

Factores asociados a la percepción de soledad entre personas mayores que viven en la comunidad

ALEJANDRA-XIMENA ARAYA^{1,2,a}, EVELYN IRIARTE^{2,4,b}

Factors associated with the perception of loneliness among older people living in the community

Background: Chilean community-dwelling older people are a vulnerable population with a high risk of being self-perceived as lonely. **Aim:** To examine the factors associated with the self-perception of loneliness in a group of Chilean community-dwelling older people. **Material and Methods:** Cross-sectional study design with 540 participants aged 65 years and above (72.20 ± 6.22). Measures for sociodemographic, health status, and integral geriatric assessment were assessed. Correlations and multiple linear regression models were conducted. **Results:** Factors such as low perception of social support in everyday situations or cases of emergency, experiencing high depressive symptoms, and perceiving a poor quality of life were significantly associated with a higher self-perception of loneliness. **Discussion:** Preventive strategies and age-appropriate psychosocial interventions to mitigate or reverse the impact of these factors may be essential to reduce the self-perception of loneliness and consequently improve older people's well-being.

(Rev Med Chile 2023; 151: 1028-1037)

Key words: Aged; Loneliness; Social Support.

RESUMEN

Antecedentes: Las personas mayores chilenas que viven en la comunidad son una población vulnerable y con alto riesgo de auto percibirse como solitarios. **Objetivo:** Examinar los factores asociados a la percepción de soledad de un grupo de personas mayores chilenas que viven en la comunidad. **Material y Método:** Diseño transversal con 540 participantes de 65 años y más ($72,20 \pm 6,22$). Se evaluaron medidas sociodemográficas, estado de salud y valoración geriátrica integral. Se realizaron correlaciones y modelos de regresión lineal múltiple. **Resultados:** Factores como baja percepción de apoyo social en situaciones cotidianas o casos de emergencia, experimentar alta sintomatología depresiva y percibir una mala calidad de vida se asociaron significativamente con una mayor autopercepción de soledad. **Discusión:** Las estrategias preventivas y las intervenciones psicosociales adecuadas a la edad para mitigar o revertir el impacto de estos factores pueden ser fundamentales para reducir la autopercepción de soledad y, en consecuencia, mejorar el bienestar de las personas mayores.

Palabras clave: Anciano; Apoyo Social; Soledad.

¹Universidad Andrés Bello, Facultad de Enfermería. Santiago, Chile.

²Instituto Milenio para la Investigación del Cuidado (MICARE).

³Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

⁴University of Colorado, College of Nursing. United States.

^aPhD, Enfermera-Matrona, Investigadora asociada Programa Iniciativa Científica Milenio, Chile.

^bPhD, Magíster en Enfermería, Enfermera, Investigadora joven Programa Iniciativa Científica Milenio, Chile.

Financiación: Proyecto financiado por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo ANID-FONDECYT N°11130568 y ANID - Programa Iniciativa Científica Milenio - ICS2019_024.

La organización que la proporcionó el financiamiento no tuvo influencia en el diseño del estudio; en la recolección, análisis o interpretación de los datos; en la preparación, revisión o aprobación del manuscrito.

Conflicto de Intereses: Ninguno de los autores presenta conflicto de interés.

Recibido el 22 de julio de 2022, aceptado el 24 de julio de 2023.

Correspondencia a:

Alejandra-Ximena Araya
Universidad Andrés Bello,
Facultad de Enfermería, Sazié
2212, Santiago, Chile.
alejandra.araya.g@unab.cl

La soledad es un problema de salud pública que afecta en la vejez¹; es definida como una experiencia subjetiva indeseable, que surge de la insatisfacción íntima y de las necesidades sociales². Es una discrepancia entre los niveles deseados y alcanzados de satisfacción en las relaciones sociales, referidos al número de relaciones, frecuencia de contacto, o la intimidad o calidad de las relaciones³. La soledad experimentada por las personas mayores (PM) puede ser una consecuencia de factores psicosociales que convergen en la vejez, tales como la viudez, mala salud, discapacidad y mayor probabilidad de vivir solo^{4,5}. El bienestar de las PM puede verse mermado por estos factores, impactando en la capacidad de manejar su soledad, estado de ánimo, toma de decisiones y autoeficacia^{6,7}.

