para mejorar la situación de aquellas personas que perciban el sentimiento de soledad.

Palabras clave: Soledad, depresión, soledad social, soledad subjetiva, estado de ánimo.

The main purpose of this study is to measure the degree of loneliness in hospitalized patients and in people over 65 years of age in residences in the Health Service of Tudela and make it known, analyze the factors associated with loneliness, relate loneliness with depression and above all, raise awareness among new generations about the situation of elderly people. In the methodology, three questionnaires were used using paper format: a self-elaborated sociodemographic questionnaire, the revised UCLA loneliness scale (RULS), which assesses loneliness in diverse populations through its 20 items and the Yesavage Geriatric Depression Scale (EDG) in its reduced version of 15 items, to determine the degree of depression. Afterwards, a statistical analysis of the results was carried out. Results of the sociodemographic questionnaire showed that women participate more in social activities than men and people interviewed do not usually feel a burden for their relatives. Mood was measured using RULS scale and a difference in the mean of loneliness was found, between those who feel encouraged (50,720) and those who feel apathetic (53,333). Finally, the Yesavage questionnaire confirmed that people who feel more loneliness suffer from more depression. In conclusion, this research has provided information about loneliness in people over 65 years of age. In the future, this study is expected to improve the situation of those people who perceive the feeling of loneliness.

Keywords: Loneliness, depression, social loneliness, subjective loneliness, mood/state of mind.

¹ Este trabajo fue seleccionado para participar en URANIA, II Congreso Navarro de Jóvenes Investigadores, celebrado en Tudela los días 13, 14 y 15 de junio de 2022, obteniendo un Tercer Premio concedido por la organización.

² El presente trabajo se ha realizado en virtud de un Convenio Marco de colaboración firmado entre el IES Valle del Ebro y el Área de Salud de Tudela – Hospital Reina Sofía firmado el 13 de septiembre de 2018, con una vigencia de cuatro años.

Justificación

La soledad se relaciona negativamente con la salud mental, aunque la dirección de esta causalidad sea difícil de determinar (Heinrich y Gullone., 2006). La soledad es una experiencia inevitable para toda persona, ya que todos la hemos sentido alguna vez, especialmente durante el periodo de aislamiento de marzo de 2020.

El propósito principal de esta investigación es informar y dar a conocer los resultados tras un estudio sobre cómo afecta la soledad a los pacientes hospitalizados y a personas mayores de 65 años que viven en centros residenciales de mayores en el Área de Salud de Tudela (AST). Por otra parte, pretende reflejar la situación en la que viven diariamente nuestros mayores y el trato que reciben en estos centros.

A nivel personal, nos despierta un sentimiento afectivo por las personas mayores y nos motiva a dar a conocer la situación actual en el AST para mejorar la calidad de vida de los mismos. Además, nos resulta muy atractivo ya que es un tema que sí ha sido investigado, pero no del mismo modo, ni en el mismo lugar. Por ejemplo, ya existe un artículo que narra la investigación sobre el estado de ánimo caracterizado por soledad y tristeza relacionado con las personas mayores (Jürschik et al., 2013), sin embargo, no existe una investigación sobre la soledad en pacientes hospitalizados y personas mayores en residencias en la zona de Tudela, Navarra.

El presente estudio centrará su metodología en el uso de instrumentos existentes ya validados (cuestionario de la escala de medida de UCLA) y se elaborará un cuestionario sociodemográfico propio para una correcta recogida de datos y su posterior análisis estadístico.

En conclusión, se pretenden dar a conocer los resultados de un estudio sobre la soledad en personas mayores de 65 años y concienciar a adolescentes y personas adultas y hacerles ver que en un futuro, ellos se encontrarán en esa situación y les gustará hallarse en mejores condiciones. Como respuesta, se espera que se muestren receptivos y empáticos de cara a intentar mejorar el estado de las personas mayores.

Objeto de estudio

El presente trabajo dará a conocer los resultados sobre cómo afecta la soledad a los pacientes hospitalizados y a las personas mayores de 65 años que se encuentran en las residencias de Cascante (Hogar Nuestra Señora del Rosario), Fustiñana (San Francisco Javier) y Tudela (Real Casa de Misericordia) en el área de salud de Tudela, en la provincia de Navarra, tras haber realizado un estudio utilizando diferentes variables mediante un cuestionario.

Se asume el enfoque predominante en la bibliografía que describe la soledad como un fenómeno multifactorial, variable, percibido y subjetivo, ya que depende de muchos factores de nuestro día a día, no es constante y cada persona lo percibe de diferente manera y por motivos diferentes. Estudios prospectivos han relacionado la soledad con impactos sobre la salud física y mental, que permiten delinear las variables que se tendrán en cuenta para este trabajo: la soledad es precursora y factor de riesgo para desarrollar síntomas depresivos entre las personas mayores (Cacioppo et al., 2010), sobre la cognición y su deterioro (Wilson et al., 2007), para el ingreso en residencias

y necesidad de atención sanitaria por la pérdida de independencia funcional principalmente (Richard et al., 2017), problemas cardiovasculares (Hawkey et al., 2003), incremento en la morbilidad y la mortalidad (Tilvis et al., 2011; Luo et al., 2012; Waite, 2014).

Antecedentes

Definiciones operacionales

Soledad. Se define, de modo general y de consenso, como la insatisfacción con el número y la calidad de las relaciones sociales (OMS, 2015). La soledad se puede comprender bajo un enfoque afectivo, cognitivo, relacional y clínico. En este sentido, la bibliografía especializada diferencia entre conceptos como la sensación (emoción) de soledad, del estado objetivo de soledad, estar solo o el aislamiento social. Por tanto, la soledad se concibe como un fenómeno multidimensional que difiere en su intensidad, circunstancias y causas. A pesar de ello, se ha asumido una tipología, perfilada por Weiss (1973) que, aunque criticada y revisada, con todas sus pegadas y excepciones, sigue siendo operativa: la soledad emocional y la soledad social (sin ser excluyentes una de la otra) (Heinrich y Gullone, 2006).

Envejecimiento. Es un fenómeno presente a lo largo del ciclo vital desde el mismo proceso de la concepción hasta la muerte. (Alvarado y Salazar, 2014). Uno de los efectos de este proceso de envejecimiento puede ser la reducción de los contactos sociales y, por tanto, la aparición de la soledad (percibida y/o objetiva) (Dahlberg et al., 2015; Pikhartova et al., 2016).

Depresión. Es la exageración persistente de los sentimientos habituales de tristeza. Es una enfermedad grave, de varias semanas o meses de duración y que afecta tanto al cuerpo como a la mente. Afecta a la forma en que una persona come y duerme. Afecta a cómo uno se valora a sí mismo (autoestima) y a la forma en que uno piensa (San Molina., 2010).

Desarrollo socioemocional. Es el conjunto de evoluciones personales por las cuales los individuos pueden entender y regular sus propias emociones, también sentir y mostrar empatía por los demás, establecer y desarrollar relaciones positivas, tomar decisiones asertivas y responsables, así como definir y alcanzar metas personales (Luna., 2018).

Personas mayores. La OMS considera como adulto mayor a todas las personas que superan los 60 años de edad (OMS).

