

ESTUDIO SOBRE SOLEDAD NO DESEADA EN PERSONAS DE 55+ AÑOS EN ANDALUCÍA

Dirección General de Personas Mayores y Pensiones no Contributivas

Consejería de Igualdad y Políticas Sociales

Junta de Andalucía

Investigador principal

Juan Manuel García-González, Universidad Pablo de Olavide, Sevilla.

Equipo de investigación

Rafael Grande, Universidad de Málaga

Inmaculada Montero, Universidad Pablo de Olavide, Sevilla

Javier Águila, Universidad Pablo de Olavide, Sevilla

Paula Rivera, Universidad Pablo de Olavide, Sevilla

ÍNDICE

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	3
LA SOLEDAD COMO PROBLEMÁTICA SOCIAL	7
OBJETIVOS DEL ESTUDIO	8
ESTADO DE LA CUESTIÓN EN ESPAÑA Y EUROPA	9
SOLEDAD Y AISLAMIENTO	11
Soledad y aislamiento: definición y relación	11
Multidimensionalidad de la soledad: vivir solo, estar solo, sentirse solo	14
Consecuencias de la soledad	17
Medición de la soledad no deseada y del riesgo del aislamiento social	18
METODOLOGÍA	19
Diseño	19
Trabajo de campo	19
Cuestionario	22
RESULTADOS PRINCIPALES	23
Descripción general de la muestra	23
Soledad y riesgo de aislamiento social	29
Diferencias territoriales en prevalencia de soledad y riesgo de aislamiento social	61
CONCLUSIONES	68
PROPUESTAS PARA LA INTERVENCIÓN Y LA PREVENCIÓN EN LOS PRÓXIMOS AÑOS ..	73
REFERENCIAS	76
ANEXOS	82
Anexo I. Cuestionario sobre soledad no deseada en personas de 55+ años en Andalucía	82
Anexo II. Material suplementario	85

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Este trabajo forma parte del I Plan Estratégico Integral de Personas Mayores de Andalucía 2020-2023. En la preparación de su borrador, una de las carencias que se detectó fue la escasez de estudios sobre soledad no deseada en personas mayores en Andalucía, por lo que se situó como línea prioritaria del Plan Estratégico. Asimismo, el contexto sociodemográfico de sociedades envejecidas e individualizadas, así como la literatura previa, auguran una creciente importancia de la soledad como problema social y de salud pública de primer orden.

Desde que se estrenó el siglo XXI, la esperanza de vida al nacimiento en Andalucía ha crecido unos cuatro años, alcanzando una media para el total de la población de 81.8 años (79,1, los hombres; 84.4, las mujeres). Por su parte, la esperanza de vida a los 65 años ha aumentado unos 2.5 años, llegando a los 18.2 años los hombres y 21.7 años las mujeres (García-González y Grande 2020). En paralelo, el índice de fecundidad ha seguido en unas cifras consideradas ultrabajas, estableciéndose desde mediados de los años noventa en un rango de 1.3 a 1.5 hijos/as por mujer (Instituto Nacional de Estadística, INE 2020).

La conjunción de ambos procesos –aumento de la longevidad y una baja fecundidad estable en el tiempo– ha tenido como consecuencia un incremento absoluto y relativo de la población en edades avanzadas, tal y como reflejan los datos de tamaño de población del Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA). Así, como podemos ver en la tabla 1, en el caso de las personas de 55 y más años, el crecimiento absoluto desde 1998 ha sido de casi 800 mil personas, lo que supone un 47% más, sumando de esta manera el 30% –con prácticamente 2.5 millones de personas– de los casi 8.5 millones de ciudadanos y ciudadanas que conforman la población residente en Andalucía.

Tabla 1. Longevidad y envejecimiento de la población. Datos oficiales hasta 2019. Proyecciones para 2040.

Mujeres					
Año	Longevidad (años)		Envejecimiento (% sobre total)		
	e ₀	e ₆₅	55+	65+	80+
1980	77.5	17.0	20.92	11.84	2.09
2000	81.4	19.3	25.60	16.17	3.70
2019	84.9	22.1	32.15	19.14	6.03
2040	88.3	24.8	41.50	26.07	7.69

Hombres

Año	Longevidad (años)		Envejecimiento (% sobre total)		
	e_0	e_{65}	55+	65+	80+
1980	71.6	13.9	16.50	8.21	1.03
2000	74.9	15.7	21.18	12.20	1.88
2019	79.6	18.6	28.23	15.37	3.68
2040	83.9	21.2	37.94	22.34	5.26

Fuentes: INE, 2020. IECA, 2020.

Nota: e_0 = esperanza de vida al nacimiento; e_{65} = esperanza de vida a los 65 años.

En el caso de las personas de 65 y más años, el crecimiento ha sido similar, alcanzando prácticamente el millón y medio de personas, lo que suponía en 2019 un 17% del total de la población andaluza. En el grupo de 80 y más años, la población andaluza se ha doblado: en 2001 apenas superaba las 200 mil personas, mientras que en 2019 alcanzaba más de 400 mil, casi un 5% del total. Por último, la población andaluza de 90 y más años, edades ya muy por encima de la esperanza de vida al nacimiento, ha pasado en ese mismo período de 28 mil a 66 mil personas, multiplicándose así por más de dos y alcanzando casi un 0.8% de la población total.

Este envejecimiento de la población andaluza, además, presenta claras diferencias por género: a medida que aumenta la edad, el porcentaje de mujeres de cada grupo etario también se incrementa. En 2019, la población de mujeres de 55 y más años representaba el 54% del total, en 65 y más años las mujeres fue el 56%, en 80 y más años esa cifra subió al 63%, y en 90 y más años representaba el 71%.

No cabe duda de que estas cifras son verdaderamente espectaculares, especialmente teniendo en cuenta que solo estamos poniendo una perspectiva temporal desde recién iniciado el siglo XXI. Esto es, desde hace apenas veinte años hemos venido asistiendo a un envejecimiento de la población, ya no solo de la andaluza, sino a nivel global, con las consecuencias y retos que conlleva, y que analizaremos más adelante.

En este contexto, también resulta pertinente elaborar una panorámica sobre la distribución de hogares en la comunidad autónoma andaluza (tabla 2). Los datos que el IECA recopila a través de la Encuesta de Población Activa que elabora trimestralmente el INE, muestran un aumento del número de hogares unipersonales en el territorio andaluz. En términos absolutos, han

pasado de 525 mil en 2005 a 750 mil hogares unipersonales en 2018, un incremento del 43% que dobla a la subida del número total de hogares en Andalucía, lo que supone que uno de cada cuatro hogares andaluces es unipersonal. Por sexo, el aumento ha sido del 58% entre los hombres (350 mil hogares en 2018) y el 32% entre las mujeres (400 mil), una diferencia de un 26% según sexo. Los datos de la Encuesta Continua de Hogares (INE), disponibles desde 2013, muestran un panorama muy similar del mapa de hogares unipersonales en Andalucía: en 2019 eran unos 767.000, de los que un 54% eran de mujeres y un 41% correspondían a personas de 65 y más años.

Tabla 2. Cambio en los hogares unipersonales. Datos oficiales hasta 2019. Proyecciones para 2030 y 2040.

Año	% de hogares unipersonales
2002	18.7
2019	23.4
2030	25.0
2040	28.0

Fuente: IECA, 2020.

En términos de edad, el mayor crecimiento relativo de hogares unipersonales se ha producido en edades superiores a 50 años, y especialmente tras la irrupción de la crisis económica que se inició en 2008. Así, desde 2010 han aumentado un 46% en el grupo de 50 a 64 años, y un 23% entre los mayores de 65 años, siendo mucho mayor entre los hombres. En términos absolutos, en cambio, las mujeres representan tres de cada cuatro hogares unipersonales, en parte dada su mayor longevidad, lo que evidencia también la necesidad de adoptar una perspectiva de género.

Estos datos hacen visible que la población andaluza se encuentra en un proceso de envejecimiento progresivo y con un incremento de los hogares unipersonales, y ambas realidades presentan un claro diferencial por género. Estos procesos, en conjunto, conllevan una serie de consecuencias sociales que deben ser consideradas por las instituciones públicas y privadas. Unido a las también crecientes individualización de la sociedad y movilidad geográfica, una de las variadas consecuencias, objeto principal de este informe, es la aparición de la sensación de soledad y del riesgo de aislamiento de las personas adultas-mayores.

Fruto de ese interés surge el presente estudio sobre soledad no deseada y riesgo de aislamiento social que, de acuerdo con la literatura existente, incorpora la perspectiva de género al análisis

familiar y de ciclo de vida. Por un lado, si atendemos a la esperanza de vida, las mujeres son más longevas que los hombres, por lo que pueden experimentar diferencias en la percepción de la soledad, como mínimo, por poder experimentarla durante más tiempo. Por otro lado, las viviendas unipersonales se han incrementado en mayor medida en hombres que en mujeres. Dada la posible relación de ese tipo de unidad familiar con la experiencia del sentimiento de soledad, la perspectiva de género también resulta pertinente.

LA SOLEDAD COMO PROBLEMÁTICA SOCIAL

Existe un amplio consenso en la comunidad científica sobre algunos aspectos estructurales de la soledad y el riesgo de aislamiento social. En primer lugar, ambos se consideran como serios problemas de salud pública, incrementa el riesgo de problemas cardiovasculares, neurocognitivos, inmunológicos, de salud mental, de depresión y de ansiedad (Gerst-Emerson y Jayawardhana 2015; Santini et al. 2020). En segundo lugar, tienen una mayor incidencia en las personas adultas-mayores y mayores. En tercer lugar y, como consecuencia de los anteriores, es de enorme importancia luchar para prevenir y aliviar la soledad y el riesgo de aislamiento social.

Dada su relevancia, los estudios sobre soledad y aislamiento son numerosos desde diversas disciplinas en el ámbito tanto internacional como estatal. Así, el sentimiento de soledad en España y sus Comunidades Autónomas se ha estudiado ampliamente desde las Ciencias Sociales y del Comportamiento. Destacan los encabezados por los equipos de Javier Yanguas y Sacramento Pinazo (Yanguas et al. 2018a, 2018b, 2018c; Pinazo y Donio-Bellegarde 2018; Tomás et al. 2019, entre los más recientes), y comparativas con Europa (Sundström et al. 2009; del Barrio et al. 2010; Sánchez et al. 2014).

Entre sus trabajos sobresale el reciente estudio en el marco del Programa de Personas Mayores de la Fundación “la Caixa” titulado *Soledad y riesgo de aislamiento social en las personas mayores*, coordinado por Javier Yanguas, que se realizó a nivel del conjunto de España y que constató que la soledad es prevalente en toda la población, con mayor gravedad en la edad avanzada.

Sobre la soledad en las personas mayores, Sacramento Pinazo y Mônica Donio-Bellegarde publicaron un extenso informe en 2018 en el que desgranaron los conceptos de soledad y aislamiento, y los insertaron en el contexto de envejecimiento poblacional progresivo de las sociedades actuales. Desde el punto de vista teórico, es un trabajo imprescindible para conocer las interrelaciones entre los factores sociodemográficos y psicosociales y la soledad, por lo que este informe bebe de su consideración de la soledad como concepto multidimensional y complejo.

Entre otros que desarrollamos posteriormente, estos trabajos recientes ponen de manifiesto la importancia del estudio de la soledad como problema social, también en el caso de la población mayor de Andalucía, como es el objetivo de esta investigación.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

El presente documento recoge los principales resultados de un estudio realizado sobre la soledad no deseada y el riesgo de aislamiento social entre las personas de 55 y más años residentes en Andalucía. Su objetivo general ha sido conocer los niveles de soledad no deseada social y emocional, el riesgo de aislamiento social de las personas de 55 y más años residentes en Andalucía y las características sociodemográficas que las definen.

De este objetivo general se derivan los siguientes objetivos específicos:

- Estimar el número de personas de 55 y más años que se encuentran en una situación de soledad no deseada o aislamiento social en Andalucía.
- Definir las diferentes dimensiones de la soledad –social y familiar– y del aislamiento social –red familiar y red de amistad.
- Conocer cuáles son las estrategias y recursos que siguen o intentan las personas para combatir la soledad no deseada, en especial aquellos relacionados con el uso de las TIC.
- Establecer cuáles son los factores de riesgo y de protección relacionados con la situación de soledad no deseada, en especial aquellos relacionados con el uso de las TIC.
- Conocer las diferencias territoriales entre provincias y entre tipo de hábitat.

La literatura previa y los datos demográficos y de hogares indican la necesidad de adoptar una perspectiva diferencial por grupo de edad y por género, los cuales han sido integrados transversalmente en los objetivos especificados del estudio.

ESTADO DE LA CUESTIÓN EN ESPAÑA Y EUROPA

El estudio de Yanguas et al. (2018) se realizó a escala estatal con una encuesta a 1688 personas mayores de 20 años en Terrassa, Tortosa, Girona, Tàrraga, Santa Coloma de Gramenet, Palma, Logroño y Jerez de la Frontera. Este trabajo evidenció que hay una **tasa de soledad de alrededor del 25% en el conjunto de la población**. Que la soledad aparecía a cualquier edad, siendo más elevada entre los hombres y más elevada la soledad emocional que la soledad social. Que existe riesgo de aislamiento social en toda la población, riesgo que se incrementaba enormemente con la edad, especialmente en el grupo de 65 a 79 años, y con gran intensidad en las mayores de 80 años. Al igual que en la soledad, el riesgo de aislamiento fue mayor entre los hombres y en las personas con menor nivel educativo. Estos resultados muestran la importancia de prevenir la soledad y el aislamiento de manera integral en toda la población, así como la importancia de fomentar el valor de las relaciones sociales y familiares como factor de prevención.

El estudio de Losada et al. (2012) **en personas mayores no institucionalizadas obtuvo un 23% de prevalencia de soledad**, un sentimiento que aumentaba entre mujeres, entre las personas más mayores, en los hogares con menos ingresos, entre las personas que declaraban tener un peor estado de salud, y en los hogares unipersonales. En el mismo sentido, Velarde-Mayol et al. (2015) hallaron que **dos de cada tres personas mayores que vivían solos se encontraban en situación de soledad**.

El extenso trabajo de Sánchez Rodríguez (2009), por su parte, encontró niveles de soledad cercanos al 60%, con un 17% de soledad moderada o grave en la población mayor de 60 años residente en Castilla y León. Además, incidió en los **determinantes sociales de la soledad** en el proceso de envejecer de las personas mayores, acentuando la importancia de tener unas relaciones sociales de calidad, estables y significativas a lo largo de todo el ciclo vital para así asegurar una vejez con mayor calidad de vida y mejor salud. Estas mismas tesis son las defendidas tradicionalmente desde todas las disciplinas y perspectivas de aproximación a los estudios de soledad.

Otra obra relevante, aunque algo más alejada en el tiempo, es la de Iglesias de Ussel et al. (2001), titulada "La soledad en las personas mayores: Influencias personales, familiares y sociales: Análisis cualitativo", que analizó, desde una perspectiva cualitativa con grupos de discusión, el sentimiento de soledad en personas mayores tras los procesos de jubilación y de viudedad, aportando diferentes estrategias y recursos para combatir la soledad a través de

apoyos personales, familiares, sociales e institucionales. También desde la perspectiva cualitativa, López Doblas y Díaz Conde (2018a, 2018b) han publicado estudios basados en la población mayor andaluza y asturiana en los que han puesto de manifiesto la estrecha relación entre sentimiento de soledad, viudedad y salud, así como las diferencias existentes por sexo a la hora de combatirlo.

El sentimiento de soledad también está ligado a factores culturales. Esto se pone claramente de manifiesto en los estudios comparativos entre los diferentes países europeos, en los que se muestran tasas de soledad más elevadas en los países del sur y del este de Europa que en los del norte, a pesar de que en estos países hay un mayor número de hogares unipersonales (Sundström et al. 2009; de Jong Gierveld y Tesch-Römer 2012; Fokkema et al. 2012; del Barrio et al. 2012; Hansen y Slagsvold 2015; van den Broek et al. 2019). Se podría decir entonces que las sociedades más familistas tienen mayores niveles de soledad que las sociedades más individualistas. Por lo tanto, la estructura del hogar, **los niveles de salud y las expectativas culturales son clave para entender la soledad manifestada por las personas mayores.**

En todo caso, a pesar de las diferencias territoriales, los resultados de los estudios realizados en el resto de Europa, que se cuentan por cientos, arrojan también resultados similares, caso de Reino Unido (Brittain et al. 2017; Dahlberg y McKee 2014; Victor y Bowling 2012; Victor y Yang 2012), Finlandia (Aartsen y Jylhä 2011), Suecia (Dahlberg et al. 2015), Holanda (van Baarsen et al. 2001; van Baarsen 2002), Estados Unidos (Greenfield y Russell 2011), Canadá (de Jong Gierveld et al. 2015) y en estudios transnacionales como los de Yang y Victor (2011), Fokkema et al. (2012), Gierveld et al. (2012) y Lykes y Kimmelmeier (2014).

SOLEDAD Y AISLAMIENTO

Soledad y aislamiento: definición y relación

La soledad se compone de múltiples realidades y es vivida de manera diferente por cada persona, lo que probablemente haya dificultado su concepción y medición. **La soledad depende de múltiples factores y de la interacción entre ellos:** factores intrapersonales –como la personalidad y nuestros propios esquemas cognitivos sobre las relaciones sociales y familiares, y acerca de las expectativas acerca de esas relaciones– y factores extrapersonales –relacionados con el ciclo vital y laboral y el “convoy social” (Kahn y Antonucci 1980), caso de eventos puntuales, como la pérdida de pareja o de seres cercanos, la jubilación, la disminución de las actividades extradomésticas, la emancipación de hijos e hijas, etc. o características estructurales, como el nivel educativo, género, ambiente y entorno social en el que se vive, etc.

De estos motivos, cabe destacar dos. Por un lado, **la jubilación**, tras el abandono del empleo generalmente se produce una pérdida de capacidad adquisitiva, un cambio de roles, una pérdida de estatus y posibles problemas de asimilación y adaptación a una nueva realidad. Por otro lado, **la viudedad**, la pérdida de la pareja supone una enorme ruptura a nivel personal, familiar y social. En el **terreno personal**, hay complicaciones en la adaptación a una nueva y diferente situación con, además, un bajo nivel anímico (alteración del sueño, falta de conocimiento y preparación de las tareas domésticas, pérdida de intimidad, etc.). En el **terreno familiar**, además de la obvia pérdida de la pareja, las relaciones con el resto de la familia podrían verse afectadas, por ejemplo, puede haber lejanía de hijos u otros familiares, no tener descendencia o tener unas relaciones familiares complicadas o dañadas. En el **terreno social**, puede suponer la pérdida de las redes de la pareja y un empobrecimiento de la vida social, también marcado por el bajo nivel anímico (gestión del duelo, relaciones con los vecinos y con el barrio, empobrecimiento de las relaciones de cercanía, etc.).

En resumen, **la trayectoria vital de los individuos es fundamental para poder conocer los niveles de soledad en un momento dado**, como señalan Aartsen y Jylhä (2011), lo que hemos ido experimentando a lo largo de la vida suele redundar en un estado u otro de soledad, por lo que insistimos en que la sensación de soledad forma parte de un proceso y de la historia relacional de cada persona (Dahlberg et al. 2018; Yanguas et al. 2018c). La soledad es pues un concepto complejo, diverso y que se debe estudiar desde una perspectiva multidisciplinar: comprende sentimientos, emociones, procesos cognitivos, condicionantes individuales y

estructurales, ciclo de vida, factores externos e internos a la persona, vivienda, nivel educativo, estado de salud... y así hay que abordar su estudio.

Las breves notas anteriores ya apuntan las dificultades de definición que genera el concepto de soledad. De hecho, no es hasta la década de los ochenta del siglo XX cuando se publican los primeros manuales sobre soledad (Peplau y Perlman 1982; Hojat y Crandall 1989), en los que se intenta definir soledad sin caer en visiones simplistas o reduccionistas, y adoptando como premisa la complejidad del concepto y su definición desde las perspectivas complementarias de la psicología, la sociología, la salud, etc., así como sus interrelaciones.

Por lo tanto, la soledad no es *solo* sinónimo de aislamiento, de falta de relaciones, sino que debemos entender la soledad de manera poliédrica y diversa, tal y como nos indican Yanguas et al. (2018c).

La soledad, en parte, es sinónimo de aislamiento, entendido este como subjetivo (la sensación) u objetivo (la falta de relaciones sociales) y como existencial o social (Stein y Tuval-Mashiach 2015). La soledad es también una carencia derivada de sentimientos de vacío o abandono por falta de relaciones (de Jong Gierveld 1987). También se refiere a la disonancia entre expectativas y realidad en el número de relaciones de una persona (Yanguas et al. 2018c). Incluye asimismo una serie de aspectos emocionales negativos que conllevan amargura y dolor. Este dolor, además, se puede categorizar en dolor *individual* y en dolor *social*, referido este al dolor por no poder tener una vinculación comunitaria (Cacioppo y Patrick 2008). La soledad no es inmediata ni puntual, sino que necesita un tiempo para construirse y para que el individuo la perciba (de Jong Gierveld 1998).

En base a esta caracterización, sería posible identificar en el **sentimiento de soledad cuatro dimensiones**: soledad social, soledad emocional, soledad familiar y soledad conyugal o romántica, así como una medición de soledad general que puede aglutinar a varias de esas cuatro. Dado su impacto social, mental y en la salud, las más estudiadas son la soledad emocional –muy marcada a nivel individual– y la soledad social –de carácter más colectivo– (de Jong Gierveld y van Tilburg 2010), así como el aislamiento social y familiar (Lubben et al. 2006). En concreto, en este trabajo se han analizado las dos dimensiones que en mayor medida se incluyen en el resto de estudios: soledad emocional y soledad social, así como la soledad general que se deriva de la conjunción de ambas. La soledad familiar se derivó en el riesgo de aislamiento familiar y su relación con la soledad emocional, mientras que se decidió no incluir a

la soledad romántica debido a la necesidad de realizar un estudio específico dada su complejidad de análisis.

Esta multidimensionalidad de la soledad y del aislamiento social y familiar –que no tienen por qué verse reflejada solamente en el hecho de vivir en un hogar unipersonal– hace necesaria una aproximación holística. Además, las cifras indican la exigencia de adoptar una perspectiva de género, por un lado, y conocer cuáles son las características socioeconómicas, familiares y de ciclo de vida que están relacionadas con las personas que se encuentran en situación de soledad o aislamiento social. La salud, asimismo, juega sin duda un papel importantísimo, apareciendo como un factor tanto causante como consecuencia de la soledad en personas mayores en la mayoría de estudios previos: síntomas depresivos, deterioro de la motricidad, pérdida de capacidades cognitivas y un incremento de la discapacidad y aparición de la dependencia están relacionados con un mayor nivel de soledad.

Al hilo de un cierto edadismo presente en unas sociedades cada vez más envejecidas, la soledad se ha asociado generalmente a las personas consideradas mayores, si bien la soledad es un sentimiento que ocurre a todas las edades. Es más, ya no solo hablamos de soledad en personas mayores, sino que debemos considerarla desde edades adultas, de modo que también podamos intervenir en todo el ciclo vital. No obstante, dada su mayor incidencia en las edades avanzadas, este trabajo **se ha centrado en el estudio de la soledad no deseada en un grupo poblacional de personas adultas**, caracterizado por ser personas mayores de 55 años residentes en Andalucía, enmarcado en un contexto de envejecimiento progresivo, de articulación de un mapa de hogares unipersonales creciente, de una constante movilidad geográfica y de mayor individualización de la sociedad. Al estudio se incorporan las dos dimensiones de la soledad no deseada y las dos dimensiones del riesgo de aislamiento social que hemos mencionado previamente.

Trabajos como el presente sirven para obtener más información sobre este fenómeno social que permita establecer estrategias de intervención y, especialmente, para que podamos prevenir situaciones de soledad no deseada de cualquier tipo y minimizar el riesgo de aislamiento social y familiar.

Multidimensionalidad de la soledad: vivir solo, estar solo, sentirse solo

El carácter poliédrico e interdisciplinar de la soledad complica su definición y medición. Especialmente importante es no intentar caer en visiones simplistas, sobre todo aquellas que equiparan la soledad al aislamiento o a vivir solo o sola. El **aislamiento social**, dimensión que forma parte de la soledad, se puede medir numéricamente a través de la cantidad de personas que forman la red social de una persona y su frecuencia de contacto. **Vivir solo** se mide mediante el tipo de hogar en el que las personas residen, es decir, se pregunta sobre la forma de convivencia. La soledad, en cambio, presenta muchas aristas y es difícil de cuantificar, de modo que suele medirse con escalas validadas o con una pregunta única tipo “¿se siente usted solo/a?”. También hay que buscar una evaluación subjetiva a través de diferentes preguntas que en conjunto permitan inferir la calidad de las interacciones sociales de la persona, por un lado, y los aspectos emocionales y subjetivos de esas interacciones.

La clave, y vale la pena insistir, es comprender que **hay diferencias notables entre vivir sola, estar sola y sentirse sola**. **Vivir sola** se refiere a una forma de convivencia, se trata de residir en un hogar en el que vive una sola persona. **Estar sola** se refiere a la frecuencia y densidad de la red social, al aislamiento social, que es posible medir de manera objetiva y que puede ser tanto no deseado como deseado (Luanaigh y Lawlor 2008). En otras palabras, se refiere al tiempo que estamos sin ninguna compañía (Victor et al. 2000). **Sentirse sola**, en cambio, es un sentimiento subjetivo y emocional que normalmente está asociado a una situación o contexto no deseados.

No son estados aislados, sino que suelen tener una relación dinámica (Pinazo y Donio-Bellegarde 2018). Por ejemplo, Cacioppo y Patrick (2008) afirman que el número de horas que una persona pase sola no influye de manera directa en que haya o no un sentimiento de soledad. Por lo tanto, la medición objetiva de la soledad y el aislamiento no tiene por qué tener una correspondencia directa en su dimensión subjetiva. También a modo de ejemplo, puede haber personas que pueden tener una red social amplia y densa que pueden sentirse solas, y puede haber otras personas que apenas tengan contactos y no se sientan solas, e incluso cuenten con un alto nivel de integración en la comunidad (de Jong Gierveld y Havens 2004).

Igualmente, lo que para el imaginario colectivo puede ser incluso más importante, la soledad residencial no tiene por qué implicar ni aislamiento social ni sentimiento de soledad, especialmente en los casos en los que el hecho de vivir solo sea por decisión propia y no sobrevenida u obligada. La soledad no deseada, por lo tanto, va más allá de estar o vivir solo; es

un sentimiento que puede aparecer en personas que *estén* o *vivan* acompañadas y, por lo tanto, sea más difícil de reconocer por los demás y por los que nos rodean (Castro 2010; Pinazo y Donio-Bellegarde 2018).

Asimismo, hay que aclarar algunos aspectos sobre la relación entre soledad y edad. La soledad es un fenómeno que afecta a todos los grupos etarios de edad, aunque de forma desigual en sus formas y en su intensidad a lo largo del ciclo de vida (Qualter et al. 2015; Richard et al.2017). Numerosas investigaciones señalan a los adolescentes y jóvenes como grupos especialmente vulnerables a tener problemas de salud mental relacionados con la soledad y el aislamiento social. Los autores explican esta prevalencia por la mayor dependencia de adolescentes y jóvenes de amistades y redes sociales de apoyo —valorando más la cantidad que la calidad frente a lo que ocurre entre los adultos—, por lo que cualquier ruptura en ese sentido puede tener efectos significativos en su sentimiento de soledad (Bagwell 2005; Carmichael et al. 2015; Lee and Goldstein 2016)

Ahora bien, a pesar de que la soledad pueda aparecer en cualquier momento del ciclo vital, **el riesgo de soledad y de aislamiento social aumenta con la edad**. Esta es la razón principal por la que este estudio se ha centrado en el colectivo de personas mayores de 55 años.

Así, en diferentes países se ha puesto de manifiesto que a medida que aumenta la edad de una persona, es más probable que viva sola o que su red social se debilite, acontecimientos debidos al propio ciclo vital y al hecho de encontrarse en una fase avanzada de la vida. Por ejemplo, es más probable perder a la pareja por fallecimiento o separación, los hijos e hijas se emancipan y, en ocasiones, se encuentran en ciudades diferentes, se debilita la red social por jubilación o pérdida de amistades por fallecimiento, se tiene peor salud y se sale menos a la calle. En definitiva, las redes se debilitan, la frecuencia de contactos cae y hay mayor probabilidad de vivir en un hogar unipersonal. Ahora bien, como hemos visto, aislamiento social y vivir solo no tienen por qué implicar una traducción literal en un sentimiento subjetivo de soledad. A esto se le suma una concepción edadista y estereotipada de que las personas mayores estén y se sientan solas, una idea gerontofóbica que relaciona directa pero erróneamente la vejez con la pérdida y la falta de amigos, con quedarse en casa, con discapacidad y dependencia, con aislamiento social, incluso con cierto infantilismo. En definitiva, **se asocia la edad avanzada tanto con sentirse como con estar solo, ahondando en el estereotipado negativo de la vejez y de las personas mayores que no tiene por qué ajustarse a la realidad**.

Este es el motivo por el que no se puede asumir directamente que ser mayor vaya a significar sentirse solo. Por eso, este tipo de estudios permite discernir cuáles son las características que hacen que una persona tenga esa percepción subjetiva de soledad y favorece el que no se trabaje con estereotipos.

Consecuencias de la soledad

Hay amplio consenso en la comunidad científica en la consideración de la soledad como un problema de salud pública de primer orden y, en consecuencia, sobre la importancia de luchar contra la soledad y prevenir los riesgos de aislamiento social y familiar. Es un problema prevalente, presente en todas las sociedades a todas las edades y que tiene costes personales, sociales, sanitarios y económicos (Gerst-Emerson y Jayawardhana 2015; Santini et al. 2020; Cacioppo y Patrick 2008; Hawkey et al. 2010). Además, como exponemos a continuación, existe una amplia evidencia empírica que sustenta que sus consecuencias sobre la salud física y mental pueden ser graves en diferentes áreas de funcionamiento de las personas (Yanguas et al. 2018c; Yanguas et al. 2018b).

La soledad tiene consecuencias en salud física y en salud mental. En la salud física, los estudios son numerosos, en ellos se indica que incrementa el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares (Hawkey y Cacioppo 2003; Hawkey et al. 2010), empeora la nutrición (Ramic et al. 2011), incentiva el aumento de la obesidad (Lauder et al. 2006) y el abandono de la actividad física (Shiovitz-Ezra y Ayalon 2010), aumenta las visitas al médico (Gerst-Emerson y Jayawardhana 2015) y las hospitalizaciones (Longman et al. 2013).

Igualmente tiene un efecto pernicioso en la salud mental, aumenta el riesgo de depresión y ansiedad (Holmes et al. 2020; Santini et al. 2020; Newman y Zainal 2020; Cacioppo et al. 2006; Holwerda et al. 2012), altera el sueño (Matthews et al. 2017; Cacioppo et al. 2002), incrementa el riesgo de demencias (Donovan et al. 2017; Wilson et al. 2007)

Por lo tanto, en general aumenta la mortalidad (Holt-Lunstad et al. 2015; Steptoe et al. 2013; Luo et al. 2012), empeora la salud (Luanaigh y Lawlor 2008). Se trata de un factor de riesgo para la salud similar a los definidos como factores de riesgo “clásicos”, como la obesidad, el colesterol, la hipertensión o la falta de ejercicio físico (Yanguas et al. 2018b; Holt-Lunstad et al. 2010; 2015), acrecienta los problemas de salud mental (Eglit et al. 2018; Santini et al. 2016; Tylova et al. 2013; Losada et al. 2012) y es un riesgo para la salud pública (Klinenberg 2016).

A nivel comunitario también representa un serio problema, ya que se debilitan las redes cercanas, especialmente las que se producen en los barrios, espacios en los que generalmente las personas mayores tienen sus contactos y realizan las actividades básicas de la vida diaria (Leigh-Hunt et al. 2017; Golden et al. 2009). Es por lo que las intervenciones deben hacerse a diferentes niveles: autonómico, local y comunitario.

Medición de la soledad no deseada y del riesgo del aislamiento social

La soledad debe medirse a través de sus características objetivas –aislamiento social y tipo de hogar– y sus características subjetivas –el propio sentimiento de soledad (Pinazo y Donio-Bellegarde 2018). En este proyecto, los rasgos objetivos los hemos cuantificado. El aislamiento social, a través de la escala de Lubben de seis ítems (Lubben et al. 2006), que permite cuantificar el número de contactos, y la confianza y la cercanía emocional con esos contactos para dos redes: la familiar y la de amistades. El tipo de hogar, por su parte, se ha medido a través de la pregunta directa sobre si el hogar era unipersonal.

Por su parte, para la medición los rasgos subjetivos de la soledad y sus diferentes dimensiones hay varios instrumentos estandarizados que a través de una serie de preguntas valoran el sentimiento de soledad, incidiendo en formulaciones que puedan detectar la soledad no deseada. En este estudio hemos optado por la escala de seis ítems de de Jong Gierveld (2006), un cuestionario que mide soledad emocional, soledad social y soledad social, especialmente diseñado para personas mayores y adaptado para entrevistas telefónicas en las que la escala se integra en un cuestionario más amplio, como es el caso. Por ejemplo, esta escala es la misma que se usa en la Encuesta Longitudinal de Envejecimiento de Alemania.

METODOLOGÍA

Diseño

Este estudio tiene como objetivo la medición de la soledad no deseada a través de sus características objetivas –aislamiento social y tipo de hogar– y sus características subjetivas –el propio sentimiento de soledad– en la población andaluza de 55 o más años.

Para ello, se adoptó un diseño cuantitativo a través de encuesta, que es el que generalmente se usa para estudios que pretenden conocer de manera amplia la prevalencia de un fenómeno social, en un territorio amplio y con una población con diferentes características sociodemográficas. Además, es el diseño adecuado por la necesidad de cubrir y explorar todo el territorio andaluz y conocer la realidad de la soledad en cada una de sus provincias y hábitats.

