



Soledad en personas adultas con discapacidad visual. Una revisión sistemática.

Marta Olaizola Anzola

Universidad Pontificia de Comillas

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Máster de Psicología General Sanitaria

Tutora: Natalia Martín-María

Fecha: 12 de mayo de 2026

Resumen

La soledad es un fenómeno psicológico relevante en personas con discapacidad visual. Esta diversidad funcional conlleva una vulnerabilidad emocional debido a cambios en la autonomía, la participación social, y las redes de apoyo. El objetivo del presente trabajo fue realizar una revisión sistemática para estudiar la relación entre la discapacidad visual y la soledad en adultos, con el fin de entenderla mejor, y así encontrar factores moduladores y posibles líneas de intervención, con programas más efectivos y específicos. Para ello, se realizó una búsqueda en las bases de datos PubMed, PsycINFO y Psychological and Social Sciences Collection (EBSCO). Se obtuvieron 651 resultados y, finalmente, se incluyeron 9 trabajos. Tanto el diseño de los estudios como los instrumentos de evaluación fueron heterogéneos, permitiendo analizar la pregunta de estudio desde distintas perspectivas para enriquecer los hallazgos. La evidencia señala la presencia de una mayor soledad en personas con discapacidad visual con un modelo explicativo de corte social. Se concluye con la necesidad de ampliar la investigación en este ámbito apelando al compromiso social (por la influencia del entorno en esta problemática), de tal manera que se garantice el bienestar psicológico y la participación social de las personas con discapacidad visual.

Palabras clave: discapacidad visual, soledad, satisfacción vital y participación social.

Abstract

Loneliness is a relevant psychological phenomenon in people with visual impairment due to the emotional vulnerability that this functional diversity entails, due to changes in: autonomy, social participation and support networks. The aim of this work was to conduct a systematic review to study the relationship between visual impairment and loneliness in adults, in order to better understand it, and thus find modulatory factors and possible lines of

intervention, with more effective and specific programs. To do this, a search was conducted in the PubMed, PsycINFO and Psychological and Social Sciences Collection (EBSCO) databases. A total of 651 results were obtained and, finally, 9 papers were included. Both the design of the studies and the assessment instruments were heterogeneous, allowing the study question to be analyzed from different perspectives to enrich the findings. The evidence points to the presence of greater loneliness in visually impaired people with a social explanatory model. It concludes with the need to expand research in this field appealing to social commitment (because of the influence of the environment in this problem), in such way that psychological well-being and social participation of people with visual disabilities is guaranteed.

Keywords: visual impairment, loneliness, life satisfaction and social participation.

Índice

Introducción	1
Contexto teórico/marco conceptual.....	1
Justificación y relevancia del tema.....	4
Objetivos y/o preguntas de investigación.....	7
Metodología	8
Diseño de la búsqueda.....	8
Criterios de elegibilidad	10
Variables de resultado y metodológicas	11
Análisis de datos	11
Resultados	13
Características metodológicas de los estudios incluidos	13
Niveles de soledad en personas con discapacidad visual	19
En comparación con población sin discapacidad visual.....	20
Calidad metodológica de los estudios	21
Discusión	25
Interpretación de los hallazgos.....	25
Implicaciones teóricas y prácticas.....	28
Limitaciones de la revisión.....	30
Recomendaciones para futuras investigación	30
Conclusiones	32
Referencias	34

Introducción

Contexto teórico/marco conceptual

La discapacidad visual (DV), como tantas otras discapacidades, ha transitado por un largo recorrido social en el que la comprensión no siempre ha sido adecuada. Durante siglos, los modelos médicos han sido las interpretaciones principales, donde la persona con discapacidad era considerada un sujeto pasivo, definido casi exclusivamente por su déficit funcional y necesitado de una protección paternalista, generando dependencia y marginación social (Oliver, 1996). Esta situación contribuyó a que las experiencias emocionales de estas personas quedaran en un segundo plano, porque quedaron entendidas como una consecuencia inevitable de este déficit sensorial (Shakespeare, 2014).

La forma de abordar la soledad en personas con discapacidad visual no se planteó debido a esta concepción reduccionista, centrando la investigación científica en variables funcionales y médicas, desviando la atención de la soledad como fenómeno psicológico y social dentro de este colectivo (Barnes, 2012). Sin embargo, el cambio llegó con el modelo social de la discapacidad. Este enfoque considera que la discapacidad es el resultado de la interacción entre las características propias de la persona (considerando los déficits funcionales) y el entorno no diseñado para la diversidad funcional. Con este modelo, se permitió la reinterpretación del fenómeno psicológico y social de la soledad desde un marco estructural y relacional (Oliver, 1996).

Al situar el énfasis en las barreras sociales comunicativas y actitudinales, se entiende que la limitación en la participación social produce ese impacto significativo en la soledad de personas adultas con discapacidad visual. Por lo tanto, los factores clave en la experiencia de

soledad (más allá de la pérdida visual de estas personas) son: las actitudes paternalistas y la exclusión de estas personas de espacio comunitarios por la falta de entornos accesibles a la diversidad funcional (Emerson et al., 2021). La Organización Mundial de la Salud (OMS) subraya que un componente esencial de la salud es el bienestar emocional y social, y que las personas con discapacidad visual son más vulnerables a experimentar soledad por las barreras en su entorno físico y social. En este contexto, la soledad pasa a tener una gran importancia como indicador de exclusión social y de vulneración del derecho a la participación (OMS, 2019). Esta visión social e inclusiva se refuerza con el establecimiento de la participación plena y efectiva en la sociedad como un derecho fundamental en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, implicando la obligación de promover entornos accesibles a los Estados, favoreciendo de esta manera la interacción social y el bienestar emocional de las personas con discapacidad visual (Naciones Unidas, 2006).

Es pertinente para este trabajo subrayar la diferencia entre soledad y aislamiento social, comúnmente confundidos. El aislamiento social hace referencia a una situación objetiva de escasez de contacto que puede generar soledad. La soledad, en cambio, es una experiencia subjetiva de desconexión social (De Jong Gierveld & Van Tilburg, 2006). Esta diferencia esclarece que el factor determinante es la calidad con la que se perciben esas relaciones, puesto que la ausencia de soledad no se garantiza con la cantidad de relaciones sociales. Diversos estudios muestran que las personas con discapacidad visual presentan un mayor riesgo de experimentar soledad, a pesar de mantener contacto frecuente con familiares y/o cuidadores (Crews & Campbell, 2004).

La soledad es un fenómeno complejo y multidimensional especialmente relevante en el ámbito de la salud y la discapacidad por el impacto que provoca en el bienestar psicológico y,

por ende, en la calidad de vida de poblaciones vulnerables (Brunes et al., 2019). Conceptualmente, la soledad es una experiencia subjetiva que surge ante la incongruencia entre las expectativas relacionales o relaciones sociales deseadas y las que el individuo experimenta realmente (Perlman & Peplau, 1981). Dentro del concepto de soledad, se distinguen dos dimensiones: soledad social y soledad emocional; que responden a mecanismos psicológicos distintos (Weiss, 1973). La soledad social se vincula al número y frecuencia de contactos sociales y es la falta de una red social amplia y satisfactoria, conteniendo en el matiz “satisfactoria” el apunte subjetivo que la diferencia del aislamiento social (De Jong Gierveld & Van Tilburg, 2006). Por otro lado, la soledad emocional está vinculada al apoyo emocional significativo, que resulta carente cuando hay una ausencia de relaciones íntimas o vínculos afectivos (Weiss, 1973). Por ello, el fenómeno de la soledad es especialmente relevante en población con discapacidad visual, porque ambas dimensiones quedan afectadas, puesto que las limitaciones funcionales que presentan estas personas pueden reducir tanto la interacción social como la calidad de las relaciones interpersonales (Rokach et al., 2021).

