



Loneliness in Older People and Their Cognitive State

María José Flores Tena¹, Virgilio García Aparicio^{2*}

¹University Alfonso X

²University Alfonso X

Corresponding Author: Virgilio García Aparicio^{2}

(Received: 07 October 2023

Revised: 12 November

Accepted: 06 December)

KEYWORDS

Estado cognitivo;
estado emocional;
soledad;
aislamiento social;
personas mayores.

ABSTRACT:

The loneliness experienced by our elders and social isolation have increased in our households. The concept of active aging, promoted by the WHO, encourages the "process of growing older without aging through the continuous development of physical, social, and spiritual activities throughout life." Healthy aging poses a significant challenge. It is not merely a biological process; it is influenced by biological and social factors. Ibarra & Hernández-Mosqueira (2009) suggests that key elements for successful aging include attaining happiness, finding meaning in life with gratitude, and avoiding stress.

Research focuses on understanding the cognitive state of individuals through loneliness. The sample comprised 150 individuals from a Senior Center in the Community of Madrid. Data collection took place at the center, utilizing the AD8 test and the Este II Scale to assess cognitive development and evaluate social isolation. A descriptive and correlational study was conducted on the obtained data. The results indicate that human loneliness can impact the cognitive state of older individuals.

1. INTRODUCTION

Lehr (2008) señala el buen humor para prolongar la longevidad individual por medio de una educación integral, la actitud optimista ante la vida, evitar angustias y tensiones emocionales, el estrés.

La Educación para la Salud en esta etapa debe aumentar la expectativa de vida, prevenir y retrasar el deterioro cognitivo y orgánico, mantener y mejorar la autonomía, evitando la dependencia. Debe prevenir los factores de riesgo, origen de los síndromes geriátricos, fomentando actitudes positivas, hábitos de vida saludables tales como vivir de forma positiva, favorecer el desarrollo de un buen autoconcepto y autoestima, posibilitando un cambio de actitudes mediante un enfoque integral de la persona, visión global y completa de la persona y de su proceso de envejecimiento individual. Según la OMS, la promoción de la salud permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud. Abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación.

La soledad se ha convertido en uno de los problemas más relevantes en la actualidad, varios estudios destacan el incremento de la soledad en la población general, pero más significativamente en las personas en situación de dependencia.

Para prevenir la soledad es necesario entablar lazos sociales, Valverde (2002) definió la socialización como el proceso mediante el cual el individuo se convierte en miembro del grupo y llega a asumir las pautas de comportamiento de dicho grupo (normas, valores, actitudes). Este proceso se inicia en el momento en que nacemos y permanece abierto durante toda la vida. La socialización facilita la convivencia social y el desarrollo de la comunidad y es el proceso que hace posible la comunicación entre los miembros de la comunidad.

Hasta la década de los 50, el estudio de esta realidad social no fue un objeto de interés para los psicólogos, y no fue hasta los años 80 cuando comenzó a considerarse un tema de investigación empírica con el surgimiento de diferentes instrumentos de medición de la soledad. Actualmente, no son muchos los estudios que analicen el aislamiento y la percepción subjetiva de la soledad, quizás al ser considerada una de las dolencias más silenciosas y difíciles de detectar.



En torno a un 20% de los españoles mayores de 18 años viven solos. De este porcentaje, la mayoría, un 59%, dice vivir solo por voluntad propia, mientras que el 41% restante admite que vive solo, no porque quiera sino porque no le queda otro remedio. Es decir, que en realidad se podría decir que sólo un 7,9% de la población española mayor de 18 años se puede considerar como realmente aislado, en el sentido de que vive solo por obligación y no por voluntad propia (Moreno-Tamayo et al., 2017).

Parece que las redes sociales proporcionan compañía, pero es evidente que no, porque no sustituyen el contacto personal (Gómez, 2016). Antonio Cano Vindel, presidente de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS) afirma que, aunque "los jóvenes de hoy en día se relacionen socialmente, en muchos casos, a través de las nuevas tecnologías", esto no implica que "la comunicación y la actividad social sea real. La tecnología no sólo no parece capaz de frenar la epidemia de la soledad, sino que, además, ha conseguido alterar la percepción que de ella se tiene".