La soledad tiene consecuencias adversas para el bienestar de las PM^{7,8}. Existe evidencia robusta en torno a la asociación entre soledad y el aumento en la mortalidad entre PM⁸. Las PM solitarias tienen más probabilidades de vivir con múltiples condiciones de salud, tales como problemas cardiovasculares y de salud mental⁸, impactando en un mayor uso de servicios sociales o de salud⁹. Asimismo, la soledad se ha asociado con demencia, fragilidad^{10,11} y con una peor calidad de vida^{12,13}.

Mayor edad, menor nivel educacional, no estar trabajando, y sexo femenino han sido descritos como factores de riesgo para la soledad^{4,14,15}. Factores relacionados con la salud como un mayor número de comorbilidades y una mayor limitación funcional y cognitiva también han sido descritos como asociados con soledad^{4,16}. El contacto social, percepción de apoyo, y tener redes de apoyo son fundamentales para decrecer los sentimientos de soledad entre las PM^{17,18}. Según una revisión sistemática el perfil de las PM que se perciben como solas es: no estar casados o en pareja; limitada red social y/o bajos niveles de actividad social; mala autopercepción de salud y reportar síntomas depresivos⁴. Un estudio reciente en Chile mostró resultados similares con especial énfasis en el rol de los síntomas depresivos y la disfunción familiar en la percepción de soledad¹⁹.

La evidencia es limitada en torno los factores relacionados con la percepción de soledad entre PM chilenas. Dado que el 43,5% de PM reporta sentimientos de soledad y el 53,6% tiene alto

riesgo de aislamiento social, es relevante indagar en los factores asociados a soledad en esta población²⁰. El objetivo de este estudio es examinar los factores sociodemográficos y de salud asociados a la percepción de soledad de un grupo de PM chilenas que viven en la comunidad.

Material y Método

Diseño y participantes

Estudio descriptivo analítico de 540 personas mayores de 65 años que viven en la comunidad, sin deterioro cognitivo, que asisten a seis Centros de Salud Familiar (CESFAM) de las comunas de La Pintana y Puente Alto. Este estudio contó con la certificación Ética del Comité Ético Científico del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

Reclutamiento y recolección de los datos

Los participantes fueron encuestados en los CESFAM seleccionados. La encuesta duró 40 minutos y fue realizada por un equipo de profesionales de la salud entrenados para este propósito.

Variables e instrumentos

Los participantes contestaron un cuestionario con preguntas sobre su sexo, edad, estado civil, nivel de escolaridad (años), convivencia, número de hijos, y situación laboral. En cuanto a variables de salud, comorbilidad fue medida por dos o más enfermedades crónicas auto reportadas. Hospitalizaciones se midió con la pregunta dicotómica ¿Ha estado hospitalizado en el último año?. Ejercicio físico se midió como número de minutos en el que realiza ejercicios. En relación con variables asociadas a la Valoración Geriátrica Integral (VGI) se midieron: Funcionalidad.

Las actividades de la vida diaria se midieron con la Escala de Barthel de 10 ítems que evalúa el nivel de independencia para realizar ABVD en el último mes²¹. Las respuestas para cada ítem van desde independiente hasta necesita ayuda o dependiente. Las puntuaciones van de 0 a 100 puntos en una escala continua. Mayores puntajes indican mayor dependencia en las ABDV. La Escala de Barthel tiene un Cronbach $\alpha = ,83$ en estudios previos²². Para la evaluación de las

actividades instrumentales se utilizó la Escala de Lawton que mide en una escala de 8 puntos, la máxima dependencia con 0 puntos, mientras que 8 puntos es independencia total.

Estado cognitivo

El estado cognitivo fue evaluado con el MMSE de Folstein, tiene un rango total de puntuación de 0-30. Las puntuaciones inferiores a 24 puntos se clasificaron como deterioro cognitivo. Para este estudio se usó la versión adaptada por edad y escolaridad para la identificación de deterioro cognitivo²³.

