

Soledad no Deseada y Aislamiento Social en la Vejez:

Prevalencia, Factores de Riesgo y Estrategias de Acción



ANIVERSARIO

Observatorio del
Envejecimiento



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

Compañía de Seguros
confuturo[®]
UN CHILE CON FUTURO

Introducción

La soledad no deseada y el aislamiento social son fenómenos que afectan de manera significativa a las sociedades modernas, con implicancias tanto a nivel individual como en términos de salud pública. Aunque frecuentemente utilizados de manera indistinta, se trata de conceptos diferentes que, sin embargo, pueden coexistir e influenciarse mutuamente.

La soledad se define como una experiencia subjetiva de insatisfacción con la cantidad o calidad de los vínculos sociales, mientras que el aislamiento social corresponde a una condición objetiva caracterizada por la escasez de interacciones con el entorno.

En el contexto del envejecimiento, estos fenómenos adquieren particular relevancia debido a los cambios en la estructura social y familiar, la reducción de la participación comunitaria y la posible pérdida de redes en la vejez. Diversos estudios han demostrado que tanto la soledad como el aislamiento social pueden afectar la salud mental y física de las personas mayores, aumentando el riesgo de deterioro cognitivo, enfermedades cardiovasculares y mortalidad prematura.

Este reporte busca profundizar en la comprensión de la soledad no deseada¹ y el aislamiento social en la población mayor, explorando sus definiciones, factores asociados y las posibles estrategias para su abordaje. A partir de la evidencia disponible, se analizarán las oportunidades y desafíos que enfrentan las políticas públicas y las iniciativas comunitarias en la construcción de entornos más inclusivos y socialmente conectados.

Para la elaboración de este reporte, se contó con el apoyo de María Soledad Herrera, Directora de Iniciativa Mayor UC y el Centro UC de Estudios de Vejez y Envejecimiento (CEVE UC), PhD en Sociología y experta en gerontología y envejecimiento; Beatriz Urrutia, Directora Social de Fundación Amanoz, una organización con más de 25 años de trayectoria que se enfoca en el acompañamiento a personas mayores que declaran sentirse solas; y Juan Carlos Catalán, Encargado Nacional del Programa Vínculos del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), un programa inserto en el Subsistema de Seguridad y Oportunidades, enfocado en la construcción de vínculos significativos y en la promoción de la autonomía en personas mayores en situación de vulnerabilidad.

Adicionalmente, se realizaron entrevistas a seis voluntarios de un programa de acompañamiento de Fundación Amanoz, orientado a personas mayores que declaran sentirse solas, con el propósito de comprender la experiencia de la soledad y el aislamiento en la vejez desde la perspectiva de quienes acompañan. Estas entrevistas permitieron recoger testimonios sobre los desafíos y aprendizajes en el proceso de

¹ En adelante, el término “soledad” hará referencia a la soledad no deseada en la vejez.

acompañamiento, así como identificar estrategias efectivas para fortalecer la integración social y el bienestar emocional de las personas mayores.

1. Contexto

1.1. Soledad no deseada y aislamiento social: Conceptos interrelacionados

La soledad y el aislamiento social son dos fenómenos distintos, aunque frecuentemente utilizados de manera intercambiable en la discusión pública. Sin embargo, la literatura ha demostrado que se trata de conceptos con implicancias y efectos diferenciados, tanto a nivel individual como en términos de salud pública.

La soledad, también denominada "aislamiento social percibido", es un fenómeno subjetivo que surge cuando existe una discrepancia entre las relaciones sociales que una persona desea y aquellas que efectivamente mantiene. Su definición se ha ido perfeccionando a través de los años: ya en 1973, el autor R.S. Weiss distinguía entre soledad emocional —relacionada con la ausencia de una figura de apego significativa— y soledad social, que alude a la falta de una red de apoyo que brinde sentido de pertenencia y compañía. Esta distinción resulta fundamental para comprender las múltiples dimensiones en que se experimenta la soledad y su incidencia en la vida de las personas mayores.

En 1982, Peplau y sus colegas definieron la soledad como una forma de discrepancia cognitiva, es decir, la percepción de que las relaciones sociales de una persona no están a la altura de lo deseado. Desde esta perspectiva, los sentimientos de soledad pueden verse exacerbados o mitigados por los estándares subjetivos de la persona, los cuales están, a su vez, influenciados por el contexto sociocultural² y sus ideales respecto a las relaciones sociales.

En años más recientes, autores como Valtorta y Hanratty (2012) han utilizado la definición de soledad como un sentimiento negativo asociado a la percepción de carencia de una red social amplia (soledad social) o la ausencia de un vínculo emocional significativo (soledad emocional). Esta conceptualización refuerza la idea de que se trata de una discordancia entre la realidad percibida y lo deseado en términos de relaciones sociales.

En palabras de Yanguas y colegas (2018), diversos enfoques han conceptualizado la soledad como una respuesta psicológica negativa ante la falta de relaciones satisfactorias, o incluso como una forma de "dolor social", que se interpretaría como una necesidad insatisfecha de restablecer los lazos con otros y evitar el aislamiento objetivo.

Esta dimensión subjetiva ha sido abordada también desde la experiencia práctica por

² Por ejemplo, y en el caso de Chile, la investigación de Gallardo-Peralta et al. (2023) subraya la alta prevalencia de soledad en la población indígena rural, destacando cómo factores socioculturales específicos inciden en esta experiencia y la diferencian de otros contextos territoriales y culturales.

quienes trabajan directamente con personas mayores. Beatriz Urrutia, Directora Social de Fundación Amanoz, destaca que **“la soledad no tiene que ver con vivir o estar solo, sino con cómo la persona se siente en relación con los vínculos deseables, a su comunidad”**. En su experiencia, muchas personas mayores manifiestan sentirse solas aun cuando viven acompañadas o cuentan con redes familiares, lo que refuerza la idea de que es la calidad percibida de los vínculos —y no la cantidad objetiva de interacciones— lo que define la vivencia de la soledad. Como señala Beatriz Urrutia, **“nosotros acompañamos a quienes manifiestan sentirse en soledad [...]; con eso basta, no necesita estar objetivamente sola”**.

Esta aproximación permite ampliar el foco de las intervenciones, atendiendo no sólo a quienes viven en soledad objetiva, sino también a quienes expresan una desconexión emocional significativa.

En una línea complementaria, Juan Carlos Catalán, Encargado Nacional del Programa Vínculos de SENAMA, plantea que la soledad también puede manifestarse como una experiencia de desconexión emocional significativa, lo que decanta en la sensación de no ser escuchado o considerado: **“no sentirse comprendido, que no te consulten, que tomen decisiones por ti [...]. Muchas veces, no sentirse considerado puede ser homologado a sentirse solo”**. Este tipo de soledad, más ligada a la pérdida de autonomía o al trato condescendiente, evidencia que el fenómeno también puede vincularse con situaciones de edadismo, incomprensión del ciclo vital y relaciones donde se minimiza la capacidad de decisión de la persona mayor, como evidencia el profesional de SENAMA .

Con esto, la vivencia de soledad no siempre proviene de la ausencia de vínculos, sino de la falta de reconocimiento dentro de ellos, como relata Beatriz Urrutia: **“nuestros usuarios dicen que la familia deja de tomarlos en cuenta. Se sienten solos porque, si bien la familia está, no se les pide la opinión. Hay una discriminación dentro de la familia. Cumplen una cierta edad y ya no se les considera”**, explica la profesional.

Por otro lado, el aislamiento social es definido como una condición objetiva caracterizada por la escasez de interacciones sociales y la falta de contacto con familiares, amigos o la comunidad en general. A diferencia de la soledad, el aislamiento social no necesariamente conlleva malestar emocional, ya que es posible que una persona tenga pocas interacciones sociales sin sentirse sola, así como también es posible que una persona con una red social amplia experimente sentimientos de soledad (Taylor, 2020). Si bien no existe una única definición de aislamiento social, generalmente se le considera un concepto multidimensional que implica la carencia objetiva o escasez de contactos sociales y de interacción con otros, incluyendo familiares, amigos y la comunidad.

Juan Carlos Catalán, desde SENAMA, también introduce una mirada territorial a la comprensión del aislamiento, al señalar que éste se ve mediado por el tipo de redes de apoyo disponibles en el entorno inmediato. **“Por ejemplo, hay personas que viven en una comuna rural y puede que no tengan contacto con el municipio, pero sí con una iglesia**

cercana a su casa. Hay estándares definidos, las prestaciones estatales para quien lo requiera, pero el contacto no siempre tiene que ser estatal". Esta observación permite advertir que las formas de conexión social no siempre se articulan a través de instituciones formales, y que, en muchos casos, la pertenencia comunitaria con redes más informales puede ser un sostén clave para evitar el aislamiento.

Valtorta y Hanratty (2012) subrayan que la soledad y el aislamiento social, aunque interrelacionados, son constructos distintos que presentan una correlación moderada entre sí. Mientras que la soledad se vincula con el bienestar subjetivo y la salud mental, el aislamiento social tiene efectos más marcados en la salud física y la participación social. Otros autores, como Taylor (2020), destacan que el aislamiento social puede evaluarse desde distintas esferas, y que, a mayor carencia generalizada, mayor sería la posibilidad de reportar soledad. Es por lo anterior que cabe destacar que ambos fenómenos han sido indicados como factores de riesgo de morbilidad y mortalidad, lo que refuerza la importancia de abordarlos desde una perspectiva de salud pública.

Comprender la diferencia entre estos fenómenos resulta clave para el diseño de intervenciones efectivas que promuevan el bienestar de las personas mayores. Mientras que la reducción del aislamiento social puede abordarse mediante estrategias que fomenten la participación en redes comunitarias y familiares, la soledad no deseada requiere intervenciones que mejoren la calidad de los vínculos sociales y fortalezcan el sentido de conexión con los demás. A lo largo de este reporte, exploraremos estas dimensiones identificando estrategias y buenas prácticas para mitigar los efectos adversos de la soledad no deseada y el aislamiento social en la población mayor.

Recuadro 1: Efectos de la soledad no deseada y el aislamiento social en la salud física y mental

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la soledad no deseada y el aislamiento social aumentarían el riesgo de desarrollar demencia en un 50%, un 25% de riesgo de una muerte prematura y un 30 % de infarto o enfermedades cardiovasculares. Su prevalencia ha sido comparada con factores de riesgo en salud como el sedentarismo, la obesidad y malos hábitos de consumo de alcohol (OMS, 2023).

Diversos estudios han demostrado que la falta de relaciones sociales efectivas, así como una mayor percepción de soledad, tiene impactos significativos en la salud:

- **Salud cardiovascular:** Un metaanálisis de 23 estudios con datos longitudinales encontró que las relaciones sociales deficientes aumentan el riesgo de enfermedad coronaria y accidentes cerebrovasculares en un 29 % y 32 %, respectivamente, independientemente de otros factores de riesgo cardiovascular (Valtorta et al., 2016).
- **Deterioro cognitivo y demencia:** La soledad, el bajo contacto social y la escasa participación en grupos comunitarios incrementan en un 50 % el riesgo de desarrollar demencia, equiparándose a factores como la inactividad física o la depresión en la vejez (Kuiper et al., 2015).
- **Salud mental:** La soledad se ha asociado con tasas más altas de depresión, ansiedad y pensamientos suicidas. Un estudio con más de 15.000 adultos en Alemania mostró que la soledad afecta la salud mental independientemente de factores como edad, sexo o nivel socioeconómico (Beutel et al., 2017).
- **Enfermedades crónicas y deterioro funcional:** Estudios en Suiza y Dinamarca han encontrado que la soledad se relaciona con mayor prevalencia de enfermedades crónicas, niveles elevados de colesterol, diabetes y peor percepción de salud. Además, en EE.UU., se ha vinculado con una reducción de la movilidad y mayor dificultad en actividades diarias, como subir escaleras o cargar peso (Richard et al., 2017; Perissinotto et al., 2012).
- **Conductas de riesgo y bienestar general:** La desconexión social puede llevar a hábitos poco saludables, como una mala alimentación, consumo excesivo de alcohol, tabaquismo y sedentarismo. También se ha observado una relación entre la soledad y conductas de riesgo como el uso de sustancias psicoactivas en adultos mayores (Choi y DiNitto, 2015; Boehlen et al., 2015).
- **Riesgo de suicidio:** Tanto la soledad como el aislamiento social han sido identificados como factores de riesgo de suicidio en todas las edades, con especial impacto en hombres mayores de 85 años. Estudios recientes confirman la relación

entre estos factores y el aumento de pensamientos e intentos suicidas en la vejez (Heuser y Howe, 2019).

El impacto de la soledad y el aislamiento en la calidad de vida es un tema creciente en la investigación, con evidencia que apunta a su influencia en el bienestar general y el envejecimiento saludable.

Fuente: National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020. "Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Opportunities for the Health Care System."

1.2. ¿Qué tan prevalente es la soledad no deseada y el aislamiento en la soledad chilena?

El estudio de la soledad y el aislamiento social se ha abordado a través de distintas metodologías, que varían en función del tipo de medición utilizada. En términos generales, la soledad suele evaluarse mediante dos enfoques principales: medidas directas e indirectas (Mund y colegas, 2020).

Las medidas directas indagan de manera explícita la experiencia de la soledad, preguntando a las personas con qué frecuencia se sienten solas o en qué medida perciben la ausencia de compañía. Este tipo de medición implica un reconocimiento subjetivo del fenómeno, lo que puede verse influido por factores como el estigma asociado a la soledad.

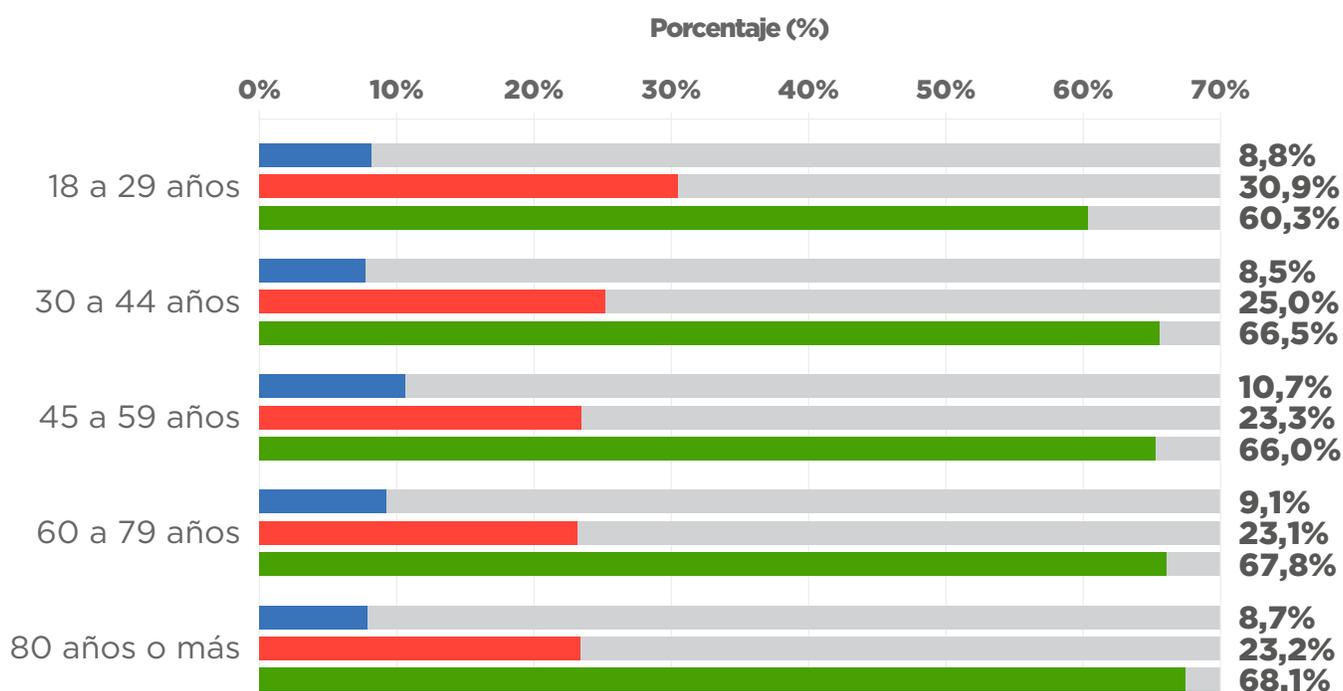
Por otro lado, las medidas indirectas buscan evaluar la soledad sin hacer referencia explícita a ella. Estas escalas incluyen preguntas sobre la frecuencia de interacciones sociales o el grado de satisfacción con las relaciones interpersonales, evitando términos como "soledad" o "sentirse solo". Entre las escalas más utilizadas en esta categoría se encuentran la UCLA Loneliness Scale (Russell, 1996) y la De Jong Gierveld Loneliness Scale (De Jong Gierveld & van Tilburg, 2006). Estudios previos han señalado que las mediciones indirectas tienden a arrojar una mayor prevalencia de la soledad que las directas, además de diferir en su asociación con variables como la edad y el nivel educativo (Mund y colegas, 2020).

En el contexto de mediciones directas, la Encuesta de Bienestar Social 2023, del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, incluyó por primera vez una medición de la prevalencia de la soledad en la población de 18 años o más en Chile. Para ello, se utilizó la de un solo ítem basado en la pregunta: "**Durante las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia se sintió solo(a)?**", lo que permite captar de manera explícita la sensación de soledad en términos de frecuencia temporal.

Los resultados muestran que, a nivel nacional, un 9,3% de la población declara sentirse sola "siempre o casi siempre", mientras que un 25,4% lo experimenta "a veces". Sin embargo, la

distribución de esta percepción varía significativamente según la edad. De acuerdo con el gráfico 1, el mayor porcentaje de personas que reportan sentirse solas con mayor frecuencia ("siempre o casi siempre") se encuentra en el grupo de 45 a 59 años, con un 10,7%, que es mayor que los grupos más jóvenes de 18 a 29 y 30 a 44 años. En el caso de las personas de 60 a 79 años, el porcentaje es de 9,1%, sin diferencias significativas respecto al grupo anterior.

Gráfico 1:
Frecuencia en la percepción de soledad en la población adulta, según segmentos etarios



Fuente: Elaboración del Observatorio del Envejecimiento UC-Confuturo en base a Encuesta de Bienestar Social 2023.

● Siempre o casi siempre ● A veces
● Nunca

Si se suman las categorías "siempre o casi siempre" y "a veces", se observa que la percepción de soledad alcanza su mayor nivel entre los 18 y 29 años, con un 39,7% de personas que reportan haber experimentado esta sensación en algún grado. Este porcentaje disminuye progresivamente en los grupos de mayor edad, alcanzando el 31,9% en las personas de 80 años o más.

Estos datos evidencian que la soledad no deseada no es exclusiva de las personas mayores, aunque sí representa una realidad importante dentro de este grupo. Tal como

señala Beatriz Urrutia, **“la soledad no es algo propio de la vejez”**. Desde su experiencia en el trabajo con personas mayores, la profesional también problematiza la asociación automática entre vejez y soledad: **“es un tema de estereotipos, hay un tema cultural que siempre está asociando la vejez a lo negativo, a la enfermedad, al deterioro [...] se asocia a la persona mayor sola y enferma”**.

A nivel internacional, la relación entre edad y soledad ha sido ampliamente discutida, y los estudios han identificado distintos modelos de asociación. Algunos describen una trayectoria en forma de U o J, donde la soledad se intensifica en la juventud y la vejez; otros indican un aumento lineal desde la mediana edad (Schnittker, 2007; Luhmann & Hawkley, 2016). Incluso se ha documentado una trayectoria en forma de U invertida, como en China, con un peak en torno a los 47 años (Yang & Victor, 2008). Sin embargo, no todos los estudios coinciden, subrayando que variables como el estado civil, el tamaño del hogar, el género o el contexto sociocultural pueden incidir fuertemente en la experiencia de soledad (Hawkley et al., 2012).

De hecho, las diferencias en la prevalencia de la soledad lo largo del ciclo vital pueden estar mediadas por eventos y transiciones que afectan la estructura y estabilidad de las redes sociales. La educación superior, el matrimonio, el divorcio o la jubilación impactan la vida social de las personas, modificando su experiencia de soledad (Wrzus et al., 2013). En adolescentes y adultos jóvenes, la inestabilidad de las relaciones y los cambios identitarios pueden aumentar la vulnerabilidad a la soledad (Qualter et al., 2013, 2015). En la mediana edad, las exigencias laborales y las responsabilidades de cuidado pueden generar aislamiento social (Beeson, 2003; Luhmann & Hawkley, 2016). En la vejez, factores como la pérdida de seres queridos, la jubilación y la reducción de movilidad contribuyen a una mayor exposición a la soledad (Victor et al., 2005). Además, elementos como el género y el contexto sociocultural desempeñan un papel crucial: las mujeres, por ejemplo, debido a su mayor esperanza de vida, tienen una mayor probabilidad de enfrentar la viudez y asumir roles de cuidado, lo que incrementa su riesgo de soledad (Dahlberg et al., 2015; Fischer & Beresford, 2015).

