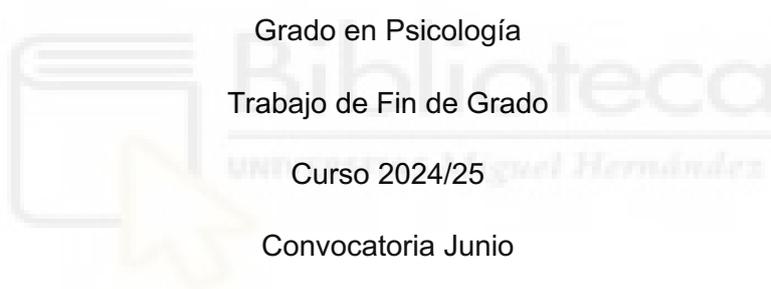




**UNIVERSITAS**  
*Miguel Hernández*



Grado en Psicología  
Trabajo de Fin de Grado  
Curso 2024/25  
Convocatoria Junio

**Modalidad:** Investigación empírica.

**Título:** Análisis del nivel de soledad percibida en una residencia de mayores.

**Autor:** Eduardo Mena Martín

**Tutora:** M<sup>a</sup> Virtudes Pérez Jover

Elche, 4 de junio de 2025

## ÍNDICE

<i>RESUMEN</i> .....	3
<i>INTRODUCCIÓN</i> .....	3
<i>MÉTODO</i> .....	6
Participantes .....	6
Variables e instrumentos .....	7
Procedimiento.....	7
Análisis .....	8
<i>RESULTADOS</i> .....	8
Soledad percibida y sexo.....	10
Soledad percibida y sector de la residencia .....	10
Soledad percibida y frecuencia de participación en actividades .....	10
Soledad percibida según la ubicación y participación en actividades .....	11
<i>DISCUSION</i> .....	11
<i>BIBLIOGRAFIA</i> .....	13

## RESUMEN

La soledad no deseada es un problema creciente que afecta especialmente a personas mayores y tiene consecuencias para la salud física y mental de los mismos. Por eso mismo, esta investigación tiene como objetivo analizar el nivel de soledad percibida en 192 residentes de un centro geriátrico y ver su relación con el sexo, el sector de la residencia y la frecuencia de participación en actividades. Para ello, se realizó un estudio transversal utilizando un cuestionario ad hoc. Los resultados han mostrado niveles bajos de soledad en la residencia. El factor de la ubicación resultó clave, puesto que, los residentes de apartamentos reportaron tener menos sentimiento de soledad que aquellos situados en la residencia principal y en la unidad de dependientes. Asimismo, la frecuencia de participación también resultó significativa en aquellos que participaban de forma ocasional, mostrando menos sentimiento de soledad en comparación con los que nunca o siempre lo hacían. En cuanto al sexo, no resultó significativo, así como tampoco lo fue la interacción entre el sector de la residencia y las actividades realizadas. Finalmente, este trabajo identifica factores claves respecto a la soledad, facilitando posibles propuestas de intervención enfocadas en las necesidades de los residentes.

**Palabras clave:** soledad percibida, residencia, personas mayores, participación social, ubicación residencial, aislamiento social.

## INTRODUCCIÓN

La soledad no deseada en España se ha convertido en un problema creciente, afectando alrededor del 20% de personas. Esta cuestión se extiende también por Europa, ocasionando problemas a nivel físico, mental y emocional (Jiménez Rodríguez, 2024). A pesar de que esta problemática puede surgir a cualquier edad, son los jóvenes y las personas mayores quienes sufren de soledad con más frecuencia, afectando ligeramente más a las mujeres (Fundación ONCE & Fundación AXA, 2024). Actualmente, se considera una preocupación de salud pública puesto que son varias las investigaciones que han destacado sus graves consecuencias físicas y mentales. Se ha comprobado que quienes sufren de soledad son más propensos a experimentar ansiedad, depresión o ideación suicida. A su vez, se ha relacionado con un aumento de enfermedades cardiovasculares, así como demencia y deterioro cognitivo (Bu et al., 2020). En especial, las personas mayores que optan por vivir en una residencia se someten a una serie de cambios y reglas que puede tener un impacto en su vida diaria.

