

Curso 2023-2024

**TRABAJO DE FIN DE GRADO DE
TRABAJO SOCIAL**

El fenómeno de la Soledad no Deseada en las Personas Mayores

Taide Casado Gómez- Cuétara

**Tutora: Laura María Zanón
Bayón-Torres**

*Facultad de Ciencias Humanas y
Sociales*

*Universidad Pontificia de
Comillas*

RESUMEN:

La soledad no deseada en la vejez es una problemática social prioritaria en nuestra sociedad actual. En los últimos años, el incremento de la detección de casos de soledad no deseada ha generado una gran preocupación social y ha comenzado a visibilizar más esta problemática. En este trabajo se conceptualiza el término de soledad subjetiva y se analiza su multidimensionalidad. También se arroja luz sobre aquellas variables que ponen en riesgo al colectivo anciano de sufrir soledad no deseada, un análisis fundamental para prevenir y detectar este fenómeno. Además, se pretende destacar las consecuencias que tiene la soledad en el bienestar y la salud, clasificándola como un problema de salud pública. Asimismo, se explorarán diferentes respuestas gubernamentales de la ciudad de Madrid y se analizarán los principales recursos existentes para paliar la soledad no deseada.

PALABRAS CLAVE: Soledad no deseada, personas mayores, factores de riesgo, salud, intervención social.

ABSTRACT:

Unwanted loneliness in old age is a priority social issue in our current society. In recent years, the increased detection of cases of unwanted loneliness has generated great social concern and has begun to make this problem more visible. In this paper, the term subjective loneliness is conceptualized, and its multidimensionality is analyzed. It also sheds light on those variables that put the elderly population at risk of suffering from unwanted loneliness, a fundamental analysis for preventing and detecting this phenomenon. Furthermore, it aims to highlight the consequences of loneliness on well-being and health, classifying it as a public health problem. Additionally, different governmental responses from the city of Madrid will be explored, and the main existing resources to alleviate unwanted loneliness will be analyzed.

KEY WORDS: Unwanted loneliness, elderly people, risk factors, health, social intervention.

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar principalmente mis agradecimientos a las personas mayores que participaron en las entrevistas para este estudio.

Su disposición para compartir sus vivencias, emociones y perspectivas ha sido fundamental para la realización de esta investigación, a pesar de la dificultad y la sensibilidad que este tema implica.

También quisiera expresar mi gratitud a los profesionales que han dedicado su tiempo a reflexionar y a compartir sus conocimientos y perspectivas sobre la soledad conmigo.

Los entrevistados no solo han enriquecido este trabajo, sino que también han aportado una valiosa comprensión sobre la soledad no deseada y los desafíos que los mayores enfrentan en su vida cotidiana.

En especial, quiero agradecer a mi padre, quien no solo me ha apoyado durante todo este proceso, sino que también me ha facilitado redes de contactos fundamentales para esta investigación.

Y finalmente, quiero expresar mi gratitud hacia mi tutora Laura, quien me ha brindado un increíble apoyo durante este proceso y ha demostrado una paciencia infinita conmigo.

ÍNDICE

1. Introducción.....	5
2. Objetivos e Hipótesis.....	6
3. La Soledad no Deseada en la Vejez: Análisis y Factores Determinantes	
3.1. Conceptualización de Soledad en la Vejez.....	7
3.2. Factores de Riesgo o Predisponentes a Sufrir Soledad no Deseada.....	12
3.3. Impacto de la Soledad no Deseada en la Salud y el Bienestar de las Personas Mayores.....	17
4. Intervención Contra la Soledad no Deseada en Personas Mayores	
4.1. Prevención de la Soledad no Deseada en Mayores.....	19
4.2. Intervención en soledad no deseada. Recursos para combatirla.....	21
5. Metodología.....	26
6. Análisis y Discusión.	
6.1. La problemática actual de la soledad no deseada.....	29
6.2. La viudedad como catalizador de soledad no deseada.....	30
6.3. Los hombres frente a la soledad.....	31
6.4. La importancia de las redes sociales de apoyo.....	33
6.5. Obstáculos para el mantenimiento de redes.....	36
6.6. El papel de los profesionales de atención primaria en la lucha contra la soledad no deseada.....	48
6.7. Recursos frente a la soledad no deseada.....	41

7. Conclusión.....	48
8. Líneas de Investigación Futuras.....	51
9. Bibliografía.....	51
 ANEXOS.....	 57

1. INTRODUCCIÓN.

La etapa de la vejez normalmente viene acompañada de una serie de pérdidas que pueden llevar a un estado de soledad, refiriéndonos a ello como un “estado psicológico que sucede a consecuencia de pérdidas en el sistema de soporte individual, disminución de la participación de las actividades dentro de la sociedad a la que pertenece y sensación de fracaso en su vida” (Rodríguez Martín, 2009).

La soledad, en sí misma, es un fenómeno natural que puede afectar a cualquier persona diversas situaciones. Además, la soledad deseada puede asociarse a experiencias placenteras ya que es una opción personal y temporal. Sin embargo, el concepto que preocupa a la sociedad es el de la soledad no deseada, ya que genera sufrimiento y tiene graves consecuencias en el bienestar de las personas (Consejería de Familia, Juventud y Asuntos Sociales, 2022).

El impacto de la soledad en salud mental es muy significativo, pero también se ha observado que la soledad también contribuye al deterioro de la salud física. Aunque la soledad por sí sola no aumenta las tasas de mortalidad, se ha demostrado que sí incrementa significativamente el riesgo de muerte en las personas mayores cuando se combina con la depresión (Luanaigh & Lawlor. 2008).

La soledad puede manifestarse en cualquier momento del ciclo vital, sin embargo, como mencionábamos anteriormente, durante la vejez se es más vulnerable a experimentarla. Rodríguez Martín (2009) relaciona este fenómeno con las crisis asociadas con el envejecimiento. Esta teoría se basa a de tres crisis; como la crisis de identidad, que se caracteriza por un conjunto de pérdidas que pueden deteriorar la autoestima; la crisis de pertenencia que se experimenta por la pérdida de roles y grupos sociales, afectando a la vida social, y por último las crisis de autonomía causada por el deterioro del organismo y la disminución de capacidades para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

Durante la pandemia del COVID-19, se hizo evidente la preocupante cantidad de personas que experimentaban este estado, y muchas de ellas vieron empeorar su situación debido

a las circunstancias, lo que resultó en un aumento significativo tanto en el número de personas afectadas como en la gravedad de sus condiciones. En las personas mayores de la ciudad de Madrid se observó un aumento general de la soledad ya que antes del confinamiento un 8% de las personas mayores referían sentimientos de soledad y durante el confinamiento un 13,4%. Por otro lado, nunca habían sentido soledad antes el 68% y durante el confinamiento un 64,7% (Ayuntamiento de Madrid, 2023).

Este tema, al adquirir una importancia particular durante la pandemia, me hizo tomar conciencia por primera vez de la existencia de este fenómeno. Desde entonces, durante mis años de prácticas universitarias en el ámbito sociosanitario y de discapacidad, así como en mi vida diaria, no dejé de encontrarme y observar esta realidad que afectaba de manera muy negativa a la población de edad avanzada, provocando en mí un fuerte sentimiento de malestar. Por lo tanto, el objetivo de este estudio es analizar las dimensiones del fenómeno de la soledad no deseada en las personas mayores en nuestra sociedad.

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.

El objetivo principal de este trabajo es investigar y comprender las causas, consecuencias y prevalencia de la soledad no deseada en personas mayores.

Los objetivos específicos son los siguientes:

- **Objetivo específico 1:** Identificar los principales factores de riesgo o predisponentes a sufrir soledad no deseada.
- **Objetivo específico 2:** Estudiar el impacto en la salud y el bienestar de las personas mayores.
- **Objetivo específico 3:** Analizar las estrategias y recursos actuales de la ciudad de Madrid para la prevención y la intervención profesional en casos de soledad no deseada en personas mayores.

Las hipótesis planteadas son:

Hipótesis general: La soledad no deseada en personas mayores está influenciada por una combinación de factores sociales, sociodemográficos y de salud que no consigue evitarse con los recursos existentes.

- **Hipótesis 1:** Las personas mayores, viudas o solteras, con redes sociales reducidas, problemas de salud crónicos y bajos de ingresos tienen un mayor riesgo de experimentar soledad no deseada.
- **Hipótesis 2:** La soledad no deseada en las personas mayores provoca un empeoramiento de la salud física, mental y cognitiva.
- **Hipótesis 3:** Las estrategias y recursos actuales incluyen intervenciones profesionales dirigidas a la identificación temprana de la soledad, así como programas de apoyo social y comunitario diseñados para fomentar la conexión y el bienestar emocional de las personas mayores.

3. LA SOLEDAD NO DESEADA EN LA VEJEZ: ANÁLISIS Y FACTORES DETERMINANTES.

3.1. Conceptualización de la Soledad en la vejez.

En ocasiones, cuando existen familiares o amigos en el entorno del anciano, hablar de soledad en la vejez puede resultar contradictorio, ya que muchas veces esas visitas esporádicas o esos pequeños momentos de interacción son suficientes para justificar la satisfacción de la necesidad del mantenimiento de redes sociales del mayor. Es por esto por lo que es muy importante diferenciar entre la simple presencia de relaciones sociales, con su profundidad cualitativa. Es decir, la calidad de estas relaciones más allá de su existencia.