Trabajo de campo

El trabajo de campo se realizó en el conjunto de Andalucía a través de la administración de un cuestionario preparado específicamente para este estudio. El trabajo de campo se realizó en las tres primeras semanas del mes de febrero de 2020.

La administración del cuestionario se realizó vía telefónica a través de CATI (*Computer-Assisted Telephone Interviewing* o entrevistas telefónicas con soporte informático). En el caso de teléfonos de hogares, dentro de cada hogar seleccionado solo se entrevistó a un individuo.

El universo estuvo conformado por la población de ambos sexos, de 55 años o más, residentes en cualquier municipio de Andalucía, siendo el marco de la encuesta la última actualización del Padrón de Habitantes de 2019. La muestra fue de 2000 personas de 55 y más años, residentes en Andalucía y se ajustó a los siguientes requerimientos.

Se optó por un diseño de muestreo estratificado con afijación proporcional al tamaño de la población de 55+ años de cada provincia. Se aplicaron asimismo cuotas cruzadas de sexo y edad –según el último Padrón Municipal de Habitantes disponible de 2019– y por tipo de hogar según la última Encuesta Continua de Hogares disponible. Primero, con los siguientes tramos de edad: 55-64, 65-79 y 80+ años. Segundo, con los siguientes tipos de hogar: unipersonal y no unipersonal. Los estratos estuvieron formados por el cruce de las ocho provincias con el tamaño de hábitat de sus municipios dividido en 5 categorías: menor o igual a 10.000, de 10.001 a 20.000, de 20.001 a 50.000, de 50.001 a 100.000, y más de 100.000 habitantes. Por lo tanto, para cada provincia se establecieron ocho perfiles a partir de tres variables: sexo, edad y tipo de

hogar. En concreto, la muestra se compone de ocho perfiles, que se reparten de forma proporcional en cada provincia, también de acuerdo con el tamaño de los municipios.

Asimismo, la selección de municipios se sometió a escrutinio para evitar sobre o infra representación de algunas zonas, caso de las grandes ciudades y sus zonas metropolitanas, así como las zonas costeras, entre las primeras y con alta densidad de población, y las zonas montañosas, de sierra o con alto grado de diseminación de entidades municipales y con baja densidad de población, entre las segundas.

La muestra final estuvo conformada por 2000 sujetos. En la tabla 3 se puede comprobar tanto la muestra teórica como la muestra final, que fue muy similar a la proyectada. En cualquier caso, se aplicaron ponderaciones para garantizar la representatividad de todas las provincias en los resultados.

Tabla 3. Muestra total por provincias andaluzas.

Provincia	% población 55+	Muestra teórica	Muestra final # casos	Muestra final %
Almería	7.51	150	145	7.25
Cádiz	14.55	291	287	14.35
Córdoba	10.26	205	193	9.65
Granada	11.33	227	229	11.45
Huelva	6.04	121	126	6.30
Jaén	8.38	168	167	8.35
Málaga	19.68	394	405	20.25
Sevilla	22.25	445	448	22.40
TOTAL	100.00	2000	2000	100.00

Fuente: elaboración propia.

Por requerimiento de la Dirección General de Personas Mayores y Pensiones no Contributivas, Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación, Junta de Andalucía, se realizaron dos submuestras de igual tamaño y con los mismos perfiles muestrales. La primera parte estuvo compuesta por 1000 personas usuarias del Servicio de Teleasistencia de la Junta de Andalucía¹. Dadas las características de las personas usuarias, se establecieron dos condiciones

¹Se estableció convenio entre la Universidad Pablo de Olavide y la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía, de modo que se cumpliera con la actual legislación sobre Protección de Datos (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales), que garantizara el correcto tratamiento de los datos por parte tanto de la empresa adjudicataria de contrato menor como por parte de los investigadores del equipo.

adicionales. Por un lado, no hubo personas de 55 a 64 años, ya que las usuarias del servicio de esas edades solo pueden ser personas con algún nivel de dependencia funcional. Relacionado con lo anterior, se añadió una cuota adicional según la cual solo podía haber un máximo de un 20% de personas que declararan tener algún nivel de dependencia funcional. Se usaron 1500 registros cedidos por la Agencia de Dependencia, de los que se consiguió hacer 1000 entrevistas, con una tasa de no respuesta en torno al 30%. El sistema de selección de las unidades finales –los individuos– se llevó a cabo en cada estrato aplicando las afijaciones y cuotas indicadas.

La segunda parte de la muestra estuvo compuesta también por 1000 sujetos y se realizó a partir de las bases de datos de teléfonos fijos que la empresa adjudicataria posee para realizar el trabajo de campo. Esta submuestra tuvo especial interés para completar el grupo de edad de 55 a 64 años, que no se pudo considerar en la primera parte de la muestra relativa a personas usuarias de Teleasistencia². El sistema de selección de las unidades finales –los individuos– se llevó a cabo en cada estrato mediante un muestreo bietápico, seleccionando las unidades primarias (hogares-teléfonos) mediante selección aleatoria de los teléfonos y posteriormente de las unidades últimas (individuos) según las afijaciones y cuotas indicadas.

²De igual manera se estableció convenio entre la Universidad Pablo de Olavide, la empresa adjudicataria y el investigador principal –en nombre del equipo de investigación– para cumplir con la actual legislación sobre Protección de Datos (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales).

Cuestionario

Se elaboró un cuestionario *ad hoc* que recogió información sobre las siguientes temáticas:

- Variables sociodemográficas
- Uso de redes sociales
- Consumo de radio y televisión
- Calidad de vida
- Relaciones familiares y red social
- Participación ciudadana
- Salud subjetiva
- Discapacidad y dependencia
- Satisfacción con su vida

En ningún caso fue necesaria la presencia de un profesional sanitario ni la realización de pruebas médicas para la recogida de información. El cuestionario completo se puede encontrar en el anexo I.

Para la medición de la soledad, se incluyó el *6-item de Jong Gierveld Loneliness Scale*, cuestionario que mide soledad emocional, soledad social y soledad general a través de un módulo de seis preguntas (de Jong Gierveld y Tilburg 2006). Este cuestionario es el más adecuado para administración telefónica, para muestras de personas mayores y para integrarse en cuestionarios más amplios, como ha sido este caso.

Para la medición del riesgo de aislamiento, se incluyó la versión abreviada de la escala de Lubben de red social (*Lubben Social Network Scale (LSNS-6)*, Lubben et al. 2006), tradicionalmente usado para detectar aislamiento social y familiar entre las poblaciones de adultos mayores no institucionalizados mediante un módulo de seis preguntas.

La duración media de administración del cuestionario fue de 12 minutos.

RESULTADOS PRINCIPALES

A continuación, se exponen los principales resultados del estudio sobre soledad no deseada en personas de 55 y más años en Andalucía. Este apartado se organiza en dos bloques temáticos: soledad y riesgo de aislamiento. Dentro de soledad se diferencia entre soledad general y dos de sus dimensiones: soledad emocional y soledad social. Dentro de riesgo de aislamiento, entre el riesgo de aislamiento general, el familiar y el social.

Dada la heterogeneidad de la población de 55 y más años, resulta necesario desagregar por sus diferentes características sociodemográficas. En concreto, se presentan los resultados por sexo, grupo de edad, nivel educativo, estado civil, tipo de hogar, estado de salud, cambio en el estado de salud, dependencia, depresión, tipo de hábitat y participación en una asociación.

Descripción general de la muestra

La muestra estuvo conformada por 2000 personas de 55 y más años residentes en Andalucía. La distribución territorial se realizó de manera proporcional al peso que representa la población de ese grupo de edad en el conjunto de la Comunidad Autónoma. Por tipo de hábitat, igualmente se optó por la proporcionalidad, de modo que un 21% de la muestra residía en zonas rurales (municipios menores de 10 mil habitantes) y un 79% en zonas urbanas (municipios de 10 mil o más habitantes). Asimismo, para recoger la diversidad territorial de Andalucía, el muestreo se estratificó para que hubiera sujetos residentes en municipios de las zonas montañosas o de sierra, que constituyeron una de cada diez personas entrevistadas (tabla 4.1).

En la tabla 4.1 se pueden ver las características sociodemográficas de los sujetos. La muestra estuvo ligeramente feminizada y con una edad media de 68,7 años. Por grupos de edad, 55 a 64 años y 65 a 79 años constituyeron un 40% cada una, y el grupo de 80+ años el restante 20%, igualmente acorde a su tamaño poblacional. Por nivel educativo, el 20% de la población no tiene estudios o es analfabeta, y más de un 25% tiene estudios universitarios. Asimismo, hay alrededor de un 25% con estudios primarios y casi un 30% con estudios secundarios.

Tabla 4.1. Descriptivos de la muestra: variables sociodemográficas.

Variable	Categorías	Porcentaje
Sexo	Hombre	46.15
	Mujer	53.85
Edad	55-64	41.56
	65-79	41.89
	80+	16.55
Estado civil	Casado/a	66.22
	Viudo/a	18.53
	Divorciado/a o separado/a	5.22
	Soltero/a, cohabita	2.83
	Soltero/a, no cohabita	7.20
Nivel educativo	Analfabeto o sin estudios	19.04
	Primarios	25.11
	Secundarios	28.98
	Superiores	26.87
Hábitat	Rural	21.37
	Urbano	78.63
Hábitat 2	Rural-sierra	5.95
	Rural-costa	1.38
	Rural-resto	14.04
	Urbana-sierra	3.22
	Urbana-costa	17.47
	Urbana-resto	57.93

Fuente: elaboración propia.

El ingreso mensual medio por hogar fue de 1637 euros, si bien la mediana estuvo en 1300 euros. Por percentiles, el 10% de la población andaluza de 55+ años ingresa menos de 600 euros, mientras que el 10% que más ingresa supera los 3100 euros. Dado el tipo de población, es fundamental la desagregación del nivel de ingresos por grupo de edad y por sexo. Obviamente, el nivel de ingresos disminuye conforme aumenta la edad: en el grupo de 55 a 64 años, el ingreso medio mensual es de casi 2000 euros (mediana = 1700), baja a poco más de 1500 (mediana = 1200) en el grupo de 65 a 79 años, y se reduce a poco más de 1000 euros (mediana = 800) entre los de 80+ años. Los datos de ingresos se ven claramente afectados por el hecho de trabajar o estar jubilado, por la cuantía diferencial entre generaciones de las pensiones y por el tamaño del hogar. También hay una clara diferencia de género: en el hogar donde se entrevista al hombre el ingreso medio es de casi 1900 euros, mientras que cuando se entrevista a una mujer se reduce a 1400 euros.

En la tabla 4.2 se encuentran los rasgos de los hogares andaluces. Uno de cada cinco hogares era unipersonal; de los hogares no unipersonales, la mitad de los hogares estaba conformados por la pareja, un cuarto añadía a los hijos y casi otro cuarto vivía con otros familiares, mientras que solo un 3% residía con personas cuidadoras. Además, dos tercios de las personas entrevistadas estaban casadas, casi un quinto estaban viudas y uno de cada diez estaban solteras.

En cuanto al número de hijos, solo un 13% de los hogares no tenía descendencia, siendo dos hijos el modelo más común; también destaca el 13% de hogares con 4 o más hijos. La mitad de los hogares, asimismo, tenía un tamaño de dos personas, siendo casi un tercio los que estaban conformadas por 3 o más sujetos.

Del 20% que vivían solas, más de la mitad lo hacía por una situación de viudedad o separación, y casi un tercio lo hacía por decisión propia. El tiempo medio que llevaban viviendo solas fue de 13 años, y solo un 5% llevaba viviendo sola menos de un año. La mayoría, asimismo, lleva residiendo en el barrio actual más de diez años.

Tabla 4.2. Descriptivos de la muestra: hogar.

Variable	Categorías	Porcentaje
Tipo de hogar	Unipersonal	21.21
	No unipersonal	78.79
Formato de hogar no unipersonal	Vive con pareja	54.02
	Vive con pareja e hijos/as	30.93
	Vive con otros familiares	13.79
	Vive con no familiares	1.26
Motivo principal de vivir solo/a	Viudedad	46.33
	Divorcio/separación	10.65
	Emancipación de hijos/as	7.32
	Decisión propia	29.44
	Otros motivos	6.26
Años viviendo solo/a	<1	4.41
	1-4	24.49
	5-10	24.52
	11-20	28.08
	20+	18.50
Tiempo en el barrio	≤ 10 años	5.67
	11-20 años	14.69
	21-40 años	36.91
	41+ años	42.73

Fuente: elaboración propia.

La mitad de las personas mayores de 55 o más años en Andalucía declaran tener un buen estado de salud, un cuarto declara que se encuentra regular y el restante 25% presenta un mal estado de salud, como podemos ver en la tabla 4.3. Ahora bien, al preguntarles cómo había cambiado su estado de salud en el último año, más de un tercio manifiesta que ha empeorado y solo un 10% que ha mejorado, permaneciendo igual para el resto. El nivel de dependencia en las actividades de la vida diaria está acorde a estos resultados: en los últimos seis meses, poco más de un tercio de la población encuestada ha tenido que limitar sus actividades por cuestiones de salud. Un dato muy relevante en cuanto a la salud mental es que cuatro de cada diez personas declaran sentirse deprimidas en alguna ocasión, siendo una de cada diez quienes manifiestan esa situación siempre o casi siempre.

Tabla 4.3. Descriptivos de la muestra: salud y limitaciones

Variable	Categorías	Porcentaje
Estado de salud	Muy malo	4.73
	Malo	8.26
	Regular	23.81
	Bueno	49.82
	Muy bueno	13.39
Cambio en salud	Ha empeorado	34.95
	Está igual	55.44
	Ha mejorado	9.61
Depresión	Siempre o casi siempre	9.40
	A veces	30.01
	Nunca	60.59
Limitación de actividades por salud	Sí, mucho	13.57
	Sí, algo	21.58
	No	64.85

Fuente: elaboración propia.

El estudio también midió la frecuencia de uso de medios de comunicación y de redes sociales (véase tabla 4.4). Así, las personas de 55 o más años residentes en Andalucía ven cada día la televisión una media de 3.5 horas y escuchan la radio cada día casi dos horas. Además, más de un 40% habla diariamente por teléfono poco o nada, y un tercio lo hace bastante o mucho. En cuanto a programas de mensajería instantánea, más de un tercio nunca lo usa, otro tercio lo hace ocasionalmente y otro tercio lo usa habitualmente. El uso de otras redes sociales es más reducido, y solo tres de cada diez personas lo usan a diario, aunque con poca frecuencia.

Tabla 4.4. Descriptivos de la muestra: medios de comunicación y uso de TIC

Variable	Categorías	Porcentaje
# Horas diarias de ver TV		3.47
# Horas diarias de escuchar radio		1.67
Frecuencia de diaria de uso teléfono	Nada	4.13
	Poco	38.52
	Algunas veces	23.49
	Bastante	21.34
	Mucho	12.53
Frecuencia diaria de uso de mensajería instantánea	Nada	36.04
	Poco	16.96
	Algunas veces	14.21
	Bastante	20.10
	Mucho	12.69
Frecuencia diaria de uso de redes sociales	Nada	72.67
	Poco	14.93
	Algunas veces	5.33
	Bastante	4.42
	Mucho	2.64

Fuente: elaboración propia.

El contacto presencial es más habitual, y solo un 1% de la muestra no suele tener contacto con nadie en un día normal, tal y como se pone de manifiesto en la tabla 4.5. El tamaño medio de la red familiar que se contacta al menos una vez mes es de catorce personas y que se contacta al menos una vez al día, es de cinco personas. Los datos para la red de amistad se sitúan en doce y cinco personas, respectivamente. La red de confianza se reduce sustantivamente, especialmente la emocional, que tiene mayor densidad en la red familiar que en la red de amistad. Los datos indican además que es una población que está en general satisfecha con su vida, su familia y sus amistades. La vida asociativa de las personas de 55 o más años en Andalucía es relativamente amplia: más de un tercio participa en una asociación, sobre todo de carácter cultural, religioso, deportivo, de ayuda social o de personas jubiladas. Ahora bien, apenas un 3% acude a un centro de día.

Tabla 4.5. Descriptivos de la muestra: soledad y aislamiento

Variable	Categorías	Porcentaje
Soledad	No	52.75
	Moderada	39.88
	Severa	7.37
Soledad emocional	Sí	24.67
	No	75.33
Soledad social	Sí	25.91
	No	74.09
Riesgo de aislamiento social	Sí	14.47
	No	85.53
Riesgo de aislamiento de la red familiar	Sí	5.25
	No	94.75
Riesgo de aislamiento de la red de amistades	Sí	31.51
	No	68.49
# contactos familiares mes		14.29
# contactos familiares día		5.02
# familiares confianza		3.94
# familiares cercanía emocional		5.78
# contactos amistades mes		11.71
# contactos amistades día		4.82
# amistades confianza		1.78
# amistades cercanía emocional		3.61
Asociación	No	63.76
	Sí	36.24
Centro de día	No	97.27
	Sí	2.73
Frecuencia contacto presencial	Nada	1.29
	Poco	15.90
	Algunas veces	20.58
	Bastante	35.86
	Mucho	26.37

Fuente: elaboración propia.

Soledad y riesgo de aislamiento social

El estudio ha mostrado que **un 47% de la población andaluza de 55+ años se encuentra en situación de soledad**: un 40% a un nivel moderado y un 7% a nivel severo. Por su parte, los niveles de soledad emocional y social son muy similares: un 25% de la población de 55+ años se encuentra en alguna de esas situaciones de soledad. Por su parte, los resultados sobre el aislamiento muestran que **casi un 15% de la población estudiada se encuentra en riesgo de aislamiento social**: un 5% presenta aislamiento familiar y un tercio en riesgo de aislamiento de su red de amistades. Estos datos básicos ponen de manifiesto la importancia de esta problemática en Andalucía y justifican la necesidad de seguir investigando sobre la soledad no deseada. A continuación, desagregamos estos datos por las diferentes características de la población (tablas 5 y 6).

Tabla 5. Prevalencia de soledad general, soledad emocional y soledad social en la población de 55 años o más en Andalucía por sus características sociodemográficas.

		Soledad general			Soledad emocional		Soledad social	
		No solo	Moderada	Severa	Solo	No solo	Solo	No solo
Sexo	Hombre	54.79	38.47	6.74	18.76	81.24	27.45	72.55
	Mujer	51.01	41.09	7.90	29.73	70.27	24.58	75.42
Edad	55-64	58.25	35.04	6.71	21.48	78.52	22.89	77.2
	65-79	55.21	37.57	7.22	22.03	77.97	25.25	74.75
	80+	32.74	57.89	9.38	39.33	60.67	35.37	64.63
Estado civil	Casado/a	60.42	34.08	5.49	17.08	82.92	22.22	77.78
	Viudo/a	29.86	61.48	8.66	46.97	53.03	33.10	66.9
	Divorciado/a o separado/a	46.91	43.61	9.48	31.09	68.91	30.51	69.49
	Soltero/a, cohabita	51.15	42.05	6.79	21.61	78.39	24.91	75.09
	Soltero/a, no cohabita	46.03	34.02	19.95	33.59	66.41	38.37	61.63
Nivel educativo	Analfabeto/a o sin estudios	38.39	51.39	10.22	36.38	63.62	32.99	67.01
	Primarios	53.18	37.01	9.81	28.28	71.72	26.13	73.87
	Secundarios	57.07	37.17	5.76	21.10	78.90	23.40	76.6
	Superiores	57.98	37.17	4.85	17.00	83.00	23.13	76.87
Hábitat	Rural	48.27	44.08	7.65	25.38	74.62	29.84	70.16
	Urbano	53.97	38.74	7.29	24.47	75.53	24.84	75.16
Hábitat	Sierra	52.19	42.23	5.58	23.17	76.83	23.46	76.54
	Costa	58.50	35.20	6.30	20.14	79.86	24.06	75.94
	Resto	51.32	40.81	7.87	26.04	73.96	26.70	73.3

Fuente: elaboración propia.

Tabla 6. Prevalencia de aislamiento social, aislamiento familiar y aislamiento de amistades en la población de 55 años o más en Andalucía por sus características sociodemográficas

		Aislamiento social		Aislamiento familiar		Aislamiento de amistades	
		Sí	No	Sí	No	Sí	No
Sexo	Hombre	13.82	86.18	6.67	93.33	29.98	70.02
	Mujer	15.04	84.96	4.03	95.97	32.83	67.17
Edad	55-64	9.07	90.93	5.30	94.70	22.43	77.57
	65-79	15.08	84.92	4.21	95.79	34.16	65.84
	80+	26.51	73.49	7.73	92.27	47.62	52.38
Estado civil	Casado/a	9.81	90.19	1.72	98.28	28.14	71.86
	Viudo/a	24.39	75.61	8.08	91.92	43.41	56.59
	Divorciado/a o separado/a	19.71	80.29	15.02	84.98	24.21	75.79
	Soltero/a, cohabita	27.34	72.66	22.31	77.69	34.98	65.02
	Soltero/a, no cohabita	23.00	77.00	16.64	83.36	35.9	64.10
Nivel educativo	Analfabeto/a o sin estudios	27.84	72.16	8.08	91.92	51.13	48.87
	Primarios	13.73	86.27	4.26	95.74	30.94	69.06
	Secundarios	8.53	91.47	4.43	95.57	23.11	76.89
	Superiores	12.20	87.80	5.09	94.91	27.46	72.54
Hábitat	Rural	14.58	85.42	6.03	93.97	33.08	66.92
	Urbano	14.45	85.55	5.04	94.96	31.09	68.91
Hábitat	Sierra	14.96	85.04	5.45	94.55	28.36	71.64
	Costa	15.04	84.96	5.08	94.92	33.92	66.08
	Resto	14.26	85.74	5.27	94.73	31.28	68.72

Fuente: elaboración propia.

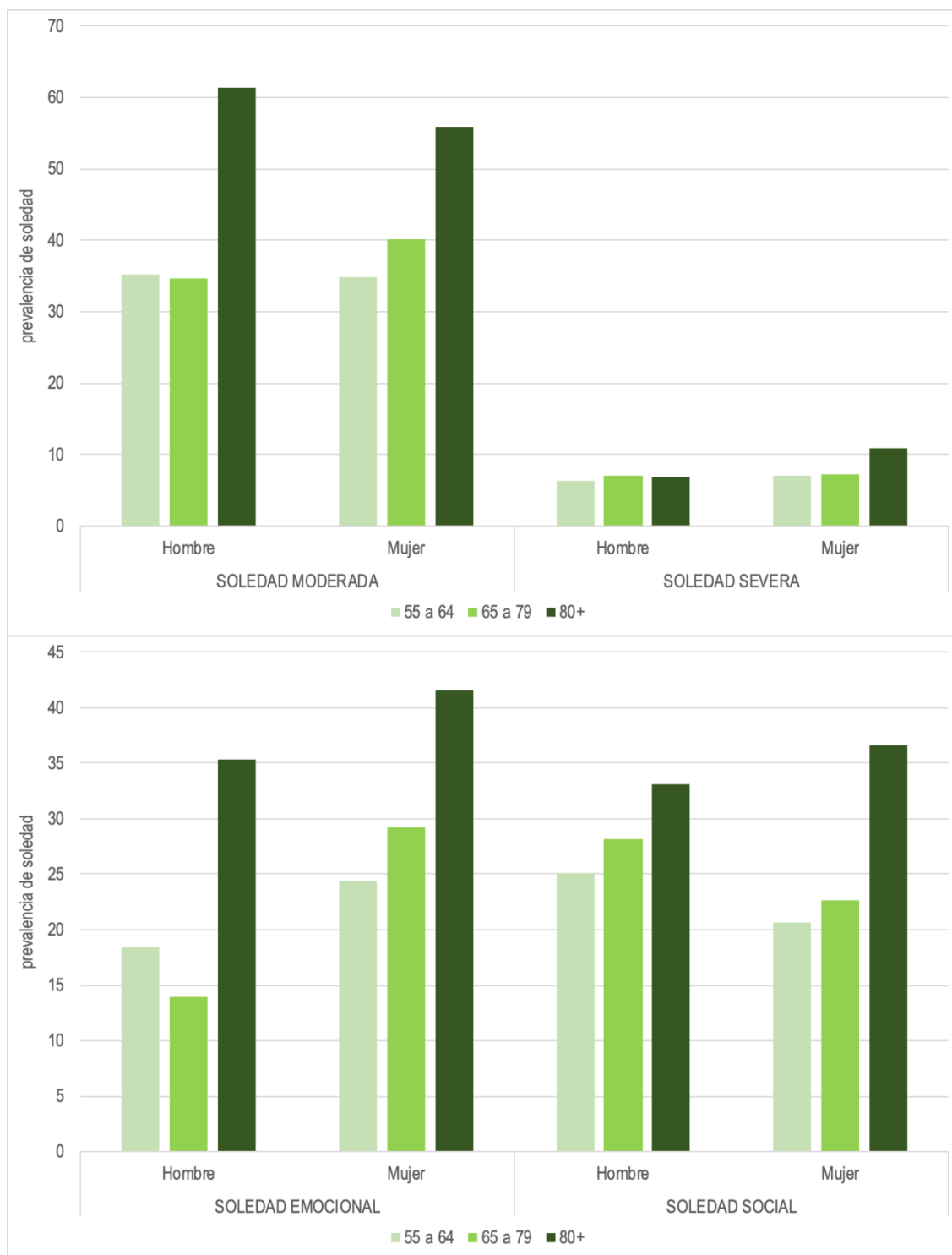
Diferencias de género

Por sexo, los estudios previos muestran que no hay un patrón claro. En el caso de la población andaluza de 55+ años, las mujeres presentan una prevalencia de soledad general ligeramente mayor que la de los hombres: 49% frente a 45%, manteniéndose esa diferencia por sexo tanto en la soledad moderada como en la severa (tabla 5). Estas diferencias se agrandan para la soledad emocional: el 29% de las mujeres se encuentran en situación de soledad emocional frente al 19% de los hombres. En cambio, los hombres presentan mayor prevalencia de soledad social: un 27.5% por un 24.5% de las mujeres. Por su parte, no hay diferencias en el riesgo de aislamiento, si bien el de la red familiar es algo mayor en mujeres y el de la red de amistad es mayor entre los hombres (tabla 6). Encontramos **un primer rasgo de la soledad y el aislamiento: la emocional es más femenina y la social es más masculina**, aspecto muy ligado a las trayectorias vitales ligadas a las generaciones de las mujeres y los hombres de 55 o más años, que presentan grandes diferencias de género entre las cohortes más mayores.

Diferencias por grupo de edad

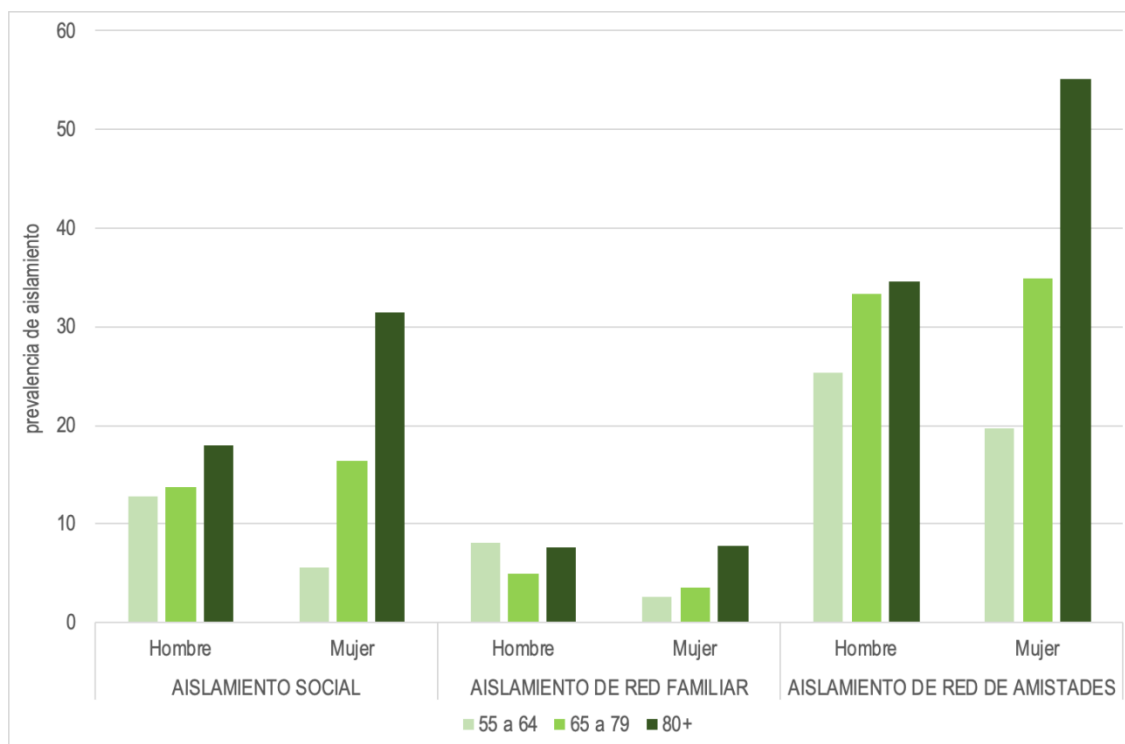
En cuanto a la edad, todos los estudios muestran que los niveles de soledad no deseada aumentan con la edad. Lo mismo ocurre en Andalucía. El porcentaje de personas que se encuentran en soledad es del 42% para el grupo de edad de 55 a 64 años, del 45% para las de 65 a 79 años y llega al 67% para las mayores de 80 años (tabla 5 y gráfico 1). **La brecha de edad es ligeramente superior en términos relativos cuando se observa la soledad severa frente a la moderada.** Los datos siguen la misma tendencia en soledad emocional y social. En la emocional, de los 55 a los 79 años la prevalencia es del 22%, cifra que aumenta al 39% para el grupo de 80 y más años. En la social, las tasas son del 25% y el 35%, respectivamente. El riesgo de aislamiento presenta la misma tendencia: se incrementa notablemente con la edad, pasando del 9% en el grupo de 55 a 64 años al 27% en el de 80+ años. Para la red de amistad, los porcentajes son incluso mayores para los tres grupos de edad: 22%, 34% y 48%, respectivamente en orden ascendente de grupo de edad; en cambio, el riesgo de aislamiento de la red familiar se encuentra en niveles mucho más bajos incluso para los más mayores (tabla 6 y gráfico 2). En general, las diferencias se hallan principalmente entre las mujeres más mayores, con dos claros comportamientos en todas las prevalencias: por un lado, entre hombres y mujeres, hay pocas diferencias hasta los 79 años, y a partir de los 80 años la soledad es bastante superior en el caso femenino; por otro lado, el crecimiento de la soledad a partir de los 80 años es mucho mayor entre las mujeres que entre los hombres. Todo esto indica que el efecto edad es mucho más sensible en el grupo de mujeres, aspecto central de este trabajo. Estas evoluciones están muy asociadas a las trayectorias vitales de las personas y a las pérdidas vitales y de capacidades asociadas al envejecimiento.

Gráfico 1. Prevalencia de soledad moderada y severa, y de soledad emocional y soledad social por sexo en cada grupo de edad.



Fuente: elaboración propia.

Gráfico 2. Prevalencia de aislamiento de la red familiar y aislamiento de la red de amistades por sexo en cada grupo de edad



Fuente: elaboración propia.