Salud mental. La OMS ha definido la salud mental como el estado de bienestar que permite a cada individuo realizar su potencial, enfrentarse a las dificultades usuales de la vida, trabajar productiva y fructíferamente y contribuir con su comunidad (Rondón, 2015).

Soledad emocional o percibida. La soledad emocional remite a la falta de relaciones de intimidad, ya sean de amor romántico, paternal o filial, o a no tener una persona cercana que sirva de apoyo afectivo. Responde a la necesidad de apego o de relaciones íntimas (Zubieta et al., 2011).

Soledad social u objetiva. Hace alusión a la falta de compañía, es decir, de una red de relaciones sociales, que no necesariamente tiene que ser negativo, sino que puede ser algo buscado intencionadamente (Rubio et al., 2009).

Estado de la cuestión

En los últimos años el proceso de envejecimiento de las sociedades desarrolladas ha llevado a un incremento de las investigaciones relacionadas con la salud y sobre las consecuencias sociales y económicas derivadas. Los estudios han abarcado diferentes componentes de esta cuestión, aunque comparten un mismo enfoque, el de analizar el estado y la soledad en las personas mayores. Cuando se produce una valoración positiva sobre la capacidad de las personas mayores para realizar actividades de la vida diaria y sus factores condicionantes, se habla de un envejecimiento positivo, exitoso, activo o saludable, el cual permite en cierto modo el bienestar en la vejez (OMS, 2015; WHO Clinical Consortium on Healthy Ageing, 2017).

Estos nuevos enfoques sobre el envejecimiento también han abarcado aspectos psicológicos y emocionales del mismo y en relación con la asistencia, nace el elemento de la soledad. Este sentimiento se considera parte mayoritaria de los síntomas emocionales que cursa la depresión en las personas mayores, junto a la tristeza. Este riesgo a padecer soledad se incrementa entre personas ingresadas en residencias de ancianos (Banks et al., 2007), a pesar de permitir relacionarse con personas de la misma generación y mantener una potencial red social con ellos.

Otro vértice interesante del riesgo derivado de padecer soledad influye indirectamente con el estado de ánimo, el cual afecta en la disminución de la capacidad de realizar actividades cotidianas. Ello conduce a una pérdida en la capacidad funcional, generando una mayor carga asistencial (Richard et al., 2017).

A pesar de que la soledad ha sido un tema estudiado desde hace décadas, los resultados no han producido un volumen amplio de instrumentos de evaluación (Buz., Adánez., 2013). Uno de estos instrumentos es la Escala de Soledad de De Jong Gierveld, diseñada en 1985 y validada al castellano, aunque la más frecuentemente utilizada en la bibliografía es la Revised UCLA Loneliness Scale (Russell et al., 1980). Los estudios sobre la soledad han avanzado desde los años de 1980 para dar a conocer sus causas, manifestaciones y consecuencias diversas, sin embargo, no se observa un consenso ni un uso frecuente de cuestionarios que permitan evaluar la soledad en el anciano (Pilotto et al., 2017).

Se ha trabajado desde dos escenarios diferenciados, que son el AST y la red de centros residenciales de la Ribera de Navarra:

- El AST integra siete zonas básicas de salud: Tudela Este, Tudela Oeste, Cascante, Corella, Cintruénigo, Valtierra, Cadreita y Buñuel. La población total en esta Área de Salud mayor de 65 años, según los últimos datos disponibles (Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea, 2019), se compone de 8.334 hombres y 10.277 mujeres.
- Por otra parte, los centros residenciales que se ubican en la zona del AST están en las localidades de Buñuel, Cascante, Castejón, Cintruénigo, Corella,

Cortes, Fitero, Fustiñana, Tudela, Valtierra y Villafranca.

La tabla 1 (Anexo) muestra la población total, dividida en hombres y mujeres, de los 22 municipios que forman el AST. Además, se incluye la población mayor de 65 años de cada municipio dividida en total, hombres y mujeres y la población mayor de 65 años que vive sola siguiendo el mismo patrón.

En 2017, el Gobierno de Navarra aprobó un plan llamado *Estrategia de Envejecimiento Activo y Saludable de Navarra 2017-2022*. El objetivo de esta estrategia es promover que el envejecimiento se produzca con la máxima capacidad funcional y con la mejor calidad de vida, posponiendo las situaciones de dependencia durante el mayor tiempo posible (Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra, 2017).

Hipótesis y objetivos

Los objetivos a conseguir en esta investigación son los siguientes:

1. Dar a conocer los resultados obtenidos en el estudio de la soledad en pacientes mayores de 65 años hospitalizados y en residencias en el AST.
2. Analizar los factores asociados a la soledad en personas mayores en residencia.
3. Medir el grado de soledad en una muestra del AST tanto en residencias como en hospitales.
4. Establecer una comparación entre los resultados obtenidos en las residencias y en el hospital.
5. Relacionar la soledad con la depresión de los pacientes mediante la escala de depresión geriátrica de Yesavage.
6. Concienciar a generaciones venideras de la situación en la que se encuentran nuestros mayores y darles la importancia merecida que tienen tras haber luchado por conseguir unas condiciones de las que gozamos la población de hoy en día.

Las hipótesis que se proponen en este estudio, en relación con los objetivos planteados, son las siguientes:

H.1. Como previsiones generales, se valora que entre el 40 y el 60% de pacientes hospitalizados y de personas mayores de 65 años en residencias del AST perciben el sentimiento de soledad, basándonos en el estudio realizado por Jürschik et al. (2013) (O.1.).

H.2. Entre este grupo, también se adopta que serán las mujeres las más afectadas. Esto se cree ya que tal y como se refleja en la tabla 1 (Anexo), en la gran mayoría de los pueblos del AST casi más del doble de mujeres mayores de 65 años en comparación con los hombres, viven solas, y su esperanza de vida es mayor (O.1.).

Además, basándonos en el estudio realizado por Jürschik et al., otras hipótesis planteadas son las siguientes:

H.3. Las mujeres, los que viven solos, los de bajo nivel educativo y los que tienen pocos amigos, presentan peor estado de ánimo (Jürschik et al., 2013). Por esto, se cree que quienes hayan recibido peor educación académica y quienes menos participan en actividades sociales o de ocio padecerán este sentimiento (O.2 y O.3).

H.4. En cuanto a antecedentes patológicos, los individuos con deterioro cognitivo, enfermedades de corazón, derrame cerebral, desnutrición y aquellos que

declararon peor estado de salud, tenían más posibilidad de experimentar un peor estado de ánimo (Jürschik et al., 2013). De acuerdo a la cita, se prevé que las personas de mayor edad, quienes hayan tenido peores condiciones laborales y quienes hayan padecido o padezcan alguna enfermedad como la depresión, serán más propensos a padecer soledad (O.3 y O.5).

H.5. Pacientes del centro de larga estancia y del servicio de medicina interna del hospital de agudos fueron los que presentaron peor estado de ánimo (Jürschik et al., 2013). Teniendo en cuenta la cita anterior, se espera que sufrirán de soledad quienes tengan sentimiento de carga social y aquellos que lleven más tiempo ingresados o residiendo. Es por ello que, en relación al objetivo 4, se cree que los pacientes de las residencias padecerán mayor sentimiento de soledad (O.2 y O.4).