En este contexto, podemos hablar de soledad no deseada por una falta de relaciones sociales que contribuyan al bienestar del individuo. Es decir, aquellas que aportan un mayor valor emocional y psicológico. Asimismo, la soledad se puede clasificar de diversas maneras según su enfoque.

Este fenómeno se puede clasificar como objetivo o subjetivo, pudiendo incluso coexistir dependiendo de la complejidad del contexto.

También podemos clasificar la soledad según la duración de su efecto. Aquí debemos diferenciar entre la transitoria y crónica, pudiendo convertirse ambas en patógenas con graves consecuencias en la salud y el bienestar del mayor.

En resumen, la soledad no es solo sinónimo de aislamiento sino es un fenómeno complejo que requiere una gran comprensión de sus dimensiones, así como el impacto en la vida del mayor.

En el próximo apartado, nos adentraremos en la definición y la diferenciación de las distintas dimensiones que posee la soledad en este ámbito.

○ **¿Qué es la soledad?**

Anteriormente, se ha tratado presentar de manera introductoria el concepto de soledad no deseada en la vejez. Sin embargo, en este apartado se busca proporcionar una definición precisa de sentimiento de soledad no deseada y relacionar estos conceptos con aislamiento social y vivir solo. De esta manera podremos estudiar con más detenimiento las distintas dimensiones de la soledad no deseada en los más mayores.

La Real Academia Española (RAE) define la soledad como “carencia voluntaria o involuntaria de compañía” y “pesar y melancolía que se sienten por la ausencia, muerte o pérdida de alguien o de algo”.

El sentimiento de soledad desde una perspectiva cognitiva se define como “una discrepancia entre las relaciones sociales preferidas y reales de un individuo” (Cacioppo et al., 2015).

Por su parte, el Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada (2024) define la soledad no deseada como “la experiencia personal negativa en la que un individuo tiene la necesidad de comunicarse con otros y percibe carencias en sus relaciones sociales, bien sea porque tiene menos relación de la que le gustaría o porque las relaciones que tiene no le ofrecen el apoyo emocional que desea”.

Estas dos últimas definiciones, convergen en la idea central de que el sentimiento de soledad es una experiencia *subjetiva* que implica una insatisfacción entre las relaciones sociales que una persona desea y la realidad que experimenta. Este dato es muy importante a la hora de analizar y relacionar este concepto con el concepto de aislamiento social o el de vivir solo.

El concepto de soledad no deseada, por tanto, siempre lleva consigo una connotación negativa ya que según García-González et al. 2020:12 “incluye asimismo una serie de aspectos emocionales negativos que conllevan amargura y dolor. Este dolor, además, se puede categorizar en dolor individual y en dolor social, referido este al dolor por no poder tener una vinculación comunitaria”.

- **Dimensiones de la soledad.**

Weiss (1973) diferencia dos tipos de experiencia de soledad, ya que no cree que la soledad dependa únicamente de la subjetividad de la persona, sino que también está influenciada por factores situacionales. Por ello, es que divide la soledad en soledad emocional y soledad social. **La soledad emocional** se caracteriza por las respuestas emocionales de la ausencia de figuras afectivas como pueden ser estados de ansiedad, inquietud y vacío. Solo puede ser aliviada mediante el establecimiento de una relación de apego satisfactoria. Por otro lado, **la soledad social** surge de la carencia de un sentido de pertenencia a la comunidad, debido a la falta de asociación de un grupo social cohesivo. Esto genera aburrimiento y un sentimiento de marginalidad, y puede ser remediado solo a través del acceso de una red social satisfactoria (De Jong Gierveld & Van Tilburg, 2010).

Otros autores como Rubio y Alexander (1999), clasifican la soledad en cuatro dimensiones basándose en los déficits existentes en el soporte social de la persona y en el sentimiento que ese déficit les ocasiona. Para lograr esto aislaron cuatro factores provenientes de las escalas UCLA (University of California at Los Angeles), ESLI (Emotional and Social Loneliness Inventory), SESLA (La Escala para la Evaluación de la Soledad Social y Emocional en Adultos) y de Satisfacción Vital de Philadelphia, además de ciertos indicadores subjetivos de soledad, como por ejemplo la percepción de apoyo social recibido, la autopercepción y el nivel de satisfacción de los contactos

sociales. A través de esta investigación finalmente se desarrolló la Escala “Este” para la medición de la soledad en mayores (Herrera, 2007).

Gracias a este estudio podemos categorizar el sentimiento de soledad en cuatro dimensiones:

- **Soledad existencial:** La soledad existencial está relacionada con el sentido de la existencia de quine la experimenta independientemente de la cantidad de relaciones o amistades que rodeen a la persona. En este sentido, este tipo de soledad se vincula con la sensación de desconexión de con las personas que nos rodean, y por ende, con la calidad de las relaciones interpersonales. (Yusta, 2019)
- **Soledad social:** La soledad social como ya hemos explicado en el anterior apartado se manifiesta debido a la falta de sentimiento de pertenencia a la comunidad. Esta situación genera sentimientos de aislamiento debido a la falta de participación activa en su entorno y falta de un entorno social en el que la persona pueda identificarse. La falta de estos vínculos significativos en la comunidad profundiza la experiencia de soledad (Herrera, 2007).
- **Soledad familiar:** Esta se refiere al vínculo que se tiene con la familia en la actualidad del mayor (Cardona Jiménez et. al, 2010).
- **Soledad conyugal:** La soledad conyugal se refiere a la relación que se tiene con una pareja afectiva. Aunque las relaciones de pareja puedan atravesar conflictos, estas permiten a las personas experimentar afecto, sentirse importantes y acompañadas (Cardona Jiménez et. al, 2010).

Finalmente, podemos diferenciar la soledad según el tiempo de exposición a la que el individuo se ha expuesto a este sentimiento. Se clasifican en dos tipos: **soledad situacional o temporal** y **soledad crónica**. La **soledad situacional** es temporal, y normalmente es causada por diversas circunstancias en el ciclo vital de una persona, como por ejemplo un divorcio, enviudar o cambiarte de ciudad. Es menos compleja de tratar que la crónica ya que el tiempo de exposición a la soledad es menor y es más sencillo cambiar ciertos hábitos, creencias o pensamientos. Por otro lado, la **soledad crónica** se produce cuando ha habido un mayor tiempo de exposición a la soledad y puede ir acompañada da aislamiento social. Es más compleja de tratar ya que deben realizar cambios de patrones cognitivos y comportamentales (Asociación Española Contra El Cáncer, 2023).

Por tanto, la soledad crónica puede tener graves consecuencias a la salud las cuales analizaremos más adelante.

- **Soledad, aislamiento social y vivir solo/a.**

Al tratarse la soledad de un concepto tan complejo, es importante señalar la diferencia con el concepto de **aislamiento social**, que se trata de una situación *objetiva* definida por la falta sustancial de contactos sociales y que puede medirse a través de la cantidad de personas que forman la red social de una persona y su frecuencia de contacto (García-González et al., 2020).

Gené-Badía et al. (2016) lo define como la situación objetiva de tener mínimos contactos con otras personas, bien sean familiares o amigos. Y menciona que el verdadero aislamiento social es totalmente involuntario, ya que las personas que deciden voluntariamente aislarse de sus redes no se considera que sufran aislamiento social.

Al igual que el concepto de aislamiento social, vivir solo también es medible y, se define a través del tipo de hogar en el que residen las personas, es decir, se trata de residir en un hogar en el que vive una sola persona, siendo también una situación objetiva (García-González et al., 2020).

Cabe destacar, que vivir solo no implica padecer aislamiento social ni soledad, al igual que el vivir acompañado no es un remedio para la soledad (Gené-Badía et al., 2016).

No obstante, estos tres conceptos no están aislados, sino que tienen una relación dinámica.

López Doblas, J. y M. P. Díaz Conde (2018) comentan que el aislamiento social puede causar sentimiento de soledad, aunque no es así en todos los casos ya que hay personas que se pueden sentir muy solas en esa clase de situaciones y otras no, ya que como se ha definido antes, el sentimiento de soledad va a depender de los deseos y expectativas de las personas. El vivir solo a su vez es un factor de riesgo, o desencadenante a sufrir aislamiento social y sentimiento de soledad.

3. 2. Factores de riesgo o predisponentes a sufrir soledad no deseada.

Como se muestra en la siguiente tabla, existen ciertos factores asociados a la aparición de soledad no deseada. Estos mismos factores también suelen impactar en el mantenimiento de la misma y nos permiten crear un perfil de riesgo o caracterizar a personas con potencial vulnerabilidad a sufrir soledad no deseada.

Estas variables son muy importantes para detectar y/o prevenir el sentimiento de soledad en las personas mayores y dar una pronta respuesta a las necesidades de los individuos que la sufren o la pueden sufrir.

Se han investigado múltiples variables de riesgo o vulnerabilidad en esta temática, pero a continuación me centraré en analizar aquellas sobre las que existe un amplio consenso entre profesionales.

En mi caso, los dividiré en tres bloques: **variables sociodemográficas**, **variables de salud y autonomía**, y finalmente, **variables sociales**.

Factores asociados a la aparición o mantenimiento de la soledad no deseada



Fuente: Soledad no Deseada y Personas Mayores: Situación y Orientaciones para el Diseño de Acción en la Comunidad de Madrid 2021-2022.

○ **Variables sociodemográficas.**

Las variables sociodemográficas actúan en conjunto, contribuyendo a incrementar o disminuir el riesgo a sufrir soledad no deseada. Las principales variables que se analizarán serán la edad, el género, el estado civil, y el estatus socioeconómico.

