



COLEGIO OFICIAL DE
ENFERMERIA DEL
PRINCIPADO DE
ASTURIAS



Soledad y aislamiento social en las personas mayores. Una urgencia social para la agenda política sanitaria.

Octubre 2021

#MonografíasOECA

Número 2



Soledad y aislamiento social en las personas mayores. Una urgencia social para la agenda política sanitaria.

Equipo OECA:

**Susana Castañón Martínez.
Sandra Fernández Sampedro.
María Jesús García Durán.
Jorge Gayol Samutlom.
Esteban Gómez Suárez.
Javier González Requejo.
Juan F. Hernández Yáñez.
Marcos Lastra Félix.
Elena María Rozado Gutiérrez**

Esta publicación está sujeta a derechos de propiedad intelectual, correspondientes al Colegio de Enfermería del Principado de Asturias, pero se distribuye bajo una licencia Creative Commons que permite su libre distribución, total o parcial, siempre que: a) sea sin ánimo comercial; b) se distribuya bajo el mismo tipo de licencia; c) se cite la publicación original como:

Observatorio de la Enfermería y los Cuidados de Asturias: *Soledad y aislamiento social en las personas mayores. Una urgencia social para la agenda política sanitaria.* Colegio Oficial de Enfermería del Principado de Asturias, Oviedo, 2021.

Más información en codepa@codepa.es.



**Soledad y aislamiento social en las personas mayores.
Una urgencia social para la agenda política sanitaria.**

**Observatorio de la Enfermería y los Cuidados del
Colegio Oficial de Enfermería de Asturias.**

Octubre 2021

Soledad y aislamiento social en las personas mayores.

Una urgencia social para la agenda política sanitaria.

Contenido

1. La soledad y el aislamiento como determinantes sociales de la salud.	3
2. Apoyo social y aislamiento en España y nuestro entorno.	11
3. Hogares unipersonales y predictores de soledad.	19
3.1. Hogares unipersonales: comparativa europea.	20
3.2. La situación en España y comunidades/ciudades autónomas.	21
3.3. La situación en el Principado.	29
3.4.- Autopercepción del estado de salud, población 65+ años.	31
4. Evolución y perspectivas.	35
5. La 'brecha' de género.	39
6. El impacto de la covid-19.	43
7. Modelos de intervención.	45
8. A modo de conclusiones.	51

Índice de mapas.

Mapa 1. Apoyo social percibido en los países de la UE (2014). Porcentaje apoyo fuerte.....	12
Mapa 2. % personas de 65+ años con contactos social al menos semanal	15
Mapa 3. % personas de 65+ años con contacto social menos de una vez al mes	16
Mapa 4. % hogares unipersonales en Europa Occidental (2019).....	20
Mapa 5. % de viviendas unipersonales por CCAA	23
Mapa 6. % de la población que vive sola por CCAA	26
Mapa 7. % personas de 65+ años que viven solas por CCAA.....	27
Mapa 8. Valoración estado de salud, personas 65+ años, media en la escala (2019).....	34

Índice de tablas.

Tabla 1. Frecuencia de los contactos sociales con familiares (Europa, 2019).....	14
Tabla 2. Frecuencia de los contactos sociales con amistades (Europa, 2019)	14

Índice de gráficos.

Gráfico 1. % Población 65+ años: Total, Hombres, Mujeres (2020)	22
Gráfico 2. Hogares unipersonales, España y P. Asturias (2020).	22
Gráfico 3. % Hogares unipersonales sobre total de hogares(2020)	23
Gráfico 4. % Hogares unipersonales 65+ sobre total hogares	24
Gráfico 5. % hogares unipersonales con titular 60+ años	25
Gráfico 6. % población que vive sola por CCAA	25
Gráfico 7. % personas de 65+ años que viven solas	27
Gráfico 8. % personas de 65+ años que vive sola, por Sexo (comparativa)	28
Gráfico 9. Hogares unipersonales por Sexo, Estado Civil y grupo de Edad	29
Gráfico 10. Hogares unipersonales por grupos de Edad, comparativa.....	30
Gráfico 11. Hogares unipersonales de 65+ años por Estado Civil	30
Gráfico 12. Hogares unipersonales 65+ años por estado civil	31
Gráfico 13. Valoración del estado de salud, viudas/os 65+ años (2019)	32
Gráfico 14. % 65+ años, valoración positiva del estado de salud, CCAA 2019	33
Gráfico 15. % 65+ años, valoración negativa del estado de salud, CCAA 2019	33
Gráfico 16. Evolución 2013-2020 de los hogares, según tipología (España)	36
Gráfico 17. Evolución 2013-2020 de los hogares, según tipología (Asturias)	36
Gráfico 18. Crecimiento 2013-2020 hogares unipersonales, total y 65+ años	37
Gráfico 19. Hogares unipersonales 65+ por Sexo: absolutos y base 100	38
Gráfico 20. Incremento hogares unipersonales 65+ años, 2019-2020	41

Índice de ilustraciones.

Ilustración 1. Indicador de ausencia de soporte social por países(UE27)	17
Ilustración 2. Esperanza de vida a los 65 años en España, mujeres y hombres	39
Ilustración 3. Esperanza de vida a los 65 años con dolencias crónicas	39
Ilustración 4. Esperanza de vida a los 65 años con dependencia total	40

1. La soledad y el aislamiento como determinantes sociales de la salud.

Según la Organización Mundial de la Salud¹, *«los determinantes sociales de la salud (SDH) son los factores no médicos que influyen en los resultados de salud. Son las condiciones en las que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, y el conjunto más amplio de dinámicas y sistemas que configuran las condiciones de la vida diaria. Estas fuerzas y sistemas incluyen políticas y sistemas económicos, agendas de desarrollo, normas sociales, políticas sociales y sistemas políticos (...) Abordar los determinantes sociales de la salud de manera adecuada es fundamental para mejorar la salud y reducir las antiguas inequidades en salud, lo que requiere la acción de todos los sectores y de la sociedad civil.»*

No solo desde una perspectiva filosófica o ética, también desde la evidencia científica a nivel poblacional, la soledad no decidida es una circunstancia con una grave incidencia potencial en el estado de salud, en la percepción de la propia salud y en las demandas asistenciales de las personas, con resultados potencialmente negativos en los resultados de salud de la población.

Desarrollar la comprensión actual de los impactos en la salud del aislamiento social y la soledad, así como otros aspectos de la conexión social, ha sido parte de un desarrollo más amplio con respecto a la importancia de los determinantes sociales de la salud (es decir, el reconocimiento de que los tratamientos biomédicos en realidad no son, en promedio, los determinantes más importantes de los resultados de salud de las personas). Un punto final importante de esta tendencia histórica ha sido la identificación científica del aislamiento social como un factor de riesgo importante para la mortalidad, la morbilidad y el bienestar humanos. La soledad y otros aspectos de la conexión social también son factores de riesgo potenciales emergentes de mortalidad.²

¹ [social-determinants-of-health](#) (accedido 13/09/2021).

² National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2020), *Social isolation and loneliness in older adults: Opportunities for the health care system*. Washington, DC: The National Academies Press. DOI: [10.17226/25663](#).

Aislamiento social y soledad son términos que denotan un cierto grado de desconexión social. El aislamiento social es un estado *objetivo* marcado por pocos o infrecuentes contactos sociales en relación al contexto social propio. La soledad es el sentimiento *subjetivo* y estresante de aislamiento social, a menudo definido como una discrepancia entre los niveles real y deseado de conexión social.

Conexión social y conectividad abarcan una variedad de términos utilizados en la literatura científica (por ejemplo, apoyo mutuo, integración, cohesión social) que documentan las formas en que estar conectado física o emocionalmente con otros puede influir en la salud y el bienestar. Una fuerte conectividad social protege la salud, pero la falta de conexión social conlleva riesgos, no solo para el bienestar personal, también para la salud.

En diciembre de 2018, tuvo lugar en Belfast (Irlanda del Norte, RU) un simposio entre investigadores, expertos, clínicos y reguladores en el área del envejecimiento, con el objetivo de determinar el estado del conocimiento en el campo de la soledad entre las personas mayores, intentando destacar las mejores prácticas, las evidencias existentes y las lagunas clave en la investigación³.

Las conclusiones principales fueron que las consecuencias de la soledad sobre la salud y el bienestar pueden ser profundas. Si bien no hay evidencia causal adecuada, se han establecido asociaciones con un mal estado general de la salud y el bienestar. Las evidencias sugieren asociaciones con la salud mental —con evidencias especialmente fuertes para la depresión—, enfermedades no transmisibles (por ejemplo, cardiovasculares), conductas de salud (como la actividad física), estrés, sueño, cognición y mortalidad prematura. Es sin duda creciente —aunque

³ Prohaska T, Burholt V, Burns A, et al (2020), *Consensus statement: loneliness in older adults, the 21st century social determinant of health?* BMJ Open 2020;10:e034967. DOI: [10.1136/bmjopen-2019-034967](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034967).

muchos expertos critican que no lo suficiente desde las políticas de salud— la preocupación de que la soledad crónica pueda afectar negativamente a la capacidad personal para conectar con los demás de manera positiva y participar en intervenciones que podrían, paradójicamente, ayudar a disminuir su soledad.

Abundando en estas conclusiones y concretando algo más, se han descrito resultados adversos producidos por la soledad en números aspectos, como⁴:

- » Calidad de vida.
- » Capacidad cognitiva.
- » Salud subjetiva.
- » Estrés y depresión.
- » Calidad del sueño.
- » Discapacidad/dependencia.
- » Enfermedades cardiovasculares.
- » Sobreutilización de recursos sanitarios.
- » Incremento de la mortalidad.
- » Institucionalización.

La soledad es una condición multifactorial, con cuatro dimensiones básicas:

- » **Salud física y mental** (edad, funcionalidad, patologías crónicas, depresión, estrés...).
- » **Sociocultural** (apoyo social/familiar, nivel educativo, competencia tecnológica, pobreza, estilos de vida...).
- » **Psicológica y cognitiva** (características personal, resiliencia, eventos vitales...).

⁴ Mucha de la bibliografía de apoyo para estas relaciones causales puede encontrarse en Berg-Weger, M., Morley, J.E. (2020), *Loneliness in old age: an unaddressed health problem*. J Nutr Health Aging 24, 243–245. DOI: [10.1007/s12603-020-1323-6](https://doi.org/10.1007/s12603-020-1323-6).

- » **Entorno social** (rol de cuidador, vivienda, vivir solo/a, acceso a recursos sociosanitarios...).

Uno de los principales factores de riesgo para experimentar soledad y aislamiento social es vivir solo. Sin embargo, factores como el nivel de renta y, sobre todo, el estado de salud, son también predictores claros de soledad y aislamiento social⁵.

Un metaanálisis realizado en 2015⁶ (con 70 artículos válidos seleccionados) determinó que existe un 26% más de riesgo de mortalidad a lo largo del tiempo por aislamiento social, riesgo que se eleva hasta un 29% por soledad no decidida. Curiosamente, encontraron un 32% más de riesgo de mortalidad por vivir solo involuntariamente (factor subjetivo), independientemente del factor objetivo, el aislamiento social, es decir, de que se dispusiera de un entorno social adecuado fuera del hogar. La acumulación en las personas mayores de estas tres situaciones eleva este riesgo de mortalidad por todas las causas hasta un 38%.

Otro metaanálisis posterior, este de un equipo español, sitúa el riesgo de mortalidad por todas las causas, independientemente de la depresión como factor contribuyente, entre el 7% y el 48% para las mujeres y entre el 19% y el 76% para los hombres⁷.

El impacto de la soledad y el aislamiento social sobre la morbimortalidad se explica a través de su impacto conocido en ciertos mecanismos genéticos, neuronales y hormonales. Pero también por –o como consecuencia de– aspectos

⁵ European Commission – Joint Research Centre (2018), *Loneliness – an unequally shared burden in Europe*, Science for Policy Briefs. [fairness_pb2018_loneliness_jrc_il.pdf](#) (accedido 24/09/2021).

⁶ Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T y Stephenson D (2015), *Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review*. Perspectives on Psychological Science;10(2): 227-237. DOI: [10.1177%2F1745691614568352](#).

⁷ Rico-Urbe LA, Caballero FF, Martín-María N et al (2018), *Association of loneliness with all-cause mortality: A meta-analysis*. PLoS ONE 13(1):e0190033. DOI: [10.1371/journal.pone.0190033](#).

psicológicos adaptativos, una suerte de círculo vicioso: las personas que experimentan soledad y aislamiento social tienen una mayor sensibilidad y actitud de vigilancia frente a las amenazas sociales, atienden preferentemente a la información social negativa, recuerdan más los aspectos negativos de los eventos sociales, desarrollan expectativas sociales más negativas y, finalmente, es más probable que adopten conductas y modos de vida que confirmen sus expectativas negativas⁸.

Uno de los aspectos psicológicos que más se han estudiado es el de la percepción negativa del propio estado de salud, con una discordancia entre los signos objetivos (clínicos) y los síntomas percibidos, de manera que finalmente, en ese círculo vicioso que señalábamos en el párrafo anterior, sus hábitos y conductas acaban produciendo un deterioro objetivo en su estado de salud y en su autonomía personal.

Lógicamente, no todas las personas desarrollan estos rasgos desadaptativos. Un reciente estudio español⁹ concluye que hay tres variables con gran impacto en la (mala) salud percibida: el sexo, el nivel educativo y el tipo de hogar; **ser mujer con bajo nivel educativo viviendo sola es un cóctel que conduce casi inevitablemente a un deterioro de la salud percibida**. Puede parecer secundario, ya que desde la concepción biomédica predominante tiene prioridad absoluta el estado de salud objetivo —parámetros y signos clínicos— que la propia percepción sobre la salud. Pero, advierten los expertos:

Una mala salud percibida es, en sí misma, un desencadenante de situaciones negativas personales, sociales y económicas; entre otras:

Incrementa las demandas asistenciales.

Produce un déficit (añadido) de socialización.

⁸ Hawkey LC y Cacciopo JT (2010), *Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms*. Ann Behav Med, 40(2): 218-227. DOI: [10.1007%2Fs12160-010-9210-8](https://doi.org/10.1007%2Fs12160-010-9210-8).

⁹ Gumà J, Arpino B y Solé-Auró A (2017), *Determinantes sociales de la salud de distintos niveles por género: educación y hogar en España*. Gaceta Sanitaria, 1.556. DOI: [10.1016/j.gaceta.2017.11.010](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.11.010).

Induce a la automedicación y la polimedicación.

Produce malnutrición y otros déficits de autocuidados.

Y todo ello acaba produciendo un deterioro en el estado *objetivo* de salud, lo cual reinicia el ciclo, incrementando de manera más intensa y dramática, las demandas asistenciales, etc.

Además, como bien conocemos las enfermeras, estas vivencias suponen unas necesidades de cuidados profesionales muy especiales, muy exigentes en cuanto a nuestra aproximación holística, aunque —y debido muy especialmente a que— se trata de necesidades que no siempre se transforman en demandas concretas. Y cuando lo hacen, a menudo ya es tarde.

Un intermediador clave entre soledad/aislamiento social y sus consecuencias sanitarias y personales parece ser la *fragilidad*, una condición crónica muy debatida en su definición, ya que existen diferentes aproximaciones, pero que se caracteriza por una elevada vulnerabilidad debida a una mala resolución homeostática ante cambios súbitos en el estado de salud o las condiciones personales. No es solo un estado mental, como a veces se pretende, sino de una respuesta fisiológica ante el estrés y ciertas condiciones objetivas y experiencias de vida.

Un reciente estudio inglés¹⁰ concluyó, tras revisar 1.013.590 historias clínicas y seguir durante 2 años un total de 22.139 altas, que los pacientes frágiles suponen ya uno de cada 5 ingresos hospitalarios y casi la mitad de las estancias.

10 Gilbert T, Neuburger J, Krainkel J et al (2018), Development and validation of a Hospital Frailty Risk Score focusing on older people in acute care settings using electronic hospital records: an observational study. *Lancet*; 391: 1775–82. DOI: [10.1016/s0140-6736\(18\)30668-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)30668-8).