Metodología

Se trata de un estudio descriptivo de tipo transversal y retrospectivo para conocer la situación de soledad en pacientes hospitalizados y personas mayores en las residencias de la zona de la Ribera y en el AST en una muestra formada por personas mayores de 65 años llevada a cabo entre abril y agosto de 2021.

Estrategia de intervención

El primer paso a dar es la realización del cuestionario sociodemográfico y la selección de cuestionarios validados más acordes al tema en cuestión. Consta de un cuestionario diferente para las personas residentes y para las personas hospitalizadas. En ambos se realizará el cuestionario sociodemográfico de elaboración propia de 17 y 16 ítems (aunque cambiando ciertas variables como por ejemplo el tiempo y el motivo de su estancia) y el de UCLA con 20 ítems, que se encuentran en los anexos 2 y 3 respectivamente. Además, para la residencia se añadirán la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage de 15 ítems (Anexo 4) y la prueba mental abreviada de Hodgkinson (AMTS) en el caso de que se observe que el paciente entrevistado muestre algún déficit cognitivo que impida la coherente respuesta a las preguntas del test. En caso de no cumplirlo, quedaría excluido del muestreo.

A continuación, en el caso del hospital, se contacta y se mantiene la comunicación con el profesional de la entidad colaboradora Santiago Urmeneta Aguilar, coordinador de Trabajo Social del hospital Reina Sofía de Tudela, quien ayudará a decidir el lugar y la fecha de ejecución de los cuestionarios, además de establecer las condiciones necesarias frente a la COVID-19.

El siguiente paso trata de determinar la muestra con la que se va a trabajar y pasar los cuestionarios en formato de papel. El escenario del hospital es más variante e incierto, debido a la entrada y salida de los pacientes, y por lo tanto no se va a poder establecer una muestra concreta. Por ese motivo, se ha intentado que sea de un mínimo de 30 participantes hospitalizados. Se ha realizado en la tercera planta del hospital, dedicada a Medicina Interna y Especialidades, y en la segunda planta donde se halla Traumatología. Está centrado en estos servicios médicos debido a que los pacientes allí ingresados cumplen más

fácilmente con los criterios de inclusión. Se ha hecho lo posible para que el muestreo sea coherente con los datos obtenidos a través del Padrón, intentando que se aproxime al 50% de cada género.

En cuanto a las residencias, los escenarios de actuación han dependido de las indicaciones y condiciones establecidas por los distintos centros. Se necesitaron informantes y no fue necesario aplicar los instrumentos en un determinado momento del día. Los residentes recibieron los cuestionarios, los que eran capaces de leer y escribir lo completaron por su cuenta y los que no, recibieron ayuda. En caso de dificultades materiales, la entrevista fue administrada por estos autores y las respuestas se marcaron en el cuestionario.

El periodo de recogida de datos ha sido entre abril y agosto de 2021 y se ha realizado en el hospital Reina Sofía de Tudela, Navarra, y en las residencias de Cascante, Fustiñana y Tudela. Para realizar la recogida de datos, se hizo de manera anónima en la propia habitación del paciente siendo el hospital y en el lugar y condiciones que determinó cada centro residencial.

El último paso consistió en el análisis estadístico de los datos obtenidos mediante el programa IBM SPSS en su versión 25.0 y la obtención de conclusiones. Una vez consolidado el estudio, se planteará ofrecer charlas de divulgación en el IES Valle del Ebro y en Ayuntamientos de las localidades de la zona para dar a conocer el sentimiento de soledad de nuestros mayores.

Participantes

- a. Criterios de inclusión:
 - Sexo: femenino y masculino.
 - Edad: 65 y más.
 - Nacionalidad: no afecta.
 - Lugar de residencia: Área Salud Tudela, Navarra.
 - Tiempo en la residencia: mínimo 1 mes.
 - Tener una enfermedad / O que padecer una concreta sea algo excluyente: No importa.
 - Estar hospitalizado o ingresado en una residencia de ancianos.
 - Capaz de tomar decisiones.
 - Puntuación de 7 o más según la puntuación de la prueba mental abreviada de Hodgkinson (AMTS). El test será realizado en caso de duda en cuanto a las capacidades cognitivas de los residentes, ya que se entiende que han sido previamente seleccionados.
 - Firmar el consentimiento informado.
- b. Criterios de exclusión. Personas que no cumplan los criterios de inclusión o declinen participar en el proyecto.

Instrumentos

- Cuestionario sociodemográfico de elaboración propia para medir la soledad social, que incluye los siguientes ítems: Edad, sexo, nivel de estudios, padecer enfermedades, actividad física, visitas al centro de salud, participación en actividades sociales, acudir a misa, tener familia, tener amigos, cantidad de visitas a la residencia, trato del personal de la residencia, motivo por el cual está residiendo, tiempo en

la residencia, tiempo ingresado en el hospital, estado de ánimo, sentimiento de carga para los familiares.

- *Escala de soledad UCLA revisada (RULS)* (Morejón y García-Bóveda, 1994). Se trata de una escala de 20 ítems diseñada para evaluar la soledad emocional o percibida en poblaciones diversas. Según la frecuencia con que se experimenten las vivencias descritas en cada uno de los ítems se contesta en una escala de 1 a 4 (correspondiente a frecuentemente, algunas veces, raras veces y nunca, respectivamente). Tras invertir la puntuación en los ítems 1, 5, 6, 9, 10, 15, 16, 19 y 20, se suman las puntuaciones correspondientes a los 20 ítems, obteniendo una puntuación total de aislamiento. El rango de puntuaciones va de 20 a 80, correspondiendo una mayor puntuación con un mayor grado de soledad.
- *Escala de Depresión Geriátrica (EDG) de Yesavage*, versión reducida de 15 ítems (Yesavage et al., 1982). Se valora de esta forma: 0-5: Normal; 6-9: Depresión leve; >10: Depresión establecida.

Variables

Las variables independientes categóricas de escala nominal son el sexo, la educación, las condiciones de vivienda, la salud autoevaluada, la actividad física, las visitas al centro de salud, la duración de la hospitalización, la participación social, trato del personal sanitario, motivo por el cual están en la residencia, su estado de ánimo y cantidad de visitas recibidas a la semana.

Las variables independientes dicotómicas son: padecer o haber padecido alguna enfermedad, creencias religiosas, sentimiento de carga social, depresión y tener familia y amigos.

Como el objetivo principal es medir la soledad, la variable dependiente es esta misma (el paciente debe definir su soledad en función de cómo se sienta), que es numérica y nominal, y la variable independiente numérica de escala es la edad. Dichas variables miden la soledad en RULS. Por otra parte, para medir el grado de depresión mediante el cuestionario de Yesavage, la variable dependiente es la depresión, que es numérica y nominal.

Análisis estadístico

Para el tratamiento estadístico de los datos recogidos se ha utilizado el programa IBM SPSS en su versión 25.0. Las variables se han resumido mediante parámetros estadísticos descriptivos: frecuencias absolutas y relativas, tendencia central y dispersión. Se han buscado asociaciones entre las variables analizadas mediante pruebas deductivas que, al no cumplirse el criterio de normalidad, fueron no paramétricas (chi-cuadrado y la U de Mann-Whitney, correlaciones de Spearman, comparación de medias para muestras independientes). Además, para comprobar la relación entre depresión y soledad, se utilizaron las pruebas de ANOVA y modelos de regresión lineal. Para todas las pruebas se adoptará un nivel de significación estadística de 0,05 bilateral.