- **Edad:** A pesar de que esta revisión esté centrada alrededor del sentimiento de soledad en personas mayores, numerosos estudios han demostrado que la distribución de la soledad a lo largo del ciclo vital tiene forma de U, siendo especialmente vulnerables la población adolescente además de la población mayor (Roncero & González-Rábago, 2021).

Sin embargo, la mayoría de los estudios respecto a la soledad se han centrado alrededor de la soledad en mayores, siendo esta población un foco de vulnerabilidad en nuestra sociedad, ya que, en la vejez, se viven algunas experiencias especialmente duras que pueden tener graves consecuencias emocionales (Rodríguez Martín, 2009).

- **Género:** El género como variable de riesgo de la soledad, ha generado mucho debate en diferentes investigaciones. Algunas investigaciones afirman que la soledad afecta más a las mujeres, mientras que otras sugieren lo contrario. Sin embargo, son más las investigaciones que justifican que las mujeres la experimentan en mayor medida, una explicación fundamental de este fenómeno puede fundamentarse en el hecho a que los hombres son más reservados a la hora de reconocer que sufren soledad (López Doblas, 2018).

Otra explicación importante, se asocia con la condición de ser “mujer mayor”, es decir que las mujeres suelen ser más longevas que los hombres y por lo tanto están más predispuestas a vivir solas cuando se hacen mayores. Además, los datos demuestran las mujeres suelen sufrir condiciones de vida peores ya que cuentan con menores ingresos o pensiones, favoreciendo el aislamiento social.

- **Estado civil:** A pesar de que tener pareja no es siempre un protector contra la soledad, ya que depende de la calidad de la relación, sí que se ha comprobado que en su gran mayoría las personas que tienen pareja se encuentran en menos riesgo de experimentar soledad que las personas viudas, solteras o separadas (Luna Porta & Pinto Fontanillo, 2021).

Un dato curioso es que, aunque la viudedad y el divorcio suponen un riesgo para la soledad, la soltería no es un indicador tan problemático. Las personas mayores sin pareja afrontan mucho mejor la soledad, que las que han estado casadas alguna vez y esto es posible debido a que están más acostumbradas a la independencia y

han desarrollado estrategias eficaces para satisfacer sus necesidades emocionales y sociales (López Doblas, 2018).

Un artículo publicado por la revista Española de Geriátría y Gerontología afirma que enviudar en la vejez tras un período de relación matrimonial que generalmente abarca varias décadas, genera grandes consecuencias en todos los aspectos básicos de la vida. Además del dolor que provoca la muerte del cónyuge, deben afrontar cambios sustanciales en las áreas básicas de su existencia. Algunos de estos cambios ocurren gradualmente, pero otros suceden de inmediato y exigen una mayor fuerza para superarlo, pero si en algo coinciden, es en que el mayor reto al que deben enfrentarse es a la soledad (López Doblas & Díaz Conde, 2018).

Ahora bien, la soledad en la viudedad está influenciada con el paso del tiempo. Es decir, la prevalencia de la soledad es menor entre quienes llevan mucho tiempo viudos/as, en comparación con aquellos cuya viudez es reciente (López Doblas, 2018).

- **Estatus socioeconómico:** Aunque hay numerosos estudios sobre la relación entre la exclusión social y la pobreza, la conexión existente entre soledad o aislamiento social y la pobreza ha recibido menos atención en la investigación.

No obstante, sabemos que curiosamente el nivel de ingresos suele tener una relación más fuerte con la soledad que el nivel de estudios.

Las personas de mayor poder socioeconómico suelen tener estudios más elevados y tienden a tener una red social más amplia debido a las oportunidades de relación social que tienen en comparación con aquellos con recursos económicos más reducidos o menos estudios (Luna Porta & Pinto Fontanillo, 2021).

Un estudio realizado en 2013 en un barrio de Londres encontró que las personas con ingresos más bajos a menudo tienen redes sociales más pequeñas y débiles, ya que rara vez salen y tienen pocos amigos los cuales normalmente también están afectados por la pobreza y el aislamiento. Este estudio también encontró que el aumento de los alquileres de viviendas estaba expulsando a los residentes con menos ingresos de sus barrios dificultando la interacción con sus entornos conocidos y facilitando la aparición de sentimientos de soledad (New Economics Foundation, 2013).

En el caso de las personas mayores, estas a menudo pobreza o riesgo de pobreza. Según el *Instituto Nacional de Estadística*, en 2022 el 18,7 % de las personas en riesgo de pobreza tenían 65 años o más, porcentaje que solo ha aumentado en los últimos años.

Esto coloca a el colectivo de los mayores en una posición de vulnerabilidad y desigualdad que fomenta su aislamiento social y su aumento de soledad no deseada.

○ **Variables de salud y autonomía.**

Las variables entorno a la salud y la autonomía del mayor son unos de los aspectos claves y determinantes en padecimiento de soledad no deseada en la población mayor. A continuación, analizaremos factores como la salud percibida, la pérdida de autonomía y movilidad, y las capacidades sensoriales.

- **Salud percibida:** Un estudio realizado en la ciudad de Madrid indicó que un gran número de las personas que sufren soledad no deseada perciben que tienen salud regular, mala o muy mala (58,1%). Sin embargo, cuando no sufren de sentimientos de soledad la cifra desciende a un 25,7%. Podemos asegurar que las personas que perciben que su salud es más pobre se sienten más solas y cuentan con peor calidad de vida (Camacho Ortega et al., 2021).
- **Perdida de autonomía y movilidad:** El estar en una situación de pobreza funcional está correlacionado con un mayor nivel de soledad, mientras que tener una alta capacidad funcional para llevar a cabo actividades de la vida diaria se relaciona con un menor nivel de soledad (Cohen-Mansfield et al., 2016).
En un estudio realizado por Cruz Roja (2021), el 8,2% de las personas encuestadas contaban con el reconocimiento de la situación de dependencia, y la media de la puntuación de soledad era superior que aquellas que no contaban con este reconocimiento. Esto se debe a que en muchas ocasiones el declive físico, las enfermedades o lesiones que limitan la autonomía, además de los entornos no accesibles, pueden dificultar que las personas mayores salgan y se relacionen con otros lo cual puede aumentar el aislamiento y la sensación de soledad. El miedo y la inseguridad de sufrir una caída o sufrir otros problemas de salud les obliga a

disminuir las actividades físicas o el salir a la calle (National Academies Press, 2020).

- **Capacidades sensoriales/ cognitivas:** Tanto la pérdida auditiva como la discapacidad visual están asociadas con soledad y el aislamiento social.

Se ha asociado la pérdida auditiva con una menor disposición a participar en interacciones sociales, especialmente entre individuos que no usan audífonos.

Esto se debe a que la pérdida auditiva contribuye a aumentar las dificultades de la comunicación, que como muchos estudios demuestran los trastornos de comunicación se relacionan con el aislamiento social, la reducción de la participación social y tasas altas de soledad. Del mismo modo, también la discapacidad visual se asocia con la soledad, y curiosamente algunos datos sugieren que el cónyuge de una persona con discapacidad visual tiene también más riesgo de aislamiento social.

En cuanto a la disminución de las capacidades cognitivas, la aparición de déficits de memoria, razonamiento o las habilidades lingüísticas degradan la función social. Mientras aumenta el deterioro cognitivo, las personas se desvinculan de sus comunidades y reducen los lazos sociales (National Academies Press, 2020).

- **Variables sociales.**

Las variables sociales son aquellas relacionadas con su entorno próximo, las cuales son fundamentales para comprender en totalidad este fenómeno comunitario.

- **Red social, de apoyo y participación social.**

Teniendo en cuenta que la soledad está íntimamente vinculada a la satisfacción con las relaciones sociales, ya sea en cuanto a cantidad o a calidad, numerosos estudios subrayan la importancia de las redes de apoyo y la participación social. Estos destacando la importancia de la integración social de las personas mayores a través de la participación en actividades sociales y de la comunidad (Gallardo-Peralta et. Al, 2023).

La familia puede ser una fuente de apoyo social crucial para las personas mayores, brindándoles conexión social y emocional, contribuyendo a su bienestar económico y físico.

- **Obstáculos/ barreras.**

Hay ciertos obstáculos que pueden dificultar o impedir la participación social, o el mantenimiento de redes de apoyo de manera adecuada. Algunos de estos son las barreras físicas y estructurales, la brecha digital, la falta de transporte en ciertas zonas y la oferta limitada de programas y actividades para personas mayores.

3. 3. Impacto de la soledad no deseada en la salud y el bienestar de las personas mayores.

Como ya se ha mencionado a lo largo de esta revisión, vivir solo, estar aislado socialmente y/o experimentar sentimientos de soledad, se consideran factores de riesgo para la salud, especialmente para la población mayor, la cual tiene una mayor predisposición a estos factores. Esto puede afectar gravemente a la calidad de vida del mayor, lo cual lo convierte en un gran problema de salud pública (Luna Porta & Pinto Fontanillo, 2021). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la falta de conexión social tiene un gran impacto en la longevidad de las personas mayores, su salud física y mental y su calidad de vida.