Distintos estudios señalan la estrecha relación entre la soledad emocional y el malestar psicológico y los síntomas depresivos en personas con discapacidad visual (Verstraten et al., 2005). Los modelos contemporáneos destacan el papel de los procesos cognitivos en la soledad. En personas con discapacidad visual, su contexto de vulnerabilidad intensifica estos procesos. Esto supone que se perciba una mayor interpretación negativa de las interacciones sociales y que se desarrolle mayor sensibilidad al rechazo por la hipervigilancia social (Cacioppo & Hawkley, 2009). La percepción de la competencia social en personas con discapacidad visual queda mermada por las dificultades que encuentran en el acceso a la información no verbal, la interpretación de señales sociales o su capacidad autonómica en entornos no accesibles (Nyman et al., 2012).

Es relevante destacar que la discapacidad visual contiene un amplio espectro de condiciones y distintos niveles de severidad, con sus repercusiones funcionales propias, que constituyen un problema de salud global (OMS, 2019). De acuerdo con la OMS, la discapacidad visual se divide en tres grupos según la agudeza y el campo visual: leve o moderada, grave y ceguera (OMS, 2019). La discapacidad visual leve o moderada puede ser compensada parcialmente con distintas ayudas técnicas o adaptaciones ambientales, puesto que implica dificultades en tareas cotidianas (Bourne et al., 2017). La discapacidad visual grave afecta directamente a la autonomía, puesto que se asocia a limitaciones significativas en la movilidad, orientación y participación social (OMS, 2019). Finalmente, la ceguera, siendo la pérdida casi total o total de la visión, implica una dependencia de recursos externos para la vida diaria (Pascolini & Mariotti, 2012). El aislamiento y la soledad aparecen progresivamente en las personas con discapacidad visual, debido a las barreras para la interacción social y el acceso a entornos comunitarios, a medida que progresivamente aumenta su severidad (Brunes et al., 2019). Por lo tanto, estas limitaciones afectan tanto al funcionamiento diario como a la percepción de autoeficacia y construcción de la identidad personal (Pinquart & Pfeiffer, 2011).

Justificación y relevancia del tema

La soledad tiene implicaciones significativas en el bienestar psicológico y social, y es un fenómeno que los estudios epidemiológicos señalan como más frecuente en personas con discapacidad visual que en la población general, independientemente de variables sociodemográficas como edad, sexo o estado civil (Thorsteinsson et al., 2019); con tasas en población con discapacidad visual de soledad moderada del 28,7% y soledad severa del 19,7%; respecto a niveles poblacionales generales de un 18,2% y un 2,1-6,1% (Brunes et al., 2019).

Esta mayor vulnerabilidad no se debe al déficit funcional propio de estas personas, sino a un conjunto de factores tanto individuales, como sociales y estructurales (Nyman et al., 2012).

Las consecuencias de la soledad en la salud mental incluyen mayor riesgo de depresión y ansiedad y un empeoramiento de la autoestima. Las barreras físicas y sociales suponen una limitación en la autonomía y la capacidad de relacionarse las personas con discapacidad visual (Papadopoulos et al., 2015). En estudios en población general, a nivel físico, se ha asociado la soledad a un aumento del riesgo en distintas enfermedades cardiovasculares (17%), del riesgo de ictus (23%) y del riesgo de mortalidad global (26%) (Holt-Lunstad et al., 2015). Los factores de vulnerabilidad adicionales que presentan las personas con discapacidad visual pueden intensificar este riesgo, puesto que presentan tasas de depresión superiores a las normativas: 14-44% frente al 4,4% (OMS, 2017). A nivel cognitivo, se encuentra un incremento en el riesgo de presentar deterioro cognitivo y demencia, este es de 1,44-1,99 veces superior a personas sin discapacidad visual (Chen et al., 2021). A nivel social, se produce un retraimiento en la persona que padece soledad, su percepción de desconexión hace que evite participar en actividades sociales/comunitarias y que reduzca poco a poco los contactos interpersonales. En personas con discapacidad visual, las dificultades de accesibilidad en el entorno podrían hacer que este fenómeno sea especialmente relevante, perpetuándose así la experiencia de aislamiento (Cacioppo & Hawkey, 2009).

Resulta muy relevante la investigación de la discapacidad visual en su relación con la soledad por los complejos procesos de adaptación psicológica y social que viven las personas en la transición vital en la que esta discapacidad aparece (Livneh & Antonak, 2005). En el contexto vital de estas personas ocurren constantemente transiciones relacionadas con: cambios en la autonomía, en las redes sociales (los roles sociales o estructuras de redes de

apoyo), y situaciones (tales como la discriminación social) en las que se genera una vulnerabilidad emocional (Evans, 1983). Especialmente durante los primeros momentos de adaptación a la discapacidad visual, la evidencia empírica confirma un aumento de la soledad y síntomas depresivos (Verstraten et al., 2005).

Como se ha mencionado en el subapartado previo, la soledad en este colectivo está intrínsecamente relacionada con los derechos humanos, en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad se reconoce que la persistencia de la soledad en una persona puede ser un indicador de exclusión y vulneración del derecho que defiende la participación social (Naciones Unidas, 2006). Aún conociendo este dato, la investigación científica sigue siendo limitada. Además, la mayor parte de las investigaciones engloban distintos tipos de discapacidad, sin considerar, en este caso, la necesidad de investigación en discapacidad visual de manera aislada (Gómez-Zúñiga, 2023). A su vez, las intervenciones diseñadas para paliar la soledad se han desarrollado, sobre todo, en población general, especialmente en personas mayores (sin considerar ningún tipo de discapacidad). Por lo tanto, estas intervenciones no están adaptadas a la discapacidad visual en cuanto a materiales, orientación en entornos o estrategias de comunicación (Masi et al., 2011). Desde hace unos años, se empiezan a evaluar las intervenciones dirigidas a esta población, sin embargo, la evidencia sobre su eficacia es limitada y son necesarias más revisiones sistemáticas que puedan valorar críticamente los resultados que haya disponibles (Gardiner et al., 2018).

A su vez, la comparación entre estudios es complicada por la heterogeneidad en los instrumentos que se utilizan para medir la soledad. Algunos emplean escalas validadas como la Escala de Soledad de De Jong Gierveld (1985), pero otros recurren a autoinformes u otras medidas ad hoc que perjudican la validez y la fiabilidad (De Jong Gierveld & Van Tilburg,

2006). El objetivo del presente trabajo es identificar patrones relacionales entre la soledad en personas adultas con discapacidad visual.

Objetivos y/o preguntas de investigación

El objetivo principal del presente trabajo consiste en realizar una revisión sistemática sobre la evidencia científica que estudia la relación entre la discapacidad visual y la soledad en adultos, pretendiendo responder a la necesidad demostrada de entender mejor la soledad en personas adultas con discapacidad visual.

Metodología

Diseño de la búsqueda

La búsqueda del presente trabajo se desarrolló a través de distintas bases de datos científicas. Las fuentes utilizadas fueron: PubMed, Psycinfo, y Psychological and Social Sciences Collection (EBSCO). En la Tabla 1 se muestra el número de artículos extraídos de cada base de datos junto con los términos de búsqueda utilizados.