Por ejemplo, mudarse a un nuevo hogar posiblemente provoque una pérdida de contactos sociales, un aislamiento en función de la ubicación geográfica, la dificultad de integrarse en una nueva comunidad y la adaptación a las políticas del centro (Boamah et al., 2021).

Por ello, profesionales de áreas sociosanitarias y políticas se han interesado por este desafío, que trae consigo una serie de efectos y consecuencias que afectan tanto a nivel individual como a nivel de población (Montejo-Carrasco et al., 2022).

El concepto de soledad se define como un constructo complejo y multidimensional que afecta a cada persona de forma individual, independientemente de la edad o condición social (Yanguas et al., 2018). Desde un enfoque psicológico, la soledad se describe como la respuesta negativa que surge de la discrepancia entre las relaciones sociales deseadas y las que se tienen en realidad (Schroyen et al., 2023). Es vital diferenciar la soledad del aislamiento social, la primera es entendida como una percepción subjetiva mientras que la segunda se refiere a un déficit objetivo de interacciones sociales (Murayama et al., 2025). Según menciona Yanguas et al. (2018), una persona puede encontrarse aislada pero no sentirse sola, y, por el contrario, puede estar rodeada de gente y sentirse completamente sola.

Además de las diferencias entre lo objetivo y subjetivo, la soledad puede manifestarse en dos dimensiones: emocional y social (Buecker et al., 2020). La soledad emocional se refiere a la ausencia de una relación íntima o falta de vínculo emocional, como un mejor amigo, produciendo un sentimiento de vacío. Por otro lado, la soledad social hace referencia a la falta de una red social de apoyo, lo que impide tener un sentimiento de pertenencia o integración (Landmann & Rohmann, 2022).

Hay distintas teorías acerca de la soledad. La primera se basa en el enfoque de las necesidades sociales. Dada esta definición, la causa de la soledad es la ausencia de relaciones sociales que permiten satisfacer necesidades humanas importantes (Motta, 2021). Dichas necesidades se encuentran presentes dentro de la jerarquía de Maslow, y se muestran en el día a día con sentimientos como ser reconocidos socialmente, el deseo de un matrimonio, formar una familia, integrarse en una comunidad o asistir a un evento social (Elizalde et al., 2006). Por ende, esta perspectiva plantea que la sensación subjetiva de soledad está directamente relacionada con la ausencia objetiva de relaciones sociales significativas. Sin embargo, también reconocen que la existencia de diferentes factores, como el divorcio o el fallecimiento de un ser querido, pueden ocasionar y prolongar el sentimiento de soledad. (Motta, 2021; Spithoven et al., 2019).

Por otro lado, la teoría de la discrepancia cognitiva plantea que la soledad se basa en una diferencia entre la expectativa de una persona acerca de las relaciones sociales que desea y las que realmente mantiene (Garber, 1989). Es decir, la comparativa entre la expectativa y la realidad. Se da por hecho que todas las personas evalúan sus relaciones sociales en comparación con las de otras personas similares (Spithoven et al., 2019). A su vez, cabe destacar lo señalado por Motta (2021), donde una persona puede sentirse sola deseando un tipo de amistades con los que compartir algún tipo de actividad en común, como salir a tomar algo, pero en su vida diaria únicamente mantiene relaciones de forma superficial.

La tercera teoría se basa en un enfoque interaccionista, donde los rasgos de personalidad se relacionan con la soledad (Buecker et al., 2020). A su vez, estos rasgos interactúan con factores situacionales, como el traslado de un apartamento a una residencia (Motta, 2021).

Al mismo tiempo, Yanguas et al. (2018) comenta la existencia de otras perspectivas que definen el término soledad como una señal de alarma que trata de proteger al individuo de mantenerse alejado socialmente.

Diversas investigaciones evidencian que existen factores de riesgo que juegan un papel importante en la aparición y el mantenimiento de la soledad en personas ancianas. Algunas causas incluyen: el estado civil; no tener acceso a una red social de apoyo; tener una baja participación en actividades; o sufrir un estado de ánimo depresivo (Dahlberg et al., 2022).

