

# Prevalencia de la soledad en las personas mayores que viven en zonas rurales. Diferencias por grupos étnicos y variables predictivas

LORENA GALLARDO-PERALTA<sup>1,a</sup>, ESTEBAN SÁNCHEZ-MORENO<sup>2,b</sup>, VICENTE RODRÍGUEZ-RODRÍGUEZ<sup>3,c</sup>, ABEL SOTO HIGUERA<sup>4,d</sup>, JULIO TEREUCÁN ANGULO<sup>4,e</sup>, LORENA VALENCIA GALVEZ<sup>5,f</sup>

## Prevalence of loneliness among older people living in rural areas. Differences by ethnic group and predictor variables

**Background:** Loneliness is one of the most recurrent public health problems in older people. However, there is little data available in Chile on its prevalence in people over 60 years of age living in rural areas and belonging to native or Afro-descendant groups. **Aim:** To examine the prevalence of loneliness among older people living in rural areas by ethnic group and to analyze the socio-demographic, family, and health variables related to loneliness. **Methods:** We interviewed 1,692 elderly people living in Chilean rural areas of the regions of Arica and Parinacota, Tarapacá, Antofagasta, Atacama, Coquimbo, Valparaíso, Los Lagos, Aisén and Magallanes. The instruments applied were the DJGLS-6 loneliness scale, Family-APGAR, questionnaire of 13 most frequent health problems in Chilean older people, and Barthel index. **Results:** We found a high prevalence of loneliness (over 55%) among Afro-descendants, Quechua, Atacameño, Colla, Chango, Huilliche, Kawesqar and non-indigenous people. Emotional loneliness is the most prevalent among indigenous and non-indigenous older people living in rural areas ( $\geq 71\%$ ). Variables associated with loneliness were being female, age, not having a partner, living alone, family dysfunctionality, and having health problems. **Conclusions:** Loneliness in rural areas is higher in older people, and this situation becomes more complex at the crossroads of ethnic-cultural diversity; it is necessary to continue to address this problem that affects biopsychosocial well-being in old age.

(Rev Med Chile 2023; 151: 1010-1018)

**Key words:** Aged; Indigenous Culture; Loneliness; Prevalence; Rural Areas.

### RESUMEN

**Antecedentes:** La soledad es uno de los problemas de salud pública más recurrentes en las personas mayores, sin embargo, en Chile se disponen de escasos datos sobre su prevalencia en personas mayores a 60 años que viven en zonas rurales y que pertenecen a pueblos originarios o al tribal afrodescendiente. **Objetivo:** Examinar la prevalencia de la soledad entre personas mayores que viven

<sup>1</sup>Departamento de Trabajo Social, Universidad Alberto Hurtado. Santiago, Chile.

<sup>2</sup>Instituto Universitario de Desarrollo y Cooperación (IUDC-UCM), Universidad Complutense de Madrid. Madrid, España.

<sup>3</sup>Instituto de Economía, Geografía y Demografía, Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Madrid, España.

<sup>4</sup>Departamento de Trabajo Social, Universidad de La Frontera. Temuco, Chile.

<sup>5</sup>Departamento de Trabajo Social, Universidad de Barcelona. Barcelona, España.

<sup>a</sup>Asistente Social. Magister en Psicología Social. Doctora en Trabajo Social.

<sup>b</sup>Sociólogo. Doctor en Sociología.

<sup>c</sup>Geógrafo. Doctor en Geografía e Historia.

<sup>d</sup>Asistente Social. Magister en Ciencias Sociales Aplicadas.

<sup>e</sup>Asistente Social. Magister en Antropología Social. Doctor en Antropología Social.

<sup>f</sup>Asistente Social. Magister en Antropología. Doctora en Antropología Social.

Este artículo es parte del proyecto FONDECYT Regular 1210021 "Diversidad étnica y envejecimiento: hacia un mapa multicultural del envejecimiento con éxito en Chile", financiado por la Agencia Nacional de Investigación científica y tecnológica (ANID) del Gobierno de Chile.

Recibido el 11 de octubre de 2022, aceptado el 21 de agosto de 2023.