Otro estudio inglés¹¹, esta vez de este mismo año, 2021, analizando los datos de la recogida de información durante 13 años (2003 a 2017) del Estudio Longitudinal Inglés sobre Envejecimiento (ELSA), con 9.171 participantes, concluyó que un nivel medio de aislamiento social incrementa un 12% la prevalencia de fragilidad y un nivel alto, lo hace en un 32%.

Pero, concluye también el estudio, **un nivel medio de soledad incrementa la fragilidad en un 57% y un nivel alto, un 162%**.

Conclusiones que también aportan datos locales: **la Encuesta de Salud del País Vasco (n = 7.228) cuantifica la soledad no deseada en el 23% de los hombres y el 30% de las mujeres**, acentuándose en los grupos de mayor edad, sobre todo en el caso de las mujeres: 38% para las de 80–84 años y 43% para las de 85 y más años.¹²

Y la soledad es un predictor claro de fragilidad, por múltiples motivos que no podemos entrar a detallar en este documento. Dicho en términos poblacionales, **la prevención y control de los factores de riesgo asociados a la fragilidad y la dependencia de las personas que viven solas solo pueden ser realizados en los hogares por parte de equipos de enfermeras dotadas de mayor autonomía y competencias.**

Un primer paso sería segmentar toda la población que vive sola en cada Área de Salud, mediante visitas estructuradas y escalas de medida validadas, de manera que las personas mayores que viven solas con mayores factores de riesgo conformen un censo que sea objeto de especial seguimiento proactivo mediante protocolos pautados.

En este documento no pretendemos realizar un trabajo de corte académico, pero sí señalar que **la soledad y el aislamiento social son importantes factores de**

¹¹ Davies K, Maharani A, Chandola T et al (2021), *The longitudinal relationship between loneliness, social isolation, and frailty in older adults in England: a prospective analysis*. The Lancet, Vol 2 e70-e77. DOI: [10.1016/S2666-7568\(20\)30038-6](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(20)30038-6)

¹² Martín Roncero U y González-Rábago Y (2020), *Soledad no deseada, salud y desigualdades sociales a lo largo del ciclo vital*. Gac Sanit; 35(5): 432–437. [10.1016/j.gaceta.2020.07.010](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.07.010).

riesgo que deben ser analizados y afrontados con carácter prioritario en las estrategias y políticas del Servicio Sanitario Público, así como recopilar y poner a disposición la principal información estadísticamente disponible para permitir cuantificar el problema de las personas mayores que viven solas.

2. Apoyo social y aislamiento en España y nuestro entorno.

Como veremos en el siguiente capítulo, vivir solo es más prevalente en los países del norte, occidente y este europeo que en los mediterráneos, muy especialmente Portugal, España e Italia (por este orden, de menor a mayor tasa). Además, según este estudio, vivir solo no comporta necesariamente efectos negativos sobre la salud física y mental; de hecho, en España –desde un análisis puramente estadístico que no implica necesariamente causalidad, sino mera correlación– se asocia a efectos positivos en ambas dimensiones de la salud¹³.

Como hemos apuntado antes, no son condiciones objetivas de vida como vivir solo en el hogar, sino el aislamiento social (más allá del hogar) –y su reverso, el nivel de soporte social– lo que explican la autopercepción y vivencias de soledad.

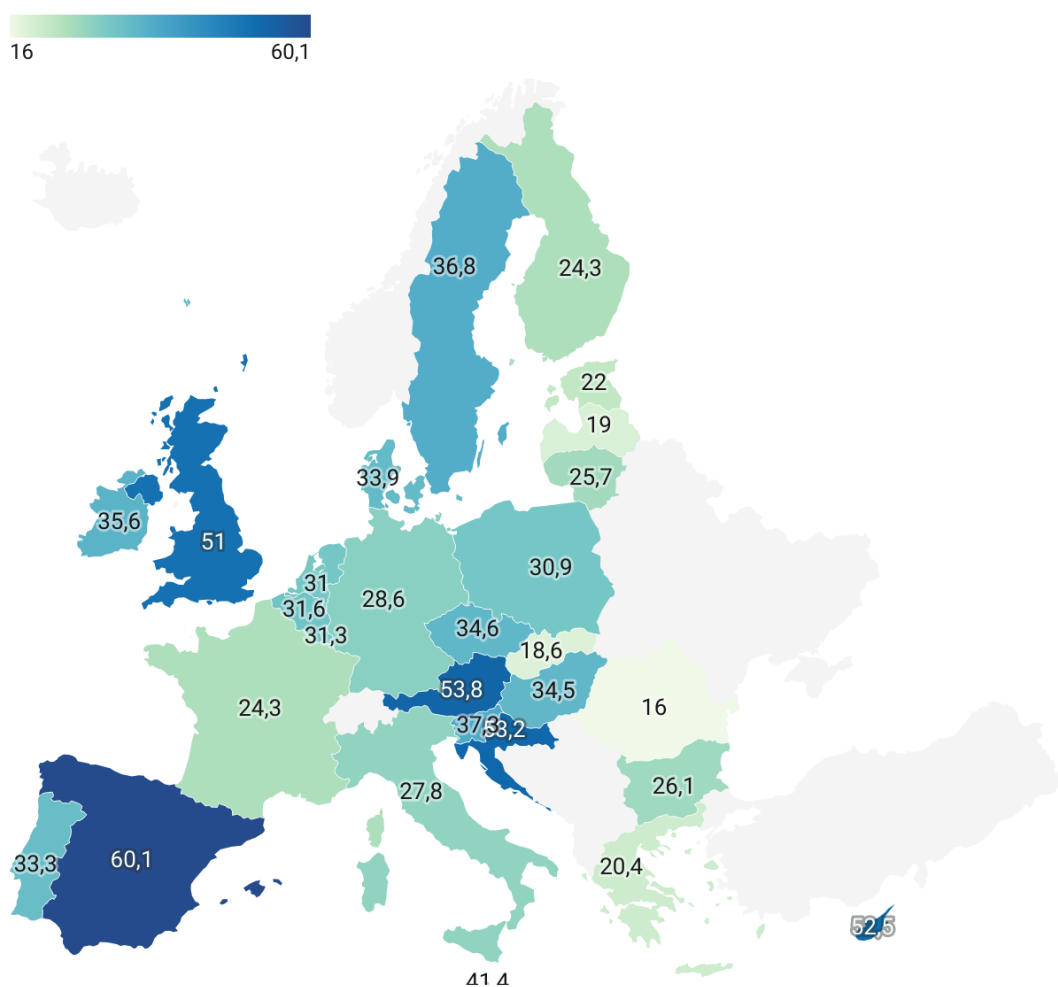
En cuanto a la **percepción de apoyo o soporte social**, la situación comparativa de España en la Unión Europea (EU-27)¹⁴ es envidiable: ocupa el primer lugar en percepción de apoyo social fuerte (60,1%, frente a un promedio de 32,0%) y el último en percepción de apoyo social pobre (4,1% vs. 16,3% UE-28). España encabeza, con una distancia de entre 6 y 12 puntos, todos los cruces por sexo y agrupación de edad (15-64 años y 65+).

En cuanto al colectivo 65+, el porcentaje de España es del 62,4%, siendo el del siguiente país (Reino Unido) 54,7% y el promedio UE-28, 32,6%. Para los hombres 65+, el valor de España es 63,6%, seguida por Chipre a 11 puntos porcentuales de distancia (52,5%) y con un promedio UE-28 de 31,8%; y para mujeres 65+, los valores, respectivamente, son 61,4%, 56,7% (RU) y 33,2%.

¹³ Barbosa F, Cunha C, Voss G y Matos AD (2019), *The impact of living alone on physical and mental health: Does loneliness matter?* En: Börsch-Supan A, Bristle J, Andersen-Ranberg K et al, *Health and socio-economic status over the life course. First results from SHARE Waves 6 and 7*, Cap. 25. Walter de Gruyter, Berlin. DOI: [10.1515/9783110617245](https://doi.org/10.1515/9783110617245).

¹⁴ Eurostat DataBrowser, *Overall perceived social support by sex, age and educational attainment level*. Aunque los últimos datos disponibles son de hace seis años (2014), no es probable que hayan cambiado mucho, excepto por los efectos de la pandemia durante 2020 y 2021. [hlth_ehis_ss1e/default/table](https://data.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table?l=1hth_ehis_ss1e/default/table) (accedido 14/09/2021).

Apoyo social percibido, EU-28 2014



Mapa: OECA • Fuente: Eurostat • Creado con Datawrapper

Mapa 1. Apoyo social percibido en los países de la UE (2014). Porcentaje apoyo fuerte.

Aunque no de manera tan contundente, España también está bien situada en cuanto a la soledad objetiva de las personas mayores (65+ años)¹⁵; comparativamente con otros países europeos, es de aquellos en los que más abundan los contactos frecuentes (al menos una vez a la semana) con familiares (69%; promedio europeo, 57%) y amigos (58%; UE-28, 50%). En total, un 69% frente a un promedio europeo del 55%.

¹⁵ Eurostat DataBrowser: *Frequency of getting together with family and relatives or friends*. <https://bit.ly/2RxgQeb> (accedido 13/09/2021).

Sin embargo, en cuanto a la soledad extrema (contacto social con menor frecuencia de una vez al mes) se encuentra en valores más parecidos con los promedios europeos: en línea en cuanto a los familiares (12% vs. 14%), pero algo superiores en el caso de los contactos con amigos y allegados (19% vs. 16%). En conjunto, un 12% frente a un promedio europeo del 15%.

En las tablas recogemos de manera diferenciada, y solo para los 22 países europeos de nuestro entorno más directo, la frecuencia de relaciones sociales con la familia y parientes (Tabla 1) y con amigos y conocidos (Tabla 2).

En los mapas, además de ampliar la información para todas las naciones de Europa Occidental, un total de 33, ofrecemos la información de ambos colectivos de relación (familia y amigos), tanto para los contactos más habituales (Mapa 1), como para los más esporádicos (Mapa 2).

Tabla 1: Frecuencia de reunión con familiares y parientes. Personas de 65 y más años

País	Cada día (A)	Cada semana (B)	Varias veces al mes (C)	Una vez al mes (D)	Al menos una vez al año (E)	No en los últimos 12 meses (F)	Al menos semanal (A+B)	Menos de mensual (E+F)
Lituania	3,9	24,6	26,8	20,7	23,5	0,6	28,5	24,1
Letonia	5,3	23,5	20,4	21,1	27,3	2,2	28,8	29,5
Estonia	5,4	26,7	17,8	21,2	23,5	5,5	32,1	29,0
Dinamarca	4,1	33,6	30,0	17,7	13,6	1,0	37,7	14,6
Alemania	12,2	30,7	22,9	15,1	16,9	2,1	42,9	19,0
Austria	9,8	33,3	18,9	17,5	15,7	4,9	43,1	20,6
Suecia	6,9	42,7	20,5	12,8	13,0	4,0	49,6	17,0
Islandia	10,5	40,2	25,1	11,6	11,4	1,0	50,7	12,4
Suiza	8,7	42,0	18,1	17,2	12,6	1,4	50,7	14,0
Países Bajo	7,6	43,9	23,9	11,4	10,7	2,5	51,5	13,2
Francia	18,4	37,5	17,6	8,9	15,9	1,8	55,9	17,7
MEDIANA	14,3	39,1	18,0	11,7	11,0	2,4	57,0	13,6
Finlandia	13,0	45,0	18,6	11,9	8,8	2,6	58,0	11,4
Reino Unido	16,4	44,8	12,3	11,8	10,5	4,3	61,2	14,8
Luxemburgo	17,4	44,0	14,3	9,6	11,2	3,7	61,4	14,9
Noruega	15,5	46,1	18,2	11,5	7,8	0,9	61,6	8,7
Irlanda	22,3	42,7	12,9	10,1	8,4	3,6	65,0	12,0
Italia	28,3	40,3	14,9	7,1	5,5	3,8	68,6	9,3
España	31,2	37,8	12,8	6,4	9,5	2,2	69,0	11,7
Grecia	42,6	27,0	11,5	14,0	4,2	0,8	69,6	5,0
Portugal	36,0	35,1	10,1	6,3	8,3	4,3	71,1	12,6
Bélgica	22,3	49,0	12,5	8,0	6,0	2,2	71,3	8,2
Malta	36,2	37,9	10,2	5,6	7,0	3,1	74,1	10,1
Chipre	57,4	29,1	5,0	2,1	5,5	1,0	86,5	6,5

Fuente: Eurostat (2015)

Tabla 1. Frecuencia de los contactos sociales con familiares (Europa, 2019)

Tabla 2: Frecuencia de reunión con amigos. Personas de 65 y más años

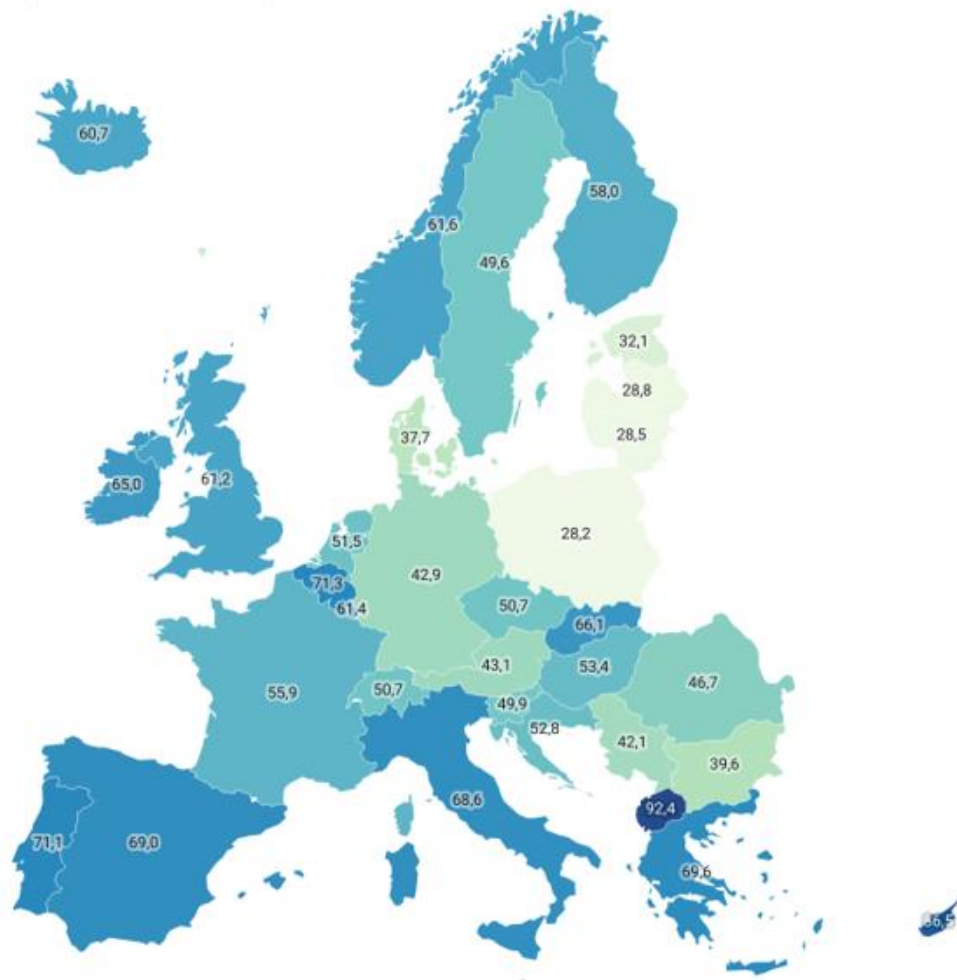
País	Cada día (A)	Cada semana (B)	Varias veces al mes (C)	Una vez al mes (D)	Al menos una vez al año (E)	No en los últimos 12 meses (F)	Al menos semanal (A+B)	Menos de mensual (E+F)
Lituania	3,3	20,5	21,0	23,9	5,6	25,7	23,8	31,3
Islandia	3,0	26,7	22,2	28,5	4,9	14,7	29,7	19,6
Letonia	4,6	26,1	24,8	23,0	1,6	19,8	30,7	21,4
Estonia	5,1	26,4	22,7	22,2	6,1	17,4	31,5	23,5
Dinamarca	5,3	36,9	17,1	29,0	1,6	10,1	42,2	11,7
Alemania	6,2	36,6	16,0	29,8	2,4	9,1	42,8	11,5
Austria	4,6	41,4	17,0	20,3	7,5	9,1	46,0	16,6
Francia	9,1	37,8	10,6	23,7	3,5	15,3	46,9	18,8
Malta	16,5	30,5	9,6	12,0	23,9	7,5	47,0	31,4
Italia	11,6	36,4	12,3	19,6	12,5	7,6	48,0	20,1
Luxemburgo	8,2	40,3	15,3	19,4	6,8	9,9	48,5	16,7
MEDIANA	9,1	40,8	12,8	19,7	5,4	8,7	49,5	15,9
Países Bajo	5,9	44,6	12,2	19,8	5,1	12,4	50,5	17,5
Suiza	6,7	46,3	16,1	20,3	1,7	8,9	53,0	10,6
Finlandia	12,8	42,1	13,0	19,5	4,2	8,4	54,9	12,6
Irlanda	10,7	45,5	12,4	17,1	6,1	8,2	56,2	14,3
Bélgica	10,1	46,4	11,4	18,2	6,1	7,8	56,5	13,9
Noruega	9,5	48,3	14,6	20,9	2,1	4,7	57,8	6,8
España	24,7	33,2	9,0	13,7	10,3	9,0	57,9	19,3
Suecia	10,0	48,7	11,6	16,9	6,3	6,5	58,7	12,8
Reino Unido	9,1	49,6	12,5	13,7	7,6	7,6	58,7	15,2
Portugal	30,4	30,8	8,5	11,4	10,8	8,2	61,2	19,0
Grecia	30,7	42,3	6,0	13,7	2,9	4,4	73,0	7,3
Chipre	33,5	41,3	6,5	13,3	2,5	2,9	74,8	5,4