La persona mayor representa a un grupo amplio en nuestra sociedad. Además, constituye un grupo social que es dinámico y cambiante y, que, a lo largo de los años, ha ido adquiriendo protagonismo.

Hoy en día los mayores son más activos, se considera que ha sido logrado gracias al aumento de la esperanza de vida y a los avances alcanzados en nuestra sociedad. No obstante, que la esperanza de vida haya aumentado no quiere decir que las personas mayores vivan más y mejor. Sino que, en ocasiones, la vejez y el envejecimiento pueden ser originarios de un estado de dependencia (Dídac, 2016).

Actualmente, muchas personas mayores encuentran que la vejez está ligada a la pérdida de la autonomía y a la dependencia. Pero esto no tiene por qué ser así, resulta primordial reconocer la etapa de la vejez como un proceso natural, el cual forma parte del ciclo vital (Santamarina, 2004).

Se trata de garantizar los derechos de los mayores y su independencia, de fomentar su participación en la sociedad, de reconocer sus habilidades y sus experiencias, y de eliminar los estereotipos negativos que la sociedad ha construido sobre ellos (Flores-Tena, 2015).

El envejecimiento es un proceso que se ha ido transformado a lo largo de los últimos años, cargándose de vitalidad y expectativas. Es un proceso a través del cual se envejece, es decir, implica el paso del tiempo por el individuo. En cambio, la vejez es un estado definitivo que es irreversible, es un proceso natural de todo ser

vivo. Es importante considerar el período de la vejez y del envejecimiento desde una perspectiva bio-psico-social y no sólo desde una perspectiva biológica (Santamarina, 2004).

2. OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

Para conseguir un envejecimiento activo se debe fomentar la motivación con programas donde se fomente dicha participación, hábitos saludables, prevenir la dependencia, es el objetivo que se persigue. El envejecimiento activo es, pues, aumentar la expectativa de existencia saludable y la calidad de vida para todas las personas que envejecen, incluidas las que son frágiles, físicamente incapacitadas y que requieren cuidados.

El proceso de envejecimiento no ha de ser observado como un problema, sino como un desafío para todos, tanto para la sociedad como para el individuo que envejece (Abellán y Esparza, 2009). Y en ese desafío, sabemos necesario potenciar el contacto entre jóvenes y mayores.

En la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento quedó definido un nuevo concepto de persona mayor. El envejecimiento activo fue uno de sus temas estrella, apostando por un modelo integrador del envejecimiento que implica una continua implicación social, económica, espiritual, cultural y cívica de los mayores, y no sólo a la capacidad de permanecer físicamente activos. Este modelo integrador alienta la participación de las personas mayores en la toma de decisiones y las relaciones intergeneracionales, entre otras cosas. En este sentido, tal como apunta Limón y Ortega (2013) los espacios para mayores son espacios de vida para compartir información, experiencias y formación con el fin de potenciar el desarrollo personal y social en esta nueva etapa de la vida.

La dependencia genera preocupación en las personas mayores, por ello, se buscan alternativas para poder combatirla, Sin dejar de lado, nuestra propia historia, vivencias, situación personas, las cuales unidad a dichas creencias, provocan miedo por llegar a la etapa de la vejez. Según la OMS, una de las consecuencias Del envejecimiento de la población es el incremento de la dependencia funcional, así Como de la discapacidad.

El bienestar físico y la participación en los mayores hacen que se prevenga la soledad (Cerri, 2015), siguiendo a Monteagudo et al., (2016), afirman que es posible que las personas mayores puedan llegar a prevenir la dependencia a través de programas de envejecimiento activo en los que se fomente la calidad de vida. Es importante que participen en las actividades, promoviendo la participación social, existen múltiples



programas que hacen que los mayores tengan un bienestar cada vez mayor (Gómez, 2016).