Cuestiones éticas

Para obtener datos de las residencias de personas mayores ha sido necesario haber obtenido previamente la aprobación de la dirección de la institución. Además, los participantes han debido aceptar su colaboración mediante la firma del consentimiento informado. Para éste, se ha tenido en cuenta la Ley Orgánica, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y el artículo 26 de la Declaración de Helsinki.

Resultados

Tras la realización de los cuestionarios en las distintas residencias del AST, se obtuvo una muestra definitiva de 38 participantes. De ellos, 15 fueron hombres (39,47%) y el resto, 23, mujeres (60,53%). 16 de ellos residían en Tudela (42,11%), 10 en Fustiñana (26,32%) y 12 en Cascante (31,58%). La gran mayoría de ellos recibieron educación hasta la enseñanza obligatoria, 32, (84,21%), siendo 20 mujeres (52,63%) y 12 hombres (31,58%). Sólo un hombre (2,63%) y una mujer (2,63%), recibieron estudios intermedios. Tanto dos hombres (5,26%) como dos mujeres (5,26%) realizaron estudios superiores. El número de años de media que llevan residiendo los participantes es de 3,72 años ($DT= 42,84; \pm 14,09$). Este número en hombres asciende hasta 5,23 años de media ($DT= 54,18; \pm 30,01$) y en mujeres, desciende hasta 2,73 años ($DT= 29,07; \pm 12,57$).

Los resultados del cuestionario sociodemográfico se recogen en la tabla 2 (Anexo). Entre ellos, se destaca la salud de los participantes, 21 de ellos no padecen enfermedades actualmente agudas (55,26%), correspondiendo a 7 hombres (18,42%) y 14 mujeres (36,84%). 13 afirmaron padecer enfermedades en ese momento, 6 hombres (15,79%) y 7 mujeres (18,42%). Además, dos hombres (5,26%) y dos mujeres (5,26%) confirmaron haber padecido recientemente alguna enfermedad en estado agudo. 25 participantes calificaron su salud entre buena y excelente y 13 personas (34,21%) la calificaron como justa o pobre.

Teniendo en cuenta los ítems que están relacionados con la evaluación de la soledad social u objetiva (tabla 3, Anexo 1), el 44,73% de los residentes participan con mucha frecuencia en actividades sociales, siendo la gran mayoría mujeres (36,84%) frente al (7,89%) de hombres. La gran mayoría, en un 92,11%, tiene familia, y el 84,21% indica tener amigos. De todos ellos, el 73,68% no se sienten una carga para estas personas cercanas y solo una persona (2,63%) sí lo siente. Se puede observar que la mayoría de los residentes reciben visitas, ya que un 21,05% tienen visita todos los días, frente al 15,79% que no tiene nunca. El 100% está satisfecho con el trato personal de la residencia, siendo calificado como muy bueno o bueno. De todos ellos, 26 personas (70,27%) están residiendo a causa de su propia decisión, y el resto (29,73%) lo hacen por decisión de sus familiares.

Los resultados en RULS para la medida de la soledad, fueron 51,11 ($DT= 5,491; \pm 1,81$) de media para la muestra. Los hombres obtienen un resultado de 51,33 ($DT= 7,669; \pm 4,246$) y las mujeres 50,957 ($DT= 3,637; \pm 1,573$). La totalidad de los resultados de RULS se muestra en las tablas 4 y 5.

Los resultados en Yesavage para la medida de la depresión fueron 3,54 ($DT= 3,25; \pm 1,08$) de media para la muestra. Los hombres obtienen un resultado de 3,21 ($DT= 3,68; \pm 2,12$) y las mujeres 3,74 ($DT= 3,03; \pm 1,31$). Los resultados de depresión entre hombres y mujeres son similares,

aunque es mayor la de éstas. Se observa que sufren más grado de depresión aquellas personas que solo cursaron hasta la enseñanza obligatoria, aunque su media es baja, (3,87; $DT= 3,43; \pm 1,26$) lo que se considera como normal. Además, los residentes que autoevalúan su salud como excelente o muy buena solo tienen 1 punto de media en el test, a diferencia de los que dicen tenerla buena o justa, que rondan los 4 puntos, y los que la evalúan como pobre, que están por encima de los 6 puntos. Por otra parte, las personas que acuden a misa padecen menos depresión (3,10; $DT= 2,86; \pm 1,04$) que los que no lo hacen (5,83; $DT= 4,45; \pm 4,67$), al igual que los que no tienen familia (5,67; $DT= 4,04; \pm 10,04$) ni amigos (6,83; $DT= 3,54; \pm 3,72$). Ver tablas 4 y 5.

Se buscaron diferencias estadísticamente significativas entre el sexo y los resultados obtenidos en RULS. Para ello, se realizó la prueba de U de Mann-Whitney, en la que se obtuvo una significación exacta de 0,535, por lo que no existe relación alguna. También se analizó la relación entre el sexo y Yesavage utilizando la misma prueba. No existe relación ya que la significación es de 0,377.

Para comprobar si existe una correlación entre los estudios y la soledad, se utilizó la prueba de Spearman cuyo resultado fue negativo.

Para evaluar si existe alguna relación entre la soledad y las distintas variables sociodemográficas que son: edad, sexo, estudios, enfermedades, actividad física, participación social, nº de visitas, motivo por el cual se está residiendo, estado de ánimo y tiempo residiendo, se realizó la prueba de U de Mann-Whitney cuyos resultados fueron todos negativos, excepto en la variable del estado de ánimo y la decisión por la cual se está residiendo, que fueron positivas. En el caso concreto de padecer enfermedades se han establecido dos grupos: aquellos que padecen y han padecido recientemente enfermedades conformaron un grupo, y los que no han padecido nunca, el otro grupo.

Se evaluó la asociación entre la edad y los resultados de soledad utilizando una prueba de correlación de Spearman, que finalmente no ofreció significación estadística. Complementariamente, se dividió la muestra en subgrupos de participantes que llevaban hasta 1 año en residencia, y después hasta 2 años, para comparar los resultados con el resto mediante sendas pruebas U de Mann-Whitney, pero no se obtuvo tampoco significación estadística.

Siguiendo con la evaluación de la edad relacionada con la soledad, se buscó su asociación con la prueba de Spearman. Como resultado, se obtuvo una significación de 0,010 y una correlación de 0,420 de signo positivo, y por lo tanto, de fuerza moderada, confirmando así la existencia de dicha correlación.

Del mismo modo, para evaluar la edad frente a la depresión, se realizó de nuevo la prueba de correlación de Spearman entre las variables de edad y depresión medida en Yesavage, pero no se obtuvo significación estadística. Al comparar las edades medias de los participantes sin depresión y aquellos que tienen una establecida, mediante U de Mann-Whitney, no existieron diferencias estadísticamente significativas.