Es tan alarmante, que la falta de conexión social puede llegar a ser un factor de riesgo de muerte prematura tan o más grave que otros factores como la falta de actividad física, la obesidad, el abuso de sustancias, la calidad ambiental, la falta de acceso a una atención médica, etc. (Holt-Lunstad et al., 2015). Un estudio realizado en 2015 indicó que el aislamiento social y la soledad estaban asociados con un aumento del 29% y 26% en la probabilidad de mortalidad, respectivamente. Se demostró que ambos factores podían aumentar significativamente la mortalidad prematura, llegando a tener un mayor riesgo de mortalidad los adultos de mediana edad que están socialmente aislados o que se sienten solos, que las personas mayores (World Health Organization; 2021).

Una publicación de la Consejería de Sanidad menciona que la percepción de aislamiento social puede aumentar los sentimientos de vulnerabilidad y la vigilancia ante amenazas, lo que puede llevar a inducir un estado de hipervigilancia que altera los procesos psicológicos que influyen el funcionamiento fisiológico, disminuyendo la calidad del sueño y por tanto aumentando la morbilidad y mortalidad. Por el contrario, las relaciones sociales “amortiguan el estrés”.

A continuación, se analizarán las principales consecuencias de la soledad en la salud física y psicológica:

- **Consecuencias en la salud física**

La soledad se ha relacionado con un mayor riesgo de diversas enfermedades, desde trastornos cardiovasculares hasta resfriados comunes. Esto podría explicarse por una combinación de factores. Por un lado, la soledad puede conducir a hábitos poco saludables, como una mala alimentación o falta de ejercicio que contribuyen a problemas de salud. Por otro lado, el aislamiento social puede desencadenar desregulaciones biológicas en el cuerpo, como el estrés crónico, que a su vez afecta negativamente al sistema inmunológico y aumenta la vulnerabilidad a enfermedades (Gené-Badía et al., 2016).

- **Riesgo cardiovascular:** Numerosos estudios identifican la soledad como un potente factor de riesgo cardiovascular. En particular, en un estudio realizado por Hawley, Masi, Berry y Cacioppo (2006) se concluyó que la soledad aumenta la presión sanguínea en personas mayores de 50 años, independientemente de otros factores como pueden ser el estrés, síntomas depresivos, etc. La soledad también está asociada a un mayor riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular, especialmente en mujeres.
- **Calidad del sueño:** La calidad y la cantidad de sueño puede verse afectada por la soledad que algunas personas mayores sufren. Estas suelen pasar más tiempo despiertas en la cama sin conciliar el sueño y provocando que luego se encuentren más fatigados, energía baja y un mal funcionamiento diario. Este factor puede ser un gran indicador de soledad para los profesionales sanitarios de atención (Hawley et al., 2010).

- **Consecuencias en la salud mental.**

Se ha demostrado que la soledad predice un aumento de la sintomatología depresiva, el deterioro del rendimiento cognitivo, la progresión de la demencia, una probabilidad significativa de ingreso en una residencia de ancianos y múltiples resultados de enfermedades (Ong et al., 2016).

- **Efectos cognitivos:** Como ya hemos mencionado antes la soledad provoca un aumento del deterioro cognitivo, debido al estado de hipervigilancia hacia amenazas sociales que provoca. Un estudio realizado en 2015 por Boss, Kang, y Branson (2015) demostró una asociación negativa significativa entre la soledad y la capacidad cognitiva general. Además, numerosos estudios demuestran que la soledad aumenta el riesgo de demencia y Alzheimer. En pacientes con Alzheimer, una buena red social puede retrasar la progresión de la enfermedad (Luna Porta & Pinto Fontanillo, 2021).
- **Efectos emocionales:** Se ha demostrado que la soledad predice un aumento de la psicología depresiva, estando fuertemente vinculada también con la ansiedad, la baja autoestima y los pensamientos negativos. Un estudio realizado por Caccioppo et.al. (2010) ha demostrado que la soledad predice la aparición de síntomas depresivos además de la relación con la ideación suicida y el deseo a morir.

4. INTERVENCIÓN CONTRA LA SOLEDAD NO DESEADA EN PERSONAS MAYORES.

En los últimos años, el concepto de Soledad no Deseada como un problema de salud pública ha ido asentándose en la conciencia de la población general de nuestro país, en especial tras la visibilidad que la pandemia global COVID-19 dio al colectivo de los más mayores. Es por esto por lo que el siguiente apartado tiene como intención analizar y estudiar diferentes planes y estrategias principalmente de la Ciudad de Madrid para trabajar contra este fenómeno que cada día se vuelve más preocupante y que se está convirtiendo en uno de los principales problemas que enfrenta nuestra sociedad actual. Comenzaremos analizado las principales estrategias de prevención de la Ciudad de Madrid, y luego se revisarán los principales recursos de intervención a nivel asistencial.

4.1. Prevención de la soledad no deseada en personas mayores.

La prevención de la soledad no deseada en personas mayores busca evitar que el sentimiento de soledad no deseada se cronifique y que cause altos niveles de sufrimiento, afectando la calidad de vida y el bienestar emocional de las personas mayores.

Los prejuicios e imagen que acompañan al mayor en ocasiones perjudican la visión que la sociedad general tenemos de ellos, sin embargo, si la sociedad no se compromete y se involucra no se puede conseguir cambios. Es por esto por lo que es fundamental los proyectos de sensibilización a la población de esta problemática.

El Proyecto Estratégico Para la Prevención de la Soledad no Deseada en la ciudad de Madrid (2021) propone la prevención de este fenómeno a través de dos pasos principales:

- **Sensibilización:** Como ya hemos mencionado antes es fundamental sensibilizar a la ciudadanía general fomentando la interdependencia y el cuidado mutuo, tanto en cuestiones relacionadas con la soledad en particular como el envejecimiento y las situaciones de vulnerabilidad que pueden sufrir (Lezaun et.al, 2018). Es necesario promover la cohesión y relaciones sociales y fomentar la visualización de la soledad como un problema estructural y no individual como se tiende a creer debido a las acciones de los individuos o el fracaso personal. De esta manera se anima a las personas a ser más participativas, colaborativas y sobre todo a unirse a la lucha contra la soledad. También se considera de vital importancia la sensibilización de los profesionales para identificar y abordar adecuadamente la soledad no deseada en personas mayores, promoviendo intervenciones efectivas.

- **Creación de oportunidades de encuentro:** Otros de los puntos que sugiere este estudio realizado por la Ciudad de Madrid, es la creación de estos lugares de encuentro que resulten clave para la prevención de la soledad no deseada. Mencionan que la participación en el barrio y el uso de los servicios públicos son dos factores relevantes en la prevalencia de la soledad. En ciudades como Madrid, existen los centros Municipales de Salud Comunitaria (CMSc) que a través de sus actividades generan puntos de encuentro para promover que las personas se vinculen.
También existen los centros dirigidos a personas mayores de 65 años. Estos tratan de fomentar el envejecimiento activo, “promoviendo su socialización e

integración dentro de la comunidad mediante actividades culturales, ocupacionales, educativas, recreativas, que deben basar su funcionamiento en la Participación de los propios mayores y deben estar abiertos a la comunidad y población general” (Ayuntamiento de Madrid, 2024).

También es fundamental a la hora de diseñar estrategias de sensibilización y prevención tener en cuenta todos los factores de protección y de riesgo asociados para de esta manera poder crear planes efectivos.

Un ejemplo de esto sería eliminar las barreras arquitectónicas ya que, como hemos mencionado anteriormente, la presencia de estas dificulta la vida autónoma para poder salir de casa y limitan que la persona mayor se mueva con libertad y pueda socializar.

Sin estos factores que vulneran a los ancianos no desaparecen, el trabajo de prevención no puede ser efectivo.

4.2. Intervención en soledad no deseada. Recursos para combatirla.

Un aspecto clave para la intervención en la soledad no deseada es la detección de la misma.

En este estudio se ha focalizado el papel de la atención primaria como punto clave para la detección de esta. Cabe destacar que la responsabilidad de intervenir no recae solamente en la atención primaria, sin embargo, estos cumplen un papel central.

Un estudio realizado por Gené-Badía et al., (2016) hace una serie de propuestas para la búsqueda de la presencia de soledad desde estos equipos. Identifica la importancia de tener en cuenta algunas características sociodemográficas, físicas, psicológicas, económicas y ambientales, o determinadas situaciones vitales, que pueden identificar a las personas de alto riesgo.

La población de riesgo una vez identificada debe ser objeto de una intervención la cual normalmente va a estar enfocada en torno a tres objetivos: mejorar las habilidades sociales, promover el soporte social y aumentar las oportunidades para la interacción social (Gené-Badía et al., 2016).

A pesar de la creación de novedosos proyectos y recursos, hay cuatro recursos principales que cargan con el abordaje de la soledad no deseada en la vejez.

Tres de estos recursos pertenecen al catálogo de servicios de La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia de España, más conocida como “Ley de Dependencia”.