Correspondencia a:  
Lorena Gallardo Peralta.  
Departamento de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales. Universidad Alberto Hurtado. Santiago.  
logallardo@uahurtado.cl.

en zonas rurales por grupo étnico; y analizar las variables sociodemográficas, familiares y de salud que se relaciona con soledad. **Material y Métodos:** Se aplicó la escala de soledad DJGLS-6, APGAR-familiar, cuestionario de 13 problemas de salud más frecuentes en personas mayores chilenas, e índice de Barthel a 1.692 personas mayores que residen en zonas rurales de las regiones de Arica y Parinacota, Tarapacá, Antofagasta, Atacama, Coquimbo, Valparaíso, Los Lagos, Aisén y Magallanes. **Resultados:** Se observa una alta prevalencia de la soledad (sobre el 55%) en personas de los pueblos: Afrodescendiente, Quechua, Atacameño, Colla, Chango, Huilliche, Kawesqar y no indígenas. Siendo la soledad emocional la más prevalente entre personas mayores indígenas y no indígenas que viven en zonas rurales ( $\geq 71\%$ ). Las variables que se asocian con soledad son: ser mujer, edad, no tener pareja, vivir solo(a), disfuncionalidad familiar y tener problemas de salud. **Conclusiones:** La soledad en zonas rurales es más alta en las personas mayores y esta situación se complejiza en el cruce de diversidad étnico cultural, es necesario seguir abordando este problema que afecta el bienestar biopsicosocial en la vejez.

**Palabras clave:** Anciano; Cultura Indígena; Medio Rural; Prevalencia; Soledad.

La soledad en la vejez constituye un problema de salud pública<sup>1</sup>, dada su alta prevalencia entre las personas mayores<sup>2</sup> y, especialmente, su intensificación tras la pandemia COVID-19<sup>3</sup>. Su magnitud pública obedece a que se trata de un determinante social de la salud<sup>4</sup>, afectando la salud física y mental y la calidad de vida de las personas mayores<sup>2,4,5,6</sup>.

La soledad se conceptualiza como la discrepancia entre las relaciones sociales reales y las deseadas<sup>7</sup>, es decir, las personas perciben una insatisfacción de sus relaciones sociales, ya sea porque el número de vínculos es inferior al deseado o porque los vínculos existentes no proporcionan la intimidad, el afecto y el valor esperado<sup>8,9</sup>. Así, la soledad (a) es el resultado de deficiencias en las relaciones sociales; (b) es subjetiva, y (c) es desagradable y angustiada<sup>2</sup>.

El reciente estudio realizado por el Centro de Estudios de la Vejez y el Envejecimiento-UC10, pone de manifiesto que la soledad entre las personas mayores chilenas es un problema social y sanitario exacerbado tras la pandemia. Los datos indican que antes de la pandemia el 42% de las personas mayores chilenas se sentían solas, pero el sentimiento de soledad ha aumentado sostenidamente con la pandemia, desde 48% (invierno 2020) hasta 53% (otoño 2021).

En el caso chileno, escasos estudios abordan la especificidad del envejecimiento en zonas rura-

les<sup>11</sup> y son prácticamente inexistentes los estudios que analicen los vínculos sociales entre las personas mayores tras la pandemia. Lo cierto es que la ruralidad tiene un componente específico para comprender la soledad en la vejez. Por una parte, estudios internacionales indican que en entornos rurales se observa una fuerte conectividad entre las personas mayores, incluso la concepción de una comunidad de relaciones estrechas y de amistad basadas en la solidaridad y apoyo mutuo<sup>12</sup>. En Chile, antes de la pandemia, se observaba una alta participación social de las personas mayores en diversas organizaciones productivas, recreativas y comunitarias para lograr mejoras en el pueblo<sup>11</sup>. Por otra parte, estas localidades presentan dificultades de acceso a servicios básicos, problemas de conectividad y diversas manifestaciones de desigualdad social<sup>11,13</sup> que la pandemia pudo agravar, afectando así a las situaciones de soledad de las personas mayores.

Aunque se disponen de datos nacionales sobre la prevalencia de la soledad entre las personas mayores<sup>6,10</sup> e incluso propuestas de intervención para reducirla<sup>14</sup>, los datos no incluyen la especificidad de este problema en las personas mayores que viven en zonas rurales y tampoco se realiza un análisis delimitado a los grupos étnicos en riesgo de exclusión social, como es el caso de las personas mayores indígenas y afrodescendientes. En este sentido los objetivos de este estudio son:

a) examinar la prevalencia de la soledad entre personas mayores que viven en zonas rurales por grupo étnico; y b) analizar las variables sociodemográficas, familiares y de salud que se relaciona con soledad.

