



SOLEDAD NO DESEADA EN CUIDADORES FAMILIARES DE PERSONAS CON DEMENCIA RESIDENTES EN CENTROS SOCIOSANITARIOS

Autor: Francesca Monika Gherghina Nagy

Tutor: Laura Gallego-Alberto

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Madrid

Mayo de 2026

RESUMEN

En España, la prevalencia de la demencia varía entre el 5,5% y el 9,4%. Debido al declive de la enfermedad, es habitual que la persona requiera asistencia, surgiendo el rol de cuidador informal, los cuales tienden a reportar un menor bienestar subjetivo y mayores síntomas de depresión y ansiedad.

La soledad no deseada es uno de los factores que más afectan a la salud mental de los cuidadores informales, estando presente en más del 40% de ellos. Sin embargo, la evidencia científica disponible sobre la soledad en familiares de personas con demencia que viven en residencias, todavía es escasa.

Este estudio tuvo como objetivo analizar la presencia de soledad no deseada en cuidadores de personas con demencia institucionalizadas, su relación con síntomas como la depresión y la ansiedad, y las posibles diferencias según género y parentesco. Para ello, se empleó un diseño cuantitativo y correlacional con una muestra de 20 cuidadores de centros privados de Madrid. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Soledad UCLA-3, el CES-D y la subescala de Tensión del POMS.

Los resultados mostraron que el 57.9% de los cuidadores presentó algún grado de soledad no deseada, con puntuaciones predominantemente bajas (3–6). Se observó una tendencia moderada con la depresión ($r_s = .424$) y el 31.6% de la muestra superó el umbral clínico del CES-D (≥ 16). La asociación con la sintomatología ansiosa fue pequeña y no significativa ($r_s = .223$, $p = .358$). Respecto a las diferencias por género, no se hallaron diferencias significativas, aunque los hombres mostraron una tendencia a mayor soledad. Los cónyuges presentaron mayores niveles de soledad, depresión y ansiedad que los hijos/as en todos los indicadores evaluados, pero sin alcanzar niveles significativos.

Los resultados sugieren que la soledad tras la institucionalización parece ser un fenómeno clínicamente relevante en la población de cuidadores de personas con demencia institucionalizadas, aunque los resultados deben interpretarse con cautela debido al tamaño muestral. Los resultados apuntan a la importancia de considerar implementar protocolos de detección del malestar emocional en los familiares desde el momento del ingreso, así como de desarrollar intervenciones psicológicas específicas para abordar la experiencia de soledad.

Palabras clave: soledad no deseada, cuidadores informales, demencia, institucionalización, centros sociosanitarios, cónyuges, malestar psicológico.

ABSTRACT

In Spain, the prevalence of dementia ranges between 5.5% and 9.4%. As the disease progresses, individuals typically require assistance, giving rise to the role of informal caregiver, a role associated with lower subjective well-being and increased levels of depression and anxiety.

Loneliness is one of the factors most strongly associated with poor mental health among informal caregivers, affecting more than 40% of them. However, scientific evidence on loneliness specifically in family caregivers of people with dementia living in residential care remains scarce.

This study aimed to analyze the presence of loneliness in caregivers of institutionalized people with dementia, its relationship with symptoms such as depression and anxiety, and possible differences according to gender and family relationship. A quantitative, correlational design was used with a sample of 20 caregivers from private care centers in Madrid. The instruments used were the UCLA Loneliness Scale-3, the CES-D, and the Tension subscale of the POMS.

Results showed that 57.9% of caregivers experienced some degree of loneliness, with predominantly low scores (3–6). A moderate trend was observed between loneliness and depression ($r_s = .424$), and 31.6% of the sample exceeded the clinical threshold of the CES-D (≥ 16). The association between loneliness and anxiety symptoms was small and non-significant ($r_s = .223$, $p = .358$). Regarding gender, no statistically significant differences were found, although men tended to score higher on loneliness. Spousal caregivers showed higher levels of loneliness, depression, and anxiety than adult children across all indicators assessed, also without reaching statistical significance.

The results suggest that loneliness following institutionalization appears to be a clinically relevant phenomenon among the population of caregivers of people with dementia who are institutionalized, although the results should be interpreted with caution due to the sample size. The results point to the importance of considering the implementation of protocols for detecting emotional distress in family members from the moment of admission, as well as developing specific psychological interventions to address the experience of loneliness.

Keywords: loneliness, informal caregivers, dementia, institutionalization, residential care, spousal caregivers, psychological distress.

ÍNDICE

Apartado	Pág.
1.- Fundamentación: contexto, marco teórico y objetivos	5
1.1.- Definición y prevalencia de las demencias	5
1.1.1.- Definición	5
1.1.2.- Prevalencia	5
1.2.- Contextualización del problema y fundamentación	6
1.3.- La transición a centros sociosanitarios	7
1.3.1.- Adaptación tras el ingreso en un centro sociosanitario	8
1.4.- Soledad no Deseada (SND): Definición y factores asociados	9
1.5.- Soledad no Deseada en el Cuidador Informal	10
1.5.1.- Soledad tras el ingreso en un centro sociosanitario	12
2.- Objetivos, pregunta de investigación e hipótesis	13
2.1.- Objetivos específicos	13
2.2.- Hipótesis	14
3.- Metodología	14
3.1.- Diseño del estudio	14
3.2.- Población y muestra	14
3.3.- Instrumentos de recogida de datos	15
3.4.- Procedimiento	16
3.5.- Análisis de datos	17
4.- Resultados	17
4.1.- Características sociodemográficas de los cuidadores	17
4.2.- Prevalencia de la soledad no deseada en cuidadores familiares	18
4.3.- Relación entre la soledad no deseada y el malestar psicológico	19
4.4.- Diferencias en soledad no deseada en función del género	20
4.5.- Diferencias en soledad no deseada en función del parentesco	21
4.6.- Diferencias en malestar psicológico y horas de visita según parentesco ..	21
5.- Discusión	22
5.1.- Limitaciones	25
5.2.- Implicaciones Clínicas	27
5.3.- Conclusiones	28
6.- Referencias bibliográficas	30
7.- Anexos	36

1.- FUNDAMENTACIÓN: CONTEXTO, MARCO TEÓRICO Y OBJETIVOS

1.1.- Definición y prevalencia de las demencias.

1.1.1.- Definición

La demencia (o Trastorno Neurocognitivo Mayor) es un síndrome causado por una enfermedad cerebral, caracterizado por un deterioro adquirido de funciones corticales superiores (Ministerio de Sanidad, 2024). Este deterioro afecta a múltiples dominios cognitivos, como la atención, la función ejecutiva, el aprendizaje y la memoria, el lenguaje, la habilidad perceptual motora o la cognición social (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2022). Estos déficits cognitivos interfieren de manera significativa con la autonomía del individuo en las actividades de la vida diaria, de manera que la persona necesita asistencia, al menos, en las actividades más complejas, como la gestión económica o tomar correctamente la medicación (APA, 2022). Además, estos síntomas no forman parte del proceso normal de envejecimiento, ni se explican por la presencia de un delirium y tampoco pueden explicarse mejor por otros trastornos mentales (APA, 2022).

1.1.2.- Prevalencia

Se estima que, en el año 2021, aproximadamente 57 millones de personas vivían con demencia a nivel global, y se reportaban alrededor de diez millones de casos nuevos al año (OMS, 2023). En cuanto a su etiología, la enfermedad de Alzheimer se mantiene como la forma más común, representando entre el 60% y el 70% de los diagnósticos totales (OMS, 2023). La prevalencia de la demencia aumenta de manera significativa con la edad y varía según la etiología. En personas mayores de 65 años la prevalencia se sitúa aproximadamente entre el 1–2%, mientras que puede alcanzar hasta el 30% en edades más avanzadas, como a los 85 años (APA, 2022). En España, en personas mayores de 65 años la prevalencia varía entre el 5,5% y el 5,8% y en personas mayores de 70 años, la prevalencia aumenta significativamente, oscilando entre el 8,5% y el 9,4% (Garre-Olmo, 2018).

Debido a su elevada prevalencia, la demencia representa un importante problema de salud pública. Actualmente se trata de la séptima causa de defunción y una de las principales causas de discapacidad y dependencia en personas mayores a nivel global (OMS, 2023). En 2019, el costo global asociado a la demencia alcanzó los 1,3 billones de dólares, de los cuales un 50% es asumido por los cuidadores informales, los cuales, además dedican de media cinco horas diarias a las tareas de cuidado y atención (OMS, 2023).

1.2.- Contextualización del problema y fundamentación

Debido al declive y afectación de las diferentes capacidades cognitivas de las personas con demencia, es habitual que en algún punto de la enfermedad la persona requiera asistencia para la realización de actividades cotidianas, como el aseo personal, vestirse o comer. Dicha asistencia suele recaer en el entorno cercano, donde un familiar asume el rol de cuidador informal, debido a que la mayor parte de los cuidados se prestan en el propio domicilio (Pérez Lancho y de la Vega-Hazas Monje, 2023), lo que, junto con el aumento global de diagnósticos de demencia, ha convertido al cuidador familiar en un pilar fundamental, tanto para la persona con demencia, como para el sistema sociosanitario (Parra-Rizo y Sanchís-Soler, 2021). Asumir el papel de cuidador informal supone una serie de cambios, que afectan a la carga y calidad de vida del cuidador, ya que debe afrontar de manera constante nuevos tipos de tareas, que suponen un alto impacto físico, psicológico y social (Garre-Olmo et al., 2000).