Síntomas depresivos

La escala de Yesavage de 5 ítems fue usada para el tamizaje de síntomas depresivos. Escala dicotómica con puntuaciones de 0 a 5 puntos, las puntuaciones > 2 sugieren un tamizaje positivo para síntomas depresivos. Esta versión ha sido validada en población chilena con buenas propiedades psicométricas ($\alpha = ,80$)²⁴. Esta escala tiene un $\alpha = ,70$ en este estudio.

Percepción apoyo social

La Escala Multidimensional de Percepción de Apoyo Social (MSPSS)²⁵ de 12 ítems que mide la adecuación percibida del apoyo social de tres fuentes: familia, amigos y otras personas importantes. El MSPSS es una escala tipo Likert de 7 puntos. Las puntuaciones totales oscilan entre 12 y 84 puntos; puntuaciones más altas indican un mayor apoyo social percibido. La versión original del MSPSS tiene una alta consistencia interna ($\alpha = ,88$)²⁵. En este estudio, la confiabilidad fue $\alpha = ,80$.

Redes de apoyo de cercanos

Esta variable se midió a través de la pregunta ¿Cuántos parientes o amigos cercanos tiene usted? Para el análisis, se utilizó como variable continua.

Percepción de apoyo en emergencias

Se utilizó la pregunta: En una emergencia, ¿Cree usted que puede acudir a lo menos a un miembro de su familia o un amigo que lo pueda

ayudar? Esta variable se utilizó como una variable categórica.

Calidad de vida

Se midió con instrumento WHOQoL-BREF de 26 ítems que mide la autopercepción de la calidad de vida en dimensiones físicas, psicológicas, sociales y ambientales. Los ítems se responden utilizando una escala tipo Likert de 5 puntos. Puntaje total se calcula sumando los valores de puntos de los ítems de cada dominio y luego transformando los puntajes de 0 a 100 puntos. A mayor puntaje, mayor percepción de calidad de vida. WHOQoL-BREF ha sido validado en PM chilenas ($\alpha = ,83$)²⁶. La confiabilidad en esta muestra fue $\alpha = ,89$.

Percepción de soledad

Se midió con la Escala de Soledad de 3 ítems, que mide la percepción de aislamiento social mediante una escala tipo Likert de 3 puntos²⁷. Los puntajes van de 3 a 9. Puntajes más altos indican una mayor percepción de soledad. Además, ha mostrado buenas propiedades psicométricas ($\alpha = ,72$). Esta escala tiene un $\alpha = ,82$ para esta muestra.

Análisis de datos

Los análisis se realizaron con el *software* IBM SPSS 25.0. Antes de los análisis se realizó una verificación de la integridad de los datos. Se generaron estadísticas descriptivas para describir las características de la muestra, además de correlaciones de Pearson y Spearman para evaluar asociaciones significativas ($p < 0,10$) entre cada variable independiente y la variable dependiente (percepción de soledad) para identificar posibles covariables.

Se realizó un análisis de regresión lineal múltiple con las variables que resultaron significativas durante el análisis de correlación y con aquellas que teóricamente se relacionaron con la variable percepción de soledad. Estas variables fueron: 1) Variables sociodemográficas y de salud: sexo, edad, años de convivencia, número de hijos, años de escolaridad, situación laboral, comorbilidad, hospitalizaciones en el último año, ejercicio físico; 2) Variables VGI: ABVD, síntomas depresivos, per-

cepción de apoyo social, redes de apoyo cercanas, percepción de apoyo en emergencias, y calidad de vida. Se analizaron cuatro modelos estadísticos diferentes. El valor crítico de alpha fue $p < ,05$.

Resultados

Descripción de la Muestra

La Tabla 1 muestra las características socio-demográficas y de salud. La edad media de las PM fue 72,20 (DE = 6,22) años. La mayoría de los participantes eran mujeres ($n = 356$; 66,0%), casadas ($n = 263$; 48,7%), viviendo con su pareja ($n = 284$; 52,6%), y con enseñanza básica completa ($n = 241$; 44,6%). La media para el número de hijos fue 3,93 (DE = 7,43). El 68,8% trabajó, pero no trabaja actualmente ($n = 371$). En relación con las variables de salud, 89,8% de las PM reportaron tener enfermedades crónicas ($n = 485$) y 88,7% consumía medicamentos diariamente ($n = 479$). Asimismo, el 14,3% refirió haber estado hospitalizado el último año ($n = 77$). El 47,0% manifestó nunca realizar actividad física ($n = 254$).