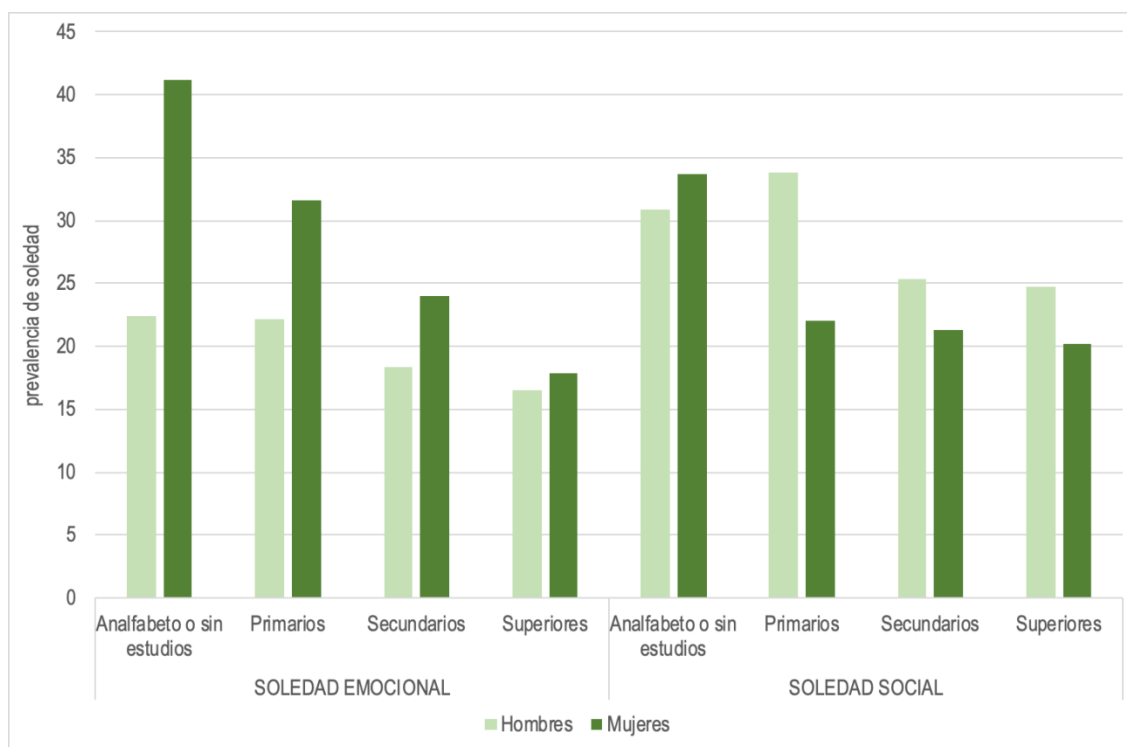
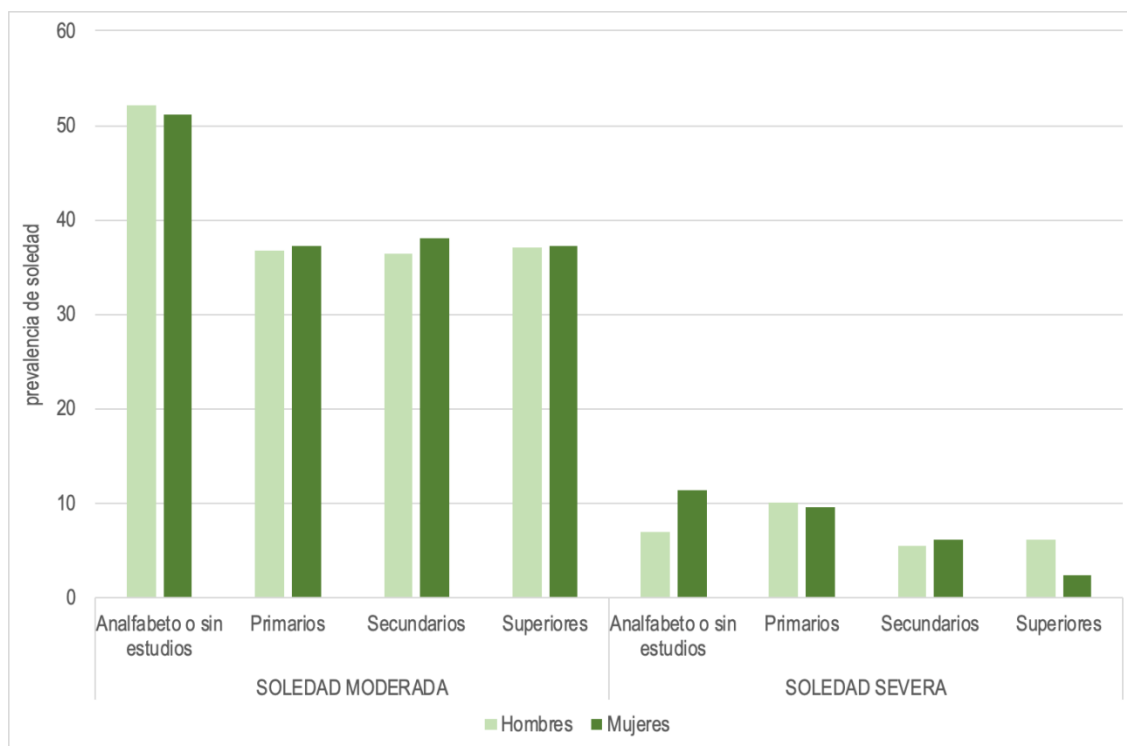
Diferencias por nivel educativo

Por nivel educativo, en la literatura analizada se demuestra que los niveles de soledad son mayores entre las personas con menor nivel de estudios, conclusiones que también se alcanzan en la población andaluza de 55+ años. Igualmente ocurre con el nivel de ingresos, con el que el nivel de estudios correlaciona en gran medida, de modo que solo nos referiremos a este último. En la tabla 5 podemos ver que las personas con estudios secundarios o superiores presentan una tasa de soledad del 42%, frente al 62% de los que no tienen estudios. La prevalencia de la soledad severa es el doble en el grupo sin estudios que en la población con estudios secundarios o superiores. Estas diferencias se replican para soledad emocional y, en menor medida, para la soledad social. De la misma manera, la tabla 6 muestra que el riesgo de aislamiento social aumenta en tanto en cuanto el nivel educativo es menor –se dobla entre personas sin estudios con respecto a las que tienen estudios universitarios–, tendencia que se repite en la red de amistad, pero no en la red familiar. Para comprobar si hay un efecto generacional, esto es, para comprobar si estos datos se ven condicionados por la edad –en las generaciones estudiadas, las personas de mayor edad y las mujeres suelen tener menor nivel de estudios–, se ha hecho el mismo análisis por grupo de edad y sexo.

En el caso de la soledad, las diferencias por nivel educativo se mantienen al controlar por edad y sexo, de modo que no se da ese efecto generacional ni de género (gráficos 3 y 4). En el caso del riesgo de aislamiento

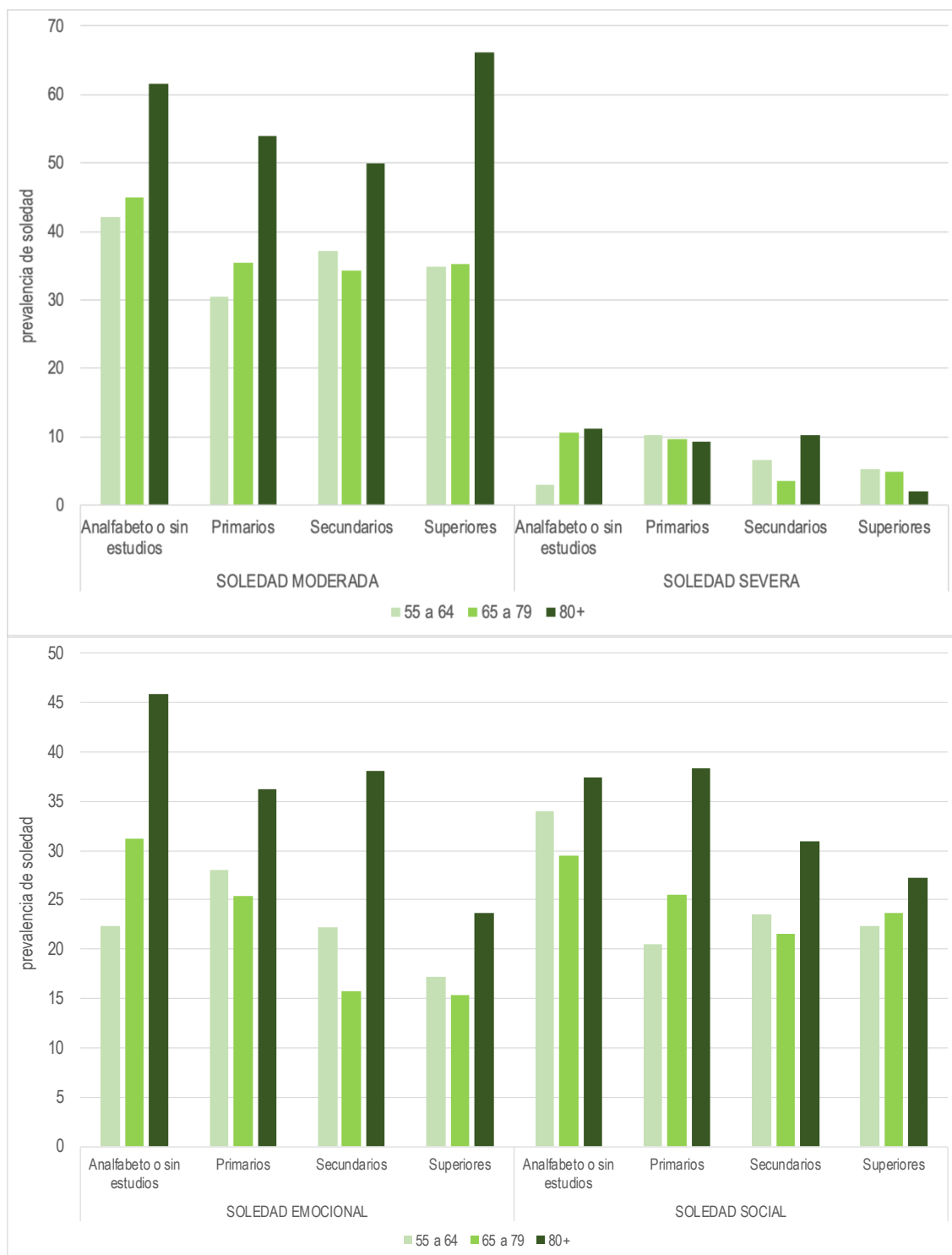
social, por sexo las principales diferencias se encuentran entre las personas sin estudios y el resto de niveles de formación, con un ligero repunte del riesgo de aislamiento en las personas con estudios superiores (gráfico 5). En cambio, el aislamiento de la red de amistad sí que se incrementa con un menor nivel de estudios para hombres y mujeres, mientras que el de la red familiar solo se da en el caso femenino. Por grupo de edad, se mantiene la misma tendencia que en el conjunto: en todos los grupos etarios, las personas con menor nivel educativo tienen mayor riesgo de aislamiento social. Ahora bien, sí que se encuentran ligeras diferencias en el riesgo de aislamiento de la red familiar y de la red de amistad, que crece generalmente con la edad y con el menor nivel educativo.

Gráfico 3. Prevalencia de soledad moderada y severa, y de soledad emocional y soledad social por nivel educativo en cada sexo.



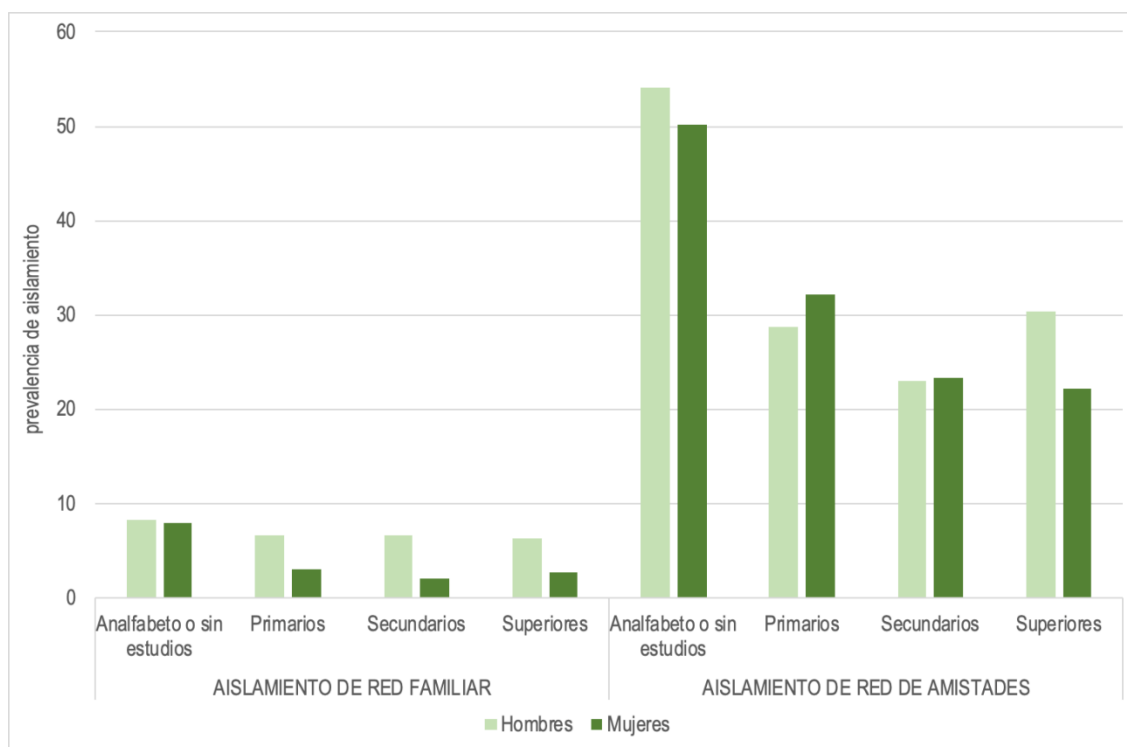
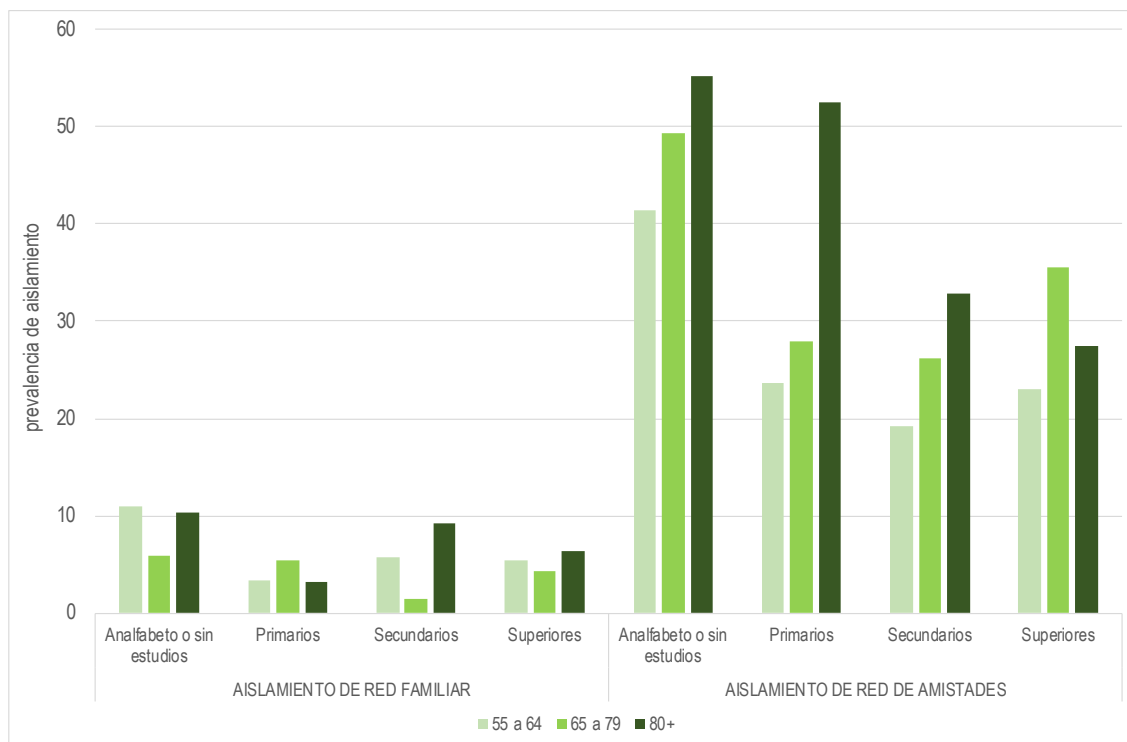
Fuente: elaboración propia.

Gráfico 4. Prevalencia de soledad moderada y severa, y de soledad emocional y soledad social por nivel educativo en cada grupo de edad



Fuente: elaboración propia.

Gráfico 5. Prevalencia de riesgo de aislamiento de la red familiar y riesgo de aislamiento de la red de amistades por nivel educativo en cada grupo de edad y por sexo.



Fuente: elaboración propia.

Diferencias por estado civil

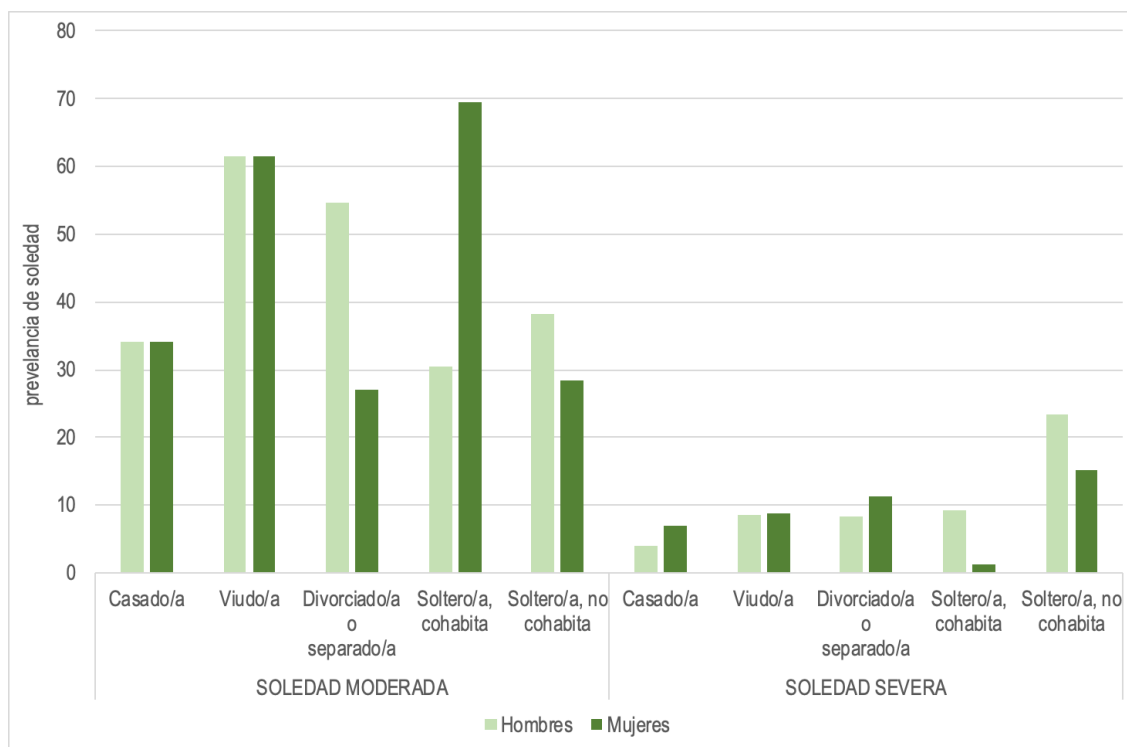
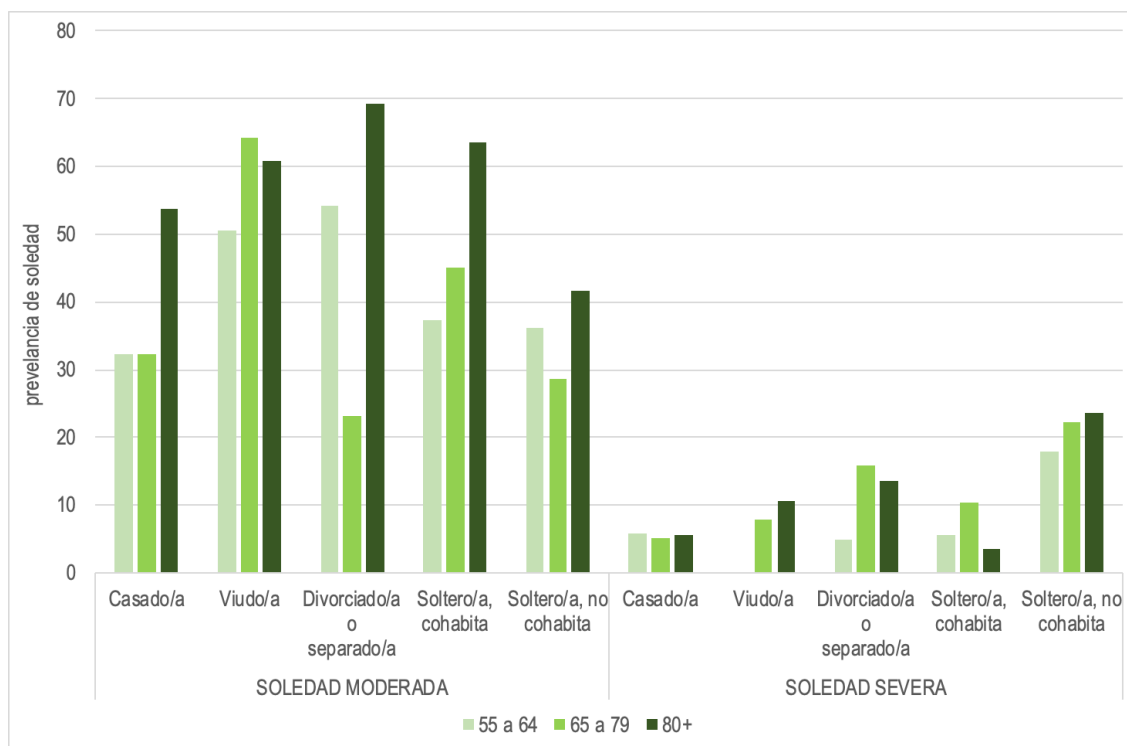
En cuanto al estado civil, las personas viudas presentan el doble de tasa de soledad que las personas casadas: 60% frente al 30%. En el caso de las personas solteras que no cohabitan con nadie y de las divorciadas o separadas, la soledad se encuentra en torno al 54%, y en los solteros que sí cohabitan llega al 49%. Hay que destacar el alto nivel de soledad severa que existe entre las personas solteras que no cohabitan, que llega al 20% y que multiplica por tres la del resto de grupos (tabla 5).

En lo que respecta a la soledad emocional, el patrón es similar: las personas viudas son las que presentan mayor prevalencia –casi uno de cada dos– y las personas que cohabitan, sean casadas o solteras, las que tienen menor tasa, en torno al 20%. En cambio, en la soledad social las diferencias por estado civil se reducen dentro del mismo marco tendencial. En este caso, se apunta de nuevo al grupo de solteras que no cohabitan, que presenta las mayores prevalencias de soledad social con cerca de un 40%. El riesgo de aislamiento social aumenta de la misma manera que el de la soledad: es mayor entre personas viudas y solteras que no cohabitan, con una de cada cuatro en riesgo de aislamiento –un porcentaje muy similar al de solteras que sí cohabitan, curiosamente–, y solo una de cada diez entre las personas casadas.

En cuanto al aislamiento de la red de amigos, el riesgo es mayor entre las personas viudas y solteras (cohabiten o no) con un 43% y un 35%, respectivamente, y algo menor entre casadas, un 28%, y divorciadas, un 24% (tabla 6).

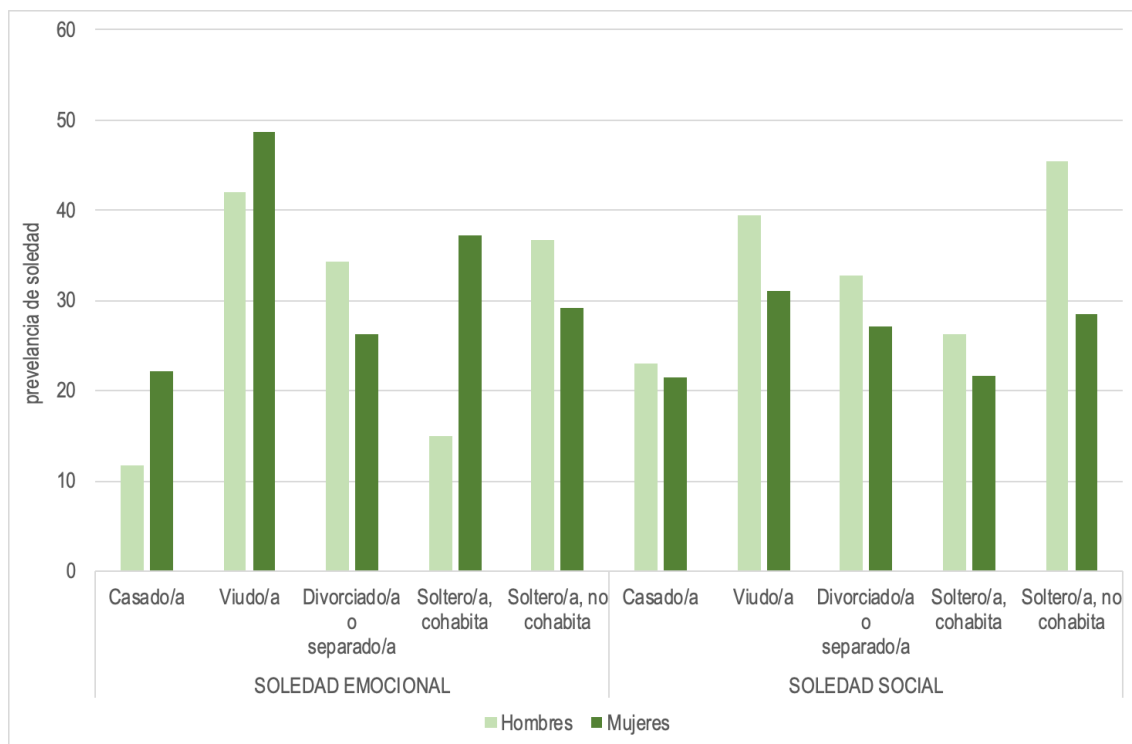
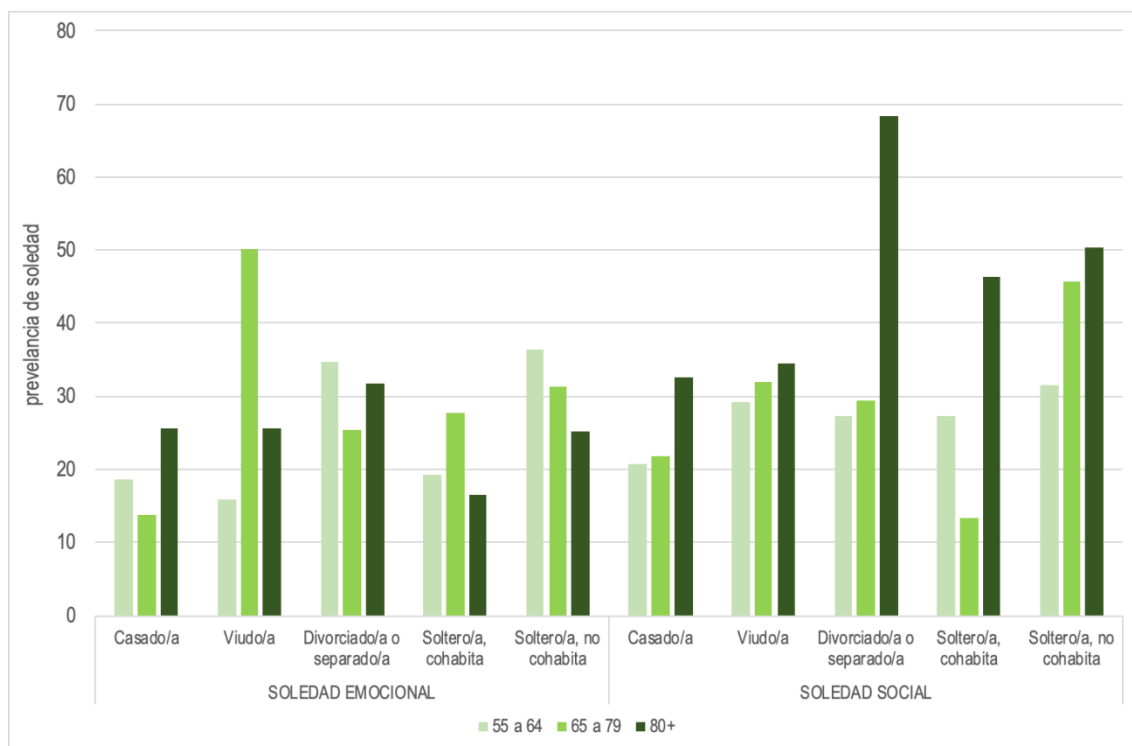
Igualmente interesante resulta el análisis por estado civil del riesgo de aislamiento de la red familiar: apenas existe entre las personas casadas –con apenas un 2%–, es bastante alto entre personas divorciadas (un 15%) y solteras que cohabitan (un 22%), y es de solo el 8% entre las personas viudas. Al igual que en el nivel educativo, es importante controlar el efecto de género y de la edad en el estado civil –a mayor edad y ser mujer, mayor probabilidad de viudedad, básicamente. En el caso de la soledad, las tendencias son similares, de modo que no hay un efecto ni de género ni de la edad (gráficos 6a y 6b). En cambio, en el caso del riesgo de aislamiento social, el riesgo es mayor entre mujeres que entre hombres casados, y menor entre mujeres viudas, divorciadas o solteras, lo que muestra un marcado carácter de género en la relación entre aislamiento y estado civil. Por su parte, los tres grupos de edad considerados presentan la tendencia general de aumento del riesgo de aislamiento con la edad (gráfico 7).

Gráfico 6a. Prevalencia de soledad moderada y soledad severa por estado civil en cada grupo de edad y por sexo.



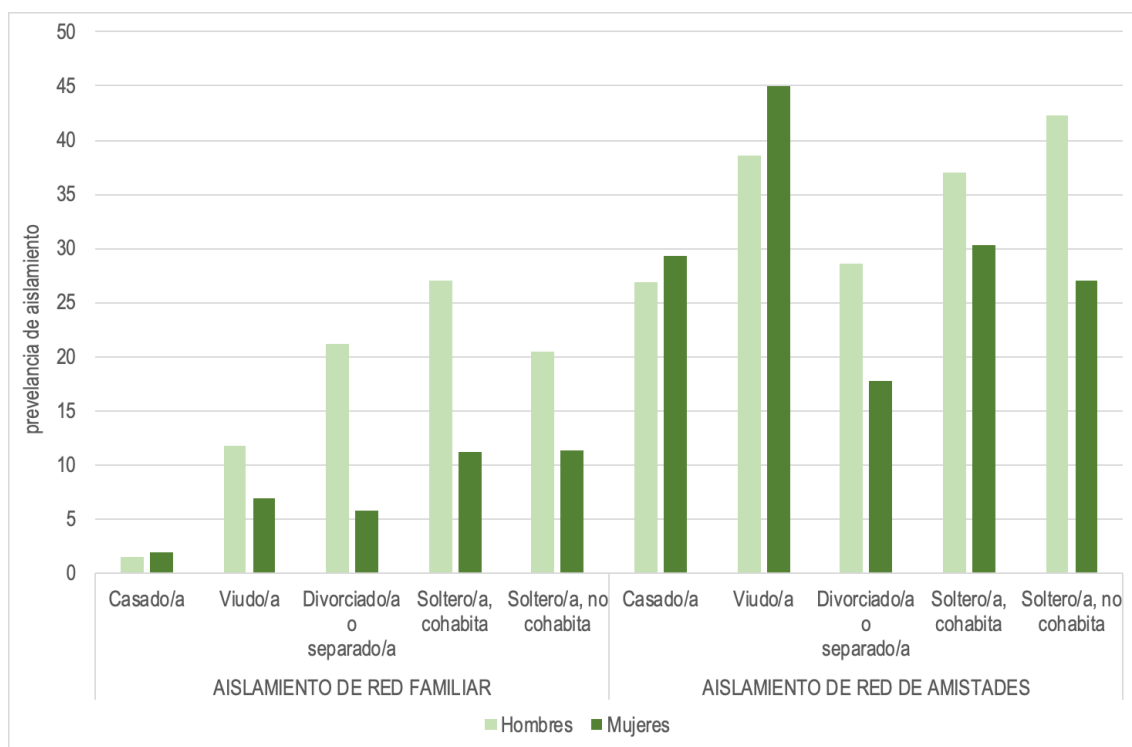
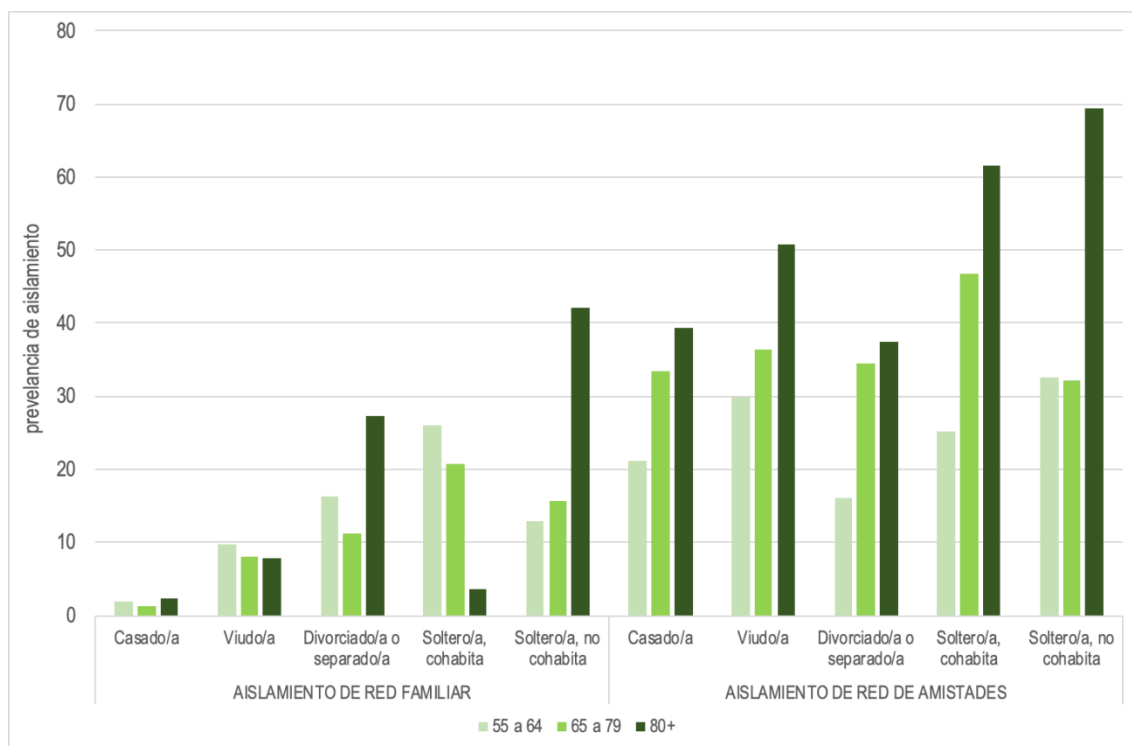
Fuente: elaboración propia.

Gráfico 6b. Prevalencia de soledad emocional y soledad social por estado civil en cada grupo de edad y por sexo.



Fuente: elaboración propia.

Gráfico 7. Prevalencia de riesgo de aislamiento de la red familiar y riesgo de aislamiento de la red de amistades por estado civil en cada grupo de edad y por sexo.



Fuente: elaboración propia.