Fuente: Eurostat (2015)

Tabla 2. Frecuencia de los contactos sociales con amistades (Europa, 2019)

% Personas de 65+ años con contacto social (parientes y/o conocidos) al menos una vez a la semana (2020)

Países de Europa Occidental. Mediana = 54,8

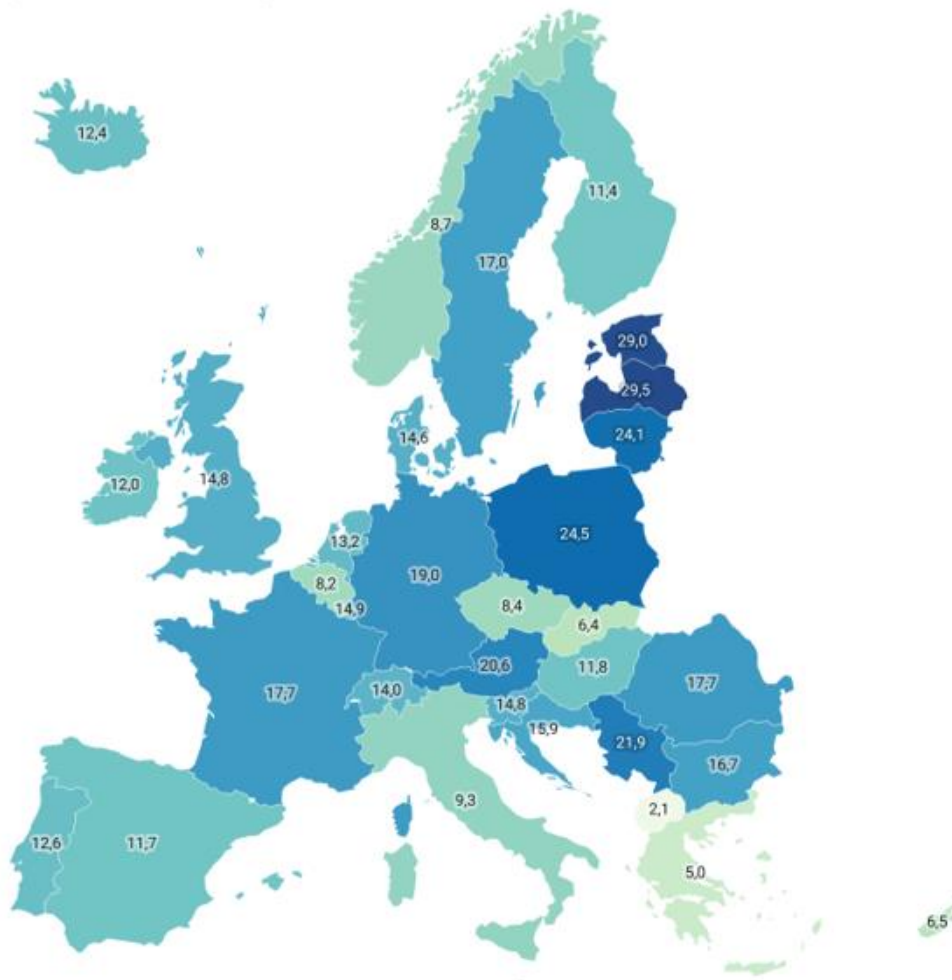


Mapa: OECA • Fuente: Eurostat • Creado con Datawrapper

Mapa 2. % personas de 65+ años con contactos social al menos semanal

% Personas de 65+ años con contacto social (parientes y/o conocidos) menos de una vez al mes (2020)

Países de Europa Occidental. Mediana = 15,1



Mapa: OECA • Fuente: Eurostat • Creado con Datawrapper

Mapa 3. % personas de 65+ años con contacto social menos de una vez al mes

En cuanto a los países de la OCDE, España no sale mal situada en el ranking de porcentaje de personas que afirman no tener amigos o familiares con los que puedan contar en momentos con problemas, ocupando el 10º de los 37 países miembros de la organización y el 3º de los 22 países de la Unión Europea para los que existen datos: apenas lo sienten así el 3,4% entre los más jóvenes, el 6,6% en la mediana edad y el 8,0% entre los más mayores¹⁶.

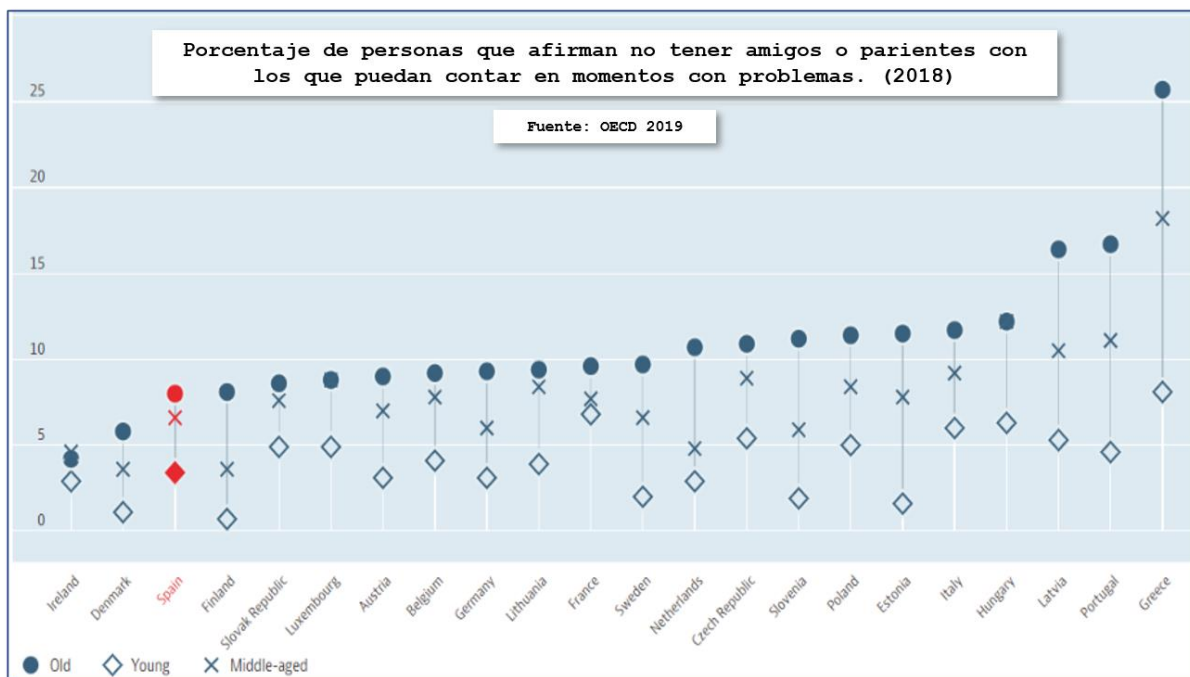


Ilustración 1. Indicador de ausencia de soporte social por países(UE27)

Pese a ello, una encuesta reciente del Observatorio Social de La Caixa (2019; n = 1.688)¹⁷ concluye que «un 43,6% de las personas encuestadas están en riesgo de aislamiento social o se sienten solas; un 11,8% está en las dos situaciones a la vez, y solo un 44,6% no declara ningún tipo de riesgo de aislamiento social o sentimiento de soledad». Más de una cuarta parte de los mayores de entre 65 y 79 años están aislados de la red de amigos, porcentaje que llega casi a la mitad entre los que tienen 80 o más años. La soledad emocional (sentirse solo) es mayor entre

¹⁶ OECD, *Health at a glance* 2019. [healthrisk/lack-of-social-support.htm](https://www.oecd.org/health/healthrisk/lack-of-social-support.htm) (accedido 13/09/2021).

¹⁷ Yanguas J, Cilveti A y Segura C (2019), *¿A quiénes afecta la soledad y el aislamiento social?* Observatorio Social de La Caixa. [soledad-personas-mayores](https://www.observatorio-social.com/soledad-personas-mayores) (accedido 13/09/2021),

los hombres que entre las mujeres: 42% vs. 37%, entre 65 y 79 años, y 53% vs. 44%, 80 y más años.

En este trabajo vamos a centrarnos en la soledad social, que en muchas ocasiones deriva en soledad emocional, a través de la situación más característica y predictiva: ser mayor y vivir solo.

3. Hogares unipersonales y predictores de soledad.

El pasado mes de abril, el Instituto Nacional de Estadística [INE] publicó los resultados para 2020 de la Encuesta Continua de Hogares [ECH].¹⁸ Los resultados presentan el promedio de todo el año ya que, como indica su denominación, se trata de una encuesta que se desarrolla permanentemente, no en un período del año limitado.

La muestra a nivel estatal es de 65 hogares por cada una de las 1.572 secciones censales, lo que da 102.180 hogares (si bien solo en torno al 70% corresponde a domicilios habitados).

En el caso del Principado de Asturias, las 65 encuestas realizadas en cada una de sus 48 secciones censales arrojan un total de 3.120 hogares, un 0,69% de los 455.200 existentes; lo cual, según nuestros cálculos, da un **margen de error bruto de muestreo de tan solo un $\pm 1,75\%$** . Otra cosa, como veremos, es el margen de error para las unidades de análisis más pequeñas.

Hemos analizado los datos del INE para tratar de conocer la situación con respecto a una realidad que ha alcanzado ya un carácter de fenómeno social (siguiendo la terminología tremendista al uso, *pandémico*)¹⁹: la de los hogares unipersonales cuyo único habitante tiene 65 o más años, lo que viene a corresponderse aproximadamente con la población inactiva por motivos de edad; naturalmente, hay población de ese grupo etario que permanece en activo, pero según la Encuesta de Población Activa, también del INE, este colectivo solo supone el 3% de quienes han cumplido la edad ordinaria de jubilación, un subgrupo marginal (*outlier*) en términos estadísticos.

¹⁸ [Estadística C&cid=1254736176952&menu=resultados&idp=1254735572981](https://inec.es/estadistica/C&cid=1254736176952&menu=resultados&idp=1254735572981) (accedido 13/09/2021)

¹⁹ Sweet J (2021), *The loneliness pandemic. The psychology and social costs of isolation in everyday life*. Harvard Magazine, Ene-Feb. [feature-the-loneliness-pandemic](https://www.harvardmagazine.com/2021/01/feature-the-loneliness-pandemic) (accedido 13/09/2021)

3.2. La situación en España y comunidades/ciudades autónomas.

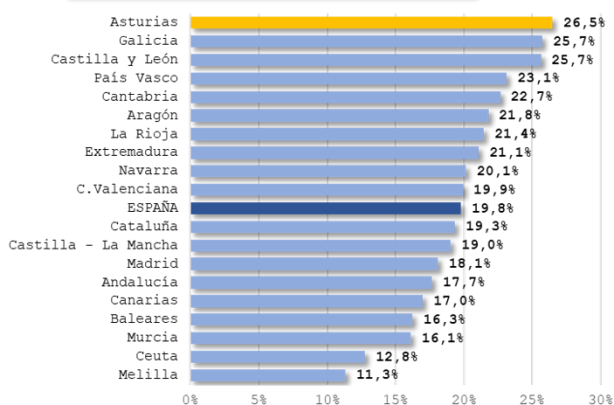
Como es bien sabido, la del Principado de Asturias es la comunidad autónoma más envejecida: no solo con mayor porcentaje de población de 65+ años, sino también con una tasa de envejecimiento (65+/14-) que casi duplica (243) el promedio nacional (126). De hecho, como puso de manifiesto [SADEI](#), de ser un país independiente, sería el más envejecido de todo el mundo²¹.

El 27% de las personas residentes en Asturias tiene 65+ años; esta situación tiene mucho mayor incidencia entre las mujeres, que llegan a ser casi el 29% de la población femenina, que entre los hombres, que suman *solo* un 23%.

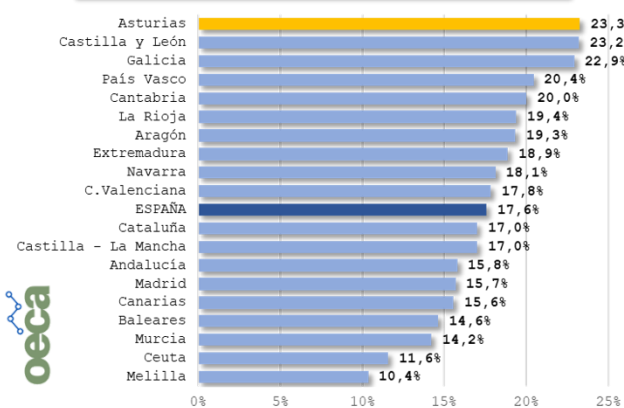
No es por tanto de extrañar –ya que el 43% de los hogares unipersonales son ocupados por personas mayores– que en Asturias el porcentaje de estos hogares donde vive una sola persona (31%) sea notablemente más alto que en el conjunto del país (26%): cinco puntos porcentuales que se traducen en un 20% relativo.

²¹ La Nueva España, 26 de mayo de 2021 ([indice-envejecimiento-asturias-supera-paises-52030993.html](#)).

% Población 65+ años sobre población total



% Población 65+ años sobre población total: HOMBRES



% Población 65+ años sobre población total: MUJERES

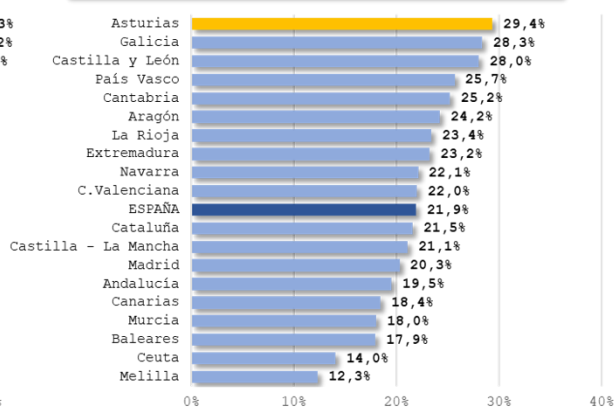
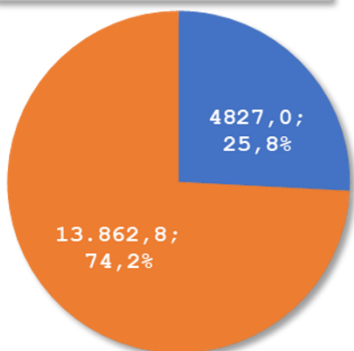


Gráfico 1. % Población 65+ años: Total, Hombres, Mujeres (2020)

Tipo de hogares (miles y %)
ESPAÑA, 2020



Tipo de hogares (miles y %)
ASTURIAS, 2020

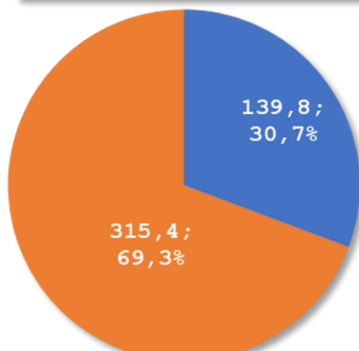


Gráfico 2. Hogares unipersonales, España y P. Asturias (2020).