El 63,1% de las PM es independiente según el Índice de Barthel ($n = 341$) con un y con un promedio de $7,1 \pm 1,4$ en las actividades instrumentales de la vida diaria según el índice de Lawton. En el área cognitiva, 86,0% tiene un MMSE normal y 63,9% tenía un tamizaje para síntomas depresivos negativo ($n = 345$). En relación con aspectos sociales, los participantes tenían una media de 9,7 parientes o amigos cercanos (DE = 15,0) y 97,8% refirió contar con apoyo en caso de emergencias ($n = 528$). La media para calidad de vida fue de 81,5 puntos (DE = 14,7). El 25,6% refirió sentirse solo ($n = 138$) con un puntaje medio de 4,6 puntos (DE = 1,9).

Correlaciones entre las variables de estudio

La Tabla 2 muestra las correlaciones entre las variables de estudio. Hubo una asociación negativa significativa entre años de convivencia, tiempo de ejercicio físico, percepción de apoyo social y cantidad de redes de apoyo cercanas con la variable percepción de soledad. Asimismo, a mayor número de comorbilidades, mayor percepción de soledad ($r = ,16$; $p < ,010$). Finalmente, las variables que se asociaron con más fuerza a percepción

de soledad en esta muestra fueron calidad de vida ($r = -,35$, $p < ,010$) y síntomas depresivos ($r = ,42$; $p < ,010$). También hubo una asociación significativa entre el sexo y la percepción de soledad ($r_s = -,09$; $p < ,010$) y entre el apoyo en emergencias y soledad ($r_s = ,17$; $p < ,010$).

Análisis de regresión múltiple

Los modelos se especifican en la Tabla 3. El modelo 3 es el que mejor se ajusta a explicar la variación de la percepción de soledad de las PM en 25% con las variables de calidad de vida, apoyo en caso de emergencia, escala de apoyo social y tamizaje de síntomas depresivos. Tener la percepción que se puede contar con alguien en caso de emergencia, disminuye en 1,03 puntos la percepción de soledad de las PM (IC = 95%). En cuanto a síntomas depresivos, ante el aumento en 1 punto en la escala de Yesavage, la percepción de soledad de las PM aumenta linealmente en 0,41 puntos (IC = 99%). Con respecto a la percepción de apoyo social, ante el aumento en 1 punto en la escala de apoyo social, la percepción de soledad disminuye en 0,03 puntos (IC = 99%). Asimismo, al aumentar en 1 punto la calidad de vida, disminuye en 0,01 la percepción de soledad de las PM (IC = 99%).

Discusión

Los hallazgos de este estudio contribuyen a entender mejor la percepción de soledad en una población chilena de PM que viven en la comunidad, donde síntomas depresivos, apoyo social subjetivo y calidad de vida son tres factores importantes de destacar.

Síntomas depresivos y percepción de soledad

Los síntomas depresivos fue la variable con la correlación absoluta más alta con percepción de soledad. Los participantes con puntuaciones altas en síntomas depresivos tenían puntuaciones más altas en soledad. Estos hallazgos son similares con otros estudios que señalan que la depresión y los síntomas depresivos aumentan el riesgo de soledad entre las PM^{15,18,28,29}. La coexistencia entre la depresión y la soledad plantea la posibilidad de influencias recíprocas a lo largo del tiempo entre estas dos variables³⁰. Asimismo, la investigación

Tabla 1. Características sociodemográficas, de salud y de la VGI de los participantes