Diferencias por tipo de hogar

El tipo de hogar lo definimos en su versión más simple entre hogar unipersonal –vivir solo, en otras palabras– y no unipersonal. De esta manera podemos poner en común dos de las dimensiones de la soledad: vivir y sentirse solo. Los datos muestran que las personas que residen en un hogar unipersonal presentan mayor prevalencia de soledad que las que residen en hogares no unipersonales: 66% frente a 42%. Hay que destacar que la soledad severa casi se multiplica por tres. Esta diferencia también la encontramos en soledad emocional (45% y 19%, respectivamente) y en menor medida en soledad social (35% y 24%) (tabla 7). Por su parte, en los hogares unipersonales el riesgo de aislamiento social se dobla con respecto a los que no son unipersonales, llegando a uno de cada cuatro, y el riesgo de aislamiento de la red familiar se multiplica por seis, alcanzando a uno de cada siete; en cambio, no se encuentran diferencias entre tipo de hogar para el riesgo de aislamiento de la red de amistad, alcanzando alrededor de un tercio en ambos (tabla 9).

Al controlar por edad y sexo –hay mayor número de hogares unipersonales entre las personas más mayores, que ya hemos visto que presentan un mayor nivel de soledad, y entre las mujeres, que presentan mayor soledad emocional–, las diferencias son las esperadas por las tasas de soledad consignadas previamente, de modo que constatamos que no hay una intervención de la edad o el género en la relación entre tipo de hogar y soledad. Sin embargo, entre los hombres el riesgo de aislamiento social se multiplica por tres en los hogares unipersonales –un 28% frente a un 9%–, algo que no ocurre entre las mujeres –17% y 14% (véase material suplementario en Anexo II).

Con respecto a la red familiar, el riesgo es igualmente mucho mayor entre los hogares unipersonales masculinos, mientras que apenas hay diferencias en el riesgo de aislamiento de la red de amistad, solo algo mayor entre las mujeres que viven en hogares no unipersonales. Por edad, las principales diferencias entre hogares se encuentran entre el grupo de edad más joven, de 55 a 64 años, con un 25% de personas que viven solas en riesgo de aislamiento social, frente al 7% de las que viven en hogares no unipersonales. Ese riesgo disminuye en el grupo de 65 a 79 años para volver a subir entre los de 80+ años (véase material suplementario en Anexo II).

En el caso del riesgo de aislamiento de la red familiar, las diferencias son incluso más grandes: en los hogares no unipersonales el porcentaje se mantiene en alrededor de un 3%, pero entre los hogares unipersonales llega a uno de cada cuatro en el grupo de 55 a 64 años, baja al 7% en el de 65 a 79 y sube de nuevo al 14% en el de 80+, una situación probablemente muy afectada por las trayectorias vitales y los cambios de estatus laborales. En el caso del riesgo de aislamiento de la red de amistad, se produce una tendencia similar, si bien con niveles más altos en ambos tipos de hogares (véase material suplementario en Anexo II).

Tabla 7. Prevalencia de soledad general, soledad emocional y soledad social en la población de 55 años o más en Andalucía por las características del tipo de hogar

		Soledad general			Soledad emocional		Soledad social	
		No	Moderada	Severa	No	Sí	No	Sí
Tipo de hogar	Unipersonal	43.13	52.09	13.78	44.81	55.19	34.92	65.09
	No unipersonal	57.77	36.60	5.64	19.24	89.76	23.48	76.52
Formato de hogar no unipersonal	Vive con pareja	59.83	34.33	5.85	16.56	83.44	23.97	76.03
	Vive con pareja e hijos/as	60.61	34.14	5.25	18.65	81.35	19.00	81.00
	Vive con otros familiares	46.06	48.66	5.29	29.33	70.67	30.81	69.19
	Vive con no familiares	27.14	62.11	10.15	38.29	61.71	32.30	67.70
Motivo principal de vivir solo/a	Viudedad	29.86	59.14	11.01	50.56	49.44	30.73	69.27
	Divorcio/separación	42.22	40.65	17.13	47.09	52.91	24.09	75.91
	Emancipación	53.73	43.74	2.53	42.13	57.87	26.03	73.97
	Decisión propia	34.67	49.53	15.81	34.31	65.69	43.38	56.62
	Otros motivos	26.62	41.14	32.23	50.94	49.06	54.96	45.04
Años viviendo solo/a	<1	32.56	35.11	32.33	57.47	42.53	40.04	59.96
	1 a 4	27.03	63.14	9.83	62.30	37.70	23.50	76.5
	5 a 10	28.77	54.83	16.40	45.10	54.9	46.24	53.76
	11 a 20	42.77	45.30	11.93	34.97	65.03	28.21	71.79
	20+	36.25	49.39	14.36	32.8	67.20	42.84	57.16
Tiempo barrio	≤ 10 años	41.51	44.78	13.71	32.47	67.53	37.09	62.91
	11-20 años	58.54	33.99	7.47	19.17	80.83	24.57	75.43
	21-40 años	52.02	39.41	8.57	25.62	74.38	27.78	72.22
	41+ años	52.89	41.69	5.42	24.67	75.33	23.27	76.73

Fuente: elaboración propia.

Tabla 8. Prevalencia de soledad general, soledad emocional y soledad social en la población de 55 años o más en Andalucía por sus características de salud

		Soledad general			Soledad emocional		Soledad social	
		No	Moderada	Severa	No	Sí	No	Sí
Estado de salud	Muy malo	21.09	61.11	17.8	57.73	42.27	40.49	59.51
	Malo	32.38	52.25	15.37	46.76	53.24	34.71	65.29
	Regular	46.77	42.16	11.08	34.27	65.73	28.18	71.82
	Bueno	58.41	37.73	3.85	16.54	83.46	22.46	77.54
	Muy bueno	66.24	28.83	4.93	12.31	87.69	23.87	76.13
Cambio en salud	Ha empeorado	71.41	28.59	0.00	1.97	98.03	18.09	81.91
	Ha empeorado algo	53.13	40.77	6.10	22.60	77.4	25.31	74.69
	Está igual	60.57	36.51	2.91	16.62	83.38	22.29	77.71
	Ha mejorado algo	43.52	43.38	13.10	34.30	65.7	28.40	71.6
	Ha mejorado mucho	23.98	54.02	21.99	56.32	43.68	46.00	54.00
Depresión	Siempre o casi siempre	16.11	50.98	32.92	9.33	90.67	21.24	78.76
	A veces	38.41	51.35	10.24	41.38	58.62	27.09	72.91
	Nunca	65.57	32.43	2.00	69.52	30.48	52.79	47.21
Limitación de actividades por salud	Sí, mucho	37.23	47.27	15.50	43.73	56.27	36.39	63.61
	Sí, algo	41.42	46.42	12.16	36.62	63.38	28.42	71.58
	No	59.78	36.15	4.07	16.69	83.31	22.87	77.13

Fuente: elaboración propia.

Tabla 9. Prevalencia de aislamiento social, aislamiento familiar y aislamiento de amistades en la población de 55 años o más en Andalucía por las características del tipo de hogar.

		Aislamiento social		Aislamiento familiar		Aislamiento de amistades	
		Sí	No	Sí	No	Sí	No
Tipo de hogar	Unipersonal	22.74	77.26	13.64	86.36	35.04	64.96
	No unipersonal	12.25	87.75	2.99	97.01	30.56	69.44
Formato de hogar no unipersonal	Vive con pareja	11.80	88.2	3.20	96.8	30.50	69.50
	Vive con pareja e hijos/as	6.31	93.69	0.92	99.08	23.76	76.24
	Vive con otros familiares	24.38	75.62	6.86	93.14	43.22	56.78
	Vive con no familiares	44.45	55.55	2.49	97.51	61.75	38.25
Motivo principal de vivir solo/a	Viudedad	23.26	76.74	10.01	89.99	39.00	61.00
	Divorcio/separación	17.49	82.51	8.63	91.37	20.63	79.37
	Emancipación	2.72	97.28	0.61	99.39	19.08	80.92
	Decisión propia	27.24	72.76	24.08	75.92	36.29	63.71
	Otros motivos	30.01	69.99	15.27	84.73	43.02	56.98
Años viviendo solo/a	<1	33.94	66.06	10.33	89.67	47.63	52.37
	1 a 4	15.38	84.62	2.37	97.63	28.75	71.25
	5 a 10	20.30	79.70	24.98	75.02	34.78	65.22
	11 a 20	21.34	78.66	9.42	90.58	33.37	66.63
	20+	31.90	68.10	21.48	78.52	41.31	58.69
Tiempo barrio	≤ 10 años	21.08	78.92	6.70	93.3	47.74	52.26
	11-20 años	13.81	86.19	5.81	94.19	26.40	73.6
	21-40 años	13.55	86.45	5.18	94.82	27.34	72.66
	41+ años	14.58	85.42	4.93	95.07	34.70	65.30

Fuente: elaboración propia.

Tabla 10. Prevalencia de aislamiento social, aislamiento familiar y aislamiento de amistades en la población de 55 años o más en Andalucía por sus características de salud

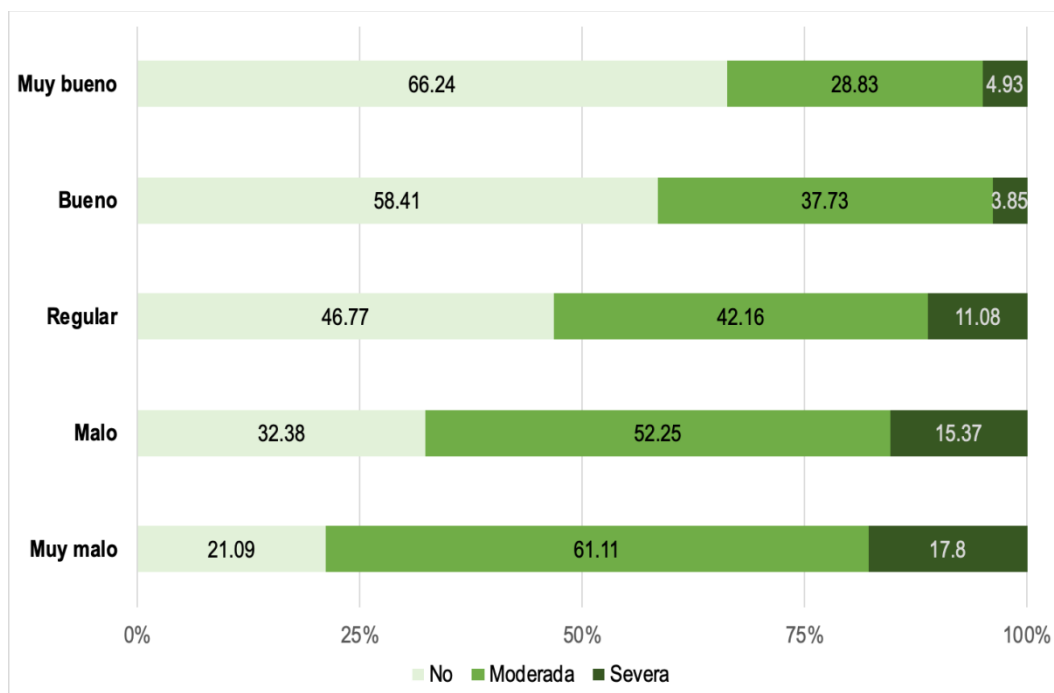
		Aislamiento social		Aislamiento familiar		Aislamiento de amistades	
		Sí	No	Sí	No	Sí	No
Estado de salud	Muy malo	37.64	62.36	11.97	88.03	52.79	47.21
	Malo	26.22	73.78	10.36	89.64	41.99	58.01
	Regular	19.29	80.71	4.96	95.04	35.12	64.88
	Bueno	9.94	90.06	4.39	95.61	26.28	73.72
	Muy bueno	7.10	92.90	3.14	96.86	30.40	69.60
Cambio en salud	Ha empeorado	15.06	84.94	0.00	100	24.78	75.22
	Ha empeorado algo	11.05	88.95	6.98	93.02	30.42	69.58
	Está igual	11.12	88.88	4.24	95.76	28.5	71.50
	Ha mejorado algo	19.17	80.83	6.86	93.14	34.86	65.14
	Ha mejorado mucho	25.33	74.67	5.54	94.46	44.12	55.88
Depresión	Siempre o casi siempre	8.98	91.02	4.24	95.76	27.98	72.02
	A veces	18.24	81.76	4.92	95.08	34.80	65.20
	Nunca	38.13	61.87	12.93	87.07	43.28	56.72
Limitación de actividades por salud	Sí, mucho	24.32	75.68	7.68	92.32	38.63	61.37
	Sí, algo	18.00	82.00	6.46	93.54	32.34	67.66
	No	11.23	88.77	4.34	95.66	29.74	70.26

Fuente: elaboración propia.

Diferencias por estado de salud

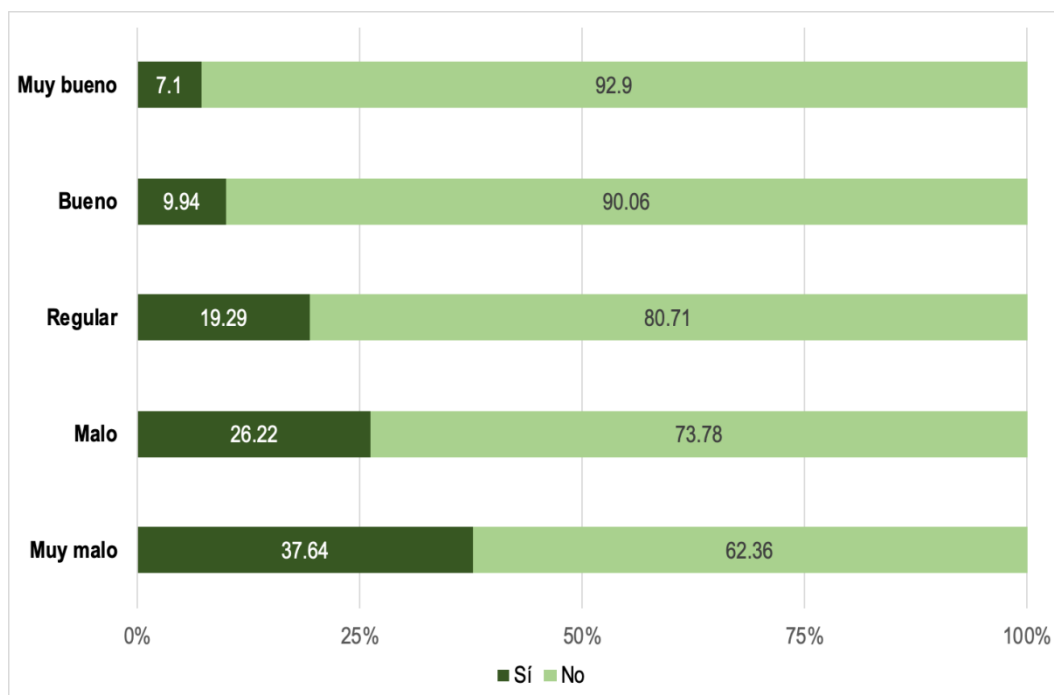
Un peor estado de salud autopercibido también está relacionado con mayores niveles de soledad. En el caso de la población andaluza de 55+ años, se pone de manifiesto una diferencia de 20 puntos porcentuales en la sensación de soledad entre las personas que declaran tener un estado de salud malo o regular –con un 60%– y las que declaran tenerlo bueno o muy bueno – con un 40%. Además, la soledad severa se multiplica por tres entre las primeras, con un 12% de prevalencia. Los datos de soledad emocional son incluso más dispares, con una tasa del 40% entre los que declaran un mal estado de salud y solo del 16% entre los que declaran un buen estado de salud. Para la soledad social, en cambio, se estrecha esa diferencia: 31% frente a 23% (tabla 8 y gráfico 8).

Gráfico 8. Prevalencia de soledad por estado de salud en la población de 55 o más años en Andalucía



Fuente: elaboración propia.

Gráfico 9. Riesgo de aislamiento social por estado de salud en la población de 55 o más años en Andalucía



Fuente: elaboración propia.

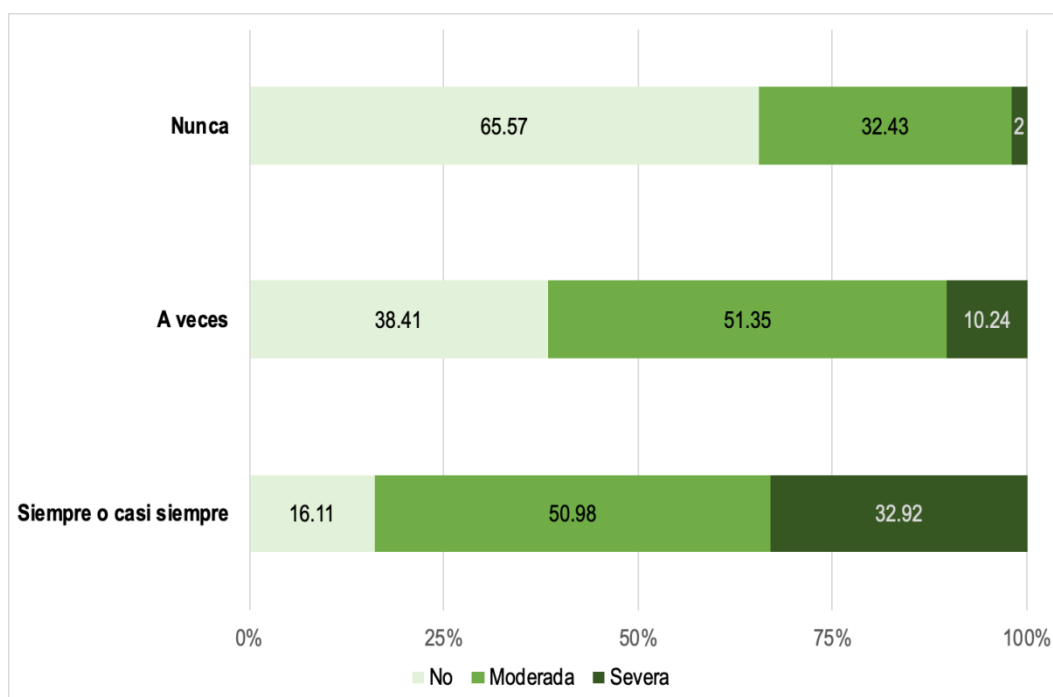
De la misma manera hay que controlar por edad y sexo: generalmente, las personas de mayor edad y las mujeres declaran un peor estado de salud (gráficos 12 y 15). El riesgo de aislamiento social, familiar y de amistades es igualmente mayor entre las personas que declaran tener un mal estado de salud, siendo mayor entre los hombres y las personas de más edad (gráfico 18), y entre las personas que han visto empeorar su salud o perdido autonomía funcional (gráficos 19 y 20). Por sexo, la soledad general muestra el mismo comportamiento para hombres y mujeres, mientras que se aprecian las diferencias de género en soledad emocional –mayor en mujeres– y social –mayor en hombres (gráfico 15). Por grupo de edad, se mantienen las tendencias que indican que la soledad se incrementa a partir de los 80 años. Si en lugar de atender al estado de salud en el momento de la entrevista, tomamos el cambio en su estado de salud en el último año, los resultados son también coherentes: cuando el estado de salud ha mejorado, las tasas de soledad disminuyen considerablemente, sobre todo las de soledad emocional (gráficos 13 y 16). La tendencia es similar en los colectivos que declaran haber perdido autonomía por problemas de salud (gráficos 14, 17 y 20).

En el caso de la depresión, la relación resulta evidente: las personas que declaran sentirse deprimidas presentan una mayor prevalencia de soledad (gráfico 10). Este resultado se repite en la población de Andalucía con 55 o más años. Antes que nada, hay que reseñar que una de

cada dos personas declara sentirse deprimida a veces (un 33%) o casi siempre (un 17%), cifras enormemente relevantes como problema de salud pública. En relación con la soledad, las tasas de soledad son mucho mayores entre las personas que declaran sentirse deprimidas. Igualmente ocurre con el riesgo de aislamiento social, que pasa del 9% entre las personas que nunca declaran depresión al 38% entre las que declaran sentirse deprimidas habitualmente (tabla 9).

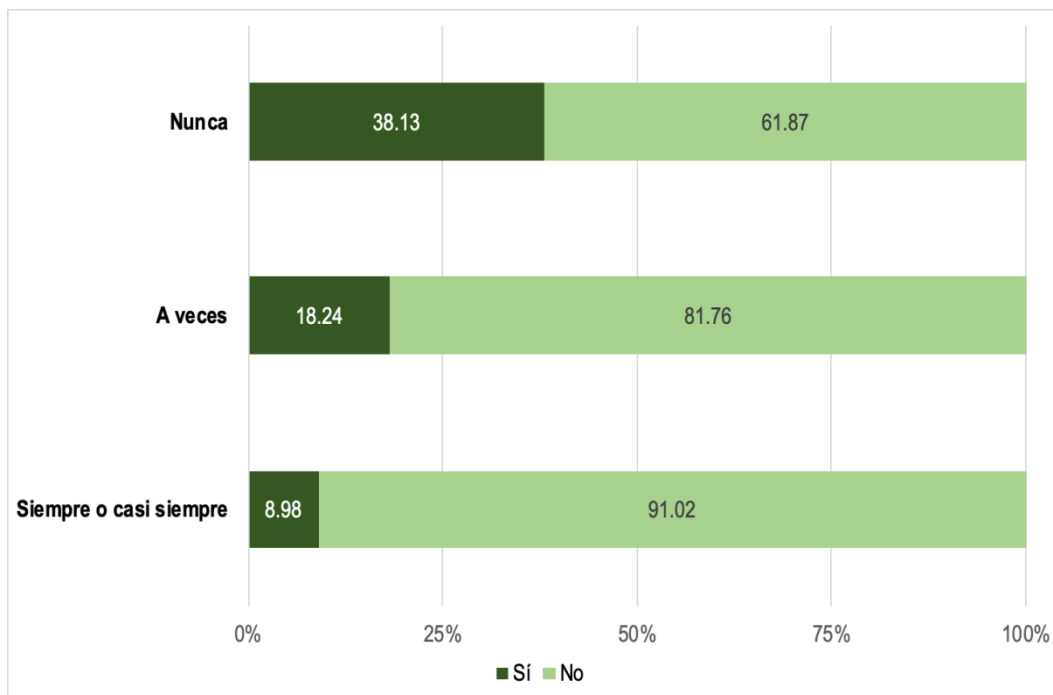
De la misma manera, el riesgo de aislamiento de la red familiar y de amistad aumenta entre las personas que declaran sentirse deprimidas. En ambos casos de soledad y aislamiento, el riesgo es mayor entre los hombres e incremental por edad, excepto en la prevalencia de soledad general y el riesgo aislamiento de la red familiar, que disminuye entre las personas de 80+ años (gráfico 11 y tabla 10).

Gráfico 10. Prevalencia de soledad por sentimiento de depresión en la población de 55 o más años en Andalucía



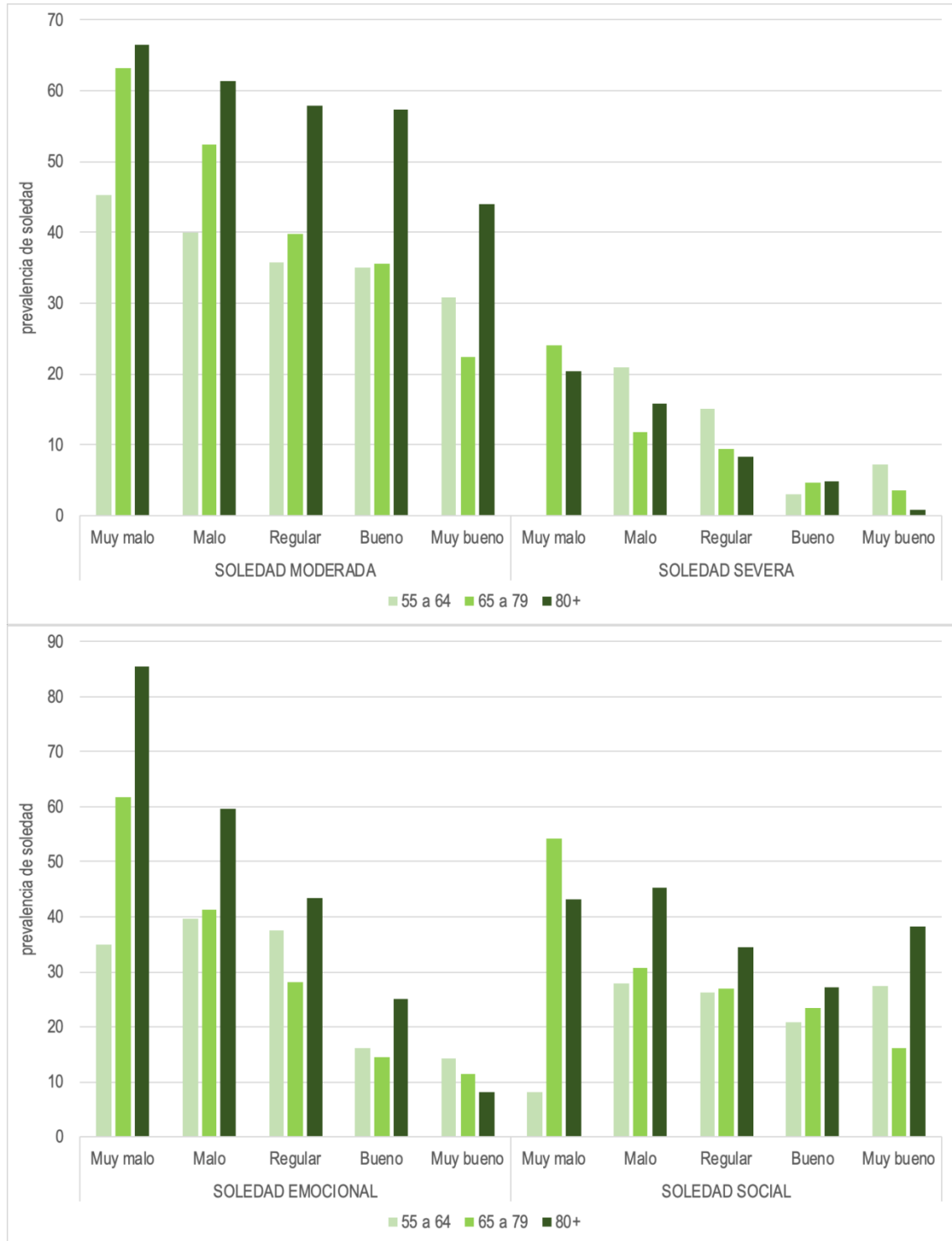
Fuente: elaboración propia.

Gráfico 11. Riesgo de aislamiento social por sentimiento de depresión en la población de 55 o más años en Andalucía



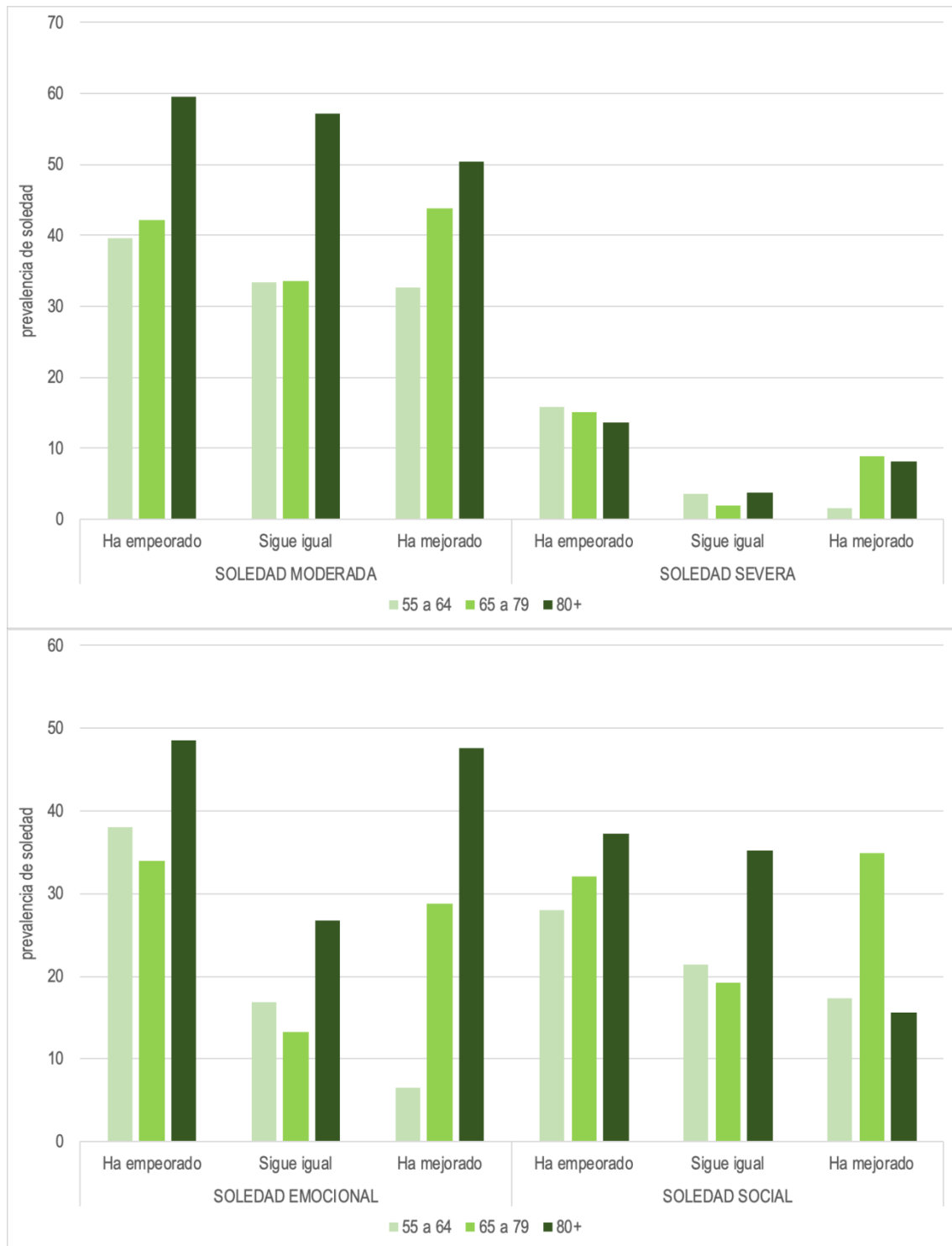
Fuente: elaboración propia.

Gráfico 12. Prevalencia de soledad moderada y severa, y soledad emocional y soledad social por estado de salud en cada grupo de edad.



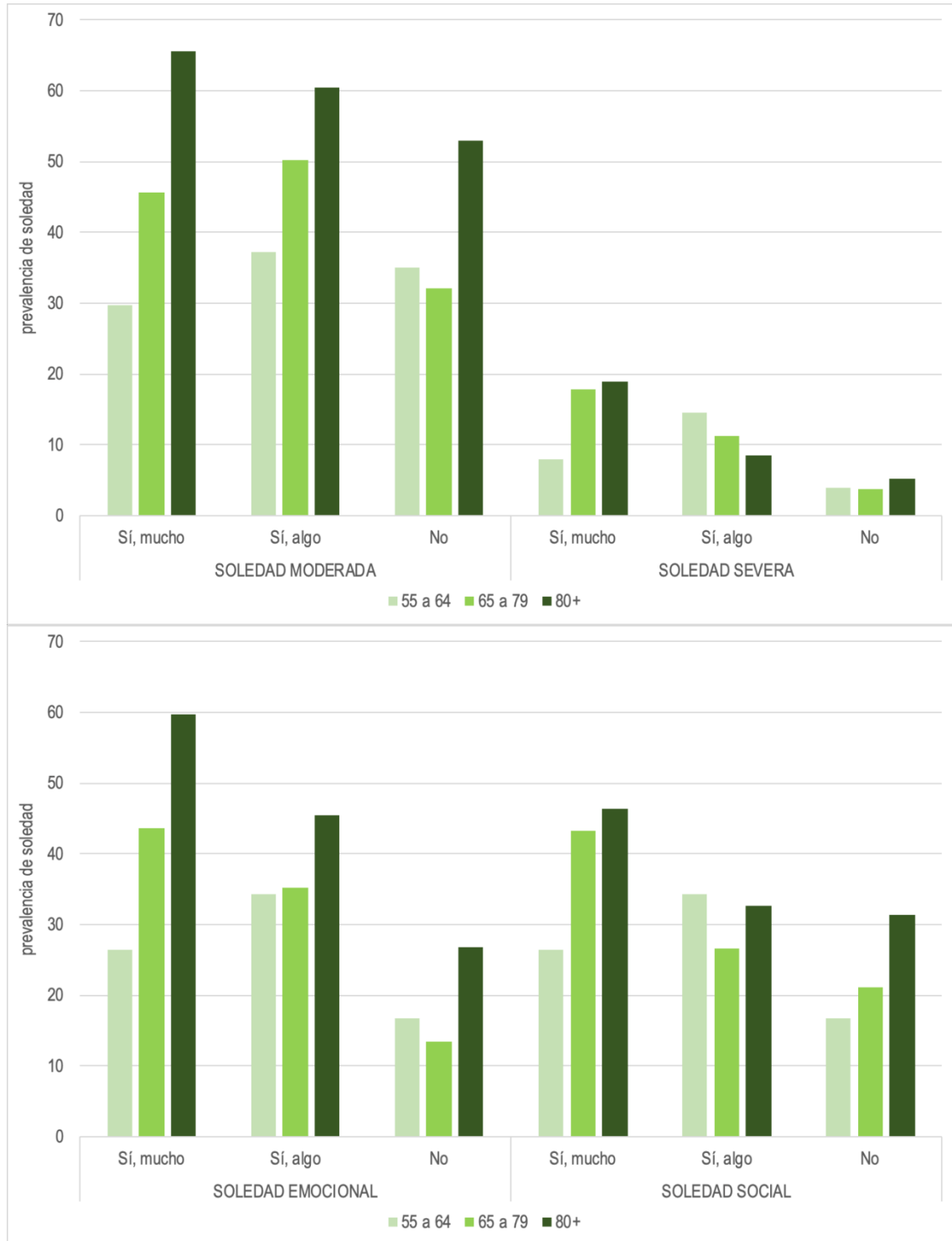
Fuente: elaboración propia.