## Método

### Participantes

Participaron 1.692 personas mayores residentes en localidades rurales de las regiones de Arica y Parinacota, Tarapacá, Antofagasta, Atacama, Coquimbo, Valparaíso, Los Lagos, Aisén y Magallanes. Se trata de un muestreo no probabilístico por disponibilidad y por cuotas, establecidas a partir de los datos del Censo 2017 y tomando en consideración la región, la población rural y los grupos étnicos analizados. Los criterios de selección de la muestra fueron tener 60 años o más, sin deterioro cognitivo y con residencia en zonas rurales. Las características generales se presentan en la Tabla 1, destacando: 59% son mujeres, el 50% tiene entre 60 y 69 años (edad media de 70,49 años, desviación típica = 7,39), el 53% está casado o tiene pareja (conviven) y el 48% tiene estudios de educación media y/o técnico superior. Es una muestra multiétnica, que se distribuye de la siguiente manera: 203 Quechua, 214 Atacameño, 215 Colla, 100 Chango, 255 Diaguita; 130 Rapa Nui, 116 Huilliche, 10 Kawésqar, 105 afrodescendientes y 344 no indígenas.

### Instrumentos

*Soledad*: Escala de Soledad de Jong-Gierveld y Van Tilburg<sup>15</sup>. Consta de 6 ítems en su versión abreviada y analiza dos componentes: soledad emocional y soledad social. Ha sido validada en personas mayores chilenas, incluidas personas indígenas<sup>16</sup>. El índice de consistencia interna (alpha de Cronbach) fue de 0,73.

*Funcionamiento familiar*: APGAR- Familiar de Smilkstein<sup>17</sup>. Evalúa la percepción del funcionamiento familiar, explorando la satisfacción del entrevistado respecto a sus relaciones familiares. Consta de cinco ítems tipo Likert. Ha sido validada en personas mayores chilenas, incluidas indígenas<sup>18</sup>. El índice de consistencia interna (alpha de Cronbach) fue de 0,90.

*Problemas de Salud*: Se aplicó el cuestionario que utiliza la Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez<sup>19</sup> para medir los 13 problemas de salud más frecuente en las personas mayores chilenas, tales como: hipertensión, colesterol alto, artritis, diabetes, etc.

*Funcionalidad física*: Índice de Barthel de Mahoney y Barthel<sup>20</sup>. Evalúa la capacidad de una persona para realizar 10 actividades básicas de la vida diaria (AVD). El índice de consistencia interna (alpha de Cronbach) fue de 0,81.

*Variables sociodemográficas*: sexo (1 = hombre), edad, estado civil (1 = tiene pareja) y estructura del hogar (1 = vive acompañado).

### Procedimiento

Se realizó un estudio piloto con 45 individuos, cinco por cada Pueblo considerado, aplicándose el cuestionario en español y algunos términos en lengua indígena. Gracias al piloto, se realizaron mejoras en la redacción y simplificación de preguntas. Para que los entrevistadores, profesionales del área de las ciencias sociales (trabajadores sociales, psicólogos y antropólogos), aprendieran el cuestionario específico se organizó un taller de capacitación. El cuestionario se aplicó a través de entrevista personal (cara a cara) en un espacio habilitado para realizar esta actividad, preferentemente la vivienda de la personas mayores o bien un lugar habilitado por la Municipalidad correspondiente.

El estudio se realizó entre diciembre de 2021 y junio de 2022, lo que implica que se realizó en período de pandemia COVID-19. Se tomaron todas las medidas de seguridad solicitadas por el Ministerio de Salud.

El Comité Ético-Científico de la Universidad de Tarapacá supervisó y aprobó los aspectos éticos del estudio (Informes N°21/2021 y 01/2022). Todos los procedimientos realizados en estudios con participantes humanos se realizaron de acuerdo con los de la declaración de Helsinki de 1964<sup>21</sup> y la normativa establecida en el Convenio 169 de la OIT (comunidades indígenas).