Se ha hallado que las probabilidades de sufrir soledad en personas mayores son más altas en aquellas personas que carecían del acceso al apoyo social, indicando que dicho apoyo alivia el sentimiento de soledad (Bu et al., 2020; Dahlberg et al., 2018; Hutten et al., 2022). En concreto, el estudio de Prieto-Flores et al. (2011) ha descubierto que el apoyo social, especialmente de familiares y amigos, actúa como un factor protector frente a la soledad.

De acuerdo con Hutten et al. (2022), ser hombre podría ser un factor de riesgo a causa de que los hombres suelen sentirse más solos que las mujeres desde la etapa adolescente. No obstante, diferentes estudios han concluido que las mujeres tienden a experimentar niveles de soledad más elevados que los hombres (Boehlen et al., 2023; Bu et al., 2020; Nicolaisen & Thorsen, 2024).

Asimismo, se ha encontrado que quienes dejan de participar en actividades sociales con el tiempo tienen más riesgos de sentirse solos (Dahlberg et al., 2018). Este hecho lo corrobora un estudio cualitativo, donde tener un horario de actividades resulta motivador y ayuda a manejar la soledad (Naik & Ueland, 2020). Sin embargo, otra investigación señala que la relación entre la participación social y la soledad no necesariamente ha de ser positiva, mostrando que personas que se mantienen activas experimentan soledad debido a no tener relaciones sociales de calidad (Wang et al., 2024).

Por tanto, este estudio tiene como objetivo general analizar el nivel de soledad percibida en una residencia de ancianos. Para alcanzarlo, se plantean tres objetivos específicos: examinar las diferencias de los niveles de soledad en función del sexo; comparar los niveles de soledad según el sector de la residencia; y analizar la relación entre la frecuencia de participación en actividades y nivel de soledad percibido.

Con respecto a los objetivos, se plantean tres hipótesis. La primera indica que existen diferencias significativas en los niveles de soledad entre hombres y mujeres. La segunda señala que existen diferencias significativas en la percepción de soledad según el sector de la residencia. Por último, la tercera hipótesis muestra que existe una relación inversa entre el nivel de soledad percibido y la frecuencia de participación en actividades.

## **MÉTODO**

### **Participantes**

La muestra inicial del estudio está compuesta por un total de 194 residentes de una residencia de ancianos de la provincia de Alicante, perteneciente a la Asociación para Residencias de Pensionistas Ferroviarios de San Juan. Se establecieron como criterios de inclusión: ser usuarios internos del centro; haber permanecido mínimo un mes en la residencia, con el propósito de asegurar una adaptación y participación en el centro; y poseer la capacidad cognitiva para completar la encuesta de forma coherente. Dicha capacidad fue evaluada por el equipo de psicología del centro mediante sus valoraciones y escalas cognitivas: Cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ; Pfeiffer, 1975) o el Mini-examen cognoscitivo (MEC; Lobo et al., 1979).

Se excluyó a todos los residentes que presentaban: estado de salud crítica, alteraciones comportamentales, trastornos neurológicos complejos o se negaron a participar. Además, varios residentes no rellenaron todos los apartados de la encuesta y se excluyeron del análisis.

Previamente a entregar la encuesta, los participantes fueron informados de forma verbal por el equipo de psicología sobre el objetivo, la voluntariedad de participación y la confidencialidad de los datos.

### **Variables e instrumentos**

El cuestionario fue elaborado de forma ad hoc por las dos psicólogas del centro, en base a su experiencia práctica con otros cuestionarios empleados en años anteriores. Observaron que las encuestas extensas resultaban muy complejas de realizar para la mayoría, lo que impedía analizar e intervenir sobre los residentes. Por tanto, se decidió simplificar la encuesta en factores claves abriendo la posibilidad de intervenir sobre estos.

En esta investigación, se han seleccionado un total de cuatro variables:

- *Sexo*: se mide a través de un ítem que pregunta si es hombre o mujer.
- *Ubicación*: se incluyó una pregunta sobre el sector de la residencia donde se encuentran (apartamentos, residencia principal o unidad de dependientes).
- *Participación en actividades*: se mide a través de un ítem con escala tipo Likert que evalúa la frecuencia con la que los residentes participan en actividades del centro. Constaba de 3 puntos (de 1 = “nunca” hasta 3 = “siempre”).
- *Percepción de soledad*: se mide con un ítem de escala tipo Likert. Tenía un total de 6 puntos, donde 0 indicaba ningún sentimiento de soledad y 5 reflejaba un sentimiento de soledad muy elevado.