Al respecto, la académica UC María Soledad Herrera complementa: **“en cuanto a hitos vitales, por ejemplo, [en el efecto de] la jubilación hay diferencias entre hombres y mujeres. Ésta siempre afecta más a los hombres. En general, les cuesta más hacer nuevos amigos después de jubilar y suelen estar más alejados de las relaciones familiares”**. También enfatiza que las diferencias de género son persistentes en este ámbito: **“Las mujeres en pareja finalmente se sienten más solas que los hombres en pareja. Son diferencias de género que siguen siendo muy culturales en Chile”**.

Otro de los factores que la académica UC identifica como determinantes de la soledad en la vejez es la migración entre sectores rurales o semi-rurales y zonas urbanas, principalmente de generaciones más jóvenes: **“está generando un envejecimiento en sectores rurales con muchas personas mayores que se van quedando solas”**. Y agrega que los cambios en la estructura familiar, como tener menos hijos y menos nietos, también

inciden en la experiencia de la soledad.

En este contexto, se vuelve importante considerar que la exposición a la soledad en la vejez puede estar mediada por eventos vitales como el retiro del trabajo, la pérdida de seres queridos o la disminución en la movilidad, pero también por elementos subjetivos. Por ejemplo, y desde un enfoque cultural, se han identificado variaciones significativas en la relación entre edad y soledad. En términos generales, la interpretación y el significado de las relaciones sociales varían según el contexto cultural, lo que afecta la prevalencia y percepción de la soledad: mientras que algunas sociedades valoran la independencia y la autosuficiencia, otras priorizan la interdependencia y las redes comunitarias, lo que puede modificar la experiencia de la soledad en distintos grupos etarios (Barreto et al., 2021).

Otro enfoque relevante es el de la edad subjetiva, que plantea que la percepción del envejecimiento puede modular la relación entre redes sociales y soledad. Por ejemplo, quienes se perciben como mayores de lo que indica su edad cronológica, tienden a experimentar mayores niveles de soledad, posiblemente debido a una sensación de desajuste con su entorno social. Sentirse con una mayor edad que la cronológica podría generar una percepción de alienación y dificultar el disfrute de las interacciones sociales, limitando así los beneficios emocionales que éstas pueden ofrecer (Spitzer, Seger-Karpas & Palgi, 2022).

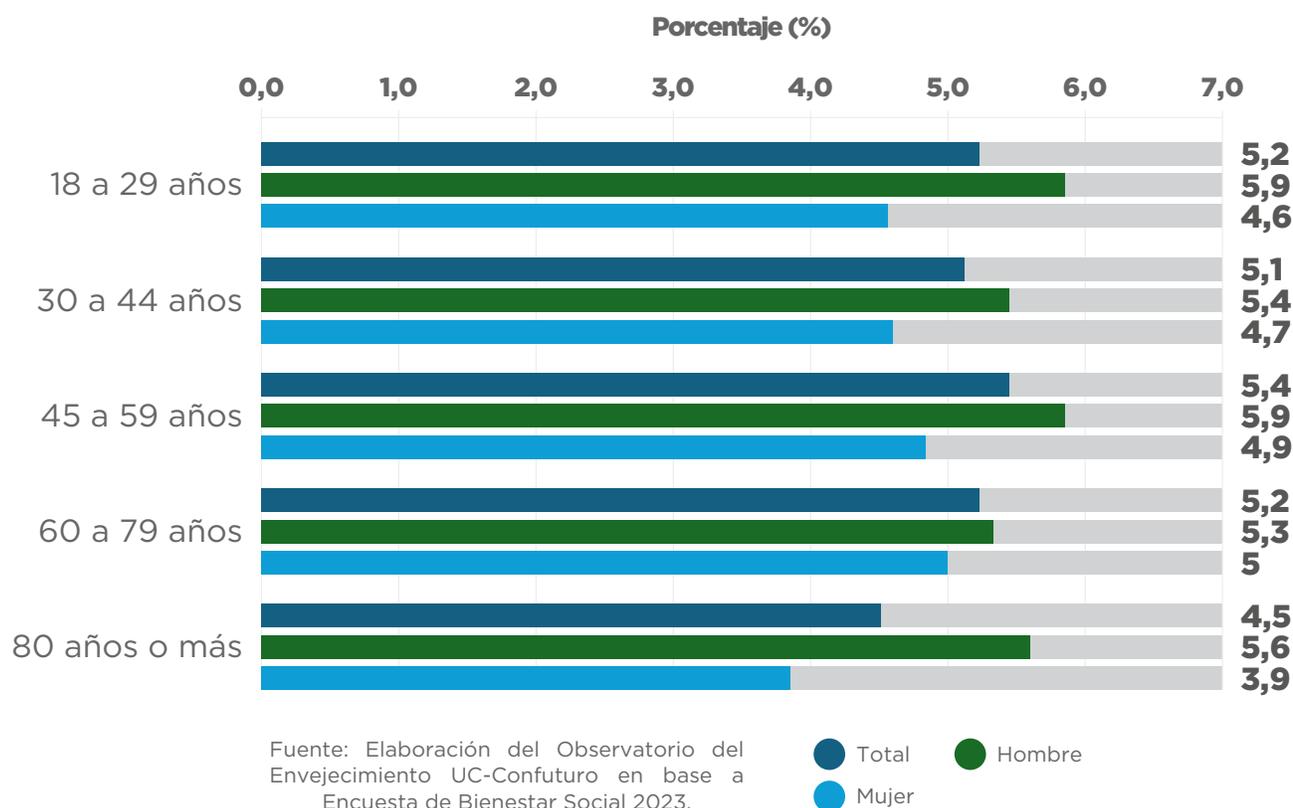
En suma, la soledad es un fenómeno transversal a lo largo del ciclo vital, pero cuya experiencia está influida por elementos culturales, biográficos y estructurales. Por ello, abordar la soledad en la vejez requiere evitar visiones simplificadoras o estigmatizantes, reconociendo tanto su complejidad como las oportunidades que ofrece esta etapa para resignificar los vínculos sociales.

1.3. Y, ¿qué sucede con el aislamiento social?

La Encuesta de Bienestar Social mide el tamaño de la red de una persona adulta a partir de la pregunta: **“Pensando en sus amistades cercanas a quienes puede pedir ayuda, ¿cuántas amistades diría usted que tiene?”³**. De acuerdo con esto, se observa que, en general, el tamaño promedio de la red social tiende a disminuir en particular para edades avanzadas (80 años o más) (Gráfico 2). Mientras en los grupos más jóvenes y de mediana edad las redes suelen ser más amplias, en la población mayor se reducen, reflejando un menor número de contactos disponibles. Además, los hombres tienden a reportar redes más grandes que las mujeres en todos los grupos etarios.

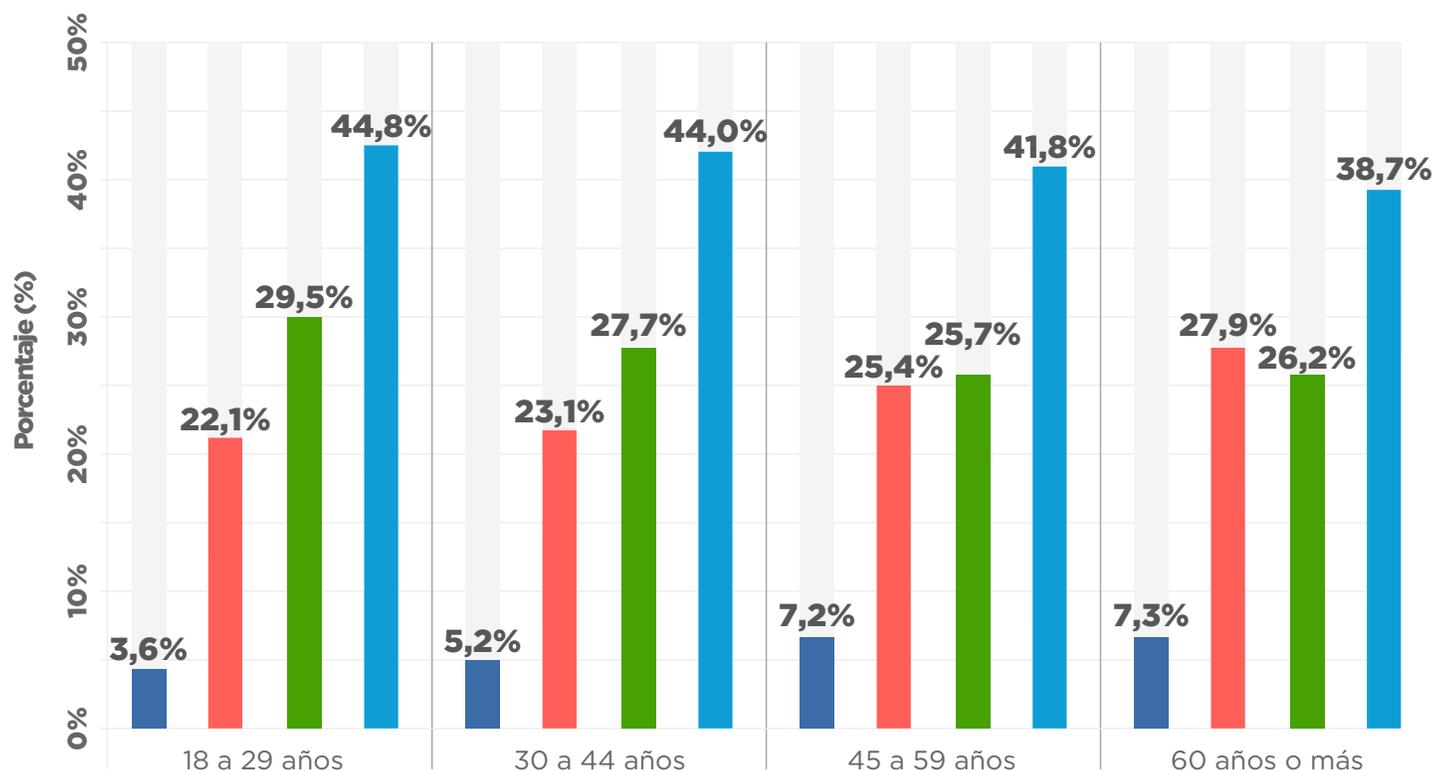
³ El enunciado completo de esta pregunta incluye tanto contactos familiares como no familiares, por lo que el término “amistades” abarca tanto el entorno filial como no filial.

Gráfico 2:
Tamaño promedio de la red social de la población de 18 años o más,
según segmentos etarios



Un foco particular es el grupo de personas mayores que se encuentra en aislamiento social total —es decir, que no declara ningún contacto cercano— el cual aumenta significativamente con la edad, alcanzando un 7% en el grupo de 60 años y más. Asimismo, un 28% de las personas mayores reporta tener solo una o dos personas cercanas en su red, lo que las deja expuestas a situaciones de aislamiento social.

Gráfico 3: Tamaño promedio de la red social (en categorías) de la población adulta, según segmentos etarios.



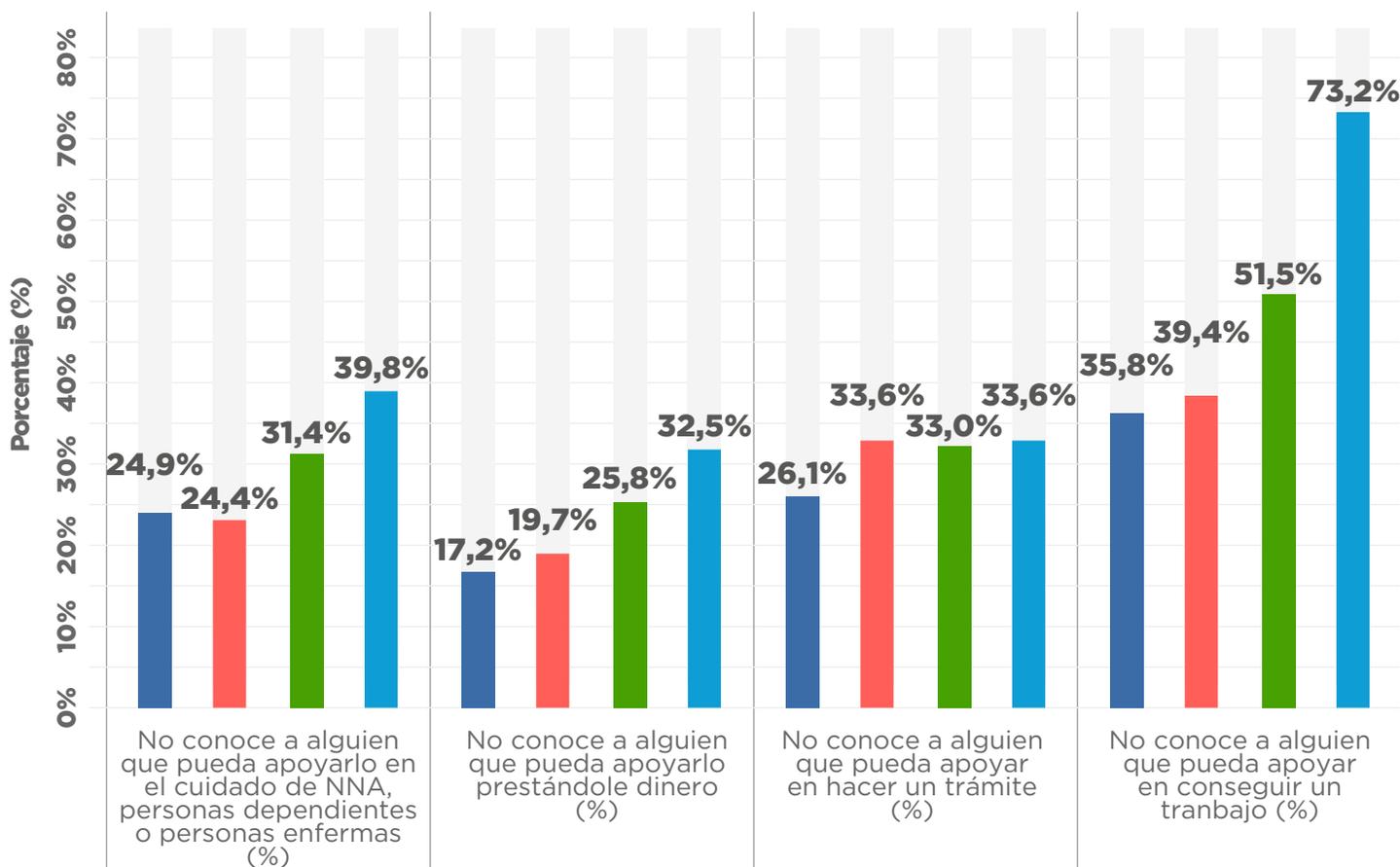
Fuente: Elaboración del Observatorio del Envejecimiento UC-Confuturo en base a Encuesta de Bienestar Social 2023.



Con esto, es importante distinguir que, a diferencia de la soledad, el aislamiento social implica una pérdida o ineficacia de las redes para brindar apoyo práctico. Como señala Granovetter (1973), las redes no solo cumplen un rol emocional, sino también son un vehículo fundamental para el acceso a recursos, información y oportunidades.

Desde esta perspectiva, la pérdida de vínculos sociales en la vejez no sólo se traduce en sentimientos de soledad, sino también en una disminución efectiva del apoyo disponible en aspectos clave de la vida cotidiana, tales como cuidados, ayuda económica, acompañamiento en trámites o incluso el acceso al empleo, como se señala en el Gráfico 4. En general, las personas de 60 años o más presentan mayores niveles de aislamiento en todas las dimensiones evaluadas, destacando especialmente la baja disponibilidad de apoyo para acceder a un trabajo (73,2%), realizar trámites (33,6%) o recibir ayuda en el cuidado de personas dependientes (39,8%).

Gráfico 4: Disponibilidad de redes de apoyo por tipo de ayuda y segmento etario.



Fuente: Elaboración del Observatorio del Envejecimiento UC-Confuturo en base a Encuesta de Bienestar Social 2023.



Los testimonios recogidos en entrevistas con profesionales del área permiten comprender con mayor profundidad este fenómeno. La socióloga María Soledad Herrera subraya que, más allá de lo que se cree comúnmente, **"la pérdida de roles [en la vejez] está más relacionada con la pérdida de relaciones significativas"** que con un retiro generalizado de la vida social. Agrega además que **"la pérdida de apoyos sociales es algo que se ve con frecuencia en la vejez"**. La experta recalca que estos fenómenos se han desarrollado en un contexto donde las familias enfrentan mayores tensiones estructurales y las mujeres —quienes históricamente han asumido las labores de cuidado— están cada vez más insertas en el mundo laboral. Esto no sólo disminuye la capacidad efectiva de brindar cuidados, sino también debilita los sentimientos de obligación familiar y las lógicas de reciprocidad, lo que podría afectar el volumen y la calidad de los apoyos disponibles en el futuro.

Desde esta perspectiva, María Soledad Herrera advierte que uno de los principales predictores del apoyo que los hijos brindan a sus padres mayores es precisamente la reciprocidad construida a lo largo de la vida. **“Si yo he dado más apoyo, se espera que también reciba más. Sin embargo, si las personas mayores han dado menos apoyo, probablemente recibirán menos”**. Esta lógica puede reforzar procesos de aislamiento, especialmente cuando las redes familiares se han debilitado y no existen otros vínculos compensatorios.

A esto se suma la dimensión territorial. La profesional Beatriz Urrutia, con experiencia en programas en sectores semirurales, enfatiza que el aislamiento social está atravesado por las condiciones del entorno: **“uno puede observar que una persona está en mayor aislamiento ya sea porque las condiciones del entorno presentan barreras que no le permiten participar más o salir de casa, o porque se van aislando por temas funcionales”**. Estas restricciones se acentúan con el deterioro de la salud, sobre todo cuando afectan la movilidad, y se traducen en una menor frecuencia de visitas familiares o de participación en actividades comunitarias.

Juan Carlos Catalán, encargado nacional del Programa Vínculos, introduce una reflexión clave sobre la calidad y densidad de las redes sociales como factores protectores frente al aislamiento. Según señala, **“la experiencia me dice que, entre 1 y 2 es mejor 2, y entre 2 y 3 es mejor 3 [relaciones sociales]. Si la red es más nutrida y eficiente, es decir, no sólo basta tener el contacto, pero además que, si lo ocupas, que sea eficiente, como el intercambio de capital social en la red, que éste corra”**. Esta lógica cobra especial relevancia en sectores donde las condiciones del entorno dificultan el contacto cotidiano: **“el tema de la ruralidad es algo que nos aparece como una variable a tratar y abordar de una manera diferente. Y no es simple, porque incluso los municipios en estas zonas pueden carecer de los recursos económicos y humanos para prestar esa asistencia, especialmente si el territorio es amplio”**, retrata Juan Carlos Catalán.

En sectores semirurales, el aislamiento se ve amplificado por problemas de transporte y conectividad. Beatriz Urrutia relata que **“hay personas que tienen que caminar kilómetros para ir a una reunión o taller, porque no hay transporte público o es muy costoso [...] Incluso los servicios de acompañamiento telefónico se ven limitados en estas zonas debido a la mala cobertura”**. En estos casos el rol de las municipalidades, al facilitar la movilidad o el acceso a actividades, resulta fundamental.