En general, la literatura ha mostrado que los cuidadores suelen reportar un menor bienestar subjetivo, mayores síntomas de depresión y ansiedad, respecto a la población no cuidadora (Aravena et al., 2016). En este sentido, modelos integradores explican que los cuidadores pueden desarrollar un estado de alerta constante, lo cual genera una hiperactivación fisiológica y diversos trastornos del sueño, lo que puede favorecer a la aparición de sentimientos negativos como la culpa, la ambivalencia y un marcado aislamiento social (Losada Baltar et al., 2017). Asimismo, esta sobrecarga frecuente conlleva una disminución del tiempo que se dedican a sí mismos, actividades de ocio y tiempo libre o en relacionarse con otros, lo cual acaba generando un retraimiento social e insatisfacción vital en la persona cuidadora (Pérez Lancho y de la Vega-Hazas Monje, 2023).

Debido al carácter neurodegenerativo de la demencia, estas consecuencias no son puntuales, sino que tienden a acumularse y agravarse con el tiempo (Aravena et al., 2016), lo cual puede derivar en el Síndrome del Cuidador Quemado (Burnout) caracterizado por tener repercusiones en distintas esferas del individuo, como la física, la psíquica o la sociofamiliar, dándose un conjunto de síntomas como la ansiedad, estrés, depresión, insomnio, irritabilidad, problemas para concentrarse y sensación de cansancio o agotamiento constante (Sánchez Gil y Fontalba Navas, 2017). A este agotamiento emocional, se le suma un deterioro físico real, ya que el esfuerzo físico continuado y la falta de medios o formación adecuada aumenta la probabilidad de sufrir lesiones óseas y musculares, cefaleas, problemas cardíacos y de

hipertensión, fatiga y dolor crónico, etc. (Espín Andrade, 2008). En este sentido, el papel de cuidador produce una sobrecarga sobre la persona que ejerce los cuidados, la cual viene determinada por diversos motivos. Entre ellos, encontramos las largas jornadas que dedican a los cuidados del familiar, las cuales pueden llegar a las 56 horas semanales, a lo cual se une la falta de conocimientos sobre la enfermedad y de técnicas para la manipulación física del familiar, lo cual incrementa el riesgo de lesiones (Parra-Rizo y Sanchís-Soler, 2021). Debido a estos síntomas y las exigencias, cada vez más crecientes, a medida que avanza la enfermedad, muchas personas consideran el hecho de llevar a cabo una transición de la persona a un centro sociosanitario, o residencia (Aravena et al., 2016).

1.3.- La transición a centros sociosanitarios

La transición a centros sociosanitarios (comúnmente conocidos como residencias de personas mayores) es un proceso dinámico y complejo que se produce cuando el cuidador informal llega a un punto de inflexión, donde su calidad de vida se está viendo profundamente afectada (Aravena et al., 2016). Existen factores contextuales que pueden alterar el proceso de toma de esta decisión. Existen eventos precipitantes, como una caída, una rotura de algún hueso o una hospitalización que pueden hacer que la familia tenga que tomar una decisión de forma anticipada y tener que ingresar al familiar en una residencia. Así mismo, otros factores como la falta de apoyo formal, como por ejemplo los centros de día, también afectan a esta decisión, ya que dificulta mantener el cuidado en casa y precipitan la decisión del ingreso (Caron et al., 2006). Según Caron et al. (2006) se encuentra influenciada, principalmente, por tres elementos clave:

- La autopercepción de la capacidad de cuidar: se refiere a la idea que tiene el cuidador sobre su propia capacidad de cuidar, y no tiene que ver con el nivel de estrés o la carga que afronta el cuidador (Caron et al., 2006). De esta manera, la idea del ingreso suele generar sentimientos de culpa, relacionados con la idea que tiene el cuidador sobre el ideal de cuidado o “lo que debería hacer”, distorsionar su autovaloración independientemente de sus condiciones reales (Pinazo-Hernandis y Arregi-Amas, 2024).

- La percepción de las capacidades de la persona con demencia: se refiere a la percepción que tienen los cuidadores sobre la capacidad que tiene la persona con demencia sobre tomar decisiones por sí mismo. En este caso, existe una zona ambivalente, en la que la persona con demencia tiene la capacidad de elegir cosas simples, pero es incapaz de tomar decisiones complejas. Además, también puede generar confusión si la persona con demencia

sobreestima sus propias habilidades para tomar decisiones y se niega a recibir ayuda (Caron et al., 2006).

- Interacciones con profesionales: Las interacciones (positivas o negativas) que tienen los familiares con los profesionales del centro residencial. Por un lado, si el profesional valida la decisión de ingresar al familiar con demencia, alivia mucho la culpa del cuidador, pero si los profesionales y la familia no están de acuerdo con la gravedad de la persona con demencia aumenta la frustración y la carga del cuidador (Caron et al., 2006). Al respecto, los estudios señalan que el maltrato físico o psicológico hacia el residente no es un evento aislado, en cuyo caso, no solo degrada la calidad del cuidado recibido, sino que elimina el alivio esperado por la familia, surgiendo una nueva fuente de estrés y vigilancia constante (Pillemer y Moore, 1989). De hecho, se ha demostrado que una mejor calidad de la comunicación entre profesionales y cuidadores reduce significativamente los conflictos diarios (Pillemer et al., 2003).

Añadido a todo esto, la experiencia de cuidar y decidir el ingreso en residencia de una persona con demencia se encuentra muy alterada según el contexto cultural. En este sentido, se percibe una variabilidad en los resultados, según el contexto en el que se han llevado a cabo, como Perú, China o Rusia (Aravena et al., 2016). Esto se debe a que el concepto de responsabilidad hacia el familiar varía en las distintas sociedades, lo cual afecta directamente a la percepción de los cuidadores, de manera que en culturas no anglosajonas se suele percibir mayores niveles de satisfacción y realización personal al cumplir con estas responsabilidades (Scharlach et al., 2006). Esto implica que la idea de ser un buen familiar o la responsabilidad asociada al cuidado, varían en las distintas sociedades y afecta directamente a la percepción de los cuidadores.

1.3.1.- Adaptación tras el ingreso en un centro sociosanitario

La decisión sobre el ingreso de un familiar con demencia en un centro sociosanitario no representa el final de las responsabilidades del cuidador, sino una transformación del rol. Los familiares pasan de una atención directa, a una tarea de supervisión y cuidado del bienestar de su familiar ante el personal del centro, a través de las visitas frecuentes, apoyo social o ayuda en actividades diarias (Gaugler et al., 2007).

En términos generales, el ingreso en una institución supone un alivio significativo, ya que la carga de las tareas más pesadas se ve reducida (Gaugler et al., 2007; Holton et al., 2023). En este sentido, se observan descensos significativos en el sentimiento de carga y ansiedad en los meses posteriores al ingreso, llegando en algunos casos a situarse por debajo del umbral clínico entre los 6 y 12 meses. Sin embargo, este alivio no supone la eliminación total del malestar, más bien lo transforma (Gaugler et al., 2009). De hecho, no existen diferencias significativas en los niveles de ansiedad o depresión antes y después del ingreso, lo que sugiere una persistencia del estrés del cuidado, aunque en una forma distinta (Sánchez-Izquierdo Alonso et al., 2017). Relativo a esto, el 84% de los cuidadores reportaron sentimientos negativos tras el ingreso (Sánchez-Izquierdo Alonso et al., 2017), entre las que destacan emociones como el dolor, la tristeza y la culpa (Sánchez-Izquierdo Alonso et al., 2017). Además, surgen nuevas fuentes de malestar, relacionadas con la adaptación al entorno sociosanitario, como la insatisfacción con la atención percibida o los conflictos en torno a la organización del cuidado (Gaugler et al., 2009), así como cuestiones administrativas o económicas que aumentan la ansiedad y la depresión del cuidador (Sánchez-Izquierdo Alonso et al., 2017).

La adaptación suele variar según el perfil del cuidador. En este sentido, los cónyuges suponen el grupo más vulnerable, mostrando mayor riesgo de malestar persistente tras la institucionalización. Mientras que las mujeres tienen mayor probabilidad de mantener una carga elevada durante el cuidado en el hogar, los maridos presentan mayor riesgo de sufrir depresión persistente después del ingreso, debido a la pérdida del rol de pareja y una menor red de apoyo social (Gaugler et al., 2010). Finalmente, otros factores como el nivel de formación y el apoyo social de la persona cuidadora funcionan como un componente protector. Aquellos cuidadores con un mayor nivel educativo tienden a comprender mejor la evolución de la enfermedad, de manera que, a largo plazo, se reduce la carga percibida. Pero, por otro lado, la soledad en el cuidado y el aislamiento social actúan como factores de riesgo, generando una transición más compleja al centro sociosanitario (Pritty et al., 2019).

1.4.- Soledad no Deseada (SND): Definición y factores asociados.

La definición clásica de la soledad no deseada la describe como una experiencia subjetiva y desagradable que ocurre cuando la red social de una persona resulta insatisfactoria, ya sea en términos de cantidad o en términos de calidad. Es decir, existe una diferencia significativa entre los niveles deseados y los niveles alcanzados de relaciones

sociales, además se trata de una experiencia subjetiva y se vive como desagradable y angustiante (Perlman y Peplau, 1981). Esta discrepancia entre las relaciones sociales deseadas y las realmente disponibles genera una experiencia de malestar, que puede llegar a producir cambios en el funcionamiento cognitivo y emocional de la persona. De manera que, la soledad produce un estado de mayor vigilancia ante posibles amenazas sociales, activando respuestas defensivas que se orientan a la autoprotección (Cacioppo et al., 2015).