### **Procedimiento**

La encuesta se realizó de forma individual, presencial y en formato físico. Primeramente, se entregó el cuestionario a cada residente en un entorno tranquilo, ofreciéndoles toda la información necesaria y recordando que no hay respuestas correctas o incorrectas. Todo esto se hizo con el fin de que cada persona pueda cumplimentarlo de manera autónoma. En aquellos casos que se detectaron dificultades de comprensión, lectura o escritura; fue el equipo de psicólogos del centro los encargados de ofrecer la ayuda correspondiente, limitándose a leer en voz alta las preguntas y anotar literalmente las respuestas proporcionadas por los participantes. Durante este proceso, no se sugirió ni modificó ninguna respuesta para evitar posibles sesgos.

Tras completar las encuestas, se recogieron y almacenaron en armarios cerrados con llaves, ubicados en los respectivos despachos del equipo de psicología. De esta forma, únicamente el conjunto profesional del centro tiene acceso directo a los cuestionarios.

Posteriormente, los datos fueron codificados por las psicólogas del centro y se trasladaron a una base de datos anonimizada para su análisis, con el fin de garantizar la confidencialidad.

Antes de realizar el análisis, fue necesario cumplir la normativa vigente respecto a las actividades de investigación realizadas en la Universidad Miguel Hernández, que conllevan requisitos ético-legales. En primer lugar, fue necesaria la colaboración con la Oficina de Investigación Responsable (OIR) para obtener el diploma de Capacitación COIR. Seguidamente, se completó el formulario TFG/TFM para conseguir el Código de Investigación Responsable. La actividad se autorizó bajo el código: TFG.GPS.MVPJ.EMM.250418.

### **Análisis**

Los datos recogidos fueron analizados con el software estadístico Jamovi (versión 2.6.26). Se estableció un nivel de significación alfa ( $\alpha$ ) de 0.05, por lo que se consideran estadísticamente significativos los valores p inferiores a dicho umbral.

Primeramente, se realizó un análisis descriptivo para todas las variables del estudio. En concreto, para las variables predictoras se calcularon las frecuencias absolutas y sus porcentajes. Para la variable criterio, se calculó la media, la mediana, la desviación típica, el mínimo y el máximo. Además, se incluyeron gráficos como histogramas.

Para comparar los niveles de soledad percibida en hombres y mujeres, se empleó la prueba t de Student para muestras independientes.

Seguidamente, se comprobaron las diferencias entre los niveles de soledad y la ubicación dentro de la residencia mediante ANOVA de un factor. Se incluyó la variable "Sector de la residencia" como independiente con tres niveles: apartamentos, residencia principal y unidad de dependientes. La variable "Soledad" se introdujo como variable dependiente. Los resultados del ANOVA se interpretaron y se realizaron las pruebas post hoc de Tukey. Además, se analizó la relación entre la frecuencia de participación en actividades y el nivel de soledad percibido mediante ANOVA de un factor.

Por último, se realizó un análisis conjunto entre el sector de la residencia, la participación en actividades y la soledad mediante un ANOVA factorial para comprobar la interacción entre las dos variables independientes y su influencia sobre la dependiente.

### **RESULTADOS**

La muestra final estuvo compuesta de N = 192 participantes, de los que el 61% (n=118) eran mujeres.

Tal como indica la Tabla 1, la mayoría de la muestra se encuentra en la residencia principal (51%). En cuanto a la distribución de la frecuencia de participación en actividades según el sector de la residencia, en la Tabla 2 se observa que la residencia principal son el grupo con mayor participación frecuente (18.2%), mientras que en los apartamentos participan de forma ocasional (26.6%).