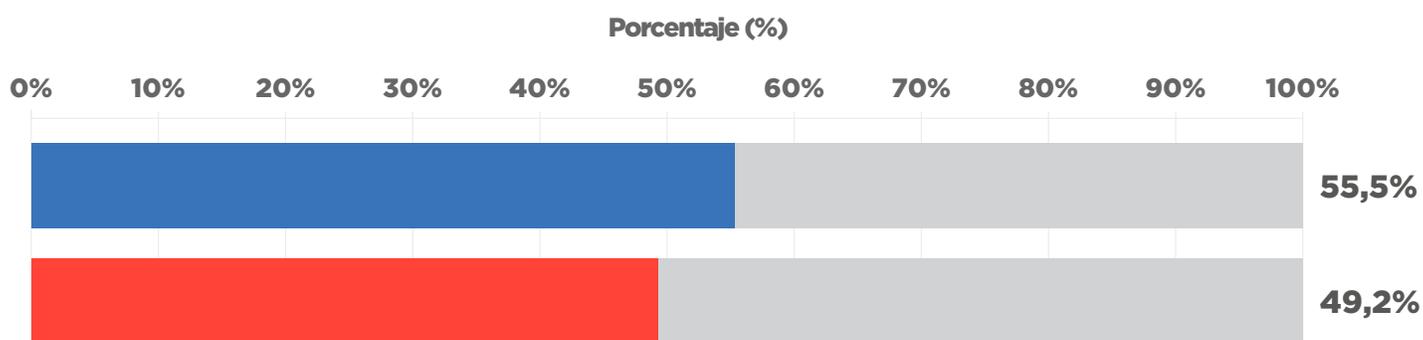
2. Una mirada exhaustiva en población mayor

2.1. Prevalencia de soledad no deseada y aislamiento social desde escalas validadas internacionalmente

La Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez UC-Caja Los Andes (ECV en adelante), desarrollada por el Centro UC de Estudios de Vejez y Envejecimiento, constituye la única encuesta a nivel nacional que mide de forma sistemática tanto el aislamiento social como la soledad en personas mayores. Para ello, utiliza dos instrumentos reconocidos y validados internacionalmente: la escala de soledad de la Universidad de California en Los Ángeles (UCLA-3) y la escala de redes sociales de Lubben. La incorporación de ambas herramientas posiciona a la ECV como una fuente clave para comprender la magnitud de estos fenómenos en la vejez en Chile, en línea con los estándares internacionales de medición.

Los resultados más recientes, correspondientes al año 2022, evidencian una alta prevalencia de ambas condiciones (Gráfico 5). Un 55,5% de las personas mayores de 60 años presenta un alto riesgo de aislamiento social, mientras que un 49,2% declara experimentar sentimientos de soledad. En términos simples, ello implica que aproximadamente una de cada dos personas mayores en Chile enfrenta alguna de estas experiencias, con posibles repercusiones en su bienestar físico, emocional y social.

Gráfico 5:
Prevalencia del riesgo de aislamiento y soledad, segmento 60+

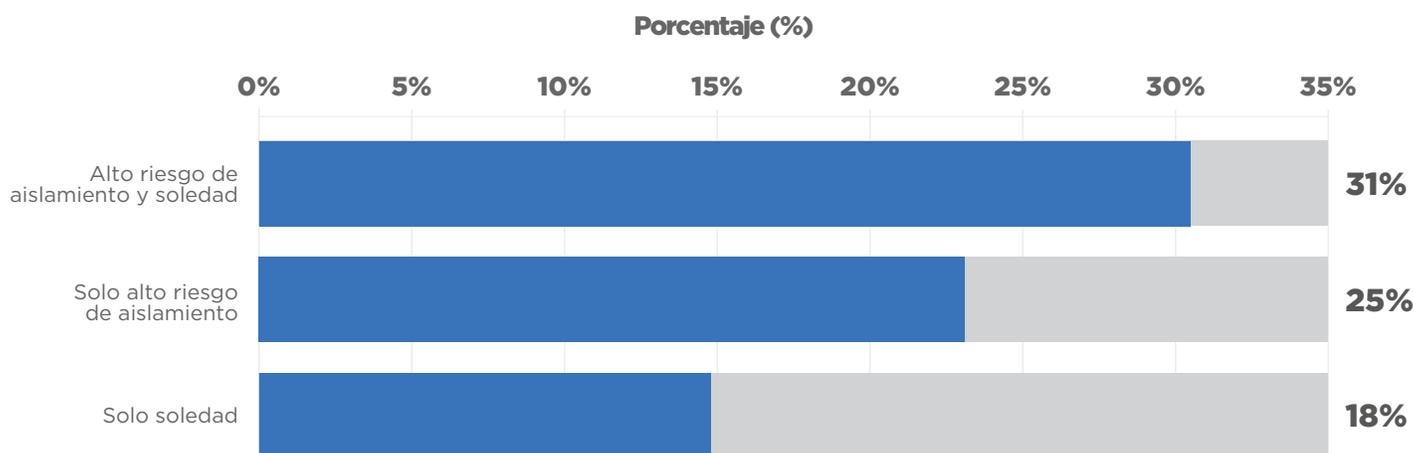


Fuente: Elaboración del Observatorio del Envejecimiento UC-Confuturo en base a Encuesta Calidad de Vida en La Vejez UC-Caja Los Andes 2022 .

● Alto riesgo de aislamiento ● Con soledad

Al observar la interacción entre ambas condiciones, se advierte una coexistencia significativa. Tal como se muestra en el Gráfico 6, un 30,7% de las personas mayores combina simultáneamente un alto riesgo de aislamiento social con sentimientos de soledad. A su vez, un 24,9% presenta únicamente aislamiento, y un 18,4% experimenta exclusivamente soledad. Este patrón sugiere que la presencia de ambas condiciones de forma simultánea es más común que su manifestación aislada, lo que refleja una interrelación entre estos fenómenos.

Gráfico 6: Prevalencia de aislamiento social y soledad, población de 60 años o más.

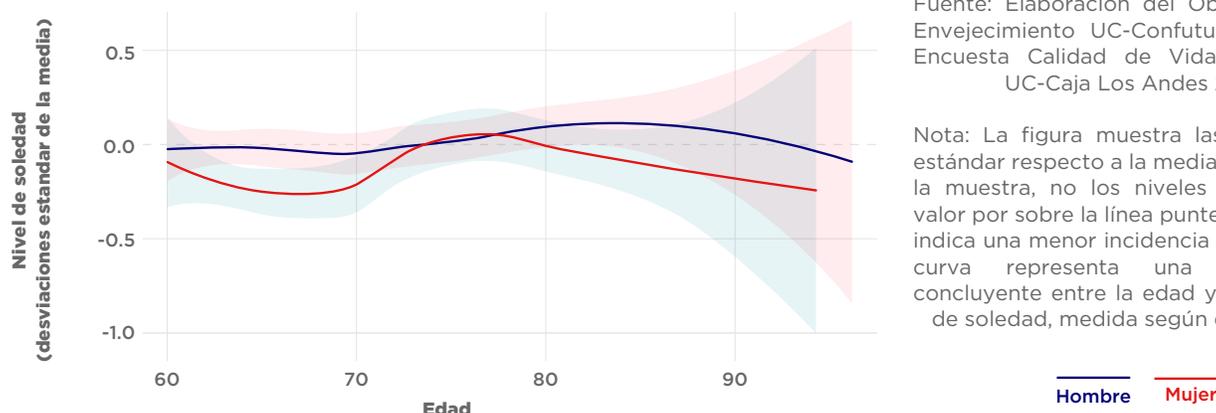


Fuente: Elaboración del Observatorio del Envejecimiento UC-Confuturo en base a Encuesta Calidad de Vida en la Vejez UC-Caja Los Andes 2022 .

Con esto, y aunque no es posible establecer una relación de causalidad directa entre el aislamiento y la soledad, la literatura ha demostrado que el primero aumenta significativamente la probabilidad de experimentar la segunda. En este sentido, Herrera y Elgueta (2025) advierten que las personas con redes sociales reducidas o poco funcionales tienden a reportar mayores niveles de soledad, lo que refuerza la importancia de abordar ambos fenómenos de forma articulada.

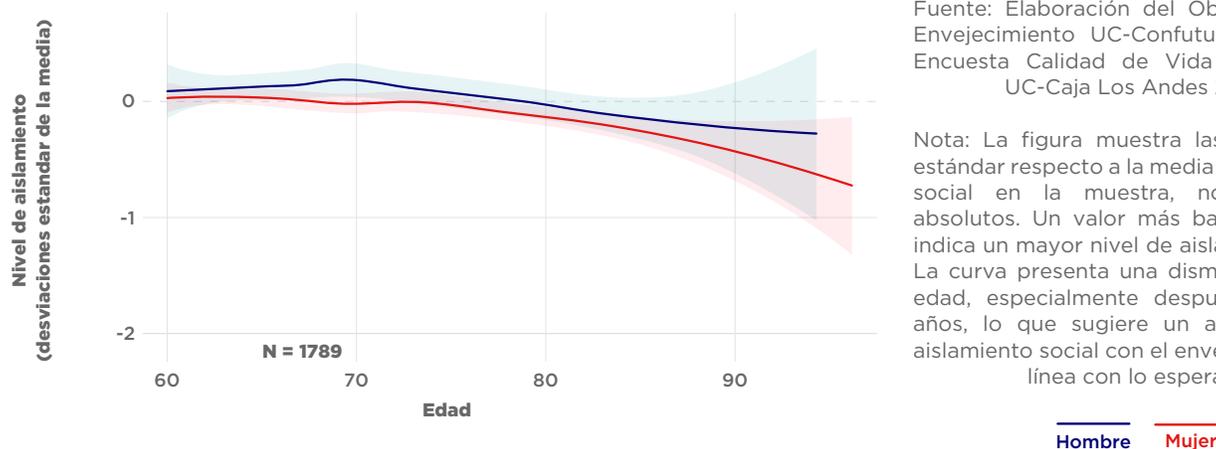
Ahora bien, se observan trayectorias diferenciadas al analizar la relación entre la edad —como variable continua— y la prevalencia de soledad y aislamiento social. Como se discutió en el capítulo anterior, la soledad no presenta una relación directamente proporcional al envejecimiento. De hecho, los niveles de soledad fluctúan a lo largo del curso de vida y no necesariamente se incrementan con el avance etario. Esto se aprecia en la Figura 1, donde la curva de soledad evidencia cierta variabilidad, sin una tendencia sostenida al alza.

Figura 1:
Soledad en personas mayores según edad (variable continua).



En contraste, el aislamiento social sí muestra una relación con la edad. Como se ilustra en la Figura 2, el riesgo de aislamiento tiende a aumentar conforme avanza la edad, lo que podría explicarse por una disminución progresiva en la red de vínculos sociales, viudez, pérdida de amistades, jubilación o dificultades funcionales para sostener la participación social. Esta tendencia refuerza la necesidad de considerar el aislamiento como un componente estructural en el análisis del envejecimiento, así como en las representaciones sociales que se construyen sobre esta etapa del curso de vida.

Figura 2:
Aislamiento social en personas mayores según edad (variable continua).

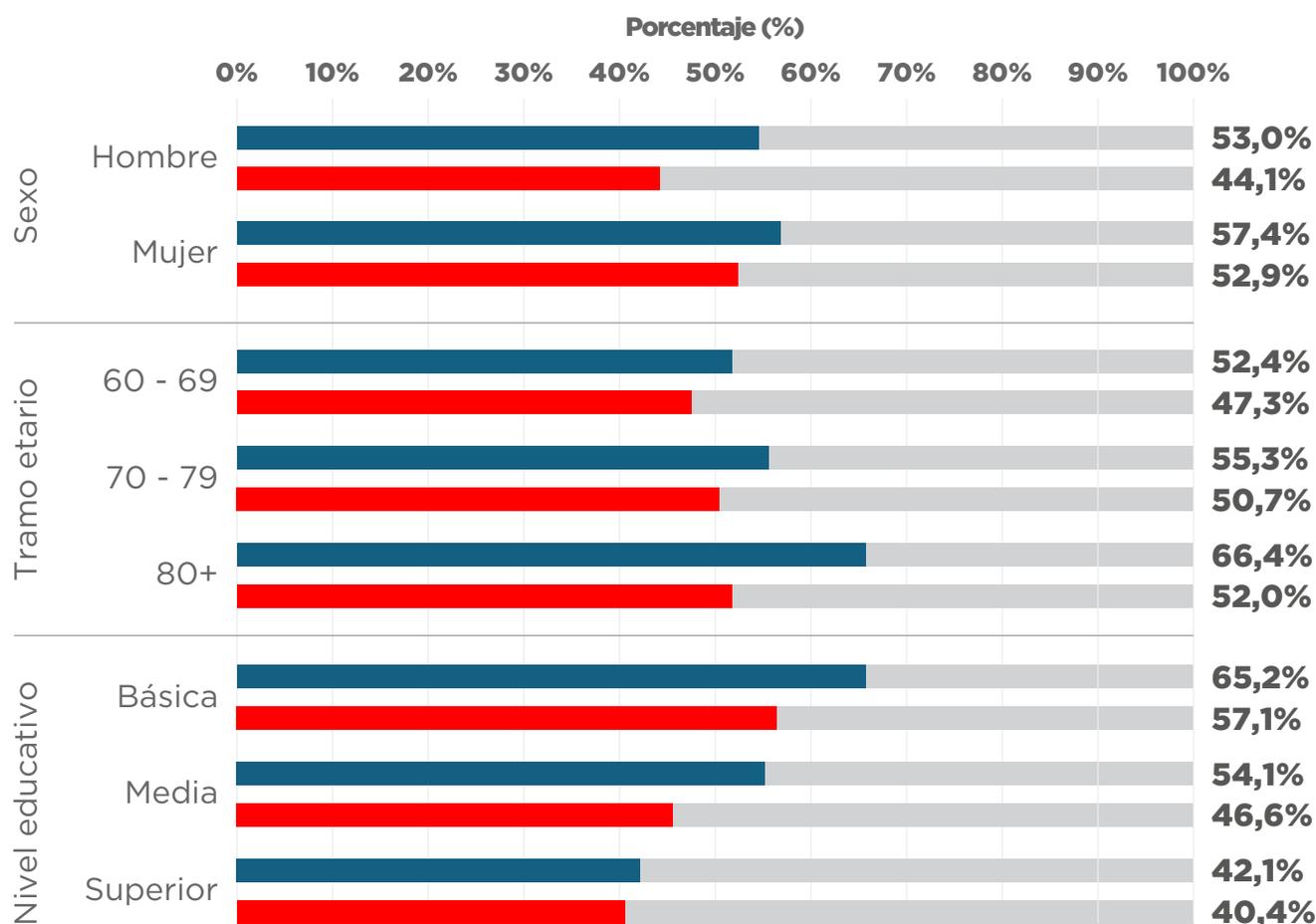


2.2. Factores que explican el aumento de la soledad y el aislamiento social

Panorama general

En cuanto al perfil sociodemográfico de las personas mayores con alto riesgo de aislamiento, el Gráfico 7 muestra que esta condición es más prevalente en mujeres que en hombres. Además, el aislamiento tiende a aumentar con la edad, alcanzando su punto más alto en el grupo de 80 años o más, donde la prevalencia es 14 puntos porcentuales mayor que en el grupo de 60 a 69 años. También se aprecian diferencias significativas según el nivel educativo: quienes sólo completaron la educación básica tienen una prevalencia de aislamiento considerablemente mayor que aquellos con enseñanza media o superior, con brechas que alcanzan los 11 y 23 puntos porcentuales, respectivamente.

Gráfico 7:
Prevalencia del riesgo de aislamiento y soledad según sexo, tramo etario y nivel educativo, población de 60 años o más.



Fuente: Elaboración del Observatorio del Envejecimiento UC-Confuturo en base a Encuesta Calidad de Vida en la Vejez UC-Caja Los Andes 2022.

● Alto riesgo de aislamiento ● Con soledad

En relación con la soledad, nuevamente se observa que las mujeres presentan una mayor prevalencia en comparación con los hombres. En este caso, la brecha de género es aún más amplia, alcanzando cerca de 8 puntos porcentuales. Por nivel educativo, la tendencia es similar a la del aislamiento: quienes tienen solo enseñanza básica presentan la mayor prevalencia de soledad (57,1%), frente a quienes alcanzaron la enseñanza media (46,6%) o superior (40,4%). No obstante, las diferencias entre grupos no son tan marcadas como en el caso del aislamiento.

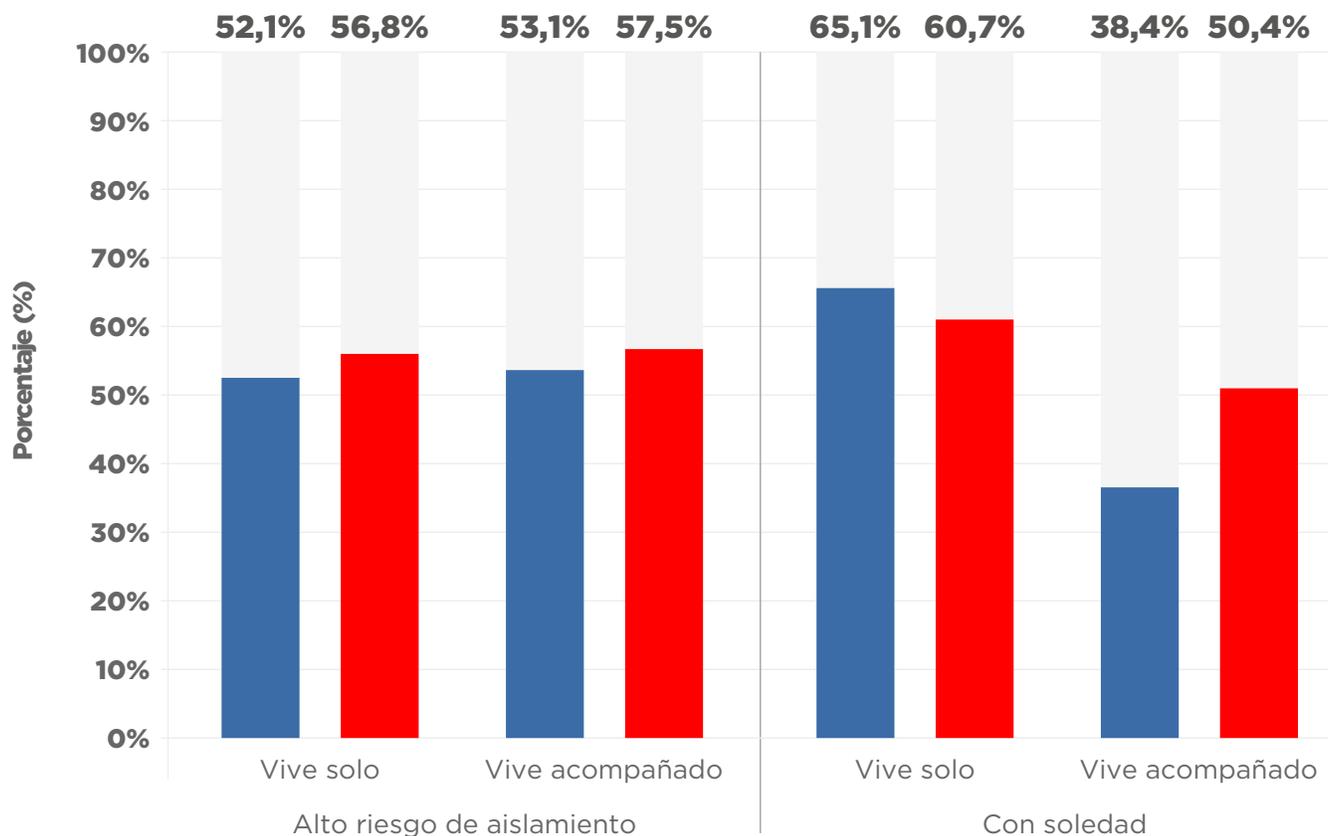
A diferencia de este último, las diferencias por edad en la prevalencia de la soledad son más bien reducidas. Mientras que en el grupo de 60-69 años un 47,3% reporta sentirse solo, en el grupo de 80 años o más este porcentaje aumenta levemente a 52%. Esto sugiere que, a diferencia del aislamiento, el sentimiento de soledad no está tan estrechamente vinculado con la edad. Estos resultados coinciden con lo señalado por Herrera y Elgueta (2025), quienes sostienen que, si bien la edad incrementa las probabilidades de aislamiento social, no implica necesariamente un aumento en la prevalencia de la soledad entre las personas mayores de 80 años, si se compara con otros tramos etarios.

Esta aparente menor influencia de la edad sobre la experiencia de la soledad podría estar asociada a las expectativas culturales en torno a la vejez, que tradicionalmente han planteado este periodo como uno en que las relaciones sociales tienden a disminuir (Herrera y Elgueta, 2025). En esta línea, la socióloga y académica UC María Soledad Herrera indica que la soledad tiene que ver más con aspectos culturales y expectativas en torno a las relaciones sociales, mientras que el aislamiento atañe directamente a los vínculos existentes de forma objetiva. Señala así que **“lo más importante es que el tema de la soledad tiene mucho que ver con la cultura y con las expectativas respecto a cómo tiene que ser la red social”**, agregando que **“la soledad está más asociada con la depresión que con las características objetivas de la red social. Porque, finalmente, ese sentimiento de soledad está muy vinculado a una sensación de vacío. Es más profunda y más difícil de intervenir”**.