Siguiendo a Gutiérrez (2013), la educación también para hacer mejores personas, mejores consigo mismas y con los demás. Conscientes de que viven en una comunidad mucho mayor que Ellas mismas, que se extiende en el tiempo y en el espacio, y que lo que hagas, lo que haces, tiene una repercusión hacia todo aquello que Te rodea.

El aislamiento social hace referencia a la ausencia de relaciones sociales de carácter satisfactorio, así Como a UN nivel de participación bajo en la comunidad (Santos-Olmo, 2016). Esta situación al igual que la Soledad forman parte de la experiencia vital, claramente reconocidas en las personas de mayor edad (Pita, 2017). España es uno de los países de la Unión Europea que mantiene con mayor fuerza una red familiar y comunitaria sólida. Se está produciendo un incremento del número de personas mayores que viven solas o de personas que aun viviendo con sus familias se sienten

solas. En otro sentido, las mujeres que viven solas son en proporciones más altas que los hombres, debido a que viven más tiempo, 83 años (80,1 años para los hombres y 85,8 años para las mujeres en 2015), las mujeres ocupan el primer puesto respecto a la Unión Europea. (Informe sobre Personas Mayores. IMSERSO 2021).

Por tanto, el 19'5% de las personas mayores viven en Soledad, una de cada cuatro. Esta cifra encierra una realidad más cruda: un 25'9% de las mujeres de edad viven solas y sólo un 10'8% de los varones. Cabe destacar que en el resto de las edades (16-64 años) la proporción de Soledad es muy baja y sólo son 1.517.635, con la característica de que hay más varones que mujeres en situación de Soledad (865.329 y 652.306, respectivamente).

La soledad es uno de los principales factores que genera dependencia en el colectivo de personas mayores. Ya que la edad aumenta la posibilidad de vivir en soledad (Abellán et al., 2015).

Tabla 1. Soledad

2020	Ambos sexos					
	60-64 años	65-69 años	70-74 años	75-79 años	80-84 años	85 años o más
Personas que viven solas	383,8 ³	392,2 ³	455,5 ³	396,7 ³	378,9 ³	508,2 ³

Fuente: INE 2020.

3. METODOLOGÍA

La investigación se ha centrado en conocer el estado cognitivo de las personas a través de la soledad La hipótesis se centra en conocer si existe una interrelación entre la soledad y la aparición de deterioro cognitivo en personas de avanzada edad. La metodología se centra en una investigación cuantitativa no experimental de carácter correlacional comparativo. Se utilizó el instrumento AD8 y la Escala Este I, se diseñó para medir la soledad en las personas mayores. Esta escala consta de 34 ítems de tipo Likert con 5 opciones de respuesta, cuya

puntuación oscila entre 1 y 5 (1=Totalmente en desacuerdo, 2=Parcialmente en desacuerdo, 3=No tiene una opinión definida o depende de las circunstancias, 4=Parcialmente de acuerdo, 5=Totalmente de acuerdo). Los ítems de la escala abarcan diferentes aspectos del concepto de soledad, como la tenencia de amigos, los sentimientos de pertenencia a la familia o de amor por el cónyuge. El análisis de los ítems muestra que existe una alta fiabilidad medida por el coeficiente alfa de Cronbach (0.9178). Los ítems de la escala se agrupan en cuatro variables soledad familiar, soledad conyugal, soledad social y crisis existencial.

Tabla 2. Variables.

VARIABLES	ÍTEMS
Soledad Familiar	Ítem 1,2,8,9,10,11,12,13,17,18,19,20,21 y 28
Soledad Conyugal	Ítem 3,4,5,6,7
Soledad Social	Ítem 15,16,18,22,23,24,25
Crisis Existencial	Ítem 14,26,27,29,30,31,32,33,34

Fuente: Elaboración propia

A través de la combinación de ambas escalas, se ha tenido en cuenta una serie de variables para analizar e intentar

indagar en el objetivo de la investigación. En la siguiente tabla categorizaremos dichas variables.