- **El Servicio de Ayuda a Domicilio** desempeña un papel de enorme trascendencia para las personas mayores que viven solas y tienen dificultades para realizar actividades diarias, especialmente porque contribuye a que puedan quedarse en sus hogares retrasando o cancelando la necesidad de institucionalizarse (López Doblas, 2005). En términos de acompañamiento y soledad, este recurso puede servir en cierta medida, para que las personas mayores se sientan acompañadas. Sin embargo, el número de horas suele ser insuficiente y no facilita que las personas interactúen fuera de ese servicio con otras personas mayores (Yusta, 2019).
- **La teleasistencia** es una prestación orientada a mitigar la soledad de los mayores, permitiendo comunicar situaciones de riesgo desde el domicilio y potenciando, por tanto, su permanencia en este (Guía Práctica Sobre Dependencia, 2024). El servicio de teleasistencia incluye funciones de seguimiento y acompañamiento para ayudar a reducir la soledad. A pesar de esto, no es eficaz para combatir la soledad, ya que se enfoca más en la prevención de riesgos en lugar de fomentar las redes sociales (Yusta, 2019).
- **Los centros de día** ofrecen una atención integral durante el día a las personas en situación de dependencia, mayores de 60 años con el fin de favorecer o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y prestar apoyo a las familias o cuidadores. Este recurso crea oportunidades de interacción entre los mayores y los pone en contacto con profesionales (Guía Práctica Sobre Dependencia, 2024).

El voluntariado social es otro recurso clave como respuesta del tercer sector ante la falta de prestaciones específicas para estos. El voluntario ofrece no solo compañía y apoyo emocional, sino que también puede complementar otras prestaciones que a menudo se quedan cortas y fomenta crear redes intergeneracionales.

El voluntario visita al mayor en casa con el fin de crear lazos significativos, además de dar la posibilidad de asistir al mayor en actividades específicas que por su cuenta se

habrían dificultado como por ejemplo ir a citas médicas, además de por supuesto fomentar las actividades recreativas para los mayores (Rueda, 2020).

Este es un recurso que impacta de manera muy positiva en la vida del mayor, pero debemos de ser conscientes de que en ocasiones el sector público trata de reemplazar sus responsabilidades con este servicio, el cual debemos tener en cuenta que enfrenta desafíos como la alta demanda, la escasez de voluntarios y la falta de financiación.

Es por esto por lo que la Comunidad de Madrid, lanzó en 2020 El Programa de Acción de la Red de Atención a Mayores en Soledad, cuenta con la colaboración de 198 entidades (14 administraciones públicas de la Comunidad de Madrid, 21 entidades pertenecientes al CRM y 163 entidades y profesionales).

A raíz de este programa surgió El Servicio de Coordinación de la Red de atención a mayores en soledad de la Comunidad de Madrid que es un dispositivo de servicio público, de asesoramiento técnico a la Dirección General de Atención al Mayor y a la Dependencia, en materia de soledad y aislamiento social y la coordinación del conjunto de entidades que conforman la Red.




Este servicio realiza una serie de actividades específicas que son:

- Favorecer el crecimiento, la cohesión y coordinación de los agentes colaboradores en la Red.
- Centralizar la creación de documentos (informes, bases de datos, actas...) y protocolos comunes en la materia, unificando la metodología de atención, la coordinación y unificación de las diferentes acciones de las entidades colaboradoras.
- Reforzar la derivación de casos y actuación conjunta, entre las diferentes entidades de la Red.
- Ofrecer una primera respuesta, a través de una línea telefónica de referencia.
- Promover el acceso a recursos del territorio y seguimiento de personas mayores en situación de soledad y/o aislamiento social.
- Acciones de sensibilización y concienciación.
- Formación de equipos profesionales.

El Plan de Acción 2021-2023 de la ciudad de Madrid lanza una serie de acciones específicas para prevenir y paliar la soledad no deseada en la ciudad que sirve a modo de

ejemplo de las nuevas iniciativas que surgieron a raíz de la creciente problemática de la soledad no deseada en la vejez.

ÁMBITO ESTRATÉGICO 2 PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL: UNA CIUDAD QUE RESPONDE A LAS NECESIDADES DE LA POBLACIÓN MAYOR.
ACCIÓN AE2.1. INTERVENCIONES PARA PALIAR LOS SENTIMIENTOS DE SOLEDAD NO DESEADA Y DIFICULTADES RELACIONALES DE LAS PERSONAS MAYORES Coordina: Área de Gobierno de Familias, Igualdad y Bienestar Social - D.G. de Mayores
<ul style="list-style-type: none">• Actuación 1.1. Protocolización de la detección de soledad en los diferentes servicios para personas mayores (Servicio de Ayuda a Domicilio, Teleasistencia, Centros de Día, etc.). Protocolo común.
<ul style="list-style-type: none">• Actuación 1.2. Protocolización del abordaje de las dificultades de relación social y la soledad no deseada. Protocolos de abordaje específicos para cada uno de los servicios.
<ul style="list-style-type: none">• Actuación 1.3. Creación de un equipo de visitas domiciliarias para el abordaje individual de la soledad.
<ul style="list-style-type: none">• Actuación 1.4. Acompañamiento domiciliario con voluntarios.

<ul style="list-style-type: none"> • Actuación 1.5. Realización de grupos de abordaje de la soledad.
<ul style="list-style-type: none"> • Actuación 1.6. Actividades grupales complementarias en los servicios de atención domiciliaria. • Actuación 1.7. Llamadas a personas mayores de 75 años carentes de servicios (TAD, SAD, CD, etc.) que viven solas o acompañadas de otra persona en iguales condiciones para ofrecer teleasistencia y detectar necesidades no cubiertas.
<ul style="list-style-type: none"> • Actuación 1.8. Potenciación de las relaciones vecinales: programa <i>Grandes vecinos</i>. • Actuación 1.9. Mapeo de recursos comunitarios que actúen como antenas para detectar situaciones de soledad.
<ul style="list-style-type: none"> •  Actuación 1.10. Elaboración de un protocolo para la prevención de la soledad no deseada en coordinación con Madrid Salud. En coordinación con Madrid Salud (Área de Gobierno de Portavoz, Seguridad y Emergencias)
<p> ACCIÓN AE2.2. MADRID TE ACOMPAÑA, UNA APP PARA AFRONTAR LA SOLEDAD NO DESEADA Coordina: Área de Gobierno de Familias, Igualdad y Bienestar Social - Coordinación General de Familias, Igualdad y Bienestar Social - Voluntariado En coordinación con la D.G. de Mayores (Área de Gobierno de Familias, Igualdad y Bienestar Social)</p>
<ul style="list-style-type: none"> •  Actuación 2.1. Puesta en marcha y mantenimiento de la app. En coordinación con la Oficina Digital (Alcaldía)
<ul style="list-style-type: none"> • Actuación 2.2. Campaña de difusión de la app.
<ul style="list-style-type: none"> • Actuación 2.3. Sesiones formativas para dotar de habilidades tecnológicas a personas mayores para el manejo de la app.
<ul style="list-style-type: none"> • Actuación 2.4. Puesta en contacto de personas mayores y voluntarias de Voluntarios por Madrid a través de la app. • Actuación 2.5. Acompañamiento a personas mayores que sufran soledad a paseos, gestiones administrativas, actividades de ocio y tiempo libre, paseo de mascotas, citas médicas y acompañamiento hospitalario.

ACCIÓN AE2.3. MADRID TE ESCUCHA: ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO

Coordina: Área de Gobierno de Familias, Igualdad y Bienestar Social - Coordinación General de Familias, Igualdad y Bienestar Social - Voluntariado

- **Actuación 3.1.** Escucha a personas mayores que sufren de soledad no deseada.

ACCIÓN AE2.4. CREACIÓN DE UNA PLATAFORMA ASOCIADA AL CONSEJO SECTORIAL DE PERSONAS MAYORES PARA INVOLUCRAR A LAS PERSONAS MAYORES EN LA BÚSQUDA DE SOLUCIONES A LA SOLEDAD NO DESEADA

Coordina: Área de Gobierno de Familias, Igualdad y Bienestar Social - D.G. de Mayores

- **Actuación 4.1.** Creación de la plataforma, definición de funciones, componentes y modo de funcionamiento.
- **Actuación 4.2.** Celebración de encuentros con agentes interesados/expertos en el tema de la soledad.

- **Actuación 4.3.** Generación de propuestas para mejorar la atención a las personas que sufren soledad.

ACCIÓN AE2.5. COLABORACIÓN EN EL PROYECTO ESTRATÉGICO DE PREVENCIÓN DE LA SOLEDAD EN LA CIUDAD DE MADRID DIRIGIDO A LAS PERSONAS MAYORES

Coordina: Área de Gobierno de Portavoz, Seguridad y Emergencias - D.G. de Emergencias y Protección Civil - SAMUR Protección Civil

- **Actuación 5.1.** Inclusión en el Procedimiento de asistencia sociosanitaria a mayores de SAMUR Protección Civil una escala de valoración de la soledad en personas mayores.

Fuente: Ayuntamiento de Madrid. Dirección General de Mayores. Área de Gobierno de Familias, Igualdad y Bienestar Social. Documento técnico. La Soledad en el Plan de Acción 2021 – 2023.

5. METODOLOGÍA.

En la primera parte de este estudio se ha llevado a cabo una exhaustiva revisión bibliográfica sobre la soledad no deseada en las personas mayores, identificando y diferenciando conceptos de manera general.

Luego, de manera más específica se ha centrado en los principales factores de riesgo o predisponentes a sufrir soledad no deseada enfocando estos en aquellos que más vulnerables hacen al mayor.

Finalmente, se ha estudiado el impacto y el coste de la soledad no deseada en la salud y el bienestar de las personas mayores.

Se ha realizado una búsqueda documental, consultando fuentes académicas, libros, artículos científicos y recursos en línea como Dialnet, Google Scholar, The Encyclopedia of Social Work, y el Ayuntamiento de Madrid entre otros. En la segunda parte de la investigación se han identificado y analizado diferentes planes gubernamentales para la prevención, e intervención de la soledad no deseada, centrados en la ciudad de Madrid.