Tabla 1

Búsqueda en bases de datos

Base de datos	Número de artículos	Búsqueda
PubMed	91	(blind[Title/Abstract] OR "visual impairment"[Title/Abstract]) AND (loneliness[Title/Abstract])
Psycinfo	44	(blind.ti,ab. OR "visual impairment".ti,ab.) AND loneliness.ti,ab.
Psychology and Social Sciences Collection (EBSCO)	516	(TI(blind) OR AB(blind) OR TI("visual impairment") OR AB("visual impairment")) AND

(TI(loneliness) OR

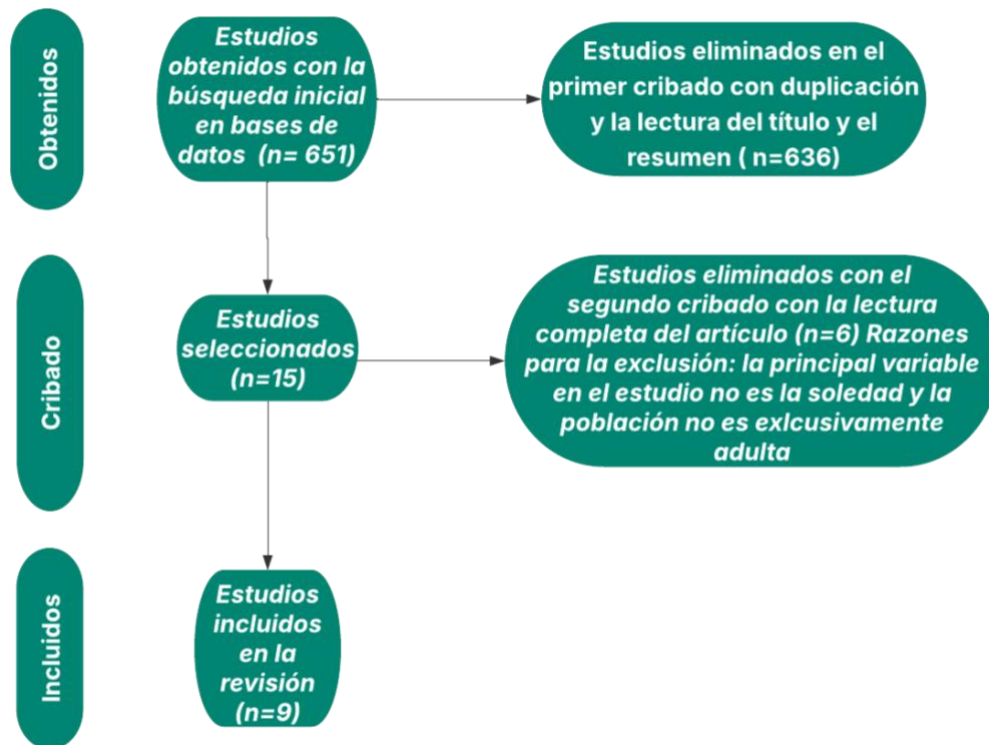
AB(loneliness))

Se elaboró una nomenclatura específica para cada fuente mediante las palabras clave: *visual impairment* o *blind* y *loneliness*. Esta elaboración de la nomenclatura propia de cada fuente, adaptando la sintaxis a los tesauros y operadores específicos de cada plataforma, permitió acceder a resultados más afines a la intención de búsqueda. Se revisaron y verificaron todos los resultados antes de su inclusión en el manuscrito.

De los 651 resultados, posteriormente, se filtró la búsqueda a artículos escritos exclusivamente en inglés o español. Tras ello, se eliminó un 97.7%: un 23.2% por duplicación (n=151) y un 74.42% tras la lectura del título y el resumen (n=485), porque no se ajustaban específicamente a la pregunta de investigación. El diagrama de flujo se encuentra en la Figura 1. De los 15 estudios seleccionados, tras la lectura a texto completo, se eliminó el 40%, llegando al número final de 9 trabajos incluidos en la presente revisión.

Figura 1

Diagrama de flujo



Criterios de elegibilidad

Al ser el objetivo del presente trabajo estudiar la relación entre la soledad y la discapacidad visual en personas adultas, se incluyen estudios observacionales y descriptivos.

Los criterios de elegibilidad se establecieron en función de la pregunta de investigación y del objetivo principal del estudio. Entre los criterios de inclusión, se consideraron: investigaciones que abordaran explícitamente la soledad, sujetos con discapacidad visual (incluyendo grupos con la condición y grupos control), población de 18 años o más y publicaciones en lengua española e inglesa. Se incluyeron estudios de distintos diseños, entre ellos: transversales, longitudinales y cualitativos. En cuanto al límite de fecha de publicación,

se decidió no establecer un límite, tratando de optar por información actualizada y considerando a su vez la riqueza de la comparación temporal.

Entre los criterios de exclusión se encontraban: estudios basados en población infantil, investigaciones que abordaran la discapacidad de manera general sin especificar si esta era visual, artículos que no analizaran la soledad, y cualquier documento que no fuera un artículo científico, por ejemplo, artículos de opinión en revistas o artículos de divulgación.

Variables de resultado y metodológicas

Las variables de interés de los estudios diferenciaron entre variables de resultados y metodológicas. Las variables de resultados se relacionaban directamente con la soledad. Otras variables relevantes encontradas en los estudios relacionadas con la soledad en personas ciegas fueron: satisfacción vital, apoyo social, experiencias de soledad social y aislamiento, habilidades de autogestión, adaptación a la pérdida de visión, depresión, apoyo social y de pares, y experiencias de discriminación.

Las variables metodológicas incluyeron el diseño del estudio, el tamaño de la muestra, el país donde se realizó el estudio y los instrumentos de evaluación utilizados.

Análisis de datos

El análisis de datos se estructuró por fases. En la primera fase, se llevó a cabo la lectura de cada estudio y se realizó una tabla con las siguientes categorías: ID/referencia, diseño del estudio, país de realización, población, tamaño de la muestra, país de realización, instrumentos de evaluación y principales resultados de soledad. En la segunda fase, se realizó un estudio de

la calidad metodológica de los estudios seleccionados. Finalmente, en la tercera fase, se compuso una integración narrativa de todos los hallazgos.

La calidad metodológica de los estudios se realizó mediante herramientas validadas específicas. En el caso de los estudios observacionales cuantitativos (tanto transversales como longitudinales), se utilizaron los criterios de la Joanna Briggs Institute (JBI; Joanna Briggs Institute, 2017) y la escala Newcastle-Ottawa Scale (NOS; Wells et al., s.f.). Para los estudios cualitativos se implementaron los criterios del Critical Appraisal Skills Programme (CASP; CASP, 2024). Fue necesaria la utilización de distintas herramientas específicas para evaluar adecuadamente la metodología de los estudios incluidos, para garantizar que fuese adecuada a las características propias de cada tipo de diseño.

La herramienta JBI, utilizada para los estudios transversales, valoran que la muestra esté bien definida, que tanto el contexto como los participantes estén descritos, que se haya medido de forma válida la exposición y los resultados, se identifiquen los factores de confusión y que el análisis estadístico sea apropiado (Joanna Briggs Institute, 2017). Esta herramienta fue utilizada para los estudios cuantitativos y comparativos: Alma e tal. (2011), Brunet et al. (2019), Chun & Chan (2022), Rokach et al. (2021) y Verstraten et al. (2005).

La calidad metodológica se realizó a través de los pasos encomendados por la herramienta. Es relevante mencionar las limitaciones estructurales propia de los diseños transversales: no permiten establecer causalidad, tienen un problema de temporalidad (en este caso, no se podría saber si la soledad aparece antes o después de la pérdida visual), mayor riesgo de sesgos (especialmente de autoinforme y de selección, no considerando en este caso a toda la población con discapacidad visual, sino los que acuden a los centros que registran esta información), no capta cambios a lo largo del tiempo (no muestra la evolución) y tienen menor

nivel de evidencia científica en comparación con los estudios longitudinales y los ensayos experimentales.

La herramienta NOS fue utilizada para valorar la calidad metodológica de los estudios no aleatorizados, en concreto estudios de cohorte y caso-control. Mediante esta herramienta, se evalúan tres áreas: la selección de la muestra, la comparabilidad de los grupos y la evaluación del resultado (Wells et al., s.f.). Los estudios analizados con esta herramienta fueron 2: Evans (1983) y Heppe et al. (2020), por ser estudios longitudinales

Finalmente, para los estudios cualitativos con entrevistas semi estructuradas, se utilizó la herramienta CASP. Esta herramienta valora los estudios basados en entrevistas, experiencias subjetivas y análisis cualitativo. Se evalúa: la claridad de los objetivos, la adecuación del diseño, la estrategia de reclutamiento, la recogida de datos, la reflexividad, el análisis ético y la relevancia de los resultados (CASP, 2024). Los estudios analizados con esta herramienta fueron Macdonald et al. (2018) y Rabiee et al. (2021).