La soledad no deseada, no solo tiene impacto sobre la salud mental de las personas que la sufren, sino también sobre la salud física. Este fenómeno se ha asociado con un incremento de la resistencia vascular y la presión arterial, un sueño menos reparador, disminución de la inmunidad, deterioro cognitivo y progresión del Alzheimer en población general (Cacioppo et al., 2014 y Cacioppo et al., 2015). Asimismo, se ha relacionado con mayor riesgo para la presencia de dolor y fatiga, debido a una respuesta inflamatoria desencadenada por el estado emocional angustioso (Valenzuela et al., 2023). Además, altos niveles de soledad se han asociado a un aumento de la morbilidad y la mortalidad (Cacioppo et al., 2015).

1.5.- Soledad no Deseada en el Cuidador Informal

Como base de los factores críticos que afectan a la salud mental de los familiares se encuentra la soledad. Los datos indican que un 12,4% de los cuidadores sufre niveles de soledad severa y un 28,7% experimenta soledad moderada, lo que supone un total de más del 41,1% de los cuidadores experimentando algún grado de soledad (Mares-Rico et al., 2022).

En el caso de los cuidadores familiares, pueden identificarse cuatro dimensiones críticas de la experiencia de soledad. En primer lugar, la soledad se encuentra relacionada con las restricciones de libertad asociadas con el rol, ya que las personas perciben una falta de espontaneidad y una vida centrada principalmente a las necesidades del otro (Vasileiou et al., 2017). Esta responsabilidad constante crea una soledad que se vincula al encierro, los cuidadores describen sentirse en constante alerta, durante todo el día. Esta sensación, unido a las restricciones físicas, impide a las personas poder conectar con el mundo exterior, aumentando la sensación de soledad (Bjørge et al., 2019). De esta manera, la convivencia con el familiar con demencia es uno de los mayores predictores de la soledad, debido a la carga que supone el cuidado a tiempo completo. Al mismo tiempo, como la mayoría de cuidadores

viven con su familiar con demencia, es un fenómeno que afecta a gran parte de los cuidadores (Valenzuela et al., 2023).

Además, los cuidadores pueden experimentar soledad incluso en presencia de la persona cuidada, sobre todo en aquellos casos donde la enfermedad impide o limita la comunicación. Esta situación genera una sensación de vacío emocional y de estar solo, debido a la falta de respuestas coherentes o el silencio prolongado de los familiares, que eliminan la sensación de compañía (Vasileiou et al., 2017). Asimismo, los cuidadores describen una sensación de extrañeza al percibir que a pesar de que su familiar se encuentra físicamente presente, la persona que conocía ha desaparecido. La demencia hace que se produzca una transformación de la identidad de la persona y genera cambios en su personalidad y temperamento (Olivera Pueyo y Pelegrín Valero, 2011). Su personalidad se vuelve más egocéntrica, desconsiderada y reactiva, lo cual genera sentimientos de tristeza y duelo en el cuidador, relacionados con la pérdida del vínculo previo y del papel de la persona como figura de apoyo emocional o confidente (Bjørge et al., 2019; Olivera Pueyo y Pelegrín Valero, 2011).

Por otro lado, la soledad también se relaciona con el sentimiento de no ser comprendido por el entorno social. Los encuentros sociales pueden intensificar esta experiencia cuando el cuidador siente que los demás no entienden su situación, lo juzgan o no reconocen su esfuerzo (Vasileiou et al., 2017). Además, surge el concepto de estigma por asociación (*courtesy stigma*), especialmente presente en enfermedades neurodegenerativas o mentales, donde el cuidador puede sentir la presión del estigma vinculado a la condición de su familiar (Camargo-Rojas et al., 2022). Esta situación puede generar sentimientos de vergüenza o incomodidad debido al comportamiento impredecible del familiar (Bjørge et al., 2019), lo que lleva a un mayor aislamiento social para evitar juicios (Camargo-Rojas et al., 2022; Vasileiou et al., 2017).

Por último, la sensación de ser la única persona responsable del cuidado y del bienestar del familiar con demencia contribuye a intensificar la soledad no deseada. En este contexto surgen sentimientos de impotencia y frustración ante la incapacidad de encontrar soluciones a problemas inesperados o crisis de salud, que, unido a todo lo anterior, aumentan y agravan la sensación de soledad (Vasileiou et al., 2017).

1.5.1.- Soledad tras el ingreso en un centro sociosanitario

La etapa de transición a un centro sociosanitario se caracteriza por una creciente fragilidad tanto del cuidador como de la persona con demencia (Hainstock et al., 2017). La soledad tras el ingreso es una experiencia traumática que a menudo no recibe el apoyo clínico necesario, ya que el enfoque profesional suele quedarse en la persona institucionalizada (Pope et al., 2025). Tras el ingreso, muchos cuidadores experimentan un vacío emocional y social significativo asociado a la reorganización de su vida cotidiana. En este sentido, el regreso al hogar después de las visitas al familiar suele ir acompañado de una sensación de silencio y ausencia que intensifica la vivencia de soledad (Pope et al., 2025). Asimismo, el proceso de separación se describe como una experiencia emocionalmente compleja, caracterizada por sentimientos de pérdida, tristeza e incluso culpa (Hainstock et al., 2017). Esta experiencia de soledad se hace especialmente notable en determinados momentos del día, como las noches, cuando la ausencia de interacción aumenta la sensación de aislamiento (Ford, 2008). Asimismo, los cuidadores refieren también una pérdida de compañía, lo que contribuye a aumentar este sentimiento de soledad (Ford, 2008).

Además, la experiencia de soledad no se limita al periodo tras el ingreso, sino que puede estar presente durante todo el proceso de transición. Muchos cuidadores llevan a cabo este proceso en condiciones de aislamiento, asumiendo a solas la toma de decisiones complejas, en el contexto de un sistema sociosanitario percibido como difícil de comprender. A esto se le suma la percepción de una escasa empatía por parte de los profesionales y una red de apoyo insuficiente, lo cual contribuye a aumentar la sensación de desamparo y vulnerabilidad durante esta etapa (Hainstock et al., 2017).

Asimismo, la experiencia de soledad tras el ingreso viene modulada por una serie de variables personales y contextuales. Hombres y mujeres tienden a afrontar esta situación de manera diferente. En general, las mujeres suelen buscar apoyo social y la participación en nuevas actividades, para reducir esa sensación de aislamiento, mientras que los hombres presentan una tendencia al retraimiento social y a limitar sus relaciones con el entorno familiar, incrementando el riesgo a largo plazo (Ford, 2008). Estas diferencias adquieren especial importancia en caso de los cónyuges, ya que la pérdida de este vínculo intensifica la aparición de sentimientos de soledad tras la institucionalización.

La separación de la pareja debido al ingreso en un centro sociosanitario es una causa directa de sentimientos de soledad. En el caso de los cónyuges, esta experiencia se intensifica debido a que el hogar se transforma a un espacio donde la ausencia siempre está presente y se producen vivencias de “silla vacía” o “cama vacía” que adquieren un fuerte significado emocional ante la pérdida de la presencia física y la compañía constante de su pareja en el hogar (Robertson et al., 2023). Algunos participantes expresaron que la soledad surgía de no tener ya a su pareja dependiendo de ellos en casa, lo que alteraba su sentido de propósito (Holton et al., 2023). En este contexto, la imposibilidad de compartir recuerdos de forma recíproca con la pareja intensifica la vivencia de aislamiento social y de desconexión, que se acentúan ante la presencia de otras parejas, debido a la comparación con los otros (Pope et al., 2025).

Muchos cuidadores mantienen la misma distribución en el hogar, como forma de tratar de preservar la identidad compartida de pareja. Esta situación produce una forma particular de soledad, descrita como “viudez casada” o “divorcio emocional”, en la que el vínculo del matrimonio permanece, pero la convivencia y el vínculo recíproco desaparecen (Pope et al., 2025). Describen su experiencia de soledad tras la institucionalización como una experiencia muy similar al duelo o la depresión, debido a la ausencia de su compañero (Holton et al., 2023). Sin embargo, la evidencia científica disponible sobre la soledad en familiares de personas con demencia que viven en residencias todavía es escasa.

2.- OBJETIVOS Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN E HIPÓTESIS

Manteniendo un enfoque cuantitativo, este estudio tiene como objetivo analizar el fenómeno de la soledad no deseada en cuidadores de personas con demencia institucionalizadas en centros sociosanitarios. En concreto, se pretende examinar la relación entre la soledad no deseada y el malestar psicológico de los cuidadores, evaluado a través de indicadores como la depresión y la ansiedad.

2.1.- Objetivos específicos

- Analizar la presencia de soledad no deseada y malestar emocional (síntomatología clínica depresiva y ansiosa) en cuidadores que han ingresado a su familiar con demencia en un centro sociosanitario.
- Examinar la relación entre la soledad no deseada y la sintomatología depresiva y ansiosa en cuidadores de personas con demencia institucionalizadas.

Soledad No Deseada en Cuidadores de Personas Institucionalizadas.

- Examinar la existencia de diferencias significativas en la experiencia de soledad no deseada en función del género del cuidador y del parentesco con el familiar institucionalizado.

2.2.- Hipótesis

Según la fundamentación teórica previa y los objetivos planteados se establecen las siguientes hipótesis:

Hipótesis descriptivas:

- H1: Los cuidadores familiares de personas con demencia que residen en centros sociosanitarios presentarán una alta prevalencia de sentimientos de soledad no deseada.

Hipótesis relacionales (Correlacionales):

- H2: Mayores niveles de soledad no deseada se asociarán de manera significativa con mayores niveles de malestar psicológico (depresión y ansiedad).