Co-residencia, pareja y estado civil

De acuerdo con el Gráfico 8, vivir acompañado no marca una diferencia significativa en el riesgo de aislamiento en personas mayores, pero sí lo hace frente a la soledad, especialmente en hombres: el 65,1% de los hombres que viven solos experimenta soledad, frente a un 38,4% de quienes viven acompañados. Entre las mujeres, la tendencia es similar, aunque con una brecha menor: 60,7% de quienes viven solas reportan soledad, frente al 50,37% de las que viven acompañadas.

Gráfico 8: Prevalencia del riesgo de aislamiento y soledad según estado de co-residencia y sexo, población de 60 años o más.



Fuente: Elaboración del Observatorio del Envejecimiento UC-Confuturo en base a encuesta Calidad de Vida en la Vejez UC-Caja Los Andes 2022.

● Hombre ● Mujer

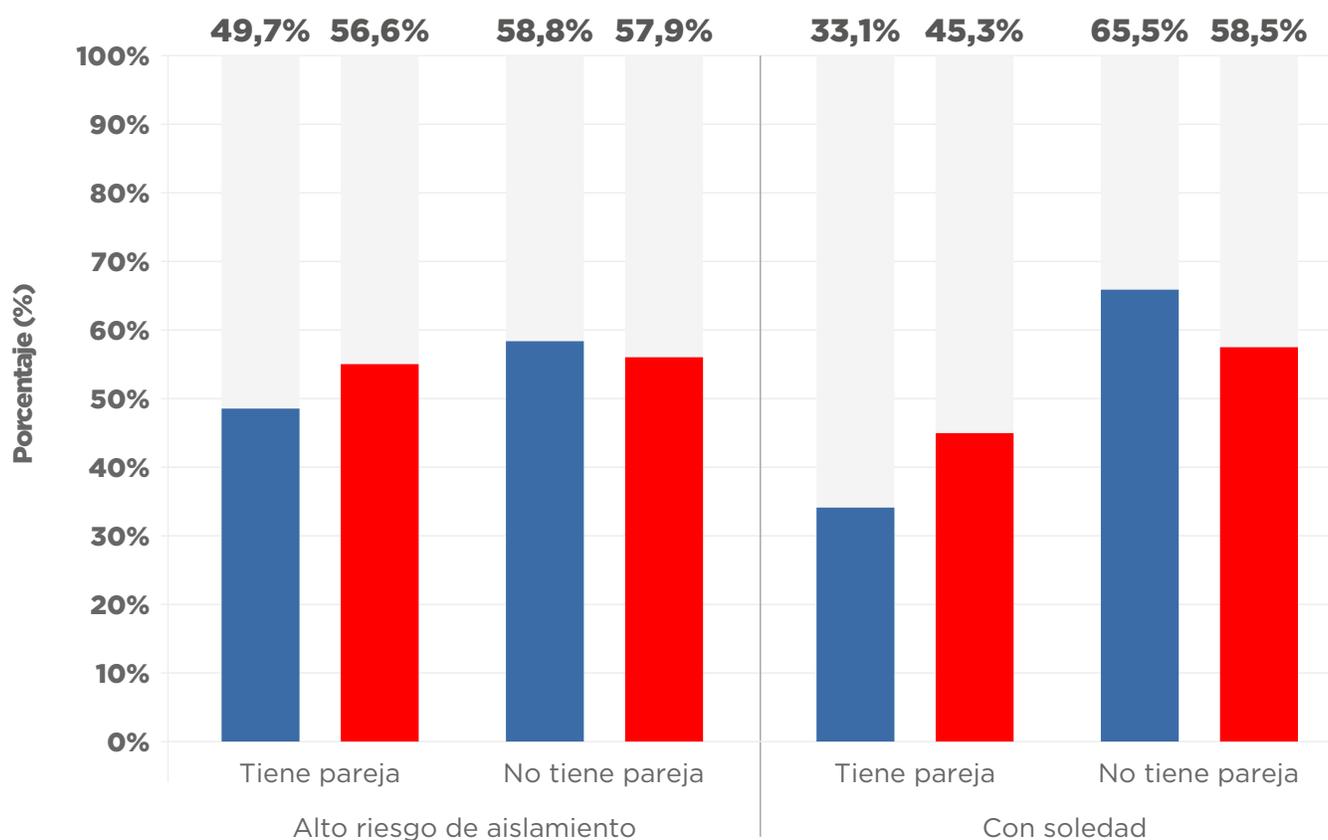
Esta relación entre vivir solo y el sentimiento de soledad ha sido documentada ampliamente. Se reconoce, por un lado, que la co-residencia puede funcionar como un factor protector frente a la soledad (Carrasco et al., 2021; Herrera y Elgueta, 2025) y, por otro, que los hombres que viven solos constituyen un grupo particularmente vulnerable frente a este sentimiento (Herrera y Elgueta, 2025).

La socióloga María Soledad Herrera entrega una reflexión frente a este fenómeno: **“los hombres que viven solos tienden a sentirse mucho más solos porque mantienen menos relaciones familiares. En cambio, las mujeres, a lo largo de su vida, han tenido más relaciones familiares y las mantienen en la vejez. Entonces, aunque enviuden, eso no les afecta tan fuertemente como a los hombres, porque ya tienen una red establecida”**. Aun así, la experta UC advierte que no debe asumirse que vivir solo sea equivalente a sentirse solo. **“Vivir solo puede aumentar el sentimiento de soledad, pero no todos los que viven**

solos se sienten solos. Hay factores psicológicos en juego: hay estilos de personalidad más solitarios, y en esos casos la soledad precede a la acción”.

Tener pareja también se identifica como un factor clave en la experiencia de la soledad, aunque su impacto en el aislamiento es menos concluyente. Según Herrera y Elgueta (2025), la soledad se intensifica en los hombres que viven solos y además no tienen pareja. El Gráfico 9 evidencia esta relación: entre los hombres, la prevalencia de aislamiento es 9 puntos porcentuales mayor en quienes no tienen pareja (58,8%) en comparación con aquellos que sí la tienen (49,7%). Esta diferencia no se observa en las mujeres, en quienes el tener o no pareja no parece modificar de forma significativa el riesgo de aislamiento.

Gráfico 9: Prevalencia del riesgo de aislamiento y soledad según tenencia de pareja y sexo, población de 60 años o más.



Fuente: Elaboración del Observatorio del Envejecimiento UC-Confuturo en base a encuesta Calidad de Vida en la Vejez UC-Caja Los Andes 2022.

● Hombre ● Mujer

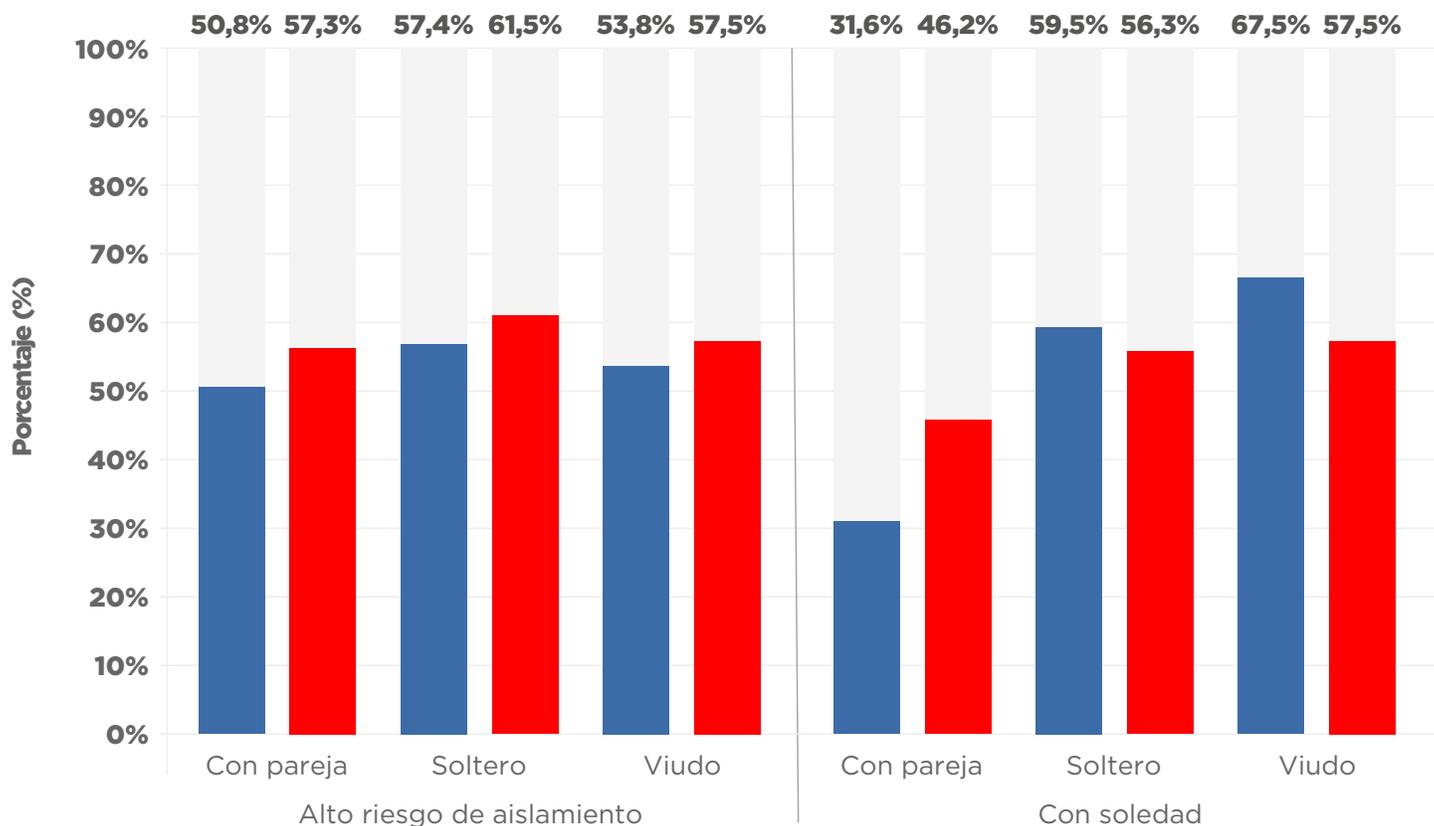
Respecto a la soledad, la presencia o ausencia de pareja es relevante tanto para hombres como para mujeres, aunque con mayor impacto en ellos. Mientras que sólo un 33,1% de los hombres con pareja presenta soledad, este porcentaje se eleva a 65,5% entre quienes no tienen pareja. En las mujeres, la tendencia se repite, aunque con menor intensidad: un 45,33% de las mujeres con pareja experimenta soledad, frente al 58,48% de las que están sin pareja. Estos resultados sugieren que la pareja cumple un rol más protector en los hombres que en las mujeres frente al sentimiento de soledad.

Desde la perspectiva de la socióloga UC, María Soledad Herrera, esto se debe a que los hombres se benefician más emocionalmente de la relación de pareja, mientras que las mujeres podrían incluso sentirse limitadas por ésta. ***“Cuando se comparan hombres y mujeres en pareja, los hombres se sienten mucho menos solos porque les basta con tener un lazo afectivo fuerte. En cambio, muchas mujeres, aun estando en pareja, pueden sentirse solas porque la relación no les permite desarrollarse en otros ámbitos”.***

Aun así, y si bien vivir acompañado puede ser un factor protector frente a la soledad, esto depende en gran parte de la calidad de los vínculos. Carrasco et al. (2021) sostienen que la funcionalidad familiar es un aspecto clave para que la co-residencia realmente prevenga el sentimiento de soledad. De lo contrario, una mala convivencia puede incluso intensificarlo. Esto es complementado por María Soledad Herrera, quien afirma que: ***“hoy en Chile uno lo ve muy claramente: predominan los hogares multigeneracionales, la mayoría de las personas mayores vive acompañada. Y eso no se condice con el sentimiento de soledad, que es mucho más alto. Entonces, lo que ocurre hoy es que las personas están rodeadas de familiares en sus casas, pero igualmente se sienten solas”.*** Y agrega que ***“en varios grupos de discusión que hicimos en el estudio sobre personas mayores en su rol de abuelos, la gente decía: “Nos juntamos en familia, estamos todos juntos, pero nadie me pregunta cómo estoy. Están todos en su celular”. Cuántas veces nos reunimos y cada uno está en su celular ...entonces, efectivamente, es un sentimiento mucho más profundo”.***

El estado civil también muestra influencia sobre ambas condiciones (Gráfico 10). En cuanto al aislamiento, los hombres presentan menor riesgo que las mujeres, independientemente de si están en pareja, son solteros o viudos. No se observan grandes diferencias en el riesgo de aislamiento entre personas con pareja y viudas de ningún sexo, aunque tanto hombres como mujeres solteras presentan un leve aumento en el riesgo de aislamiento. Esto podría estar vinculado a que las personas sin pareja tienden a tener redes familiares más pequeñas, al no haber tenido descendencia (Herrera y Elgueta, 2025).

Gráfico 10: Prevalencia del riesgo de aislamiento y soledad según estado civil y sexo, población de 60 años o más.



Fuente: Elaboración del Observatorio del Envejecimiento UC-Confuturo en base a Encuesta Calidad de Vida en la Vejez UC-Caja Los Andes 2022.

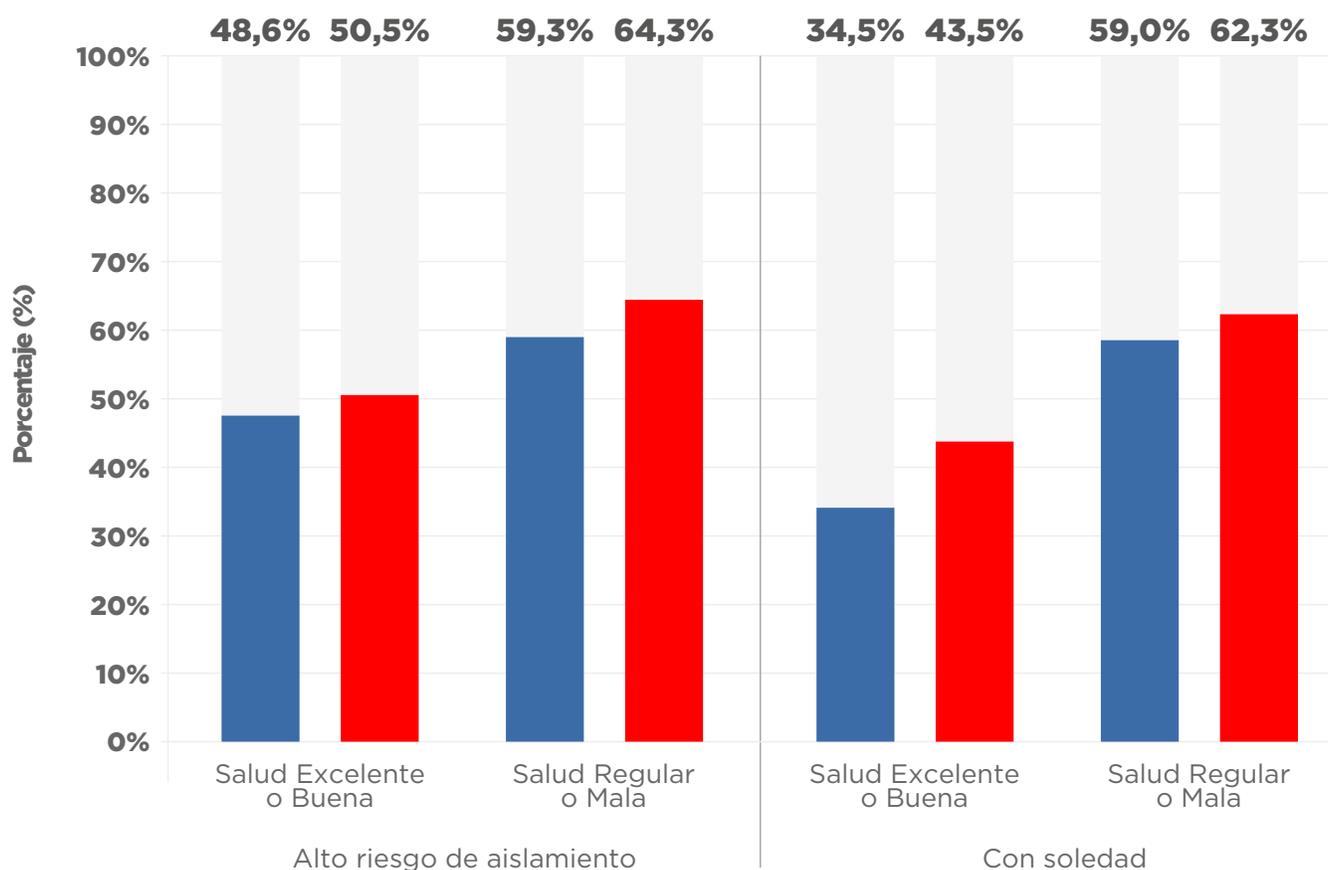
● Hombre ● Mujer

Respecto a la soledad, las diferencias son más marcadas. Tanto hombres como mujeres con pareja presentan las menores prevalencias de soledad. Sin embargo, estar soltero o viudo incrementa significativamente este riesgo, especialmente en los hombres. Mientras que el 59,5% de los hombres solteros reporta soledad, en los viudos este porcentaje se eleva a 67,5%. En el caso de las mujeres, la soledad es similar entre solteras y viudas, aunque sigue siendo más alta que en quienes tienen pareja. Esto da cuenta de que la soltería y, especialmente, la viudez, afecta más a los hombres que a las mujeres. Algunos estudios explican este fenómeno destacando el efecto protector que implica ser mujer frente a eventos como la viudez, lo cual podría vincularse tanto a diferencias en el proceso de socialización entre géneros, como al rol que ejercen las mujeres en fomentar la participación familiar de sus parejas (Herrera y Elgueta, 2025).

La salud como factor clave en la soledad y el aislamiento

La salud es un factor central para comprender la prevalencia del aislamiento y la soledad en la vejez. Tal como muestra el Gráfico 11, quienes perciben su salud como regular o mala tienden a estar más aislados y a experimentar mayores niveles de soledad que quienes reportan buena salud.

Gráfico 11: Prevalencia del riesgo de aislamiento y soledad según salud autorreportada y sexo, población de 60 años o más.



Fuente: Elaboración del Observatorio del Envejecimiento UC-Confuturo en base a Encuesta Calidad de Vida en la Vejez UC-Caja Los Andes 2022 .

● Hombre ● Mujer

La socióloga María Soledad Herrera, académica de la UC, subraya esta relación: **“el factor que más incide en la soledad hoy es la salud. Cuando las personas mayores tienen problemas de salud, cuando pierden funcionalidad o tienen deterioro cognitivo, es cuando más necesitan a los demás... y, sin embargo, es cuando más se alejan de ellos. Los familiares, los amigos, la red de apoyo se distancian”**. Su reflexión permite advertir

un efecto paradójico: cuando el acompañamiento se vuelve más necesario, muchas veces es cuando más escasea.

Las brechas según el estado de salud son significativas, especialmente al observar el aislamiento. Entre las mujeres que reportan buena salud, el riesgo de aislamiento es considerablemente menor que entre aquellas que perciben su salud como mala, con una diferencia de 13,8 puntos porcentuales. En el caso de los hombres, la brecha también es notoria, aunque algo menor, alcanzando los 10,7 puntos.

En cuanto a la soledad, las diferencias son aún más marcadas. Entre quienes evalúan positivamente su salud, un 34,5% de los hombres y un 43,5% de las mujeres se siente solo o sola. Al contrario, cuando la salud es percibida como regular o mala, estas cifras aumentan sustantivamente: 59,% en hombres y 62,3% en mujeres. Estos datos no solo dan cuenta de la estrecha relación entre salud física y bienestar emocional, sino que también revelan desigualdades de género en salud que se expresan mayor fuerza.

Desde la experiencia del trabajo comunitario, estas asociaciones también se constatan. Juan Carlos Catalán, encargado nacional del Programa Vínculos, explica que en la práctica territorial **“hay variables más esperables o reiterativas y otras más coyunturales”**. La edad avanzada, por ejemplo, suele ir acompañada de una pérdida progresiva de redes por el fallecimiento de seres queridos, como cónyuges o hermanos. A ello se suma la pérdida de funcionalidad, que limita la movilidad y la posibilidad de mantener vínculos sociales, ya sea recibiendo visitas o participando en actividades fuera del hogar. “A medida que soy más funcional y autónomo, puedo mantener más redes fuera de la casa o me pueden venir a visitar, a diferencia de una persona con menor funcionalidad y mayor dependencia”, señala Catalán.