Gráfico 13. Prevalencia de soledad moderada y severa, y soledad emocional y soledad social por cambio de salud en los últimos seis meses en cada grupo de edad.



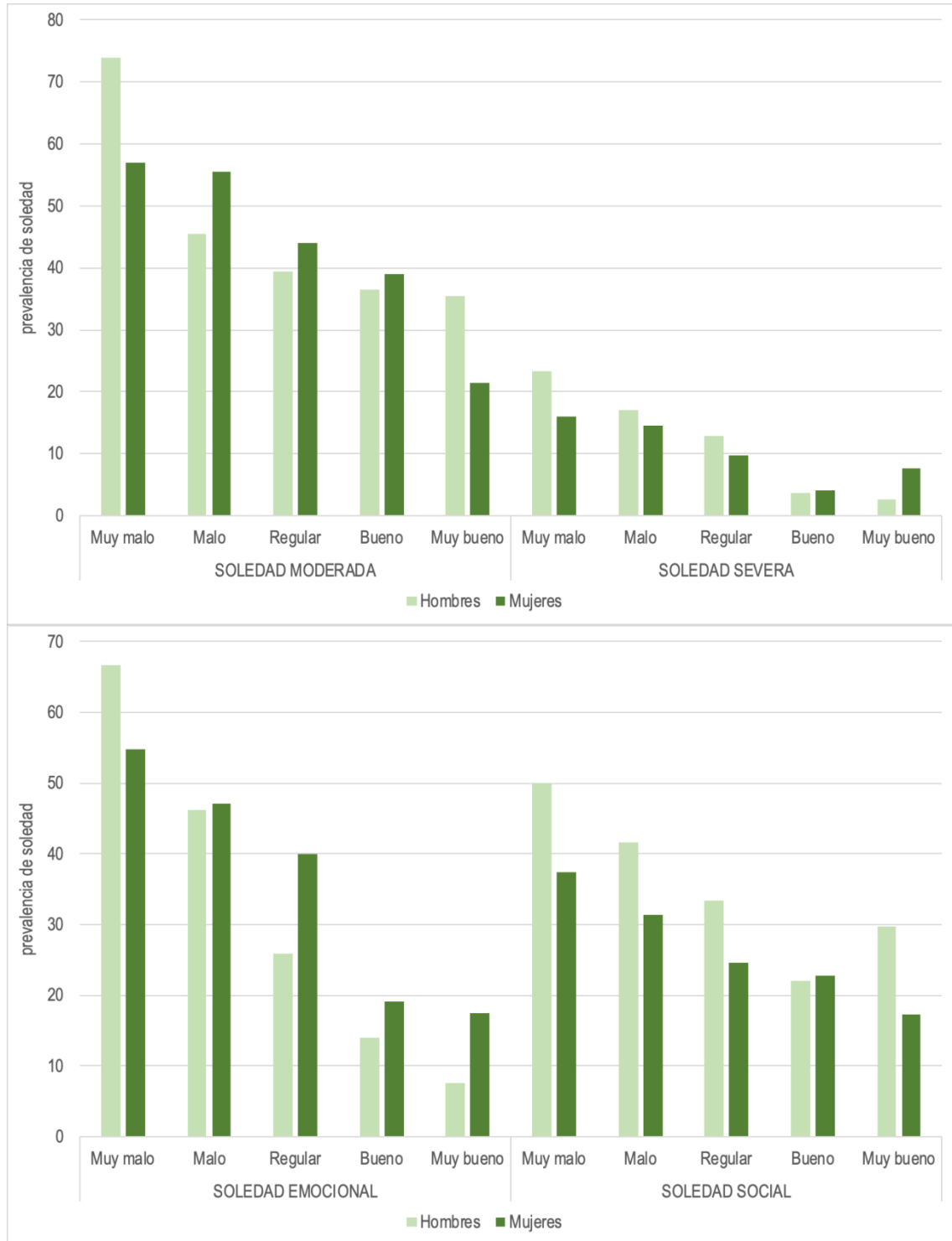
Fuente: elaboración propia.

Gráfico 14. Prevalencia de soledad moderada y severa, y soledad emocional y soledad social por limitaciones funcionales en cada grupo de edad.



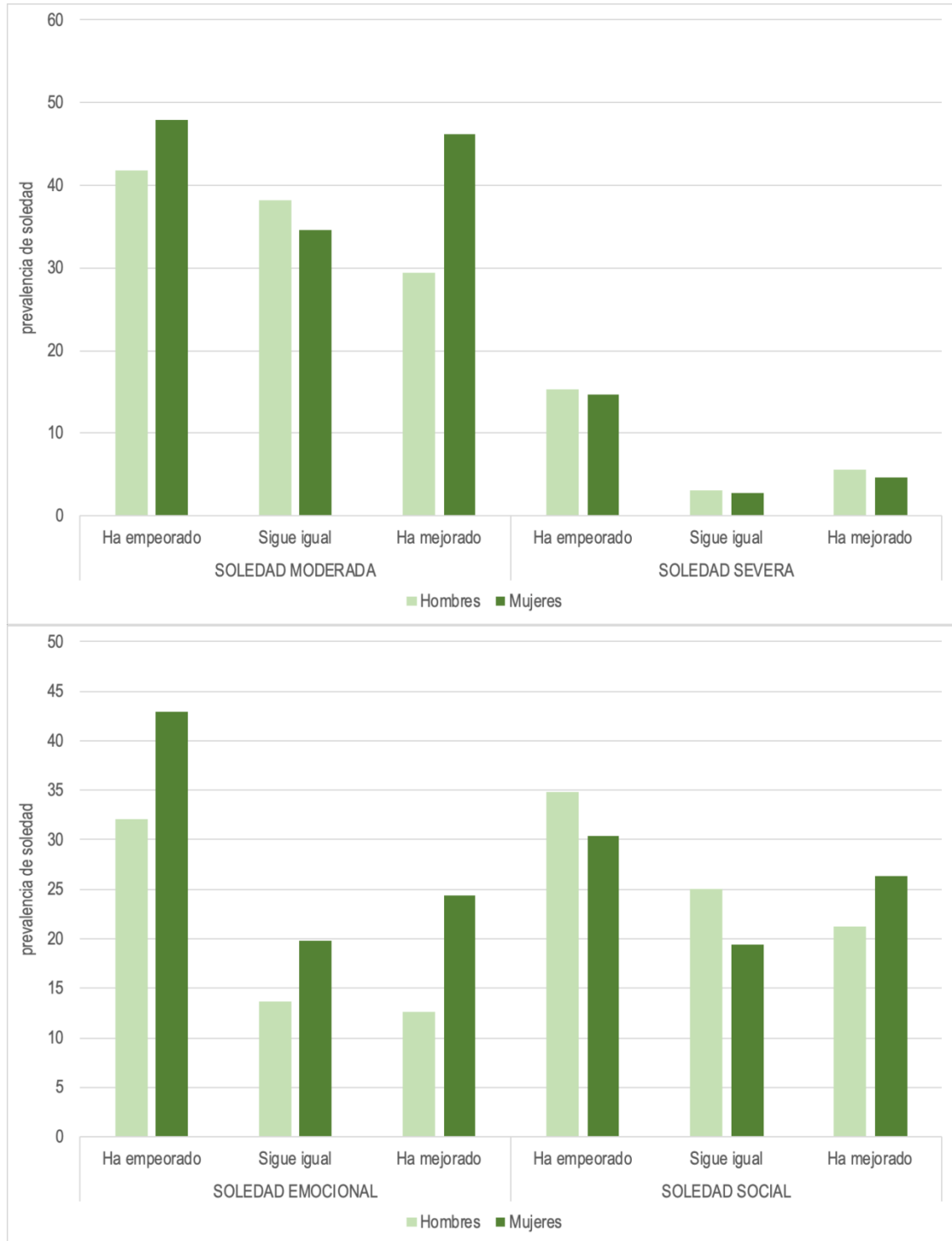
Fuente: elaboración propia.

Gráfico 15. Prevalencia de soledad moderada y severa, y soledad emocional y soledad social por estado de salud y por sexo.



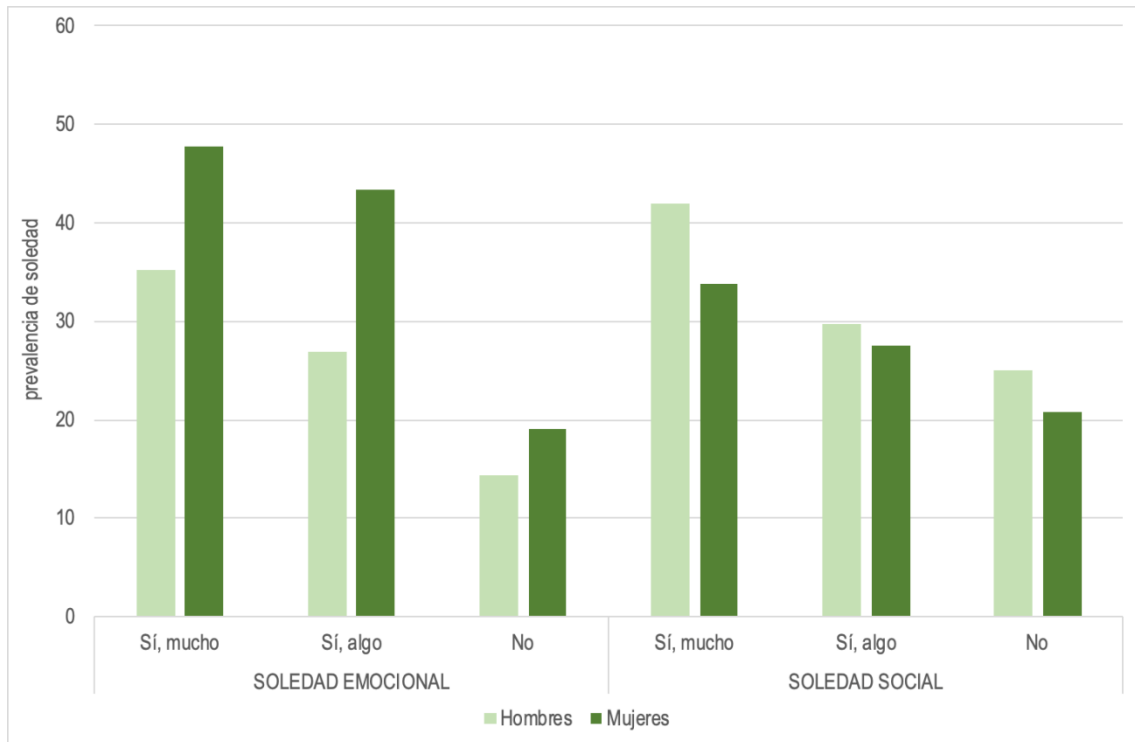
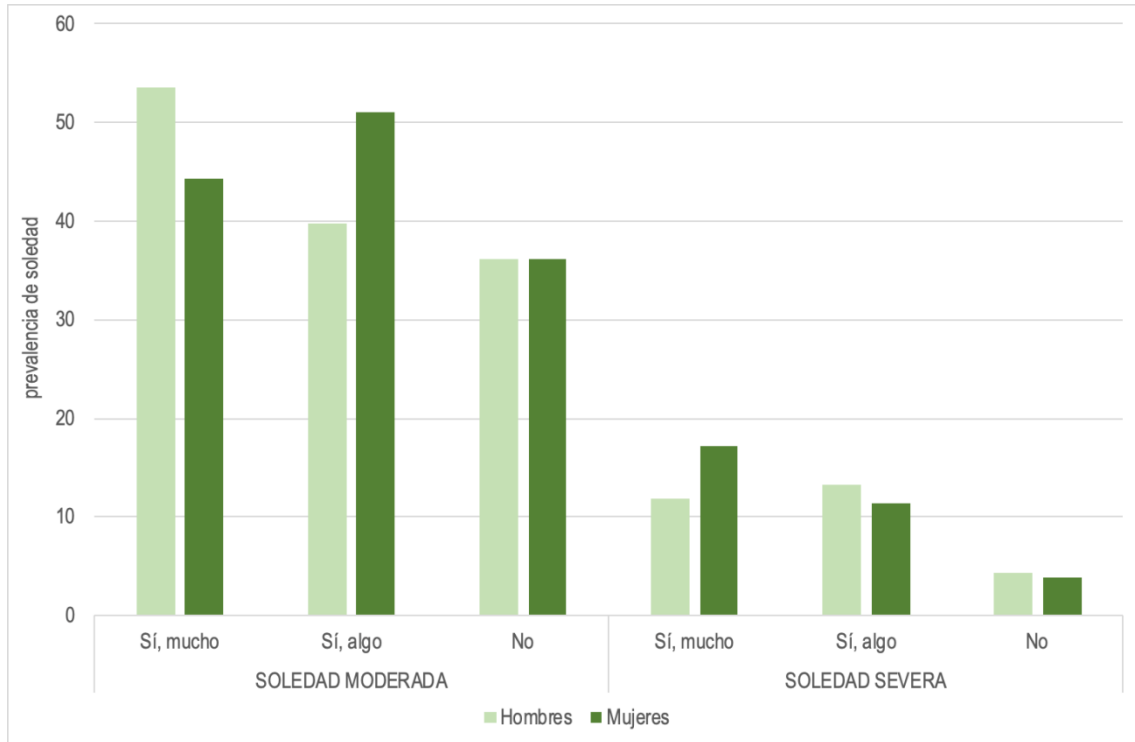
Fuente: elaboración propia.

Gráfico 16. Prevalencia de soledad moderada y severa, y soledad emocional y soledad social por cambio de salud en los últimos seis meses y por sexo.



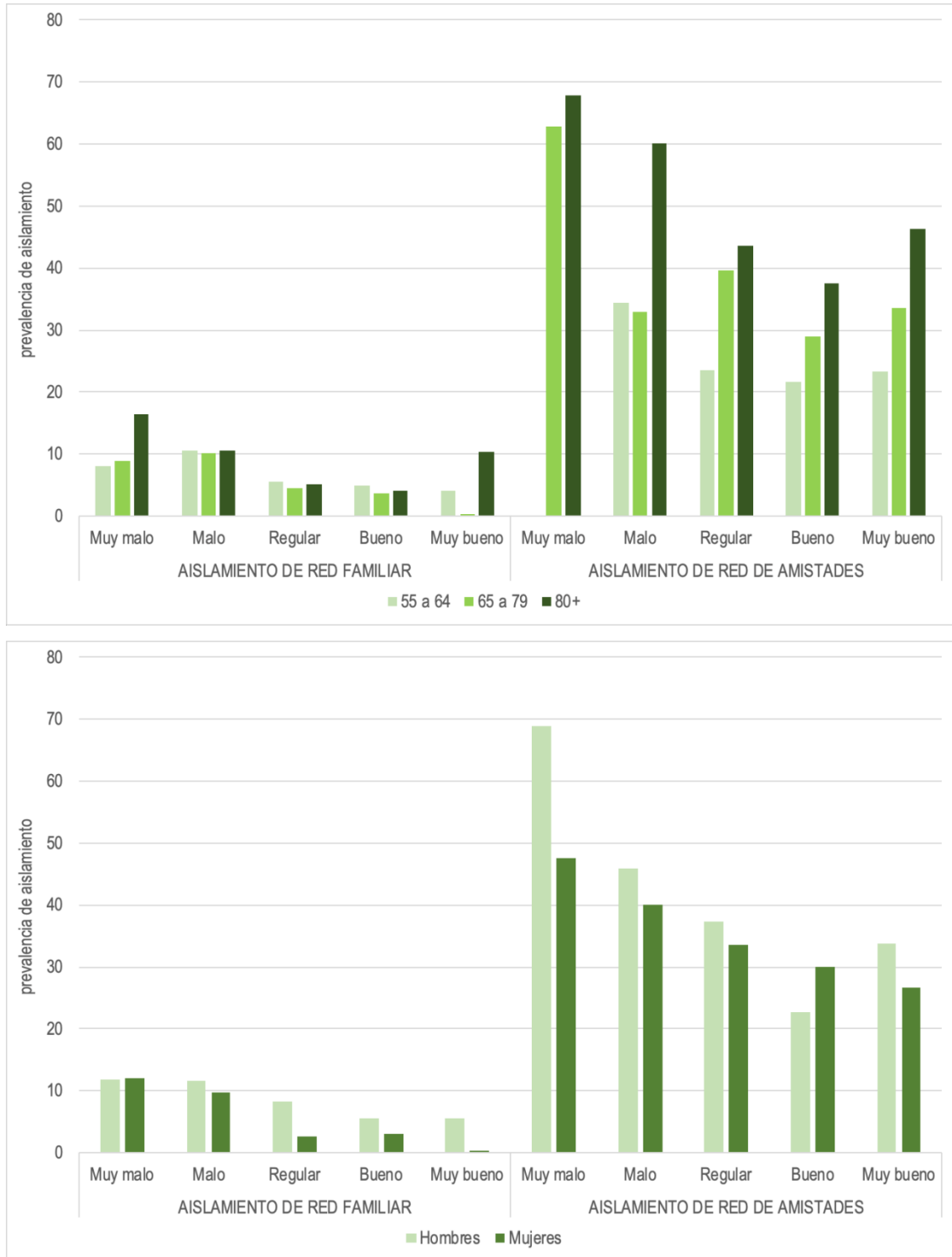
Fuente: elaboración propia.

Gráfico 17. Prevalencia de soledad moderada y severa, y soledad emocional y soledad social por limitaciones funcionales y por sexo.



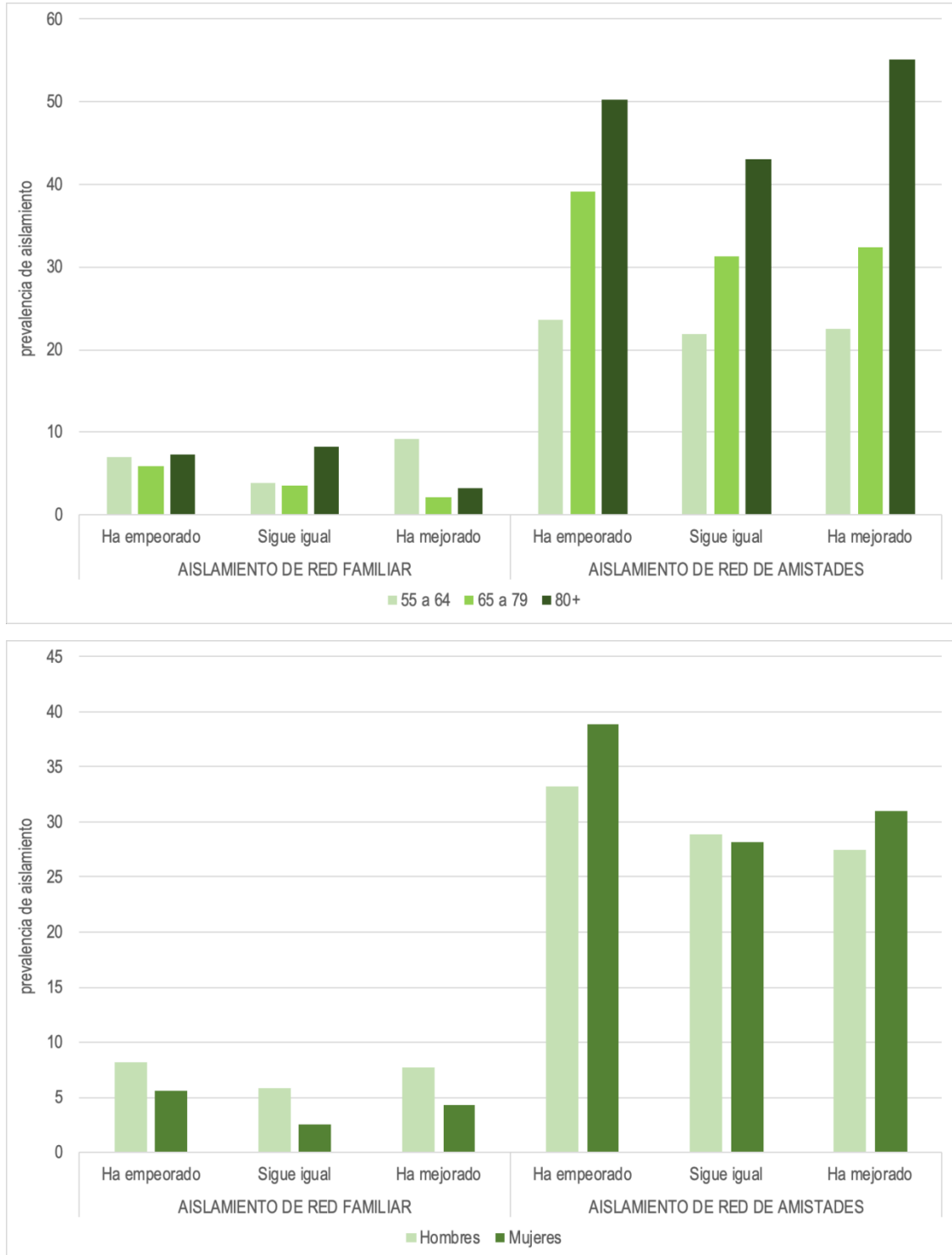
Fuente: elaboración propia.

Gráfico 18. Prevalencia de riesgo de aislamiento de la red familiar y riesgo de aislamiento de la red de amistades por estado de salud en cada grupo de edad y por sexo.



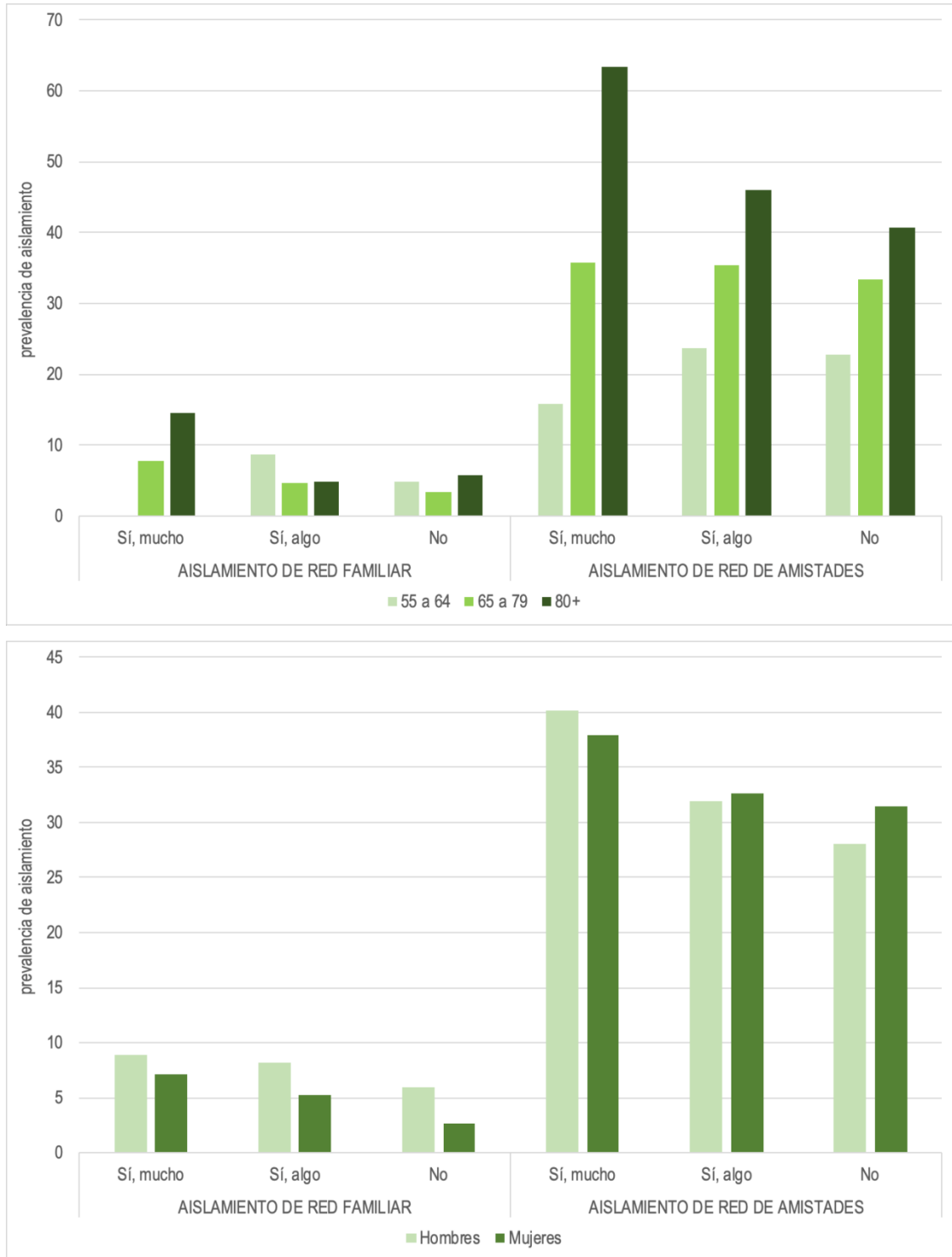
Fuente: elaboración propia.

Gráfico 19. Prevalencia de riesgo de aislamiento de la red familiar y riesgo de aislamiento de la red de amistades por cambio de salud en los últimos seis meses en cada grupo de edad y por sexo.



Fuente: elaboración propia.

Gráfico 20. Prevalencia de riesgo de aislamiento de la red familiar y riesgo de aislamiento de la red de amistades por limitaciones funcionales en cada grupo de edad y por sexo.



Fuente: elaboración propia.

Diferencias por participación en asociaciones

La vida asociativa también suele ser un pilar fundamental para empezar, extender o consolidar redes de contactos. En el caso de la población andaluza de 55+ años, casi una de cada tres personas ha declarado participar en al menos una asociación, especialmente en culturales, deportivas, de personas jubiladas, religiosas o de ayuda social. En su relación con la soledad, las personas que pertenecen a una asociación tienen menor prevalencia de soledad general, social y emocional; sobre todo, sufren mucho menos de soledad severa (tabla 12). En su relación con el aislamiento, las personas que no participan en asociaciones multiplican por tres su riesgo de aislamiento social (un 19%) y familiar (un 7%), y es algo mayor el de la red de amistad (36% frente a 24%), como se ve en la tabla 13. Por lo tanto, **la pertenencia y participación en una asociación, sea del tipo que sea, se confirma como factor de protección para la soledad**. Por sexo, apenas hay diferencias entre hombres y mujeres, mientras que por edad se mantiene la tendencia incremental de soledad y aislamiento entre las personas más mayores.

Tabla 12. Prevalencia de soledad general, soledad emocional y soledad social en la población de 55 años o más en Andalucía por el uso de TIC y participación.

		Soledad general			Soledad emocional		Soledad social	
		No	Moderada	Severa	No	Sí	No	Sí
Frecuencia de diaria de uso teléfono	Nada	28.64	51.27	20.09	41.26	58.74	51.79	48.21
	Poco	50.63	40.18	9.20	24.82	75.18	30.70	69.30
	Algunas veces	54.61	39.76	5.63	24.34	75.66	24.03	75.97
	Bastante	56.73	38.87	4.40	19.17	80.83	19.38	80.62
	Mucho	56.99	37.17	5.84	28.70	71.30	17.27	82.73
Frecuencia diaria de uso de mensajería instantánea	Nada	33.48	42.98	23.54	33.99	66.01	64.75	35.25
	Poco	31.43	52.43	16.14	34.58	65.42	51.53	48.47
	Algunas veces	45.73	44.63	9.65	26.97	73.03	30.33	69.67
	Bastante	56.88	38.59	4.53	21.34	78.66	21.77	78.23
	Mucho	66.43	30.22	3.36	20.96	79.04	10.73	89.27
Frecuencia diaria de uso de redes sociales	Nada	39.33	48.82	11.85	33.59	66.41	35.54	64.46
	Poco	56.95	36.65	6.40	19.06	80.94	24.10	75.90
	Algunas veces	61.40	33.51	5.09	20.51	79.49	24.30	75.70
	Bastante	60.79	34.24	4.97	18.95	81.05	20.09	79.91
	Mucho	62.87	34.86	2.27	20.52	79.48	11.99	88.01
Asociación	Sí	58.07	38.67	3.27	82.51	17.49	80.89	19.11
	No	49.73	40.57	9.70	71.25	28.75	70.23	29.77
Centro de día	Sí	37.37	59.77	2.86	69.10	30.90	76.76	23.24
	No	53.18	39.32	7.49	75.51	24.49	74.02	25.98

Fuente: elaboración propia.

Tabla 13. Prevalencia de aislamiento social, aislamiento familiar y aislamiento de amistades en la población de 55 años o más en Andalucía por el uso de TIC y participación.

		Aislamiento social		Aislamiento familiar		Aislamiento de amistades	
		Sí	No	Sí	No	Sí	No
Frecuencia de diaria de uso teléfono	Nada	45.33	54.67	20.97	79.03	60.88	39.12
	Poco	14.11	85.89	5.61	94.39	30.82	69.18
	Algunas veces	13.07	86.93	4.85	95.15	31.51	68.49
	Bastante	13.48	86.52	3.14	96.86	31.39	68.61
	Mucho	9.75	90.25	3.31	96.69	24.21	75.79
Frecuencia diaria de uso de mensajería instantánea	Nada	62.85	37.15	38.37	61.63	58.93	41.07
	Poco	32.62	67.38	13.58	86.42	48.70	51.3
	Algunas veces	17.78	82.22	5.70	94.30	40.28	59.72
	Bastante	8.40	91.60	2.15	97.85	26.98	73.02
	Mucho	6.84	93.16	2.46	97.54	19.14	80.86
Frecuencia diaria de uso de redes sociales	Nada	27.67	72.33	8.55	91.45	46.60	53.4
	Poco	10.85	89.15	4.96	95.04	26.30	73.7
	Algunas veces	6.84	93.16	3.44	96.56	25.57	74.43
	Bastante	5.49	94.51	3.07	96.93	21.54	78.46
	Mucho	4.62	95.38	1.73	98.27	18.09	81.91
Asociación	Sí	6.36	93.64	2.73	97.27	24.12	75.88
	No	19.08	80.92	6.68	93.32	35.72	64.28
Centro de día	Sí	12.51	87.49	5.13	94.87	30.46	69.54
	No	14.53	85.47	5.25	94.75	31.54	68.46

Fuente: elaboración propia.

Diferencias territoriales en prevalencia de soledad y riesgo de aislamiento social

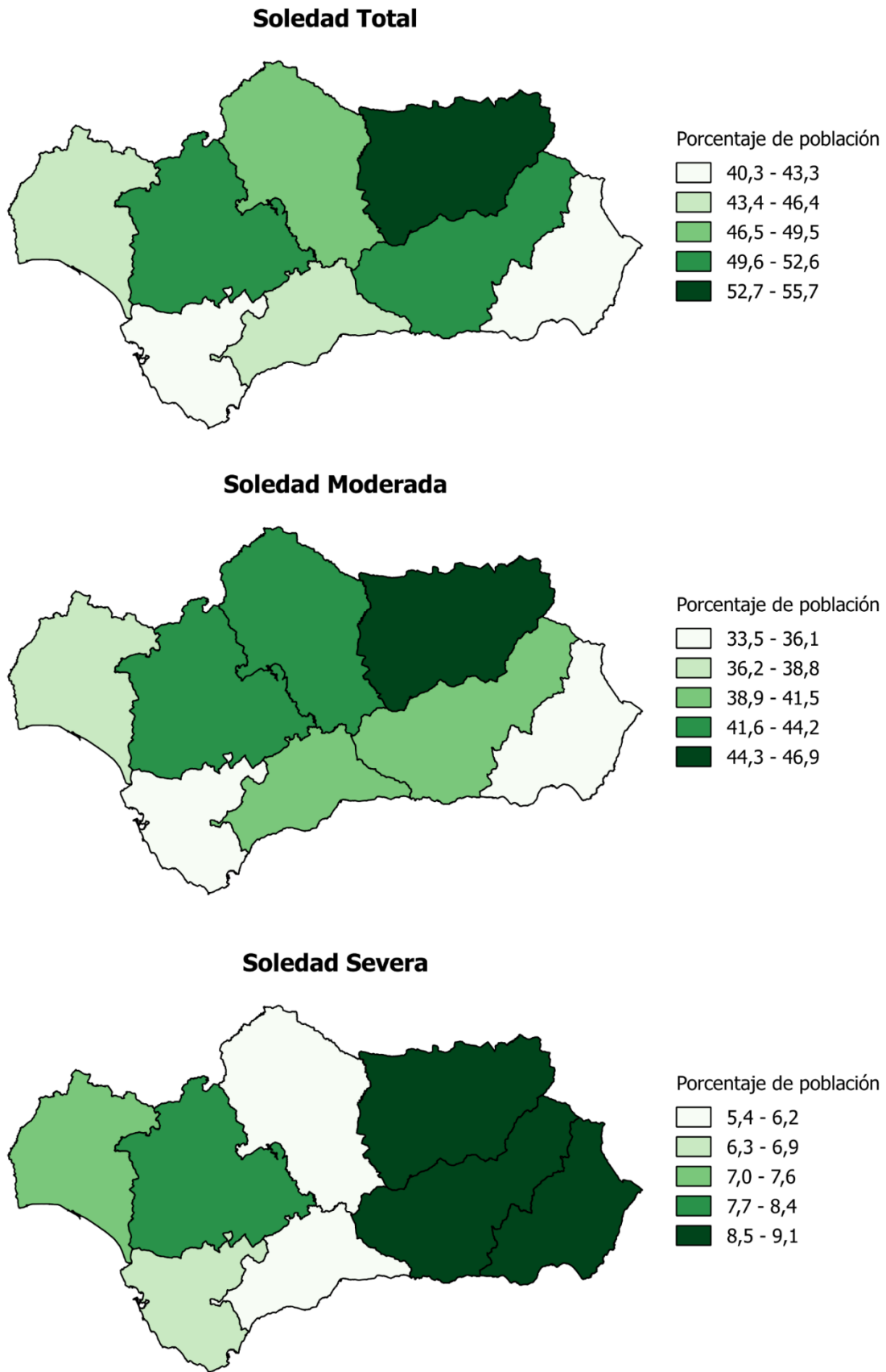
El hábitat de residencia lo hemos categorizado en rural (municipios menores de 10 mil habitantes) y urbano (municipios mayores de 10 mil habitantes). Estudios anteriores no han mostrado usualmente diferencias por hábitat y, si la ha habido, ha estado relacionada generalmente con el mayor envejecimiento de las zonas rurales. En el caso de Andalucía, no se encuentran diferencias significativas entre ambos entornos. Si se categoriza el hábitat en zonas costeras, zonas de sierra o montaña y resto de zonas, tampoco se encuentran diferencias significativas, si bien se apunta a una ligera menor tasa de soledad general y emocional en las zonas costeras, y un menor aislamiento de la red de amistad en las zonas de sierra.