De hecho, la nuestra es la comunidad autónoma con mayor porcentaje de viviendas donde solo vive una persona:

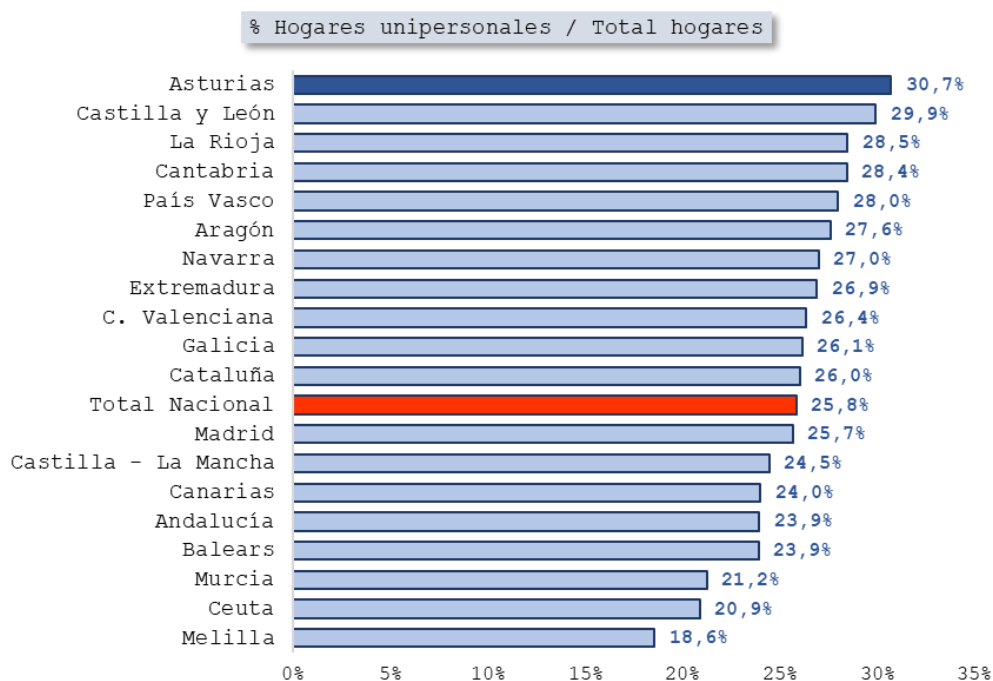
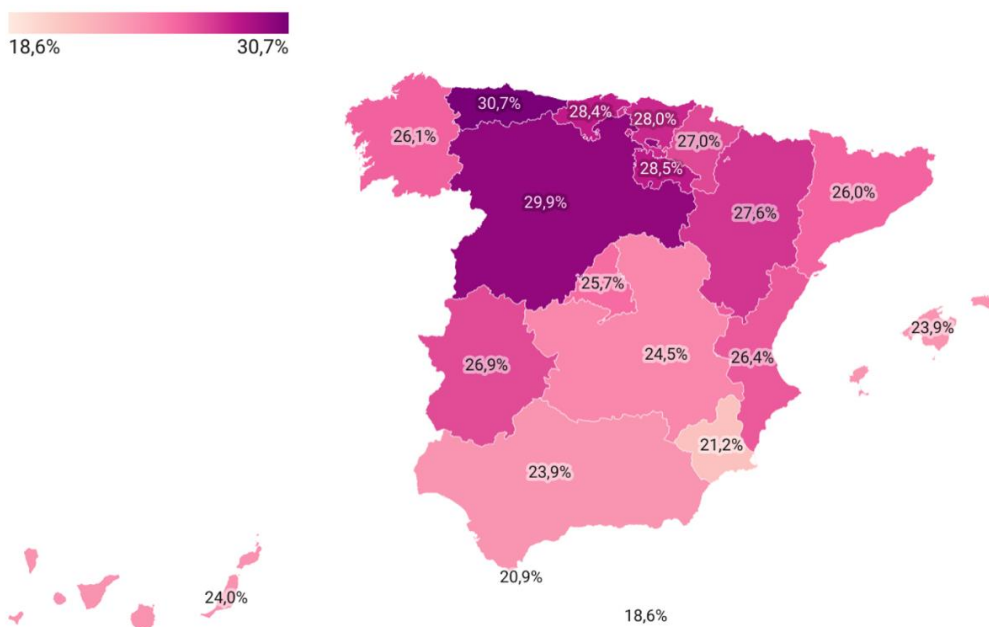


Gráfico 3. % Hogares unipersonales sobre total de hogares(2020)

% Hogares unipersonales (2020)



Fuente: Encuesta Continua de Hogares, INE • Creado con Datawrapper



Mapa 5. % de viviendas unipersonales por CCAA

El número de hogares unipersonales donde el titular es una persona de 65+ años es de 2,1 millones en España, 67.de ellos 900 en Asturias, que pasa a ser la segunda comunidad o ciudad autónoma en porcentaje sobre el total de hogares, solo superada por Castilla y León:

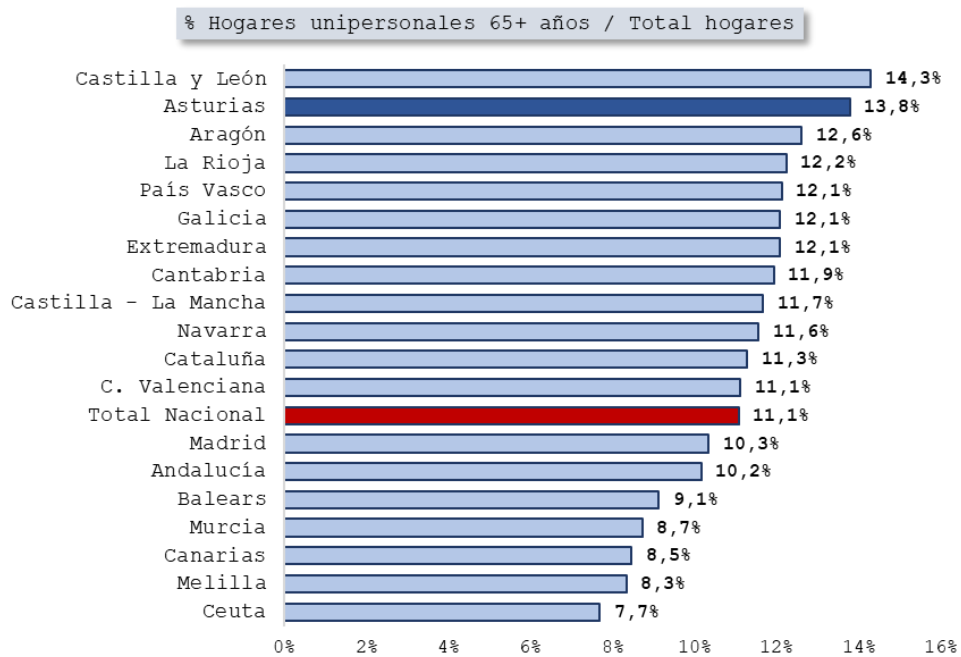


Gráfico 4. % Hogares unipersonales 65+ sobre total hogares

Finalmente, si consideramos el porcentaje que sobre el conjunto de hogares unipersonales representan aquellos que sus titulares son 65+, aunque el Principado está por encima de la media nacional, su situación en el ranking no es tan destacada:

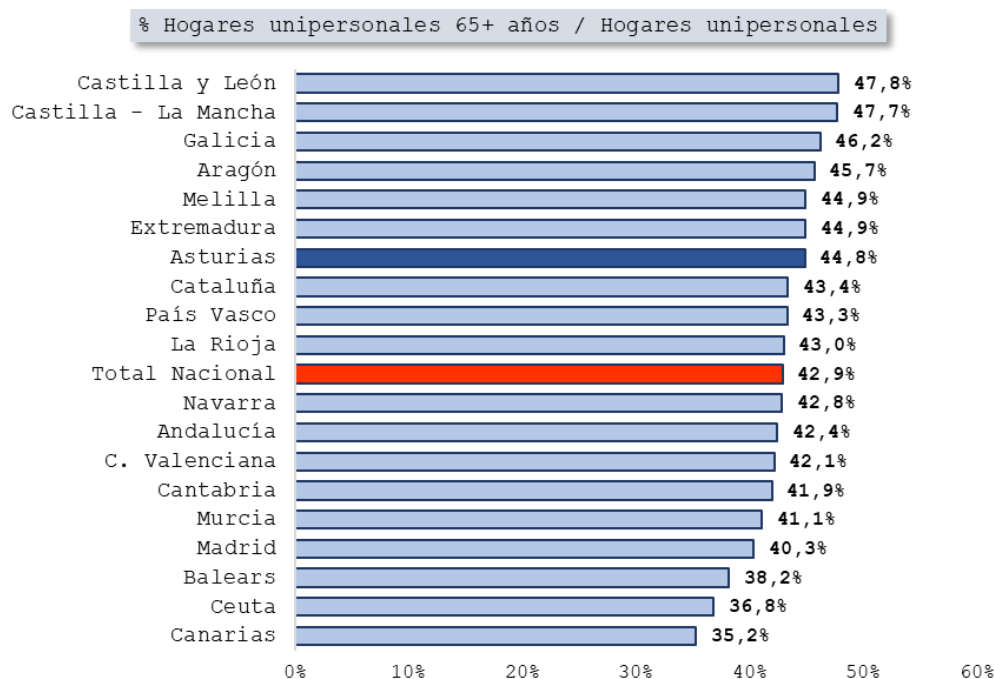


Gráfico 5. % hogares unipersonales con titular 60+ años

Pero si en lugar de tomar como divisor los hogares tomamos los habitantes —en los hogares unipersonales, un hogar equivale a una persona—, la situación es parecida, pero más realista para nuestro propósito: el 10% de los ciudadanos/as españoles/as mayores vive solo/a, porcentaje que se incrementa hasta el 14% en Asturias:

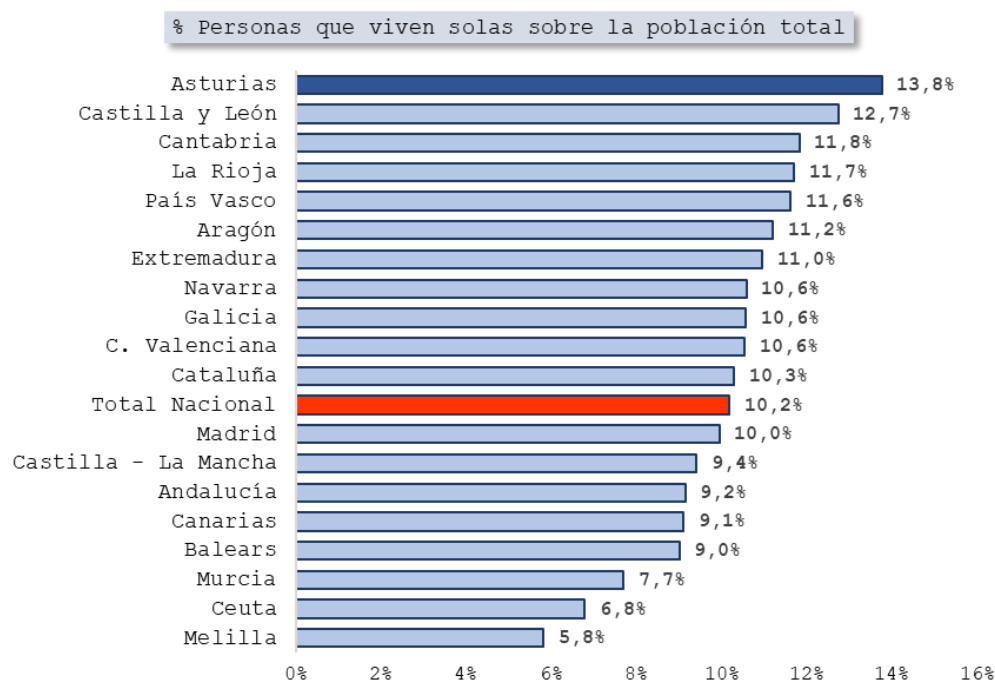
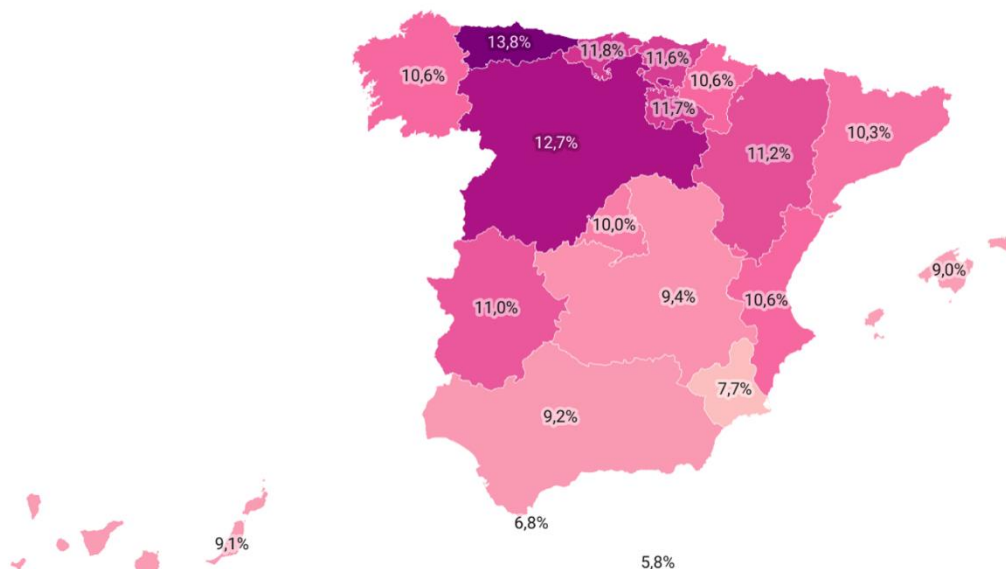


Gráfico 6. % población que vive sola por CCAA

Asturias vuelve a encabezar el ranking de personas —de cualquier edad— que viven solas, 3,6 puntos por encima del total nacional. En el mapa se aprecia claramente un eje norte-sur, con mayor porcentaje de población que vive sola en las CCAA septentrionales; todas las CCAA que superan la media nacional (10,2%), excepto Extremadura y la Comunidad Valenciana, están por encima de Madrid.

% Personas que viven solas por CCAA

Total nacional = 10,2%



Fuente: Encuesta Continua de Hogares, INE • Creado con Datawrapper



Mapa 6. % de la población que vive sola por CCAA

Si nos referimos ahora a las **personas de 65+ años que viven solas**, sobre el conjunto de personas de ese mismo colectivo, el ranking cambia considerablemente, como ya sucedió al estudiar el porcentaje de hogares. Este porcentaje oscila entre más de un 23% en ocho CCAA, el Principado entre ellas, con un 23,5%, y menos del 20%, con tres CCAA, destacando Galicia y Canarias. Como promedio, el 22,2% de las personas de 65+ años viven solas.