**Tabla 1**

*Distribución de residentes por sexo y ubicación*

<b>Ubicación</b>	<b>Mujeres n (%)</b>	<b>Hombres n (%)</b>
Apartamento	42 (21.9%)	31 (16.1%)
Residencia principal	64 (33.3%)	34 (17.7%)
Unidad de dependientes	12 (6.3%)	9 (4.7%)

**Tabla 2**

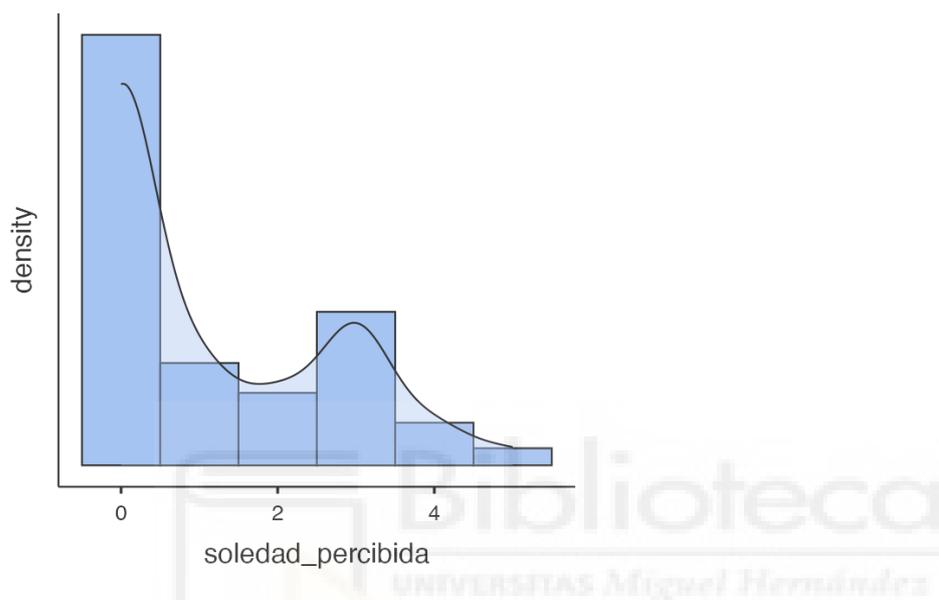
*Frecuencias de participación en actividades según el sector de la residencia*

<b>Ubicación</b>	<b>Participación en actividades</b>	<b>n (%)</b>
Apartamentos (n = 73)	Nunca	13 (6.8%)
	A veces	51 (26.6%)
	Siempre	9 (4.7%)
Residencia principal (n = 98)	Nunca	16 (8.3%)
	A veces	47 (24.5%)
	Siempre	35 (18.2%)
Unidad de dependientes (n = 21)	Nunca	7 (3.6%)
	A veces	3 (1.6%)
	Siempre	11 (5.7%)

Para la variable criterio del estudio “Soledad percibida”, la media fue de 1.18 (rango = 0-5), con una desviación típica de 1.47. Como se observa en la Figura 1, se muestra una distribución asimétrica con una mayor densidad de participantes en las puntuaciones más bajas de soledad percibida.

**Figura 1**

*Histograma de soledad percibida*



### **Soledad percibida y sexo**

No se encontraron diferencias significativas ( $p=0.832$ ) respecto a la soledad percibida por hombres ( $M=1.15$ ) y por mujeres ( $M=1.19$ ).

### **Soledad percibida y sector de la residencia**

El análisis mostró diferencias significativas en los niveles de soledad percibida según la ubicación dentro de la residencia ( $F=6.95$ ,  $p=.002$ ). El grupo de apartamentos mostró los niveles más bajos de soledad ( $M=0.77$ ), en comparación con la residencia principal ( $M=1.27$ ) y la unidad de dependientes ( $M=2.14$ ).

### **Soledad percibida y frecuencia de participación en actividades**

Se encontraron diferencias significativas en el grado de soledad percibido en función de la frecuencia de participación en actividades ( $F=3.77$ ,  $p=.027$ ). Los residentes que participaban a veces en actividades mostraron los niveles más bajos de soledad ( $M=0.90$ ), a diferencia de quienes nunca participaban ( $M=1.44$ ) y los que lo hacían siempre ( $M=1.51$ ).