### Análisis de datos

Con el objetivo de analizar la asociación entre soledad, soledad emocional y soledad social, por un lado, y la pertenencia a los diferentes grupos

Tabla 1. Principales características de la muestra

	No indígenas (n = 344)	Afro- descen- dientes (n = 105)	Que- chua (n = 203)	Atacame- ño (n = 214)	Colla (n = 215)	Chango (n = 100)	Diaguaita (n = 255)	Rapa Nui (n = 130)	Huilli- che (n = 116)	Kawés- qar (n = 10)	Total (n = 1.692)	
	% (n)											
Sexo	65% (222)	56% (59)	61% (123)	71% (152)	45% (96)	53% (53)	57% (145)	55% (71)	58% (67)	80% (8)	59% (996)	
	Mujer											
	35% (122)	44% (46)	39% (80)	29% (62)	55% (119)	47% (47)	43% (110)	45% (59)	42% (49)	20% (2)	41% (696)	
Edad	55% (188)	64% (67)	52% (105)	51% (109)	40% (85)	48% (48)	41% (104)	70% (91)	37% (43)	60% (6)	50% (846)	
	60-69 años											
	35% (121)	27% (28)	37% (75)	37% (80)	46% (98)	35% (35)	37% (95)	24% (31)	48% (56)	40% (4)	37% (623)	
	70-79 años											
	10% (35)	9% (10)	11% (23)	12% (25)	14% (32)	17% (17)	22% (56)	6% (8)	15% (17)	0	13% (223)	
Estado civil	55% (188)	69% (72)	53% (108)	50% (106)	57% (123)	50% (50)	43% (110)	60% (78)	53% (61)	50% (5)	53% (901)	
	Casado/a o con pareja											
	14% (47)	10% (11)	4% (9)	15% (33)	18% (39)	23% (23)	22% (56)	19% (25)	16% (19)	0	15% (262)	
	Soltero/a											
	24% (83)	14% (15)	33% (67)	25% (53)	18% (39)	13% (13)	31% (78)	15% (27)	18% (21)	50% (5)	24% (401)	
	Viuado/a											
	7% (26)	7% (7)	10% (19)	10% (22)	7% (14)	14% (14)	4% (11)	0	13% (15)	0	8% (128)	
	Divorciado/a, separado/a											
Nivel de estudios	17% (57)	5% (5)	26% (53)	11% (24)	21% (46)	10% (10)	9% (23)	6% (8)	69% (80)	40% (4)	18% (310)	
	Ed. básica incompleta											
	28% (95)	11% (12)	35% (72)	39% (83)	39% (83)	31% (31)	18% (45)	13% (17)	18% (21)	20% (2)	27% (461)	
	Ed. básica											
	47% (162)	68% (71)	38% (76)	47% (100)	34% (74)	53% (53)	66% (169)	68% (88)	13% (15)	40% (4)	48% (812)	
	Ed. media/técnico superior											
	8% (30)	16% (17)	1% (2)	3% (7)	6% (12)	6% (6)	7% (18)	13% (17)	0	0	7% (109)	
	Ed. superior											

**Tabla 2. Prevalencia de la soledad total (DJGLS), soledad social y soledad emocional por grupo étnico**

	No-indígenas (n = 344)	Afrodesendientes (n = 105)	Quechua (n = 203)	Atacameno (n = 214)	Colla (n = 215)	Chango (n = 100)	Diaguita (n = 255)	Rapa Nui (n = 130)	Huilliche (n = 116)	Kawésqar (n = 10)	Total (n = 1.692)
	<b>% (n)</b>										
Puntaje total soledad	32% (110)	44,8% (47)	30% (61)	25,2% (54)	23,3% (50)	38% (38)	85,9% (219)	90,8% (118)	2,6% (3)	20% (2)	41,5% (702)
DJGLS	68% (234)	55,2% (58)	70% (142)	74,8% (160)	76,7% (165)	62% (62)	14,1% (36)	9,2% (12)	97,4% (113)	80% (8)	58,5% (990)
Soledad social	40,7% (140)	60% (63)	32% (65)	32,7% (70)	26,5% (57)	40% (40)	88,6% (226)	93,1% (121)	23,3% (27)	30% (3)	48% (812)
Soledad emocional	59,3% (204)	40% (42)	68% (138)	67,3% (144)	73,5% (158)	60% (60)	11,4% (29)	6,9% (9)	76,7% (89)	70% (7)	52% (880)
Soledad emocional	11,6% (40)	1,9% (2)	22,7% (46)	11,2% (24)	12,1% (26)	29% (29)	2,4% (6)	2,3% (3)	2,6% (3)	10% (1)	10,6% (180)
Soledad	88,4% (304)	98,1% (103)	77,3% (157)	88,8% (190)	87,9% (189)	71% (71)	97,6% (249)	97,7% (127)	97,4% (113)	90% (9)	89,4% (1.512)

étnicos considerados en este estudio, por otro lado, se utilizó la prueba Chi cuadrado ( $\chi^2$ ). Para analizar las variables asociadas a la soledad se realizó un análisis de regresión lineal en tres modelos. El modelo 1 incluyó las variables socio-demográficas: sexo y edad. En el modelo 2 añadió los antecedentes familiares: estado civil, estructura del hogar y APGAR-familiar. El modelo 3 añadió los antecedentes de salud: enfermedades diagnosticadas y nivel de dependencia AVD.