Finalmente, en un último apartado de esta investigación cualitativa se ha utilizado el análisis de contenido de cinco entrevistas como técnica de investigación, con el objetivo de identificar y validar teorías estudiadas previamente en la revisión bibliográfica, además de identificar patrones y temas recurrentes.

Como hemos analizado a lo largo de este estudio, la soledad no deseada en las personas mayores es una experiencia subjetiva y la realidad de cada persona puede ser muy diferente a pesar de sufrir una problemática común.

Lo mismo sucede con los profesionales que trabajan e intervienen en esta problemática, quienes tienen diferentes perspectivas, experiencias y opiniones.

Para esta investigación, la muestra no es representativa ni probabilística, sino que será significativa en relación con las experiencias que las personas entrevistadas han vivido.

En total, se realizaron 5 entrevistas de las cuales 2 de ellas fueron a dos personas mayores que en ocasiones anteriores habían verbalizado sentimiento de soledad no deseada a su médico de cabecera.

Ambas entrevistas fueron realizadas en presencia de su médico de cabecera tras consultarlo con el mismo para asegurar que en todo momento los entrevistados se sintieran seguros y en un ambiente de confianza.

Las entrevistas se llevaron a cabo con un enfoque semiestructurado, utilizando un guion común para ambas, pero manteniendo un carácter abierto. Esto permitió que la

conversación fluyera hacia temas de interés, facilitando una exploración más exhaustiva del fenómeno de la soledad no deseada en los entrevistados.

La entrevista a la *entrevistada 4* fue realizada en la casa de esta y duró aproximadamente 30 minutos, mientras que el del *entrevistado 5* se realizó en el mismo centro de salud y duró aproximadamente 20 minutos.

Las otras tres entrevistas se realizaron a profesionales de distintos campos con el propósito de conocer sus perspectivas sobre la problemática de soledad no deseada.

Para cada entrevista se utilizó un guion diferente, facilitando así una exploración más profunda de la perspectiva profesional de cada uno de ellos, y como en el caso anterior se llevó un enfoque semiestructurado manteniendo un carácter abierto con la intención de obtener la mayor información posible.

La primera entrevista se llevó a cabo con un *ex coordinador* de un proyecto de soledad no deseada para personas mayores en una entidad privada. El objetivo fue identificar las necesidades y problemáticas observadas por el profesional, y estudiar el papel y la importancia de las entidades privadas para luchar contra la soledad no deseada de los mayores.

La segunda entrevista se realizó a la *trabajadora social* de un centro de salud. El objetivo era profundizar en su perspectiva sobre esta problemática, examinando el papel de las trabajadoras sociales de atención primaria en la intervención de la soledad no deseada, así como identificar barreras, dificultades y necesidades de mejora.

Finalmente, la tercera entrevista se realizó con un *médico de familia*. Se buscó conocer el papel y la importancia de su figura en la prevención, detección e intervención en la soledad no deseada de los mayores. Además, se analizó la perspectiva de los médicos de atención primaria sobre el papel de las trabajadoras sociales en los centros de salud para abordar este tipo de problemáticas.

Para consultar el guion utilizado en cada una de las entrevistas véase el *Anexo I*.

Durante las entrevistas, se aseguró mantener la confidencialidad priorizando la intimidad y privacidad de los entrevistados. Por ello, en la transcripción de las mismas se omitieron

datos personales que pudieran facilitar su identificación sustituyéndolos por una “X”, o, en el caso de tratarse de una experiencia íntima, esta fue omitida por completo.

Tras consultarlo, se concluyó que la mejor manera de asegurar la comodidad de los entrevistados 1 y 2, al dar su consentimiento para ser entrevistados y grabados, era a través del consentimiento verbal, asegurando su total comprensión de la su situación.

Por otro lado, los entrevistados 3, 4 y 5 firmaron un consentimiento informado en el que se especificaba la naturaleza de la investigación y se garantizaba el carácter anónimo de los participantes.

Para consultar el modelo utilizado para la firma del consentimiento informado véase el *Anexo II*.

En las tablas a continuación se detalla la información de cada uno de los entrevistados:

Entrevistados	Edad	Género	Estado Civil
Entrevistado 1	87	Hombre	Viudo
Entrevistada 2	87	Mujer	Viuda

Entrevistados	Género	Profesión
Entrevistado 3	Hombre	Ex coordinador de un proyecto de soledad no deseada de una entidad
Entrevistada 4	Mujer	Trabajadora Social en un centro de salud
Entrevistado 5	Hombre	Médico de familia en un centro de salud

Fuente: Elaboración propia

6. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.

6.1. La problemática actual de la soledad no deseada.

De manera introductoria, se preguntó a los entrevistados 4 y 5, es decir la trabajadora social y el médico de familia si consideraban desde su perspectiva la soledad no deseada

un problema arraigado en nuestra sociedad y si han notado un agravamiento a lo largo de su carrera. Las respuestas a estas cuestiones han sido afirmativas por parte de ambos profesionales. Estos identifican el aumento de la población mayor y el envejecimiento de la población como un responsable del aumento de la soledad no deseada.

“Sí, es una problemática, es un problema, yo creo que primordial en estos momentos la sociedad que ha estado estamos viviendo de envejecimiento de la población.”
(Entrevistado 5).

“Pero sí es verdad que, en estos años que yo en allí en Móstoles he estado 17 y pico, ha habido una evolución y mientras que cuando llegué era una población con muchas familias con hijos adolescentes y ya mayores.

Se convirtió en una población en la que esas mismas familias se habían llevado a sus mayores a casa ¿no?. Y luego, con lo cual, hay un aumento de población mayor. Pero es verdad que la gente mayor se queda mucho tiempo sola porque con quien vive tiene que ir al trabajo” **(Entrevistada 4).**

Además, identifican un incremento del agravamiento de la soledad debido a circunstancias sociales como los problemas de accesibilidad o por otros factores como la viudedad, o la falta de redes.

“Las circunstancias sociales de bueno, pues de una gran ciudad, con distancias cada vez mayores, también por problemas arquitectónicos de problemas de accesibilidad, pues por el tipo de viviendas que muchos de ellos carecen de ascensor, pues estamos viendo un incremento de personas mayores que viven solas y que están aisladas.” **(Entrevistado 5).**

“Y pasan muchas, muchas horas, muchas horas solos. Y ahora, en la zona donde estoy hay mucha población mayor, viudos, viudas o solteros. O bueno, gente o parejas que viven solos y que yo lo que sí veo es mucha población que, aunque tienen familiares, no están presentes. O están presentes, pero no físicamente, sino que es que delegan las responsabilidades del cuidado de sus mayores en la administración” **(Entrevistada 4).**

6.2. La viudedad como catalizador de soledad no deseada.

Como se ha analizado anteriormente en la revisión bibliográfica, la viudedad es un factor de riesgo principal para sufrir soledad no deseada.

En el caso de los entrevistados, los cuales ambos eran viudos, se trató de identificar si la viudedad había sido el factor clave con el que comenzaron a sentirse solos, analizando el transcurso de su vida desde el momento en el que fallecieron sus respectivas parejas. Ambos hacen referencia a la pérdida de su cónyuge como un punto crucial de cambio en sus vidas, identificándolo como una experiencia negativa que ha ido dando paso a la soledad.

“Y mi vida esa te digo, cambió completamente de bueno a malo, y luego de cada vez he ido saliendo menos y ya no podía... (...) Más o menos mal, me sentí mal, pero mal. Pero luego lo fui superando y demás me metía en la cama y decía, “Paco, ¿dónde estás?” “Si no está” y eso es mucho dolor.” (Entrevistada 2).

“Pues muy triste, porque murió mi mujer, que me acompañaba a todos los sitios. En 4 años solo me ha derrumbado. Es muy duro.” (Entrevistado 1).

El entrevistado 1 además verbaliza que la muerte de su esposa fue el principal catalizador del sentimiento de soledad, no habiendo experimentado esta antes de este suceso.

Pregunta: *“Bueno, entonces le estaba comentando que antes de cuando estaba con su mujer, usted no se sentía solo, ¿verdad? Muy a gusto.*

Y ahora ha sido a raíz de eso que se siente, pues más en soledad, ¿verdad?

Pues sí, la muerte de ella influyó mucho.” (Entrevistado 1).

La pérdida de la pareja no solo provocó un gran dolor emocional, sino que significó cambios sustanciales en su vida, los cuales manifiesta la entrevistada que aún no termina de asimilar, anclándola a costumbres y acciones que realizaba en el pasado.

“De lo demás, hija, que hablaba y sigo hablando de vez en cuando con él. Porque si me pasa cualquier cosa o lo que sea, digo, “Paco, ¿qué te parece esto?” Y luego, “Si no está, si miro para un sitio y para el otro, hija y que no está” (Entrevistada 2).

6.3. Los hombres frente a la soledad.

A la hora de hablar de soledad no deseada en personas mayores, la diferencia entre géneros es notable, debido a una especial fragilidad del hombre no solo para verbalizar su situación sino para crear redes nuevas. La mujer tiende a ser más activa en su comunidad y suele tener más capacidad de diversificarse a la hora de enfrentarse a nuevos retos.