### **Soledad percibida según la ubicación y participación en actividades**

El análisis factorial no ha mostrado una interacción significativa entre el sector de la residencia y la frecuencia de participación en actividades sobre el nivel de soledad percibido ( $F=1.38$ ,  $p=.242$ ).

## **DISCUSION**

La presente investigación tiene como objetivo analizar el nivel de soledad percibida en una residencia de tercera edad, midiendo su relación con el sexo, el sector de la residencia y la frecuencia de participación en actividades.

Los análisis descriptivos han señalado un nivel de soledad percibida en la muestra bajo, lo que sugiere un indicador positivo respecto al bienestar social y emocional dentro de la residencia. No obstante, varios estudios detectaron una tendencia a sufrir más soledad en personas ingresadas en centros residenciales (Iciaszczyk, 2021; Prieto-Flores, 2011). Esto refuerza la necesidad de explorar diferentes factores que puedan influir sobre la soledad.

Los resultados estadísticos han señalado que no existen diferencias significativas en la soledad percibida entre hombres y mujeres. De la misma manera, el estudio de Hacıhasanoğlu et al. (2012) tampoco encontró diferencias analizándolo desde una perspectiva de género. Sin embargo, hallazgos de otros estudios indican que, en general, las mujeres tienen más tendencia a sufrir soledad (Boehlen et al., 2023; Bu et al., 2020; Nicolaisen & Thorsen, 2024). Esta diferencia de conclusiones puede deberse a factores contextuales, como las características del centro residencial o sus dinámicas y programas sociales, que logran paliar los efectos de la diferencia de sexos.

Por otro lado, los análisis han sugerido diferencias significativas según el sector de la residencia, mostrando niveles más bajos de soledad percibida en la zona de apartamentos, mientras que los más altos fueron en la unidad de dependientes. Este resultado sugiere que la autonomía y clase de convivencia influye sobre el sentimiento de soledad. En concreto, vivir en un entorno con mayor independencia y privacidad podría fomentar el bienestar, disminuyendo los niveles de soledad. Esto lo refuerzan varios estudios indicando que, factores como la pérdida de actividades diarias por deterioro físico y una mayor dependencia, son predictores de un mayor nivel de soledad (Hacıhasanoğlu et al., 2012; Steptoe & Di Gessa, 2021). Además, en el presente estudio no se han encontrado diferencias significativas entre la zona de la residencia principal y

la unidad de dependientes, lo que respaldaría el hecho de que, a mayor asistencia requerida, mayores niveles de soledad.

Por otra parte, se han encontrado diferencias significativas según la frecuencia de participación en actividades. De forma inesperada, los residentes que participaban de forma ocasional han reportado niveles más bajos de soledad que aquellos que nunca o siempre lo hacían. El hecho de que la participación constante no reduzca la soledad podría señalar que las relaciones sociales juegan un papel imprescindible. El análisis de Wang et al., (2024) lo corrobora sugiriendo que realizar actividades no reduce el sentimiento de soledad si no se tienen relaciones sociales de calidad. No obstante, este patrón también podría indicar que no depende únicamente en la cantidad y obligatoriedad de realizar actividades, sino en la calidad y voluntariedad de estas. Además, el tipo de actividad realizada podría influir, ya que aquellas con aspectos sociales y grupales podrían favorecer las relaciones interpersonales y el sentimiento de pertenencia. Respecto a lo último, varias investigaciones sugieren que las actividades deben tener un significado y un propósito, así como abordar las partes de la soledad social y emocional (Autschbach et al., 2024; Naik & Ueland, 2020).

Finalmente, no se encontró una interacción significativa entre el sector de la residencia y la participación en actividades. Esto indica que el efecto de ambos factores es independiente sobre la soledad.

Es fundamental reconocer ciertas limitaciones presentes en la investigación. En primer lugar, se trata de un estudio transversal lo que impide establecer relaciones causales y aumentar la fiabilidad del estudio. Además, la muestra pertenece a un mismo centro residencial, imposibilitando la generalización de los resultados obtenidos a otros contextos. Por otra parte, el cuestionario se realizó de forma ad hoc de forma simplificada para facilitar su cumplimentación. Esto provoca que no se pueda explorar en profundidad variables como la participación en actividades, la cual se centraba únicamente en aquellas realizadas dentro del centro, excluyendo así actividades externas o hábitos diarios que pueden ser igual de relevantes, como salir a pasear. Además, no se puede comprobar la fiabilidad y validez del cuestionario empleado. Por último, existe la posibilidad de sesgo de deseabilidad social, donde los residentes pudieron responder el cuestionario de forma favorable, negando sentirse solos por vergüenza.