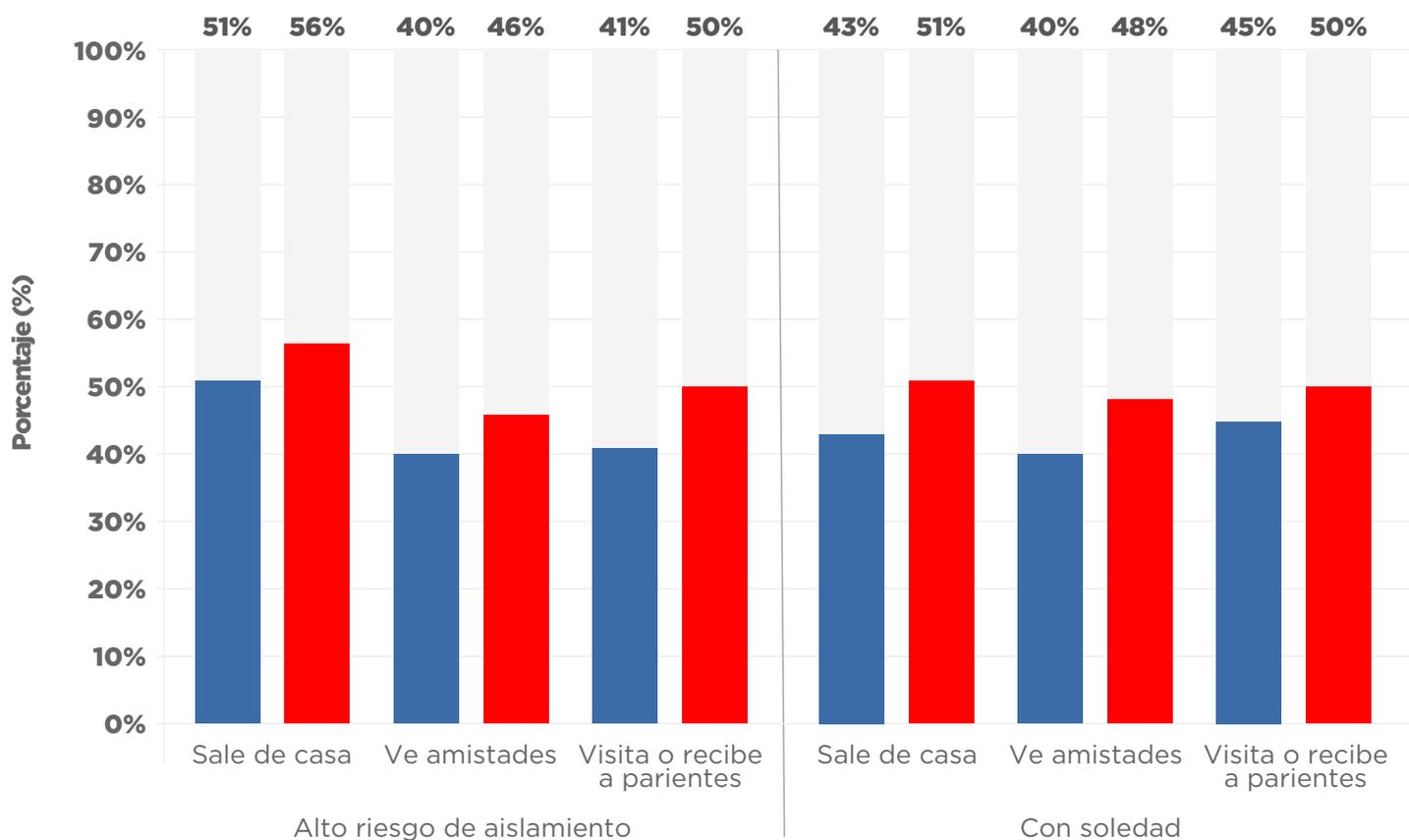
La preocupación por la salud no se limita al presente. María Soledad Herrera advierte que uno de los miedos más prevalente en la población mayor es el temor a la dependencia: **“hoy en día, la principal preocupación de las personas mayores es la dependencia: ¿Quién me va a cuidar? Y ese miedo está muy relacionado con la soledad, porque tiene que ver con la percepción de las redes de apoyo disponibles”**. Es decir, la soledad no sólo surge por la falta de vínculos actuales, sino también por la incertidumbre respecto al futuro. **“La gente se siente sola no solo porque no tiene redes de apoyo en el presente, sino porque teme no tenerlas en el futuro. Y ese miedo está hoy entre los principales factores asociados al aumento de la soledad”**, concluye la socióloga y directora del CEVE UC, María Soledad Herrera.

El rol de la participación en el aislamiento y la soledad

Las relaciones sociales, especialmente aquellas que se cultivan con amistades o familiares, cumplen un rol central en la protección frente a la soledad y aislamiento social. Esta relación se ve a su vez mediada por la participación social.

El Gráfico 12 da cuenta de esta dinámica al vincular los niveles de aislamiento y soledad con la participación en actividades sociales al menos una vez al mes. Ya sea mediante la asistencia a reuniones, el contacto regular con amistades o la posibilidad de recibir o visitar familiares, la participación social aparece como una práctica que puede amortiguar el peso del aislamiento y la sensación de soledad.

Gráfico 12: Prevalencia del riesgo de aislamiento y soledad según si las personas realizan al menos una vez al mes las siguientes actividades, población de 60 años o más.



Elaboración del Observatorio del Envejecimiento UC-Confuturo en base a Encuesta Calidad de Vida en La Vejez UC-Caja Los Andes 2022 .

● Hombre ● Mujer

En el caso del aislamiento, la mayor brecha se da al observar la frecuencia de visitas a parientes: los hombres muestran una reducción mayor del aislamiento cuando mantienen este tipo de vínculos. En cuanto a la soledad, las diferencias de género más significativas se encuentran en la frecuencia con que se ven amistades o se sale del hogar, aunque en ningún caso las brechas superan los 10 puntos porcentuales.

Ahora bien, la participación no siempre garantiza una reducción efectiva del aislamiento o la soledad. Como señalan Carrasco et al. (2021), lo que resulta más relevante que la frecuencia de los encuentros es la calidad de las relaciones que se construyen, especialmente dentro de las redes familiares. Es decir, no basta con estar acompañado o acudir a reuniones si esos espacios no proveen afecto, contención o sentido de pertenencia. La participación social puede ser un factor protector, pero su eficacia depende de cuán significativas y sostenidas son esas relaciones en el tiempo.

En este contexto, diversos factores pueden afectar la capacidad de las personas mayores para mantener relaciones de calidad, siendo uno de éstos la inclusión digital. Aunque las herramientas digitales no pueden sustituir el encuentro presencial, ofrecen una vía de conexión que, en ausencia de otras alternativas, facilita la compañía y la continuidad de las relaciones. Sin embargo, muchas personas mayores enfrentan barreras para adaptarse a estas tecnologías, lo que las excluye de los espacios de socialización que, en la actualidad, se desarrollan de manera híbrida o virtual (Observatorio del Envejecimiento UC-Confuturo, 2024).

A esto se suman condiciones estructurales como el miedo a enfermarse, acentuado tras la pandemia, y la inseguridad en los entornos urbanos, que lleva a muchas personas mayores a optar por permanecer en sus casas. Como ha señalado el encargado nacional del programa Vínculos, Juan Carlos Catalán, **“es muy recurrente encontrar a personas mayores que declaran encerrarse en sus casas y que no se atreven a salir. Ahí hay un impacto importante en las redes sociales”**. En estos casos, la imposibilidad de participar socialmente no se debe a la falta de voluntad, sino a condiciones externas que restringen el margen de acción de las personas mayores.

Resumen de hallazgos clave

La Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez UC-Caja Los Andes, realizada por el Centro UC de Estudios de Vejez y Envejecimiento, proporciona datos representativos sobre el aislamiento social y la soledad en personas mayores en Chile. Los resultados de 2022 muestran que más de la mitad de las personas mayores de 60 años enfrentan un alto riesgo de aislamiento social, y una proporción similar experimenta soledad, lo que significa que casi una de cada dos personas mayores se ve afectada por alguna de estas condiciones.

Se observa que tanto el aislamiento social como la soledad tienden a coexistir. Un porcentaje significativo de las personas mayores experimenta ambos fenómenos simultáneamente, mientras que otros enfrentan solo aislamiento o solo soledad. Las diferencias sociodemográficas indican que las mujeres y las personas con menor nivel educativo están más expuestas a ambos fenómenos. Además, el aislamiento social aumenta con la edad, especialmente a partir de los 80 años, aunque la soledad no sigue una relación lineal con la edad.

Vivir solo es otro factor de riesgo para la soledad, particularmente entre los hombres. En cuanto a la tenencia de pareja, tener una pareja tiene un impacto protector más evidente en los hombres que en las mujeres, quienes suelen sentir más soledad, incluso estando en pareja.

El estado civil también influye en el riesgo de aislamiento y soledad. Aunque los hombres presentan un menor riesgo de aislamiento que las mujeres, independientemente de su estado civil, los solteros y viudos tienen un riesgo ligeramente mayor. En términos de soledad, los hombres solteros y viudos presentan niveles más elevados, mientras que en las mujeres la soledad también es más alta entre solteras y viudas, aunque con menor diferencia. Estas variaciones podrían reflejar diferencias en los roles sociales y el apoyo familiar entre géneros (Herrera y Elgueta, 2025).

La salud es otro factor clave en estos fenómenos. Las personas con peor salud autorreportada tienden a reportar mayor aislamiento y a sentirse más solas. Este fenómeno resalta la paradoja de que, aunque el acompañamiento es más necesario, suele ser menos accesible para quienes lo requieren. Las brechas de género también son evidentes, con mujeres mostrando mayores niveles de soledad y aislamiento en comparación con los hombres, especialmente entre quienes reportan mala salud.

La participación social juega un papel protector en la reducción del aislamiento y la soledad. La asistencia a actividades sociales, como visitas familiares o encuentros con amigos, contribuye a mitigar estos fenómenos. Sin embargo, lo que realmente importa es la calidad de estas relaciones, más que su frecuencia. Las barreras tecnológicas y las condiciones estructurales, como el miedo a enfermarse o la inseguridad, limitan la capacidad de las personas mayores para participar plenamente en la sociedad.

En resumen, el estado civil, la salud, la participación social y la presencia de pareja son factores que influyen en el aislamiento y la soledad de las personas mayores, con importantes diferencias de género. Estos resultados subrayan la necesidad de abordar el aislamiento social y la soledad de manera integral, considerando aspectos como el género, la edad y el nivel educativo, y destacando el rol de la co-residencia y las relaciones de pareja en la prevención de la soledad.

3. La soledad en la vejez: Reflexiones desde la experiencia del voluntariado

La soledad en la vejez se configura como una experiencia compleja y multifacética, influenciada por diversas circunstancias a lo largo de la vida. En el contexto de programas de acompañamiento de la Fundación Amanoz, un grupo de voluntarios⁴ fue invitado a reflexionar sobre cómo perciben la soledad de las personas mayores, cómo la experimentan en su rol como acompañantes y cómo se relacionan con su propia -presente o futura - vejez. A partir de estas entrevistas, emergen reflexiones sobre las circunstancias que influyen en la soledad, las estrategias para afrontarla, y el papel de las políticas públicas y la comunidad en este proceso.

Descripción de la soledad de la persona mayor acompañada, más allá de una definición cerrada

Conceptualmente, la soledad en la vejez no debe reducirse a la mera ausencia de compañía física o a la falta de interacción social directa. Si bien estas condiciones pueden ser parte del fenómeno, lo que emerge con fuerza desde la experiencia del acompañamiento voluntario es que la soledad en las personas mayores adopta formas más complejas y menos evidentes. Se trata, en muchos casos, de una soledad emocional, íntimamente ligada a la falta de conexión significativa con un otro, incluso cuando existen redes familiares o comunitarias, en apariencia activas.

Así lo expresa Luis, voluntario de 21 años, al reflexionar sobre las múltiples formas en que la soledad se presenta en la vejez:

"[La soledad] se muestra de distintas maneras. Puede ser la soledad que sienten en el momento en que sus familiares no los estén acompañando en su vejez, puede ser que se sientan solos estando la familia ahí, pero no se sienten acompañados, o muchas veces también se sienten una carga. Y se sienten solos porque no se sienten comprendidos por sus familiares o por las personas que los están cuidando".

⁴ Agradecemos a los voluntarios por su valioso apoyo y dedicación: Laura (56 años, con más de 1 año como voluntaria), Camila (71 años, 5 años como voluntario), Ana (43 años, 1 mes como voluntaria), Josefina (53 años, más de 2 años como voluntario), Marta (71 años, más de 2 años como voluntaria) y Luis (21 años, más de 1 año como voluntario). Los nombres reales de los participantes han sido cambiados de acuerdo con protocolo ético de investigación que rige al Observatorio del Envejecimiento UC-Confuturo.

Este testimonio da cuenta de una vivencia de soledad que no depende exclusivamente de la presencia o ausencia de otros, sino de la calidad del vínculo. En este sentido, la soledad emocional surge incluso en contextos donde hay proximidad física con seres queridos, pero donde no existe una reciprocidad afectiva o una comunicación significativa.

Laura, voluntaria de 56 años, profundiza en esta idea al señalar:

"No está sola [la persona a la que acompaña], pero en su fuero interno sí hay una soledad, porque ella está para todo el mundo disponible, pero no todo el mundo está disponible para ella."

Aquí, la soledad se articula como una experiencia de desequilibrio en las relaciones afectivas existentes y lo deseado, una ausencia de reciprocidad que deja a la persona mayor en una posición de entrega sin retorno, un factor de riesgo crítico retratado en el presente reporte. Esta percepción se complementa con una dimensión más introspectiva que Laura también reconoce:

"La soledad tiende dos caras, porque uno podría pensar que una persona como ella [a quién acompaña] está llena de vida, y en el fondo de su corazón se siente bien sola en ese sentido, con poco apoyo de su familia para sus cosas, en relación con sus enfermedades y todo eso."

Desde otra vivencia cercana, Josefina describe la soledad no sólo como ausencia de interacción, sino como una imposibilidad de compartir lo cotidiano:

"Ella [la persona a la que acompaña] no tiene con quién contar sus cosas, como contar lo que le ha pasado, más que nada estar con otra persona... y la soledad es no poder conversar, no poder comunicarse. La soledad que se muestra más, de una persona solita, solita en un lugar donde no tiene con quién compartir, ni comunicarse ni nada. Eso es como el concepto de soledad, pero realmente no es así".

En este punto, la percepción de la soledad va más allá de las definiciones tradicionales, adquiriendo una cualidad subjetiva que no siempre es visible desde las mediciones convencionales. En este sentido, son los propios voluntarios quienes reconocen haber adquirido conciencia de este fenómeno recién al involucrarse directamente con personas mayores. Como lo explica Luis:

"No pensaba mucho en [la soledad en la vejez], la verdad, como que nunca me lo había cuestionado. Después fui haciendo conciencia en la medida en que el problema se hacía más visible. Como que tenía una estructura de que una persona mayor tenía una familia y solo por eso iba a estar acompañada y que después de eso iba a estar todo bien, pero no es así."

Laura también lo plantea con claridad, subrayando la distancia que puede haber entre una red familiar presente y el acompañamiento emocional:

"En el caso de esta señora, ella tiene marido, tiene familia, entonces no necesariamente pasa por eso, por la viudez y eso. Pero sí en el fondo, el no tener gente como cercana que los escuche, que le dé tiempo, tiempo de cercanía, de escucharlos, de saber qué necesitan, cómo se sienten. Eso para mí es lo más central al tema de la soledad: no tener con quién conversar cosas o comentarle sus cosas o ser como parte de su vida en ese sentido."

Camila refuerza esta idea desde una perspectiva afectiva, al señalar la importancia del contacto humano cotidiano:

"En el fondo, es el contacto humano, como dice Laura, quien esté cerca tuyo y quiera saber de ti, de cosas que no necesariamente tienen que ser muy profundas, pero simplemente de conversar, de cómo va pasando la vida"

La salud mental aparece también como una dimensión crítica en la experiencia de la soledad. Ana apunta que la percepción de estar solo puede mantenerse incluso en contextos de compañía:

"La salud mental yo creo que hoy en día es muy importante. Tenemos mucha gente a nuestro alrededor y estamos solos, porque nuestra cabeza genera muchas cosas"

La vivencia de la soledad no solo varía en intensidad, sino también en su expresión a lo largo del ciclo vital. Laura lo reconoce al revisar sus propias ideas iniciales sobre el tema:

"Yo, personalmente, me la imaginaba [la soledad en la vejez] como la describe Ana y Camila, es decir, la persona que está básicamente en su casa, saliendo poco, interactuando poco con el mundo, también con complicaciones para poder salir si tiene problemas de movilidad. Como que siempre asociaba los problemas de soledad en las personas mayores como en su casa, sin mucha gente y, en general, como un poquito dejadas de lado por su familia. Es muy común también que de repente los hijos, las familias pescan poco a los adultos mayores. Hay otros casos en que los integran a todas las actividades familiares y están siempre presentes, pero como que mi visión al menos era esa, más solitaria y sin interactuar con la gente"

A través de este ejercicio reflexivo, los voluntarios no sólo redefinen sus preconcepciones, sino que amplían su comprensión sobre las distintas capas que componen la soledad en la vejez. Luis, incluso, compara esta vivencia con su propia generación:

"No diría que fuera tan diferente [la experiencia de la soledad entre las edades], porque el hecho de la soledad es sentirse solo y aunque a veces esté acompañado... No es tan distinta la realidad de ambos grupos [jóvenes y personas mayores] en el ámbito de cómo sienten la soledad, pero sí obviamente la expresan de distintas maneras".

Ana complementa esta mirada intergeneracional al subrayar el peso del futuro como dimensión temporal:

"Yo creo que los niños ven el futuro, los jóvenes también, pero los adultos mayores ya no ven ese futuro tan lejos. Entonces, a veces se cierran en su mundo y piensan que ya acabó, que ya acabó la vida que viven, que ya no quieren vivir más o que se sienten muy tristes. Yo pienso eso, que no ven mucho el futuro [las personas mayores], entonces yo creo que el no ver ese futuro hace que su cabeza no se abra más a aprender nuevas cosas".

Frente a este escenario, se reconoce también la capacidad que tienen las personas mayores para enfrentar la soledad de formas distintas. Luis, desde su rol de acompañante, lo reconoce:

"La persona mayor tiene mucha más experiencia que un joven como puedo serlo yo, por ejemplo, y también tiene distintas maneras de combatir la soledad".

En definitiva, la soledad aparece como un fenómeno transversal, que puede experimentarse en distintas etapas del ciclo vital, aunque con matices específicos. Como lo señala Laura:

"Puede ocurrirles a los jóvenes, a los adultos mayores, esto de no tener con quién hablar sus cosas personales o si tienen algún problema personal, pedir consejo o ayuda. Ese tipo [de soledad] que, en el fondo, le puede ocurrir a cualquier persona a cualquier edad, esa soledad como del alma por decir."

Y Camila concluye con una reflexión más estructural:

"Nuestra educación social emocional es mala, no sabemos bien cómo expresarnos en términos de reconocer nuestras emociones, de poder escribirlas, de saber lo que nos está pasando. En ese sentido, quizá la soledad de los niños, los jóvenes y adultos tiene algo en común".

Marta, por su parte, lo vincula con una forma de exclusión estructural:

"Yo creo que la soledad es complicada a cualquier edad. Uno lo ve, yo fui profesora toda mi vida y uno lo ve en los colegios, el niño desde pequeño cuando se siente solo se frustra, se angustia. Y esto es lo mismo en el adolescente o en el joven y en la vejez. La diferencia es que en la vejez yo siento que la persona mayor se va sintiendo que va saliendo del sistema, que la sociedad no le incluye".

Factores y circunstancias que influyen en la soledad de la persona mayor acompañada

La soledad está moldeada por una multiplicidad de factores que interactúan entre sí: la viudez, el deterioro de la salud, la movilidad reducida, el rol de género, la estructura familiar, las redes sociales, el acceso a recursos y la manera en que se vivió la etapa previa a la jubilación. Laura señala la viudez como un factor crítico, especialmente para los hombres mayores, quienes, a diferencia de las mujeres, suelen carecer de una red de apoyo doméstica tras la partida de su pareja. Ella reflexiona sobre cómo el rol tradicional del hombre en el trabajo y la familia lo expone a la soledad una vez que esos referentes desaparecen:

"En primera instancia se me ocurrió pensar en la viudez, que es como lo más inmediato porque ya los hijos crecen, se van de la casa, muchas veces queda la pareja sola, queda uno viudo y esa soledad, sobre todo en los hombres es más potente. Las mujeres en general siempre tienen cosas que hacer en la casa, con los nietos, con los hijos, pero el hombre no, el hombre su familia es su trabajo, una vez que jubila ya una parte importante de su rol que no existe y ya si queda viudo es más difícil".