“Porque la mujer va, viene, hace, sube, va. No está en las mujeres interiorizado por ese papel que tiene de ser autosuficiente para todo ¿no? (...) La mujer, aparte que hace como más actividades. Cuando es una persona que vive sola o que es cuidadora, he incluso yo sí que veo, que cuando las mujeres son cuidadoras, sí que llenan su tiempo y hacen redes. El hombre siento si está solo le cuesta más hacer redes. Si es cuidador, está sobrecargado, está sobrepasado. Mientras que la mujer sí que tiene más capacidad para diversificarse, ¿no?” (Entrevistada 4).

Un fenómeno que se observa en los varones es la dificultad de que, por un lado, identifiquen esta soledad, y por otro que busquen ayuda externa para poder paliar esta problemática.

“Pero por otro lado en el hombre el concepto de soledad es más difícil que él lo reconozca.

Claro. O sea, a lo mejor la mujer lo manifiesta más que el hombre.

Sí, mucho más, mucho más.” (Entrevistada 4).

El varón mayor, en especial cuando enviuda, normalmente le cuesta más adaptarse a esta nueva situación debido a los roles que ha mantenido a lo largo de su vida. La búsqueda de recursos externos o de participación en actividades que le pongan en contacto con su comunidad suele ser más baja.

Pregunta: “¿Y cuál crees el perfil de paciente que observas que más sufre soledad no deseada?”

Bueno, hay dos situaciones, en primer lugar, se da en el varón cuando enviuda, cuando muere la mujer y no hay una reacción por su parte en búsqueda de temas sociales, de

actividades sociales, socioculturales. El varón está más anclado y por el tipo de vida que ha llevado, digo en estos grupos de edad, ¿no? que están llevando.” (Entrevistado 5).

Cuando se pregunta al entrevistado 1 sobre si ha considerado o considera la participación en actividades que le pongan en contacto con otras personas su respuesta es negativa, no siendo tampoco capaz de identificar qué le podría ayudar a dejar de sentirse solo.

Pregunta: *“Entonces, ¿nunca ha considerado, a lo mejor fuera de eso, buscar ayuda de personas de su edad, hacer grupos, actividades, cosas para entretenerse aparte de estar en casa?”*

No

(...)

Pregunta: *Ya, y ¿qué cree que le podría ayudar, para a lo mejor, sentirse menos solo en el día a día, para sentirse más acompañado, más apoyado...?”*

Pues no sé.

Pregunta: *¿No cree que nada le podría ayudar?*

Que yo sepa no.” (Entrevistado 1).

Esta falta de búsqueda de recursos de los hombres mayores para paliar su situación se ve reflejada en el perfil de los beneficiarios de los recursos contra la soledad no deseada.

“El perfil mayoritario es de una mujer mayor de 82 años, que vive sola, que en la mayor parte de las ocasiones tiene hijos o hijas. (...) El 90% del programa son mujeres mayores que viven solas y que le apetece recibir a alguien para charlar o para dar un paseo.” (Entrevistado 3).

La falta de verbalización de la soledad y falta de movimiento en la búsqueda de recursos y actividades que ayudan a prevenir esta situación pone a los hombres en una situación vulnerable en la detección y actuación de la soledad no deseada.

6.4. La importancia de las redes sociales de apoyo.

Las redes sociales de apoyo principalmente identificadas durante las entrevistas han sido la familia. La presencia de una red de apoyo de calidad, es decir, una familia que se

preocupa, se hace cargo y apoya al mayor les brinda conexión social y emocional, contribuyendo a su bienestar.

“Y siempre todos los días me llaman mis hermanos, el de Embajadores, el viudo, me llama por la mañana, quedaron de acuerdo el de X y este otro de que uno me llamara por la mañana y el otro por la tarde (Se ríe). Y entonces el de Móstoles me llama por las tardes, pero todos los días, todos. O dos o tres o lo que sea. (...)

Pregunta: *¿Y cree que esas llamadas en el día a día o esas visitas le hacen sentirse menos sola? ¿Le ayudan a sentirse menos sola?*

Sí, mientras hablo con ellos y demás, pues sí.” (Entrevistada 2).

Ambos entrevistados identifican que sus redes de apoyo familiares también cumplen una función de soporte a la hora de realizar trámites o actividades que por sí solos se les podrían dificultar.

“Pusimos lo de la ayuda a domicilio, que me la arreglaron mi hermano, este que es el que se dedica y demás y eso. Y ahora me han dicho esta mañana dice, “te hemos comprado un, lo que sea para que esté en casa y dé pedales y demás” Digo, bueno, vale, y esos son los que se preocupan de mí.” (Entrevistada 2).

Pregunta: *“¿Y tiene alguna persona que le apoye, que le soporte durante este tiempo? Algún amigo, familiar, con el que hable...*

Mi hermano.

Pregunta: *¿A menudo habláis?*

Si, todos los días hablo.

Todos los días, habláis.

Y es el que me lleva al hospital, a todos los sitios. Se encarga del papeleo... yo voy al médico y no me entero. Como no veo muy bien tampoco.” (Entrevistado 1).

La falta de una red de apoyo fuerte es un factor de vulnerabilidad muy importante. La presencia de hijos u otros familiares influyen mucho en la soledad.

Sin embargo, la existencia de familia en sí no protege frente a la soledad, sino que es mucho más importante que las redes de apoyo sean de calidad y estén presentes en el día a día del anciano.

“Uno de personas mayores que son solteras o que tienen hijos. Es verdad que en la zona donde estamos, donde yo estoy ahora, es una zona donde muchos de los padres han conseguido que sus hijos mejoren a nivel social, ¿no? Y entonces se han quedado muy solos, porque a lo mejor en otras ciudades o viven en otras zonas de Madrid o fuera de España.” (Entrevistada 4).

“Muchas de ellas tienen hijos que se han ido haciendo autónomos, o sea, que han ido volando, que van a verla puntualmente” (Entrevistado 3).

La entrevistada 4 también identifica que cuando existen factores que no permiten una atención adecuada a los mayores por parte de la red, existe una delegación de los cuidados en las administraciones públicas.

“Pero que el propio agobio de los hijos en cuanto a salir adelante les impide también hacerse cargo de los padres, y ese no hacerse cargo de los padres los lleva a responsabilizar los cuidados, acompañamientos a la Administración. Yo creo que hay una descarga, de ese tipo de familias en las instituciones.” (Entrevistada 4).

A parte de la familia como red de apoyo, la comunidad, barrio y las amistades son figuras fundamentales en la vida de las personas.

Es por esto, que se identifica el perfil de las personas mayores migrantes como uno de los grandes desprotegidos frente a la soledad debido a que muchos se encuentran solos en un país con redes muy limitadas. Muchos se encuentran viviendo en habitaciones con desconocidos y no cuentan con los mismos recursos personales que los mayores que han vivido en el mismo barrio toda su vida.

“Y luego el otro perfil que yo veo es el de gente migrante que son muy mayores, que están viviendo en habitaciones, y que las redes de apoyo son muy, muy, muy, muy efímeras, porque, pues eso hay gente que está siendo apoyada con la persona con la que está compartiendo la casa y no tiene nada que ver. (...) No hay ni red social ni red familiar, y prácticamente no hay red económica.

(...)

Está la gente del barrio de toda la vida que se han hecho mayores y luego hay una gran población inmigrante allí.

Sí y claro, los que se han hecho mayores tienen redes, porque además son gente con muchísimas capacidades y muchos recursos personales. Pero claro, es gente del barrio de toda la vida.” (Entrevistada 4).

La reducción del círculo social es también un fenómeno muy habitual en las personas mayores, debido a la longevidad de algunos de estos y la pérdida y fallecimiento de sus apoyos más cercanos a lo largo del ciclo vital.

Pregunta: *“Y son personas que normalmente el círculo social se ha ido cada vez cerrando más ¿no? No suelen tener amigos ni nada ¿no?”*

Pero por una sencilla razón, porque cuando tú vas cumpliendo años te vas quedando solo. Es decir, si tengo 150 años, ya te digo yo que no voy a conocer a casi nadie de los que tenía antes (...) el programa cada vez tiene gente más mayor y eso implica que el mayor va cumpliendo años y va dejando gente en el camino y se va quedando solo.

Con lo cual son mayores que han ido perdiendo al cónyuge si lo han tenido, han ido perdiendo a familiares, han ido perdiendo amistades, han ido perdiendo a la comunidad de vecinos que ya no queda nadie ahí. Con lo cual las relaciones se van diluyendo.” (Entrevistado 3).

6.5. Obstáculos para el mantenimiento de redes.

Existen determinados factores que hemos analizado en la revisión bibliográfica que aumentan la fragilidad del mayor frente a la soledad no deseada.

Algunos de estos factores fueron identificados como un tema recurrente a lo largo de las entrevistas.

Estas variables con frecuencia obstaculizan al mayor en la creación y sobre todo el mantenimiento de redes en su comunidad.

Se observa una prevalencia de los problemas de salud y dependencia de los mayores ya que en muchas ocasiones les impide participar de manera activa en sus comunidades.

El entrevistado 1 manifiesta que sus problemas de salud le impiden con salir de casa con frecuencia, lo cual le acaba aislando de su comunidad y dificultando las interacciones con amistades. Esto puede acabar reduciendo cada vez más su círculo social y por tanto sus redes de apoyo.

“Si yo pudiera andar. Yo paseaba mucho cuando estaba bien, salía todos los días, y paseando te encuentras amistades. Pero si no sales de casa... muy difícil. (...) es las piernas lo que me frena. (...) Luego tengo la tos y la cintura. (...) Para bajar a la calle, puedo bajar, yo bajo a la tienda de enfrente y compro lo que me hace falta. Pero ya los paseos largos y eso no, porque cuando salga coger un taxi hasta casa...”
(Entrevistado 1).