Resultados

Características metodológicas de los estudios incluidos

De los nueve estudios seleccionados se encontró una gran heterogeneidad en cuanto al diseño de investigación, como se muestra en la Tabla 2. Cinco estudios utilizaron un enfoque transversal cuantitativo (Alma et al., 2011; Brunes et al., 2019; Chu & Chan, 2022; Rokach et al., 2021; Verstraten et al., 2005), que permiten conocer el fenómeno de la soledad en personas con discapacidad visual desde las prevalencias encontradas y el análisis de las asociaciones con otras variables. Por otro lado, dos estudios utilizaron un diseño longitudinal (Evans, 1983; Heppe et al., 2020), permitiendo analizar la evolución del fenómeno a lo largo del tiempo,

atravesando distintos cambios vitales. Finalmente, los dos estudios restantes contenían metodologías cualitativas (Rabiee et al., 2021; Macdonald et al., 2018), que añaden al estudio del presente trabajo el enfoque personal y subjetivo de la vivencia de cada sujeto con discapacidad visual. En cuanto a la fecha de publicación, no se aplicó ningún filtro de tiempo.

Los tamaños muestrales variaron considerablemente, por un lado, en los estudios cualitativos se encontraron muestras más variadas (N=605 y N=46, propio de este tipo de estudios); por otro lado, en los estudios cuantitativos, se encontraron muestras desde los 31 hasta los 736 participantes, formando una suma de 2.856 personas. En cuanto a la media de edad de los participantes, dentro de la adultez, se encontró también un amplio rango, permitiendo explorar la soledad en personas con discapacidad visual en diferentes etapas de su ciclo vital, variando esta edad media entre los 18.1 y los 78.2 años. En todos los estudios a excepción de uno (Heppe et al., 2020), el porcentaje de mujeres superaba el de hombres, con una media de 58.4%.

En referencia a el país de realización de los estudios, tres se realizaron en Países Bajos (Alma et al., 2011; Heppe et al., 2020; Verstraten et al., 2005), dos en Reino Unido (Macdonald et al., 2018; Rabiee et al., 2021), y el resto se realizaron en Noruega, China, Estados Unidos y Canadá, ofreciendo un enfoque tanto occidental como oriental. En su mayoría, las muestras proceden de poblaciones comunitarias con discapacidad visual (es decir, personas con discapacidad visual que viven en sus casas y acuden a distintos servicios u organizaciones, pero no residen allí) reclutadas a través de organizaciones o asociaciones (Brunes et al., 2019, Chu & Chan, 2022; Heppe et al., 2020; Rokach et al., 2021). Por otro lado, en los estudios de Alma et al. (2011), Verstraten et al. (2005) y Evans (1983), los participantes estaban vinculados a servicios clínicos o programas de rehabilitación visual, sin especificar su residencia. También

se analizó la discapacidad visual en contextos sociales más amplios o mediante entrevistas cualitativas, debido a que los participantes eran procedentes de servicios sociales y entornos residenciales (Macdonald et al., 2018; Rabiee et al., 2021). En resumen, la mayoría de los estudios se desarrollaron en contextos comunitarios, incluyendo también participantes de servicios clínicos o rehabilitación visual.

Los instrumentos de evaluación fueron variados, aunque se emplearon varias escalas validadas de soledad, la mayoría utilizó el cuestionario De Jong Gierveld Loneliness Scale (Alma et al., 2011; Heppe et al., 2020; Verstraten et al., 2005) y la UCLA Loneliness Scale o sus versiones abreviadas (Brunes et al., 2019; Chu & Chan, 2022; Rokach et al., 2021). Las otras dos utilizadas fueron la Zung Self-Rating Depression Scale (Evans, 1983) y la Center for Epidemiological Studies Depression Scale (Verstraten et al., 2005). También se incluyeron instrumentos de medición del apoyo social (Chu & Chan, 2022; Evans, 1983) y de satisfacción con la vida (Brunes et al., 2019), o entrevistas cualitativas semi estructuradas (Macdonald et al., 2018).

Tabla 2

Características metodológicas de los estudios incluidos

Estudio	Diseño del estudio	Tamaño de la muestra (N=2.856, DV= 2.349, no DV=507), edad y sexo	País de realización	Instrumento(s) de evaluación	Principales resultados (soledad)
Alma et al., 2011	Transversal	<ul style="list-style-type: none"> • N= 296 DV • Edad media=78.2 • M=65.3% 	Países Bajos	<ul style="list-style-type: none"> • DJGLS • SMAS-30 	<ul style="list-style-type: none"> • 40% soledad moderada o severa • < habilidad de autogestión= puntuaciones más altas de soledad (p<0.01)
Brunes et al., 2019	Transversal	<ul style="list-style-type: none"> • N= 736 DV • Edad media= 61.4 • M=55.2% 	Noruega	<ul style="list-style-type: none"> • UCLA-3 • SWLS 	<ul style="list-style-type: none"> • 30-35% soledad moderada o alta • > discapacidad = > soledad (p< 0.05)
Chu & Chan, 2022	Transversal	<ul style="list-style-type: none"> • N= 456 DV • Edad media= 63.8 • M=53.5% 	China	<ul style="list-style-type: none"> • UCLA • MSPSS 	<ul style="list-style-type: none"> • 25-30% soledad alta • Bajo apoyo social= > soledad (p< 0.001)
Evans, 1983	Longitudinal (2 años)	<ul style="list-style-type: none"> • N= 31 DV • Edad media= 60.3 • M=59% 	Estados Unidos	<ul style="list-style-type: none"> • UCLA • ZSRDS Registro de actividad social 	<ul style="list-style-type: none"> • Soledad aumenta significativamente tras determinación DV (p< 0.05) • Aproximadamente un 36% de los participantes mostraban niveles clínicamente relevantes de depresión

					<ul style="list-style-type: none"> • Media de los resultados de ZSRDS= 44 puntos (40-49 depresión leve) • Personas con menor actividad social presentaban puntuaciones de depresión significativamente más altas
Heppe et al., 2020	Longitudinal de cohorte (20 años)	<ul style="list-style-type: none"> • N = 316 DV • Edad media inicial= 18.1 • M=47.5% 	Países Bajos	<ul style="list-style-type: none"> • DJGLS • PNL 	<ul style="list-style-type: none"> • Soledad moderada y estable • 29% soledad moderada • 16% soledad estable (alta persistente) • > apoyo social temprano= predictor menor soledad a largo plazo (p< 0.01)
Macdonald et al., 2018	Cualitativo	<ul style="list-style-type: none"> • N= 605 (DV=250, no DV=355) • Edad media no reportada • M=no reportado por subgrupo DV 	Reino Unido	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista semi estructurada 	<ul style="list-style-type: none"> • Soledad frecuente y persistente (relación con exclusión social) • 51.6% de las personas con DV reportan soledad • 15.5% de las personas sin discapacidad visual reportan soledad • Las personas con DV reportan un 36.1% más de soledad que las personas sin DV
Rabiee et al., 2021	Cualitativo	<ul style="list-style-type: none"> • N= 46 DV • Rango de edad=66-98 años 	Reino Unido	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista semi estructurada (elaborada por los autores) 	<ul style="list-style-type: none"> • Soledad implícita y normalizada (no se verbaliza directamente)