El deterioro físico y las limitaciones en la movilidad también aparecen como factores relevantes en la configuración de la experiencia de soledad. Camila menciona que la movilidad reducida puede aislar a las personas mayores, dificultando la interacción social y el acceso a servicios y actividades fuera del hogar:

"La movilidad, como menciona Ana, en los adultos mayores es bien importante, porque los limita enormemente".

Estas limitaciones también se vinculan con la historia previa de independencia funcional de la persona mayor. En palabras de Camila:

"El ser relativamente independientes antes de llegar a ser mayor o muy dependiente de todo el resto, yo creo que puede hacer una diferencia [con respecto a la soledad en la vejez], incluso en la actitud que ellos tienen en el momento en que ya están más desvalidos".

Laura complementa esta idea al destacar cómo las personas mayores que han cultivado autonomía y actividades propias a lo largo de la vida enfrentan la vejez con más herramientas emocionales y prácticas:

"Sí, yo comparto eso que dice Camila, una persona que tuvo una actitud más independiente, que hace sus cosas, que tiene sus actividades independiente de su familia y todo eso tiene más recursos, más herramientas para abordar la vejez digamos y lo otro también es el tema de las enfermedades, porque claramente si una persona vive con dolores, le cuesta moverse, le cuesta salir y todo eso, obviamente va generar que esa persona esté más recluida en su casa, más sola".

En este mismo sentido, Josefina remarca que las enfermedades crónicas o las condiciones de salud que dificultan el desplazamiento se transforman en barreras directas para la vida social:

"Yo creo que sus enfermedades [de las personas mayores] las aíslan más que... por decir, no sé, una persona que no pueda caminar, que no pueda movilizarse, que tenga problemas de... que es más fácil de resfriarse; entonces eso lo hace que diga "no, no puedo salir, tengo que quedarme en la casa" y ahí empieza a quedarse solita".

Marta también identifica el deterioro físico y cognitivo como una fuente de riesgos, que genera una sensación de marginación:

"Yo creo que principalmente es el deterioro que se va produciendo espontáneamente por el hecho de envejecer, la gente se empieza a sentir con menos capacidades, intelectuales, físicas; y eso deprime y acompañado de eso muchas veces de enfermedades, ya no sólo el deterioro por el envejecimiento, sino que enfermedades que te hacen sentir más mal y este sentir que vas quedando como fuera del sistema".

Por otro lado, el nivel socioeconómico también influye en cómo se experimenta la soledad. Si bien podría pensarse que las condiciones de vulnerabilidad intensifican el aislamiento, Camila observa que, en algunos contextos de bajos ingresos, existen redes de apoyo sólidas que pueden compensar esas carencias:

"En los lugares de más bajo nivel socioeconómico, me he dado cuenta que son muy apañadores entre sí mismos.", recalca.

El género también condicionaría el modo en que se transita la vejez y la soledad. Según una de las voluntarias, las mujeres tienden a experimentar la soledad de manera más emocional, mientras que los hombres, aunque también la sienten, la expresan menos:

"No es por tener estereotipos de género ni nada, pero se nota mucho que en la vejez las personas de género femenino son mucho más sensibles a la soledad que lo que puede ser un varón".

Josefina aporta una visión complementaria, explicando cómo los hombres suelen tener redes sociales más orientadas hacia el exterior, lo que les permite mantener un mayor contacto social en ciertas etapas, a diferencia de muchas mujeres que han estado más centradas en el hogar:

"El hombre es más 'de afuera', tiene más amigos, más como un roce con otras personas, entonces de repente, la mujer como siempre ha sido más de casa, como de estar en la casa, es más, tiene menos roce social (...) [Los hombres] tienen más facilidad de compartir".

La existencia de descendencia aparece como un posible factor protector ante la soledad, pero no necesariamente como una garantía de compañía o apoyo emocional. Si bien tener hijos o hijas puede marcar una diferencia, también hay personas mayores sin descendencia que logran establecer redes significativas en otros espacios, como el barrio, la comunidad o entre amigos. Así lo expresa una voluntaria:

"El tema de que tengan descendencia, es decir, hijos o hijas, es un factor muy importante para que se pueda desarrollar ese sentimiento de soledad."

Finalmente, la tecnología aparece como una herramienta ambivalente. Aunque puede facilitar la conexión con otros, también puede intensificar la sensación de aislamiento cuando sustituye el contacto humano directo o cuando las personas mayores se sienten desplazadas por su uso. Josefina lo resume así:

"Yo creo que ahora, para sentirse así [sola/o], por decirlo, los celulares, la tecnología hace... la televisión de repente hace que la gente se sienta sola, porque el tratar comunicarse y que las otras personas estén pendientes de la tele, del celular; eso da una sensación de soledad."

Estrategias de afrontamiento de la soledad por parte de la persona mayor acompañada y de los propios voluntarios

Las estrategias que despliegan las personas mayores para enfrentar la soledad varían según sus circunstancias personales, el entorno en que viven y las redes de apoyo disponibles. En el caso de quienes residen en zonas rurales, las herramientas tecnológicas, como las llamadas telefónicas, no siempre logran compensar la distancia física con los seres queridos. Como señala un voluntario:

“Los usuarios de San Clemente enfrentaban la soledad de manera diferente a la persona que estoy acompañando hoy en día porque, a ver, el hecho de que sea una comuna muy relacionada al campo, o todavía ni siquiera bien urbanizada, significa que los servicios más básicos están más lejanos”.

En algunos casos, las personas mayores desarrollan pequeñas rutinas significativas que les permiten lidiar con la soledad. Camila menciona a una de las personas que acompaña, quien ha encontrado consuelo en el cuidado de sus plantas y en el contacto con otras personas cuando su estado de salud lo permite:

“Ella tiene en su misma casa una venta de plantas, entonces ella dice que de repente se entretiene arreglando las plantas o vendiendo las plantas, ahí como que se entretiene un poco.”

Las relaciones a distancia también pueden convertirse en fuentes valiosas de acompañamiento emocional. Marta destaca cómo, pese a la separación geográfica, ha logrado generar un vínculo afectivo sólido con la persona que acompaña:

“Ha sido muy gratificante, ella es de Coyhaique, yo soy de Santiago; poder relacionarnos a la distancia”.

El programa de acompañamiento pone especial énfasis en estrategias centradas en la escucha activa, entendida no solo como un acto pasivo, sino como una forma de validar las experiencias y deseos de la persona mayor. Ana lo explica así:

“Mi estrategia [para tratar con la persona que acompaña] es escucharla, entender lo que le gusta y ahí de a poco, porque tampoco la puedo obligar a hacer lo que no quieren, entonces para que se sienta acogida”.

La escucha se convierte así en un canal fundamental para enfrentar lo que estos voluntarios denominan soledad emocional, permitiendo que las personas mayores compartan preocupaciones, recuerdos o inquietudes. Camila destaca esta dimensión del acompañamiento:

“Le sirve [a la persona a la que acompaña] el poder conversar, desahogarse, contarle a alguien lo que está pasando”.

En conjunto, estas estrategias reflejan cómo tanto las personas mayores como los voluntarios despliegan herramientas concretas y adaptadas a su realidad para sobrellevar la soledad. A través del contacto humano, las actividades significativas y el espacio para la expresión emocional, se van construyendo vínculos que ofrecen soporte y alivio frente a una de las experiencias más difíciles de la vejez: la sensación de estar solo, aun cuando se está acompañado.

La experiencia del voluntariado: Un encuentro mutuo

En el contexto del programa de acompañamiento de la Fundación Amanoz, el voluntariado se configura como una experiencia intergeneracional con efectos bidireccionales, tanto para las personas mayores acompañadas como para quienes asumen el rol de voluntarios. Esta vivencia no solo contribuye a humanizar la vejez, sino que también abre un espacio de crecimiento personal, en el que se cruzan la empatía, la escucha activa y el diálogo intergeneracional.

Lejos de ser un proceso unidireccional, el voluntariado se experimenta como un aprendizaje compartido. Luis, uno de los voluntarios, describe cómo esta experiencia permite conectar con otros y también consigo mismo:

"Es linda experiencia porque, a ver, el hecho de que alguien realice un voluntariado es dedicarle tiempo tuyo a otra persona o a una organización, pero en pos de un bien. Y es linda experiencia porque cuando hablamos de adultos mayores estamos hablando de un grupo que muchas veces ha sido marginado o un grupo que no es considerado, lamentablemente por algunas personas, como importante en la sociedad".

A través de estas interacciones, los voluntarios no solo ofrecen compañía, sino que también aprenden sobre resiliencia, sobre la capacidad que tienen las personas mayores para sobreponerse a las dificultades. Como señala el mismo Luis:

"La resiliencia es muy importante para lograr un objetivo y que a pesar de que los problemas... los problemas que me han contado los usuarios siempre han terminado con algún tipo de salida frente a ese problema".

Esta percepción también es compartida por Josefina, quien destaca el valor emocional de este intercambio:

"Lo que yo siento es experiencia, es saber que con la persona con la que tú estás conversando, que estás acompañando te enseña cómo podrías tú enfrentar, cómo lo harías tú en esa situación (...) como escuchar historias de vida, aprender y a la vez sentir, sentirse más que nada que tú estás compartiendo con alguien, te sientes grato".

La posibilidad de crear vínculos humanos duraderos es uno de los aspectos más significativos del acompañamiento. Camila relata cómo se ha consolidado una relación de confianza, en la que la persona mayor sabe que puede acudir a ella cuando lo necesite:

"Cuando uno se siente solo y quiere o necesita [recurrir a alguien por algún motivo] puede hacerlo, porque, en un par de ocasiones, esta señora me ha llamado cuando se siente demasiado agobiada, sabe que yo estoy ahí. Entonces, en el fondo, es probable que siempre pueda encontrar a alguien al cual acudir y desahogarse en un cierto momento".

El mismo Camila destaca que, más allá de si se aprende algo concreto, el hecho de sentirse útil ya es gratificante en sí mismo:

"Yo no siento que sea algo como que ella me esté enseñando algo, pero siento gratificante en el sentido de darte cuenta de que tú puedes servirle a otra persona, que tú puedes serle útil, que esa persona a pesar de que nos separan millones de kilómetros, si está triste me va a contar que está triste y que yo puedo prestar simplemente una oreja y darle tres consejos que, a lo mejor, no es nada extraordinario, pero ella siente que hay alguien que lunes y jueves la va a llamar y le va a preguntar "¿Cómo estuvo tu semana?, ¿Qué estás haciendo?". Ahora, en ese sentido es gratificante, sentir que uno puede serle útil a alguien y claro, ya existe un nexo de amistad, se puede decir, de reciprocidad".

Esa reciprocidad emocional también se refleja en el testimonio de Laura, quien relata cómo el voluntariado ha sido una herramienta para cultivar una mirada más respetuosa hacia las personas mayores, superando estereotipos que las asocian con la pasividad o la dependencia:

"A mí me ha enseñado bastante el verlo como desde el punto de vista del respeto hacia el adulto mayor, evitando un poco como la discriminación en la que se cae muchas veces... no por el hecho de ser mayores o muy mayores van a ser menos participativos, así como por defecto".

Para ella, el vínculo generado con la persona que acompaña es profundamente significativo y va más allá de lo funcional:

"A mí la señora que yo acompañe me dijo que ella estaba muy agradecida y que ella sentía que yo había sido un angelito que apareció en su camino. Fue muy lindo escuchar eso y muy emocionante, porque que te digan eso es porque... no sé, es muy significativo".

Estas experiencias cotidianas de cercanía emocional también están presentes en las palabras de Camila, quien destaca la importancia de sentir que la conversación tuvo un efecto positivo:

"No sé si hay algo puntual, pero yo creo que esa sensación de que, claro, de que cada vez que cuelgo sentir que a ella le sirvió, eso es rico".

Ana, por su parte, relata que, y a pesar de no haberse conocido previamente, se abre un espacio de intimidad y cariño con la persona mayor en este tipo de iniciativas:

"Sentir ese amor, porque ella, como les dije no me conoce, entonces llegar a eso, a abrir su corazón y ese tiempo precioso que tenemos tanto para mí, tanto para ella, yo creo que más para mí, porque lo que escucho de ella, una mujer que vivió muchas cosas bonitas en su vida, entonces para mí eso está siendo increíble."

Así, el voluntariado se revela como un espacio donde se construyen lazos que muchas veces trascienden los marcos del programa mismo. Más que una tarea asistencial, es una práctica relacional que involucra afectos, aprendizajes y sentido. En ese encuentro mutuo, tanto quien acompaña como quien es acompañado se enriquecen, se reconocen y se reafirman como sujetos valiosos en el entramado social. De este modo, el voluntariado no solo enfrenta la soledad, sino que también fomenta la creación de lazos humanos significativos que pueden perdurar más allá del acompañamiento inmediato.

La soledad como un problema social transversal

Aunque la soledad en la vejez se ha vuelto un tema cada vez más presente en los medios y el debate público, muchos voluntarios coinciden en que continúa siendo una realidad poco visible. Como señala Luis:

"Yo, personalmente, creo que es un tema que lamentablemente se silencia demasiado, o sea, es silencioso porque no se habla mucho del tema".

Este carácter silente de la soledad en las personas mayores plantea un desafío importante para las políticas públicas, que deben asumir el problema de manera integral. La falta de visibilidad y la ausencia de una conversación abierta dificultan tanto la identificación de soluciones como la creación de espacios efectivos de apoyo, generando un vacío en las estrategias para mejorar su calidad de vida.

Ahora bien, para abordar a la soledad como problemática social, se debe destacar que ésta no es exclusiva de la vejez, sino más bien un fenómeno que afecta a múltiples generaciones. Así lo expresa Camila:

"Yo creo que sí se está hablando más del asunto y no solo de los adultos mayores, yo creo que la soledad entre los adolescentes también es un punto importante (...) Yo sí siento que se está visibilizando y es amplio [la problemática de la soledad], porque yo creo que después de la pandemia los jóvenes se vieron extremadamente afectados y claro, también necesitamos preocuparnos de ellos".

En esa misma línea, Marta plantea la necesidad de generar comunidades de apoyo que promuevan el encuentro y la pertenencia, especialmente en jóvenes:

"Yo creo que tiene que ser [el enfrentamiento de la soledad] a través de comunidades, o sea, si estamos hablando de soledad en escolares, que a través de los colegios; si estamos hablando de los adolescentes, a través de grupos parroquiales, de grupos... tiene que ser a través de lugares que reúna a la gente, que pueda acceder a encuentros".

Su propuesta subraya la importancia de facilitar espacios en los que las personas, sin importar su edad, puedan construir relaciones significativas.

En cuanto a la respuesta institucional, algunos voluntarios reconocen avances a nivel municipal en el abordaje de esta problemática, especialmente hacia las personas mayores. Laura comenta:

"Lo que yo observo en la municipalidad es que hay hartas instancias de, yo creo que no sólo en ésta sino que en varias municipalidades existen instancias de acompañamiento para los adultos mayores, acompañamiento, actividades y todo para que ellos tengan vida, una vida más externa. Entonces yo creo que sí se está abordando desde ese punto de vista, no sé si la soledad propiamente tal como concepto, pero sí acompañamiento o instancias para que ellos disfruten de su tiempo."

Ana, por su parte, enfatiza el valor del acompañamiento psicológico como medida transversal:

"Acompañamiento psicológico es muy importante, yo creo que para todos y aún más en este mundo".

Esta perspectiva incorpora el componente de salud mental como un aspecto fundamental para enfrentar la soledad en todas las edades.

No obstante, las oportunidades para participar en actividades sociales pueden verse limitadas por barreras económicas. Josefina comparte una experiencia concreta:

"El adulto mayor, con más actividades, que le fortalezcan, que le ayuden. De repente, por decir acá el club [del adulto mayor] hace un paseo que cuesta \$23.000 pesos ir, a veces a un adulto mayor \$23.000 pesos es los remedios del mes (...) entonces, a lo mejor decirles 'ya, hace un esfuerzo y junta \$10.000 o \$12.000 tú y yo te aporto la otra parte', que lo subvencionen un poquito más porque igual son adultos mayores que quieren salir, que quieren pasear, que quieren recorrer un lugar, conocer".

Este relato visibiliza cómo el costo de actividades recreativas puede convertirse en una barrera excluyente, incluso para aquellas personas mayores que tienen motivación y deseo de participar.

Por eso mismo, Marta también destaca la necesidad de generar formas cotidianas de ocupación del tiempo como una vía para prevenir el aislamiento:

"Yo creo que es muy importante que, sobre todo en el adulto mayor, tengan como llenar los días, porque hay gente que vive sola, sola y que los días se le hacen eternos y entonces empiezan a dedicarse solamente a ver televisión porque es una forma de compañía, prenden el televisor, pero entonces no hacen ejercicio, no salen de la casa y entonces empiezan a sentirse tristes, solos. Yo creo que todo lo que sea fomentar, en estos grupos, el juntarse, el reunirse, el ver a otras personas, el darse cuenta de que hay otras personas igual que tú o más necesitados que tú es importante".

Su testimonio pone en evidencia cómo la rutina y el encierro pueden agudizar la sensación de soledad, y cómo las instancias grupales pueden funcionar como antidotos afectivos.

En este escenario, el rol del Estado también es destacado por los voluntarios. Uno de ellos plantea:

“El Estado puede realizar aportes en políticas públicas apoyando a ciertos tipos de organizaciones, como lo puede ser la Fundación Amanoz (...) También puede ayudar [el Estado] al incentivo de que se participe en voluntariados o como una visibilización más del tema, yo diría, que también es mucho más importante”.

Aquí se vislumbra la necesidad de una acción decidida que no solo promueva intervenciones concretas, sino que también contribuya a instalar el tema de la soledad en la agenda pública.

Como lo señala otro voluntario, el problema está presente en múltiples espacios, muchas veces sin ser detectado:

“Es súper importante visibilizar esta problemática, porque no solamente yo lo veo en la fundación, sino como lo puedo ver en mis vecinos, lo puedo ver cuando conozco a una persona adulto mayor, en situaciones muy cotidianas, acá en la universidad, en un policlínico,, en un CESFAM y es mucho más común de lo que los jóvenes podemos pensar.”

Por último, quienes han participado en experiencias de acompañamiento y apoyo a personas mayores no dudan en recomendar el trabajo voluntario como una experiencia de aprendizaje mutuo:

“Obvio que lo recomendaría, porque uno crece también personalmente con eso. El hecho de ver otras realidades que suelen ser duras te ayuda a crecer, porque, o ser agradecido con lo que uno tiene, quizá no toda nuestra vida es perfecta como persona adulta o adolescente, pero, uno que se puede afrontar y, segundo, a veces se puede estar peor y el hecho de que las personas mayores te...”, relata Luis.

4. Recomendaciones de política pública para el abordaje de la soledad no deseada y el aislamiento social

Este capítulo presenta una revisión de experiencias internacionales y metaanálisis recientes, con el propósito de identificar buenas prácticas para enfrentar la soledad no deseada y el aislamiento social en personas mayores. En la Tabla 1 se sistematizan distintas dimensiones y tipologías de intervención, según su enfoque y modalidad de aplicación. Además, se exponen tres iniciativas internacionales que han sido evaluadas empíricamente, incluyendo sus objetivos, componentes y principales resultados, con el fin de identificar factores críticos de éxito. Finalmente, se incorporan aprendizajes provenientes de la evidencia y reflexiones que se extraen del contexto chileno, particularmente a través de la experiencia de actores relevantes como Fundación Amanoz y el Programa Vínculos del Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

4.1 Tipologías y dimensiones en las intervenciones realizadas en el contexto de la soledad y el aislamiento

Tal como se resume en la Tabla 1, las intervenciones orientadas a reducir la soledad no deseada y el aislamiento social en personas mayores pueden agruparse en dos grandes categorías: intervenciones directas e indirectas, dependiendo de si abordan explícitamente la problemática o si lo hacen de manera colateral a través de otros objetivos.

Las intervenciones directas incluyen estrategias diseñadas específicamente para fomentar el contacto social y/o modificar los factores psicológicos subyacentes a la experiencia de soledad. Entre ellas se encuentran las actividades grupales e individuales, las terapias psicológicas y el uso de tecnologías. Las actividades grupales, como clubes temáticos o sesiones por videoconferencia, buscan generar un sentido de pertenencia y redes de apoyo mutuo. Sin embargo, su efectividad es variable, especialmente se compara con intervenciones uno a uno, que ofrecen vínculos más personalizados y que, aunque muestran resultados positivos, enfrentan desafíos importantes en su implementación, como el reclutamiento y la mantención del voluntariado.