## Resultados

Como puede apreciarse en la Tabla 1, las características de los participantes reflejan la composición sociodemográfica de la población. Destaca el alto porcentaje de personas casadas o con pareja entre las personas Afrodescendientes, Huilliche y Rapa Nui y con educación media entre las personas Afrodescendientes, Diaguitas y Rapa Nui.

La prevalencia de la soledad es alta (Objetivo 1, Tabla 2). El porcentaje de personas que experimentan soledad es superior al 55% en todos los pueblos originarios, con la salvedad de las personas pertenecientes a los pueblos Diaguita y Rapa Nui ( $\leq 14\%$ ). Los resultados indicaron que la soledad emocional es más frecuente, situándose en todos los grupos por encima del 70% de prevalencia. En el caso de la soledad social, solo los participantes pertenecientes a los pueblos Colla y Huilliche superaron ese porcentaje. El análisis de  $\chi^2$  indicó que hay diferencias estadísticamente significativas en soledad total ( $\chi^2 = 488,75$ ;  $p < 0,001$ ), social ( $\chi^2 = 400,73$ ;  $p < 0,001$ ) y emocional ( $\chi^2 = 111,47$ ;  $p < 0,001$ ) entre los diferentes grupos étnicos. El análisis de los residuos estandarizados permite identificar los casos en los que las diferencias son especialmente relevantes. La soledad afecta a un porcentaje significativamente mayor de participantes en los Pueblos Quechua (70%), Atacameño (74,8%), Colla (76,7%), Huilliche (97,4%) y entre las personas no indígenas (68%). Por el contrario, las personas Diaguitas (15,1%) y Rapa Nui (9,2%) muestran un porcentaje significativamente bajo. Este patrón se reproduce para la soledad emocional, que afecta de manera especialmente intensa a personas pertenecientes a los Pueblos Quechua (68%), Atacameño (67,3%), Colla (73,5%), Huilliche (76,7%) y entre las per-

sonas no indígenas (59,3%) y en menor medida a las personas Afrodescendientes (40%), Diaguitas (11,4%) y Rapa Nui (6,9%). La soledad emocional es altamente frecuente en los Pueblos Diaguita (97,6%), Rapa Nui (97,7%), Huilliche (97,4%) y Afrodescendientes (98,1%) y relativamente menos frecuente en los pueblos Quechua (77,3%) y Chango (71%).

La Tabla 3 recoge el análisis de regresión múltiple realizado para analizar la asociación entre soledad y las variables de exposición del estudio (Objetivo 2). Destaca la relevancia de las variables asociadas a las redes familiares, de manera que tener pareja ( $\beta = -0,168$ ;  $p < 0,05$ ), vivir acompañado ( $\beta = -0,208$ ;  $p < 0,05$ ) y mayor funcionalidad familiar ( $\beta = -0,35$ ;  $p < 0,001$ ) se asocian con menores puntuaciones en la medida de soledad. Conviene señalar que la asociación significativa entre sexo y soledad presente en el modelo 1 deja de serlo al incorporar los antecedentes familiares en el modelo 2, lo que indica que la asociación entre estado civil, vivir acompañado/a y la funcionalidad familiar contribuye a explicar la vinculación del sexo con la soledad. El porcentaje de varianza explicada es del 26,6%.

## Discusión

La relevancia de la soledad en las sociedades contemporáneas se evidencia por su relación con numerosos indicadores de bienestar: mortalidad, problemas cardíacos, diabetes, alteraciones del sueño, discapacidad, demencia, abuso de sustancias, síntomas depresivos, ansiedad, entre otros<sup>4,5</sup>. La pandemia COVID-19 ha afectado a la interacción social y a la intensidad y dinámica de los vínculos sociales cercanos, familiares o no familiares. En el caso de las personas mayores, la evidencia empírica disponible sugiere un notable aumento de la prevalencia de la soledad<sup>10,22</sup>.