Hipótesis diferenciales (Comparativas):

- H3: Los hombres cuidadores presentarán mayores niveles de soledad no deseada en comparación con las mujeres cuidadoras.
- H4: Los cuidadores cónyuges presentarán niveles de soledad no deseada más elevados que otros familiares con menor grado de parentesco.

3.- METODOLOGÍA

3.1.- Diseño del estudio

Este estudio se enmarcó dentro de un diseño cuantitativo y correlacional. La investigación se llevó a cabo mediante la recogida de datos en un único momento temporal.

3.2.- Población y muestra

La población del estudio estuvo compuesta por familiares cuidadores de personas con un diagnóstico de demencia que se encontraban institucionalizadas en centros sociosanitarios. Para la selección de la muestra se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia, seleccionando a los participantes a través de centros de titularidad privada de la Comunidad de Madrid.

Los criterios de inclusión establecidos para participar en el estudio fueron:

- Ser familiar de una persona con un diagnóstico de demencia que reside en un centro sociosanitario.
- Ser mayor de 18 años.
- Que el diagnóstico de demencia del familiar hubiera sido previo al ingreso en residencia.
- Que el propio cuidador no presentase signos de demencia o deterioro cognitivo.

3.3.- Instrumentos de recogida de datos

Las variables evaluadas se pudieron dividir en bloques, formados por diversas escalas y preguntas diseñadas para evaluar al cuidador familiar y la situación de la persona institucionalizada:

Variables Sociodemográficas y Contexto del Ingreso

En este bloque se recogió toda la información referente a datos sociodemográficos y referente al proceso administrativo

- a. Datos del cuidador, como la edad, el género, nivel educativo, origen cultural y antecedentes de cuidado (tiempo cuidando).
- b. Proceso de Institucionalización: se recogió información sobre el tiempo transcurrido. Por otro lado, también se recogió el número de horas semanales dedicadas a las visitas al familiar institucionalizado y el grado de carga percibida mediante una escala de un único ítem (desde 1 = nada en absoluto hasta 5 = extremadamente).

Escala de Soledad de UCLA - Versión Breve (UCLA-3; Russell, Peplau y Cutrona, 1980 y adaptada al contexto español por Pedroso-Chaparro et al., 2022): Se utilizó para evaluar la percepción subjetiva de aislamiento social y la insatisfacción con las relaciones interpersonales. El instrumento constaba de 3 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de tres puntos (1 = casi nunca - 3= a menudo). La puntuación total se obtuvo mediante el sumatorio de los ítems, donde a mayor puntuación, mayor grado de soledad percibida. La escala presentó una consistencia interna adecuada, con un Alfa de Cronbach de .78 y una alta estabilidad temporal mediante un coeficiente test-retest de .89 (Pedroso-Chaparro et al., 2022).

Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D; Radloff, 1977 y adaptada al contexto español por Vázquez et al., 2007): Se empleó para evaluar la presencia y severidad de la sintomatología depresiva experimentada por los participantes durante la última semana. El instrumento consta de 20 ítems que exploran dimensiones como el afecto depresivo, la culpa, la desesperanza y las alteraciones del sueño. Las respuestas se registraron mediante una escala de frecuencia tipo Likert de cuatro puntos (desde 0 = "Raramente o nunca" hasta 3 = "La mayor parte del tiempo"). La versión española mostró una consistencia interna adecuada con un coeficiente alpha = .89 (Vázquez et al., 2007). Se emplearon los puntos de corte de ≥ 16 y ≥ 21 establecidos por Radloff (1977) como indicadores de sintomatología depresiva clínicamente significativa.

Subescala de Tensión de los Estados de Ánimo (POMS; McNair et al., 1971): Se utilizó la subescala de Tensión-Ansiedad extraída del cuestionario Profile of Mood States (McNair et al., 1971), en su traducción al español para evaluar la sintomatología ansiosa. Este instrumento permitió identificar el grado de sobrecarga emocional mediante una lista de 9 adjetivos que describen diferentes estados de ánimo. Las respuestas se registraron mediante una escala tipo Likert de cinco puntos, donde el sujeto clasificó sus sentimientos desde 0 = nada, hasta 4 = muchísimo. Esta escala demostró poseer una alta solidez psicométrica, reportando una consistencia interna de .90 o superior (Spielberger, 1972).

3.4.- Procedimiento

El procedimiento de recogida de datos se llevó a cabo en cuatro fases, el cual contó con la aprobación del Comité de Ética de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM). Primero se contactó con los familiares a través de los centros sociosanitarios que previamente accedieron a difundir la información de la investigación. Aquellos que aceptaron participar realizaron una primera entrevista telefónica de unos 15 minutos, que sirvió de cribado. Antes de iniciar la evaluación se entregó a los participantes el consentimiento informado y se les informó sobre los objetivos del estudio, la voluntariedad de la participación y la confidencialidad de los datos. Posteriormente, se llevó a cabo la recogida de datos mediante una entrevista presencial individual, con una duración aproximada de una hora. Durante este tiempo el entrevistador aplicó el protocolo de entrevista en formato papel, asegurando la comprensión de los ítems y asegurando el bienestar del participante durante la entrevista.

3.5.- Análisis de datos

El análisis de datos se llevó a cabo mediante el software estadístico JASP (versión 0.95.4). En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo para definir la muestra sociodemográfica y conocer la prevalencia de la soledad (H1), utilizando medidas de tendencia central y dispersión (media y desviación típica) para las variables cuantitativas y frecuencias y porcentajes para las variables categóricas.

Debido al tamaño reducido de la muestra y tras comprobar el incumplimiento del supuesto de normalidad mediante la prueba de Shapiro-Wilk ($n < 50$), se optó por un enfoque no paramétrico. Para analizar la asociación entre los niveles de soledad no deseada y el malestar psicológico (depresión y ansiedad) de los cuidadores (H2), se empleó la correlación de Spearman, debido a su alta robustez ante muestras pequeñas. Para determinar si existen diferencias significativas en la soledad en función del género (H3), se empleó la prueba *U de Mann-Whitney* y en función del grado de parentesco (H4), la prueba de *U de Mann-Whitney*. En todos los análisis se asumió un nivel de significación de $p < .05$.

De manera adicional, se llevaron a cabo análisis descriptivos exploratorios de las horas semanales de visita y la carga percibida en función del parentesco, con el fin de obtener una descripción más completa del perfil de los cuidadores. Del mismo modo, se exploraron las diferencias en sintomatología depresiva y ansiosa entre hijos/as y cónyuges.

4.- RESULTADOS

4.1.- Características sociodemográficas de la muestra

La muestra estuvo compuesta por 20 cuidadores familiares de personas con demencia que residían en centros sociosanitarios. La mayoría de los participantes fueron mujeres ($n = 15$), con una edad media de 64.32 años ($DT = 9.89$), con edades comprendidas entre los 53 y los 89 años. Respecto al estado civil, la mayor parte de la muestra estaban casados/as ($n = 15$), seguidamente, solteros/as ($n = 3$) y en su minoría viudos/as ($n = 1$) y divorciados ($n = 1$). Por otro lado, respecto a la situación laboral, el 60% de los participantes no realizaban trabajo remunerado fuera del hogar ($n = 12$), al contrario que el 40% restante que sí lo hacía ($n = 8$).

Siguiendo con el nivel educativo, el 45% de los participantes en el estudio contaba con estudios universitarios (licenciatura: $n = 5$ o doctorado/máster: $n = 4$), seguido de un grado universitario ($n = 4$). El porcentaje restante se distribuyó entre bachillerato, educación secundaria y educación primaria, con una muestra de $n = 2$ respectivamente y sin educación formal, con una muestra de $n = 1$. Los cuidadores habían ejercido el rol durante una media de

Soledad No Deseada en Cuidadores de Personas Institucionalizadas.

4,5 años, con un tiempo de cuidado previo al ingreso comprendido entre 1 mes y 10 años. La media del tiempo transcurrido desde el ingreso del familiar en el centro sociosanitario fue de 1 año y 8 meses, con un rango comprendido entre 1 mes y 3 años. Por último, los cuidadores dedicaban una media de 11.53 horas semanales a las visitas. Asimismo, en lo referente al grado de parentesco, la mayoría eran hijos/as de la persona institucionalizada ($n = 15$), mientras que el resto de los participantes eran cónyuges ($n = 5$).

Respecto a las personas institucionalizadas, la media de edad fue de 88.95 años, la mayoría de ellas con un diagnóstico de Alzheimer ($n = 8$), seguido de otras categorías diagnósticas ($n = 8$), otra demencia ($n = 2$) y deterioro cognitivo leve ($n = 2$). En lo referente a la Escala de Deterioro Global (GDS, Reisberg et al., 1982), la puntuación media fue de 6.16, lo cual indica un deterioro severo-muy severo, de manera que concuerda con el perfil esperado en personas institucionalizadas.

4.2.- Prevalencia de la soledad no deseada en cuidadores familiares

Para llevar a cabo el análisis de la soledad no deseada en la muestra (H1), el primer paso fue obtener los estadísticos descriptivos de la puntuación total de la Escala de Soledad de UCLA-3 ($n = 19$). Los resultados mostraron una puntuación media de 4.05 (con una desviación típica de 1.22 y una mediana de 4), con valores comprendidos entre 3 y 7, sobre un rango posible de 3 a 9. Debido a que la distribución de las puntuaciones se aleja de una distribución normal ($W = .813, p < .05$), el análisis estadístico se llevó a cabo considerando la mediana como medida de tendencia central.