		<ul style="list-style-type: none"> • M= 72% 			<ul style="list-style-type: none"> ○ Soledad implícita=47% ○ Soledad normalizada= 53% • Aislamiento social frecuente= 30% aprox.
Rokach et al., 2021	Transversal comparativo	<ul style="list-style-type: none"> • N= 304 (DV=196, no DV=152) • Edad mediano reportada • M=51% 	Canadá	<ul style="list-style-type: none"> • Loneliness Questionnaire Rokach • Coping with Loneliness Questionnaire 	<ul style="list-style-type: none"> • > soledad en personas con DV (diferencias significativas en puntuaciones medias - p<0.05-) <ul style="list-style-type: none"> ○ Media=45 puntos personas DV ○ Media=37 puntos personas sin DV
Verstraten et al., 2005	Transversal	<ul style="list-style-type: none"> • N= 209 DV • Edad media= 75.6 • M=64% 	Países Bajos	<ul style="list-style-type: none"> • DJGLS • CES-D 	<ul style="list-style-type: none"> • 50% soledad elevada • Asociación significativa entre soledad y depresion (p< 0.01)

¹ Nota. Las siglas UCLA corresponden a University of California Los Angeles Loneliness Scale version 3; LQR: Loneliness

Questionnaire (Rokach); DJGLS: De Jong Gierveld Loneliness Scale; ZSRDS: Zung Self-Rating Depression Scale, PNL: Personal Network List, SWLS: Satisfaction With Life Scale, MSPSS: Multidimensional Scale of Perceived Social Support, Coping with Loneliness Questionnaire, CES-D: Center for Epidemiological Studies Depression Scale y SMAS-30: Self-Management Abilities Scale-30 items.

Niveles de soledad en personas con discapacidad visual

Debido a la heterogeneidad de las muestras en cuanto a la edad, resulta interesante hacer una separación de los resultados por grupo etario, de tal manera que se pueda analizar su efecto en la relación entre la discapacidad visual y la soledad.

Se encontraron similares resultados en los distintos estudios centrados en personas mayores de 65 años. Tanto Alma et al. (2011), como Verstraten et al. (2005), y Rabiee et al. (2021) sugieren que una proporción considerable de la muestra (45.3% de media entre los tres estudios) presenta niveles moderados o severos de soledad. En el caso de Rabiee et al. (2021), además, se refleja que las experiencias de aislamiento hacen que la soledad esté integrada en la vida cotidiana de estas personas y llegue a tal punto que no sea identificada como un problema específico.

La evidencia de la soledad sigue presente en la población adulta de 40 a 60 años a pesar de encontrar cifras distintas a las de personas mayores. En este caso, la prevalencia de la soledad en niveles moderados o altos se encuentra entre un 30 y un 35% (Brunes et al., 2019), permitiendo observar que el fenómeno de la soledad no es exclusivo para de las personas mayores. A su vez, una cuarta parte de las personas del estudio de Chu & Chan (2022) presentó niveles elevados de soledad.

Los datos obtenidos de la población adulta joven de 18 a 30 años se encuentran principalmente en el estudio longitudinal de Heppe et al. (2020). En este caso se puede ver cómo los datos de prevalencia se asemejan, pero no en intensidad. Se encuentran niveles moderados de soledad (siendo mayor que en otros grupos poblacionales), pero estables a lo largo del tiempo. En este estudio se destaca la importancia del apoyo social temprano como factor protector frente a la soledad.

Analizando conjuntamente los resultados sin diferenciar por grupos de edad, se puede observar que los porcentajes de soledad en personas con discapacidad visual representan un rango elevado. En los estudios cuantitativos nos encontramos con datos dentro de cada muestra que arrojan lo siguiente: un 40% presenta soledad moderada o severa en Alma et al. (2011), entre un 30% y un 35% en Brunet et al. (2019), de entre un 25% y un 30% en Chu & Chan (2022), 29% de soledad moderada y 16% de soledad persistente alta en Heppe et al. (2020) y un 50% en Verstraten et al. (2018). En el siguiente subapartado se expondrán los datos obtenidos de los estudios comparativos, que no distan de estos resultados. En conjunto, los datos reflejan soledad presente en esta población de manera reiterada.

A su vez, se identifican distintos factores relacionados con esta experiencia: en Alma et al. (2011) se destaca menor autogestión, en Chun & Chan (2022) el bajo apoyo social percibido y en Heppe et al. (2020) el valor protector del apoyo social temprano a largo plazo, mostrando la relación entre la soledad y las variables personales, sociales y contextuales.

En comparación con población sin discapacidad visual

La discapacidad visual está asociada significativamente a una experiencia más intensa y frecuente de soledad. Tanto el estudio de Rokach et al. (2021) como el de Brunet et al. (2019) llegan a esta conclusión, observando niveles de soledad superiores en personas con discapacidad visual a los esperables en población general; asimismo, los datos de prevalencia parecen mayores en adultos y personas mayores. Por otro lado, el estudio cualitativo de Macdonald et al. (2018) ofrece la experiencia subjetiva de los propios participantes que narran sentirse más aislados y excluidos que las personas sin discapacidad.

En cuanto a la severidad de la discapacidad visual, los estudios que analizaron esta variable señalan que una mayor pérdida visual está asociada a niveles más elevados de soledad (Brunes et al., 2019; Rokach et al., 2021). Otros estudios afirman que este hallazgo puede ser debido a mayores barreras para la participación social o limitaciones en la movilidad, incrementando así la intensidad de la soledad percibida en niveles más graves de pérdida visual (Macdonald et al., 2018; Rabiee et al., 2021). Los datos cualitativos también avalan estos resultados (Macdonald et al., 2018).

Calidad metodológica de los estudios

Comenzando por los estudios evaluados a través de la herramienta JBI, en el caso del estudio Alma et al. (2011), la muestra es relativamente amplia y bien definida. La validez de la mediación de la soledad queda reforzada con el uso de la escala DJGLS. No es posible establecer relaciones causales y no queda clarificada la posibilidad de controlar los posibles factores de confusión, pudiendo afectar a la validez interna. En Brunes et al. (2019), se destaca su amplio tamaño muestral. Muestra una adecuada fiabilidad y validez de las medidas mediante el uso de instrumentos validados: UCLA-3 y SWLS. Los análisis estadísticos permiten realizar asociaciones entre variables relevantes como la severidad de la discapacidad y la soledad. En Chun & Chan (2022), la muestra es amplia y bien definida. Se utilizan instrumentos estandarizados no solo para medir la soledad (UCLA), sino también para medir el apoyo social (MSPSS); y los factores de confusión son identificados, fortaleciendo la validez del estudio.

En el estudio de Rokach et al. (2021), se aporta un valor analítico por la comparación entre personas con y sin discapacidad visual. Sin embargo, la comparabilidad y generalización de los resultados queda limitada por falta de información muestral (como la edad media) y el uso de instrumentos menos estandarizados. Finalmente, en Verstraten et al. (2005), la muestra

es amplia y bien definida. Se analiza la relación entre la soledad y la depresión mediante instrumentos validados (DJGLS y CES-D). Se reduce parcialmente la solidez de las conclusiones por la insuficiente descripción de las variables de confusión.

Siguiendo con los estudios evaluados por la herramienta NOS, en el caso de Evans (1983), el tamaño muestral es reducido, con escasa información acerca del proceso de selección. El control de variables de confusión no es suficientemente detallado, limitando la validez interna del estudio. Sin embargo, este estudio aporta un valor muy relevante, puesto que analiza la evolución de la soledad tras la aparición de la discapacidad visual, permitiendo la aproximación temporal al fenómeno. En el caso de Heppe et al. (2020), la muestra es amplia y bien definida, con el uso de instrumentos validados. Se refuerza la capacidad explicativa del estudio identificando factores predictores como el apoyo social temprano. Se presenta un robusto diseño longitudinal con un seguimiento prolongado (20 años), que permite analizar la evolución de la soledad a lo largo del tiempo.