Precisamente, el primer objetivo del presente estudio consistió en examinar la prevalencia de la soledad entre personas mayores que viven en zonas rurales en función de su pertenencia a distintos pueblos indígenas. En Chile, las restricciones sanitarias han sido más extensas en el tiempo y más severas que en otros países, afectando los hábitos cotidianos en las personas mayores y generando mayor malestar en su calidad de vida en general<sup>23,24</sup>, y alta prevalencia de soledad en

**Tabla 3. Regresión múltiple jerárquica para predecir la soledad (DJGLS)**

	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
	B(ET) b	B(ET) b	B(ET) b
Modelo 1. Sociodemográficas			
Sexo	-0,172 (0,087) -0,048*	-0,030 (0,076) -0,008	-0,058 (0,076) -0,016
Edad	0,011 (0,006) 0,045	0,009 (0,005) 0,040	0,008 (0,005) 0,034
Modelo 2. Antecedentes familiares			
Tiene pareja		0,171 (0,088) 0,049*	0,168 (0,088) 0,048*
Estructura del hogar		0,225 (0,103) 0,055*	0,208 (0,103) 0,051*
Valoración APGAR familiar		-0,354 (0,015) -0,526***	-0,350 (0,015) -0,521***
Modelo 3. Antecedentes de salud			
Total de enfermedades diagnosticadas			0,215 (0,037) 0,122***
Nivel de dependencia- Barthel			0,006 (0,006) 0,026
R <sup>2</sup>	0,005	0,255	0,266
F change	3.947**	188,78***	16.419***

\*p <,05; \*\*p <,01; \*\*\*p <,001.

particular<sup>10,23</sup>. Los resultados del presente estudio apuntan en dicha dirección. En efecto, la prevalencia de la soledad es alta en la muestra estudiada. De hecho, los resultados obtenidos sugieren una alta incidencia de soledad, si son comparados con estudios previos realizados en Chile en personas mayores no indígenas, ya sea antes de la pandemia (con una prevalencia del 45%)<sup>6</sup> o durante la pandemia (con una prevalencia del 53%)<sup>10</sup>. A partir de la clásica propuesta de Weiss<sup>25</sup>, nuestros resultados ponen de manifiesto que la prevalencia de la soledad emocional es más alta en general que la prevalencia de la soledad social. En este sentido, parece que la vida en entornos rurales potencia un sentimiento de carencia de cercanía en las relaciones de intimidad especialmente intenso. Estos datos no pueden desligarse de un potencial impacto de la pandemia. En efecto, la alta prevalencia de soledad en general (y de soledad emocional en particular) puede relacionarse con las restricciones en los vínculos sociales que se produjeron durante la pandemia. La evidencia

disponible señala que estas restricciones afectaron la posibilidad de que las personas mayores mantuvieran vínculos cercanos e íntimos, reduciendo las posibilidades de encontrar un espacio para satisfacer sus necesidades emocionales de afecto, confirmación, cariño, estima y valía<sup>26</sup>.

Además, nuestros resultados ponen de manifiesto diferencias significativas en función del grupo étnico considerado. Por un lado, encontramos diferencias en la prevalencia de la soledad que sugieren que los Pueblos Quechua, Atacameño, Colla y Huilliche se ven más afectados por la soledad general y social que las personas no indígenas. Además, puede comprobarse que la diferenciación entre soledad social y soledad emocional es especialmente relevante, de manera que Pueblos que se ven significativamente menos afectados por la soledad social (Diaguita y Rapa Nui) se ven muy afectadas por la soledad emocional. Estos resultados sugieren una notable especificidad en la dinámica de la soledad en función de los grupos étnicos. Las investigaciones previas sugieren que

esta especificidad puede estar relacionada con la noción de continuidad cultural con el entorno rural y con la significación de las relaciones sociales<sup>11,13</sup>. Parece necesario desarrollar estudios que permitan analizar los contenidos culturales específicos que se relacionan con la soledad y sus dimensiones, especificando dicha relación en los diferentes Pueblos indígenas en Chile.