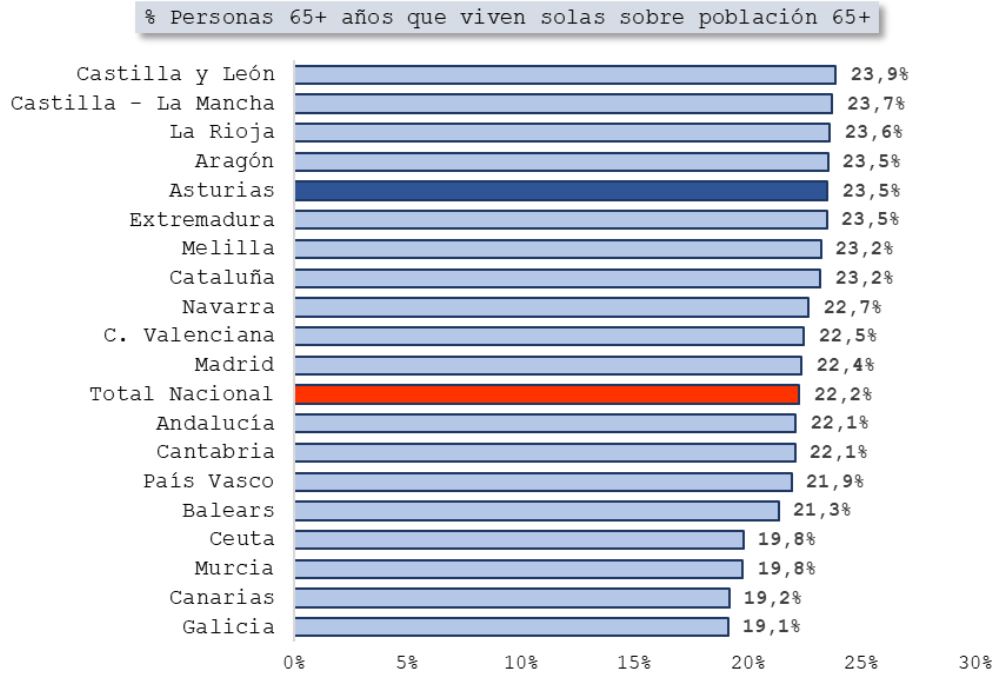
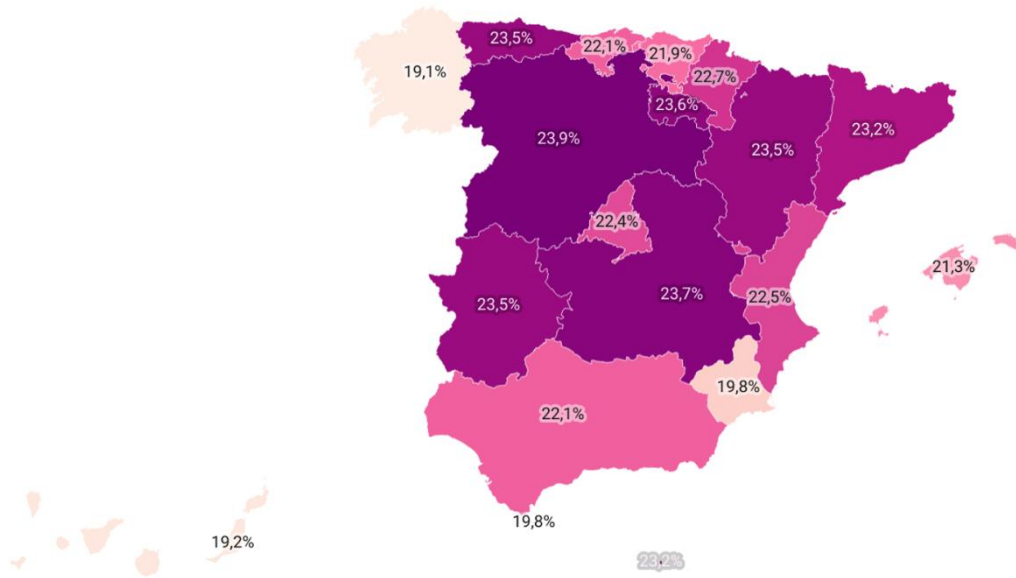


Gráfico 7. % personas de 65+ años que viven solas

En el mapa se ve mejor la situación:

% Personas de 65 y más años que viven solas por CCAA

Total nacional = 22,2%



Fuente: Encuesta Continua de Hogares, INE • Creado con Datawrapper



Mapa 7. % personas de 65+ años que viven solas por CCAA

Puede apreciarse claramente que **existe una mayor proporción en lo que se ha dado en llamar la *España vaciada***, encabezada por las dos Castillas (habs./km² = 25-26), La Rioja (63), Aragón (28) y Extremadura (25); Asturias (96) ocupa el quinto lugar, como ya vimos antes. Por el contrario, Galicia (91), Canarias (301) y Murcia (134) presentan los porcentajes más bajos.

Por lo que respecta a la diferencia por sexo y edad, existe un sesgo claro con respecto a las mujeres y a las personas mayores.

A nivel estatal, hay un 29% de mujeres de 65+ años que viven solas, porcentaje que se reduce en 14 puntos (hasta el 15%) en el caso de los hombres.

Por lo que respecta a Asturias, para el colectivo femenino el porcentaje se eleva hasta el 32%, un aumento relativo del 14% sobre el promedio estatal; en cuanto a los hombres 65+, el porcentaje que vive solo desciende al 17%, un 47% inferior al de las mujeres; aun así, este porcentaje es ligeramente superior, un par de puntos porcentuales, al del promedio nacional.

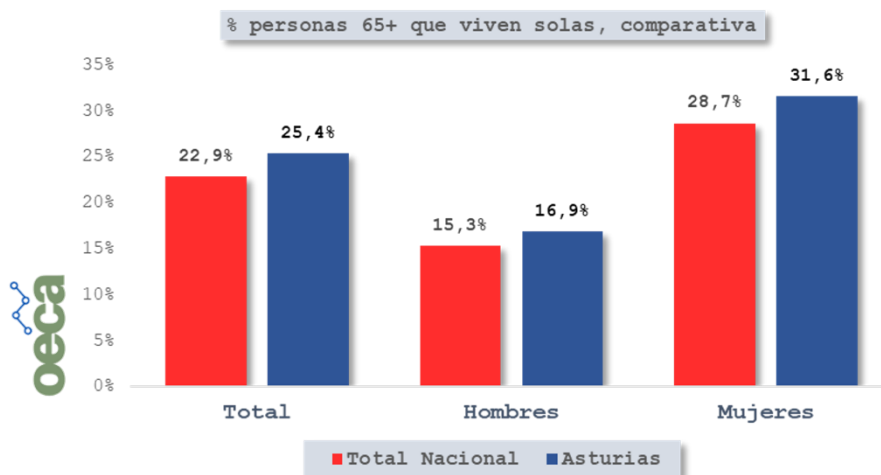


Gráfico 8. % personas de 65+ años que vive sola, por Sexo (comparativa)

3.3. La situación en el Principado.

Ya hemos ido caracterizando la situación en nuestra Comunidad Autónoma en términos comparativos. Detallaremos ahora algo más la información para entender mejor nuestra realidad. Para introducir las —escasas— variables sociodemográficas disponibles, solo podremos analizar los hogares unipersonales, sin poder compararlos con el resto, ya que en hogares con más de una persona no podemos manejar Sexo, Edad y Estado civil (por haber más de una situación). Sí podremos comparar los hogares unipersonales asturianos con los del promedio nacional.

En los hogares unipersonales de Asturias hay una distribución por Estado Civil muy similar a la del conjunto del Estado, si bien hay cuatro puntos porcentuales más de personas mayores (65+) y tres, de mujeres:

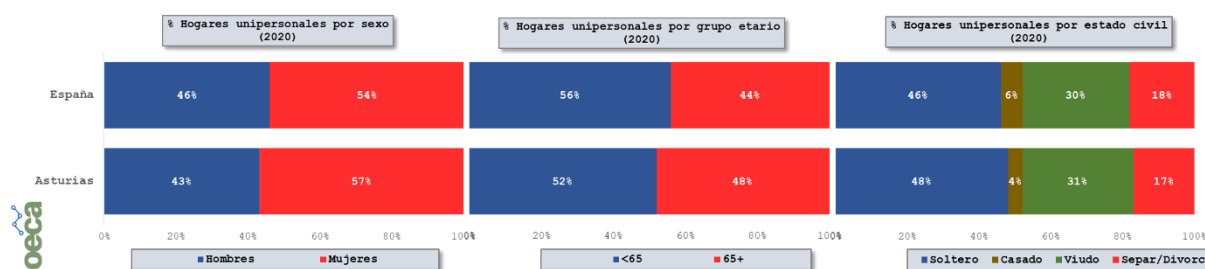


Gráfico 9. Hogares unipersonales por Sexo, Estado Civil y grupo de Edad

En el siguiente gráfico podemos observar con un poco más de detalle que, en comparación con los datos del conjunto del país, existe un ‘trasvase’ de cuatro puntos desde los hombres menores de 65 años (33 → 29%) hacia las mujeres de 65+ años (31% → 35%); sin embargo, la presencia de mujeres menores de 65 años (23%) y de hombres de 65+ años (13%) es exactamente coincidente:

Hogares unipersonales por Sexo y grupo de Edad del titular (2020, España)

Hogares unipersonales por Sexo y grupo de Edad del titular (2020, P. Asturias)

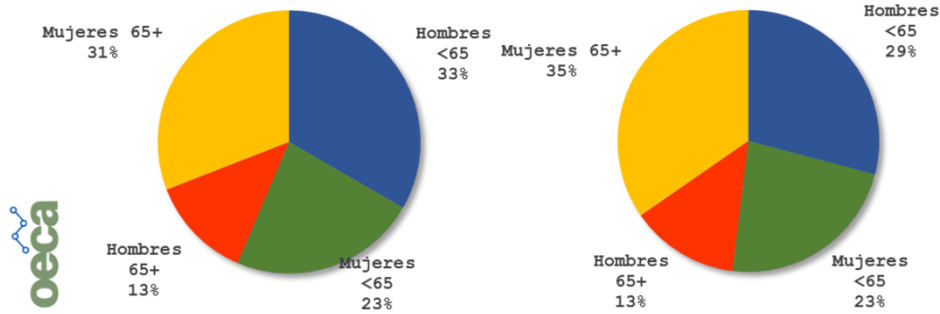


Gráfico 10. Hogares unipersonales por grupos de Edad, comparativa

Si cruzamos ahora por Estado Civil, apreciamos una mayor presencia —aunque no muy significativa— de solteros/as en el Principado (cinco puntos más) y, correlativamente, una menor presencia de viudos/as, lo cual resulta congruente con la menor presencia de personas de 65+ años que vimos algo más arriba y que también se aprecia en el gráfico número 9 (56% en España vs. 52% en Asturias).

Hogares unipersonales: 65 y más años, hombres y mujeres, por estado civil (España, 2020)

Hogares unipersonales: 65 y más años, hombres y mujeres, por estado civil (P.Asturias, 2020)

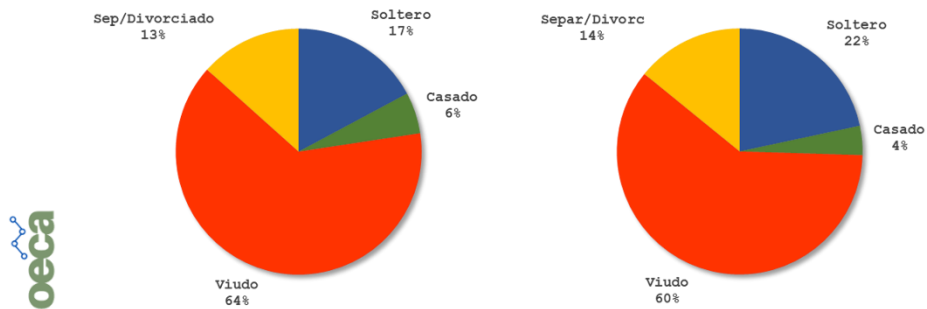
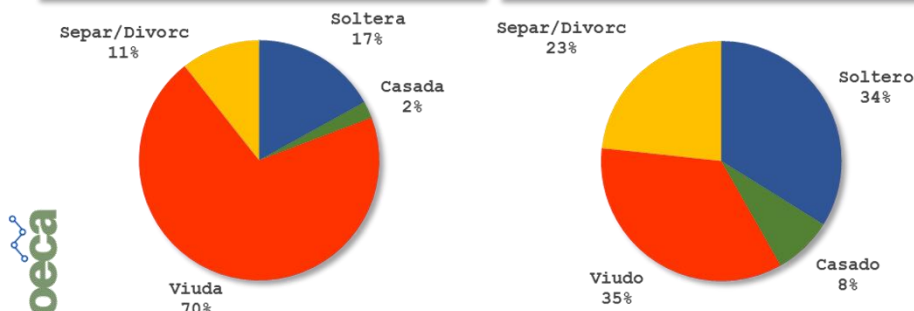


Gráfico 11. Hogares unipersonales de 65+ años por Estado Civil

Sin embargo, esta situación no es en absoluto similar entre el colectivo de mujeres y el de hombres, como puede verse en los gráficos siguientes:

Hogares unipersonales: mujeres 65+ años, por Estado civil (2020, P. Asturias)

Hogares unipersonales: hombres 65+ años, por Estado civil (2020, P. Asturias)



El porcentaje de viudos (35%) es exactamente la mitad que el de viudas (70%), mientras que el de solteras (17%) y separadas/divorciadas (11%) es la mitad que el de solteros (34%) y separados/divorciados (23%).

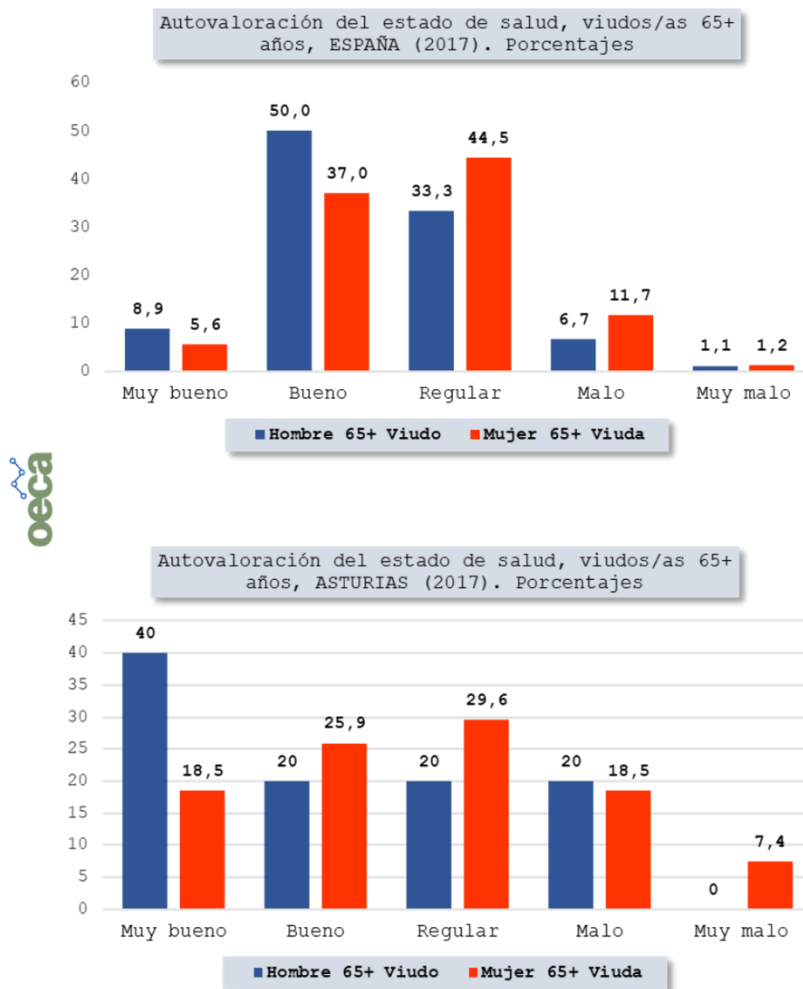
Todo esto nos confirma una sociología peculiar en nuestra Comunidad Autónoma con respecto al objeto de estudio, una suerte de ámbito dual donde las mujeres, que son mayoría en conjunto, tienden a ser personas mayores que han enviudado (70%), mientras que en el caso de los hombres la tendencia (65% en conjunto) es que sean solteros, separados/divorciados y casados, presumiblemente que no conviven con el cónyuge pero no han formalizado legalmente la situación de hecho.