Para analizar la influencia de algunas de las variables en la soledad, se aplicó un modelo de regresión lineal donde la variable dependiente es la soledad y las independientes son la depresión, el tiempo residiendo, padecer enfermedades, la edad, las visitas al centro de salud, el motivo por el cual se está residiendo, la actividad física, el estado de ánimo y la educación. Se obtuvo un coeficiente

de determinación de 0,372, el cual indica que las variables consideradas como influyentes explican el 37,2% de la variabilidad en los resultados de la soledad medida en RULS. Las variables que más influyen son padecer enfermedades (49,4%) y la educación (-46,6%), y además, son las que obtienen una significación estadística menor que 0,05. El resto de variables fueron eliminadas y se repitió el modelo con estas dos variables. El coeficiente de determinación resultó ser 0,170. La validez de este modelo se comprobó con ANOVA y se obtuvo una significación de 0,038. La figura 1 muestra el resumen del modelo.

Finalmente, se buscaron asociaciones entre el padecimiento de soledad y depresión a través de la prueba Anova. Como indican las tablas 6 y 7 del Anexo, se puede afirmar que aquellos que sienten más soledad padecen más depresión, ya que se obtiene una diferencia estadística significativa de 0,02. Para confirmar con mayor exactitud dicha asociación, se realizó la prueba de Tukey, en la que $p < 0,5$ (Tabla 8, Anexo). En conclusión, las personas con una alta soledad son las que tienen datos de depresión más elevados, y esto es significativo, respecto a los otros dos grupos, con soledad media y baja.

Análisis y discusión

Tras la obtención de datos de este estudio se han obtenido datos interesantes e inesperados. Evaluando los resultados del cuestionario sociodemográfico, es interesante que el 55,26% de las personas entrevistadas no suele participar en actividades sociales, siendo la mayoría hombres (34,29%), por lo que las mujeres tienen más tendencia a participar en ellas. Por otra parte, cabe destacar que la gran mayoría, el 92,11%, tiene familia, y el 84,21% amigos. De todos ellos, el 73,68% no se sienten una carga para estas personas cercanas, y solo una persona (2,63%) sí lo siente. Se cree que esto es debido a que se encuentran alojados en una residencia y no dependen directamente de sus familiares. También acentuar que, de todos ellos, 26 personas (70,27%) están residiendo a causa de su propia decisión, y el resto (29,73%) lo hacen por decisión de sus familiares. Estos datos indican baja soledad social, y llevan a deducir que no deberían sentir gran sentimiento de soledad.

Por otra parte, analizando los resultados en RULS, un dato muy llamativo es que aquellos residentes que autoevalúan su salud como excelente tienen una media de 54,8, en comparación a los que la autoevalúan como pobre, cuya media es 50,600. Sin embargo, en cuanto al estado de ánimo, hay una diferencia en la media entre los que se sienten animados (50,720) y los que se sienten desganados (53,333), y aquellas personas que dicen tener enfermedades también tienen una media mayor. Es sorprendente que el tener amigos y familia y el residir por decisión propia no influya (y por tanto no haya significancia estadística) con respecto al nivel de su soledad, y que cuanto más participan en actividades sociales mayor es su media en el test.

Por último, en relación a la depresión medida con Yesavage, a pesar de no encontrar significancia estadística, las variables concuerdan con lo esperado en depresión, no así en soledad. Un dato fundamental es que las personas con una alta soledad son las que tienen datos de depresión más elevados.

A continuación, se procede a hacer una comparación entre los resultados del presente estudio y los de otros

semejantes.

La puntuación media en el test de UCLA de los participantes es de 51,11 ($DT=5,491$; $\pm 1,81$) sobre 80, lo que supone que en general padecen una soledad media. Esto quiere decir que sienten y tienen una soledad establecida pero no demasiado persistente, no se podría definir como tal.

En el estudio de Elsayed et al. (2009), un 86% reconoció tener un leve sentimiento de soledad, medido con el cuestionario UCLA y hasta un 56% una depresión leve, medido con Yesavage. En comparación a esta investigación, solo el 23,68% del presente estudio padecen un sentimiento de soledad bajo, y solo el 13,51% una depresión leve.

Nuestro estudio revela que las personas con mayor nivel de estudios tienen menos puntuación media (46,75 ($DT=2,217$; $\pm 3,528$) en UCLA que las personas sin estudios, es decir, existe una relación significativa, a diferencia del trabajo Espirito-Santo y Daniel (2018), que demuestra que el análisis de correlación entre las variables sociodemográficas y de estudios no obtuvo relaciones significativas ($p > .05$).

El estudio de Jürschik et al. (2013) es un estudio similar a este, en el que utilizaron una muestra total de 398 sujetos y los participantes tenían una media de edad de 77 años. Casi la mitad de los individuos presentaban un nivel de educación bajo, el 15% vivía solo y el 33% tenían menos de tres amigos. La prevalencia de estado de ánimo negativo fue de 52,3%, siendo la proporción entre hombres y mujeres similar, lo que coincide con el estudio realizado.

De los resultados de dicho estudio se puede extraer que las mujeres, aquellas personas que viven solas, las de bajo nivel educativo y las que tienen pocas relaciones de amistad, presentan mayor soledad. Además de que las mujeres presentan peor estado de ánimo en edades más avanzadas. Adicionalmente, aquellos que declararon peor estado de salud experimentaron peor estado de ánimo. En nuestro trabajo estos resultados no son significativos, probablemente debido a causas culturales, al paso del tiempo, al número de participantes en la muestra, o a la diferencia de edades en ambas muestras.

En los resultados obtenidos en nuestro estudio se aprecia que la gran mayoría de los participantes (78,38%) padecen una depresión normal, de 2,69 de media ($DT=1,646$; $\pm 0,626$) en el test de Yesavage y en general la media es de 3,54 ($DT= 3,254$; $\pm 1,08$). Sin embargo, en un estudio realizado en ancianos coreanos y japoneses, Kim et al. (2009), los resultados fueron realmente significativos: "La incidencia de síntomas depresivos fue mayor que la tasa del 41,7% entre los ancianos japoneses ($\chi^2=10,80$, $p=0,00$) (Kim et al., 2009). También demostraron que su autopercepción de la salud y su soledad eran predictores significativos para su depresión, a diferencia de los mayores del AST.

En esta investigación, se puede apreciar que las personas que padecen enfermedades junto con las mujeres, padecen más depresión que aquellas que no las padecen y que los hombres, aunque no se trata de una diferencia significativa. Sin embargo, el trabajo de Abd-Allah et al. (2018) ha demostrado que el sexo, la edad y el hecho de padecer enfermedades afectan significativamente a su nivel de depresión ($p = 0,004$, $0,000$ y $0,000$ respectivamente).

En otras investigaciones en las cuales realizan los mismos cuestionarios que en este estudio, se demostró que la soledad está directamente relacionada con la depresión de los participantes y la depresión que padecen, a su vez con su soledad (Aylaz et al., 2012), al igual que en este

estudio.

Limitaciones y perspectivas futuras

Una de las más importantes que ha surgido con el paso del tiempo, ha sido la escasez de cuestionarios recibidos por parte del hospital Reina Sofía de Tudela. Esto era algo probable debido al periodo de crisis sanitaria, durante el cual había restricciones para prevenir la COVID-19 y que, como consecuencia, afectaron al transcurso normal de la investigación. Algunos de los pacientes que cumplían los requisitos de inclusión, rechazaron participar en la investigación por miedo al contagio de la COVID-19. Se cree que, si no fuera por la pandemia patente durante la realización del proyecto, las negativas habrían sido menores y se podría haber estudiado la soledad de las personas mayores en hospitales. Asimismo, se vio interrumpida por la corta estancia de los pacientes en ingreso hospitalario. Por ello, sólo se cuenta con seis cuestionarios de pacientes ingresados en dicho hospital, por lo que no se ha podido realizar el análisis estadístico de sus datos.