En este marco, las terapias psicológicas representan una línea relevante, ya que abordan los mecanismos cognitivos y emocionales vinculados a la soledad. Los enfoques cognitivo-conductuales y de mindfulness han mostrado mayor eficacia, mientras que las terapias grupales basadas en la reminiscencia presentan resultados más modestos. La combinación de componentes terapéuticos con espacios de interacción social parece ser una de las claves del éxito, aunque aún no existe consenso sobre cuál de estos elementos resulta más determinante.

Las tecnologías digitales también se han incorporado como herramientas de intervención, abarcando desde capacitaciones en el uso de dispositivos móviles hasta la implementación de robots sociales y comunidades virtuales. Aunque la evidencia sobre su efectividad es dispar, algunos estudios destacan su potencial para ampliar redes sociales y mejorar la percepción de acompañamiento, especialmente en personas mayores con movilidad reducida o confinadas en el hogar.

Por otro lado, las intervenciones indirectas, si bien no abordan de forma explícita la soledad, contribuyen a su reducción, ya que promueven la participación social, el bienestar emocional y el fortalecimiento de redes. En este grupo se encuentran los programas educativos, las actividades recreativas y los talleres de promoción de salud. Un ejemplo destacado es SilverSneakers, una iniciativa de actividad física que ha mostrado impactos positivos tanto en salud como en integración social. Del mismo modo, las intervenciones intergeneracionales y comunitarias han demostrado beneficios en la disminución del aislamiento y en el fortalecimiento del sentido de comunidad.

Tabla 1:
Tipologías de intervenciones/estrategias para el abordaje de la soledad y el aislamiento social

Dimensión de la intervención	Tipo de actividad	Objetivo	Descripción	Ejemplos de programas y evidencia	Algunos hallazgos de factores promotores
Intervenciones cuyo objetivo directo es el abordaje de la soledad y/o aislamiento social	Intervenciones para facilitar la interacción social	Intervenciones grupales: Su objetivo es facilitar la interacción entre pares u otros que declaran o estén en riesgo de soledad o aislamiento social.	Se basa en clubes temáticos, actividades en Centros de Día y programas de enriquecimiento de las relaciones sociales y de apoyo mutuo, generalmente en un contexto comunitario. Pueden desarrollarse mediante videoconferencias.	Algunos programas: Videoconferencias de socialización familiar, se reporta efecto en disminución de la soledad medida con escala UCLA. (Tsai y colegas, 2010).	Generación de un ambiente de apoyo: Se busca crear una sensación de compañía, sentido de pertenencia y aumentar la percepción de "mantenerse ocupados". Las intervenciones grupales no son necesariamente más efectivas que los enfoques individuales (Gardiner et al., 2018; Masi et al., 2011).
		Intervenciones 1-a-1: Se facilita la relación entre la persona mayor y un externo a su red social, con el fin de promover la interacción social personalizada, cuyo fin es la creación de una "nueva amistad".	Se basan en programas de acompañamiento individuales voluntarios.	Programas de acompañamiento telefónico se muestran exitosos para aliviar la soledad, generando la percepción de que "hay un amigo allá afuera": Call in Time UK (Kime y colegas, 2012; Cattán y colegas, 2011), aunque los efectos son no concluyentes en otros estudios (Cattán y colegas, 2005).	Se debe prestar atención a los desafíos en el reclutamiento y capacitación a voluntarios, especialmente para el caso de intervenciones 1-a-1 (Kime y colegas, 2012).
	Terapias psicológicas /de salud mental	Entre las intervenciones identificadas se encuentran la terapia del humor, técnicas de mindfulness y manejo del estrés, la terapia de reminiscencia en formato grupal, así como enfoques basados en la terapia cognitivo-conductual y en la promoción de redes de apoyo social.	Se trata de intervenciones desarrolladas por profesionales del ámbito de la salud, centradas específicamente en abordar el sentimiento de soledad. Esto se fundamenta en la evidencia de que las personas que experimentan soledad tienden a desarrollar percepciones sesgadas y una hipervigilancia hacia lo negativo, lo que puede llevarlas, de forma inconsciente, a retraerse de los vínculos sociales, a pesar de su deseo consciente de conectar con otros. Esta dinámica genera un círculo vicioso: al intentar vincularse socialmente, suelen interpretar las interacciones de manera negativa, lo que provoca frustración y un posterior retiro, reforzando así la soledad (Hawkey et al., 2007; Cacioppo et al., 2015).	Saito y colegas (2012) encontraron que las terapias cognitivas y conductuales mantienen un impacto positivo en la reducción de la soledad, así como en otros resultados asociados, como el aumento del apoyo social, la felicidad y la satisfacción con la vida. En contraste, las terapias de reminiscencia grupal no mostraron efectos significativos sobre la soledad, aunque sí se observó un incremento en el número de amistades declaradas por los participantes (Routasalo et al., 2009). Por su parte, Mann y colegas (2017) identificaron diez ensayos clínicos aleatorizados (RCT) sobre enfoques cognitivos para abordar la soledad o conceptos relacionados —como el aislamiento social, la red de apoyo o el	Una característica común en las intervenciones con mayor efecto es que incluyeron actividades grupales (Saito et al., 2012). Es decir, se trataba de un enfoque terapéutico complementado con interacción grupal. Sin embargo, no se sabe con certeza cuál de los dos componentes contribuye más al efecto. Las intervenciones que abordan el pensamiento desadaptativo fueron las más efectivas (Masi et al., 2011).

Dimensión de la intervención	Tipo de actividad	Objetivo	Descripción	Ejemplos de programas y evidencia	Algunos hallazgos de factores promotores
				<p>apoyo percibido— en personas con problemas de salud mental. En general, la mayoría de las terapias evaluadas no mostraron efectos significativos en la reducción de la soledad; sin embargo, dos intervenciones de terapia cognitivo-conductual (TCC) en línea dirigidas a personas con depresión lograron disminuir tanto el ánimo depresivo como la soledad a los 12 meses de seguimiento (Saulsberry et al., 2013).</p> <p>Además, Lindsay y colegas (2019) llevaron a cabo un ensayo clínico aleatorizado en el que se utilizó una aplicación móvil para entrenar a los participantes en técnicas de mindfulness centradas en la conciencia y la aceptación, durante un periodo de dos semanas. Los resultados mostraron que quienes recibieron el entrenamiento reportaron una disminución del 22% en la soledad diaria en comparación con el grupo control, lo que sugiere que el mindfulness podría ser una estrategia prometedora para mitigar factores subjetivos asociados a la soledad.</p>	
	Uso de tecnologías	Las intervenciones digitales, sea de acceso y uso, especialmente de Internet, teléfonos inteligentes y redes sociales, se utilizan como mediador de las relaciones sociales.	<p>Incluyen capacitaciones en el uso de Internet y computadoras, apoyo para la comunicación por videollamadas, servicios de mensajería, grupos de discusión y foros en línea, acompañamiento telefónico, redes sociales, chatbots y “compañeros” virtuales con inteligencia artificial.</p> <p>También incluye: Comunidades virtuales: Participación en grupos de apoyo entre pares (por ejemplo, grupos “secretos” de Facebook para intercambiar información y brindar apoyo emocional).</p> <p>Robots sociales: Uso de agentes conversacionales con</p>	La evidencia sobre el impacto de las intervenciones digitales en la soledad y el aislamiento social en personas mayores es mixta. Aarts et al. (2015), en un estudio con adultos mayores en los Países Bajos, no encontraron relación significativa entre el uso de redes sociales y la soledad. En contraste, Sum et al. (2008) y Russell et al. (2008), en estudios realizados en Australia, identificaron que el uso de Internet puede fortalecer tanto los vínculos cercanos como las conexiones más amplias, aunque también puede asociarse a mayores niveles de soledad emocional cuando se utiliza para conocer nuevas personas.	

Dimensión de la intervención	Tipo de actividad	Objetivo	Descripción	Ejemplos de programas y evidencia	Algunos hallazgos de factores promotores
			<p>funciones de inteligencia artificial para entablar diálogos, ya sea como compañía general o para cumplir funciones específicas como recordatorios o evaluaciones de salud y seguridad.</p> <p>Visitas amistosas mediante videollamadas: Utilización de plataformas como Skype, FaceTime u otros programas comerciales para realizar visitas periódicas de acompañamiento por parte de voluntarios u otros profesionales.</p>	<p>Desde otra perspectiva, Hogeboom et al. (2010), analizando datos del Health and Retirement Survey, hallaron asociaciones positivas entre el uso de Internet y la frecuencia de contacto con amigos, familia y participación en organizaciones, sugiriendo que su uso puede fortalecer las redes sociales en la vejez. En población mayor confinada al hogar, el programa CHIPS mostró que la creación de comunidades en línea puede mejorar significativamente la satisfacción con el contacto social (Bradley & Poppen, 2003). En cuanto al uso de robots sociales, la evidencia sugiere efectos positivos en la interacción, la disminución del estrés y la reducción de la soledad (Pu et al. 2019).</p>	
Intervenciones indirectas (Son acciones que, aunque no tienen como objetivo principal reducir la soledad o el aislamiento, pueden influir en la percepción o experiencia de estos fenómenos)	Talleres educativos y actividades de ocio, con o sin un componente psicosocial. Un elemento psicosocial puede ser: práctica de habilidades sociales, fomento de interacción y desarrollo de redes sociales,	Actividades educativas y recreativas: Incluye todas las actividades dirigidas a la población mayor, enfocadas en aspectos educativos y recreativos, sin que necesariamente éstas aborden el sentimiento de soledad o aislamiento, aunque pueden estar orientadas a esta población al identificar al grupo beneficiario.	Por ejemplo, talleres de jardinería, arte, manualidades, cocina, yoga, y actividades de estimulación cognitiva, entre otras. Estas actividades se ofrecen en el contexto de beneficios recreativos y educativos, aunque también pueden favorecer la integración social y el desarrollo de habilidades prácticas que fomenten el bienestar emocional y físico de la población mayor.	Se ha demostrado que las actividades productivas, que incluyen la participación activa de la persona, son más efectivas en la reducción de la soledad y el aislamiento en comparación con actividades pasivas, como ver televisión o escuchar la radio. Un ejemplo de intervención involucró discusiones sobre arte visual, lo cual reportó una reducción significativa de la soledad (Wikström, (2002). Programas educativos enfocados en el mantenimiento y fortalecimiento de redes sociales pueden ser efectivos (Cohen-Mansfield y Perach, 2015).	Los elementos clave para el éxito incluyen: intervenciones grupales con un enfoque educativo o una función de apoyo específica, dirigidas a un grupo particular, involucramiento del participante, uso de servicios existentes, tener una base teórica sólida y el uso de tecnología (Centre for Policy on Ageing, 2014).
	Intervenciones de salud: Provisión de servicios de salud y cuidado social, que incluyen la promoción del envejecimiento activo y la actividad física.	Este tipo de intervenciones son realizadas por profesionales de la salud o del área social, en un contexto de programas de cuidado o áreas de personas mayores con foco en salud, principalmente en servicios comunitarios.	Se incluyen, por ejemplo, intervenciones con cuidadores capacitados, rehabilitación geriátrica y alianzas universidad-comunidad, donde estudiantes de enfermería visitan a personas mayores para apoyar su socialización. En el área de salud, también se incluyen actividades de promoción de la salud para la autonomía funcional, como el uso de ayudas técnicas.	Un estudio sobre SilverSneakers, un programa de acondicionamiento físico para personas mayores, encontró que la membresía aumentó directamente la actividad física y la salud autoevaluada, redujo directamente el aislamiento social y, de forma indirecta, disminuyó la soledad (Brady et al., 2020). Los resultados mostraron que aquellos que participaron en este tipo	Los elementos clave del programa incluyeron la formación de personas mayores comunitarios para actuar como "embajadores de salud" del proyecto; estos individuos vivían cerca de personas mayores "ocultas" y ayudaban a crear un sentido de vecindario y relaciones entre pares.

Dimensión de la intervención	Tipo de actividad	Objetivo	Descripción	Ejemplos de programas y evidencia	Algunos hallazgos de factores promotores
				de intervenciones eran 12 veces menos propensos a reportar aislamiento, especialmente en ambientes comunitarios, pero no en instituciones de cuidado. Además, un estudio sobre los "personas mayores ocultas" en Hong Kong (definidos como "personas mayores socialmente aisladas que rechazan la participación social") encontró que la participación en un programa de tai chi qigong mejoró la soledad (medida a través de la Escala de Soledad de De Jong Gierveld).	

Fuente: Elaboración del Observatorio del Envejecimiento UC-Confuturo, basada en la revisión de evidencia internacional, y en la distinción de tipologías e intervenciones propuestas por Garfiner, Geldenhuys y Gott (2018), así como por Marczak y colegas (2019). La evidencia proveniente de meta-análisis fue extraída de los trabajos de Fakoya, McCorry y Donnelly (2020), Morrish, Choudhury y Medina-Lara (2023), y de la National Academies of Sciences (2020). Para más detalles sobre los autores citados, ver sección de referencias.

En general, la evidencia sugiere que las intervenciones más efectivas son aquellas que integran múltiples dimensiones —emocional, cognitiva, social y física— y que son sensibles al contexto local, con una participación de las personas mayores en su diseño e implementación.

Experiencias desde la sociedad civil: Fundación Amanoz

En el contexto chileno, diversas organizaciones de la sociedad civil han desarrollado iniciativas orientadas a acompañar a personas mayores que experimentan soledad. Un caso ilustrativo es Fundación Amanoz, que ha evolucionado hacia modelos de intervención más complejos, combinando voluntariado, acompañamiento profesional y actividades socioeducativas.

Según Beatriz Urrutia, directora social de la fundación, actualmente se implementan tres modalidades de programas: **“un acompañamiento de voluntarios, donde estos se capacitan; un programa de intervención profesional para trabajar la autogestión de la soledad; y un programa de talleres y charlas para socio-educar a las personas mayores en distintas temáticas”**. Estas acciones se implementan principalmente con apoyo municipal o mediante fondos públicos concursables, lo que condiciona su continuidad. No obstante, el acompañamiento telefónico semanal se mantiene como modalidad permanente.

Una innovación relevante ha sido el enfoque en la autogestión de la soledad, mediante talleres que permiten a las personas salir de su hogar, aprender y compartir con otros en un espacio distinto al de clubes tradicionales. Esta modalidad ha sido particularmente

valorada por su capacidad de generar sentido y autonomía. Asimismo, se destaca el aporte del equipo profesional —psicólogas y trabajadores sociales— ya que muchas personas mayores **“valoran la posibilidad de hablar de temas más complejos, como salud mental o inquietudes personales, que no compartirían con un voluntario”**, como comenta la directora social.

Pese al valor del vínculo afectivo que puede establecerse con los voluntarios, desde la fundación se ha reflexionado sobre su complementariedad con otros mecanismos: **“sabemos lo importante que es incentivar a las personas mayores a que tomen acción frente a su situación de soledad. El voluntario puede convertirse en un amigo, pero también puede generar una sensación de dependencia”**. Por esta razón, se busca fortalecer la capacidad de las personas para afrontar la soledad por sí mismas y conocer los recursos a los que pueden acudir.

En los talleres, también se abordan temas como derechos, edadismo, autocuidado y salud mental. Un hallazgo interesante es la diferencia en la autopercepción de la soledad: **“muchas personas que asisten a talleres dicen “yo no me siento solo, me gusta estar solo”, mientras que las personas a las que visitamos en sus casas reconocen su sentimiento de soledad”**. Esto subraya la necesidad de metodologías sensibles a las distintas formas de vivir y nombrar la soledad.

La intervención estatal: Programa Vínculos

A nivel estatal, si bien actualmente no existen programas diseñados explícitamente para abordar la soledad no deseada, sí se cuenta con estrategias que inciden sobre el aislamiento social, especialmente en personas mayores en situación de vulnerabilidad. El principal ejemplo es el Programa Vínculos, implementado por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia en coordinación con SENAMA.

Juan Carlos Catalán, encargado nacional del programa, señala que éste aborda el aislamiento desde múltiples dimensiones: **“está pensado desde una intervención individual domiciliaria y con intervención grupal, lo que fomenta la reunión y asociatividad con pares”**. Además de talleres, se promueve el acceso a redes comunitarias y a dispositivos de seguridad vecinal, como alarmas comunitarias, lo que permite integrar a personas mayores que no cuentan con celular o redes familiares.

El enfoque metodológico del programa ha ido evolucionando para incorporar nuevas perspectivas, incluyendo el enfoque de género, de derechos y la atención centrada en la persona. Esto se traduce en un plan de desarrollo individual, construido junto a la persona mayor, en función de su historia de vida, intereses y metas personales. Como explica Juan Carlos Catalán, de SENAMA: **“hay personas cuyo interés, al inicio de la intervención, es no querer trabajar en nada grupal; puede que en el curso vaya cambiando. [...] Es todo dinámico, pero dentro del diseño metodológico está pensado este carácter individual”**.

Si bien el programa no ha sido diseñado explícitamente para abordar la soledad no deseada, sus componentes psicosociales podrían generar efectos en esa dimensión. Además, a través de su componente de asistencia técnica, SENAMA ha incorporado el tema en sus planes de formación. Durante la pandemia, se realizaron capacitaciones online sobre soledad no deseada en alianza con la Sociedad de Geriátría y Gerontología de Chile y Fundación Amanoz, entre otras, y actualmente el tema es demandado por los equipos locales: **“una de las gracias de diseñar el plan de capacitación [...] es que hacemos un levantamiento de necesidades de capacitación desde los propios equipos ejecutores”**, comenta Juan Carlos Catalán.

4.2 Estrategias internacionales frente a la soledad y el aislamiento social en personas mayores

A partir de las diferencias conceptuales y tipologías previamente expuestas, y considerando exclusivamente aquellas intervenciones orientadas a la soledad y el aislamiento social, se presenta a continuación un análisis de programas desarrollados a nivel internacional. Se abordan intervenciones que han sido evaluadas en términos de efectividad, diferenciando su nivel de acción —individual, grupal, comunitario o estructural— y discutiendo sus alcances, limitaciones y aprendizajes para el diseño de políticas públicas.

“Reconnections” – Worcestershire, Inglaterra

Una de las experiencias más emblemáticas en el abordaje de la soledad desde un enfoque personalizado fue el programa Reconnections, impulsado en Worcestershire, Inglaterra. Esta iniciativa, liderada por una organización sin fines de lucro en colaboración con voluntarios locales y organizaciones comunitarias, se enfocó en personas de 50 años o más que se encontraban solas o habían perdido sus vínculos sociales debido a experiencias como la jubilación, el duelo, una separación o problemas de salud.

El modelo de intervención proponía una “reconexión” (de ahí el nombre del programa) a través del diseño de un plan personalizado por parte de las organizaciones locales, el cual era implementado por un voluntario durante un período de entre seis y nueve meses. A través del vínculo sostenido con este voluntario, la persona comenzaba a integrarse gradualmente a actividades locales que se alineaban con sus intereses, fomentando así su reactivación social.

La evaluación del programa fue cualitativa e indicó buenos resultados, resaltando el aumento en la confianza y autoestima de los participantes y una reconexión por medio de la participación en actividades, tanto las que estaban dentro como fuera del programa. No obstante, los participantes consideraron que las actividades en las que eran invitados a participar estaban diseñadas para personas de su edad solamente, lo cual limitaba las opciones del contacto intergeneracional.

En suma, el programa posee una buena evaluación, destacando el aumento del autoestima y confianza en personas que se encontraban solas, esto por medio de un abordaje individual que se daba por parte del acompañamiento del voluntario y, también, mediante un abordaje social que era llevado a cabo por la participación en las actividades de la comunidad.

“Caminos: de la soledad a la participación” - Cataluña, España

En el contexto español, el programa Caminos: de la soledad a la participación, desarrollado por la Fundació Salut i Envel·liment en Cataluña, apostó por una estrategia coordinada entre centros de atención primaria y activos comunitarios del barrio. La intervención buscaba fortalecer el soporte social y disminuir la soledad en personas mayores usuarias del sistema de salud pública, mediante dos componentes clave: una fase de acción coordinada y un programa grupal.

Durante la primera etapa, se capacitó tanto a profesionales de atención primaria como a personas mayores activas de la comunidad, con el fin de convertirlas en agentes de sensibilización frente a la soledad y articuladoras de la intervención. Posteriormente, se implementaron 15 sesiones grupales dirigidas por estos actores, centradas en la discusión de experiencias de soledad, el fortalecimiento de recursos personales para afrontarla y la realización de actividades conjuntas.

La evaluación del programa incluyó un diseño cuantitativo con mediciones antes del inicio y dos años después de finalizada la intervención. Los resultados mostraron una disminución sostenida en todas las dimensiones de la soledad (emocional, social y general), una reducción de la sintomatología depresiva y un aumento de la participación social. Asimismo, se observó que una parte importante de los participantes mantuvo vínculos con otros miembros del grupo y continuó participando en actividades comunitarias.