Al menos como arquetipo, digamos que en el caso de los hombres predomina la soledad social, más o menos elegida (no se han casado o han decidido romper su matrimonio, de hecho y/o de derecho), mientras que en el caso de las mujeres predomina la soledad emocional, no elegida (ha fallecido su cónyuge).

3.4.- Autopercepción del estado de salud, población 65+ años.

La última **Encuesta Nacional de Salud** (Ministerio de Sanidad, 2017²²), proporciona información interesante: analizando el colectivo de personas de 65+ años, existen diferencias características entre los viudos y las viudas. Aparte de una prevalencia algo superior de patologías crónicas entre ellas (61% frente al 56%, a nivel estatal; 63% frente al 40% en Asturias, si bien la muestra es muy escasa —32 encuestas—, por lo cual no es un dato muy fiable), **la autopercepción del estado de salud es claramente peor entre las viudas que entre los viudos:**

²² estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm (accedido 14/09/2021).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2017. Microdatos CIS

Gráfico 13. Valoración del estado de salud, viudas/os 65+ años (2019)

Este dato no hace sino corroborar lo que sucede en la población general, que las mujeres valoran su estado de salud peor que los hombres: lo valoran negativamente (muy mal o mal) un 2,9% de los hombres y un 4,9% de las mujeres; y entre las personas de 65+ años, el 6,4% de los hombres y el 9,6% de las mujeres. Y lo valoran positivamente (bueno o muy bueno) el 80,3% de los hombres y el 72,3% de las mujeres y, entre quienes tienen 65+ años, el 62,6% de los hombres y el 50,1% de las mujeres.

Al margen la variable Estado civil, el Principado de Asturias no solo ocupa el lugar 16º en su porcentaje habitantes de 65+ años que valoran su estado de salud como Muy bueno o Bueno (51,1%), 4,4 puntos por debajo del promedio nacional (55,5%)...

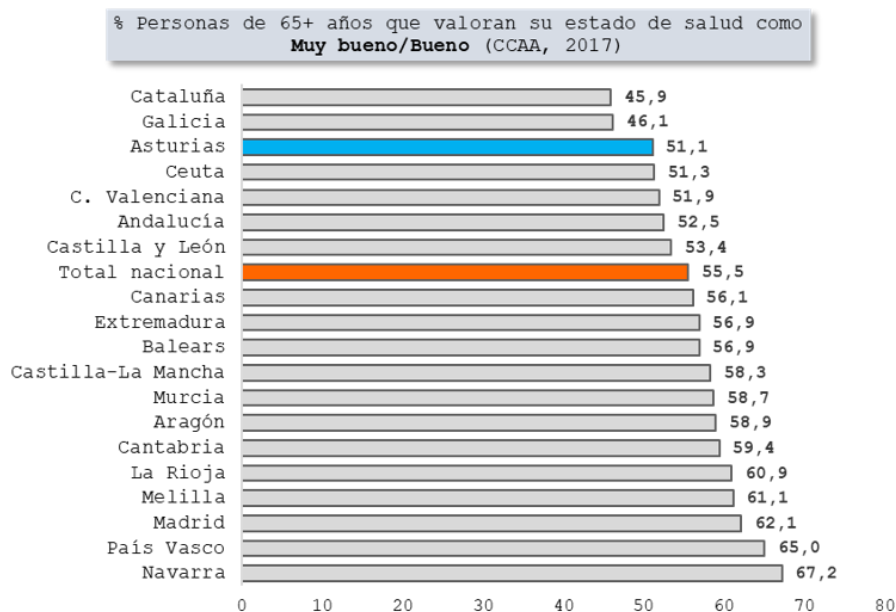


Gráfico 14. % 65+ años, valoración positiva del estado de salud, CCAA 2019

... sino que presenta, además, una enorme desviación en cuanto al porcentaje de personas de 65+ años que valoran su estado de salud como Malo o Muy malo; casi un 20% frente a un promedio nacional del 8%, estando además a seis puntos de la siguiente comunidad autónoma en el ranking:

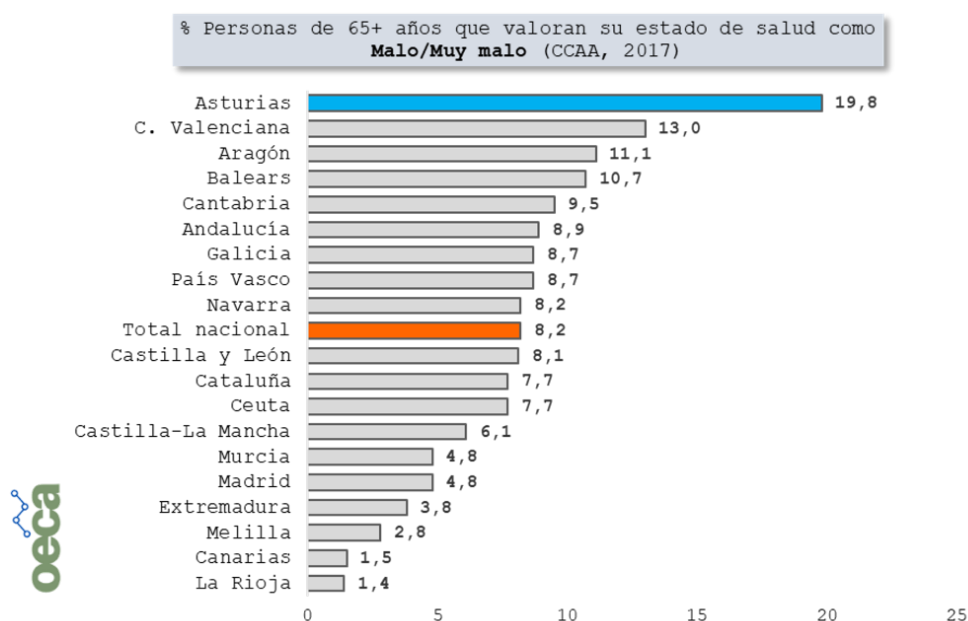


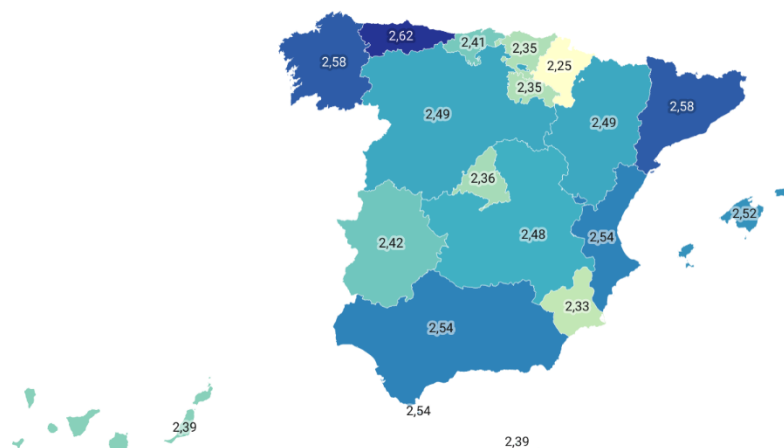
Gráfico 15. % 65+ años, valoración negativa del estado de salud, CCAA 2019

Estos datos son congruentes con los descritos en la última [Encuesta de Salud de Asturias](#) (Dirección General de Salud Pública, 2017²³), que da un porcentaje de personas de 65+ años que valora positivamente su estado de salud prácticamente idéntico, 50,8% frente al 51,1% de la encuesta nacional; y un 13,8% el de quienes la valoran negativamente frente al 19,8% de la encuesta nacional. Si bien en este caso el valor de la encuesta nacional es bastante más alto que el de la autonómica, el que proporciona esta —más fiable por la muestra, 2.051 personas, frente a las 321 que corresponden a Asturias en la nacional—, también situaría a nuestra Comunidad Autónoma como la peor situada en el ranking aunque a mucha menor distancia de la siguiente.

Calculado el promedio de la escala de 1 (muy bueno) a 5 (muy malo) —es decir, que cuanto más alta la puntuación peor es la valoración—, la situación de Asturias se mantiene encabezando el ranking, con 2,62 (IC=95,5%: 2,37–2,86), seguida de Galicia (2,58; IC=95,5%: 2,45–2,71) y Cataluña (2,58; IC=95,5%: 2,47–2,68). La media nacional se sitúa 15 décimas por debajo del valor del Principado, en 2,47 (IC=95,5%: 2,43–2,51):

Valoración del estado de salud, personas 65+ años, valor medio en la escala de 1 (muy bueno) a 5 (muy malo), 2019

Promedio nacional = 2,47



4. Evolución y perspectivas.

La serie de la Encuesta continua de hogares del INE comienza en 2013, así que es posible realizar un (limitado) análisis de la evolución de los hogares unipersonales y quizás detectar tendencias de futuro.

Hay que aclarar que la enorme y variada muestra utilizada en caso del conjunto de España proporciona una evolución más regular que en el caso del Principado de Asturias, donde es más errática, como veremos a continuación, especialmente cuando analizamos el parque más pequeño de viviendas, las unipersonales de 65+ años: se trata de un universo de solo 67.900 unidades, sobre un total de 455.500 (14,9%); por ello, la muestra será de en torno a 400–500 hogares, con un margen de error de muestreo elevado, en torno a $\pm 4,5\%$. Así que ha sido preciso utilizar indicadores de tendencia (regresión lineal) para poder comparar ambas situaciones.

Además, hemos tenido que utilizar la técnica de [base = 100], ya que se trata de parques de viviendas enormemente diferentes en cuanto a su volumen, tanto entre territorios, como entre tipos de hogar.

Si analizamos la evolución para el conjunto nacional, vemos una tendencia sólida: un crecimiento muy pequeño del parque total de hogares (variación interanual media-VIM = 0,4%); un crecimiento de los hogares unipersonales que casi lo cuadruplica (VIM = 1,5%); y un crecimiento de los hogares unipersonales con titulares de 65+ años un 300% superior al del parque total y un 70% superior al del total de hogares unipersonales (VIM = 2,6%).

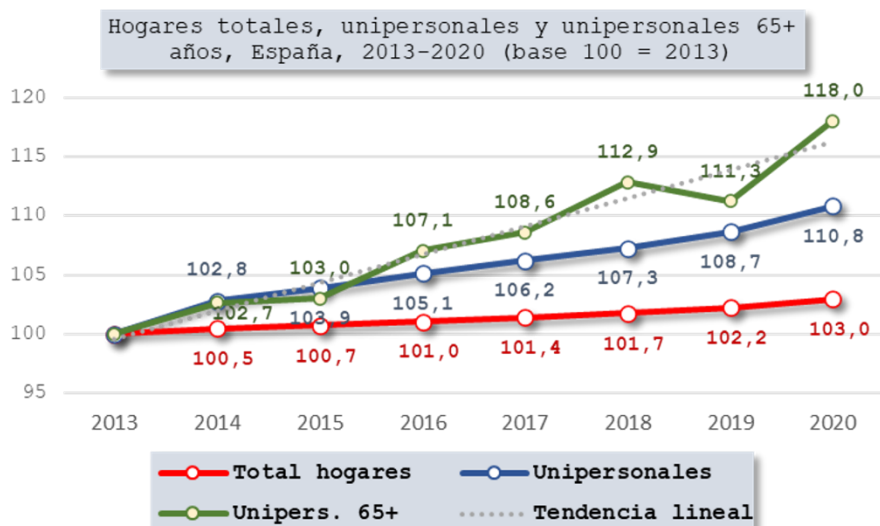


Gráfico 16. Evolución 2013-2020 de los hogares, según tipología (España)

Si calculamos la tendencia 2020-2025, bajo el supuesto de que las actuales se mantengan, en 2025 el número total de hogares crecerá algo menos de 2 puntos porcentuales; el de hogares unipersonales crecería en 6 puntos; y el de unipersonales con titular de 65+ años, lo haría en 9 puntos. Esto último significa que el número de hogares unipersonales de las personas mayores crecería en torno a 190.000 unidades, ascendiendo el stock total a más de 2,3 millones.

En el caso de nuestra Comunidad Autónoma, la tendencia es idéntica en cuanto a los rasgos, pero más errática debido a los márgenes de error y algo menor en sus valores:

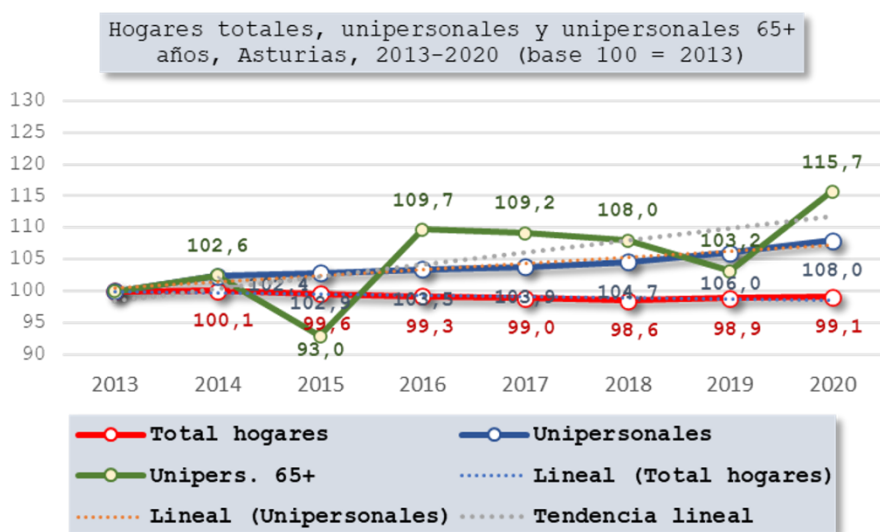


Gráfico 17. Evolución 2013-2020 de los hogares, según tipología (Asturias)

En el número total de hogares, se produce una ligera disminución (VIM = 0,1% vs. 0,4%); el número total de hogares unipersonales crece algo menos que a nivel estatal (1,1% vs. 1,5%), al igual que el de unipersonales de 65+ años (2,2% vs. 2,6%).

En los siete años que transcurren entre 2013 y 2020, el crecimiento del porcentaje que representan los hogares unipersonales sobre el total de hogares y de los hogares unipersonales con titular de 65+ años sobre el conjunto de hogares unipersonales es el siguiente:

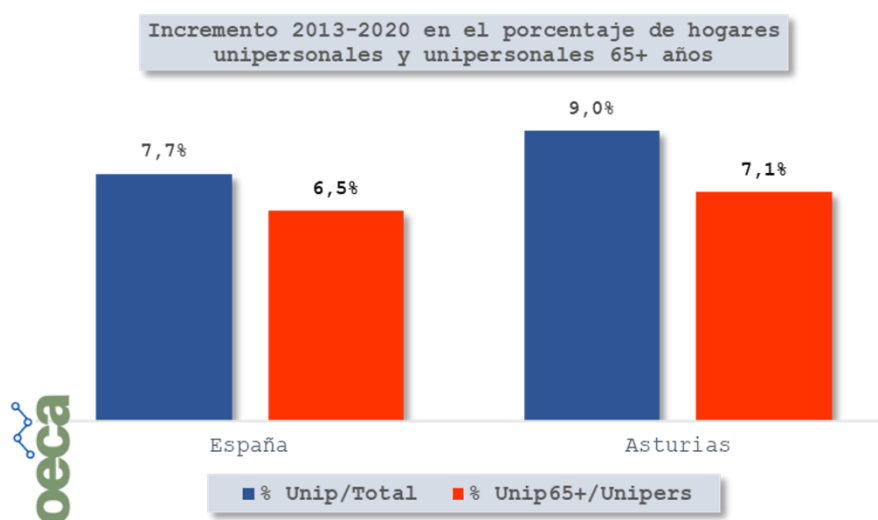
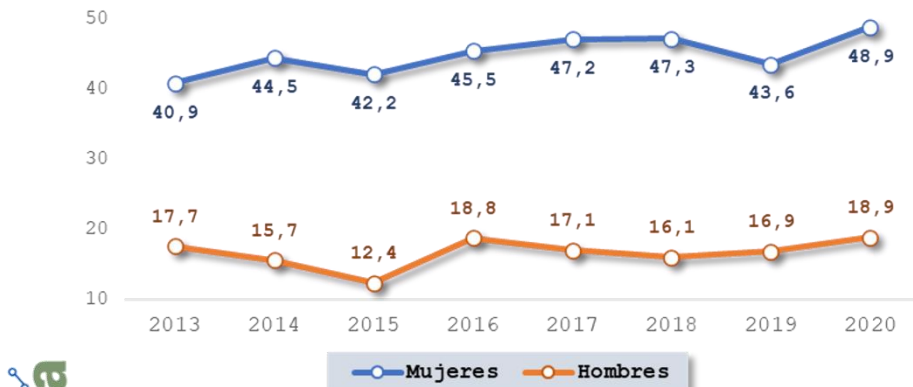


Gráfico 18. Crecimiento 2013-2020 hogares unipersonales, total y 65+ años

Refiriéndonos a Asturias, si calculamos la tendencia 2020-2027, bajo el supuesto de que las más recientes se mantengan, en 2027 el número total de hogares decrecería en torno a un 1,5%; el de hogares unipersonales crecería 6 puntos porcentuales; y el de unipersonales con titular de 65+ años, lo haría en 9 puntos. En números absolutos, aumentaría en 6.100 el número de personas de 65 y más años que vivirían solas, que ascenderían hasta 74.000. Casi 1.000 nuevas adiciones cada año.