Características Sociodemográficas	M	DE	n	%
Edad (años)	72,2	6,2		
Educación (años)	6,5	3,9		
Años de convivencia	68,8	30,0		
Sexo ^a				
Mujer			183	66,0
Hombre			356	34,0
Número de hijos	3,9	7,4		
Situación laboral				
Nunca ha trabajado			37	6,9
Trabaja actualmente			131	24,3
Trabajó, pero ya no trabaja			371	68,7
Características de salud				
Comorbilidades				
Si			485	89,8
No			55	10,2
Hospitalización en el último año				
Si			77	14,3
No			463	85,7
Ejercicio físico ^a				
Nunca			254	47,0
1 a 3 veces al mes			19	3,5
Una vez a la semana			43	8,0
Tres veces a la semana			64	11,9
Cinco veces a la semana			30	5,6
Todos los días			129	23,9
Valoración Geriátrica Integral				
ABVD	95,6	8,7		
Síntomas depresivos	4,6	1,9		
Percepción de apoyo social	34,6	8,8		
Redes de apoyo cercanas (número)	9,7	15,0		
Percepción de apoyo en emergencias ^a				
Si			528	97,8
No			12	2,2
Calidad de vida ^a	81,5	14,7		
Percepción de soledad	4,6	1,9		

Nota. ABVD = actividades básicas de la vida diaria; M = media; N = tamaño muestral; DE = desviación estándar; % = porcentaje. ^aEsta variable presenta datos perdidos.

Tabla 2. Correlaciones para las variables de estudio

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
Características sociodemográficas																	
1. Edad (años)	1,00																
2. Educación (años)	-0,12*	1,00															
3. Años de convivencia	-0,16*	0,04	1,00														
4. Sexo	0,04	0,16	0,41*	1,00													
5. Número de hijos	0,23**	-0,16**	0,25**	-0,02	1,00												
6. Situación laboral	-0,18*	0,07	0,06	0,28*	-0,05	1,00											
Características de salud																	
7. Comorbilidades	-0,00	-0,11*	-0,15*	-0,31*	-0,03	-0,18*	1,00										
8. Hospitalización en el último año	0,08	-0,04	0,01	0,04	-0,12**	-0,07	0,07	1,00									
9. Ejercicio físico	-0,07	0,12*	0,04	0,17*	-0,01	0,09*	-0,09*	-0,10*	1,00								
Valoración Geriátrica Integral																	
10. ABVD	-30*	0,08	0,09*	0,16*	-0,21**	0,19*	-0,24*	-0,17*	0,14*	1,00							
11. Síntomas depresivos	0,09	-0,18	-0,09*	-0,16*	0,14	-0,18*	0,31*	0,12*	-0,17*	-0,35*	1,00						
12. Percepción de apoyo social	0,04	0,07	0,12*	-0,01	0,07	-0,03	-0,11*	-0,03	0,04	0,04	-0,29*	1,00					
13. Redes de apoyo cercanas (número)	0,06	0,05	0,09	0,20*	-0,02	0,01	-0,12*	-0,03	0,10*	0,07	-0,14*	0,23*	1,00				
14. Percepción de apoyo en emergencias	0,00	0,07	0,01	0,00	-0,03	0,06	-0,05	-0,01	0,02	0,06	-0,11*	0,25*	0,08	1,00			
15. Calidad de vida	0,02	0,12*	0,11*	0,09*	-0,02	0,12*	-25*	-0,90*	0,17*	0,24*	-0,43*	0,35*	0,15*	0,12*	1,00		
16. Percepción de soledad	0,00	-0,09	-0,12*	-0,09*	-0,07	-0,00	0,16*	0,02	-0,09*	-0,07	0,42*	-0,33*	-0,17*	-0,17*	-0,35*	1,00	

Nota. ABVD = actividades básicas de la vida diaria; * p < 0,10; **p < 0,01.