Este estudio abre las puertas a futuras líneas de investigación donde se aborden las limitaciones anteriormente mencionadas. A su vez, podría profundizarse en la

motivación para realizar ciertas actividades, así como el tipo y el valor que aportan. De esta forma, se podrían diferenciar varias categorías de actividades como individuales, grupales, sociales y emocionales.

Por otro lado, resultaría interesante explorar diferentes factores como la calidad de las relaciones interpersonales, familiares y la disponibilidad de apoyo por parte del personal del centro.

## BIBLIOGRAFIA

Autschbach, D., Hagedorn, A., & Halek, M. (2024). Addressing loneliness and social isolation through the involvement of primary and secondary informal caregivers in nursing homes: a scoping review. *BMC Geriatrics*, 24(1), 552. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05156-1>

Boamah, S. A., Weldrick, R., Lee, T.-S. J., & Taylor, N. (2021). Social isolation among older adults in long-term care: A scoping review. *Journal of Aging and Health*, 33(7–8), 618–632. <https://doi.org/10.1177/08982643211004174>

Boehlen, F. H., Heider, D., Schellberg, D., Hohls, J. K., Schöttker, B., Brenner, H., Friederich, H. C., König, H. H., & Wild, B. (2023). Gender-specific association of loneliness and health care use in community-dwelling older adults. *BMC Geriatrics*, 23(1), 502. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04201-9>

Bu, F., Steptoe, A., & Fancourt, D. (2020). Loneliness during a strict lockdown: Trajectories and predictors during the COVID-19 pandemic in 38,217 United Kingdom adults. *Social Science & Medicine*, 265, 113521. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113521>

Buecker, S., Maes, M., Denissen, J. J. A., & Luhmann, M. (2020). Loneliness and the Big Five personality traits: A meta-analysis. *European Journal of Personality*, 34(1), 8–28. <https://doi.org/10.1002/per.2229>

Dahlberg, L., Andersson, L., & Lennartsson, C. (2018). Long-term predictors of loneliness in old age: Results of a 20-year national study. *Aging & Mental Health*, 22(2), 190–196. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1247425>

- Dahlberg, L., McKee, K. J., Frank, A., & Naseer, M. (2022). A systematic review of longitudinal risk factors for loneliness in older adults. *Aging & Mental Health*, 26(2), 225–249. <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1876638>
- Elizalde Hevia, A., Martí Vilar, M., & Martínez Salvá, F. A. (2006). Una revisión crítica del debate sobre las necesidades humanas desde el Enfoque Centrado en la Persona. *POLIS, Revista Latinoamericana*, 5(15).
- Fundación ONCE & Fundación AXA (2024). *Barómetro de la soledad no deseada en España 2024*.
- Garber, M. M. (1989). *Loneliness: A study in cognitive discrepancy* (Master's thesis, California State University, San Bernardino). <https://scholarworks.lib.csusb.edu/etd-project/455/>
- Hacihasanoglu, R., Yildirim, A., & Karakurt, P. (2012). Loneliness in elderly individuals, level of dependence in activities of daily living (ADL) and influential factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54(1), 61–66. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2011.03.011>
- Hutten, E., Jongen, E. M. M., Hajema, K., Ruiters, R. A. C., Hamers, F., & Bos, A. E. R. (2022). Risk factors of loneliness across the life span. *Journal of Social and Personal Relationships*, 39(5), 1482–1507. <https://doi.org/10.1177/02654075211059193>
- Iciaszczyk, C. (2021). *Nursing homes and loneliness among older adults in the United States* (Master's research paper, Western University). [https://ir.lib.uwo.ca/sociology\\_masrp/54](https://ir.lib.uwo.ca/sociology_masrp/54)
- Jiménez-Rodríguez, José Manuel. (2024). La soledad no deseada en España: un problema para la gestión de la Salud Pública y los cuidados familiares. *Revista Española de Salud Pública*, 98, e202403025. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272024000100453&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272024000100453&lng=es&tlng=es).
- Landmann, H., & Rohmann, A. (2022). When loneliness dimensions drift apart: Emotional, social and physical loneliness during the COVID-19 lockdown and its associations with age, personality, stress and well-being. *International Journal of*