En cuanto a la evolución del número de hogares unipersonales de 65+ años según el sexo del titular, en la siguiente ilustración tenemos dos gráficas: la superior, en números absolutos y la inferior, en base 2013 = 100.

Hogares unipersonales (miles) de hombres y mujeres de 65 y más años (P. Asturias)



Hogares unipersonales de hombres y mujeres de 65 y más años, P. Asturias (base 100 = 2013)

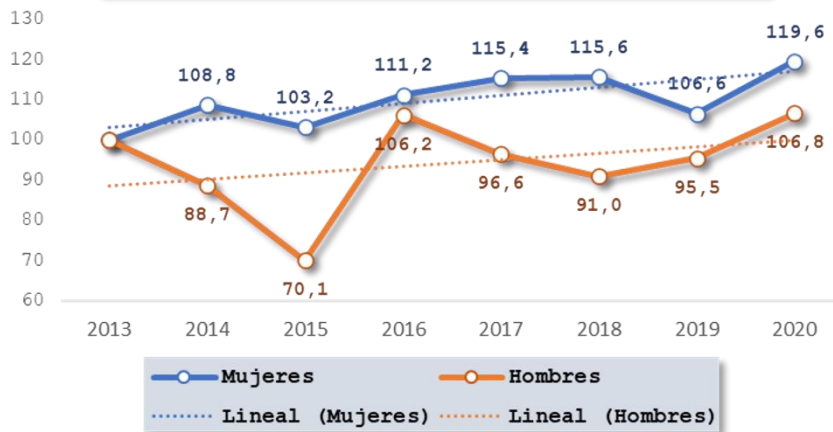


Gráfico 19. Hogares unipersonales 65+ por Sexo: absolutos y base 100

Los hogares ocupados por mujeres han crecido 13 puntos más que los de hombres, casi 20% frente a un 7%; y la tendencia es que esta diferencia seguirá creciendo hasta 2027 (11% mujeres, 4% hombres).

Ello comportará previsiblemente que en 2027 el 73% de los hogares unipersonales asturianos cuyo titular tenga 65+ años, estará habitado por mujeres, unos 54.000 de los 74.000 que habrá.

5. La 'brecha' de género.

Según los datos oficiales disponibles (INE, 2019), la esperanza de vida a los 65 años en Asturias es de 18,9 (18,4 en España) y de 23,1 años para la mujeres (22,3 en España).



Ilustración 2. Esperanza de vida a los 65 años en España, mujeres y hombres

Sin embargo, la esperanza de vida libre de dolencias crónicas es prácticamente la misma: ocho años (40% de los 19) para los hombres y nueve años (39% de los 23) para las mujeres. Ello supone —estadísticamente— que una mujer de 65 años vivirá 14 años necesitada de atención sanitaria continuada, mientras que para un hombre de su misma edad ese período se reduce a 11 años.

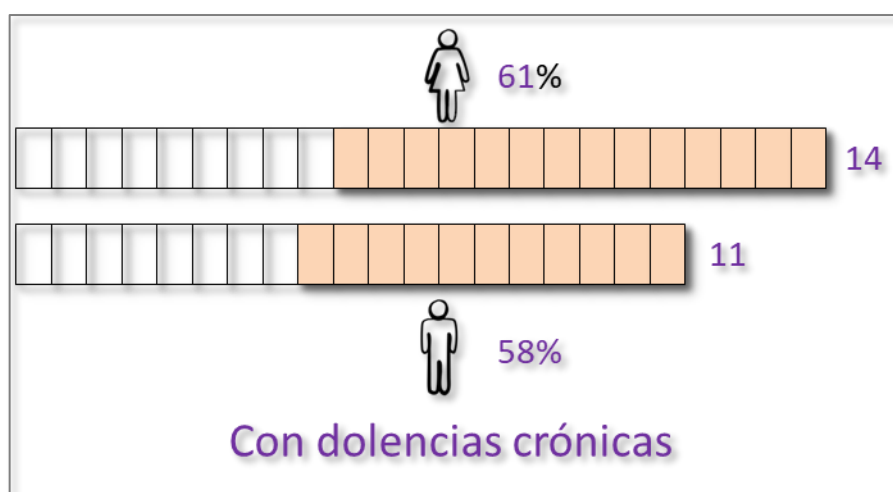


Ilustración 3. Esperanza de vida a los 65 años con dolencias crónicas

Finalmente, de esos 11 años que un hombre vive con mala salud, cuatro de ellos lo hará como dependiente total, mientras que una mujer vivirá con dependencia absoluta siete de sus 14 años.

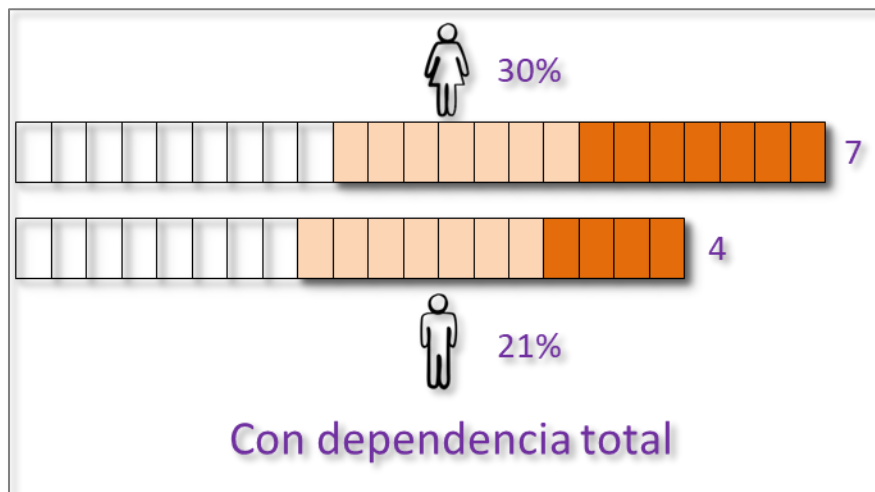


Ilustración 4. Esperanza de vida a los 65 años con dependencia total

Muy probablemente ello guarde relación con ese determinante social de la salud que es la soledad involuntaria o no deseada, como vimos al principio de este documento. Es por ello, entre otras razones, por lo que los servicios de salud deberán ir adaptándose a la *pandemia* de la soledad en la vejez, desplegando sistemas, protocolos y programas proactivos —cribaje de toda la población mayor y atención en la comunidad centrada en la necesidad— y no meramente reactivos —atender la demanda en la consulta del centro de salud o en las urgencias hospitalarias—.

Este cambio de paradigma, que es sobre todo un cambio en las culturas profesionales, de la atención a las demandas (*push*: es el paciente o el cuidador quien llama a la puerta del profesional en su consulta) a la atención a las necesidades (*pull*: es el profesional quien llama a la puerta del paciente en la comunidad) ya no solo es imprescindible sino urgente, muy especialmente por los estragos que está causando la pandemia y las secuelas que ya está dejando, muy especialmente entre los sectores de población más vulnerables.

Un último detalle: si observamos en el siguiente gráfico el crecimiento absoluto (arriba) y relativo durante el último año disponible 2019-2020, encontramos un claro indicador indirecto de los estragos de la pandemia covid-19 sobre la población masculina de mayor edad: **durante 2020 desaparecieron 800 hogares unipersonales cuyo titular era un hombre viudo de 65+ años, el 11% del total** (en su gran mayoría, podemos hipotetizar, los varones a quienes el SARS-CoV-2 arrebató la vida); por el contrario, los hogares unipersonales ocupados por mujeres viudas de 65+ crecieron en 2.100 unidades, un incremento del 7% (las mujeres que enviudaron al fallecer su cónyuge):

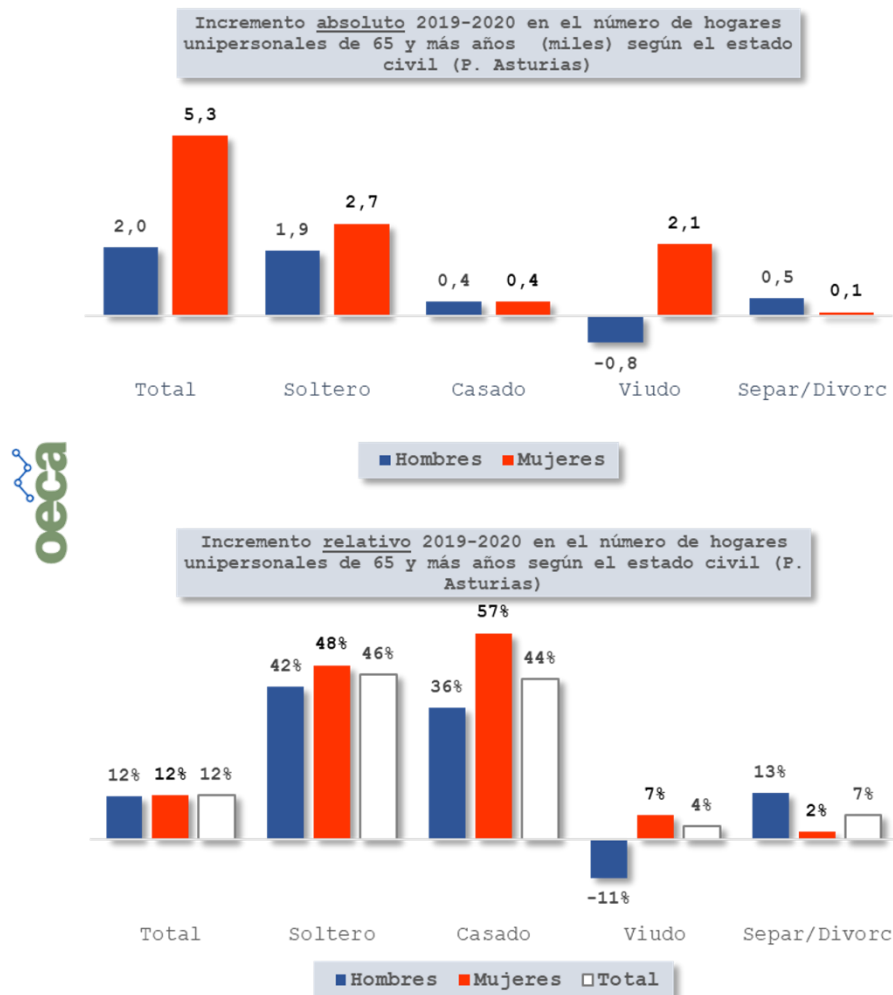


Gráfico 20. Incremento hogares unipersonales 65+ años, 2019-2020

6. El impacto de la covid-19.

Inmersos aún en la pandemia provocada por el SARS-CoV-2 , aunque con perspectivas más halagüeñas que hace unos meses gracias a la vacunación, los datos existentes, que aún no son muchos, corroboran lo que cabía esperar: que ha tenido un impacto muy negativo sobre el estado de ánimo y la calidad de vida de los ciudadanos.

La Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo – Eurofound ha realizado tres oleadas de una encuesta online sobre salud mental y confianza en tiempos de pandemia: la primera, muy al principio, en pleno primer confinamiento (abril 2020); la segunda, cuando empezó a reabrir la economía (julio 2020); y la tercera , al año del comienzo de la pandemia (marzo 2021).

Si analizamos los datos comparativos que aporta la tercera oleada²⁴, la satisfacción con la vida personal en una escala de 1 (peor) a 10 ha ido descendiendo. Para el conjunto de la Unión Europea (EU-27) se situaba en 6,7 en marzo de 2020; descendió a 6,3 en julio 2020 y descendió aún más, hasta 5,7, en marzo de 2021. Para España, los valores fueron muy parecidos: 6.8, 6.3 y 5.9.

La autovaloración del estado de salud como bueno o muy bueno, que en marzo de 2020 manifestaban un 63% (EU-27) y un 76% (España), un año más tarde, en marzo de 2021, había descendido, respectivamente, hasta un 58% u un 66%; un descenso muy superior en España (10 puntos porcentuales, que representa un 13% en términos relativos) que en el promedio de la UE (5 puntos = 8%).

El porcentaje de personas que se sintieron solas todo o casi todo el tiempo en las dos semanas previas ascendió, en el caso de España, del 10% en marzo 2020, al 12% en julio 2020 y al 14% en marzo 2021 (un 40%

²⁴ Eurofound (2021), *Living, working and COVID-19 (Update April 2021): Mental health and trust decline across EU as pandemic enters another year*, Publications Office of the European Union, Luxembourg. [ef21064en.pdf](#) (accedido 28/09/2021)..

para todo el período. En el caso de las mujeres, el incremento fue de un 70%, desde el 10% de marzo-julio de 2020 hasta el 17% de marzo 2021.

En el conjunto de la Unión Europea, el dato es mucho peor: 13% en marzo 2020, 16% en julio 2020 y 21% en marzo 2021 (un 62%); y en el caso de las mujeres, el incremento es algo mayor, de un 69%.

Según el último Barómetro del Centro de Investigaciones Sociológicas (n° 3.334, septiembre 2021²⁵), recién publicado, al 61% de los 3.780 encuestados le está afectando mucho o bastante la pandemia en su vida personal (48% hombres, 57% mujeres).

De estas personas, el 13% afirma que les está afectando «por el estado anímico negativo (ansiedad, tristeza...)»; pero aquí, la brecha de género vuelve a ser apabullante: 9% hombres vs. 18% mujeres, es decir el doble de mujeres que de varones. En cuanto a la edad, afecta más a los grupos más jóvenes (20% 18–24 años y 15% 25–44 años), si bien afecta menos a los grupos etarios intermedios (10%–11% 45–64 años), que a los más mayores (14% 65+).²⁶

En definitiva, los datos que se van publicando confirman que el deterioro en las condiciones de vida durante la pandemia ha tenido un impacto cierto y duro sobre las percepciones y vivencias personales en cuanto al bienestar y la salud de la mayoría de la sociedad. Y por lo que podemos prever, el impacto en la soledad y el aislamiento social de las personas mayores no será desdeñable desde un punto de vista sanitario. No obstante, en términos comparativos con nuestros socios europeos, el impacto no ha sido tan grave en España.

²⁵ [Documentacion_3334.html](#) (accedido 28/09/2021).

²⁶ Lamentablemente, el Fichero Integrado de Datos del CIS que nos permitiría una explotación propia de los resultados, redundando en unos cruces sociodemográficos más completos y también en poder analizar los datos específicos comparativos de la Comunidad Autónoma, no están aún generados; tardará aún un par de meses.

7. Modelos de intervención.

La soledad y el aislamiento social de las personas mayores encaja mejor dentro del ámbito conceptual y filosófico de los cuidados que de la atención a la salud, trascendiendo incluso del ámbito de 'lo social'. Se trata de un problema multidimensional. Al igual que algunos otros problemas relevantes de carácter social, extensivos o poblacionales, pero que se concretan en el ámbito personal, el abordaje de la soledad y el aislamiento social de las personas mayores como problema social y sanitario es una intervención compleja encuadrada en el ámbito de la *sociedad de los cuidados*.