**Tabla 3.** Variables presentes en la investigación

NOMBRE VARIABLE	TIPO DE VARIABLE
Género	Variable cualitativa ordinal
Edad	Variable cuantitativa discreta
Estado civil	Variable cualitativa nominal
Nivel de estudios	Variable cualitativa ordinal
Situación laboral	Variable cualitativa nominal
Convivencia	Variable cualitativa nominal
Contactos sociales	Variable cuantitativa discreta
Manejo de las nuevas tecnologías	Variable cualitativa ordinal
Deterioro cognitivo	Variable cualitativa ordinal

Fuente: Elaboración propia

Para la recogida de datos se implementó el se explicó a las personas del Centro de Mayores la finalidad del cuestionario y en qué consistía la recogida de datos del instrumento AD8 y la escala Este II, una vez explicado; se cumplimentó el cuestionario. La muestra seleccionada fueron personas mayores de entre 60 y 90 años, personas que viven en pareja, con sus familiares, o solas.

El test AD8 está compuesto de 8 preguntas que evalúan el cambio en áreas comprometidas con un síndrome de demencia, las áreas consideradas más sensibles para predecir el deterioro cognitivo. Para evaluar la soledad se utilizó la escala Este II. Por cada respuesta positiva en el ítem de cambio, se otorga un punto, mientras que la ausencia de cambio no puntúa. A mayor puntuación, mayor es el deterioro cognitivo. Los estudios de validación exponen que una puntuación mayor de dos detecta casos de demencia leve.

4. RESULTADOS ALCANZADOS

Cabe destacar que se procedió a realizar un análisis de la fiabilidad de la encuesta de manera previa a ser suministrada a la muestra, obteniéndose un índice de fiabilidad según el alfa de Cronbach de 0.663, es decir, un 66,3% de fiabilidad, encontrándose por lo tanto por

encima del 60% de aceptación para los estudios educativos.

Para el posterior análisis de los datos obtenidos, la evaluación de la encuesta se ha realizado de la siguiente manera. Para el análisis de la información obtenida con la aplicación del cuestionario, se ha procedido a realizar un análisis estadístico descriptivo. Así mismo, se pretende realizar un análisis correlacional que nos permita conocer si existe relación entre soledad y el deterioro cognitivo, así como análisis que nos permitan llevar a cabo generalizaciones de los resultados obtenidos. Como recurso para los análisis de datos aquí mencionados, se ha utilizado el programa informático SPSS. Este es un programa estadístico informático que se ha usado tradicionalmente en las investigaciones de las ciencias sociales y aplicadas, utilizándose también en la actualidad para investigaciones de mercado. La fase de análisis de resultados se ha iniciado validando que no hubiera valores perdidos en la muestra para poder realizar los análisis de las características muestrales de manera adecuada. Una vez analizada la validez de la muestra, se ha realizado un análisis descriptivo de los datos sociodemográficos obtenidos de la muestra. La muestra está compuesta por 150 sujetos, de entre estos, el 48,6% son hombres frente a un 51,4% de mujeres. Se trata por lo tanto de una distribución muy pareja.

Tabla 4. Género

GÉNERO			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Hombre	67	48,6
	Mujer	83	51,4
	Total	150	100,0

Fuente: Elaboración propia



Respecto a la variable de edad, la muestra presenta una media de 71 años con una desviación típica sobre esta de 6,35. La edad mínima representada en la muestra es de 62 años, y la máxima de 89, siendo 70 años la edad más común de entre las personas que conforman nuestra muestra. En el gráfico 1 se puede observar la distribución de la variable edad en base a la variable género. Respecto

al estado civil, la gran mayoría de la muestra está casada, con un porcentaje del 71,4%, seguido de personas viudas con el 14,3%, y de divorciadas con el 8,6%. Tan solo el 5,7% de nuestra muestra ha permanecido soltera. Llegados a este punto, se considera interesante analizar la variable estado civil en relación con el género de la muestra.