El segundo objetivo del presente estudio consistió en analizar la asociación existente entre la soledad y diversas variables sociodemográficas, familiares y de salud. Las variables que se asocian con la soledad en nuestro estudio son en general concordantes con lo observado en estudios nacionales e internacionales. Estos estudios señalan que las personas mayores sin pareja<sup>27,28</sup> y aquellas que viven en hogares unipersonales<sup>6</sup> están más expuestas a este sentimiento. Igualmente, las personas mayores que perciben que su entorno familiar es disfuncional tienden a sentirse solas<sup>6</sup>. En un sentido contrario, destaca que la edad no está relacionada con la soledad. Además, la asociación entre sexo y soledad no es significativa. En ambos casos, estos resultados están en contradicción con la evidencia disponible<sup>6,27,28</sup>. No obstante, es preciso resaltar que la bibliografía previa no se refiere a entornos rurales y/o a Pueblos indígenas de manera específica. En este sentido, estudios previos realizados en contextos rurales con muestras de población Aymara y Mapuche no han encontrado una asociación entre la edad y diversos indicadores de bienestar psicosocial<sup>13</sup>. Además, la asociación entre sexo y soledad deja de ser significativa en nuestro modelo de regresión al introducir la presencia de enfermedades, lo que sugiere que en entornos rurales los problemas de salud explican parcialmente la mayor prevalencia de la soledad en el caso de las personas mayores. En este sentido, la asociación entre problemas de salud y soledad es concordante con otros estudios internacionales<sup>28,29</sup> y los escasos estudios desarrollados en Chile, y que valoran la salud autopercebida de las personas mayores<sup>6</sup>. Tomados en su conjunto, estos resultados apuntan a la existencia de especificidades notables en el caso de la población indígena y/o residente en zonas rurales.

Este estudio tiene ciertas limitaciones que se deben tener en cuenta. La muestra no es representativa de todas las personas mayores indígenas porque se ha recurrido a un muestreo por cuotas y, por tanto, no se pueden generalizar los datos.

El uso de cuestionario para realizar el trabajo de campo no permite explorar los significados atribuidos a la soledad en función de la pertenencia étnica, para lo cual son necesarios estudios de corte cualitativo.

En conclusión, este estudio muestra una realidad poco visibilizada del envejecimiento en Chile, como son las personas mayores indígenas y quienes viven en entornos rurales. En este sentido, nuestros resultados sugieren la necesidad de abordar la diversidad cultural que afecta a los procesos de envejecimiento, así como la relevancia de incluir el enfoque de pertinencia cultural en salud.

## Referencias

1. Surkalim DL, Luo M, Eres R, Gebel K, van Buskirk J, Bauman A et al. The prevalence of loneliness across 113 countries: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2022; 376: e067068. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-067068>
2. Newmyer L, Verdery AM, Margolis R, Pessin L. Measuring older adult loneliness across countries. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2021; 76 (7):1408-1414. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa109>
3. Frenkel-Yosef M, Maytles R, Shrira A. Loneliness and its concomitants among older adults during the COVID-19 pandemic. *Int Psychogeriatr*. 2020; 32(10):1257-1259. <https://doi.org/10.1017/S1041610220003476>
4. Courtin E, Knapp M. Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health Soc Care Community*. 2017; 25(3):799-812. <https://doi.org/10.1111/hsc.12311>
5. McLay L, Jamieson HA, France KG, Schluter PJ. Loneliness and social isolation is associated with sleep problems among older community dwelling women and men with complex needs. *Sci Rep*. 2021; 11(1):4877. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-83778-w>
6. Carrasco M, Fernández M, 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. <https://doi.org/10.32604/IJMHP.2021.011568>
7. Dahlberg L, McKee KJ. Correlates of social and emotional loneliness in older people: evidence from an English community study. *Aging Ment Health*. 2014; 18(4):504-514. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.856863>
8. Perlman D, Peplau LA. Toward a social psychology of loneliness. En Duck S, Gilmour R, *Personal Relations-*