A pesar de que las residencias debían ser precavidas con la pandemia debido a su elevado riesgo de contagio, se han mostrado receptivas a ayudar en este estudio para que se llevara a cabo el desarrollo de la investigación con éxito. Para ello, se cumplieron obligatoriamente los protocolos y otras normas de higiene que cada residencia estableció, así como las distancias de seguridad entre todos los participantes. Gracias a su colaboración y disponibilidad se consiguió sobrepasar la muestra mínima requerida.

Por último, en el cuestionario podrían haberse incluido preguntas más específicas para conseguir un mayor acercamiento al paciente, así como haber incluido notas aclaratorias para su mejor comprensión. Al igual que algunas preguntas deberían haber sido más concretas, como, por ejemplo, aquella en la que se preguntaba acerca de la familia, donde se podría haber preguntado por el estado civil o el número de hijos. Esto habría enriquecido el análisis estadístico y habría ayudado a percibir un mayor conocimiento de los pacientes sobre los que poder trabajar mejor.

Otras variables que podrían tenerse en cuenta en futuras investigaciones relacionadas con este mismo tema son: en qué medida la calidad del sueño, el tener compañero o no de habitación, la relación que tienen con éste y con sus propios familiares influye en el estado y sentimiento de soledad del paciente, siendo positiva o negativamente.

Conclusiones

Respecto a las hipótesis planteadas en el principio de la investigación, la primera queda confirmada en el estudio en residencias debido a que la media es de 51,11 en RULS y queda dentro del rango establecido en el trabajo. Teniendo en cuenta los rangos establecidos en este trabajo para clasificar el nivel de soledad, la suma de los porcentajes de la soledad media y alta asciende a un 76,31%, que supera el límite superior de los rangos establecidos en la primera hipótesis. En cualquier caso, se considera que este resultado, a pesar de ser mayor que el planteado, apoya dicha hipótesis.

Por otra parte, la segunda hipótesis quedaría rechazada ya que la variable del sexo no ha mostrado significancia estadística con respecto a la soledad, por lo tanto, las mujeres del AST no son las más afectadas.

Al evaluarse de manera separada las variables en la tercera, cuarta y quinta hipótesis, se demuestra que sólo el padecer enfermedades y el nivel educativo afectan significativamente a la soledad de los residentes. Por contra, las actividades sociales y de ocio, el tener o no amigos, la edad, la carga social y el tiempo residiendo no afectan al nivel de soledad en el AST. La variable de vivir sólo y las condiciones laborales no han sido evaluadas en nuestra estadística.

De la cuarta hipótesis se resalta que la depresión (categorizada como enfermedad) medida con Yesavage afecta directamente al nivel de soledad de los participantes.

Se estima que las diferencias percibidas entre este estudio realizado en el AST y los estudios anteriores en los que se ha basado este trabajo pueden ser debidas a causas culturales, el paso del tiempo, el número de participantes en la muestra, la diferencia de edades en ambas muestras, etc. Se plantearía realizar el mismo estudio de aquí a unos años con los mismos criterios de inclusión y se estima que a lo largo del tiempo, estos resultados puedan ir cambiando.

Bibliografía

- Alvarado García, A. M., & Salazar Maya, Á. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62.
- Banks, W. A., Willoughby, L. M., Thomas, D. R., & Morley, J. E. (2007). Insulin resistance syndrome in the elderly: assessment of functional, biochemical, metabolic, and inflammatory status. *Diabetes Care*, 30(9), 2369-2373.
- Buz, J., & Adánez, G. P. (2013). Análisis de la Escala de Soledad de De Jong Gierveld mediante el modelo de Rasch. *Universitas Psychologica*, 12(3), 971-981.
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2010). Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychology and aging*, 25(2), 453.
- Durán, A., Valderrama, L., Uribe, A. F., González, A., & Molina, J. M. (2010). Enfermedad crónica en adultos mayores. *Universitas Médica*, 51(1), 16-28.
- Dahlberg, L., Andersson, L., McKee, K. J., & Lennartsson, C. (2015). Predictors of loneliness among older women and men in Sweden: A national longitudinal study. *Aging & mental health*, 19(5), 409-417.
- Hawkley, L. C., Burleson, M. H., Berntson, G. G., & Cacioppo, J. T. (2003). Loneliness in everyday life: cardiovascular activity, psychosocial context, and health behaviors. *Journal of personality and social psychology*, 85(1), 105.
- Heinrich, L. M., & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical psychology review*, 26(6), 695-718.
- Iraizoz, I. (1999). Valoración geriátrica integral (II): valoración nutricional y mental en el anciano. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 22, 51-69.
- Jürschik, P., Botigué, T., Nuin, C., & Lavedán, A. (2013). Estado de ánimo caracterizado por soledad y tristeza: factores relacionados en personas mayores. *Gerokomos*, 24(1), 14-17.
- Luna, C. (2018). ¿Qué son las habilidades socioemocionales?. AMADAG. Recuperado de: <https://amadag.com/que-son-las-habilidades-socioemocionales/>
- Luo, Y., Hawkley, L. C., Waite, L. J., & Cacioppo, J. T. (2012). Loneliness, health, and mortality in old age: A national longitudinal study. *Social science & medicine*, 74(6), 907-914.
- Luo, Y., & Waite, L. J. (2014). Loneliness and mortality among older adults in China. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 69(4), 633-645.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2002). Active ageing: a policy framework. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2015). Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. Geneva, CH: World Health Organization. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=3A6619EF312B97507F68D72198A19818?sequence=1
- Pilotto, A., Cella, A., Pilotto, A., Daragjati, J., Veronese, N., Musacchio, C., ... & Panza, F. (2017). Three decades of comprehensive geriatric assessment: evidence coming from different healthcare settings and specific clinical conditions. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(2), 192-e1.
- Richard, A., Rohrmann, S., Vandeleur, C. L., Schmid, M., Barth, J., & Eichholzer, M. (2017). Loneliness is adversely associated with physical and mental health and lifestyle factors: Results from a Swiss national survey. *PLoS one*, 12(7), e0181442.
- Rondón, M. B. (2015). Salud mental y aborto terapéutico. *Anales de la Facultad de Medicina*, 76(4), 407-411.
- Rubio Herrena, R. (2009). La soledad en los mayores, una alternativa de medición a través de la Escala ESTE. Informe de investigación con el apoyo de Imsero. CSIC - Universidad de Granada. Recuperado de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-02.pdf>
- Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of personality and social psychology*, 39(3), 472.
- San Molina, L. (2010). *Comprender la depresión*. Madrid: Editorial AMAT.
- Tilvis, R. S., Laitala, V., Routasalo, P. E., & Pitkälä, K. H. (2011). Suffering from loneliness indicates significant mortality risk of older people. *Journal of aging research*, 2011, 534781.
- Wilson, R. S., Krueger, K. R., Arnold, S. E., Schneider, J. A., Kelly, J. F., Barnes, L. L., ... & Bennett, D. A. (2007). Loneliness and risk of Alzheimer disease. *Archives of general psychiatry*, 64(2), 234-240.
- World Health Organization. (2018). *WHO clinical consortium on healthy ageing 2017: focus: development of comprehensive assessments and care plans: report of consortium meeting, 21-22 November 2017 in Geneva Switzerland* (No. WHO/FWC/ALC/18.1). World Health Organization.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of psychiatric research*, 17(1), 37-49.
- Zubieta, E. M., Fernández, O. D., Bombelli, J. I., & Mele, S. V. (2011). El bienestar eudaimónico, la soledad social emocional y la importancia de la confianza y las redes. En *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología* (pp. 364-368). Buenos Aires, AR: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Fecha de recepción: 11 de noviembre de 2021
Fecha de aceptación (provisional): 14 de diciembre de 2021
Fecha de aceptación (definitiva): 1 de julio de 2022

Tabla 1. Distribución de población que vive sola por sexo y grupo de edad respecto al total en los municipios del AST (2019-2020).