Tabla 5. Estado Civil

		Género	
		Hombre	Mujer
		%	%
Estado Civil	Soltero/a	5,7%	5,6%
	Casado/a	76,5%	66,7%
	Viudo/a	11,8%	16,7%
	Divorciado/a	6,0%	11,0%
Total		100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

En el análisis conjunto si se puede apreciar que hay un mayor porcentaje de mujeres viudas. Así mismo también cabe destacar la diferencia en el género de las personas divorciadas, llegan casi a duplicar el número de mujeres al de hombres.

Por otro lado, el 51,4 % de la muestra convivió con su pareja durante el estado de alarma, seguido de un 37,1 % de personas con familiares y de un 11,4 % que vivieron solas.

Ambos datos, el estado civil y la convivencia, se encuentran en relación como se expresa en la siguiente tabla. Resulta de interés la circunstancia de que hay un mayor porcentaje de personas viudas que convive con familiares frente a los que se mantienen solos en el domicilio. Para ello se ha procedido a realizar un análisis comparativo como se puede observar en la tabla 6. Se pretende conocer si se ha producido un deterioro cognitivo en las personas mayores.

Tabla 6. Distribución muestral del deterioro cognitivo

DETERIORO COGNITIVO		
	N	%
Sin deterioro cognitivo	98	71,4%
Con deterioro cognitivo	52	28,6%

Fuente: Elaboración propia

Se comprobó si las variables con las que hemos trabajado tenían una distribución normal con la finalidad de poder realizar los posteriores análisis. Con la aplicación de las pruebas de normalidad de Kolmogorov- Smirnov a las variables, se han obtenido resultados de normalidad excepto en la variable de edad que han aparecido niveles de significación superiores al 0.05 aconsejado en este tipo de estudios. Una vez revisado este dato, se han analizado

los gráficos de normalidad Q-Q de la variable, priorizándose en este caso los datos obtenidos en ellos, donde la variable se distribuye a lo largo de la línea de normalidad, ya que la prueba de Kolmogorov- Smirnov es muy sensible a un tamaño muestral tan reducido. En la tabla 7 se observan los datos obtenidos mediante la prueba de Kolmogorov- Smirnov.

**Tabla 7.** Prueba normalidad Kolmogorov- Smirnov

	Kolmogorov-Smirnov		
	Estadístico	gl	Sig.
Género	,345	35	<,001
Edad	,114	35	,200*
Estado Civil	,415	35	<,001
Nivel de estudios	,339	35	<,001
Situación laboral	,526	35	<,001
Convivencia	,281	35	<,001
Aislamiento	,211	35	<,001
Deterioro cognitivo	,448	35	<,001

Fuente: Elaboración propia

Se observa que la correlación entre soledad y el deterioro cognitivo es positiva pero débil, con un nivel de 0,194, por lo tanto, no tiene una gran significación. Es por ello,

que no se puede establecer una gran relación entre ambas variables.

Tabla 8. Correlación entre Soledad y deterioro cognitivo

CORRELACIONES			
		Aislamiento social	Deterioro cognitivo
Aislamiento social	Correlación de Pearson	1	,194
	Sig. (bilateral)		,264
	N	35	35
Deterioro cognitivo	Correlación de Pearson	,194	1
	Sig. (bilateral)	,264	
	N	250	250

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la correlación entre el nivel de estudios y el deterioro cognitivo, al igual que ocurre con el anterior análisis, la relación que se establece es muy débil, siendo en este caso negativa, con un nivel de significación del

0.124 como se muestra en la tabla 15. Es decir, que a mayor nivel de estudios el deterioro cognitivo es menor, coincidiendo esto con los estudios realizados sobre envejecimiento activo.