Respecto a la presencia de soledad en los participantes, el 42,1% de ellos obtuvo la puntuación mínima posible (3), lo cual es indicador de ausencia de soledad significativa. El 52,6% presentó puntuaciones entre 4 y 6 y el 5,3% restante obtuvo una puntuación de 7. En resumen, el 57,9% de los cuidadores presentó síntomas de soledad no deseada, es decir, obtuvo puntuaciones mayores a 3.

Tabla 1 Distribución de puntuaciones en la Escala UCLA-3

Puntuación UCLA -3	Muestra (n = 19)
3	8 (42.1%)
4-6	10 (52.6%)
7-9	1 (5.3%)
>3	11 (57.9%)

Nota. Elaboración propia.

En cuanto a la sintomatología depresiva, evaluada mediante el CES-D, la puntuación media fue de 14.26 ($DT = 10.92$ y $Mdn = 13.00$), con valores comprendidos entre 2 y 45. El 31.6% de la muestra superó el umbral clínico de ≥ 16 (Radloff, 1977) y el 21.1% alcanzó el criterio más conservador de ≥ 21 .

Respecto a la sintomatología ansiosa, evaluada mediante la subescala de Tensión del POMS, la puntuación media fue de 14.55 ($DT = 9.74$) y $Mdn = 12.50$, con puntuaciones comprendidas entre 2 y 33.

4.3.- Relación entre la soledad no deseada y el malestar psicológico

Siguiendo con el análisis de la hipótesis 2, es decir, la asociación entre los niveles de soledad no deseada y la depresión y ansiedad, se calcularon las correlaciones de Spearman entre la puntuación total de la Escala UCLA-3 y las puntuaciones del CES-D y de la subescala de Tensión del POMS.

La correlación entre soledad y depresión no alcanzó niveles estadísticamente significativos ($r_s = .424$, $p = .071$), aunque refleja un tamaño del efecto moderado. La correlación entre soledad y sintomatología ansiosa fue pequeña y no significativa ($r_s = .223$, $p = .358$). En cambio, la relación entre depresión y sintomatología ansiosa sí resultó estadísticamente significativa ($r_s = .601$, $p = .007$).

Tabla 2 *Correlaciones de Spearman entre soledad, depresión y tensión*

	Soledad (UCLA-3)	Depresión (CES-D)	Tensión (POMS)
Soledad (UCLA-3)	-		
Depresión (CES-D)	.424	-	
Tensión (POMS)	.223	.601**	-

Nota. Elaboración propia. ** $p < .01$.

4.4.- Diferencias en soledad no deseada en función del género

Para examinar si hay diferencias significativas en los niveles de soledad no deseada en función del género del cuidador (H3), se aplicó la prueba *U de Mann-Whitney*, dado el incumplimiento del supuesto de normalidad y el reducido tamaño muestral.

Los resultados mostraron que el grupo de las mujeres cuidadoras ($n = 15$) obtuvo una puntuación media de soledad de 3.87 ($DT = 1.06$), con puntuaciones comprendidas entre 3 y 6. En cambio, los hombres ($n = 4$) obtuvieron una media de 4.75 ($DT = 1.71$), con puntuaciones entre 3 y 7, es decir, los hombres tendieron a puntuar más alto en soledad. Sin embargo, la prueba *U de Mann-Whitney* no reveló diferencias estadísticamente significativas en los niveles de soledad entre hombres y mujeres ($U = 19.50$, $p = .290$), con un tamaño del efecto moderado ($r = .35$).

Estas diferencias entre hombres y mujeres se ven reforzadas, si se tienen en cuenta las puntuaciones de tensión del POMS por género, ya que las mujeres ($M = 15.81$, $Mdn = 15.50$) presentaron mayores niveles de ansiedad que los hombres ($M = 9.50$, $Mdn = 10.00$).

Tabla 3 *Estadísticos descriptivos de soledad no deseada en función del género*

	n	M	DT	Mín.	Máx.
Mujeres	15	3.87	1.06	3	6
Hombres	4	4.75	1.71	3	7

Nota. Elaboración propia. $U = 19.50$, $p = .290$, $r = .35$

4.5.- Diferencias en soledad no deseada en función del parentesco

Para terminar con el análisis de la hipótesis 4 y determinar si hay diferencias significativas en los niveles de soledad no deseada, según el grado de parentesco con el familiar institucionalizado, se empleó la prueba *U de Mann-Whitney*.

Los análisis descriptivos realizados en los grupos mostraron diferencias de interés respecto al nivel de soledad no deseada percibida. Los hijos/as obtuvieron una mediana de 3.00 (*IQR* = 1.00; *M* = 3.80, *DT* = 1.08), con puntuaciones comprendidas entre 3 y 6. Los cónyuges presentaron una mediana de 4.50 (*IQR* = 2.00; *M* = 5.00, *DT* = 1.41), con puntuaciones entre 4 y 7. La prueba *U de Mann-Whitney* no reveló diferencias estadísticamente significativas ($U = 47.50, p = .072$), a pesar de que el resultado se aproxima al umbral de significación ($p < .05$) y el tamaño del efecto fuera grande ($r = .583$).

Tabla 4 Estadísticos descriptivos por parentesco

	n	M	DT	Mdn	Mín.	Máx.
Hijos/as	15	3.80	1.08	3.00	3	6
Cónyuges	4	5.00	1.41	4.50	4	7

Nota. Elaboración propia. $U = 47.50, p = .072, r = .583$.

4.6.- Diferencias en malestar psicológico y horas de visita según parentesco

Como análisis exploratorio adicional, se examinaron las diferencias entre hijos/as y cónyuges en sintomatología depresiva, ansiosa y horas de visita.

Así mismo, esta diferencia presentada entre hijos/as y cónyuges se manifiesta en el resto de indicadores de malestar psicológico. En cuanto a la sintomatología depresiva, evaluada mediante el CES-D, los cónyuges ($M = 29.00, Mdn = 26.50$) presentaron puntuaciones significativamente mayores que las de los hijos/as ($M = 10.33, Mdn = 9.00$), U de Mann-Whitney = 2, $p = .006$. Pero además, el 100% de los cónyuges superó el umbral de ≥ 16 indicativo de sintomatología depresiva significativa, frente a únicamente el 13.3% de los hijos/as.

Si nos centramos en los niveles de sintomatología ansiosa evaluada por el POMS, se observó que los cónyuges ($M = 18.40, Mdn = 18.00$) presentaron puntuaciones

numéricamente más altas que los hijos/as ($M = 13.27$, $Mdn = 12.00$), aunque esta diferencia no alcanzó significación estadística (U de Mann-Whitney = 26, $p = .336$).

Por otro lado, los hijos/as ($M = 2.73$) presentan niveles de carga subjetiva mayores que los cónyuges ($M = 1.80$), aunque esta diferencia no alcanzó significación estadística (U de Mann-Whitney = 23, $p = .199$), a pesar de presentar menores niveles de soledad.

Tabla 5 Comparación del malestar psicológico entre hijos/as y cónyuges

	Hijos/as (n = 15)	Cónyuges (n = 4)
Soledad (UCLA-3)	M = 3.80	M = 5.00
Depresión (CES-D)	M = 10.33	M = 29.00
Tensión (POMS)	M = 13.27	M = 18.40
Carga percibida	M = 2.73	M = 1.80

Nota. Elaboración propia.

Además de estos resultados, se observaron diferencias relevantes en el número de horas semanales dedicadas a las visitas al familiar según el parentesco. Los cónyuges dedicaron más del triple del tiempo que los hijos a estas visitas (24 horas semanales de media, frente a 7 horas semanales de media). Al examinar la relación entre el número de horas semanales dedicadas a las visitas y los niveles de soledad no deseada, la correlación de Spearman entre ambas variables no resultó estadísticamente significativa ($r_s = .041$, $p = .866$), indicando que dedicar más horas a las visitas no se asocia con menores niveles de soledad percibida.

5.- DISCUSIÓN

El objetivo del estudio fue analizar el fenómeno de la soledad no deseada en los cuidadores de familiares con demencia institucionalizadas en centros sociosanitarios, examinando su relación con los niveles de malestar emocional y atendiendo a posibles diferencias en función del género y parentesco. Los resultados indicaron que la soledad no deseada parece ser un fenómeno presente entre los cuidadores de personas con demencia institucionalizadas.

Los datos de este trabajo sugieren que más de la mitad de la muestra (57.9%) presentó soledad no deseada. Este dato supera la prevalencia del 41,1% evidenciada en la literatura, en

cuidadores de personas con enfermedad crónica (Mares-Rico et al., 2022), aunque la mayoría de los cuidadores presentó puntuaciones de 3-6, con muy pocos casos de puntuaciones más altas (> 7). Este patrón observado en la muestra, es decir, varios casos con presencia de soledad no deseada, pero de baja intensidad, se alinea con lo descrito en la literatura, ya que es la convivencia a tiempo completo con el familiar la principal fuente de soledad en la literatura (Valenzuela et al., 2023), pero el ingreso parece generar una nueva forma de soledad, más bien vinculada al vacío emocional (Hainstock et al., 2017). También puede deberse a que la Escala de soledad de UCLA-3 (Russell et al., 1980; adaptación española de Pedroso-Chaparro et al., 2022), al ser una medida breve y general de la soledad, podría no estar captando por completo las particularidades de la soledad en este contexto específico, lo que podría explicar la mayoría de puntuaciones bajas en la muestra (3-6).