Aunque, en términos generales y salvando algunas experiencias aisladas, no es aun mucho el interés que despierta en las administraciones públicas y servicios de salud españoles el reto de la soledad no deseada y el aislamiento social, no sucede lo mismo en otros países desarrollados que también tienen que hacer frente —y con un ámbito subjetivo mucho más amplio, como hemos visto— a este problema.

El documento *Marco de Actuación para las Personas Mayores*²⁷ del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO, entonces encuadrado en el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad) aborda la soledad no deseada como «uno de los principales problemas de las personas mayores». Aun así, las propuestas que se formulan en el documento para abordar el problema no dejan de ser voluntarista, depositando en la sociedad civil —voluntariado pasivo y activo— y el entorno personal—familiar las principales responsabilidades; o bien, de manera vaga, en los servicios sociales y sanitarios. La única propuesta institucional es la creación de centros polivalentes comarcales²⁸ en el medio rural.

²⁷ [mappmm_doc_20151009.pdf](#) (accedido 25/09/2021)

²⁸ «Espacios habilitados para la atención de los mayores. En dichos centros las personas mayores pueden encontrar desde una sala de juego hasta una cama en la que poder pernoctar, de forma temporal o permanente».

Entre las respuestas no institucionales, es decir, del tercer sector, destaca la Obra Social de La Caixa, con su programa *Siempre acompañados*:²⁹

«Siempre Acompañados va dirigido a personas mayores con posible situación de soledad no deseada y aislamiento social, con el objetivo de detectar y evitar las situaciones de soledad y aislamiento a partir de acciones de participación ciudadana de carácter preventivo y transformador. Se realiza en colaboración con Cruz Roja y los Ayuntamientos. Se detectan los casos desde el Ayuntamiento, y se derivan para poder prevenir, reforzar vínculos y mantener la seguridad y el bienestar a partir de las actividades que se ofrecen en las entidades vinculadas (comunidad, barrios, vecinos, Servicios Sociales, Área de Salud, ONG, Asociaciones, Residencias...).

El programa se estructura en cuatro ejes: primero, se interviene con la persona, tanto para facilitar la superación de la situación de soledad a base de intervenciones psicoeducativas como para empoderarla y que así sea capaz de gestionar su soledad; en segundo lugar, hay una intervención comunitaria dirigida a restablecer las redes sociales que han desaparecido o crear unas nuevas; en tercer lugar, hay una labor importante de sensibilización porque la soledad es un problema invisible.»

Al lado de las administraciones y el tercer sector, un tercer actor capaz de influir en las políticas sociales es la opinión pública: un reciente informe del *Joint Research Centre* de la Comisión Europea³⁰ nos dice que España es el país de la Unión Europea donde la soledad tiene mayor tratamiento en los medios de comunicación. Hasta el 23% de todas las noticias publicadas en la UE-27 sobre este tema lo han sido en nuestro país. No solo eso, sino que se pone a España como ejemplo de la percepción y tratamiento de la soledad como un problema social, de raíz y tratamiento sociopolítico, y no meramente individual, de raíz y tratamiento psicológicos.

²⁹ Pinazo Hernandis S y Bellegarde Nunes N (2018): *La soledad de las personas mayores. Conceptualización, valoración e intervención*. Fundación Pílares, Estudio nº 5. [la-soledad-de-las-personas-mayores-conceptualizacion-valoracion-e-intervencion/](#) (accedido 25/09/2021).

³⁰ Baarck, J., Balahur, A., Cassio, L., d'Hombres, B., Pásztor, Z., Tintori G (2021), *Loneliness in the EU. Insights from surveys and online media data*. Publications Office of the European Union, Luxembourg, ISBN 978-92-76-40247-3. DOI: [10.2760/46553](#).

En el plano internacional, ha sido mediáticamente amplificada la existencia de dos países donde se ha creado un ‘ministerio’ de soledad: el Reino Unido y Japón; hasta donde conocemos no ha habido más países que hayan seguido el ejemplo. En el caso del RU, en realidad no es un ministerio (*Department*), sino el equivalente a nuestras secretarías de estado³¹ y fue creado en enero de 2018. En el caso de Japón, se trata de un ministerio compartido con el de Revitalización de las Regiones y ha sido creado mucho más recientemente (marzo de 2021) como respuesta a la agudización de problemas mentales asociados con situaciones de aislamiento social agravados por las consecuencias de la Covid-19.

Volviendo al Reino Unido, la Campaña *End Loneliness* es una de las áreas de actuación de la red interdepartamental *What Works Network* del Gobierno, participada entre otros muchos actores institucionales por el *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE). Sus fines son garantizar: 1) que se llega hasta ellas y se apoya a las personas con mayor riesgo de soledad; 2) que los servicios y actividades desplegados son los más efectivos para abordar la soledad; y 3) que se pone en marcha una gama más amplia de servicios y actividades relacionadas con la soledad. Es la concreción de la Estrategia de Soledad lanzada en octubre de 2018 por la entonces primera ministro, Theresa May.

En muchos países existen iniciativas del tercer sector y académicas, generalmente englobadas bajo el paraguas del estudio e intervención sobre el envejecimiento o las personas mayores, también sobre la cronicidad y áreas de estudio anexas, pero tienen por lo general un impacto limitado, precisamente por tratarse de iniciativas no institucionales. Salvo en casos muy excepcionales, como el que referiremos en el párrafo siguiente, no tienen suficiente capacidad de influencia como para determinar, orientar o condicionar las políticas públicas.

En Estados Unidos, la División de Salud y Medicina de la Academia Nacional de Ciencias, Ingeniería y Medicina acaba de publicar un extenso documento de consenso, a solicitud de un poderoso lobby de pensionistas (*American Association of Retired Persons*, AARP), para informar las actuaciones a todos los niveles (federal,

³¹ También existe un ‘ministerio’ de cuidados.

estatal y local) a la hora de afrontar el problema de la soledad y el aislamiento social³².

El documento incluye cinco objetivos relacionados con el sector de la salud y los cuidados, concretado cada uno de ellos en un total de 16 recomendaciones concretas de actuación de los organismos y operadores sanitarios:

1. Desarrollar una **base más sólida de evidencias** para diseñar estrategias más efectivas de evaluación, prevención e intervención en el aislamiento social y la soledad (seis recomendaciones).
2. **Trasladar la investigación** actual a las actividades y prácticas sanitarias para reducir los impactos negativos en la salud del aislamiento social y la soledad (tres recomendaciones).
3. **Mejorar la conciencia** sobre los impactos médicos y en la salud del aislamiento social y la soledad entre el personal sanitario y la opinión pública (dos recomendaciones).
4. **Reforzar la educación y la formación continua del personal sanitario** relacionada con el aislamiento social y la soledad en las personas mayores (tres recomendaciones).
5. **Fortalecer los lazos** entre el sistema de salud y las redes y recursos comunitarios que abordan el aislamiento social y la soledad en los adultos mayores (dos recomendaciones).

Las revisiones de publicaciones en revistas científicas sobre este problema coinciden en que las vías de actuación pueden incluirse en cuatro grandes áreas de intervención:

- » Mejorar las habilidades sociales.
- » Mejorar el apoyo social.
- » Aumentar las oportunidades de interacción social.

³² NASEM (2020). *Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Opportunities for the Health Care System*: Washington, DC The National Academies Press. [10.17226/25663](https://doi.org/10.17226/25663) (accedido 22/09/2021).

» Abordaje de problemas cognitivos y conductuales desadaptativos.

El estudio citado algo más arriba de la Unión Europea utiliza la clasificación producto de una revisión de revisiones sobre el tema³³ para hacer un resumen de las áreas de intervención según su aproximación (simplista, convencional, holística e innovativa) y el ámbito de intervención (individual, grupal y mixto).

Tipos de iniciativas para abordar la soledad en los Estados miembros de la UE		
APROXIMACIÓN	ÁMBITO	INICIATIVA
Simple	Individual	Modificar el estado de ánimo
Convencional	Individual	Crear relaciones
		Red de alerta y monitorización
	Mixto	Sensibilización social
		Profesionalización de la ayuda/cuidados
Grupal	Actividades en grupo	
Holística	Grupal	Comunidades intergeneracionales
Innovadora	Individual	Soluciones tecnológicas
	Mixto	Modificación de entornos
		Proyectos de innovación social
		Luchar contra la estigmatización

El problema que existe es que, al tratarse de intervenciones complejas y multifocales, es muy difícil extraer conclusiones sobre su eficacia, coste-efectividad e impacto sobre la salud. Además, como demuestra un metaanálisis integrativo de evaluaciones de intervenciones contra la soledad, la metodología de las investigaciones (seguimiento pre-post intervención de un grupo único, comparación entre grupos no aleatorizados o comparación aleatorizados) afecta decisivamente a sus resultados, por no hablar de los métodos de selección de las muestras.

³³ Fakoya OA, McCorry NK y Donnelly N (2020), *Loneliness and social isolation interventions for older adults: a scoping review of reviews*. BMC Public Health (2020) 20:129. DOI: [10.1186/s12889-020-8251-6](https://doi.org/10.1186/s12889-020-8251-6).

Tal vez la única conclusión que pueda extraerse con nivel aceptable de pruebas es que una vez que el impacto de la soledad y el aislamiento social sobre la salud y la autonomía funcional se ha agravado, especialmente en lo relativo al estrés y la depresión como vectores, únicamente las intervenciones dirigidas al abordaje de problemas cognitivos y conductuales desadaptativos mediante terapias conductuales cognitivas permiten en ocasiones restaurar la situación o, al menos, detener el deterioro³⁴. Sin embargo, se trata de una intervención lenta y cara, no asequible ni para todos los pacientes ni para todos los profesionales, por lo cual **siempre debe ponerse el énfasis en programas preventivos basados en el seguimiento de casos en la comunidad (y en instituciones).**

³⁴ Un ejemplo de este tipo de intervenciones, liderado por enfermeras, es el programa LISTEN: Theeke LA, Mallow JA, Moore J et al (2016). *Effectiveness of LISTEN on loneliness, neuroimmunological stress response, psychosocial functioning, quality of life, and physical health measures of chronic illness*. Int J Nurs Sci Sep;3(3):242-251. DOI: [10.1016/j.ijnss.2016.08.004](https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2016.08.004).

8. A modo de conclusiones.

La soledad —un sentimiento subjetivo— y el aislamiento social —un hecho objetivo— forman parte de los determinantes sociales de la salud, factores no sanitarios que tienen un impacto cierto, negativo o positivo, sobre la salud de las personas y las comunidades.

En este caso, naturalmente, hablamos de impacto *potencialmente* negativo. Las personas que viven solas no necesariamente se sienten solas, de hecho hay mucha gente que prefiere vivir sola. Por otro lado, vivir solo no significa aislamiento social si la red familiar o social en el exterior del hogar es satisfactoria con respecto a las propias expectativas. Sí es cierto que la edad, el nivel educativo o el sexo son variables que influyen notablemente en el desarrollo del sentimiento de soledad.

En términos generales y comparativos con nuestro entorno, la de España es una población de mayores (65+ años) que mantiene relaciones sociales frecuentes con la familia y allegados: el 69% con frecuencia diaria o semanal —mediana europea, 57%—.

Sin embargo, **hay un 12% de ciudadanos de 65+ años que no llega a tener contacto con familiares o allegados al menos una vez al mes.** Es decir, un colectivo de 1,2 millones de españolas y españoles, de los cuales en torno a 32.000 residen en Asturias, cuyas relaciones sociales parecen quedar lejos de un estándar de ‘normalidad social’: se trata de una situación evidente de aislamiento social que no es fácil que sea vivida con naturalidad y en ausencia de estrés y ciertas secuelas emocionales que llegan a afectar al estado de salud mental.

En España, algo más de dos millones de personas de 65+ años viven solas, en hogares unipersonales. En Asturias son 63.000, un 24% del grupo etario. Y se trata de un colectivo que es cada vez más amplio; ha crecido un 16% en los últimos siete años (18% en el conjunto de España) y nuestras estimaciones demográficas nos indican que en los próximos siete años aumentaría en 6.000 personas de 65 y más años que vivirían solas, que ascenderían hasta 69.000 hogares unipersonales en el Principado. El 65% conformados por mujeres.

El perfil de hombres y mujeres de este grupo etario es muy diferente: en el caso de las mujeres predominan claramente (80%) las viudas, mientras que en el caso de los hombres tienen mucho más peso (60%) los solteros y separados/divorciados. Es decir, entre las mujeres tiene mucho más peso la soledad no elegida (por el fallecimiento del cónyuge) que entre los hombres (por no haberse casado o haberse separado de su cónyuge).

El colectivo de mujeres de 75 y más años que viven solas supone hoy en día el principal colectivo en riesgo de fragilidad, dependencia, institucionalización e hiperconsumo de servicios sanitarios y sociales, motivo por el cual deberían existir programas, planes y objetivos evaluables específicos de cribaje y seguimiento en la comunidad, a cargo básicamente de las enfermeras comunitarias.

Ya hemos visto que la soledad es un predictor de mala percepción de la propia salud y que esta realidad produce consecuencias personales, sociales y económicas.

Muchos países han percibido claramente la gravedad de una situación que en el futuro, si no se va encarando solo puede empeorar. De ahí que se estén adoptando nuevas perspectivas y enfoques que se basan, antes que nada, en una visión poblacional (*population health*) y no solo personal, a nivel macro, que permite centrarse allí donde los problemas son especialmente agudos, y en el análisis de pequeñas áreas (*small area variations*) para intervenir sobre el terreno.

El primer paso es conocer la realidad. Seleccionar la población de edad más avanzada (por ejemplo, 75+ años) y realizar una visita de diagnóstico sanitario y social (estado de salud, condiciones crónicas, tipo de hogar, condiciones de vida, relaciones sociales, fragilidad...), seleccionando aquellas personas que presentan necesidades específicas de cuidados o riesgo más alto de fragilidad y/o aislamiento y/o dependencia.

La enfermería comunitaria, liderando equipos interdisciplinarios con otros profesionales de los dispositivos sociosanitarios y de servicios sociales, debe orientarse cada vez más a la detección, evaluación y control de las situaciones de riesgo de toda su población mayor adscrita y valorar, a partir de instrumentos de medida validados, sus problemas, riesgos y necesidades, tanto de tipo sanitario-asistencial como personal y social (prescripción social o recomendación de activos sociales³⁵).

De ahí que una integración de los servicios y recursos sanitarios, comunitarios y sociosanitarios —y más adelante, sociales— empieza a ser perentoria para poder gestionar los determinantes sociales de la salud y procurar un envejecimiento activo, el adiestramiento en autocuidados y un control optimizado de las condiciones crónicas.

Equipos de enfermeras, mancomunados para varias zonas de salud en función de la población de mayor edad en cada una, serían los encargados de esta intervención de diagnóstico, que no solo informe sobre situaciones personales, también detectando aquellas zonas básicas de salud con especial incidencia de situaciones de aislamiento social, que serían priorizadas para la intervención proactiva posterior multidisciplinar y multisectorial.

Sin embargo, la **escasez de profesionales**, como ya vimos en nuestra anterior monografía³⁶, es especialmente grave en nuestra Comunidad Autónoma, donde dentro de muy pocos años existirá una tasa de reposición (entradas menos salidas) negativa; es decir, que empezarán a jubilarse más enfermeras de las que salen de las dos facultades asturianas. Este es un hándicap severo que requiere soluciones en la vía y ámbitos planteados por el Observatorio en el citado documento.

³⁵ Calderón-Larrañaga S y Braddick F (2021), *De la prescripción social a la recomendación de activos: ¿qué funciona, para quién, en qué contexto y cómo?* FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria, 28 (3), Suplemento 1: 3-11. DOI: [10.1016/j.fmc.2021.02.002](https://doi.org/10.1016/j.fmc.2021.02.002).

³⁶ Observatorio de la Enfermería y los Cuidados de Asturias (2021). *¿Faltan enfermeras? ¿Cuántas? ¿Dónde? Conceptualizando y contextualizando los datos*. Monografías del Observatorio nº 1. Codepa, Oviedo. <https://bit.ly/35V7jSk> (accedido 15/09/2021).



observatorio de
enfermería y cuidados de
Asturias