Tabla 9. Correlación entre Soledad y nivel de estudios

CORRELACIONES			
		Deterioro cognitivo	Nivel de estudios
Deterioro	Correlación de Pearson	1	-,124



cognitivo	Sig. (bilateral)		,479
	N	35	35
Nivel de estudios	Correlación de Pearson	-,124	1
	Sig. (bilateral)	,479	
	N	35	35

Fuente: Elaboración propia

Otro dato que nos interesaba conocer era si existía relación entre la soledad y el conocimiento de las nuevas tecnologías, para ello utilizando también la prueba de Pearson se ha analizado la correlación, obteniendo un nivel de significación muy bajo, con un 0,055 de carácter

negativo como se observa en la tabla 10, lo que quiere decir que cuanto más conocimiento sobre las nuevas tecnologías se posea menor será el grado de sentirse solo.

Tabla 10. Correlación entre aislamiento social y conocimiento de las nuevas tecnologías

CORRELACIONES			
		Aislamiento social	Conocimiento de las nuevas tecnologías
Aislamiento social	Correlación de Pearson	1	-,055
	Sig. (bilateral)		,753
	N	35	35
Conocimiento de las nuevas tecnologías	Correlación de Pearson	-,055	1
	Sig. (bilateral)	,753	
	N	35	35

Fuente: Elaboración propia

Para analizar los conocimientos en las nuevas tecnologías, podemos basarnos en el análisis de la variable de recursos utilizados para la comunicación como se muestra en la siguiente tabla, obteniendo como

resultados que, a pesar de referir unos buenos conocimientos, las personas mayores no utilizan medios de comunicación avanzados.

Tabla 11. Análisis de variable conocimiento de las nuevas tecnologías y el recurso comunicativo utilizado.

		RECURSOS DE COMUNICACIÓN					
		Teléfono		Ordenador		Contacto personal	
		N	%	N	%	N	%
CONOCIMIENTO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS	Bueno	6	22,2%	0	0,0%	2	40,0%
	Regular	17	63,0%	3	100,0%	2	40,0%
	Malo	2	7,4%	0	0,0%	0	0,0%
	Sin Conocimientos	2	7,4%	0	0,0%	1	20,0%

Fuente: Elaboración propia



En cuanto a la significación de las diferencias en el deterioro cognitivo entre hombres y mujeres, no se puede establecer que existan ya que el nivel de significación es

superior a 0.5 en la prueba T de Student como se observa en la tabla 12.

Tabla 12. Prueba T de Student sobre variable deterioro cognitivo

		Significación	
		P de un factor	P de dos factores
Deterioro cognitivo	Se asumen varianzas iguales	,268	,535
	No se asumen varianzas iguales	,267	,534

Fuente: Elaboración propia

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Con el análisis de los resultados obtenidos mediante la aplicación del cuestionario a la muestra de 250 sujetos participantes en actividades impartidas por el Centro de Mayores, se han podido contrastar e indagar sobre el objetivo planteado en esta investigación.

Tal y como ya adelantaba la Organización Mundial de la Salud, existen multitud de determinantes que afectan a nuestra salud, siendo imposible establecer una relación de causalidad entre ellos, pero si una interrelación en los diferentes factores.

Mediante la aplicación de técnicas de análisis correlacionales se ha podido comprobar que existe relación entre dos de los determinantes de la salud definidos y planteados por la Organización Mundial de la Salud entre otros, la soledad y el deterioro cognitivo en las personas mayores. La relación que se establece es de carácter muy débil, pero permite mostrar que, a mayor soledad social, mayor es también el riesgo de padecer deterioro cognitivo en alguno de sus niveles.

De este modo quedaría validada la hipótesis principal, comenzando por el análisis del nivel de estudios, la edad media de nuestra muestra, de 71 años, se ha caracterizado por nacer y crecer en una sociedad donde no todos los estratos sociales podían acceder a niveles educativos elevados, priorizándose además en esta sociedad el trabajo manual frente al intelectual. Es por ello por lo que, tan solo un 5% de la muestra ha realizado los estudios superiores. A pesar de estas circunstancias se considera importante destacar que el 97% de la muestra ha cursado estudios, siendo este un porcentaje ampliamente significativo. A pesar de la participación en sociedad las personas sienten un deterioro cognitivo a causa de la soledad que tienen.