Tabla 3. Análisis de regresión múltiple de percepción de soledad en las variables independientes

Variables	M1	M2	M3	M4
Características sociodemográficas				
Sexo	-0,11 (0,20)	-0,13 (0,19)	-0,14 (0,19)	-0,13 (0,18)
Edad	0,00 (0,01)	0,00 (0,01)	0,00 (0,03)	-0,00 (0,01)
Años de convivencia	-0,18 (0,18)	-0,18 (0,17)	-0,18 (0,17)	-0,19 (0,17)
Número de hijos	0,26 (0,33)	0,27 (0,33)	0,27 (0,33)	0,32 (0,33)
Educación (años)	0,00 (0,02)			
Situación laboral	0,36 (0,19)	0,36 (0,19)	0,36 (0,19)	0,39* (0,19)
Características de salud				
Comorbilidad	0,02 (0,06)			
Hospitalización en el último año	-0,14 (0,21)			
Ejercicio físico	-0,00 (0,00)	-0,00 (0,00)		
Valoración geriátrica integral				
Calidad de vida	-0,01** (0,00)	-0,01** (0,00)	-0,01** (0,00)	-0,01** (0,00)
Redes de apoyo cercanas	-0,01 (0,01)	-0,01 (0,01)	-0,01 (0,01)	
ABVD	0,28 (0,16)	0,28 (0,16)	0,27 (0,16)	
Percepción apoyo en emergencias	-1,04* (0,51)	-1,03* (0,51)	-1,03* (0,51)	-1,06* (0,51)
Percepción de apoyo social	-0,03** (0,01)	-0,03** (0,01)	-0,03** (0,01)	-0,03** (0,01)
Síntomas depresivos	0,41** (0,06)	0,41** (0,06)	0,41** (0,06)	0,40** (0,06)
Intercepto	6,47** (1,40)	6,59** (1,35)	6,59** (1,35)	7,86** (1,15)
Observaciones	534	534	534	534
R ²	0,27	0,27	0,26	0,26
R ² ajustado	0,24	0,25	0,25	0,24

ABDV = actividades básicas de la vida diaria; M = media. * p < 0,05; ** p < 0,001.

sobre los factores psicológicos que afectan a la soledad se ha centrado en la depresión/sintomatología depresiva, repercutiendo en la falta de estudio de otros factores psicosociales u otros trastornos psicológicos y su relación con la soledad⁴. Más investigación es necesaria para identificar y comprender estos factores y su relación con la percepción de soledad entre las PM.

Se necesitan intervenciones para pesquisar y manejar de manera temprana los síntomas depresivos y de ansiedad entre las PM chilenas para reducir su percepción de soledad, lo que ha mostrado evidencia prometedora entre PM^{7,31}. Otras posibles intervenciones pueden incluir el apoyo de compañeros, modalidades psicoterapéuticas, grupos de apoyo y sesiones educativas para enseñar y mejorar estrategias de afrontamiento saludables.

Apoyo social subjetivo y percepción de soledad

Una baja percepción de apoyo social y de apoyo en situaciones de emergencia en esta muestra se asoció con mayor percepción de soledad. En estudios previos, una red social limitada y un bajo nivel de actividad social se han asociado con la percepción de soledad entre PM⁴. Los participantes de este estudio presentaron bajos puntajes para apoyo social (34,6 + 8,8; rango del instrumento 12-84), pese a reportar un alto número de redes de apoyo. Esto subraya la importancia de que las redes de apoyo sean un apoyo real para las PM, más que la cantidad de las mismas³².

Los resultados de este estudio concuerdan con lo reportado por otros estudios que han encontrado que las medidas de calidad en las relaciones sociales tienen asociaciones más fuertes con la percepción de soledad que las medidas de cantidad³³. Asimismo, el apoyo marital antes de la viudez³⁴, el apoyo familiar^{35,36}, y el apoyo emocional¹⁷ han mostrado ser factores que reducen el riesgo de soledad. Sin embargo, una revisión sistemática encontró que hay poca evidencia sobre el rol de los contactos sociales en la percepción de soledad⁴. Se requiere más investigación en torno al rol de las redes de apoyo y su relación con la percepción de soledad.

Calidad de vida y percepción de soledad

La calidad de vida se asoció significativamente con la percepción de soledad entre los participan-

tes. Aquellos que tenían puntajes más bajos de calidad de vida, tenían niveles de percepción de soledad más altos. Los resultados de este estudio son similares a la literatura previa en torno a la asociación prospectiva entre la soledad y el aislamiento social con una menor calidad de vida entre las PM^{12,13}. Futuros estudios dirigidos al desarrollo e implementación de intervenciones deberían centrarse en soledad y depresión con el fin de mejorar la calidad de vida en este grupo.