Además, resulta de especial interés que estos niveles de soledad se observen en una muestra con una media de 20 meses transcurridos desde el ingreso familiar, ya que se trata de un tiempo en el que la literatura indica que otros factores como la carga y la ansiedad, tienden a reducirse de forma notable (Gaugler et al., 2009). De esta manera, que la soledad se mantenga con esta extensión en una etapa más avanzada en el proceso de adaptación sugiere que el fenómeno no se trata de una reacción aguda al cambio, sino de un estado que no se resuelve simplemente con el paso del tiempo (Gaugler et al., 2010; Holton et al., 2023). También es importante considerar que esta persistencia puede estar influida por otros factores, aparte del proceso de institucionalización. Por un lado, la edad avanzada suele conllevar pérdidas acumuladas, lo que reduce el contacto social. Asimismo, una menor red social minimiza las posibilidades de apoyo emocional cotidiano, lo cual actúa como factor de riesgo para la soledad (Pritty et al., 2019). Por último, el tipo de vínculo influye en la intensidad de la soledad experimentada, siendo mayor en los cónyuges debido a la pérdida de la convivencia y del rol de pareja (Pope et al., 2025). Es por todo esto, por lo que este fenómeno podría requerir una atención especializada. Además, que esta soledad se presente con puntuaciones principalmente bajas, pero de forma persistente, clínicamente cobra mucha importancia, ya que al no alcanzar niveles de malestar más severos, se corre el riesgo de no ser detectada ni abordada, pudiendo llegar a cronificarse.

Sin embargo, los resultados obtenidos no confirmaron las hipótesis de asociación y diferencia planteadas (H2, H3 y H4). En relación a la asociación entre soledad y malestar psicológico (depresión y ansiedad), los datos revelan una tendencia moderada entre soledad y

depresión aunque no significativa, lo cual es consistente con la literatura existente sobre cuidadores que cuidan de su familiar en casa (Losada Baltar et al., 2017), de manera que, el hecho de que no alcance significación estadística podría explicarse por la escasez de muestra, más que por la ausencia de relación entre los factores. Sin embargo, el mismo análisis reveló una falta de asociación entre soledad y ansiedad, que debe explorarse de manera más matizada. Después del ingreso, la ansiedad que experimentan los cuidadores parece estar más asociada por fuentes de estrés cualitativamente distintas a las que se dan durante el cuidado en el hogar, como los conflictos en la organización del cuidado, insatisfacción con la atención percibida o gestiones administrativas y económicas (Gaugler et al., 2009; Sánchez-Izquierdo Alonso et al., 2017). Esta diferencia parece indicar que el malestar en cuidadores de personas institucionalizadas no responde a una única causa, sino que está formado por distintas experiencias que deben evaluarse por separado.

Por otro lado, el análisis de las diferencias según el género y el parentesco revela tendencias de interés que podrían explorarse en estudios futuros. Que los hombres mantuvieran una mayor tendencia a la soledad que las mujeres, es coherente con lo expuesto en la literatura que indica que los hombres tienen más tendencia al aislamiento (Ford, 2008). A pesar de esto, como la muestra de hombres era muy escasa, no es posible afirmar esto con firmeza.

Sin embargo, parece que el parentesco con la persona con demencia cumple un papel relevante a la hora de explicar la soledad y malestar. Estos resultados son coherentes con la literatura, que señala a los cónyuges como el perfil de cuidador más vulnerable tras la institucionalización, debido a la pérdida de rol como pareja y la disminución del círculo social, que viene asociado al proceso (Gaugler et al., 2010). Además, esta vulnerabilidad puede explicarse también por la transformación que se produce en el hogar, caracterizada por la ausencia constante (Robertson et al., 2023), y por la sensación de "viudez casada", en la que el vínculo permanece pero la reciprocidad no (Pope et al., 2025).

En la muestra del estudio ningún cónyuge se situó en el nivel de ausencia de soledad, el 100% de ellos presentó depresión clínicamente significativa según el CES-D y dedicaron más del triple de horas semanales a las visitas en comparación con los hijos/as, lo que sugiere un perfil de malestar que requiere especial atención. Esto podría deberse a que a diferencia de los hijos, los cónyuges experimentan una transformación total de su rutina, debido a que el

espacio compartido desaparece, el proyecto de vida queda paralizado y, a pesar de que, el vínculo de pareja persista, pierde su reciprocidad (Pope et al., 2025). Esta experiencia podría generar una soledad específica que no obtiene la atención necesaria, ya que se tiende a pensar que una vez el cuidado en casa desaparece, el sufrimiento del cuidador debería parar, invalidando así, una experiencia que sigue activa (Camargo-Rojas et al., 2022; Vasileiou et al., 2017). Futuros estudios con muestras más amplias podrían explorar esta hipótesis.

Además, también resulta relevante observar la relación que se presenta entre las horas de visitas semanales y los niveles de soledad de la muestra. Mientras que se podría llegar a pensar que a más horas de visitas semanales, menor es la soledad no deseada de los participantes, los resultados indican que esta asociación no resulta significativa. Los cónyuges que dedican una media de 24 horas semanales a las visitas no experimentan menos soledad que los que dedican 7 horas, es más, son los que mayor nivel de soledad reportan. Este dato cobra sentido si nos ceñimos a la definición de soledad no deseada y es que la soledad no responde a la cantidad de contacto con el familiar, sino a la discrepancia entre las relaciones deseadas y las emocionalmente disponibles (Perlman y Peplau, 1981). Unido a esto, lo que podría estar provocando la soledad en estas personas no es únicamente la ausencia física del familiar (Robertson et al., 2023), sino la pérdida de la reciprocidad emocional, de la convivencia compartida y del rol que esa persona ocupaba en el hogar. Estos datos ponen sobre la mesa la idea de llevar a cabo intervenciones que aborden no solo el aislamiento social de forma estricta, sino el duelo relacional y el vacío emocional que caracteriza la experiencia de los cuidadores (Holton et al., 2023; Pope et al., 2025).

En resumen, los resultados obtenidos en este estudio sugieren que la soledad después del ingreso del familiar en un centro sociosanitario podría tratarse de un fenómeno con relevancia clínica y que podría ser distinto a la soledad experimentada por los cuidadores domiciliarios. La evidencia existente sobre este fenómeno sigue siendo escasa y los datos obtenidos en este estudio sugieren que las intervenciones desarrolladas para cuidadores que aún cuidan en domicilio pueden no ser directamente transferibles a este contexto, debido a las diferencias cualitativas existentes tras la institucionalización.

5.1.- Limitaciones

El presente estudio presenta una serie de limitaciones que deben tenerse en cuenta en la interpretación de los resultados. Como se ha venido diciendo a lo largo del trabajo, la

principal limitación es el tamaño muestral reducido ($N = 20$), con un caso de dato perdido en la UCLA-3 ($n = 19$ para los análisis de soledad), lo cual limita en gran medida la potencia estadística de todos los análisis llevados a cabo. Esta limitación explica en parte la falta de significación estadística de las cuatro hipótesis planteadas, a pesar de que los tamaños de efecto observados fueron moderados o grandes en todos los casos. En relación con lo anterior, también se daba un desequilibrio en los grupos de comparación, que afectó principalmente al análisis de las hipótesis 3 y 4. Esto se debe a que el grupo de hombres cuidadores estuvo únicamente compuesto por 4 participantes, al igual que el de cónyuges, lo que imposibilita separar estadísticamente los efectos del género y parentesco, de manera que no es posible determinar con claridad si las diferencias observadas responden al tipo de vínculo afectivo, al género o la interacción de ambos.

El diseño transversal del estudio impide realizar asunciones causales y examinar la evolución de la soledad a lo largo del tiempo. Si bien el tiempo transcurrido desde el ingreso (20 meses), nos permite deducir que la soledad observada no es una reacción puntual, sino más bien un estado persistente, no es posible establecer si esta soledad aumenta, disminuye o se mantiene a lo largo del tiempo. Para poder observar esta evolución con claridad, sería necesario llevar a cabo futuros estudios con diseños longitudinales.

Por otro lado, la manera de reclutar la muestra, a través de centros sociosanitarios privados de la Comunidad de Madrid, limita la generalización de los resultados a otras poblaciones, debido a que los centros de titularidad pública, los centros de otras comunidades autónomas e incluso los contextos rurales, no están representados en la muestra. Además, se debe tener en cuenta que el acceso únicamente a centros privados, si bien facilita la obtención de participantes, puede implicar un sesgo hacia un perfil socioeconómico específico. También se debe tener en cuenta que los cuidadores que participaron fueron aquellos que podían permitirse el tiempo de acudir a una entrevista presencial de aproximadamente 1,5 horas, lo cual también implica un perfil de cuidador específico, ya sea por mantener una carga menor que les permita disponer de ese tiempo o por una mayor necesidad de expresión emocional ligada al malestar. Es posible también que la naturaleza de los centros privados también influya en la experiencia de soledad de los cuidadores, ya sea por la cantidad de personal, la atención de estos, o la política de participación familiar.

Finalmente, todas las medidas empleadas son de autoinforme, lo que puede introducir el riesgo de sesgo de deseabilidad social, especialmente en variables como la carga percibida o la soledad, que pueden ser vistas como negativas socialmente. A pesar de esto, la recogida de datos mediante una entrevista presencial individual y llevada a cabo por un entrevistador entrenado garantizó la comprensión de los ítems y el bienestar del participante, lo que funciona para minimizar este riesgo.

5.2.- Implicaciones Clínicas

Los resultados obtenidos en el estudio podrían tener aplicaciones a la práctica clínica en el ámbito de la psicología y de la salud, como también para el diseño de programas en los centros sociosanitarios. La evidencia obtenida resalta la necesidad de dirigir la mirada hacia los cuidadores de familiares como personas con necesidades propias y no únicamente como cuidador del residente.