*Psychology: Journal International de Psychologie*, 57(1), 63–72.  
<https://doi.org/10.1002/ijop.12772>

Lobo, A., Ezquerro, J., Gómez-Burgada, F., Sala, J. M., & Seva, A. (1979). El mini-examen cognoscitivo. Un test sencillo y práctico para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 7(3), 189–202.

Montejo Carrasco, P., Prada Crespo, D., Montejo Rubio, C., & Montenegro-Peña, M. (2022). Loneliness in the elderly: Association with health variables, pain, and cognitive performance. A population-based study. *Clínica y Salud*, 33(2), 51–58.  
<https://doi.org/10.5093/clysa2021a14>

Motta, V. (2021). Key concept: Loneliness. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology: PPP*, 28(1), 71–81. <https://doi.org/10.1353/ppp.2021.0012>

Murayama, H., Suda, T., Nakamoto, I., & Tabuchi, T. (2025). Exploring the association of social isolation and loneliness on the experience of COVID-19 infection and hospitalization in the Japanese population: the JACSIS study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 60(4), 943–952. <https://doi.org/10.1007/s00127-024-02793-0>

Naik, P., & Ueland, V. I. (2020). How elderly residents in nursing homes handle loneliness—from the nurses' perspective. *SAGE Open Nursing*, 6, 2377960820980361. <https://doi.org/10.1177/2377960820980361>

Nicolaisen, M., & Thorsen, K. (2024). Gender differences in loneliness over time: A 15-year longitudinal study of men and women in the second part of life. *International Journal of Aging & Human Development*, 98(1), 103–132.  
<https://doi.org/10.1177/00914150231194243>

Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 23(10), 433–441. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1975.tb00927.x>

Prieto-Flores, M.-E., Forjaz, M. J., Fernandez-Mayoralas, G., Rojo-Perez, F., & Martinez-Martin, P. (2011). Factors associated with loneliness of noninstitutionalized and

institutionalized older adults. *Journal of Aging and Health*, 23(1), 177–194.  
<https://doi.org/10.1177/0898264310382658>

Schroyen, S., Janssen, N., Duffner, L. A., Veenstra, M., Pyrovolaki, E., Salmon, E., & Adam, S. (2023). Prevalence of loneliness in older adults: A scoping review. *Health & Social Care in the Community*, 2023, 1–12.  
<https://doi.org/10.1155/2023/7726692>

Spithoven, A. W. M., Cacioppo, S., Goossens, L., & Cacioppo, J. T. (2019). Genetic contributions to loneliness and their relevance to the evolutionary theory of loneliness. *Perspectives on Psychological Science: A Journal of the Association for Psychological Science*, 14(3), 376–396.  
<https://doi.org/10.1177/1745691618812684>

Stephoe, A., & Di Gessa, G. (2021). Mental health and social interactions of older people with physical disabilities in England during the COVID-19 pandemic: A longitudinal cohort study. *The Lancet Public Health*, 6(6), e365–e373.  
[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00069-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00069-4)

Wang, Y., Liu, M., Yang, F., Chen, H., Wang, Y., & Liu, J. (2024). The associations of socioeconomic status, social activities, and loneliness with depressive symptoms in adults aged 50 years and older across 24 countries: findings from five prospective cohort studies. *The Lancet Healthy Longevity*, 5(9), e100618.  
<https://doi.org/10.1016/j.lanhl.2024.07.001>

Yanguas, J., Pinazo-Henandis, S., & Tarazona-Santabalbina, F. J. (2018). The complexity of loneliness. *Acta bio-medica: Atenei Parmensis*, 89(2), 302–314.  
<https://doi.org/10.23750/abm.v89i2.7404>