Limitaciones

Primero, los datos se recopilaron de seis CES-FAM de Santiago de Chile, lo que puede dificultar la generalización de los hallazgos a otras PM chilenas de distintos niveles socioeconómicos y ubicación geográfica. Haber utilizado datos transversales para este estudio también puede verse como una limitación, ya que solo proporciona una captura única de las variables del estudio. Otra limitación potencial fue el uso de instrumentos auto reportados, lo que puede inducir la posibilidad de sesgos de recuerdo y deseabilidad social.

Conclusión

Las PM chilenas de este estudio tienen un alto riesgo de percibirse como solitarias. Factores como una baja percepción de apoyo social en situaciones cotidianas o en casos de emergencia, el experimentar síntomas depresivos y percibir una calidad de vida pobre influyen significativamente en la percepción de soledad. Estrategias preventivas e intervenciones psicosociales para mitigar o revertir el impacto de los factores asociados a la soledad pueden ser esenciales para disminuir la percepción de soledad y consecuentemente mejorar el bienestar de las PM que viven en la comunidad.

Referencias

1. Chawla K, Kunonga TP, Stow D, Barker R, Craig D, Hanratty B. Prevalence of loneliness amongst older people in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2021;16(7):e0255088.
2. Peplau LA, Perlman D. Loneliness: A sourcebook of