- hips in Disorder. Londres, UK: Academic Press. 1981. p. 31-56.
9. Peplau LA, Perlman D. Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy. New York: John Wiley & Sons. 1982.
  10. Herrera MS, Elgueta R, Fernández MB, Giacoman C, Leal D, Rubio M, Marshall P, Bustamante F. Calidad de vida de las personas mayores chilenas durante la pandemia COVID-19. 2021. Disponible en: [https://sociologia.uc.cl/wp-content/uploads/2021/07/libro\\_calidad-de-vida-pmy-covid-19-.pdf](https://sociologia.uc.cl/wp-content/uploads/2021/07/libro_calidad-de-vida-pmy-covid-19-.pdf) [Consultado el 9 de octubre de 2022].
  11. Gallardo-Peralta LP, Raymond É, Gálvez-Nieto JL. Ageing in Context: An Ecological Model to Understand Social Participation Among Indigenous Adults in Chile. *Res Aging*. 2023; 45(3-4), 332-46. <https://doi.org/10.1177/01640275221108502>
  12. Bantry-White E, O'Sullivan S, Kenny L, O'Connell C. The symbolic representation of community in social isolation and loneliness among older people: Insights for intervention from a rural Irish case study. *Health Soc Care Community*. 2018; 26(4):e552-e559. <https://doi.org/10.1111/hsc.12569>
  13. Sánchez-Moreno E, Gallardo-Peralta LP, Leyton C. The Social Gradient in Mental Health and Well-Being for Indigenous Older Adults Living in Rural Areas: A Cross-Sectional Comparison With Rural Non-indigenous Population in Chile. *J Aging Health*. 2021; 33(5-6):287-299. <https://doi.org/10.1177/0898264320979201>
  14. León Aguilera D, Gómez Maldonado E, Urrutia Quiroz B, Rojas N. Soledad en personas mayores: una propuesta de intervención a través del acompañamiento telefónico en Santiago de Chile. *Anales Gerontología*. 2021; 13(13):117-44.
  15. de Jong GJ, Van Tilburg T. A six-item scale for overall, emotional, and social loneliness: Confirmatory tests on survey data. *Res Aging*. 2006; 28:582-598. <https://doi.org/10.1177/0164027506289723>
  16. Rodríguez-Blázquez C, Ayala-García A, Forjaz MJ, Gallardo-Peralta LP. Validation of the De Jong Gierveld Loneliness Scale, 6-item version, in a multiethnic population of Chilean older adults. *Australas J Ageing*. 2021; 40(2):e100-e108. <https://doi.org/10.1111/ajag.12893>
  17. Smilkstein G. The Family APGAR: A proposal for family function test and its use by physicians. *J Fam Pract* 1978; 6(6): 1231-9.
  18. Mayorga-Muñoz C, Gallardo-Peralta L, Galvez-Nieto JL. Propiedades psicométricas de la escala APGAR-familiar en personas mayores residentes en zonas rurales multiétnicas chilenas. *Rev Med Chile*. 2019; 147(10): 1283-1290. <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872019001001283>.
  19. Herrera S, Barros C, Fernández B. Tercera Encuesta Nacional Calidad de Vida en la Vejez. 2013. Disponible en: <http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Resultados-Tercera-Encuesta-Nacional-Calidad-de-Vida-en-la-Vejez-2013.pdf> [Consultado el 27 de septiembre de 2022].
  20. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J*. 1965; 14: 61-5.
  21. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 1964. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/> [Consultado el 3 de mayo de 2023].
  22. Organización Mundial de la Salud. Advocacy Brief: Social Isolation and Loneliness among Older People. 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240030749> [Consultado el 26 de abril de 2023].
  23. Salinas-Rehbein B, Cancino M. Contacto social en personas mayores en tiempos de pandemia. *Rev Med Chile*. 2020; 148(11): 1703-1704. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020001101703>
  24. Oppenheimer-Lewin D, Ortega-Palavecinos M, Núñez-Cortés R. Resiliencia en las personas mayores durante la primera ola pandémica de la COVID-19 en Chile: una perspectiva desde los determinantes sociales de la salud. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2022; 57(5):264-268. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2022.08.002>
  25. Weiss, RS. Loneliness: The experience of emotional and social isolation. Cambridge, MA: MIT. 1973.
  26. Lindenberg S. Social rationality, self-regulation, and well-being: The regulatory significance of needs, goals, and the self. En Wittek, R, Snijders, TAB, Nee, V, *Handbook of Rational Choice Social Research* Stanford. Redwood City, CA, USA: University Press. 2013. p. 72-112.
  27. Müller F, Röhr S, Reininghaus U, Riedel-Heller SG. Social Isolation and Loneliness during COVID-19 Lockdown: Associations with Depressive Symptoms in the German Old-Age Population. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(7):3615. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073615>
  28. Rius-Ottenheim N, Kromhout D, van der Mast RC, Zitman FG, Geleijnse JM, Giltay EJ. Dispositional optimism and loneliness in older men. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2012; 27(2):151-159. <https://doi.org/10.1002/gps.2701>
  29. Macdonald B, Hülür G. Well-Being and Loneliness in Swiss Older Adults During the COVID-19 Pandemic: The Role of Social Relationships. *Gerontologist*. 2021; 61(2):240-250. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa194>