Los resultados sugieren la importancia de implementar un protocolo de detección de la soledad y malestar psicológico en los cuidadores desde el momento del ingreso del familiar. Como la soledad manifestada por estos cuidadores se presenta con puntuaciones principalmente bajas (3-6), la incorporación de instrumentos breves y válidos como la UCLA-3 (Russell et al., 1980; Pedroso-Chaparro et al., 2022) o el CES-D (Radloff, 1977; Vázquez et al., 2007) en la entrevista de acogida y en las revisiones periódicas permitiría identificar de forma temprana a los cuidadores que pueden necesitar intervención y de esa manera se estaría previniendo el deterioro psicológico de este grupo de personas.

Por otro lado, el tipo de malestar observado en los cónyuges cuidadores podría precisar de una intervención diferente a las diseñadas para los cuidadores domiciliarios. Esto se debe a que la soledad experimentada por estas personas no responde únicamente a la falta de contacto social, sino más bien a la pérdida de reciprocidad emocional y de la identidad relacional compartida (Bjørge et al., 2019; Holton et al., 2023; Pope et al., 2025). Es por esto, por lo que para evitar la cronificación del malestar, los cónyuges podrían verse beneficiados de intervenciones basadas en el procesamiento del duelo ambiguo (Holton et al., 2023; Pope et al., 2025) o terapia centrada en la aceptación de la pérdida relacional y la resignificación del rol. A la par, debido a la cercanía que tienen los profesionales de los centros sociosanitarios a esta población, se encuentran en una posición de privilegio para poder detectar señales de malestar. De esta manera, poder establecer protocolos de atención y

formar al personal en la detección de posibles signos de soledad podría facilitar la temprana identificación de posibles casos vulnerables. Además, mejorar la calidad de las visitas al familiar, ofrecer espacios de escucha después de estas y proporcionar información clara sobre la evolución del familiar también podría ayudar a mitigar estos mismos síntomas (Gaugler et al., 2007; Pritty et al., 2019).

Por otro lado, al analizar las diferencias entre parentesco puede ser de utilidad adaptar la intervención en función de esta variable. Mientras que en el caso de cónyuges podría estar destinada al manejo de las pérdidas relacionales, en el caso de los hijos/as, como su mayor malestar se debe a la sobrecarga y la EÇsta ansiedad, estos podrían verse más beneficiados de intervenciones centradas en la gestión del estrés, la distribución de responsabilidades o el manejo de la culpa (Caron et al., 2006), en cualquier caso, lo ideal sería establecer un diseño de intervención más adaptado al perfil de los familiares cuidadores.

Por último, debido a la alta prevalencia de depresión clínica detectada en la muestra, se recomendaría establecer protocolos de derivación o asignar un profesional de referencia para cada uno de los familiares en el centro, así como la colaboración con los equipos de Atención Primaria y los Centros de Salud Mental (CSM) de la red pública de la Comunidad de Madrid y de esta manera poder ofrecer una respuesta asistencial integral para este grupo de personas.

5.3.- Conclusiones

La soledad no deseada parece ser un fenómeno presente y frecuente en los cuidadores de personas con demencia ingresadas en un centro sociosanitario, afectando a más de la mitad de los cuidadores evaluados (57.9%), con puntuaciones predominantemente bajas (mediana = 4 y rango 3–6). Este patrón encontrado es coherente con el cambio que experimentan los familiares después del ingreso, donde se transforma la experiencia de soledad, pero no se elimina (Holton et al., 2023). Además, el hecho de que la soledad persista en una muestra con una media de 20 meses desde el ingreso indica que se trata de un fenómeno crónico y no de un malestar puntual o de una forma de adaptación tras el ingreso.

Por otra parte, se encontró una tendencia positiva entre soledad y depresión ($r_s = .424$), que junto con el dato de que el 31.6% de la muestra supera el umbral clínico de depresión, sugiere que podría existir una necesidad psicológica no atendida en esta población.

Además, la ausencia de asociación entre soledad y tensión/ansiedad ($r_s = .223$) sugiere que, después de la institucionalización, la ansiedad podría no derivar del aislamiento emocional sino de fuentes de estrés específicas del entorno residencial, como la gestión administrativa o los conflictos en la organización del cuidado (Gaugler et al., 2009; Sánchez-Izquierdo Alonso et al., 2017), lo que sugiere que el malestar en esta población es multidimensional y no puede reducirse a un solo constructo.

En cuanto al tercer objetivo, la dirección de los efectos fue coherente con la hipótesis planteada, ya que los hombres mostraron una tendencia a mayor soledad que las mujeres. De todas maneras, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de soledad entre hombres y mujeres, por lo que la H3 no se confirma. Por último, a pesar de no encontrar diferencias estadísticamente significativas en función del parentesco, sí se observó que los cónyuges presentaron una tendencia a reportar mayores niveles de soledad, depresión y ansiedad que los hijos/as en todos los indicadores evaluados.

Los resultados apoyan la necesidad de incorporar la evaluación sistemática del bienestar emocional del cuidador en los protocolos de los centros sociosanitarios, y de desarrollar intervenciones específicamente diseñadas para esta población con el fin de mejorar su bienestar emocional.

6.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.^a ed.). Editorial Médica Panamericana.

Aravena, J., Spencer, M., Verdugo, S., Flores, D., Gajardo, J., y Albala, C. (2016). Calidad de vida en cuidadores informales de personas con demencia: una revisión sistemática de intervenciones psicosociales. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 54(4), 328-341.

Asociación Americana de Psiquiatría. (2022). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.^a ed., texto rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425763>

Bjørge, H., Sæteren, B., y Ulstein, I. D. (2019). Experience of companionship among family caregivers of persons with dementia: A qualitative study [Experiencia de compañerismo entre cuidadores familiares de personas con demencia: un estudio cualitativo]. *Dementia*, 18(1), 228-244. <https://doi.org/10.1177/1471301216666172>

Cacioppo, J. T., Cacioppo, S., y Boomsma, D. I. (2014). Evolutionary mechanisms for loneliness. *Cognition and Emotion*, 28(1), 3–21. <https://doi.org/10.1080/02699931.2013.837379>

Cacioppo, S., Grippo, A. J., London, S., Goossens, L., y Cacioppo, J. T. (2015). Loneliness: Clinical import and interventions. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 238–249. <https://doi.org/10.1177/1745691615570616>

Camargo-Rojas, C. M., Blanco-Párraga, M. C., Bonilla-García, L. C., Cardona-Ocampo, M. A., Ibarra-Pacheco, T. S., Mahecha-Forero, L. N., Rodríguez-Rodríguez, L. M., Rodríguez-Peña, A. S., Sáenz-Arias, P. A., y Tique-Álvarez, M. C. (2022). Estigmatización y cuidado de las enfermedades neurocognitivas y de la salud mental de la persona mayor. *Revista Colombiana de Enfermería*, 21(2), e058. <https://doi.org/10.18270/rce.v21i2.3989>

Soledad No Deseada en Cuidadores de Personas Institucionalizadas.

Caron, C. D., Ducharme, F., y Griffith, J. (2006). Deciding on institutionalization for a relative with dementia: The most difficult decision for caregivers. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 25(2), 193–205.

Espín Andrade, A. M. (2008). Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34(3).

Ford, G. L. (2008). Life after placement: experiences of older rural caregivers after placing a family member into residential care. *Rural and Remote Health*, 8(3), 1030. <https://www.rrh.org.au/journal/article/1030>

Garre-Olmo, J. (2018). Epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. *Revista de Neurología*, 66(11), 377-386.

Garre-Olmo, J., Hernández-Ferrándiz, M., Lozano-Gallego, M., Vilalta-Franch, J., Turón-Estrada, A., Cruz-Reina, M. M., Camps-Rovira, G., y López-Pousa, S. (2000). Carga y calidad de vida en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Revista de Neurología*, 31(6), 522–527. <https://doi.org/10.33588/rn.3106.2000421>

Gaugler, J. E., Mittelman, M. S., Hepburn, K., y Newcomer, R. (2009). Predictors of change in caregiver burden and depressive symptoms following nursing home admission. *Psychology and Aging*, 24(2), 385-396. <https://doi.org/10.1037/a0016052>

Gaugler, J. E., Mittelman, M. S., Hepburn, K., y Newcomer, R. (2010). Clinically significant changes in burden and depression among dementia caregivers following nursing home admission. *BMC Medicine*, 8(85), 1-14. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-8-85>

Gaugler, J. E., Pot, A. M., y Zarit, S. H. (2007). Long-term adaptation to institutionalization in dementia caregivers. *The Gerontologist*, 47(6), 730-740. <https://doi.org/10.1093/geront/47.6.730>

Hainstock, T., Cloutier, D., y Penning, M. (2017). From home to 'home': Mapping the caregiver journey in the transition from home care into residential care. *Journal of Aging Studies*, 43, 32–39. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2017.09.003>

Soledad No Deseada en Cuidadores de Personas Institucionalizadas.

Holton, E., Boyle, N. B., Simons, R., Warters, A., O'Philbin, L., Lawlor, B., Gibb, M., O'Sullivan, R., Pertl, M., Quaid, K., Forrest, R., y McHugh Power, J. (2023). Freedom and loneliness: dementia caregiver experiences of the nursing home transition. *Age and Ageing*, 52(3), 1–10. <https://doi.org/10.1093/ageing/afad033>

Losada Baltar, A., Márquez González, M., Vara-García, C., Gallego Alberto, L., Romero Moreno, R., y Olazarán Rodríguez, J. (2017). Impacto psicológico de las demencias en las familias: propuesta de un modelo integrador. *Revista Clínica Contemporánea*, 8(e4), 1-27. <https://doi.org/10.5093/cc2017a4>

Mares-Rico, K. F., Cardona-Ramírez, V. L., Franco-Álvarez, D. M., Medina-Fernández, I. A., Medina-Fernández, J. A., y Carrillo-Cervantes, A. L. (2022). Anxiety, depression and loneliness in caregivers of people with chronic illness. *Index de Enfermería*, 31(3), 166-169. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962022000300006&lng=es&tlng=en

McNair, D. M., Lorr, M., y Droppleman, L. F. (1971). *Manual for the Profile of Mood States*. Educational and Industrial Testing Service.