Aunque no se observen diferencias geográficas especialmente significativas ni una pauta territorial inequívoca, conviene abordar la distribución provincial y por tipos de hábitat de la soledad y el aislamiento en la población mayor de Andalucía.

El mapa 1 muestra el porcentaje de población mayor de 55 años en soledad, soledad moderada y soledad severa para cada una de las ocho provincias andaluzas. La soledad total y soledad moderada de la población mayor es ligeramente superior en las provincias interiores (Sevilla, Córdoba y Jaén) frente a las meramente costeras (Huelva, Cádiz, Málaga y Almería), estando Granada en una situación intermedia en línea con su peculiaridad geográfica. La provincia de Jaén es la única que se diferencia significativamente de la media con un 55,7% de la población de 55 y más años en situación de soledad y un 47% en soledad moderada.

En cambio, la soledad severa dibuja un patrón diferente: las provincias centrales andaluzas se encuentran menos afectadas, con niveles por debajo del 6% (Córdoba y Málaga); Andalucía occidental, con un porcentaje intermedio entre el 6 y el 8%; y Andalucía oriental, con una mayor incidencia de la soledad severa, con tasas por encima del 8%. Esta distribución puede explicarse por el mayor sobreenviejeamiento y más altas tasas de dependencia en la parte oriental de la región andaluza, donde tiene mayor presencia el hábitat rural y de sierra.

Mapa 1. Distribución provincial de la soledad, soledad moderada y soledad severa

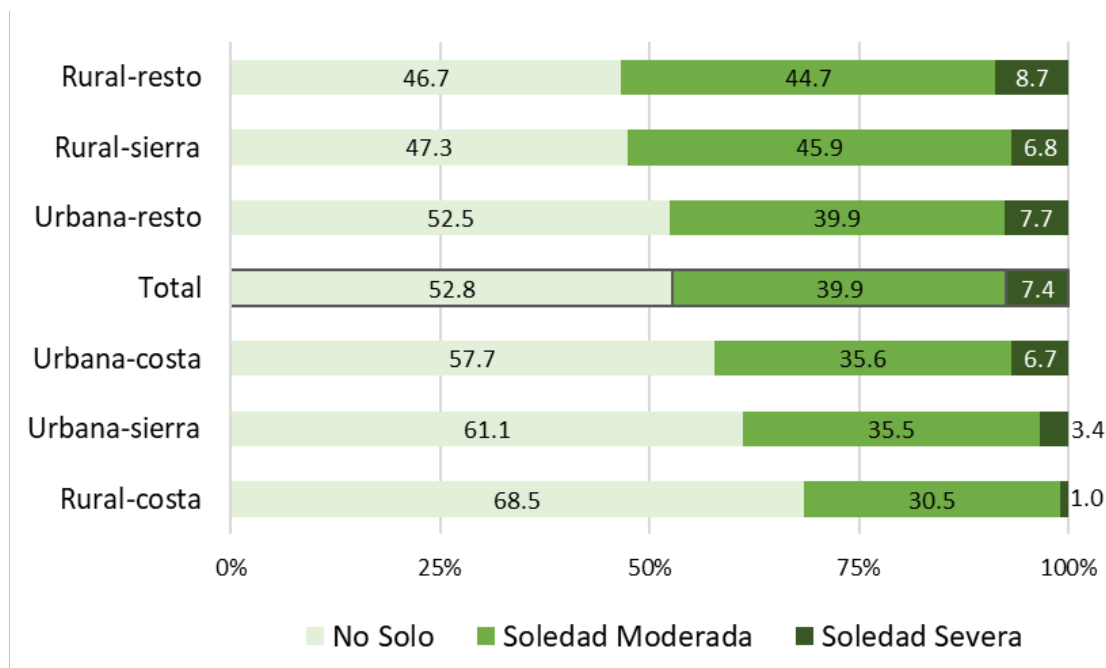


Fuente: elaboración propia.

Precisamente, en relación con el hábitat (gráfico 21), mientras la soledad en las diferentes zonas urbanas andaluzas se sitúa en torno a la media del conjunto de la población, las zonas rurales del interior (resto) y de sierra son las que tienen un mayor porcentaje de la población de 55 y más años en situación de soledad, tanto moderada como severa: más de la mitad de su población se encuentran en situación de soledad. En contraste, la población residente en zonas rurales de costa son las que en menor porcentaje se encuentran en esa situación.

En términos generales, con una dicotomía entre zonas rurales y urbanas, la soledad está ligeramente más presente en la población rural, en especial en la soledad moderada (tabla 14), aunque esta tendencia no se observa en todas las provincias, siendo especialmente profunda en Granada y Málaga.

Gráfico 21. Prevalencia de soledad (moderada y severa) en la población de 55 años o más en Andalucía según tipo de hábitat

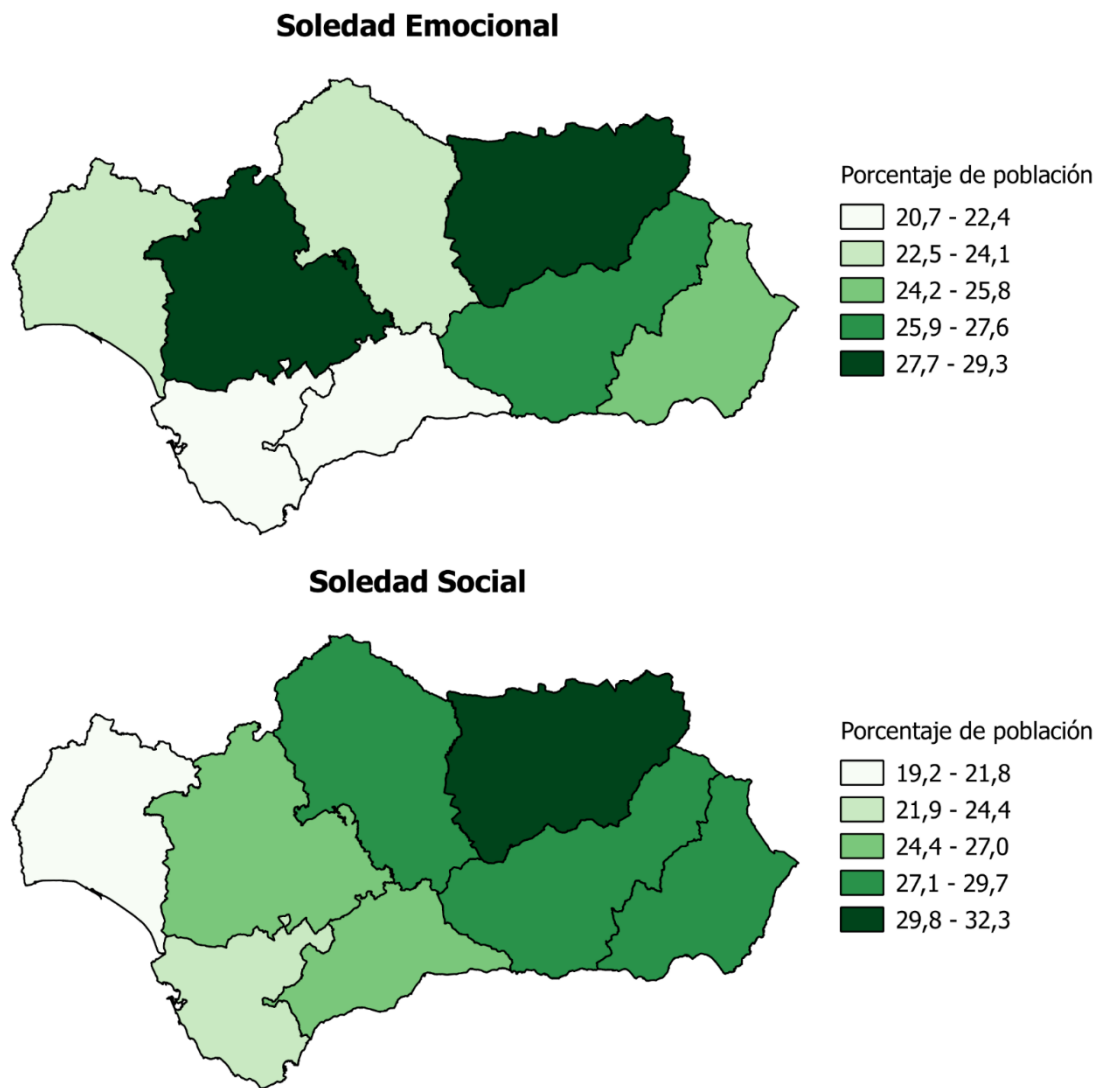


Fuente: elaboración propia.

También se observan ligeras diferencias en la soledad emocional y social (Mapa 2). Las provincias de Sevilla y Jaén destacan por su mayor soledad emocional de la población de 55 o más años, con porcentajes cercanos al 30%. En el lado inverso, Cádiz (20,7%) y Málaga (20,9%) presentan la menor incidencia de soledad emocional entre las provincias andaluzas. Respecto al hábitat, son las zonas de costa (rural y urbana) y rural-sierra las que tienen menor presencia de soledad emocional en este colectivo (Tabla 14).

La soledad social dibuja de nuevo una leve diferencia entre la Andalucía oriental y la occidental. Las provincias nororientales (Córdoba, Granada, Jaén y Almería) tienen a más del 27% del colectivo objeto de estudio bajo estas condiciones, mientras que las provincias suroccidentales (Málaga, Cádiz, Sevilla y Huelva) están por debajo de la media del conjunto de la comunidad autónoma, que se sitúa en el 26%. Analizando la soledad social según el tipo de hábitat en que residen las personas mayores, en términos generales la incidencia de este tipo de soledad es más elevado en el ámbito rural, diferencia que se observa en la mayoría de provincias (Tabla 15), y las zonas rural-costa y urbana-sierra sobresalen con una significativa menor incidencia de soledad social (Tabla 16).

Mapa 2. Distribución provincial de la soledad social y emocional



Fuente: elaboración propia.

Tabla 14. Prevalencia de soledad emocional y soledad social según hábitat

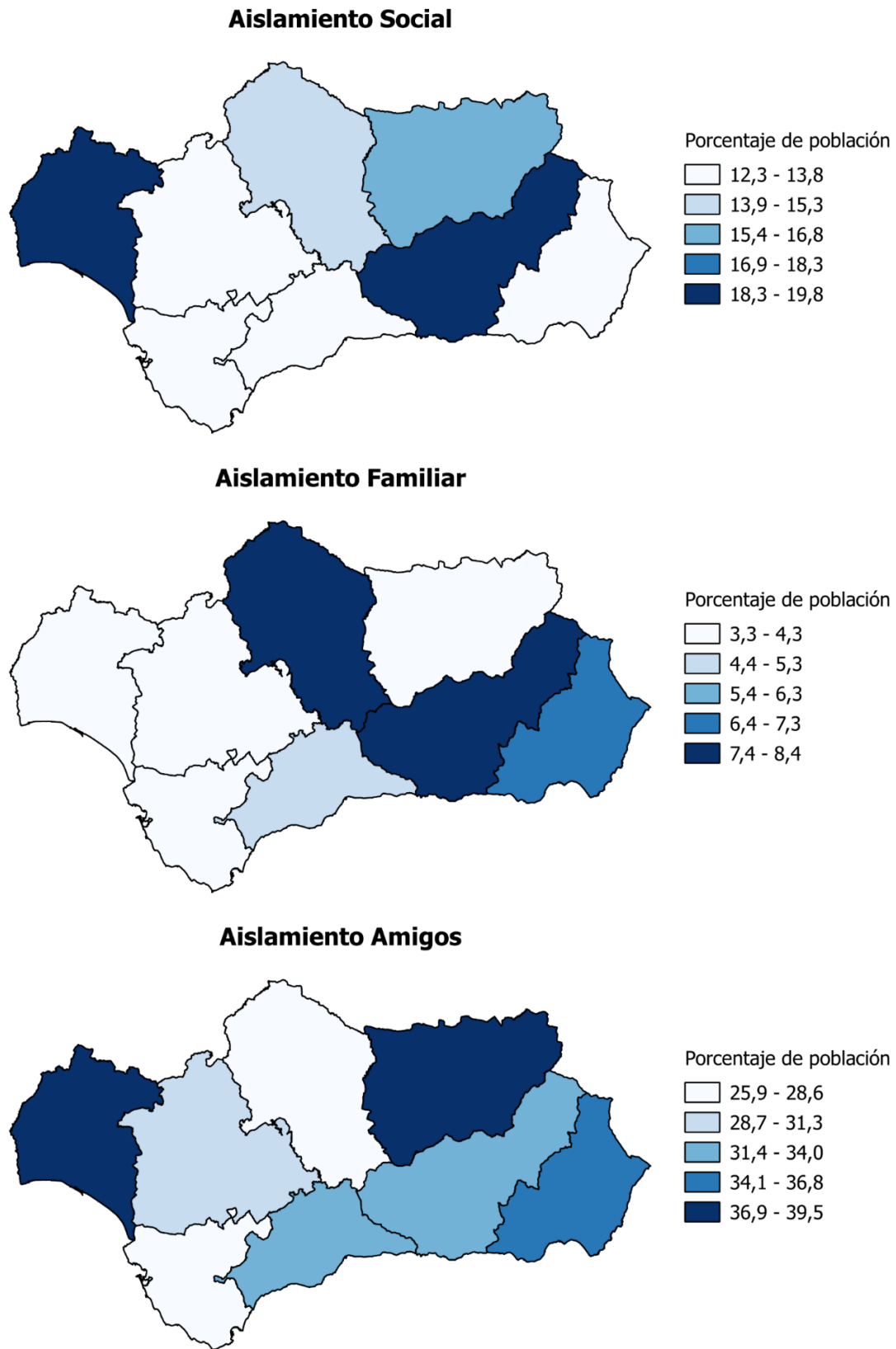
	Soledad emocional	Soledad social
Rural-sierra	21.6	28.7
Rural-costa	21.5	15.8
Rural-resto	27.4	31.7
Urbana-sierra	26.1	13.8
Urbana-costa	20.0	24.7
Urbana-resto	25.7	25.5
Total	24.7	25.9

Fuente: elaboración propia.

En relación con el riesgo de aislamiento, se observa una distribución territorial distinta según se trate de aislamiento social, de la red familiar o de la red de amistades (Mapa 3). Del lado de una menor presencia de riesgo de aislamiento, resulta necesario subrayar los casos de las provincias de Cádiz y Sevilla, que tienen un porcentaje de personas en aislamiento, en cualquiera de sus variantes, por debajo de la media andaluza. En el otro extremo, Granada presenta una alta presencia de aislamiento social (19,7%) y de la red familiar (8,4%), pero se comporta similar a la media en el aislamiento de la red de amistades. Destacan asimismo Córdoba, con el segundo mayor porcentaje de personas en riesgo de aislamiento familiar (8%), Jaén, por el mayor aislamiento de la red de amigos de toda Andalucía (39,5%), y Huelva, con una presencia superior a la media de riesgo de aislamiento social y de la red de amistades.

Por último, en relación con la tipología de hábitat utilizada en el estudio (Tabla 15), las zonas rural-costa de Andalucía tienen significativamente menor riesgo de aislamiento social (8,4%), de la red familiar (2,4%) y de la red de amistades (20,2%). En cambio, no se observan en general diferencias notables entre las personas de 55 o más años que residen en el ámbito rural o en el urbano. El riesgo de aislamiento de la red familiar presenta leves diferencias: se da una mayor presencia en el ámbito urbano en todas las provincias, salvo en Sevilla y Málaga (Tabla 16) — que contienen las dos grandes áreas urbanas de la región —, en las que el riesgo de aislamiento familiar es significativamente superior en sus zonas rurales que en las urbanas. En general, las zonas rurales de la provincia de Sevilla sobresalen con tasas de riesgo de aislamiento social, familiar y de amistades superiores a la media de la comunidad andaluza, al contrario de lo que ocurre en sus zonas urbanas.

Mapa 3. Distribución provincial del aislamiento social, aislamiento familiar y aislamiento amigos



Fuente: elaboración propia.

Tabla 15. Soledad y aislamiento según tipo de hábitat por provincias

		Soledad total	Soledad moderada	Soledad severa	Soledad emocional	Soledad social	Aislamiento social	Aislamiento familiar	Aislamiento amigos
Almería	Rural	38.2	27.4	10.8	25.0	29.0	11.5	5.0	43.4
	Urbano	44.3	36.2	8.0	24.4	29.7	14.4	8.1	33.3
Cádiz	Rural	40.9	32.7	8.3	27.0	26.4	3.8	1.6	14.2
	Urbano	40.2	33.5	6.7	20.1	22.0	13.0	3.5	27.7
Córdoba	Rural	53.0	49.0	4.0	21.3	34.3	13.0	6.0	32.5
	Urbano	47.3	41.3	6.0	23.0	27.7	15.0	8.8	23.2
Granada	Rural	63.2	53.8	9.4	33.0	35.5	15.5	7.6	30.9
	Urbano	43.6	34.7	8.9	23.9	24.2	21.8	8.7	34.3
Huelva	Rural	23.1	14.4	8.7	16.3	14.7	23.7	3.8	31.7
	Urbano	58.8	52.0	6.8	28.7	21.9	17.4	4.6	42.4
Jaén	Rural	57.0	49.5	7.5	23.0	36.5	5.8	0.0	33.1
	Urbano	55.0	45.5	9.5	31.2	29.9	21.2	5.2	43.0
Málaga	Rural	58.7	57.7	1.0	19.3	28.1	19.3	6.8	26.5
	Urbano	43.7	37.0	6.8	21.2	24.4	12.8	4.6	33.8
Sevilla	Rural	58.0	47.0	10.9	32.1	26.4	19.0	12.3	40.8
	Urbano	48.5	41.3	7.2	28.7	24.1	11.3	2.8	26.5
Total	Rural	51.7	44.1	7.7	25.4	29.8	14.6	6.0	33.1
	Urbano	46.0	38.7	7.3	24.5	24.8	14.5	5.0	31.1

Fuente: elaboración propia.

Tabla 16. Prevalencia de aislamiento por tipo de hábitat

	Aislamiento social	Aislamiento familiar	Aislamiento amigos
Rural-sierra	13.5	4.5	28.5
Rural-costa	8.4	2.4	20.2
Rural-resto	15.6	7.1	36.3
Urbana-sierra	17.6	7.3	28.2
Urbana-costa	15.6	5.3	35.0
Urbana-resto	13.9	4.8	30.1
Total	14.5	5.3	31.5

Fuente: elaboración propia.

CONCLUSIONES

Este estudio tenía como objetivo principal conocer y analizar la prevalencia de soledad no deseada y de aislamiento social de las personas de 55 y más años residentes en Andalucía y las características sociodemográficas que las definen. Para su consecución, se llevó a cabo un diseño basado en encuesta telefónica con el que se entrevistó a 2000 personas de 55 y más años en todo el territorio andaluz. De este trabajo se extraen las siguientes conclusiones.

Se ha estimado que un 47% de la población de 55 y más años residente en Andalucía se encuentra en situación de soledad no deseada: un 40% a nivel moderado y un 7% a nivel severo. Por lo tanto, se constata la presencia de la soledad no deseada entre la población mayor andaluza. Por dimensiones, la soledad emocional presenta una mayor prevalencia que la soledad social.

La soledad se da a todas las edades, si bien es creciente con la edad y se hace especialmente prevalente a partir de los 80 años, cuando alcanza a dos tercios de la población andaluza. Además, la soledad no deseada es ligeramente mayor entre las mujeres andaluzas, especialmente en la soledad emocional, mientras que la soledad social es algo superior entre los hombres hasta los 80 años, edad a partir de la cual las mujeres también presentan mayor soledad social.

Un 15% de la población mayor andaluza se encuentra en riesgo de aislamiento social, un riesgo que se incrementa notablemente para el grupo de 80 y más años, principalmente debido a la pérdida de su red de amistades. En cambio, no hay una pérdida del apoyo de la familia con el incremento de la edad, de modo que el riesgo de aislamiento de la red familiar es relativamente bajo a todas las edades.

El riesgo de aislamiento social es similar para mujeres y hombres, si bien las mujeres presentan un ligero mayor riesgo de pérdida del apoyo familiar y los hombres del apoyo de la red de amistades. Esto nos hace concluir que las mujeres presentan una red de amistades más nutrida y estable que la de los hombres, probablemente porque la de estos últimos está muy asociada al trabajo, con su consiguiente adelgazamiento tras la jubilación.

El nivel educativo se perfila como uno de los predictores más importantes de soledad no deseada y de riesgo de aislamiento social: las personas con un nivel educativo más bajo presentan un mayor riesgo, situación que se repite a todas las edades y por género. Los aspectos subjetivos de la red social –confianza y cercanía emocional– son los más afectados.

En el caso de la población andaluza, las personas que viven solas tienen mayor riesgo de encontrarse en situación de soledad no deseada –especialmente la emocional– y en riesgo de

aislamiento social –tanto de la red familiar como de la red de amistades–, situaciones que se dan en mayor medida entre los hombres.

La declaración de un peor estado de salud, de limitaciones de actividades básicas de la vida diaria o de tener síntomas depresivos incrementa enormemente la prevalencia de la soledad no deseada y el riesgo de aislamiento social, situación que se en todas sus dimensiones, para hombres y mujeres, y a cualquier edad.

En términos territoriales no hemos encontrado una pauta clara, si bien sí comprobamos que en general la prevalencia de la soledad aumenta en las zonas con mayor índice de envejecimiento y disminuye en las zonas costeras.

Estas conclusiones nos hacen destacar la importancia de las trayectorias vitales de los individuos para poder promocionar sus redes sociales y evitar situaciones de soledad no deseada. Asimismo, podemos constatar que hay posibilidad de intervención y, sobre todo, de prevención, sobre los factores predictores de la soledad y el riesgo de aislamiento social: nivel educativo, estado de salud, asociacionismo y fomento de las redes comunitarias y familiares de cercanía.

No solo las personas mayores, sino toda la sociedad debe estar sensibilizada ante lo que es un problema social que probablemente se acentúe ante las proyecciones demográficas que dibujan una población más envejecida y los estudios sociales que ya han puesto de manifiesto una creciente individualización de la sociedad y una pérdida de la comúnmente llamada vida de barrio. Hay que poner en alza el incalculable valor de las relaciones sociales y de las relaciones familiares estables y densas, que conllevan una mejor salud física y mental y, en último término, una mejor calidad de vida.

En este sentido, hay que recalcar la importancia del efecto protector sobre la soledad que tienen las relaciones con el entorno inmediato: la vecindad, el barrio, el mercado... Las personas mayores –y de otra manera, el resto de grupos de edad– encuentran espacios de socialización terciaria en los que poder ampliar sus redes más allá de la familia y más allá de sus coetáneos. El fomento de estos espacios locales, que se han visto dañados y minimizados con la individualización de la soledad y el adelgazamiento del comercio local, supone un elemento de prevención y protección frente a la soledad. En este ámbito juegan un papel fundamental las administraciones locales, que tienen la capacidad de establecer estrategias adaptadas a la realidad de sus municipios. Por ejemplo, en el caso de la zona centro de los municipios más grandes, que pueden tener una alta proporción de personas mayores que han residido allí a lo largo de su vida y que de manera reciente tienen una alta densidad de turismo, con la

consiguiente adaptación a esa nueva economía: en estos casos se necesita dinamizar las actividades y las relaciones entre los residentes, lo que redundará no solo en un factor de protección frente a la soledad no deseada, sino en una mejora de la economía local y del bienestar social.

El papel de los servicios sociales se antoja fundamental para una correcta aplicación de protocolos y estrategias de detección, seguimiento, prevención e intervención en casos y colectivos que se encuentren en situación de soledad no deseada. No solo hay que invertir de forma eficaz en los servicios sociales en general, sino también fomentar el servicio social comunitario en su forma específica de cooperación social, lo que podría ayudar a la reactivación de la vida barrial a través del reforzamiento de los servicios ya existentes que tratan de incentivar la ayuda mutua y paliar la sensación de soledad y reducir el riesgo de aislamiento.

Si bien en este estudio solo se presentan datos de personas de 55 y más años, no debemos olvidar que la soledad no deseada y el riesgo de aislamiento social aparece a todas las edades, como han puesto de manifiesto estudios anteriores tanto en España como en otros países. Por lo tanto, las políticas públicas deberían ir encaminadas a su prevención con una perspectiva integral y de ciclo de vida completo. Asimismo, sería necesario plantear políticas de intervención para los colectivos más susceptibles de riesgo, como es el caso, en el conjunto de la población, de las personas más mayores y con menor nivel educativo. De forma más específica, hay que atender a las necesidades concretas de las mujeres más mayores, un colectivo de mayor vulnerabilidad que presenta mayores tasas de soledad y mayor riesgo de aislamiento, por un lado, y su mayor probabilidad de vivir sola, dada su esperanza de vida más alta.

Por lo tanto, se constata la enorme importancia de actuar contra la soledad no deseada y el riesgo de aislamiento social en la población andaluza desde todos los ámbitos e instituciones en sus distintos niveles autonómico, local y comunitario. El fomento de las relaciones sociales, asimismo, se vislumbra crucial para poder prevenir o disminuir la sensación de soledad emocional y social de la población mayor andaluza. Todas estas consideraciones, además, hay que enmarcarlas en un contexto de sociedad envejecida y que lo será aún más en el futuro próximo, y de creciente individualización de la sociedad.

Se ha puesto también de manifiesto la relevancia de la investigación de la soledad no deseada como problema social. Los resultados de este estudio son un punto de partida para iniciar proyectos de investigación que se ocupen de otros ámbitos territoriales y que profundicen en los aspectos que aquí se han explorado. En primer lugar, es necesario **ampliar este estudio a toda la trayectoria vital**, de modo que podamos conocer la prevalencia de soledad y de riesgo de aislamiento entre jóvenes y adultos. De esta manera, podremos analizar con una perspectiva de

ciclo vital el cambio de predictores y de factores que les afectan, de modo que las estrategias de prevención puedan ser más eficaces y localizadas. En segundo lugar, habría que realizar **estudios específicos en cada provincia andaluza**, de modo que podamos conocer con detalle las diferencias por tipo de hábitat, por las características demográficas de su población y, sobre todo, por zonas de trabajo social; para ello, se insta a las Diputaciones y a las Administraciones Locales a invertir en estas investigaciones. En tercer lugar, se hacen necesarios **estudios de evaluación de las políticas públicas que se implementen para la prevención, detección e intervención en soledad no deseada**. En cuarto lugar, resulta importante que se hagan **análisis longitudinales** con los que podamos seguir durante un tiempo a una misma muestra, especialmente en los casos en los que se haya aplicado alguna política. En resumen, resulta necesaria la inversión en investigación sobre soledad no deseada a todas las edades, a niveles territoriales más específicos y con clara vocación científica y de servicio público. En quinto lugar, la multidimensionalidad y la complejidad de los sentimientos de soledad, así como sus diferencias de género y generacionales, hacen necesario que se realicen **estudios cualitativos**, de modo que podamos comprender cómo funciona la soledad en situaciones concretas –caso de la viudedad o la jubilación, por ejemplo– o en colectivos específicos. De esta manera, se podrán dar pautas más certeras para la elaboración de políticas públicas adaptativas a las diferentes realidades y hábitats, localizadas en los colectivos y espacios más vulnerables, y predictoras de situaciones de soledad no deseada a todos los niveles.

En este sentido, los datos y resultados de este trabajo nos permiten ofrecer una serie de propuestas generales de actuación frente a la problemática de la soledad no deseada desde varios frentes: salud y envejecimiento activo, participación ciudadana y asociacionismo, sensibilización de la sociedad, formación y educación, servicios sociales y cuidados, y relaciones entre las administraciones y el tercer sector.

La soledad no deseada es, por lo tanto, un enorme reto para una sociedad andaluza que –afortunadamente– cada vez vive más años y está más envejecida y, como desafío, hay que hacerle frente con toda la intensidad y profundidad que merece. Como todo reto, también es una oportunidad para las diferentes administraciones autonómicas y locales. Una oportunidad para recuperar la vida de barrio y el comercio de cercanía, relanzando la economía del empresariado y autónomo local. Una oportunidad para la investigación en las causas y consecuencias de la soledad no deseada en la salud física y mental de personas de todas las edades. Una oportunidad para fomentar las relaciones intergeneracionales y la erradicación del edadismo. Una oportunidad para fortalecer el asociacionismo y la participación ciudadana. Una oportunidad para reforzar los apoyos familiares en familias cada vez más dispersas geográficamente y cada

vez más pequeñas. Una oportunidad para poner en valor la Andalucía vacía y la Andalucía vaciada, y luchar contra el despoblamiento de la Andalucía interior con la inversión en redes de apoyo y servicios sociales para sus poblaciones envejecidas. En definitiva, una oportunidad para la innovación social en una sociedad que reclama y que necesita cambios.

PROPUESTAS PARA LA INTERVENCIÓN Y LA PREVENCIÓN EN LOS PRÓXIMOS AÑOS

A continuación, se aporta una serie de recomendaciones generales para propuestas de detección, prevención e intervención de la soledad no deseada en la Comunidad Autónoma de Andalucía que resultan de los resultados de este trabajo. En todas ellas se debería adoptar una perspectiva de género.

Sobre la salud y el envejecimiento activo

- Favorecer un envejecimiento activo y saludable
- Promoción de la actividad física
- Construcción de parques de actividad física
- Promoción de vida autónoma
- Prevención y actuación frente a la violencia de género

Sobre la participación ciudadana

- Promoción de los Centros de Participación Activa (CPA) como espacios de socialización
- Establecimiento de programas de acercamiento a la participación y para la dinamización de la población mayor en mayor situación de vulnerabilidad ante la soledad no deseada
- Fomento del asociacionismo
- Apertura de canales de comunicación entre asociaciones y la administración
- Promoción de espacios de convivencia y buena vecindad
- Promoción del comercio local y de cercanía

Sobre la sensibilización ciudadana

- Sensibilización social sobre la importancia de la soledad no deseada como problema social
- Erradicación de estereotipos y actitudes edadistas
- Fomento de las relaciones interpersonales
- Fomento de las relaciones intergeneracionales
- Actuaciones específicas sobre grupos de especial vulnerabilidad
- Garantizar el derecho de la persona mayor a un envejecimiento digno, seguro y saludable

Sobre la formación y la educación

- Promoción de programas de formación *life-long learning*
- Promoción de programas de formación para profesionales
- Incentivación de buenas prácticas en atención a personas mayores

Sobre los servicios sociales y los cuidados

- Reforzar los servicios de teleasistencia para los colectivos más vulnerables
- Reforzar los servicios sociales en las zonas más desfavorecidas y dispersas
- Fomentar el servicio social comunitario en su servicio específico de cooperación social
- Reforzar la red pública de servicios sociales profesional y de calidad
- Establecer servicios de detección, prevención y seguimiento en hogares de riesgo
- Reforzar la atención a domicilio, especialmente en el caso de personas que se encuentran en situación de dependencia o vulnerabilidad social
- Concienciar y sensibilizar a los profesionales de atención primaria y de atención a domicilio para detectar posibles situaciones de soledad no deseada
- Garantizar una formación y salario dignos a los profesionales de los cuidados

Sobre la investigación

- Promoción de investigaciones en soledad no deseada
- Análisis de los efectos del confinamiento en los niveles de soledad y aislamiento
- Impulso del intercambio de conocimiento entre agentes del conocimiento y profesionales de distintos ámbitos
- Impulso del intercambio de experiencias y buenas prácticas entre agentes del conocimiento y profesionales de distintos ámbitos

Sobre las administraciones y el tercer sector

- Coordinación inter- e intra- administraciones a todos los niveles: autonómico, local y de barrio
- Coordinación con entidades del tercer sector, empresariado y sociedad civil
- Establecimiento de objetivos comunes entre organismos e instituciones

- Integración de objetivos con la Estrategia Nacional de Lucha contra la soledad no deseada de las personas mayores
- Inclusión de la soledad como problemática

REFERENCIAS

- Aartsen, M., & M. Jylhä, M. (2011). Onset of loneliness in older adults: results of a 28 year prospective study. *European Journal of Ageing*, 8(1):31-38.
- Baarsen, B. van. (2002). Theories on coping with loss: the impact of social support and self-esteem on adjustment to emotional and social isolation loneliness following a partner's death in later life. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 57(1):33-42.
- Bagwell, C. L. (2005). Friendship quality and perceived relationship changes predict psychosocial adjustment in early adulthood. *Journal of Social and Personal Relationships*, 22(2): 235-254.
- Barrio, E. del, Del Barrio, É., Castejón, P., Castiello, M. S., Tortosa, M. Á., Sundström, G., & Malmberg, B. (2010). La soledad de las personas mayores en España y en Suecia: contexto y cultura. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 45(4):189-195.
- Brittain, K., Kingston, A., Davies, K., Collerton, J., Robinson, L. A., Kirkwood, T. B., et al. (2017). An investigation into the patterns of loneliness and loss in the oldest old - Newcastle 85+ Study. *Ageing and Society*, 37(1):39-62.
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Berntson, G. G., Ernst, J. M., Gibbs, A. C., Stickgold, R., & Hobson, J. A. (2002). Do lonely days invade the nights? Potential social modulation of sleep efficiency. *Psychological Science*, 13(4): 384-387.
- Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging*, 21(1): 140-151.
- Cacioppo, J.T., & Patrick, W. (2008). Lonely in a social world, en: Cacioppo, J. T. y Patrick, W. (Eds.): *Loneliness: human nature and the need for social connection*, 3-19.
- Carmichael, C. L., Reis, H. T., & Duberstein, P. R. (2015). In your 20s it's quantity, in your 30s it's quality: The prognostic value of social activity across 30 years of adulthood. *Psychology and Aging*, 30: 95-105.
- Castro, M. P. (2010). Soledad y envejecimiento: Cómo evitar que este binomio se cumpla. Hartu-Emanak, *La autonomía personal y la dependencia en el proceso de envejecimiento*, 33-45.
- Dahlberg, L., Andersson, L., McKee, K. J., & Lennartsson, C. (2015). Predictors of loneliness among older women and men in Sweden: a national longitudinal study. *Ageing and Mental Health*, 19(5):409-417.
- Dahlberg, L. & McKee, K. (2014). Correlates of social and emotional loneliness in older people: evidence from an English community study. *Ageing and Mental Health*, 18(4):504-514.
- Dahlberg, L., Andersson, L., & Lennartsson, C. 2018. Long-term predictors of loneliness in old age: results of a 20-year national study. *Ageing and Mental Health*, 22(2):190-196.
- de Jong Gierveld, J. (1998). A review of loneliness: concept and definitions, determinants and consequences. *Reviews in Clinical Gerontology*, 8(1): 73-80.
- de Jong Gierveld, J., & Havens, B. (2004). Cross-national comparisons of social isolation and loneliness: introduction and overview. *Canadian Journal on Aging/La Revue Canadienne du Vieillessement*, 23(2): 109-113.
- de Jong Gierveld, J., & Tesch-Römer, C. (2012). Loneliness in old age in Eastern and Western European societies: theoretical perspectives. *European Journal of Ageing*, 9(4): 285-295.