Finalmente, los estudios evaluados por la herramienta CASP. En el caso de Macdonald et al. (2018), existe una clara coherencia entre los objetivos de investigación y el diseño del estudio. Las entrevistas semi estructuradas permiten la exploración adecuada de la experiencia subjetiva de la soledad. La muestra es amplia y muestra resultados relevantes acerca de la exclusión social. La reflexividad de los investigadores y la descripción del proceso de análisis de datos no queda suficientemente desarrollada, impidiendo garantizar una mayor transparencia metodológica. En Rabiee et al. (2021), tanto los objetivos como el diseño y la recogida de datos son adecuados. Nuevamente, la limitación propia de los estudios cualitativos dificulta la credibilidad y la transferibilidad de los resultados. Sin embargo, este estudio resulta

especialmente relevante, pues permite identificar fenómenos como la soledad implícita y normalizada.

En conclusión, la evaluación de la calidad metodológica de los estudios muestra un nivel moderado-alto (véase en la Tabla 3). La coherencia de los hallazgos entre los distintos diseños, fortalecen la validez del presente trabajo, también poniendo de manifiesto la necesidad de futuras investigaciones longitudinales y mixtas, con metodologías más robustas que permitan que las conclusiones sean más sólidas y generalizables.

Tabla 3

Evaluación de la calidad metodológica

Estudio	Diseño	Herramienta	Calidad metodológica
Alma et al. (2011)	Transversal	JBI	Moderada-alta
Brunes et al. (2019)	Transversal	JBI	Alta
Chu & Chan (2022)	Transversal	JBI	Alta
Evans (1983)	Longitudinal (2 años)	NOS	Moderada-baja
Heppe et al. (2020)	Longitudinal de cohorte (20 años)	NOS	Alta
Macdonald et al. (2018)	Cualitativo	CASP	Moderada-alta
Rabiee et al. (2021)	Cualitativo	CASP	Moderada-alta
Rokach et al. (2021)	Transversal comparativo	JBI	Moderada-baja

Verstraten et al.	Transversal	JBI	Moderada-alta
(2005)			

Discusión

Interpretación de los hallazgos

Los resultados del presente trabajo permiten afirmar que la soledad constituye una experiencia frecuente y relevante en las personas con discapacidad visual. A pesar de las diferencias metodológicas entre los estudios, existe un aspecto central en todos ellos: las personas con discapacidad visual presenten niveles elevados de soledad y más elevados en comparación con población sin discapacidad visual. Al mismo tiempo, se afirma que la soledad es un fenómeno persistente y multifactorial, asociado a factores personales, social, relacionales y estructurales.

Uno de los resultados más mencionados es la estrecha relación entre la soledad y el apoyo social. El menor nivel de apoyo social percibido se asocia sistemáticamente con un nivel más alto de soledad, tanto en estudios transversales como el longitudinales (Chu & Chan, 2022; Heppe et al., 2020; Verstraten et al., 2005). Además, evaluada de forma multidimensional, esta variable aparece como un fuerte predictor de la experiencia de soledad, incluso controlando las variables sociodemográficas; pudiendo afirmar así que constituye un factor de riesgo (Chu & Chan, 2022; Brunet et al., 2019). Como factor protector a largo plazo se encuentra el apoyo social en etapas tempranas, influyendo directamente en la evolución de la soledad a lo largo del tiempo (Heppe et al., 2020). Gracias a los estudios cualitativos, estos hallazgos quedan matizados al señalar que la presencia objetiva de contactos sociales no basta para eludir la experiencia de la soledad, sino que son determinantes las percepciones en cuanto a la calidad de las relaciones, la reciprocidad y la existencia de vínculos significativos (Macdonald et al., 2018; Rabiee et al., 2021). Este hecho queda ratificado en los contextos residenciales, donde, a pesar de tener interacciones frecuentes, se describen como superficiales y no logran la prevención de la soledad emocional (Rabiee et al., 2021).

A su vez, la soledad muestra una sólida asociación con variables psicológicas negativas. Diversos estudios relacionan positivamente la soledad y los síntomas depresivos, de forma que, a mayor nivel de soledad, se presentan más síntomas depresivos; y negativamente la soledad y la satisfacción vital, encontrando que, a mayor soledad, menor satisfacción con la vida (Brunes et al., 2019; Verstraten et al., 2005). También, se sugiere que esta vulnerabilidad psicológica de experimentar más síntomas depresivos y menor satisfacción vital queda posiblemente vinculada a la pérdida visual por la reorganización de las redes sociales que supone, aumentando significativamente los síntomas depresivos tras la determinación de la ceguera legal (Evans, 1983). La reorganización de las redes sociales se desarrolla a medida que la discapacidad visual se impone en la vida de estas personas, acudiendo a un centro en el que se determina legalmente su diversidad funcional (ceguera legal) (Evans, 1983). Asimismo, en el estudio de Brunes et al. (2019), tras ajustar por las variables sociodemográficas (edad, sexo y estado civil), un mayor nivel de soledad se relacionó con un menor nivel de bienestar subjetivo, reforzando así la relevancia tanto clínica como social de este fenómeno, pues no cambia el nivel de bienestar independientemente del contexto social.

Un apunte relevante a mencionar es la diferenciación entre la soledad social y la soledad emocional, previamente mencionadas. Los distintos estudios que utilizaron instrumentos que permitían la diferenciación entre una y otra, muestran que ambas dimensiones están presentes en personas con discapacidad visual (Alma et al., 2011; Verstraten et al., 2005). Es la soledad emocional la que podría generar un mayor impacto en la salud mental, debido a su estrecha asociación con síntomas depresivos (Verstraten et al., 2005). Sin embargo, este hallazgo no es generalizable debido a la limitación a la hora de comparar las escalas utilizadas, pues otros

estudios emplearon escalas unidimensionales, sin especificar esta diferencia entre soledades (Chu & Chan, 2022; Evans, 1983).

Es imperativo mencionar la coherencia general de estos hallazgos teniendo en cuenta la diversidad de los instrumentos utilizados para evaluar la soledad, incluyendo escalas uni y bidimensionales, versiones abreviadas y cuestionarios específicos; que sí afectan a la variabilidad de las estimaciones de prevalencia y magnitud de las distintas asociaciones encontradas (Alma et al., 2011; Chu & Chan, 2022; Rokach et al., 2021). Tanto estudios cualitativos como cuantitativos coinciden al describir la soledad como una experiencia significativa, persistente en el tiempo y estrechamente vinculada a distintos factores sociales, psicológicos y contextuales (Macdonald et al., 2018; Rabiee et al., 2021). De esta manera, los resultados evidencian que la soledad en personas con discapacidad visual no se puede entender como una consecuencia directa de esta diversidad funcional, sino que es el resultado entre una interacción compleja de la severidad de la discapacidad, la calidad y disponibilidad del apoyo social o las relaciones, las transiciones vitales y el bienestar psicológico.

Finalmente, otro papel relevante en el presente estudio es el contexto vital. Los entornos residenciales no garantizan la ausencia de la soledad, pues la calidad de las relaciones es lo determinante (Rabiee et al., 2021). Sin embargo, en población comunitaria resulta más relevante para la no aparición de la soledad la percepción de apoyo social satisfactorio y la capacidad de mantener una vida social activa (Brunes et al., 2019; Chu & Chan, 2022). Como se ha mencionado previamente, una transición vital relevante como es la presencia de una discapacidad visual, puede actuar como desencadenante de un incremento en la soledad, debido a los cambios en la identidad y en las redes sociales que implica (Evans, 1983). La dirección general de los hallazgos indica que la soledad en personas con discapacidad visual aparece al

disminuir los apoyos, ante una reducción de recursos personales y ante el incremento de las limitaciones funcionales propias de la discapacidad visual.

Esta interpretación global de la relación entre la discapacidad visual y la soledad adquiere mayor solidez debido a la consistencia de la calidad metodológica de los estudios (moderada-alta).