Ministerio de Sanidad. (2024). *Manual de codificación CIE-10-ES diagnósticos* (5.^a ed.). https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/2024/Manual_Codificacion_CIE10ES_Diagnosticos_5_Edicion_1774004053538742055.pdf

Olivera Pueyo, F. J., y Pelegrín Valero, C. (2011). Demencia y personalidad: Un camino de ida y vuelta. *Informaciones Psiquiátricas*, (204), 111–117.

Organización Mundial de la Salud. (2023, 15 de marzo). *Demencia*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

Parra-Rizo, M. A., y Sanchís-Soler, G. (2021). Salud cognitiva y física de los cuidadores informales de personas mayores con demencia: una revisión narrativa. *Revista Psicología de la Salud*, 10(1), 81-91.

Soledad No Deseada en Cuidadores de Personas Institucionalizadas.

- Pedroso-Chaparro, M. S., Márquez-González, M., Fernandes-Pires, J. A., Gallego-Alberto, L., Jiménez-Gonzalo, L., Nuevo, R., y Losada, A. (2022). Validation of the Spanish version of the Three-Item Loneliness Scale (Validación de la versión española de la Escala de Soledad de Tres Ítems). *Studies in Psychology*, 43(2), 311-331. <https://doi.org/10.1080/02109395.2021.1989889>
- Pérez Lancho, M. C., y de la Vega-Hazas Monje, C. (2023). Intervención psicoeducativa y eficacia del autocuidado en cuidadores informales de personas con demencia. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 27-36.
- Perlman, D., y Peplau, L. A. (1981). Toward a social psychology of loneliness. En S. Duck y R. Gilmour (Eds.), *Personal relationships in disorder* (pp. 31–56). Academic Press.
- Pillemer, K., y Moore, D. W. (1989). Abuse of patients in nursing homes: Findings from a survey of staff. *The Gerontologist*, 29(3), 314–320. <https://doi.org/10.1093/geront/29.3.314>
- Pillemer, K., Suitor, J. J., Henderson, C. R., Jr., Meador, R., Schultz, L., Robison, J., y Hegeman, C. (2003). A cooperative communication intervention for nursing home staff and family members of residents. *The Gerontologist*, 43(Special Issue II), 96–106. https://doi.org/10.1093/geront/43.suppl_2.96
- Pinazo-Hernandis, S., y Arregi-Amas, A. (2024). Solas ante el cuidado. Las vivencias de las mujeres que cuidan de un familiar con demencia y la soledad que las acompaña. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria = Revista de servicios sociales*, (83), 39-51. <https://doi.org/10.5569/1134-7147.83.03>
- Pope, B., Gelling, L., Holland, S., y Cox, C. (2025). How do spouses experience living alone after their partner with dementia moves into a care home? *Journal of Clinical Nursing*, 34(9), 3592–3603. <https://doi.org/10.1111/jocn.17831>
- Pritty, B., De Boos, D., y Moghaddam, N. (2019). Factors influencing the transition experience of carers for persons with dementia, when the person with dementia moves into residential care: systematic review and meta-synthesis [Factores que influyen en

la experiencia de transición de los cuidadores de personas con demencia, cuando la persona con demencia se traslada a cuidados residenciales: revisión sistemática y meta-síntesis]. *Aging & Mental Health*, 24(11), 1775-1785.

<https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1602591>

Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.

<https://doi.org/10.1177/014662167700100306>

Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J., y Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *The American Journal of Psychiatry*, 139(9), 1136–1139. <https://doi.org/10.1176/ajp.139.9.1136>

Robertson, M. A., Petersen, E. E., Ross-White, A., y Egan, R. (2023). Experience of loneliness and depression due to spousal separation in long-term care residents and their spouses: a qualitative systematic review protocol. *JBIE Evidence Synthesis*, 21(8), 1672–1678. <https://doi.org/10.11124/JBIES-22-00270>

Russell, D., Peplau, L. A., y Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(3), 472–480. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.39.3.472>

Sánchez Gil, J., y Fontalba Navas, M. (2017). Consecuencias del Burnout de cuidadores de pacientes con demencia. *European Journal of Health Research*, 3(2), 119-126. <https://doi.org/10.30552/ejhr.v3i2.61>

Sánchez-Izquierdo Alonso, M., Prieto Ursúa, M., y Caperos, J. M. (2017). The family caregiver after the institutionalization of the dependent elderly relative. *Educational Gerontology*, 43(12), 650–661. <https://doi.org/10.1080/03601277.2017.1386403>

Scharlach, A. E., Kellam, R., Ong, N., Baskin, A., Goldstein, C., y Fox, P. J. (2006). Cultural Attitudes and Caregiver Service Use. *Journal of Gerontological Social Work*, 47(1-2), 133-156. https://doi.org/10.1300/J083v47n01_09

Soledad No Deseada en Cuidadores de Personas Institucionalizadas.

Spielberger, C. D. (1972). [Review of the Profile of Mood States, by D. M. McNair, M. Lorr, y L. F. Droppleman]. *Professional Psychology*, 3(4), 387–388.

Valenzuela, M., Slachevsky, A., Thumala, D., Pinto, A., Olavarría, L., Lema, J., Gajardo, B., y Miranda-Castillo, C. (2023). Soledad en cuidadores informales de personas con demencia durante la pandemia de COVID-19. *Horizonte de Enfermería, número especial*, 247–265. https://doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.Num.esp.247-265

Vasileiou, K., Barnett, J., Barreto, M., Vines, J., Atkinson, M., Lawson, S., y Wilson, M. (2017). Experiences of Loneliness Associated with Being an Informal Caregiver: A Qualitative Investigation [Experiencias de soledad asociadas al hecho de ser un cuidador informal: una investigación cualitativa]. *Frontiers in Psychology*, 8, 585. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00585>

Vázquez, F. L., Blanco, V., y López, M. (2007). An adaptation of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale for use in non-psychiatric Spanish populations. *Psychiatry Research*, 149, 247-252.

7.- ANEXOS

DECLARACIÓN USO DE HERRAMIENTAS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL GENERATIVA

Título del trabajo: Soledad no deseada en cuidadores familiares de personas con demencia residentes en centros sociosanitarios

Autor/a: Francesca Monika Gherghina Nagy

DNI/Alumno/a: 60041840 H

Nombre del Director/a de TFM: Laura Gallego-Alberto

Nombre del Máster: Máster en Psicología General Sanitaria

Coordinador/a de TFM: Pablo Fernández Cáncer

Mediante la presente, declaro que en la elaboración del trabajo arriba indicado he utilizado herramientas de Inteligencia Artificial Generativa en las siguientes fases (marcar y describir):

Búsqueda y localización de bibliografía: [indicar herramienta(s) y breve descripción del uso y prompts].

Para la búsqueda de bibliografía, entre otros medios de búsqueda (como PsycINFO o Dialnet) he utilizado Google académico - Labs

Ejemplos:

- Soledad no deseada en cuidadores de personas con Alzheimer
- Qué es la enfermedad del Alzheimer
- Cómo afecta al cuidador el ingreso de su familiar en una residencia

Resumen/ayuda para comprensión de textos: [indicar herramienta(s) y breve descripción del uso y prompts].

Mediante el uso de Gemini, pedía resúmenes de artículos, en cuyo título o palabras clave encontraba algo relacionado con mi TFM. Si en el resumen veía que podía haber información relevante, iba al párrafo que Gemini marcaba donde se encontraba la información en el artículo original y solo leía ese apartado. También lo usaba para traducir artículos al español.

Ejemplos:

- “Resume este artículo” o “¿En este artículo se habla de X tema?” (inserto artículo en PDF)
- Traduce este texto al español (inserto artículo en PDF)

Organización/estructura del trabajo: [indicar herramienta(s) y breve descripción del uso y prompts].

Revisión ortográfica/estilo: [indicar herramienta(s)].

Gemini

- “Corrige las posibles faltas de ortografía de este documento. Genera una lista con las faltas que encuentres”. Posteriormente buscaba esas palabras en el documento y las cambiaba.

Generación de texto (fragmentos): [indicar herramienta(s) y especificar exactamente qué se generó y cómo fue editado por el autor del TFM].

Otros (especificar):

Generar las referencias y citas bibliográficas y ayuda para ordenarlas alfabéticamente.

Pedir sinónimos para palabras que se repetían mucho a lo largo del trabajo.

Pedir expresar un párrafo de forma más formal.

Explica qué hiciste para comprobar y garantizar que la información proporcionada por la IA era correcta.

Para asegurar que la información es correcta, siempre acudía al texto original (Gemini crea un vínculo entre el texto que resume y el texto original de donde extrae la información) y leía el apartado que fuera correspondiente en cada caso. Además, al necesitar varios artículos para el mismo tema, se comprobaba que la información aportada en los distintos artículos fuera similar.

Declaración de veracidad:

Firmo y certifico que la información procedente de herramientas de IA ha sido verificada por mí mediante consulta de fuentes académicas primarias y que el texto final incorpora un trabajo de redacción, síntesis y reflexión personal.

Firma del/a alumno/a: Francesca Monika Gherghina Nagy

Fecha: 05/05/2026