- de Jong Gierveld, J., & van Tilburg, T. (2006). A 6-item scale for overall, emotional, and social loneliness: Confirmatory tests on survey data. *Research on Aging*, 28(5): 582-598.
- de Jong Gierveld, J., & Van Tilburg, T. (2010). The de Jong Gierveld short scales for emotional and social loneliness: tested on data from 7 countries in the UN generations and gender surveys. *European Journal of Ageing*, 7(2): 121-130.
- de Jong Gierveld, J., Keating, N., & Fast J.E. (2015). Determinants of loneliness among older adults in Canada. *Canadian Journal on Aging*, 34(2):125-136.
- de Jong Gierveld, J., Dykstra, P. A., & Schenk, N. (2012). Living arrangements, intergenerational support types and older adult loneliness in Eastern and Western Europe. *Demographic Research*, 27(7):167-200.
- de Jong Gierveld, J. (1987). Developing and testing a model of loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(1): 119-128.
- Del Barrio, É., Castejón, P., Castiello, M. S., Tortosa, M. Á., Sundström, G., & Malmberg, B. (2010). La soledad de las personas mayores en España y Suecia: contexto y cultura. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 45(4): 189-195.
- Donovan, N. J., Wu, Q., Rentz, D. M., Sperling, R. A., Marshall, G. A., & Glymour, M. M. (2017). Loneliness, depression and cognitive function in older US adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(5): 564-573.
- Eglit, G. M., Palmer, B. W., A'verria, S. M., Tu, X., & Jeste, D. V. (2018). Loneliness in schizophrenia: Construct clarification, measurement, and clinical relevance. *PLoSOne*, 13(3): e0194021.
- Fokkema, T., de Jong Gierveld, J., & Dykstra, P. A. (2012). Cross-national differences in older adults loneliness. *The Journal of Psychology*, 146(1-2):201-228.
- García González, J.M., Grande, R. (2020). El reto de la longevidad en Andalucía. Causas, evolución y consecuencias. Colección Actualidad 85. Centro de Estudios Andaluces.
- Gerst-Emerson, K., & Jayawardhana, J. (2015). Loneliness as a public health issue: the impact of loneliness on health care utilization among older adults. *American Journal of Public Health*, 105(5): 1013-1019.
- Golden, J., Conroy, R. M., Bruce, I., Denihan, A., Greene, E., Kirby, M., & Lawlor, B. A. (2009). Loneliness, social support networks, mood and wellbeing in community-dwelling elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(7): 694-700.
- Greenfield, E., & D. Russell. (2011). Identifying living arrangements that heighten risk for loneliness in later life: evidence from the U.S. National Social Life, Health, and Aging Project. *Journal of Applied Gerontology*, 30(4):524-534.
- Hansen, T., & Slagsvold, B. (2016). Late-life loneliness in 11 European countries: Results from the generations and gender survey. *Social Indicators Research*, 129(1): 445-464.
- Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2003). Loneliness and pathways to disease. *Brain, Behavior, and Immunity*, 17(1): 98-105.
- Hawkley, L. C., Thisted, R. A., Masi, C. M., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness predicts increased blood pressure: 5-year cross-lagged analyses in middle-aged and older adults. *Psychology and Aging*, 25(1): 132-141.
- Hojat, M., & Crandall, R. (eds.): *Loneliness: Theory, research, and Applications*. Sage.

- Holmes, E. A., O'Connor, R. C., Perry, V. H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., et al. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*.
- Holt-Lunstad, J., Robles, T. F., & Sbarra, D. A. (2017). Advancing social connection as a public health priority in the United States. *American Psychologist*, 72(6): 517–530.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS med*, 7(7): e1000316.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives on psychological science*, 10(2): 227-237.
- Holwerda, T. J., Deeg, D. J., Beekman, A. T., van Tilburg, T. G., Stek, M. L., Jonker, C., & Schoevers, R. A. (2014). Feelings of loneliness, but not social isolation, predict dementia onset: results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 85(2): 135-142.
- IECA (2020). Proyección de los hogares de Andalucía 2018-2040. IECA, Junta de Andalucía. Disponible en <http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia>.
- Iglesias de Ussel, J. (dir.). (2001). *La soledad en las personas mayores: Influencias personales, familiares y sociales: Análisis cualitativo*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría General de Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.
- INE (2020). Encuesta Continua de Hogares. Disponible en <https://www.ine.es/>.
- INE (2020). Encuesta de Población Activa. Disponible en <https://www.ine.es/>.
- INE (2020). Estadística de nacimientos. Disponible en <https://www.ine.es/>.
- INE (2020). Padrón Municipal de Habitantes. Disponible en <https://www.ine.es/>.
- Kahn, R.L., & Antonucci, T. C. (1980): Convoys over the life course: Attachment, roles, and social support, en Baltes, P.B. y Brim, O. (eds.): *Lifespan development and behavior*, 3, 254-283, Academic Press.
- Klinenberg, E. (2016). Social isolation, loneliness, and living alone: identifying the risks for public health. *American Journal of Public Health*, 106(5): 786-787.
- Lauder, W., Mummery, K., Jones, M., & Caperchione, C. (2006). A comparison of health behaviours in lonely and non-lonely populations. *Psychology, Health & Medicine*, 11(2): 233-245.
- Lee, C.-Y. S., & Goldstein, S. E. (2016). Loneliness, stress, and social support in young adulthood: Does the source of support matter? *Journal of Youth and Adolescence*, 45, 568-580.
- Leigh-Hunt, N., Bagguley, D., Bash, K., Turner, V., Turnbull, S., Valtorta, N., & Caan, W. (2017). An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*, 152: 157-171.
- Longman, J., Passey, M., Singer, J., & Morgan, G. (2013). The role of social isolation in frequent and/or avoidable hospitalisation: rural community-based service providers' perspectives. *Australian Health Review*, 37(2): 223-231.
- López Doblas, J. L., & Díaz Conde, M. P. (2018a). Viudedad, soledad y salud en la vejez. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 53(3): 128-133.

- López Doblas, J., & Díaz Conde, M.P. (2018b). El sentimiento de soledad en la vejez. *Revista Internacional de Sociología*, 76(1):e085.
- Losada, A., Márquez-González, M., García-Ortiz, L., Gómez-Marcos, M. A., Fernández-Fernández, V., & Rodríguez-Sánchez, E. (2012). Loneliness and mental health in a representative sample of community-dwelling Spanish older adults. *The Journal of Psychology*, 146(3): 277-292.
- Lunaigh, C. Ó., & Lawlor, B. A. (2008). Loneliness and the health of older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(12): 1213-1221.
- Lubben, J., Blozik, E., Gillmann, G., Iliffe, S., von Renteln Kruse, W., Beck, J. C., & Stuck, A. E. (2006). Performance of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale among three European community-dwelling older adult populations. *The Gerontologist*, 46(4): 503-513.
- Luo, Y., Hawkey, L. C., Waite, L. J., & Cacioppo, J. T. (2012). Loneliness, health, and mortality in old age: A national longitudinal study. *Social Science & Medicine*, 74(6): 907-914.
- Lykes, V., & Kemmelmeier, M. (2014). What predicts loneliness? Cultural difference between individualistic and collectivistic societies in Europe. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 45(3):468-490.
- Lykes, V., & Kemmelmeier, M. (2014). What predicts loneliness? Cultural difference between individualistic and collectivistic societies in Europe. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 45(3): 468-490.
- Matthews, T., Danese, A., Gregory, A. M., Caspi, A., Moffitt, T. E., & Arseneault, L. (2017). Sleeping with one eye open: loneliness and sleep quality in young adults. *Psychological Medicine*, 47(12): 2177-2186.
- Newman, M. G., & Zainal, N. H. (2020). The value of maintaining social connections for mental health in older people. *The Lancet Public Health*, 5(1): e12-e13.
- Peplau, L.A., & Perlman, D. (1982): *Loneliness: a sourcebook of current theory, research and therapy*, John Wiley and Sons.
- Pinazo, S., & Donio-Bellegarde, M. (2018). La soledad de las personas mayores. Conceptualización, valoración e intervención. *Estudios de la Fundación Pílares para la autonomía personal*, 28.
- Qualter, P., Vanhalst, J., Harris, R., Van Roekel, E., Lodder, G., Bangee, M., et al. (2015). Loneliness across the life span. *Perspectives on Psychological Science*, 10: 250-264.
- Ramic, E., Pranjic, N., Batic-Mujanovic, O., Karic, E., Alibasic, E., & Alic, A. (2011). The effect of loneliness on malnutrition in elderly population. *Medical Archives*, 65(2): 92-95.
- Richard, A., Rohrmann, S., Vandeleur, C. L., Schmid, M., Barth, J., & Eichholzer, M. (2017). Loneliness is adversely associated with physical and mental health and lifestyle factors: Results from a Swiss national survey. *Public Library of Science One*, 12: e0181442.
- Sánchez Rodríguez, M.M. (2009). *Determinantes sociales de la soledad en las personas mayores españolas: dar y recibir apoyo en el proceso de envejecer*. Tesis doctoral. Universidad de Salamanca.
- Sánchez, M., de Jong Gierveld, J., & Buz, J. (2014). Loneliness and the exchange of social support among older adults in Spain and the Netherlands. *Ageing and Society*, 34(2):330-354.

- Santini, Z. I., Fiori, K. L., Feeney, J., Tyrovolas, S., Haro, J. M., & Koyanagi, A. (2016). Social relationships, loneliness, and mental health among older men and women in Ireland: A prospective community-based study. *Journal of affective disorders*, 204, 59-69.
- Santini, Z. I., Jose, P. E., Cornwell, E. Y., Koyanagi, A., Nielsen, L., Hinrichsen, C., et al. (2020). Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis. *The Lancet Public Health*, 5(1): e62-e70.
- Shiovitz-Ezra, S., & Ayalon, L. (2010). Situational versus chronic loneliness as risk factors for all-cause mortality. *International Psychogeriatrics*, 22(3): 455-462.
- Stein, J. Y., & Tuval-Mashiach, R. (2015). The social construction of loneliness: An integrative conceptualization. *Journal of Constructivist Psychology*, 28(3): 210-227.
- Stephoe, A., Shankar, A., Demakakos, P., & Wardle, J. (2013). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 110(15): 5797-5801.
- Sundström, G., Fransson, E., Malmberg, B., & Davey, A. (2009). Loneliness among older Europeans. *European Journal of Ageing*, 6(4): 267-275.
- Tomás, J. M., Pinazo-Hernandis, S., Oliver, A., Donio-Bellegarde, M., & Tomás-Aguirre, F. (2019). Loneliness and social support: Differential predictive power on depression and satisfaction in senior citizens. *Journal of Community Psychology*, 47(5): 1225-1234.
- Tylova, V., Ptáček, R., & Kuželová, H. (2013). Emotional and social loneliness in etiology and therapy of mental illness. *European Psychiatry*, 28: 1.
- van Baarsen, B. (2002). Theories on coping with loss: The impact of social support and self-esteem on adjustment to emotional and social loneliness following a partner's death in later life. *Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences and Social Sciences*, 57(1): S33-S42.
- van Baarsen, B., Snijders, T.A.B., Smit, J.H., & van Duijn, M.A. J. (2001). Lonely but not alone: Emotional isolation and social isolation as two distinct dimensions of loneliness in older people. *Educational and Psychological Measurement*, 61(1): 119-135.
- van den Broek, T., Tosi, M., & Grundy, E. (2019). Offspring and later-life loneliness in Eastern and Western Europe. *ZfF-Zeitschrift für Familienforschung/Journal of Family Research*, 31(2): 199-215.
- Velarde-Mayol, C., Fragua-Gil, S., & García-de-Cecilia, J. M. (2016). Validación de la escala de soledad de UCLA y perfil social en la población anciana que vive sola. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 42(3): 177-183.
- Victor, C., & Bowling, A. (2012). A longitudinal analysis of loneliness among older people in Great Britain. *The Journal of Psychology*, 146(3):313-331.
- Victor, C., & Yang, K. (2012). The prevalence of loneliness among adults: a case study of the United Kingdom. *The Journal of Psychology*, 146(1-2):85-104.
- Victor, C., Scambler, S., Bond, J., & Bowling, A. (2000). Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone. *Reviews in Clinical Gerontology*, 10(4): 407-417.
- Wilson, R. S., Krueger, K. R., Arnold, S. E., Schneider, J. A., Kelly, J. F., Barnes, L. L., et al. (2007). Loneliness and risk of Alzheimer disease. *Archives of General Psychiatry*, 64(2): 234-240.

- Yang, K., & Victor, C.(2011). Age and loneliness in 25 European nations. *Ageing and Society*, 31(8):1368-1388.
- Yanguas, J. (Dir.), et al. (2018a). Soledad y riesgo de aislamiento social en las personas mayores. Encuesta 2018. Fundación "la Caixa".
- Yanguas, J., Pinazo-Henandis, S., & Tarazona-Santabalbina, F. J. (2018b). The complexity of loneliness. *Acta bio-medica: Atenei Parmensis*, 89(2): 302-314.
- Yanguas, J., Cilveti, A., Hernández, S., Pinazo-Hernandis, S., Roig, S., & Segura, C. (2018c). El reto de la soledad en la vejez. Zerbitzuan: Gizartezerbitzuetarakoaldizkaria. *Revista de servicios sociales*, (66): 61-75.

ANEXOS

Anexo I. Cuestionario sobre soledad no deseada en personas de 55+ años en Andalucía

CUOTAS DE SEXO, EDAD Y PROVINCIA

Sexo

Edad

Provincia

USO DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN: TV y radio

En un día normal, aproximadamente, ¿cuántas horas ve la televisión?

En un día normal, aproximadamente, ¿cuántas horas escucha la radio?

USO DE REDES SOCIALES: teléfono, mensajería instantánea y redes sociales

En un día normal, aproximadamente, de nada a mucho, ¿con qué frecuencia utiliza los siguientes medios para estar en contacto con familiares o amigos?

Teléfono

Facebook o similares

Whatsapp o similares

RED FAMILIAR Y SOCIAL: ESCALA DE LUBBEN

FAMILIARES. Teniendo en cuenta a las personas con las que usted está relacionado, ya sea por nacimiento, casamiento, adopción, etc.

En los últimos seis meses, ¿cuántos familiares ve o sabe de ellos, por lo menos, una vez al mes? ¿Y una vez al día?

En general, ¿con cuántos familiares se siente lo suficientemente cómodo como para hablar sobre sus asuntos personales?

En general, ¿a cuántos familiares siente lo suficientemente cercanos como para llamarlos cuando necesita ayuda?

AMISTADES. Teniendo en cuenta a todos sus amigos, incluidos sus vecinos.

En los últimos seis meses, ¿cuántos amigos ve o sabe de ellos, por lo menos, una vez al mes? ¿Y una vez al día?

En general, ¿con cuántos amigos se siente lo suficientemente cómodo como para hablar sobre sus asuntos personales?

En general, ¿a cuántos amigos siente lo suficientemente cercanos como para llamarlos cuando necesita ayuda?

SALUD Y DISCAPACIDAD

De muy malo a muy bueno, ¿cómo considera su estado de salud?

En los últimos seis meses, ¿cómo considera que ha cambiado su estado de salud?

En general, ¿tiene dificultades para realizar actividades de la vida diaria como ducharse, hacer la compra, vestirse...?

En el día a día, ¿diría usted que se encuentra deprimido?

PARTICIPACIÓN CIUDADANA

¿Participa usted en alguna asociación?

Sí → ¿Podría decirme en qué tipo de asociación/es?

En una semana normal, ¿acude usted a un centro de día?

SATISFACCIÓN CON LA VIDA

De 0 a 10, siendo 0 nada y 10 mucho, diga en qué grado está de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

Está satisfecho con la vida que tiene.

Está satisfecho con sus familiares.

Está satisfecho con sus amigos.

Se aburre en el día a día.

Siente miedo cuando está solo/a.

Prefiere quedarse en casa a salir a la calle.

SOLEDAD SOCIAL Y FAMILIAR. 6-item de Jong Gierveld

Por favor, responda a las siguientes afirmaciones con sí, no o más o menos:

Siente una sensación de vacío a su alrededor.

Echa de menos la compañía de otras personas.

Se siente abandonado a menudo.

Hay suficientes personas a las que puede recurrir en caso de necesidad (inverso).

Tiene mucha gente en la que confiar plenamente.

Hay suficientes personas con las que tiene una amistad muy estrecha (inverso).

¿Conoce a alguien cercano que usted crea que se sienta solo?

Sí → ¿Por qué cree que esa persona se encuentra en situación de soledad?

Por pérdida de pareja.

Por pérdida de otro familiar.

Por jubilarse.
Por tener una enfermedad/discapacidad – Por salud.
Porque no tiene amigos.
Porque no hace ninguna actividad.
Porque no tiene actitud.
Por la edad.
Otras

SOCIODEMOGRÁFICAS

¿En qué municipio vive usted?

¿Cuántos años lleva viviendo en el barrio en el que reside ahora?

¿Me puede decir su estado civil?

Viudedad o divorcio/separación → ¿Cuántos años lleva en esa situación?

¿Cuántos hijos/as tiene?

¿Con quién vive en su casa?

Unipersonal (vive solo) → ¿Cuál es el principal motivo por el que vive solo/a?

Viudedad

Divorcio/Separación

Emancipación de hijos/as

Decisión propia

Otra:

→ ¿Cuántos años lleva viviendo solo/a?

Vive solo con pareja

Vive con pareja e hijos/as → ¿Cuántas personas viven en su hogar, incluyéndose a usted?

Vive con familiares que no sean la pareja → ¿Cuántas personas viven en su hogar, incluyéndose a usted?

¿Cuál es el máximo nivel educativo que ha alcanzado?

¿Ha tenido empleo o lo tiene actualmente?

¿Me podría indicar aproximadamente el nivel neto de ingresos de su hogar al mes?

Anexo II. Material suplementario

Tabla. Prevalencia de soledad general, soledad emocional y soledad social en la población de 55 años o más en Andalucía por sus características sociodemográficas y por sexo.

Hombres		Soledad general		Soledad emocional	Soledad social
		Moderada	Severa		
Edad	55 a 64 años	35.26	6.32	18.41	25.12
	65 a 79 años	34.72	7.13	13.99	28.14
	80+ años	7.13	6.88	35.4	33.07
Estado civil	Casado/a	34.08	4.01	11.79	22.94
	Viudo/a	61.57	8.59	41.94	39.41
	Divorciado/a o separado/a	54.71	8.21	34.29	32.75
	Soltero/a, cohabita	30.48	9.17	15.02	26.31
	Soltero/a, no cohabita	38.13	23.44	36.77	45.49
Nivel educativo	Analfabeto o sin estudios	52.07	6.92	22.37	30.84
	Primarios	36.73	10.13	22.19	33.78
	Secundarios	36.42	5.42	18.35	25.41
	Superiores	37.12	6.19	16.55	24.7
Hábitat	Rural	46.15	4.82	19.21	32.57
	Urbano	36.9	7.13	18.67	26.41
Hábitat 2	Sierra	41.56	3.21	17.93	17.93
	Costa	34.58	6.06	15.42	15.42
	Resto	39.34	7.27	19.84	19.84
Mujeres		Soledad general		Soledad emocional	Soledad social
		Moderada	Severa		
Edad	55 a 64 años	34.83	7.08	24.43	20.59
	65 a 79 años	40.1	7.3	29.18	22.68
	80+ años	55.87	10.83	41.62	36.7
Estado civil	Casado/a	34.09	6.9	22.09	21.54
	Viudo/a	61.45	8.68	48.66	30.98
	Divorciado/a o separado/a	27.03	11.37	26.31	27.15
	Soltero/a, cohabita	69.41	1.16	37.16	21.6
	Soltero/a, no cohabita	28.32	15.11	29.17	28.51
Nivel educativo	Analfabeto o sin estudios	51.16	11.34	41.14	33.72
	Primarios	37.16	9.64	31.58	21.98
	Secundarios	37.98	6.12	24.03	21.24
	Superiores	37.28	2.39	17.84	20.22
Hábitat	Rural	42.88	9.29	28.93	28.27
	Urbano	40.49	7.44	30	23.34
Hábitat 2	Sierra	42.57	6.78	25.82	25.82
	Costa	35.89	6.57	25.36	25.36
	Resto	42.06	8.39	31.35	31.35

Tabla. Prevalencia de soledad general, soledad emocional y soledad social en la población de 55 años o más en Andalucía por sus características sociodemográficas en cada grupo de edad.

55 a 64 años		Soledad general		Soledad emocional	Soledad social
		Moderada	Severa		
Sexo	Hombre	35.26	6.32	18.41	25.12
	Mujer	34.83	7.08	24.43	20.59
Estado civil	Casado/a	32.25	5.84	18.72	20.75
	Viudo/a	50.64	0	15.86	29.27
	Divorciado/a o separado/a	54.18	4.88	34.75	27.24
	Soltero/a, cohabita	37.26	5.55	19.36	27.29
	Soltero/a, no cohabita	36.23	17.9	36.45	31.54
Nivel educativo	Analfabeto o sin estudios	42.19	2.99	22.33	33.99
	Primarios	30.47	10.27	28.04	20.55
	Secundarios	37.15	6.64	22.23	23.53
	Superiores	34.88	5.17	17.16	22.34
Hábitat	Rural	41.35	8.02	26.81	24.42
	Urbano	33.39	6.36	20.09	22.38
Hábitat 2	Sierra	43.88	4.10	18.82	25.34
	Costa	32.36	5.39	21.87	14.89
	Resto	34.70	7.32	21.69	24.42
65 a 79 años		Soledad general		Soledad emocional	Soledad social
		Moderada	Severa		
Sex	Hombre	34.72	7.13	13.99	28.14
	Mujer	40.1	7.3	29.18	22.68
Estado civil	Casado/a	32.28	5.1	13.67	21.8
	Viudo/a	64.32	7.76	50.09	31.95
	Divorciado/a o separado/a	23.12	15.88	25.35	29.35
	Soltero/a, cohabita	45.13	10.32	27.78	13.3
	Soltero/a, no cohabita	28.64	22.16	31.36	45.76
Nivel educativo	Analfabeto o sin estudios	45.05	10.56	31.26	29.52
	Primarios	35.33	9.69	25.39	25.57
	Secundarios	34.31	3.56	15.7	21.5
	Superiores	35.32	4.86	15.33	23.7
Hábitat	Rural	38.19	8.45	20.33	31.51
	Urbano	37.4	6.89	22.49	23.57
Hábitat 2	Sierra	30.59	7.17	19.90	21.05
	Costa	28.55	6.16	13.92	24.34
	Resto	41.06	7.53	24.61	26.08

80+ años		Soledad general		Soledad emocional	Soledad social
		Moderada	Severa		
Sexo	Hombre	61.36	6.88	35.4	33.07
	Mujer	55.87	10.83	41.62	36.7
Estado civil	Casado/a	53.72	5.58	25.56	32.63
	Viudo/a	60.9	10.62	25.56	34.54
	Divorciado/a o separado/a	69.23	13.63	31.8	68.33
	Soltero/a, cohabita	63.54	3.6	16.55	46.42
	Soltero/a, no cohabita	41.69	23.56	25.27	50.41
Nivel educativo	Analfabeto o sin estudios	61.62	11.16	45.91	37.42
	Primarios	53.94	9.23	36.21	38.3
	Secundarios	49.87	10.14	38.06	30.91
	Superiores	66.16	1.94	23.61	27.31
Hábitat	Rural	63.48	5.01	33.68	38.03
	Urbano	56.17	10.72	41.08	34.54
Hábitat 2	Sierra	65.86	4.83	39.36	25.29
	Costa	59.73	8.87	32.64	45.05
	Resto	56.21	10.19	41.11	34.28

Tabla. Prevalencia de soledad general, soledad emocional y soledad social en la población de 55 años o más en Andalucía por tipo de hogar y por sexo.

Hombres		Soledad general		Soledad emocional	Soledad social
		Moderada	Severa		
Tipo de hogar	Unipersonal	50.84	16.75	41.63	41.61
	No unipersonal	34.79	3.77	11.96	23.25
Motivo principal de vivir solo/a	Viudedad	58.82	12.12	45.94	34.97
	Divorcio/separación	41.53	14.65	43.31	22.87
	Emancipación de hijos/as	88.94	6.13	95.07	92.27
	Decisión propia	47.2	19.58	33.2	48.62
	Otros motivos	46.11	31.46	53.66	55.74
Formato de hogar no unipersonal	Vive con pareja	33.51	3.05	9.32	23.38
	Vive con pareja e hijos/as	33.78	5.25	14.64	19.96
	Vive con otros familiares	47.76	2.1	19.21	37.93
	Vive con no familiares	69.76	6.16	18.62	21.05
Años viviendo solo/a	<1	33.67	35.72	57.5	39.07
	1 a 4	59.22	15.14	58.06	37.28
	5 a 10	54.77	16.11	42.31	51.62
	11 a 20	48.21	16.52	41.63	33.26
	20+	50.97	14.51	20.91	48.19
Tiempo barrio	≤ 10 años	34.05	16.1	27.54	38.18
	11-20 años	36.5	5.89	15.49	25.32
	21-40 años	40.21	9.67	22.21	33.02
	41+ años	38.35	2.64	15.32	21.07
Mujeres		Soledad general		Soledad emocional	Soledad social
		Moderada	Severa		
Tipo de hogar	Unipersonal	53.33	10.83	47.98	28.28
	No unipersonal	38.08	7.18	25.24	23.67
Motivo principal de vivir solo/a	Viudedad	59.29	10.47	52.82	28.66
	Divorcio/separación	37.07	27.29	62.58	29.07
	Emancipación de hijos/as	33.53	1.72	30.17	11.07
	Decisión propia	56.37	4.73	37.57	27.97
	Otros motivos	37.23	32.84	48.8	54.36
Formato de hogar no unipersonal	Vive con pareja	35.07	8.39	23.15	24.51
	Vive con pareja e hijos/as	34.53	5.25	22.9	17.98
	Vive con otros familiares	48.94	6.31	32.59	28.52
	Vive con no familiares	60.98	10.74	41.18	33.96
Años viviendo solo/a	<1	38.68	23.91	57.38	42.46
	1 a 4	65.33	6.87	64.66	15.79
	5 a 10	54.92	16.88	49.67	37.43
	11 a 20	42.09	6.85	27.64	22.64

	20+	48.16	14.25	42.07	38.67
Tiempo barrio	≤ 10 años	56.49	11.11	37.86	35.91
	11-20 años	31.06	9.32	23.46	23.68
	21-40 años	38.68	7.58	28.75	22.99
	41+ años	44.05	7.39	31.28	24.82

Tabla. Prevalencia de soledad general, soledad emocional y soledad social en la población de 55 años o más en Andalucía por tipo de hogar en cada grupo de edad.

55 a 64 años		Soledad general		Soledad emocional	Soledad social
		Moderada	Severa		
Tipo de hogar	Unipersonal	49.25	15.53	41.61	35.62
	No unipersonal	32.9	5.38	18.45	20.87
Motivo principal de vivir solo/a	Viudedad	35.4	5.58	19.28	23.9
	Divorcio/separación	31.21	5.49	18.67	18
	Emancipación de hijos/as	27.28	4.38	15.21	21.18
	Decisión propia	100	0	0	41.25
	Otros motivos	29.77	0	17.8	11.98
Formato de hogar no unipersonal	Vive con pareja	49.55	10.36	46.05	16.52
	Vive con pareja e hijos/as	100	0	100	50
	Vive con otros familiares	49.66	19.03	40.01	42.85
	Vive con no familiares	50.85	32.21	49.15	66.1
Años viviendo solo/a	<1	45.51	0	18.27	0
	1 a 4	55.62	14.04	69.66	22.83
	5 a 10	52.99	24.58	44.54	63.86
	11 a 20	42.85	16.48	41.74	21.29
	20+	53.2	0	12.67	27.87
Tiempo barrio	≤ 10 años	41.34	4.11	17.4	20.11
	11-20 años	33.54	7.78	19.87	21.31
	21-40 años	33.54	6.74	20.25	26.56
	41+ años	31.12	6.42	24.78	18.54
65 a 79 años		Soledad general		Soledad emocional	Soledad social
		Moderada	Severa		
Tipo de hogar	Unipersonal	44.8	12.61	41.59	30.24
	No unipersonal	35.76	5.88	17.14	24
Motivo principal de vivir solo/a	Viudedad	30.78	5.93	14.18	22.14
	Divorcio/separación	37.21	5.39	15.55	22.35
	Emancipación de hijos/as	60.65	6.37	34.31	37.3
	Decisión propia	95.51	4.49	95.32	23
	Otros motivos	56.65	9.34	51.54	26.37
Formato de hogar no unipersonal	Vive con pareja	23.46	25.29	47.78	26.27
	Vive con pareja e hijos/as	26.44	0.77	26.44	13.34
	Vive con otros familiares	45.54	11.24	24.73	40.42
	Vive con no familiares	28.61	48.19	71.57	54.3
Años viviendo solo/a	<1	67.28	21.52	53.84	25.23
	1 a 4	54.35	11.67	57.67	19.91
	5 a 10	39.88	15.59	41.95	34.4

	11 a 20	41.99	11.66	32.49	33.17
	20+	37.06	13.87	28.32	29.67
Tiempo barrio	≤ 10 años	34.94	25.04	37.15	44.22
	11-20 años	23.85	7.56	16.9	22.22
	21-40 años	37.58	9.71	25.03	28.36
	41+ años	41.43	3.47	19.68	21.85
80+ años		Soledad general			
		Moderada	Severa	Soledad emocional	Soledad social
Tipo de hogar	Unipersonal	62.44	13.81	50.83	39.7
	No unipersonal	54.22	5.8	30.06	31.87
Motivo principal de vivir solo/a	Viudedad	49.14	6.3	20.07	33.64
	Divorcio/separación	68.73	0	37.98	16.03
	Emancipación de hijos/as	59.65	4.98	40.52	34.31
	Decisión propia	43.43	14.52	39.62	31.22
	Otros motivos	63.55	13.14	53.05	35.34
Formato de hogar no unipersonal	Vive con pareja	73.59	26.41	52.46	82.98
	Vive con pareja e hijos/as	67.05	8.53	60.27	50.74
	Vive con otros familiares	61.43	16.75	40.72	54.82
	Vive con no familiares	45.11	17.75	33.57	47.03
Años viviendo solo/a	<1	29.1	44.94	72.11	55.75
	1 a 4	76.25	5.88	64.01	27.74
	5 a 10	79.33	5.73	50.51	37.99
	11 a 20	53.46	7.8	32.43	26.65
	20+	56.67	20.7	44.41	58.55
Tiempo barrio	≤ 10 años	69.43	5.11	45.16	47.67
	11-20 años	66.8	5.94	23.25	45.19
	21-40 años	51.06	12.82	48.45	31.06
	41+ años	58.45	8.67	36.71	33.93

Tabla. Prevalencia de soledad general, soledad emocional y soledad social en la población de 55 años o más en Andalucía por salud y limitaciones y por sexo.