- current theory, research and practice, perspectives on loneliness. New York: John Wiley; 1982.
3. Perlman D, Peplau LA. *Toward a social psychology of loneliness*. London: Academic Press; 1981.
 4. Dahlberg L, McKee KJ, Frank A, Naseer M. A systematic review of longitudinal risk factors for loneliness in older adults. *Aging & Ment Health* 2022;26(2):225-49.
 5. Victor CR, Bowling A. A longitudinal analysis of loneliness among older people in Great Britain. *J Psychol* 2012;146(3):313-31.
 6. Steverink N, Lindenberg S, Slaets JJP. How to understand and improve older people's self-management of wellbeing. *Eur J Ageing* 2005;2(4):235-44.
 7. Fakoya OA, McCorry NK, Donnelly M. Loneliness and social isolation interventions for older adults: A scoping review of reviews. *BMC Public Health* 2020;20(129).
 8. Leigh-Hunt N, Bagguley D, Bash K, Turner V, Turnbull S, Valtorta N, et al. An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health* 2017;152:157-71.
 9. Valtorta NK, Kanaan M, Gilbody S, Hanratty B. Loneliness, social isolation and risk of cardiovascular disease in the English longitudinal study of ageing. *Eur J Prev Cardiol* 2018;25(13):1387-96.
 10. Holwerda TJ, Deeg DJ, Beekman AT, van Tilburg TG, Stek ML, Jonker C, et al. Feelings of loneliness, but not social isolation, predict dementia onset: Results from the Amsterdam study of the elderly (AMSTEL). *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2014;85(2):135-42.
 11. Gale CR, Westbury L, Cooper C. Social isolation and loneliness as risk factors for the progression of frailty: The English longitudinal study of ageing. *Age Ageing* 2018;47(3):392-7.
 12. Beridze G, Ayala A, Ribeiro O, Fernández-Mayoralas G, Rodríguez-Blázquez C, Rodríguez-Rodríguez V, et al. Are loneliness and social isolation associated with quality of life in older adults? insights from northern and southern Europe. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(22):8637.
 13. Ahadi B, Hassani B. Loneliness and quality of life in older adults: The mediating role of depression. *Ageing Int* 2021;46:337-50.
 14. Donovan R, Kurzman PA, Rotman C. Improving the lives of home care workers: A partnership of social work and labor. *Soc Work* 1993;38(5):579-85.
 15. Pikhartova J, Bowling A, Victor C. Is loneliness in later life a self-fulfilling prophecy? *Aging Ment Health* 2016;20(5):543-9.
 16. Cohen-Mansfield J, Shmotkin D, Goldberg S. Loneliness in old age: Longitudinal changes and their determinants in an israeli sample. *Int Psychogeriatr* 2009;21(6):1160-70.
 17. Dahlberg L, Agahi N, Lennartsson C. Lonelier than ever? loneliness of older people over two decades. *Arch Gerontol Geriatr* 2018;75:96-103.
 18. Dahlberg L, Andersson L, McKee KJ, Lennartsson C. Predictors of loneliness among older women and men in Sweden: A national longitudinal study. *Aging Ment Health* 2015;19(5):409-17.
 19. Carrasco M, Fernández MB, Alexander E, Herrera MS. Loneliness in older chilean people: Importance of family dysfunction and depression. *Int J Ment Health Promot* 2021;23(1):99-109.
 20. Herrera MS, Fernández MB. Chile y sus mayores. Quinta encuesta nacional de calidad de vida en la vejez 2019 UC-Caja Los Andes. 2020. http://www.senama.gob.cl/storage/docs/QUINTA_ENCUESTA_NACIONAL_DE_CALIDAD_DE_VIDA_EN_LA_VEJEZ_2019._CHILE_Y_SUS_MAYORES_2019.pdf
 21. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel index. *Md State Med J* 1965;14:61-5.
 22. Bouwstra H, Smit EB, Wattel EM, van der Wouden JC, Hertogh CPM, Terluin B et al. Measurement properties of the Barthel index in geriatric rehabilitation. *J Am Med Dir Assoc* 2019;20(4):420-5.
 23. Quiroga P, Albala C, Klaasen G. Validación de un test de tamizaje para el diagnóstico de demencia asociada a edad, en Chile. *Rev Med Chile* 2004;132(4):467-78.
 24. Hoyl MT, Alessi CA, Harker JO, Josephson KR, Pietruszka FM, Koelfgen M et al. Development and testing of a five-item version of the geriatric depression scale. *J Am Geriatr Soc* 1999;47(7):873-8.
 25. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *J Pers Assess* 1988;52(1):30-41.
 26. Espinoza I, Osorio P, Torrejón MJ, Lucas-Carrasco R, Bunout D. Validation of the WHOQOL-BREF quality of life questionnaire among chilean older people. *Rev Med Chil* 2011;139(5):579-86.
 27. Hughes ME, Waite LJ, Hawkey LC, Cacioppo JT. A short scale for measuring loneliness in large surveys: Results from two population-based studies. *Res Aging* 2004;26(6):655-72.
 28. Donovan NJ, Wu Q, Rentz DM, Sperling RA, Marshall GA, Glymour MM. Loneliness, depression and cognitive function in older U.S. adults. *Int J Geriatr Psychiatry* 2017;32(5):564-73.
 29. Cacioppo JT, Chen HY, Cacioppo S. Reciprocal influences between loneliness and self-centeredness: A cross-lagged panel analysis in a population-based sample of African American, Hispanic, and Caucasian adults. *Pers Soc Psychol Bull* 2017;43(8):1125-35.

30. Luanaigh CO, Lawlor BA. Loneliness and the health of older people. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008;23(12):1213-21.
31. Syed Elias SM, Neville C, Scott T. The effectiveness of group reminiscence therapy for loneliness, anxiety and depression in older adults in long-term care: A systematic review. *Geriatr Nurs* 2015;36(5):372-80.
32. Pinquart M, Sörensen S. Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis. *Basic Appl Soc Psychol* 2001;23:245-66.
33. van Baarsen B. Theories on coping with loss: The impact of social support and self-esteem on adjustment to emotional and social loneliness following a partner's death in later life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2002;57(1):33.
34. van Baarsen B. Theories on coping with loss: The impact of social support and self-esteem on adjustment to emotional and social loneliness following a partner's death in later life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2002;57(1):33.
35. Hawkley LC, Kocherginsky M. Transitions in loneliness among older adults: A 5-year follow-up in the national social life, health, and aging project. *Res Aging* 2018;40(4):365-87.
36. Wong JS M, Waite LJ P. Elder mistreatment predicts later physical and psychological health: Results from a national longitudinal study. *J Elder Abuse Negl* 2017;29(1):15-42.