Uno de los factores que mediante esta investigación ha demostrado tener relación con el deterioro cognitivo y la Soledad. Por último, con la realización de esta investigación se ha podido ser aún más consciente que el deterioro cognitivo está relacionado a una Alta Soledad.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abellán García, A. y Esparza Catalán, C. (2009). Solidaridad familiar y dependencia entre las personas mayores. *Informes Portal Mayores*, 99, 1-22.
2. Cerri, C. (2015). Dependencia y autonomía: una aproximación antropológica desde el cuidado de los mayores. *Atenas Digital. Revista de pensamiento e investigación social*, 15(2), 111-140.
3. Gómez (2016). Los cuidadores informales de personas mayores dependientes: una revisión de las intervenciones psicológicas de los últimos diez años. *Clínica y Salud*, 29(2), 89-100.
4. Gutiérrez, M. (2013). Bienestar social, económico y ambiental para las presentes y futuras generaciones. *Información tecnológica*, 24(2), 121-130.
5. Didac (2016). Las estrategias didácticas y su papel en el desarrollo del proceso de enseñanza aprendizaje. *Educatoreconciencia*, 9(10), 106-113.
6. Flores-Tena; Reis, CS Reis. (2022). Study on the relationship between active ageing activities and the degree of satisfaction in older adults during COVID-19. *Retos*
7. Ibarra Mora, J., y Hernández-Mosqueira, C. (2009). Hábitos de vida saludable de actividad física, alimentación, sueño y consumo de tabaco y alcohol, en estudiantes adolescentes chilenos. *Sportis*, 5(1), 70-84.



8. IMSERSO (2021). Necesidades de planificación territorial en el sector de las residencias de mayores en España (2021–2050). Boletín de la Asociación de Geógrafos Españoles, (98).
9. Moreno-Tamayo, Karla, Sánchez-García, Sergio, y Doubova, Svetlana V. (2017). Factores asociados con el aislamiento social en una muestra de adultos mayores con seguridad social. Salud Pública de México, 59(2), 119-120. <https://doi.org/10.21149/8078>
10. Lerh et al. (2008). Predicting Biomass from Snout–Vent Length in New World Frogs, Journal of Herpetology, 42(2), 238-245
11. Limón Mendizabal, R. y Ortega Navas, M.C. (2013) Envejecimiento activo y saludable. En Pérez Serrano, G. y De- Juanas Oliva, A. (Coords.), Calidad de vida en personas adultas y mayores (pp. 197-244). UNED
12. Organización Mundial de la Salud (2002). Envejecimiento activo: un marco político. Revista Española Geriátrica Gerontol, 37(s2), 74-105
13. Pita Díaz, R. (2017). Aislamiento social y soledad en una muestra aleatoria poblacional de 65 y más años. [Tesis doctoral, Universidad Miguel Hernández] Santos-Olmos, A. (2016). Personas mayores en situación de aislamiento social: diseño y efectividad de un servicio de apoyo psicológico. Madrid: Universidad Complutense Madrid].
14. Santamarina (2004). Análisis de los hitos de consciencia del envejecimiento a partir de relatos de personas mayores.
15. Serrano, G. P., Oliva, D. J., París, E. C., Mendizábal, M. R. L., Prudenciano, J. L., Navas, M. D. C. O., y Plaza, Á. M. (2013). Calidad de vida en personas adultas y mayores. Editorial UNED
16. Valverde, J. (2002). Formación del Profesorado para el uso educativo de las Tecnologías de la Información y la Comunicación, RELATEC - Revista Latinoamericana de Tecnología Educativa, 1(2), 9-28.
17. The article was financed by the Call for Research Grants from the Atlántico Medio University within the project "Psychological Well-being in young people: a program for the improvement of positive relationships and emotional self-esteem"