Hombres		Soledad general		Soledad emocional	Soledad social
		Moderada	Severa		
Estado de salud	Muy malo	73.89	23.39	66.64	49.97
	Malo	45.55	17.12	46.15	41.6
	Regular	39.48	12.91	25.89	33.31
	Bueno	36.55	3.72	14.09	22.1
	Muy bueno	35.51	2.55	7.57	29.78
Cambio en salud	Ha empeorado mucho	54	15.2	38.12	44.72
	Ha empeorado	39.17	15.33	30.72	32.67
	Está igual	38.27	3	13.6	25
	Ha mejorado	34.92	6.61	14.81	25.39
	Ha mejorado mucho	1.02	0	1.02	0
Depresión	Siempre o casi siempre	51.06	26.03	54.29	57.5
	A veces	50.48	17.64	46.83	31.82
	Nunca	34.25	2.53	8.52	24.49
Limitación de actividades por salud	Sí, mucho	53.6	11.83	35.23	42.03
	Sí, algo	39.8	13.33	26.91	29.66
	No	36.13	4.31	14.42	24.95
Mujeres		Soledad general		Soledad emocional	Soledad social
		Moderada	Severa		
Estado de salud	Muy malo	56.94	15.98	54.83	37.41
	Malo	55.5	14.52	47.06	31.36
	Regular	43.98	9.83	39.98	24.7
	Bueno	38.98	4	19.13	22.85
	Muy bueno	21.41	7.57	17.56	17.32
Cambio en salud	Ha empeorado mucho	54.04	25.29	65.13	46.62
	Ha empeorado	46.05	11.69	36.58	25.68
	Está igual	34.62	2.82	19.87	19.38
	Ha mejorado	45.54	5.69	28.96	25.25
	Ha mejorado mucho	49.33	0	2.68	31.7
Depresión	Siempre o casi siempre	50.95	35.02	74.16	51.36
	A veces	51.75	6.82	38.86	24.9
	Nunca	30.04	1.3	10.39	16.98
Limitación de actividades por salud	Sí, mucho	44.31	17.21	47.71	33.75
	Sí, algo	50.99	11.36	43.33	27.57
	No	36.18	3.82	19.04	20.71

Tabla. Prevalencia de soledad general, soledad emocional y soledad social en la población de 55 años o más en Andalucía por salud y limitaciones en cada grupo de edad.

55 a 64 años		Soledad general		Soledad emocional	Soledad social
		Moderada	Severa		
Estado de salud	Muy malo	45.25	0	34.84	8.04
	Malo	40.04	20.96	39.61	27.86
	Regular	35.75	15.02	37.44	26.13
	Bueno	35.05	3.04	16.23	20.73
	Muy bueno	30.91	7.19	14.27	27.49
Cambio en salud	Ha empeorado mucho	49.2	18.48	44.53	40.46
	Ha empeorado	37.73	15.28	36.79	25.66
	Está igual	33.44	3.58	16.89	21.49
	Ha mejorado	34.5	1.99	8.26	19.05
	Ha mejorado mucho	26.18	0	0	11.09
Depresión	Siempre o casi siempre	39.34	49.39	71.19	58.86
	A veces	48.4	9.34	43.06	26.27
	Nunca	28.98	2.19	8.31	18.46
Limitación de actividades por salud	Sí, mucho	29.74	7.93	26.53	15.04
	Sí, algo	37.16	14.59	34.29	28.37
	No	35.05	4	16.68	22.02
65 a 79 años		Soledad general		Soledad emocional	Soledad social
		Moderada	Severa		
Estado de salud	Muy malo	63.18	23.98	61.8	54.33
	Malo	52.42	11.9	41.41	30.8
	Regular	39.78	9.5	28.07	26.89
	Bueno	35.66	4.61	14.56	23.34
	Muy bueno	22.41	3.62	11.35	16.04
Cambio en salud	Ha empeorado mucho	42.81	26.14	53.18	44.09
	Ha empeorado	41.99	12.25	29.06	29.08
	Está igual	33.61	1.92	13.27	19.26
	Ha mejorado	44.94	10.08	32.45	34.91
	Ha mejorado mucho	35.15	0	1.54	34.95
Depresión	Siempre o casi siempre	48.22	28.38	62.29	48.76
	A veces	48.52	12.21	38.01	28.86
	Nunca	23.4	0.87	6.27	19.23
Limitación de actividades por salud	Sí, mucho	45.61	17.94	43.58	43.28
	Sí, algo	50.15	11.21	35.17	26.59
	No	32.03	3.8	13.54	21.11

80+ años		Soledad general		Soledad emocional	Soledad social
		Moderada	Severa		
Estado de salud	Muy malo	66.48	20.47	85.44	43.12
	Malo	61.35	15.88	59.61	45.34
	Regular	57.96	8.33	43.4	34.48
	Bueno	57.39	4.8	25.07	27.16
	Muy bueno	43.98	0.88	8.14	38.15
Cambio en salud	Ha empeorado mucho	72.06	19.44	69.5	52.75
	Ha empeorado	54.76	11.37	40.47	31.33
	Está igual	57.15	3.84	26.72	35.2
	Ha mejorado	53.43	9.23	50.28	15.26
	Ha mejorado mucho	25.58	0	25.58	19.22
Depresión	Siempre o casi siempre	65.46	27.07	80.66	54.74
	A veces	63.51	7.84	45.2	24.92
	Nunca	52.12	4.83	22.18	36.92
Limitación de actividades por salud	Sí, mucho	65.63	19.03	59.67	46.39
	Sí, algo	60.45	8.44	45.47	32.59
	No	53.05	5.19	26.89	31.34

Tabla. Prevalencia de soledad general, soledad emocional y soledad social en la población de 55 años o más en Andalucía por uso de medios y redes sociales y por sexo.

		Soledad general			
Hombres		Moderada	Severa	Soledad emocional	Soledad social
Frecuencia de diaria de uso de teléfono	Nada	50.88	21.2	36.71	51.78
	Poco	40.01	8.53	20.53	32.48
	Algunas veces	36.39	4.5	19.58	22.73
	Bastante	32.92	2.56	9.18	18.34
	Mucho	38.5	1.91	15.06	15.07
Frecuencia diaria de uso de mensajería instantánea	Nada	47.93	10.47	25.1	39.54
	Poco	36.96	6.69	17.56	25.68
	Algunas veces	34.23	7.82	14.5	28.44
	Bastante	30.98	4.43	14.03	20.4
	Mucho	35.13	0	17.96	10.63
Frecuencia diaria de uso de redes sociales	Nada	41.58	7.52	19.35	31.05
	Poco	26.83	2.4	12.49	17.14
	Algunas veces	14.78	14.78	17.38	37.91
	Bastante	28.34	0	14.57	10.54
	Mucho	45.36	21.79	63.04	25.89
Asociación	No	38.2	9.81	22.29	31.52
	Sí	38.91	1.69	12.97	20.78
Centro de día	No	38.31	6.82	18.42	28.02
	Sí	42.7	4.63	27.64	12.55
		Soledad general			
Mujeres		Moderada	Severa	Soledad emocional	Soledad social
Frecuencia de diaria de uso teléfono	Nada	51.9	18.31	48.62	51.81
	Poco	40.39	10.05	30.3	28.43
	Algunas veces	42.19	6.46	27.79	24.97
	Bastante	42.46	5.51	25.19	20.01
	Mucho	36.53	7.76	35.35	18.35
Frecuencia diaria de uso de mensajería instantánea	Nada	49.42	12.77	39.28	32.87
	Poco	36.23	6.01	21.1	21.95
	Algunas veces	32.96	2.97	25.15	21.09
	Bastante	37.73	5.55	24.21	19.76
	Mucho	34.67	3.93	22.39	12.98
Frecuencia diaria de uso de redes sociales	Nada	42.11	8.41	30.74	25.46
	Poco	42.47	3.04	25.04	19.07
	Algunas veces	34.53	15.1	36.95	27.74
	Bastante	38.33	0	22.81	20.08
	Mucho	27.21	6.99	14.5	22.75

Asociación	No	42.51	9.6	34.03	28.34
	Sí	38.44	4.73	21.7	17.55
Centro de día	No	40.18	8.06	29.6	24.27
	Sí	87.39	0	36.18	40.55

Tabla. Prevalencia de soledad general, soledad emocional y soledad social en la población de 55 años o más en Andalucía por uso de medios y redes sociales en cada grupo de edad.

55 a 64 años		Soledad general			Soledad social
		Moderada	Severa	Soledad emocional	
Frecuencia de diaria de uso de teléfono	Nada	66.56	33.44	0	0
	Poco	55.29	35.47	9.24	21.91
	Algunas veces	64.65	30.64	4.71	18.57
	Bastante	61.48	35.37	3.16	18.88
	Mucho	47	43.5	9.5	37.33
Frecuencia diaria de uso de mensajería instantánea	Nada	49.41	40.64	9.95	21.19
	Poco	53.85	38.15	8.01	20.51
	Algunas veces	64.01	29.1	6.88	19.98
	Bastante	62.36	30.72	6.92	20.79
	Mucho	56.66	40.45	2.89	25.24
Frecuencia diaria de uso de redes sociales	Nada	58.41	35.43	6.17	18.83
	Poco	64.45	32.4	3.16	17.08
	Algunas veces	47.1	34.45	18.45	36.29
	Bastante	62.43	37.57	0	22.71
	Mucho	47.28	37.39	15.33	38.76
Asociación	No	57.21	34.18	8.62	24.28
	Sí	59.99	36.48	3.53	16.84
Centro de día	No	58.61	34.64	6.75	21.35
	Sí	0	100	0	43.34
		Soledad general			
65 a 79 años		Moderada	Severa	Soledad emocional	Soledad social
Frecuencia de diaria de uso teléfono	Nada	15.72	57.54	26.73	47.65
	Poco	53.66	37.94	8.4	22.47
	Algunas veces	53.61	40.41	5.98	25.77
	Bastante	58.55	36.67	4.79	15.61
	Mucho	70.74	25.84	3.42	15.72
Frecuencia diaria de uso de mensajería instantánea	Nada	41.9	44.74	13.36	32.01
	Poco	64.02	31.64	4.34	14.61
	Algunas veces	64.17	32.93	2.9	19.94
	Bastante	62.55	36.2	1.26	12.73
	Mucho	75.99	23.33	0.68	8.83
Frecuencia diaria de uso de redes sociales	Nada	51.78	39.47	8.75	24.43
	Poco	68.83	30.31	0.86	14.64
	Algunas veces	44.01	49.01	6.98	18.59
	Bastante	87.49	12.51	0	0.16
	Mucho	82.92	17.08	0	4.99

Asociación	No	52.04	37.97	9.99	26.92
	Sí	60.07	36.96	2.97	14.53
Centro de día	No	55.61	37.06	7.33	21.67
	Sí	45.73	49.63	4.63	30.55
		Soledad general			
80+ años		Moderada	Severa	Soledad emocional	Soledad social
Frecuencia de diaria de uso teléfono	Nada	19.31	55.31	25.38	64.19
	Poco	26.9	61.84	11.26	40.91
	Algunas veces	29.96	62.85	7.19	36.15
	Bastante	39.6	53.87	6.53	29.67
	Mucho	44.65	50.01	5.34	41.47
Frecuencia diaria de uso de mensajería instantánea	Nada	32	57.6	10.4	40.37
	Poco	36.81	57.07	6.12	36.1
	Algunas veces	24.71	73.26	2.04	27.92
	Bastante	28.77	61.55	9.67	27.92
	Mucho	59.81	35.74	4.44	33.73
Frecuencia diaria de uso de redes sociales	Nada	33.72	56.95	9.33	38.88
	Poco	9.51	77.67	12.82	57.36
	Algunas veces	41.39	58.61	0	0
	Bastante	0	100	0	0
	Mucho	62.76	37.24	0	37.24
Asociación	No	29.46	59.2	11.34	41.78
	Sí	42.66	53.91	3.43	31.9
Centro de día	No	32.79	57.37	9.84	39.92
	Sí	31.64	68.36	0	27.58

Tabla. Prevalencia de aislamiento social, aislamiento familiar y aislamiento de amistades en la población de 55 años o más en Andalucía por sus características sociodemográficas y por sexo.

Hombres		Riesgo de aislamiento social	Riesgo de aislamiento de la red familiar	Riesgo de aislamiento de la red de amistades
Sexo	Hombre	12.73	8.08	25.27
	Mujer	13.66	4.93	33.39
Estado civil	Casado/a	17.96	7.65	34.66
	Viudo/a	7.75	1.48	26.85
	Divorciado/a o separado/a	25.99	11.71	38.52
	Soltero/a, cohabita	26.23	21.22	28.57
	Soltero/a, no cohabita	28.75	27.03	36.95
Nivel educativo	Analfabeto o sin estudios	30.54	20.49	42.27
	Primarios	31.24	8.35	54.1
	Secundarios	11.52	6.59	28.75
	Superiores	10.09	6.65	22.94
Hábitat	Rural	13.52	6.36	30.33
	Urbano	8.24	7.69	32.22
Hábitat 2	Sierra	15.29	4.17	34.40
	Costa	13.83	5.23	28.80
	Resto	13.67	7.34	29.73
Mujeres		Riesgo de aislamiento social	Riesgo de aislamiento de la red familiar	Riesgo de aislamiento de la red de amistades
Sex	Hombre	5.56	2.64	19.71
	Mujer	16.34	3.58	34.85
Estado civil	Casado/a	31.48	7.78	55.14
	Viudo/a	11.75	1.95	29.36
	Divorciado/a o separado/a	23.85	6.86	45.05
	Soltero/a, cohabita	9.95	5.74	17.69
	Soltero/a, no cohabita	24.02	11.15	30.33
Nivel educativo	Analfabeto o sin estudios	12.55	11.3	27.06
	Primarios	26.69	7.99	50.12
	Secundarios	14.93	2.99	32.12
	Superiores	6.87	2.06	23.3
Hábitat	Rural	9.75	2.76	22.16
	Urbano	18.23	5.08	33.58
Hábitat 2	Sierra	14.80	6.10	24.31
	Costa	16.38	4.91	39.61
	Resto	14.76	3.50	32.61

Tabla. Prevalencia de aislamiento social, aislamiento familiar y aislamiento de amistades en la población de 55 años o más en Andalucía por sus características sociodemográficas en cada grupo de edad.

55 a 64 años		Riesgo de aislamiento social	Riesgo de aislamiento de la red familiar	Riesgo de aislamiento de la red de amistades
Sexo	Hombre	12.73	8.08	25.27
	Mujer	5.56	2.64	19.71
Estado civil	Casado/a	5.68	1.97	21.27
	Viudo/a	22.8	9.75	29.87
	Divorciado/a o separado/a	12.69	16.2	16.09
	Soltero/a, cohabita	32.6	25.98	25.13
	Soltero/a, no cohabita	18.1	13	32.62
Nivel educativo	Analfabeto o sin estudios	22.21	11.01	41.39
	Primarios	3.33	3.33	23.7
	Secundarios	9.09	5.79	19.27
	Superiores	10.97	5.4	23.04
Hábitat	Rural	6.84	6.37	23.42
	Urbano	9.65	5.02	22.17
Hábitat 2	Sierra	6.14	3.37	18.36
	Costa	9.25	3.83	21.33
	Resto	9.35	5.87	23.16
65 a 79 años		Riesgo de aislamiento social	Riesgo de aislamiento de la red familiar	Riesgo de aislamiento de la red de amistades
Sex	Hombre	13.66	4.93	33.39
	Mujer	16.34	3.58	34.85
Estado civil	Casado/a	12.86	1.31	33.37
	Viudo/a	17.15	7.97	36.36
	Divorciado/a o separado/a	24.24	11.18	34.57
	Soltero/a, cohabita	21.68	20.66	46.78
	Soltero/a, no cohabita	25.14	15.63	32.26
Nivel educativo	Analfabeto o sin estudios	24.72	5.92	49.41
	Primarios	15.53	5.35	27.98
	Secundarios	6.36	1.48	26.16
	Superiores	14.67	4.27	35.58
Hábitat	Rural	16.95	4.12	32.11
	Urbano	14.58	4.24	34.71
Hábitat 2	Sierra	10.71	3.78	28.19
	Costa	15.70	4.98	40.38
	Resto	15.49	4.06	33.22

80+ años		Riesgo de aislamiento social	Riesgo de aislamiento de la red familiar	Riesgo de aislamiento de la red de amistades
Sexo	Hombre	17.96	7.65	34.66
	Mujer	31.48	7.78	55.14
Estado civil	Casado/a	17.11	2.43	39.46
	Viudo/a	30.17	7.91	50.8
	Divorciado/a o separado/a	58.11	27.29	37.46
	Soltero/a, cohabita	11.06	3.6	61.65
	Soltero/a, no cohabita	43.81	42.1	69.33
Nivel educativo	Analfabeto o sin estudios	33.09	10.4	55.28
	Primarios	29.08	3.2	52.51
	Secundarios	14.7	9.25	32.79
	Superiores	11.1	6.35	27.38
Hábitat	Rural	26.3	9.62	56.65
	Urbano	26.58	7.15	44.83
Hábitat 2	Sierra	42.27	13.44	48.55
	Costa	27.02	8.30	48.55
	Resto	24.04	6.73	47.76

Tabla. Prevalencia de aislamiento social, aislamiento familiar y aislamiento de amistades en la población de 55 años o más en Andalucía por tipo de hogar y por sexo.

Hombres		Riesgo de aislamiento social	Riesgo de aislamiento de la red familiar	Riesgo de aislamiento de la red de amistades
Tipo de hogar	Unipersonal	28.01	18.62	35.94
	No unipersonal	9.6	3.12	28.2
Motivo principal de vivir solo/a	Viudedad	8.81	3.21	28.01
	Divorcio/separación	6.74	0.92	26.1
	Emancipación de hijos/as	29.55	13.04	40.35
	Decisión propia	2.47	1.2	13.7
	Otros motivos	27.39	11.04	38.1
Formato de hogar no unipersonal	Vive con pareja	15.1	10.49	19.01
	Vive con pareja e hijos/as	6.13	3.33	50.14
	Vive con otros familiares	33.7	28.6	41.07
	Vive con no familiares	36.84	13.67	28.76
Años viviendo solo/a	<1	34.57	14.49	37.79
	1 a 4	28.84	4.91	47.98
	5 a 10	26.09	28.29	37.29
	11 a 20	25.08	13.32	29.39
	20+	35.93	29.01	35.01
Tiempo barrio	≤ 10 años	16.41	8.35	42.38
	11-20 años	14.79	6.38	28.14
	21-40 años	15.83	6.68	27.19
	41+ años	10.93	6.52	31.5
Mujeres		Riesgo de aislamiento social	Riesgo de aislamiento de la red familiar	Riesgo de aislamiento de la red de amistades
Tipo de hogar	Unipersonal	17.5	8.7	34.15
	No unipersonal	14.43	2.88	32.51
Motivo principal de vivir solo/a	Viudedad	14.53	3.19	32.77
	Divorcio/separación	5.85	0.92	21.28
	Emancipación de hijos/as	22.72	4.88	44.15
	Decisión propia	50.62	2.68	68.81
	Otros motivos	21.24	9.5	39.45
Formato de hogar no unipersonal	Vive con pareja	27.29	0.98	27.29
	Vive con pareja e hijos/as	1.95	0	12.06
	Vive con otros familiares	8.24	10.79	22.23
	Vive con no familiares	24.63	16.52	54.27

Años viviendo solo/a	<1	32.39	0	72.06
	1 a 4	7.86	0.94	18
	5 a 10	10.8	19.56	30.68
	11 a 20	17.22	5.11	37.75
	20+	28.76	15.62	46.22
Tiempo barrio	≤ 10 años	26.19	4.89	53.59
	11-20 años	12.67	5.14	24.37
	21-40 años	11.45	3.81	27.48
	41+ años	17.15	3.81	36.95

Tabla. Prevalencia de aislamiento social, aislamiento familiar y aislamiento de amistades en la población de 55 años o más en Andalucía por tipo de hogar en cada grupo de edad.

55 a 64 años		Riesgo de aislamiento social	Riesgo de aislamiento de la red familiar	Riesgo de aislamiento de la red de amistades
Tipo de hogar	Unipersonal	25.7	23.03	27.68
	No unipersonal	6.56	2.63	21.64
Motivo principal de vivir solo/a	Viudedad	42.59	17.8	24.79
	Divorcio/separación	5.18	0	5.18
	Emancipación de hijos/as	0	0	0
	Decisión propia	33.36	35.03	38.01
	Otros motivos	16.95	16.95	32.21
Formato de hogar no unipersonal	Vive con pareja	5.56	4.29	22.12
	Vive con pareja e hijos/as	5.55	1.16	20.69
	Vive con otros familiares	13.19	3.07	20.94
	Vive con no familiares	38.28	0	79.52
Años viviendo solo/a	<1	0	0	0
	1 a 4	28.56	7.02	28.56
	5 a 10	32.57	39.18	47.03
	11 a 20	14.4	15.99	17.56
	20+	40.53	27.87	12.67
Tiempo barrio	≤ 10 años	3.47	0	42.06
	11-20 años	13.26	6.86	22.19
	21-40 años	9.62	5.67	22.17
	41+ años	6.68	4.64	20.17
65 a 79 años		Riesgo de aislamiento social	Riesgo de aislamiento de la red familiar	Riesgo de aislamiento de la red de amistades
Tipo de hogar	Unipersonal	25.7	23.03	27.68
	No unipersonal	6.56	2.63	21.64
Motivo principal de vivir solo/a	Viudedad	12.16	5.16	31.01
	Divorcio/separación	25.38	15.95	38.11
	Emancipación de hijos/as	0.58	0	10.55
	Decisión propia	17.74	11.02	25.13
	Otros motivos	42.15	8.87	38.59
Formato de hogar no unipersonal	Vive con pareja	14.11	2.63	34.8
	Vive con pareja e hijos/as	8.96	0.06	28.73
	Vive con otros familiares	27.17	12.73	49.76
	Vive con no familiares	81.36	4.64	84.61

Años viviendo solo/a	<1	5.09	5.09	22.63
	1 a 4	8.03	0.98	18.18
	5 a 10	5.43	18.87	14.06
	11 a 20	25.36	4.62	40.37
	20+	12.58	9.78	32.51
Tiempo barrio	≤ 10 años	30.8	12.14	38.71
	11-20 años	12.27	3.43	29.8
	21-40 años	13.62	4.22	27.82
	41+ años	14.81	3.46	38.64
80+ años		Riesgo de aislamiento social	Riesgo de aislamiento de la red familiar	Riesgo de aislamiento de la red de amistades
Tipo de hogar	Unipersonal	25.7	23.03	27.68
	No unipersonal	6.56	2.63	21.64
Motivo principal de vivir solo/a	Viudedad	28.59	12.4	45.53
	Divorcio/separación	82.98	41.99	50.01
	Emancipación de hijos/as	9.87	2.58	51.13
	Decisión propia	31.58	19.59	64.08
	Otros motivos			
Formato de hogar no unipersonal	Vive con pareja	20.05	2.61	35.44
	Vive con pareja e hijos/as	3.38	1.91	35.44
	Vive con otros familiares	34.78	3.84	62.62
	Vive con no familiares	39.32	2.87	51.6
Años viviendo solo/a	<1	48.36	14.47	66.82
	1 a 4	17.43	1.76	40.45
	5 a 10	24.22	13.31	47.3
	11 a 20	21.43	11.04	37.26
	20+	42.21	13.21	59.57
Tiempo barrio	≤ 10 años	27.39	5.61	74.06
	11-20 años	20.79	8.72	33.4
	21-40 años	28.89	5.76	46.5
	41+ años	26.05	8.99	47.22

Tabla. Prevalencia de aislamiento social, aislamiento familiar y aislamiento de amistades en la población de 55 años o más en Andalucía por salud y limitaciones y por sexo.

Hombres		Riesgo de aislamiento social	Riesgo de aislamiento de la red familiar	Riesgo de aislamiento de la red de amistades
Estado de salud	Muy malo	45.17	11.88	68.95
	Malo	32.28	11.68	45.92
	Regular	21.06	8.24	37.27
	Bueno	8.72	5.61	22.76
	Muy bueno	10.18	5.61	33.7
Cambio en salud	Ha empeorado mucho	12	5.34	36.31
	Ha empeorado	19.06	8.85	32.55
	Está igual	11.98	5.82	28.85
	Ha mejorado	16.59	9.2	32.81
	Ha mejorado mucho	0.13	0	0.13
Depresión	Siempre o casi siempre	44.31	17.8	51.1
	A veces	23.75	7.81	44.44
	Nunca	9.2	5.69	24.48
Limitación de actividades por salud	Sí, mucho	22.31	8.92	40.2
	Sí, algo	18.18	8.21	31.93
	No	11.54	5.97	28.11
Mujeres		Riesgo de aislamiento social	Riesgo de aislamiento de la red familiar	Riesgo de aislamiento de la red de amistades
Estado de salud	Muy malo	35.19	12	47.52
	Malo	23.27	9.72	40.08
	Regular	18.09	2.72	33.65
	Bueno	11.23	3.1	30.02
	Muy bueno	3.67	0.41	26.72
Cambio en salud	Ha empeorado mucho	31.81	5.64	47.9
	Ha empeorado	19.24	5.59	36.32
	Está igual	10.19	2.55	28.12
	Ha mejorado	6.53	5.18	28.47
	Ha mejorado mucho	26.3	0	43.33
Depresión	Siempre o casi siempre	36.24	11.45	40.9
	A veces	15.7	3.58	30.35
	Nunca	8.7	2.34	32.56
Limitación de actividades por salud	Sí, mucho	25.26	7.1	37.9
	Sí, algo	17.88	5.25	32.61
	No	10.92	2.65	31.44

Tabla. Prevalencia de aislamiento social, aislamiento familiar y aislamiento de amistades en la población de 55 años o más en Andalucía por salud y limitaciones en cada grupo de edad.

55 a 64 años		Riesgo de aislamiento social	Riesgo de aislamiento de la red familiar	Riesgo de aislamiento de la red de amistades
Estado de salud	Muy malo	0	8.04	0
	Malo	22.91	10.53	34.44
	Regular	15.43	5.51	23.54
	Bueno	7	5.03	21.74
	Muy bueno	6.09	4	23.24
Cambio en salud	Ha empeorado mucho	16.13	6.35	21.17
	Ha empeorado	13.56	6.4	24.03
	Está igual	6.59	4.75	21.89
	Ha mejorado	2.34	2.34	22.84
	Ha mejorado mucho	12.81	7.82	21.65
Depresión	Siempre o casi siempre	8.18	6.35	25.18
	A veces	9.31	6.4	23.34
	Nunca	7.08	4.75	21.83
Limitación de actividades por salud	Sí, mucho	0	0	15.86
	Sí, algo	15.46	8.77	23.75
	No	8.19	4.88	22.87
65 a 79 años		Riesgo de aislamiento social	Riesgo de aislamiento de la red familiar	Riesgo de aislamiento de la red de amistades
Estado de salud	Muy malo	55.86	8.99	62.8
	Malo	14.82	10.07	32.98
	Regular	19.54	4.5	39.57
	Bueno	11.79	3.69	28.89
	Muy bueno	5.2	0.25	33.67
Cambio en salud	Ha empeorado mucho	16.13	6.35	47
	Ha empeorado	13.56	6.4	37.17
	Está igual	6.59	4.75	31.24
	Ha mejorado	2.34	2.34	32.14
	Ha mejorado mucho	12.81	7.82	33.81
Depresión	Siempre o casi siempre	8.18	16.26	42.53
	A veces	9.31	3.48	41.2
	Nunca	7.08	2.38	28.79
Limitación de actividades por salud	Sí, mucho	25.77	7.74	35.75
	Sí, algo	17.42	4.64	35.48
	No	12.14	3.36	33.41

80+ años		Riesgo de aislamiento social	Riesgo de aislamiento de la red familiar	Riesgo de aislamiento de la red de amistades
Estado de salud	Muy malo	38.79	16.35	67.96
	Malo	44.49	10.64	60.2
	Regular	24.97	5.11	43.64
	Bueno	16.58	4.03	37.46
	Muy bueno	17.91	10.31	46.41
Cambio en salud	Ha empeorado mucho	48.24	12.65	58.28
	Ha empeorado	25.97	4.97	47.2
	Está igual	20.15	8.19	43.12
	Ha mejorado	34.46	3.31	59.62
	Ha mejorado mucho	29.3	8.87	18.49
Depresión	Siempre o casi siempre	22.45	12.65	59.68
	A veces	14.25	4.97	44.52
	Nunca	18.49	8.19	46.47
Limitación de actividades por salud	Sí, mucho	44.55	14.62	63.46
	Sí, algo	25.44	4.92	46.06
	No	18.39	5.7	40.75

Tabla. Prevalencia de aislamiento social, aislamiento familiar y aislamiento de amistades en la población de 55 años o más en Andalucía por uso de medios y redes sociales y por sexo.

Hombres		Riesgo de aislamiento social	Riesgo de aislamiento de la red familiar	Riesgo de aislamiento de la red de amistades
Frecuencia de diaria de uso de teléfono	Nada	44.4	21.81	55.12
	Poco	13.71	6.63	30.74
	Algunas veces	11.24	5.65	28.28
	Bastante	10.44	3.47	28.79
	Mucho	8.18	6.23	16.71
Frecuencia diaria de uso de mensajería instantánea	Nada	26.97	11.28	42.22
	Poco	12.16	4.93	32.81
	Algunas veces	9.68	7.19	27.71
	Bastante	5.21	4.53	18.44
	Mucho	2.81	1.01	16.75
Frecuencia diaria de uso de redes sociales	Nada	16.26	7.03	33.12
	Poco	3.05	0.94	23.87
	Algunas veces	27	29.51	37.87
	Bastante	4.37	4.37	8.33
	Mucho	26.8	10.01	25.89
Asociación	No	20	7.95	34.1
	Sí	96.33	4.58	23.2
Centro de día	No	14.13	6.75	30.35
	Sí	5.42	4.63	20.21
Mujeres		Riesgo de aislamiento social	Riesgo de aislamiento de la red familiar	Riesgo de aislamiento de la red de amistades
Frecuencia de diaria de uso teléfono	Nada	46.83	19.62	70.2
	Poco	14.63	4.29	30.91
	Algunas veces	14.4	4.27	33.84
	Bastante	15.31	2.95	32.95
	Mucho	10.52	1.9	27.87
Frecuencia diaria de uso de mensajería instantánea	Nada	28.14	6.73	49.53
	Poco	9.06	5	17.46
	Algunas veces	4.64	0.55	23.91
	Bastante	5.79	1.51	24.84
	Mucho	5.94	2.26	19.08
Frecuencia diaria de uso de redes sociales	Nada	17.76	4.68	36.79
	Poco	6.33	0.16	18.28
	Algunas veces	0.28	0.25	23.08
	Bastante	15.48	0.8	20.11
	Mucho	15.87	15.56	28.81

Asociación	No	18.34	5.64	37.04
	Sí	8.87	1.01	24.98
Centro de día	No	14.86	3.99	32.55
	Sí	23.99	5.94	47.06

Tabla. Prevalencia de aislamiento social, aislamiento familiar y aislamiento de amistades en la población de 55 años o más en Andalucía por uso de medios y redes sociales en cada grupo de edad.

55 a 64 años		Riesgo de aislamiento social	Riesgo de aislamiento de la red familiar	Riesgo de aislamiento de la red de amistades
Frecuencia de diaria de uso de teléfono	Nada	0	0	48.91
	Poco	9.71	6.68	23.24
	Algunas veces	9.48	4.06	25.6
	Bastante	10.54	4	19.22
	Mucho	4.23	6.26	11.75
Frecuencia diaria de uso de mensajería instantánea	Nada	29.19	16.46	34.47
	Poco	11.66	5.95	25.75
	Algunas veces	5.85	5.42	26.29
	Bastante	4.93	2.48	15.54
	Mucho	3.64	2.05	17.89
Frecuencia diaria de uso de redes sociales	Nada	10.33	5.9	22.79
	Poco	2.02	0	22.33
	Algunas veces	7.53	8.66	24.74
	Bastante	10.55	3.38	12.96
	Mucho	20.84	14.83	29.48
Asociación	No	12.72	6.62	27.21
	Sí	2.99	3.11	14.49
Centro de día	No	9.12	5.34	22.11
	Sí	0	0	74.86
65 a 79 años		Riesgo de aislamiento social	Riesgo de aislamiento de la red familiar	Riesgo de aislamiento de la red de amistades
Frecuencia de diaria de uso de teléfono	Nada	60.56	21.29	67.03
	Poco	14.26	3.61	33.48
	Algunas veces	12.46	5.69	32.71
	Bastante	11.87	1.31	36.66
	Mucho	11.2	1.96	22.74
Frecuencia diaria de uso de mensajería instantánea	Nada	25	6.53	46.27
	Poco	9.63	4.27	25.6
	Algunas veces	8.65	0.58	24.29
	Bastante	5.17	3.01	29.28
	Mucho	5.56	0.42	15.08
Frecuencia diaria de uso de redes sociales	Nada	17.25	4.75	37.82
	Poco	6.47	0.17	18.69
	Algunas veces	13.32	13.19	39.68
	Bastante	0.7	1.32	11.11
	Mucho	12.5	0	12.5

Asociación	No	18.75	5.09	35.6
	Sí	9.44	2.88	31.95
Centro de día	No	14.99	4.04	34.74
	Sí	17.11	8.3	20.35
80+ años		Riesgo de aislamiento social	Riesgo de aislamiento de la red familiar	Riesgo de aislamiento de la red de amistades
Frecuencia de diaria de uso teléfono	Nada	56.82	37.51	60.39
	Poco	28.18	7.56	48.47
	Algunas veces	24.56	4.65	44.32
	Bastante	25.39	5.99	47.97
	Mucho	14.74	1.77	44.51
Frecuencia diaria de uso de mensajería instantánea	Nada	30.91	8.55	51.49
	Poco	11.81	0.92	35.8
	Algunas veces	5.28	2.52	26.5
	Bastante	14.66	10.43	34.77
	Mucho	11.35	5.97	39.96
Frecuencia diaria de uso de redes sociales	Nada	27.26	7.52	48.71
	Poco	14.46	10.22	33.41
	Algunas veces	0	0	0
	Bastante	100	100	100
	Mucho	62.76	62.76	74.47
Asociación	No	33.02	10.04	53.69
	Sí	6.78	0.74	29.2
Centro de día	No	27.5	8.12	48.11
	Sí	6.73	0	37.67