En cuanto a la evaluación cualitativa, ésta indagó en los perfiles de los participantes del programa. Así, se lograron identificar las siguientes dos clasificaciones y sus respectivos perfiles:

El grupo estuvo principalmente por mujeres de bajo nivel educativo y generalmente viudas, cuya historia de vida se encuentra en el desempeño de tareas domésticas y de cuidado, quienes:

- No han participado previamente, personas separadas, divorciadas o viudas que dejaron de participar por problemas de salud, económicos o debido a desplazamientos.
- Según experiencias de soledad
- Soledad a causa de la viudez
- Soledad a causa de soltería y miedo a relacionarse con otros
- Soledad en compañía de otras personas

Ahora, pese a los resultados positivos del programa, hubo efectos más atenuados para las personas que experimentaron pérdidas de la funcionalidad física y para quienes provenían de niveles socioeconómicos bajos, lo cual se asociaba también con casos con bajo nivel educativo, poca autoconfianza y habilidades comunicativas. Esto indica que, si bien este tipo de intervenciones puede ser útil para hacerle frente a la soledad, también hay aspectos estructurales que agregan complejidad al fenómeno.

Ensayo clínico en atención primaria - Barcelona, España

Otra iniciativa relevante en el abordaje de la soledad desde el ámbito de la atención primaria es el ensayo clínico desarrollado en un centro de salud del centro de Barcelona. Este estudio piloto reunió a 29 personas mayores de 65 años con niveles moderados o severos de soledad —según la escala UCLA— y autonomía funcional moderada (según Barthel), quienes participaron en 18 sesiones distribuidas a lo largo de seis meses.

Se realizó un ensayo clínico en un centro de atención primaria en el centro de Barcelona, cuyo objetivo era enfrentar la soledad en persona por medio de una serie de actividades relativas al bienestar, la salud mental y la vida en comunidad. Para dicho ensayo se reclutaron a pacientes de dicho centro asistencial que cumplieran con los requisitos de tener 65 años o más, cuya soledad fuera calificada como moderada o severa según la escala UCLA y con una autonomía moderada según el índice de Barthel.

Se seleccionaron un total de 29 participantes, a los cuales se le realizaron 18 sesiones en 6 meses. En las sesiones realizaron actividades relacionadas a los siguientes tópicos:

1. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad
2. Actividades para mejorar el estado mental y emocional
3. Actividades para crear una red social entre los participantes, aprender sobre los recursos comunitarios y crear espacios comunes

La evaluación de la intervención se realizó de forma cuantitativa, realizando mediciones previas y después al ensayo clínico y teniendo como referencia a un grupo de control que no fue considerado para las sesiones. Los resultados de la evaluación indican que quienes fueron parte del estudio clínico redujeron su soledad percibida, mientras que el grupo de control se mantuvo como estaba. Además, el grupo de tratamiento presentó mayores niveles de apoyo social, una disminución en la sintomatología depresiva y una mejor percepción de la salud mental en general.

Pese a estos resultados, los investigadores a cargo del estudio indican que el efecto estimado de la intervención solo se pudo demostrar a personas con una soledad moderada y no severa, lo cual se puede deber al tamaño de la muestra. También, sugieren que una estrategia personalizada puede ser más apropiada para personas con soledad severa. Esto puede ir en línea con lo que señala Coll-Planas et al. (2021), quien indica que las personas con una soledad más severa pueden presentar mayores niveles de soledad

emocional. Esto sugiere que para futuros programas o intervenciones es necesario considerar los tipos de soledad, es decir, emocional o social, para adecuar la intervención.

Reflexiones para el diseño de políticas públicas desde la revisión internacional:

Las experiencias revisadas permiten identificar elementos clave para el desarrollo de políticas públicas orientadas a abordar la soledad y el aislamiento social en la vejez. Por una parte, se confirma la importancia del componente relacional —ya sea en la forma de un voluntario acompañante o de espacios grupales sostenidos— como eje transformador de la experiencia de soledad. Por otra, se reconoce que los resultados de las intervenciones pueden estar condicionados por factores estructurales, como el nivel socioeconómico, educativo o la capacidad funcional, lo que exige enfoques más integrales.

Asimismo, estas iniciativas evidencian la relevancia de la articulación intersectorial y comunitaria, especialmente desde los sistemas de salud primaria, así como la necesidad de adaptar las intervenciones a los distintos tipos de soledad (emocional o social) y a los perfiles heterogéneos de las personas mayores. Lecciones como estas son fundamentales para orientar futuras estrategias nacionales y locales que promuevan el bienestar y la participación social en las distintas etapas del envejecimiento.

4.3 Conclusiones y recomendaciones finales para el diseño e implementación de intervenciones efectivas

Las intervenciones dirigidas a reducir el aislamiento social y la soledad en personas mayores deben incorporar ciertas características clave que han demostrado ser efectivas, tanto en la evidencia nacional como internacional. Este cierre sintetiza dichos elementos, enriquecidos con las reflexiones de tres especialistas en la materia.

Uno de los principios transversales más relevantes es la adaptabilidad (Gardiner et al., 2018). La experiencia muestra que las intervenciones más exitosas son aquellas que logran ajustarse a las realidades particulares de las comunidades y de las personas mayores, considerando factores geográficos, culturales y relacionales. Como afirma Juan Carlos Catalán, **“no se trata solo de acompañar, sino de generar una conexión que permita detectar señales tempranas de posibles riesgos, tanto en términos de salud como de bienestar emocional”**. En este sentido, destaca el rol de los monitores locales, quienes —más allá de cumplir funciones administrativas— construyen vínculos de confianza que les permiten identificar cambios en el estado de ánimo, rutinas o condiciones del hogar, elementos que pueden anticipar situaciones de mayor vulnerabilidad.

Beatriz Urrutia coincide en que lograr esta adaptabilidad requiere una articulación real entre los niveles centrales y locales. A modo de ejemplo, plantea: **“desde el EMPAM se podría derivar a las personas mayores al CESFAM, y si existiera algún programa**

relacionado con la soledad, se podría canalizar desde lo local, identificando redes de apoyo comunitarias". Para que esto funcione, recalca, se requiere presupuesto central, directrices técnicas claras y una detección territorial oportuna: **"sin detección en el nivel local, el diagnóstico es inviable"**.

Una posible estrategia para robustecer esta capacidad de diagnóstico es la creación de observatorios territoriales, como los Observatorios de la Soledad en España, que podrían servir de modelo para desarrollar capacidades locales de monitoreo en Chile.

La adaptabilidad también exige una lectura atenta del contexto nacional y de sus brechas. **"Uno de nuestros principales desafíos es ampliar la cobertura. El acompañamiento telefónico ha sido útil, pero llegar a zonas aisladas sigue siendo difícil por problemas de conectividad. Una posible solución podría ser acceder a fondos regionales"**, agrega Beatriz Urrutia, subrayando la necesidad de mecanismos de financiamiento más descentralizados y sensibles a las desigualdades territoriales.

Este enfoque cobra aún más relevancia cuando se considera el aislamiento social, entendido como un fenómeno anclado en lo comunitario. **"En los territorios, incluso en los barrios, este es un tema de la comunidad cercana. Desde la pandemia ha habido más solidaridad entre vecinos, quienes ayudan con las compras o el retiro de medicamentos. Estas prácticas deberían mantenerse, pero para eso es fundamental mapear correctamente a esta población, partiendo desde lo micro"**, señala la Directora Social de Fundación Amanoz, Beatriz Urrutia. En este punto, un catastro detallado y actualizado se vuelve esencial.

En este marco, el Programa Vínculos constituye un ejemplo ilustrativo de cómo una política con directrices nacionales puede acoplarse a las realidades locales y evolucionar con ellas. Como explica el encargado nacional del programa, Juan Carlos Catalán: **"Cuando se creó [el programa], el concepto de soledad no deseada no existía. El foco estaba en personas solas (sin compañía), en situación de pobreza y vulnerabilidad, sin acceso a bienes y servicios. Con el tiempo, el programa fue incluyendo a personas mayores que vivían con otra persona, pero que seguían enfrentando barreras de acceso. Inicialmente se trataba de garantizar condiciones básicas, como tener cédula de identidad, acceso al PACAM o al programa de alfabetización. Era una respuesta a necesidades muy urgentes"**.

Si bien el diseño original del programa no contemplaba explícitamente el abordaje de la soledad no deseada, esta temática ha comenzado a integrarse a través del componente de asistencia técnica. **"Tenemos un plan nacional y regional de capacitación. Desde la pandemia, hemos abordado la soledad no deseada en ciclos de formación online, incluso en colaboración con la Sociedad de Geriátrica y Gerontología de Chile. Las capacitaciones responden a necesidades levantadas directamente por los equipos en terreno"**, indican desde SENAMA. De este modo, la capacitación se consolida como un canal estratégico para incorporar nuevas problemáticas al quehacer institucional, incluso

cuando no están formalmente integradas al diseño programático.

Para ello, resulta fundamental contar con procesos formativos robustos, que no solo entreguen herramientas técnicas, sino también relacionales, acordes con los cambios culturales y sociales contemporáneos asociados a conceptos como la soledad y el aislamiento. Como advierte Catalán, **“La capacitación es clave, pero también lo es la articulación con otras iniciativas y la capacidad de adaptar los programas a realidades cambiantes. La sociedad ha cambiado, y con ello, también deben hacerlo nuestras estrategias”**. Este diagnóstico puede permear la forma en que se diseñan las estrategias para el abordaje de ambos fenómenos.

Otro aspecto clave a considerar es el uso de tecnologías, que si bien pueden ampliar la cobertura de iniciativas, no deben asumirse como soluciones universalmente efectivas. Soledad Herrera advierte: **“durante la pandemia, el uso de tecnología protegió contra el aislamiento, pero no contra el sentimiento de soledad. Incluso puede aumentar la ansiedad, por la constante búsqueda de información y exposición a contenidos negativos. La literatura muestra que, en general, este uso aporta poco [al abordaje de la soledad]. Incluso puede ser negativo”**.

Esto pone en evidencia la necesidad de una evaluación crítica del rol de las tecnologías, sobre todo en contextos donde la digitalización, sea este medido como acceso y uso efectivo, muestran disparidades a nivel nacional.

Una segunda dimensión estructural tiene que ver con la detección temprana de personas en riesgo. La OMS (2021) ha señalado la importancia de contar con “servicios conectores”, como centros de salud y servicios sociales, capaces de pesquisar situaciones de soledad y aislamiento. Para ello, se requiere incorporar instrumentos específicos en las evaluaciones de salud. **“En el EMPAM u otras evaluaciones, debería incluirse una valoración de la soledad, ya que es un factor de riesgo. Si se pesquisa en una etapa temprana, se podría intervenir antes de que derive en depresión”**, señala Beatriz Urrutia.

La ausencia de instrumentos adecuados de medición es una limitante clave. La OMS ha llamado a desarrollar herramientas validadas interculturalmente, que permitan distinguir entre aislamiento social y soledad, y generar datos comparables. **“No tenemos un catastro claro de cuántas personas se sienten realmente solas; la única referencia es la Encuesta de Calidad de Vida UC. Ni el censo ni otras encuestas lo incluyen. Antes de plantear políticas públicas, debemos conocer la magnitud del problema”**, añade la directora social de Fundación Amanoz.

Finalmente, un aspecto crucial es la generación de evidencia local. **“La mayor parte del conocimiento disponible proviene de estudios en otros países, cuyos contextos no siempre son comparables. Necesitamos estudios nacionales que permitan fundamentar las intervenciones. Las fundaciones hacemos esfuerzos por medir en terreno, pero no es nuestro rol principal”**, señala Beatriz Urrutia.

Además, aún hay escasa investigación sobre la diversidad del fenómeno, como las dimensiones emocional y social de la soledad —por ejemplo, las abordadas en la escala de De Jong Gierveld—, o sobre la soledad deseada, tema prácticamente ausente en la literatura internacional. Como explica Beatriz Urrutia: ***“hay una soledad no deseada que es dañina, porque no se cumplen nuestras expectativas respecto a los vínculos y afectos. Pero también hay una soledad buscada. Hay personas mayores que disfrutan de actividades grupales, y otras que prefieren esta etapa con mayor introspección. La población mayor es muy heterogénea”***.

Como reflexión final, es importante subrayar que soledad y aislamiento social no son sinónimos, y que su abordaje exige intervenciones diferenciadas, sensibles a los contextos individuales y colectivos. Como concluye Soledad Herrera: ***“Si la soledad fuera simplemente la falta de redes, podríamos solucionarlo con programas de participación. Pero las intervenciones en soledad son más complejas.”***

En síntesis, el diseño e implementación de intervenciones orientadas a mitigar la soledad y el aislamiento social en personas mayores requiere una aproximación integral, informada por evidencia, sensible a las especificidades territoriales y sostenida por una institucionalidad articulada y flexible. La eficacia de estas iniciativas dependerá de su capacidad para reconocer la complejidad multidimensional del fenómeno, superar enfoques unidimensionales y responder a los cambios sociodemográficos y culturales que configuran las trayectorias del envejecimiento. En este sentido, resulta indispensable avanzar hacia políticas públicas que no solo multipliquen acciones, sino que promuevan sistemas de intervención intersectoriales, con mecanismos de evaluación, formación continua y generación de conocimiento local. Abordar la soledad y el aislamiento social no puede entenderse únicamente como una tarea programática, sino como una expresión del compromiso del Estado y la sociedad en su conjunto con el bienestar, la autonomía y la inclusión plena de las personas mayores.

Referencias

Barreto, M., Victor, C., Hammond, C., Eccles, A., Richins, M. T., & Qualter, P. (2021). Loneliness around the world: Age, gender, and cultural differences in loneliness. *Personality and Individual Differences*, 169, 110066.

Beeson, R. A. (2003). Loneliness and depression in spousal caregivers of those with Alzheimer's disease versus non-caregiving spouses. *Archives of Psychiatric Nursing*, 17(3), 135-143. [https://doi.org/10.1016/s0883-9417\(03\)00057-8](https://doi.org/10.1016/s0883-9417(03)00057-8)

Carrasco, M., Fernández, M., Alexander, E., & Herrera, M. (2021). Loneliness in Older Chilean People: Importance of Family Dysfunction and Depression. *International Journal Of Mental Health Promotion*, 23(1), 99-109. <https://doi.org/10.32604/ijmhp.2021.011568>

Dahlberg, L., Andersson, L., McKee, K. J., & Lennartsson, C. (2015). Predictors of loneliness among older women and men in Sweden: A national longitudinal study. *Aging & Mental Health*, 19(5), 409-417.

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, 582-598. <https://doi.org/10.1177/0164027506289723>

Fischer, C. S., & Beresford, L. (2015). Changes in support networks in late middle age: The extension of gender and educational differences. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 70(1), 123-131. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbu057>

Gallardo-Peralta, L., Sánchez-Moreno, E., Rodríguez-Rodríguez, V., Higuera, A. S., Angulo, J. T., & Galvez, L. V. (2023). Prevalencia de la soledad en las personas mayores que viven en zonas rurales. Diferencias por grupos étnicos y variables predictivas. *Revista médica de Chile*, 151(8), 1010-1018.

Harris, R. A., Qualter, P., & Robinson, S. J. (2013). Loneliness trajectories from middle childhood to pre-adolescence: Impact on perceived health and sleep disturbance. *Journal of Adolescence*, 36, 1295-1304. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2012.12.009>

Hawkley, L. C., Buecker, S., Kaiser, T., & Luhmann, M. (2022). Loneliness from young adulthood to old age: Explaining age differences in loneliness. *International Journal of Behavioral Development*, 46(1), 39-49. <https://doi.org/10.1177/0165025420971048>

Herrera, M.S y Elgueta R. (2025). Perfil de las personas mayores viviendo solas en Chile y relación con aislamiento y soledad. En Gallardo, L. y Rodriguez, V. (Eds) Soledad y envejecimiento. Experiencias en España y América Latina (pp.119-139). Editorial Tirant Lo Blanch.

Holt-Lunstad, J., & Steptoe, A. (2022). Social isolation: An underappreciated determinant of physical health. *Current Opinion in Psychology*, 43, 232–237. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.07.012>

Luhmann, M., & Hawkley, L. C. (2016). Age differences in loneliness from late adolescence to oldest old age. *Developmental Psychology*, 52(6), 943–959. <https://doi.org/10.1037/dev0000117>

Mund, M., Freuding, M. M., Möbius, K., Horn, N., & Neyer, F. J. (2020). The stability and change of loneliness across the life span: A meta-analysis of longitudinal studies. *Personality and Social Psychology Review*, 24(1), 24–52. <https://doi.org/10.1177/1088868319850738>

National Academies of Sciences, Medicine, Division of Behavioral, Medicine Division, Board on Behavioral, Sensory Sciences, ... & Loneliness in Older Adults. (2020). *Social isolation and loneliness in older adults: Opportunities for the health care system*. National Academies Press.

Organización Mundial de la Salud. (2023). Loneliness and social isolation are health risks [l i n f o r a f í a] . <https://www.who.int/multi-media/details/loneliness-and-social-isolation-are-health-risks>

Organización Mundial de la Salud. (2021). Social isolation and loneliness among older people: Advocacy brief. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240030749>

Peplau, L. A., & Perlman, D. (1982). *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and practice*. New York: Wiley.

Qualter, P., Vanhalst, J., Harris, R., van Roekel, E., Lodder, G., Bangee, M., ... & Verhagen, M. (2015). Loneliness across the life span. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 250–264. <https://doi.org/10.1177/1745691615568999>

Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66, 20–40. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6601_2

Schnittker, J. (2007). Look (closely) at all the lonely people: Age and the social psychology of social support. *Journal of Aging and Health*, 19(4), 659–682. <https://doi.org/10.1177/0898264307301178>

Spitzer, N., Segel-Karpas, D., & Palgi, Y. (2022). Close social relationships and loneliness: The role of subjective age. *International Psychogeriatrics*, 34(7), 651–655.

Taylor, H. O. (2020). Social isolation's influence on loneliness among older adults. *Clinical*

Social Work Journal, 48(1), 140–151. <https://doi.org/10.1007/s10615-019-00737-9>

Valtorta, N., & Hanratty, B. (2012). Loneliness, isolation and the health of older adults: Do we need a new research agenda? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 105(12), 518–522.

Victor, C. R., & Bowling, A. (2012). A longitudinal analysis of loneliness among older people in Great Britain. *The Journal of Psychology*, 146(3), 313–331. <https://doi.org/10.1080/00223980.2011.609572>

Victor, C. R., Scambler, S. J., Bowling, A., & Bond, J. (2005). The prevalence of, and risk factors for, loneliness in later life: A survey of older people in Great Britain. *Ageing & Society*, 25(3), 357–375. <https://doi.org/10.1017/S0144686X04003332>

Weiss, R. (1975). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. MIT press.

Wrzus, C., Hänel, M., Wagner, J., & Neyer, F. J. (2013). Social network changes and life events across the life span: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 139(1), 53–80. <https://doi.org/10.1037/a0028601>

Yang, K., & Victor, C. (2011). Age and loneliness in 25 European nations. *Ageing & Society*, 31(8), 1368–1388.

Yang, K., & Victor, C. R. (2008). The prevalence of and risk factors for loneliness among older people in China. *Ageing & Society*, 28(3), 305–327. <https://doi.org/10.1017/S0144686X07006848>

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>

Observatorio del Envejecimiento UC para un Chile con Futuro

Reporte “Soledad no Deseada y Aislamiento Social en la Vejez: Prevalencia, Factores de Riesgo y Estrategias de Acción”

Investigadores

Valentina Jorquera Samter

Asistentes de Investigación

Ricardo León Córdova

Comité Académico Asesor

Macarena Rojas Gutiérrez

M. Soledad Herrera Ponce

Sara Caro Puga

Ignacio Cabib

Edición Lingüística

Macarena Pye

Asistentes de edición

Dirección de arte agencia Dale Publicidad

Agradecimientos y Colaboración

Fundación Amanoz

Dominique Jana Hoebel

Centro UC
Estudios de Vejez
y Envejecimiento

El Observatorio del Envejecimiento UC-Confuturo es una iniciativa desarrollada por el Centro UC Estudios de Vejez y Envejecimiento y la Compañía de Seguros Confuturo.

Por favor cite este reporte así:

Observatorio del Envejecimiento (2025). Soledad no Deseada y Aislamiento Social en la Vejez: Prevalencia, Factores de Riesgo y Estrategias de Acción. Año 6, v37. Centro de Estudios de Vejez y Envejecimiento de la Pontificia Universidad Católica de Chile y Compañía de Seguros Confuturo.