Municipio	Población total			Población ≥65 años			Población ≥65 años que vive sola		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
ABLITAS	2.494	1.271	1.223	553	249	304	34	14	20
ARGUEDAS	2.284	1.174	1.110	524	232	292	132	46	86
BARILLAS	234	128	106	51	29	22	22	13	9
BUÑUEL	2.211	1.081	1.130	531	227	304	120	41	79
CABANILLAS	1.365	720	645	332	145	187	71	22	49
CADREITA	2.038	1.056	982	421	189	232	98	32	66
CASCANTE	3.947	1.958	1.989	871	386	485	86	32	54
CASTEJÓN	4.270	2.158	2.112	756	320	436	168	50	118
CINTRUÉNIGO	8.006	4.108	3.898	1.374	639	735	293	90	203
CORELLA	8.111	4.094	4.017	1.467	680	787	349	111	238
CORTES	3.180	1.625	1.555	690	317	373	171	63	108
FITERO	2.055	1.030	1.025	551	243	308	49	11	38
FONTELLAS	999	500	499	161	74	87	31	10	21
FUSTIÑANA	2.492	1.246	1.246	586	285	301	37	13	24
MILAGRO	3.454	1.791	1.663	626	274	352	137	44	93
MONTEAGUDO	1.165	609	556	328	143	185	63	27	36
MURCHANTE	4.142	2.094	2.048	703	313	390	143	38	105
RIBAFORADA	3.738	1.956	1.782	699	314	385	159	51	108
TUDELA	37.079	18.348	18.731	6.457	2.803	3.654	1.504	411	1.093
TULEBRAS	137	62	75	29	7	22	5	1	4
VALTIERRA	2.451	1.237	1.214	616	262	354	129	45	84
VILLAFRANCA	2.887	1.458	1.429	577	254	323	155	53	102

Fuente. Elaboración propia a partir de:

Datos del Padrón Continuo a 1 de enero de 2019 por municipio, sexo y grupos quinquenales de edad (INE).

Datos proporcionados por Nastat, basados en Sistema Integrado de Población a 1 de enero de 2020.

Tabla 2. Resultados del cuestionario sociodemográfico.

		Hombres		Mujeres	
		f	%	f	%
Padece enfermedades	No padece	7	18,42	14	36,84
	Padece	6	15,79	7	18,42
	Ha padecido recientemente	2	5,26	2	5,26
Salud autoevaluada	Excelente	3	7,89	2	5,26
	Muy bien	2	5,26	2	5,26
	Buena	5	13,16	11	28,95
	Justa	3	7,89	5	13,16
	Pobre	2	5,26	3	7,89
Actividad física	Una vez o más por semana	8	21,05	15	39,47
	Alguna cada mucho tiempo	2	5,26	2	5,26
	Nunca	5	13,16	6	15,79
Visitas al centro de salud	Poca frecuencia	15	39,47	22	57,89
	Mucha frecuencia	0	0,00	1	2,63
Estado de ánimo	Me siento animado/a	9	23,68	16	42,11
	Me siento desganado/a	4	10,53	2	5,26
	Ni animado/a ni desganado/a	2	5,26	5	13,16
Tiempo residiendo	1 año o menos	3	21,43	9	39,13
	Entre 1 y 2 años	1	7,14	4	17,39
	Entre 3 y 5 años	4	28,57	7	30,43
	Entre 6 y 10 años	5	35,71	2	8,70
	Más de 10 años	1	7,14	1	7,14

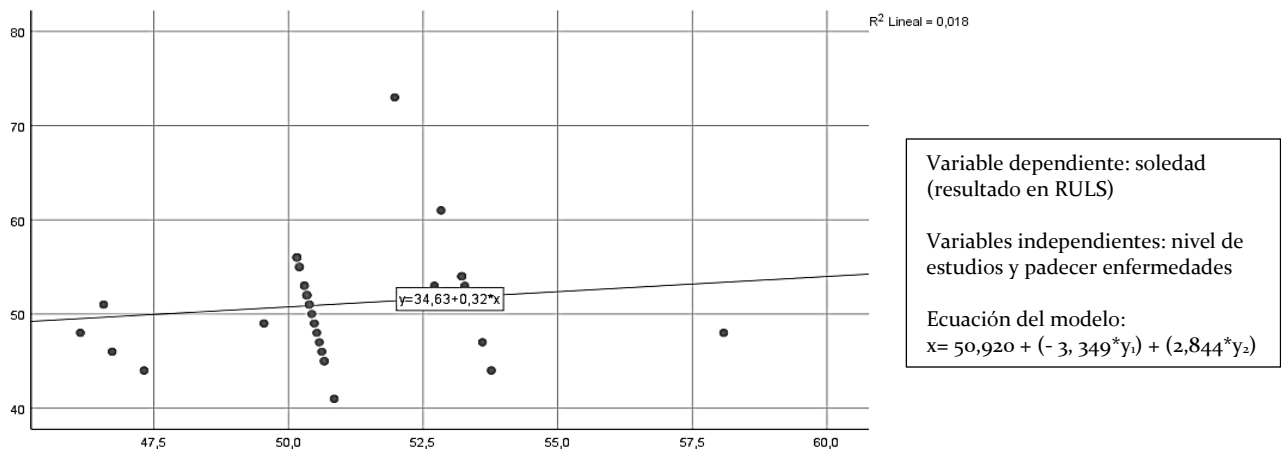
Fuente. Elaboración propia.