Implicaciones teóricas y prácticas

Los resultados del presente trabajo tienen implicaciones tanto teóricas como prácticas. Desde el punto de vista teórico, en primer lugar, los hallazgos refuerzan que el modelo explicativo adecuado para entender la soledad en personas con discapacidad social, es el modelo social. La soledad no debe analizarse únicamente como una consecuencia derivada del déficit visual, sino como un conjunto de factores asociados que implican distintas interacciones a nivel personal, social, relacional y estructural. Este trabajo contribuye a ampliar la comprensión de este fenómeno más allá de un modelo centrado en variables clínicas o individuales, considerando otras variables como: la accesibilidad del entorno, la calidad de las relaciones sociales o las oportunidades de participación comunitaria.

A su vez, favorece un entendimiento de la soledad como un fenómeno multidimensional, destacando los componentes emocionales y sociales de esta experiencia. Queda resaltada la importancia de considerar la dimensión emocional y social en futuros estudios, de tal manera que se puedan comprender mejor los mecanismos psicológicos que mantienen y favorecen la soledad en este colectivo.

Desde el punto de vista práctico, los hallazgos destacan la necesidad de diseñar intervenciones más específicas para reducir la soledad en personas con discapacidad visual, atendiendo a los factores moduladores. Especialmente, es necesario atender a la importancia del apoyo social percibido como factor protector, de manera que se creen programas que permitan fortalecer los vínculos afectivos a través de la participación en entornos comunitarios accesibles. Por ejemplo, en la Organización Nacional de Ciegos Españoles (2022) tienen programas de rehabilitación visual integral con elementos psicosociales que, además del entrenamiento funcional, están orientados a fomentar la autonomía e integración comunitaria. De la misma manera, considerando este factor protector, existen intervenciones basadas en el *peer support* (apoyo entre iguales), que consisten en el intercambio de experiencias compartidas, facilitando la creación de vínculos significativos (Heppel et al., 2020). Por otro lado, la participación comunitaria se ve mejorada con programas como: programas de entrenamiento en habilidades sociales y participación comunitaria (Papadopoulos et al., 2015) e intervenciones basadas en tecnología accesible, ampliando las redes sociales y generando así oportunidades de interacción (Shpigelman & Gill, 2014).

A su vez, se encuentran implicaciones relevantes desde un punto de vista clínico, por la estrecha relación entre la soledad y la depresión o la satisfacción vital. Resaltando la importancia de reforzar los programas de prevención e incluir una evaluación sistemática para este colectivo dentro de los protocolos de atención psicológica y rehabilitación visual.

Finalmente, desde un punto de vista relacionado con las políticas sociales, se resalta la necesidad de comprometerse con la promoción de entornos más inclusivos y accesibles, de tal manera que la participación social de personas con discapacidad visual sea efectiva; atendiendo a los derechos humanos mencionados en el presente trabajo.

Limitaciones de la revisión

A lo largo de la realización del presente trabajo, se han encontrado diversas limitaciones que deben ser consideradas a la hora de interpretar los resultados obtenidos. En primer lugar, la generalización de los hallazgos quedaba limitada debido al número reducido de estudios incluidos.

En segundo lugar, la heterogeneidad puede considerarse tanto una ventaja como una limitación, habiendo sido mencionada la ventaja en otro apartado, se debe mencionar que la heterogeneidad metodológica (contextos de reclutamiento, instrumentos utilizados, tamaños muestrales y los diseños de investigación) dificulta la comparación directa entre resultados, de tal manera que se puedan establecer conclusiones robustas sobre la magnitud del fenómeno.

En tercer lugar, debido nuevamente a los diseños de estudio, no se pueden establecer relaciones causales entre la soledad y discapacidad visual (aunque sí factores relacionados y moduladores). Aunque los estudios longitudinales arrojan información temporal del fenómeno, su número es limitado, teniendo por ello poder explicativo.

Finalmente, es relevante mencionar el criterio de exclusión de artículos debido al idioma. La limitación de acotar la investigación al inglés o español hace que el número de artículos de este trabajo no represente la investigación a nivel mundial de ceguera y soledad.

Recomendaciones para futuras investigación

Los resultados hallados esclarecen nuevas líneas de investigación. En primer lugar, y relacionado con las limitaciones encontradas, resulta necesario investigar la relación de este

fenómeno con la discapacidad visual mediante diseños longitudinales. De esta manera, se podrían entender mejor los factores protectores y de riesgo asociados, y así poder atender mejor el impacto de las transiciones vitales asociadas a la pérdida visual.

En segundo lugar, resultaría muy interesante introducir instrumentos que diferencien las dimensiones de la soledad. Además, establecer medidas homogéneas para poder comparar investigaciones de manera fiable y válida, y así avanzar hacia una comprensión más precisa de la relación entre ceguera y soledad.

Asimismo, puesto que se ha evidenciado la importancia de las variables moderadoras y mediadoras, sería muy enriquecedor seguir profundizando en su estudio. De esta manera, se podría establecer o identificar patrones de perfiles más vulnerables y diseñar intervenciones más específicas.

Finalmente, debido a la riqueza de la heterogeneidad de los estudios, se recomienda que los futuros estudios tengan un diseño metodológico mixto porque, tras la realización del presente estudio, parece que se comprende de manera más completa la relación entre soledad y las personas con discapacidad visual si se complementa la metodología cualitativa con la cuantitativa

Conclusiones

El presente trabajo permite concluir que la soledad es un fenómeno prevalente y persistente en personas adultas con discapacidad visual. Este es el hallazgo que se mantiene de forma constante a pesar de las diferencias metodológicas de los estudios. La calidad metodológica moderada-alta de los estudios y la coherencia entre los resultados tanto de metodologías cuantitativas como cualitativas, refuerzan la validez de esa conclusión. Confirmando la teoría introductoria, no se trata de un fenómeno exclusivamente relacionado con el déficit funcional que conlleva la discapacidad, sino que se trata de un fenómeno multifactorial de variables sociales, relacionales, psicológicas y contextuales. Se respalda de esta manera el modelo social como marco explicativo.

Uno de los principales moduladores encontrados es el apoyo social percibido. Este es un gran factor protector para prevenir la experiencia de soledad en personas con discapacidad visual. Otros factores relacionados con la experiencia de soledad y frecuentemente presentes en la vida de esta población son: la satisfacción vital, los síntomas depresivos y las transiciones vitales relacionadas con la pérdida de visión.

Debido a su relevancia a lo largo de esta investigación, es imperativo mencionar la dimensionalidad de la soledad. Si bien tanto la soledad social como la soledad emocional están presentes en personas con discapacidad visual, la emocional genera un impacto mayor en la salud mental por su relación con los síntomas depresivos. Este hallazgo invita a generar un consenso conceptual y homogeneidad en los instrumentos de medida, para no limitar el avance del conocimiento en esta área.

A su vez, los resultados evidencian la carencia de intervenciones específicas respecto a la magnitud del problema. Es imprescindible el diseño de intervenciones adaptadas y basadas en la evidencia. Más allá de incrementar el contacto social, intervenciones dirigidas a la mejora y el aumento la calidad del apoyo social percibido, la participación en el contexto social (mediante entornos accesibles) y el abordaje de los procesos psicológicos asociados al fenómeno de la soledad en personas con discapacidad visual.

La presente revisión sistemática subraya la necesidad de incorporar diseños longitudinales, medidas estandarizadas y análisis de variables mediadoras y moderadoras en esta área de la investigación. De esta manera, se podrá comprender con mayor precisión los mecanismos implicados en este fenómeno, para poder desarrollar intervenciones más efectivas.

En conclusión, la soledad en personas con discapacidad visual no debe entenderse como una consecuencia inevitable de la pérdida visual, sino como una manifestación de la necesidad social de reparar esa desigualdad y desarrollar intervenciones eficaces: es un fenómeno predecible y modificable. Estas intervenciones exigen una respuesta integrada, coordinando los ámbitos clínico, social y político, garantizando el bienestar psicológico de las personas con discapacidad visual y la posibilidad del pleno ejercicio de su derecho a la participación social.