**Tabla 3. Resultados del cuestionario sociodemográfico.
Variables relacionadas con la soledad social II.**

		Hombres			Mujeres		
		f	% columnas	% de N	f	% columnas	% de N
Participación en actividades sociales	Con mucha frecuencia	3	20,00	7,89	14	60,87	36,84
	Con poca frecuencia	12	80,00	31,58	9	39,13	23,68
Acudir a misa	Sí	9	60,00	23,68	22	95,65	57,89
	No	6	40,00	15,79	1	4,35	2,63
Tener familia	Sí	13	86,67	34,21	22	95,65	57,89
	No	2	13,33	5,26	1	4,35	2,63
Tener amigos	Sí	12	80,00	31,58	20	86,96	52,63
	No	3	20,00	7,89	3	13,04	7,89
Sentirse una carga para familiares o amigos	Sí	0	0,00	0,00	1	4,35	2,63
	Un poco, a veces	4	26,67	10,53	5	21,74	13,16
	No	11	73,33	28,95	17	73,91	44,74
Cantidad de visitas que recibe	Todos los días	2	13,33	5,26	6	26,09	15,79
	Una o varias veces a la semana	5	33,33	13,16	8	34,78	21,05
	Un par de veces al mes	4	26,67	10,53	7	30,43	18,42
	Nunca	4	26,67	10,53	2	8,70	5,26
Trato personal de los profesionales de la residencia	Muy bueno	9	60,00	23,68	12	52,17	31,58
	Bueno	6	40,00	15,79	11	47,83	28,95
	Regular	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
	Malo	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Motivo por el que está institucionalizado	Decisión propia	8	57,14	21,62	18	78,26	48,65
	De los familiares	6	42,86	16,22	5	21,74	13,51
Tiempo residiendo	Menos de una semana	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
	Menos de un mes	1	6,67	2,63	1	4,35	2,63
	Varios meses	1	6,67	2,63	4	17,39	10,53
	Un año o más	13	86,67	34,21	18	78,26	47,37

Fuente. Elaboración propia.

Figura 1. Representación gráfica del modelo de regresión lineal.



Fuente. Elaboración propia.

Tabla 4. Comparación de resultados entre RULS y Yesavage en relación con las variables del cuestionario sociodemográfico (soledad social I).

		RULS				Yesavage		
		<i>f</i>	Media	<i>DT</i>	±	Media	<i>DT</i>	±
Sexo	Hombre	15	51,33	7,67	4,25	3,21	3,68	2,13
	Mujer	23	50,96	3,64	1,57	3,74	3,03	1,31
Tiempo residiendo	1 año o menos	12	51,00	3,25	2,06	4,42	2,87	1,82
	Entre 1 y 2 años	5	50,00	3,32	4,12	3,60	3,91	4,86
	Entre 3 y 5 años	11	50,91	4,30	2,89	3,09	3,02	2,03
	Entre 6 y 10 años	7	49,57	5,68	5,26	2,33	3,88	4,08
	Más de 10 años	2	50,00	8,49	76,24	6,00	4,24	38,12
Nivel de estudios	Hasta la enseñanza obligatoria	32	51,59	5,72	2,07	3,87	3,43	1,26
	Estudios intermedios	2	52,00	1,41	12,71	2,50	,71	6,35
	Estudios superiores	4	46,75	2,22	3,53	1,50	1,29	2,05
	Otros	0	-	-	-	-	-	-
Enfermedades	No padece	21	50,67	4,14	1,88	3,35	3,31	1,55
	Padece	13	50,38	4,70	2,84	4,62	3,28	1,98
	Ha padecido recientemente	4	55,75	11,70	18,62	1,00	,82	1,3
Salud autoevaluada	Excelente	5	54,80	10,28	12,77	,80	1,10	1,36
	Muy bien	4	49,25	2,36	3,76	1,00	1,41	2,25
	Buena	16	51,69	3,16	1,68	3,73	3,10	1,72
	Justa	8	48,88	4,22	3,53	4,25	3,37	2,82
	Pobre	5	50,60	8,26	10,26	6,60	3,21	3,98
Actividad física	Una vez o más por semana	23	50,43	6,42	2,78	2,70	2,75	1,19
	Alguna cada mucho tiempo	4	52,50	1,91	3,05	6,00	4,16	6,62
	Nunca	11	52,00	4,12	2,77	4,50	3,54	2,53
Visitas al centro de salud	Poca frecuencia	37	51,00	5,53	1,84	3,56	3,30	1,11
	Mucha frecuencia	1	55,00	.	-	3,00	.	-
Estado de ánimo	Me siento animado/a	25	50,72	5,76	2,38	2,40	2,78	1,15
	Me siento desganado/a	6	53,33	5,68	5,96	8,00	3,16	3,93
	Ni animado/a ni desganado/a	7	50,57	4,50	4,17	4,43	1,72	1,59

Fuente. Elaboración propia.

Tabla 5. Comparación de resultados entre RULS y Yesavage en relación con las variables del cuestionario sociodemográfico (soledad social II).

		RULS				Yesavage		
		f	Media	DT	±	Media	DT	±
Participación en actividades sociales	Con mucha frecuencia	17	51,76	6,52	3,36	3,82	3,50	1,81
	Con poca frecuencia	21	50,57	4,59	2,09	3,30	3,10	1,45
Acudir a misa	Sí	31	50,74	5,60	2,06	3,10	2,86	1,04
	No	7	52,71	5,06	4,68	5,83	4,45	4,67
Tener familia	Sí	35	51,11	5,31	1,83	3,35	3,18	1,11
	No	3	51,00	8,89	22,08	5,67	4,04	10,04
Tener amigos	Sí	32	51,09	5,18	1,87	2,90	2,83	1,04
	No	6	51,17	7,52	7,89	6,83	3,54	3,72
Sentirse una carga para familiares o amigos	Sí	1	54,00	.	-	10,00	.	-
	Un poco, a veces	9	52,33	2,92	2,24	5,22	3,87	2,97
	No	28	50,61	6,14	2,38	2,74	2,61	1,03
Cantidad de visitas que recibe	Todos los días	8	52,37	8,77	7,33	1,75	1,91	1,6
	Una o varias veces a la semana	13	51,00	3,94	2,38	4,00	2,98	1,9
	Un par de veces al mes	11	50,55	3,80	2,55	4,36	3,56	2,39
	Nunca	6	50,67	6,77	7,1	3,50	4,37	4,59
Trato personal de los profesionales de la residencia	Muy bueno	21	50,43	4,59	2,09	3,40	3,32	1,55
	Bueno	17	51,94	6,49	3,34	3,71	3,27	1,68
	Regular	0	-	-	-	-	-	-
	Malo	0	-	-	-	-	-	-
Motivo por el que está institucionalizado	Decisión propia	26	50,92	6,28	2,54	2,77	2,69	1,08
	Decisión de los familiares	11	51,82	3,37	2,26	5,80	3,77	2,69

Tabla 6. Relación de los resultados entre RULS y Yesavage.

RULScat		YESAVAGE				
		Recuento	% de N columnas	Media	DT	±
RULScat	Baja	9	23,68	2,111	1,833	3,520
	Media	20	52,63	2,737	2,491	3,937
	Alta	9	23,68	6,667	3,937	9,693

Tabla 7. Resultados de la prueba Anova de la depresión.

ANOVA					
YESAVAGE					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	118,616	2	59,308	7,680	,002
Dentro de grupos	262,573	34	7,723		
Total	381,189	36			

Tabla 8. Resultados de la prueba HSD Tukey de la comparación entre depresión y soledad.

Comparaciones múltiples						
Variable dependiente: YESAVAGE						
HSD Tukey						
(I) RULScat	(J) RULScat	Diferencia de medias (I-J)	Desv. Error	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Baja	Media	-,626	1,125	,844	-3,38	2,13
	Alta	-4,556 [*]	1,310	,004	-7,77	-1,35
Media	Baja	,626	1,125	,844	-2,13	3,38
	Alta	-3,930 [*]	1,125	,004	-6,69	-1,17
Alta	Baja	4,556 [*]	1,310	,004	1,35	7,77
	Media	3,930 [*]	1,125	,004	1,17	6,69

Fuente. Elaboración propia.