Referencias

- Barnes, C. (2012). *Understanding disability and the importance of design for all*. *Journal of Accessibility and Design for All*, 2 (1), 55-80.
- Bourne, R.R.A., Flaxman, S.R., Braithwaite, T. et al. (2017). Magnitude, temporal trends, and projections of the global prevalence of blindness and distance and near vision impairment. *The Lancet Global Health*, 5(9), e888-e897.
[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30293-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30293-0)
- Brunes, A., Hansen, M.B., & Heir, T. (2019). Loneliness among adults with visual impairment. *Health and Quality of Life Outcomes*, 17(1), 24.
- Cacioppo, J. T., & Hawkley, L. C. (2009). Perceived social isolation and cognition. *Trends in Cognitive Sciences*, 13(10), 447-454. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2009.06.005>
- Chen, S.P., Bhattacharya, J., & Pershing, S. (2021). Association of vision impairment with risk of incident dementia: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Ophthalmology*, 129(6), 646-653. <https://doi.org/10.1001/jamaophthalmol.2021-0979>
- Critical Appraisal Skills Programme. (2024). *CASP qualitative studies checklist*. CASP UK.
- Crews, J. E., & Campbell, V. A. (2004). Vision impairment and hearing loss among community-dwelling older Americans. *American Journal of Public Health*, 94(5), 823–829. <https://doi.org/10.2105/AJPH.94.5.823>
- De Jong Gierveld, J., & Kamphuis, F.H. (1985). The development of a Rasch-type loneliness scale. *Applied Psychological Measurement*, 9(3), 289-299.
- De Jong Gierveld, J., & Van Tilburg, T. (2006). A 6-item scale for overall, emotional, and social loneliness. *Research on Aging*, 28(5), 582–598.
<https://doi.org/10.1177/0164027506289723>
- Gómez-Zúñiga, B. (2023). Soledad y exclusión social en personas con discapacidad. *Revista Española de Discapacidad*, 11(1), 45–62.

- Gardiner, C., Geldenhuys, G., & Gott, M. (2018). Interventions to reduce social isolation and loneliness. *Ageing & Society*, 38(2), 1–27.
<https://doi.org/10.1017/S0144686X16000691>
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227–237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>
- Joanna Briggs Institute. (2017). *Checklist for analytical cross sectional studies*. Joanna Briggs Institute.
- Masi, C. M., Chen, H. Y., Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and Social Psychology Review*, 15(3), 219–266. <https://doi.org/10.1177/1088868310377394>
- Nyman, S. R., Gosney, M. A., & Victor, C. R. (2012). Emotional well-being in people with visual impairment. *British Journal of Visual Impairment*, 30(2), 95–104.
<https://doi.org/10.1177/0264619612435357>
- Oliver, M. (1996). *Understanding disability: From theory to practice*. London: Macmillan.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. World Health Organization.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *World report on vision*. WHO Press.
<https://www.who.int/publications/i/item/world-report-on-vision>
- Organización Nacional de Ciegos Españoles (2022). *Servicios sociales para afiliados*.

- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Papadopoulos, K., Papakonstantinou, D., & Montgomery, A. J. (2015). Psychological well-being and social participation of visually impaired adults. *British Journal of Visual Impairment*, 33(1), 28–42. <https://doi.org/10.1177/0264619614550411>
- Pascolini, D., & Mariotti, S.P. (2012). Global estimates of visual impairment. *British Journal of Ophthalmology*, 96(5), 614-618.
- Perlman, D., & Peplau, L. A. (1981). Toward a social psychology of loneliness. In S. Duck & R. Gilmour (Eds.), *Personal relationships in disorder* (pp. 31–56). London: Academic Press.
- Pinquart, M., & Pfeiffer, J.P. (2011). Psychological well-being in visually impaired and unimpaired individual. *British Journal of Visual Impairment*, 29(1), 27-45.
- Shakespeare, T. (2014). *Disability rights and wrongs revisited* (2nd ed.). London: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315887456>
- Shpigelman, C. N., & Gill, C. J. (2014). Facebook use by persons with disabilities. *Computers in Human Behavior*, 29(3), 1073-1080.
- Thorsteinsson, E. B., Loi, N. M., & Gudmundsson, G. (2019). Loneliness, mental health, and quality of life among visually impaired adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, 17, 96. <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1161-1>

United Nations. (2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. United Nations. <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>

Weiss, R.S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. MIT Press.

Wells, G. A., Shea, B., O'Connell, D., Peterson, J., Welch, V., Losos, M., & Tugwell, P. (s.f.). *The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomized studies in meta-analyses*. Ottawa Hospital Research Institute.

DECLARACIÓN USO DE HERRAMIENTAS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL GENERATIVA

Título del trabajo: **SOLEDAD EN PERSONAS ADULTAS CON DISCAPACIDAD VISUAL. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA.**

Autor/a: MARTA OLAIZOLA ANZOLA

DNI/Alumno/a: 79397460B

Nombre del Director/a de TFM: NATALIA MARTÍN-MARÍA

Nombre del Máster: Máster en Psicología General Sanitaria

Coordinador/a de TFM: Gonzalo Aza Blanc y 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].

Se utilizó ChatGPT (modelo sin coste) para conocer la nomenclatura propia de las bases de datos PubMed, Psycinfo y EBSCO y encontrar de manera eficiente artículos que estudiaran específicamente el tema elegido. **Prompt:** “Para PubMed, Psycinfo y EBSCO, hazme las fórmulas de búsqueda, con la nomenclatura propia de cada fuente, para encontrar artículos que estudien tanto *loneliness* como *visual impairment* o *blind*”.

A su vez, se utilizó ChatGPT (modelo sin coste) para mejorar la introducción tras una corrección en la que hubo que suprimir gran parte de la misma. **Prompt:** “Dime, para este TFM (las partes del TFM ya redactadas) de qué artículos puedo sacar información para incluir en el apartado de introducción teniendo en cuenta las correcciones que aparecen a la derecha del apartado introducción”.

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

Se utilizó ChatGPT (modelo sin coste) para encontrar datos o partes muy específicas de textos donde se encontraran los datos que precisaba para la elaboración del trabajo. **Prompt:** “En este artículo (adjuntado) dime dónde se encuentra el porcentaje de hombres y mujeres participantes y cuál es”. Se utilizaron distintos prompts parecidos para conseguir distintos datos.

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

Se utilizó ChatGPT (modelo sin coste) para encontrar la forma de organizar los apartados metodología y resultados del trabajo. **Prompt:** En base a este trabajo (las partes del TFM ya redactadas) dime cómo organizar la metodología, teniendo en cuenta esta estructura: Diseño de la búsqueda, criterios de elegibilidad, variables de resultado y metodológicas, y análisis de datos. Dime qué se pone en cada apartado teniendo en cuenta que es un TFM de revisión sistemática”.

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

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

Otros (especificar): Para realizar el apartado de “calidad metodológica de los estudios”, solicité varias ayudas.

Prompt: “Dime cómo se hace un apartado de “calidad metodológica de los estudios” para un TFM de revisión sistemática, teniendo en cuenta la tabla que te adjunto con las características de los artículos incluidos”. Se adjuntó la Tabla 2 situada en el primer apartado de Resultados.

Prompt: “Ahora dime cuáles son las páginas oficiales donde puedo encontrar esas herramientas y explícame, dentro de las páginas, dónde me tengo que fijar; y los pasos que hay que dar en cada herramienta, explicado para tontos”. Se

especificó con la palabra “tontos” para que las explicaciones fueran sencillas y así facilitar la comprensión de la autora del TFM.

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

Pedí páginas oficiales y bibliografía completa cuya verificación fue sencilla, consistía simplemente en copiar el enlace y pegarlo en Google. O simplemente comprobando dentro de los artículos y páginas que aquello que me indicaba era correcto.

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: _____  _____

Fecha: 13 / 05 / 2026