Además, los mayores frecuentemente manifiestan miedo a caerse en la calle en especial si se encuentran solos lo que hacen que no salgan y, como ya hemos identificado, puede aumentar el riesgo de aislamiento en su comunidad.

“El mayor muchas veces no sale a la calle por miedo, por temor a caerse, porque no tiene a nadie” **(Entrevistado 3).**

La soledad en sí misma tiene consecuencias en la salud de los mayores y puede crear desánimo a la hora de mantenerse activos.

Pregunta: “¿Cree que el vivir sola o el sentirse sola le ha afectado tanto en su salud emocional como en su salud física de alguna manera?”

Pues sí, porque la verdad sea dicha emocional mucho y personal y demás también. No te apetece, yo antes guisaba bien y guisaba para los dos y guisaba a diario, ¿eh? En cambio, ahora si me hago un poquito, miro a ver si me queda para mañana o para pasado, ¿eh? Y por eso te digo que sí, que me ha afectado a todo eso, mucho”
(Entrevistada 2).

Asociado con la salud y la dependencia de los mayores otro tema recurrente en las entrevistas como obstáculo para el mantenimiento de redes son las barreras arquitectónicas. Las barreras arquitectónicas impiden al mayor participar de forma activa y relacionarse con el resto del mundo, aunque tengan la voluntad de hacerlo.

“Y luego modo general, tanto hombres o mujeres el gran problema, insisto, es lo que te da la estructura arquitectónica de la ciudad, es decir, las barreras arquitectónicas, yo creo que para mí marca muchísimo el que una persona entre en esa denominación de soledad no deseada, porque, aunque tenga voluntad de poder relacionarse con los demás,

las dificultades que tienen de acudir a un centro cultural son amplísimos, son, son muy grandes.” (Entrevistado 5).

Los entrevistados identifican las escaleras en sus casas y la falta de ascensor como una barrera que les dificulta realizar actividades del día a día.

Pregunta: *“Se le dificulta mucho salir de casa, ¿no? O las escaleras que las hemos visto.*

Las escaleras son las peores. Y mi hermano, resulta que quieren que venda este piso y me compre uno (...) Y por aquí es que he estado mirando, no ahora, hace más tiempo y como son pisos antiguos no hay ascensor. Porque mismamente mi hermano, el de la calle Xpor ahí tiene ascensor, pero como si no le tuviera, tiene que subir un tramo de escaleras para coger el ascensor y cuando llega a su piso tiene que o subir o bajar. Eso no es ascensor.” (Entrevistada 2).

Esto les impide participar en actividades que favorezcan su participación e interacción con otros miembros de su comunidad lo cual dificulta la creación de redes de apoyo.

“Es que es que yo para ir a un centro de día me voy a las 9:00 H de la mañana, tengo que subir y bajar la escalera, qué eso me lo pienso, ¿eh?” (Entrevistada 2).

6.6. El papel de los profesionales de atención primaria en la lucha contra la soledad no deseada.

Este estudio se ha centrado principalmente en la acción de los equipos de atención primaria en la detección y actuación de la soledad no deseada, razón por la cual se ha elegido a dos profesionales de este ámbito para realizar las entrevistas.

Una de las razones por la que se ha considerado primordial el papel de estos profesionales, es debido a que estos son las puertas principales para la detección de problemáticas sociales de esta índole.

“Somos un punto privilegiado para poder detectar esas situaciones”. (Entrevistado 5).

El entrevistado 5 identifica algunos indicadores o señales clave para la detección de soledad en sus pacientes.

“Sí, más que indicadores, unos síntomas, pues muchas veces son quejas, signos, síntomas psicósomáticos, es decir en cuanto a la sintomatología, pues se da situaciones de insomnio, de falta de cuidados, te expresan tristeza, cefaleas... Pero fundamental, fundamentalmente es insomnio. Ah, bueno, y alteraciones en la nutrición, también con muchísima frecuencia.” (Entrevistado 5).

Además, la posición con la que cuentan los médicos de familia como profesional de referencia y de confianza, es la posibilidad de prevenir y estudiar la evolución de este tipo de fenómenos para tratar de evitar un agravamiento.

“Lo bonito de nuestra especialidad es que es longitudinal en el tiempo y además está el pensar longitudinal porque estamos viendo a esa persona, si tenemos el privilegio de poder estar manteniéndose en esa en esa consulta, pues a lo largo del tiempo, cómo se va desarrollando. Y tenemos siempre la posibilidad de hacer una supervisión y un seguimiento, cosa que otras especialidades pues carecen de eso.” (Entrevistado 5).

Una vez se detecta este fenómeno en el paciente, las primeras señales son abordadas por el profesional a través de la creación de un vínculo de confianza, para después ofrecer recursos que favorezcan la participación social.

“Lo primero que hacemos es ganar la confianza del paciente. Y lo que buscamos son recursos, o sea, le ofertamos recursos en función de qué grado de autonomía, qué autonomía tenga. (...) Pero de cualquier manera lo que hacemos es, pues ofertarle posibilidades de asistencia a recursos, ¿no? Pues, una cosa muy manida, muy manida como muy frecuente: “pues mire, haga usted gimnasia, apúntese a los centros municipales de deportes, a una actividad, la que sea” Y de esa manera buscamos el que no solo haga, tenga un contacto, o sea, que haga ejercicio físico, sino que también establezca relaciones sociales, porque luego eso es una invitación a salir de casa, a estimular, etcétera, etcétera” (Entrevistado 5).

Cuando se detecta una situación de soledad más cronificada o con en sí más compleja se traslada la intervención a la trabajadora social o a los Servicios Sociales.

“Activamos Servicios Sociales, les derivamos a Servicios Sociales, o recomendamos cuando contamos con el apoyo al trabajador social, pues para que les informe de los distintos recursos que pueda haber (...) Luego hay otras situaciones cuando son más complicadas, más complejas, que las digamos, el trabajador social, es decir, el trabajador social nos informa o estamos intentando tener una cartera de recursos para que, desde la consulta, pues nosotros le podamos ir orientando” (Entrevistado 5).

La trabajadora social manifiesta su experiencia en la detección de soledad no deseada, la cual en la mayoría de las ocasiones llegan a ella por motivos ajenos a la soledad y cuando ya se ha convertido en un problema muy cronificado, impidiendo la posibilidad de realizar un trabajo de prevención más exhaustivo.

“Llegan por problemas añadidos, porque hay una discapacidad y se impide salir o ser autónomo, etc. (...) Y entonces, a partir de ahí, ya empiezas a ver que hay un problema de soledad que puede ser seguramente, soledad ya cronificada (...) La mayoría de situaciones de soledad que llegan, lo que te he dicho es porque hay un problema de salud, no hay un interlocutor ante esos problemas de salud. No sé, pues con un problema de salud no puede acercarse al centro de salud y a partir de ahí es cuando llega, porque no hay alguien un interlocutor que pueda ir y venir, que lo pueda traer” (Entrevistada 4).

Como comentaba anteriormente una de las críticas principales de la trabajadora social era la imposibilidad de hacer prevención desde su ámbito, debido a que en la mayoría de los casos se detecta la soledad ya cuando es un problema muy agravado y achaca a esto la falta de capacidad de detección y respuesta de los profesionales ante situaciones no tan graves.

“Quizás en el tema de la soledad, como no sabemos cómo responder ante ellos, pues creo que es una de las cosas con las que no le prestamos atención hasta que ya se ha convertido en un problema gordo, pero por los añadidos.

Claro, donde ya hay riesgo, o sea, existen riesgos.

Claro, pero si no. No sé, no sé en las consultas si los profesionales lo plantean, ¿no?, pero yo creo que no lo plantean hasta que no hay algo que...

Es decir que no se hace prevención ¿no? No te llega nada de prevención.

Casi nada. En general hay muy poca prevención en todos los ámbitos.” (Entrevistada 4).

6.7. Recursos frente a la soledad no deseada.

Un servicio que ambos entrevistados manifiestan como una forma de alivio de la soledad es el servicio de Ayuda a Domicilio. Este servicio permite al mayor no solo apoyo en las actividades básicas de la vida diaria, sino que les ofrece compañía y conversación.

La entrevistada 2 utiliza este servicio como para poder salir a la calle a pasear, pero sobre todo busca entablar conversación con alguien.

“Yo antes, bueno, ahora mismamente yo viene la mujer hoy una hora y los jueves dos. Y yo cómo puedo voy limpiando el polvo, voy fregando un poquito si puedo ese cachito nada más, luego este otro y demás y el día que viene la mujer en vez de que me haga ella nada, nos vamos a la calle de paseo.

(...)

Pregunta: ¿Y ese ratito que está con ella le ayuda también a estar entretenida?

Pues mira, te voy a decir una cosa, es una de las mujeres que se lo he dicho. Digo, “mira María”, digo, “háblame o dime algo”. Porque ella coge el teléfono y como es de por ahí que son extranjeras todas, ella empieza “bla, bla, bla, bla...” Y la dije los otros días, digo “María”, digo, “haz el favor de cuando estés conmigo, habládmeme de lo que sea, aunque sea mentira”. Digo, “pero darme conversación, digo porque bastante tiempo estoy en casa con la boca cerrada”, ¿es verdad o no? (...) Claro, y yo digo, si solo yo lo pago, pues que me dé conversación, aunque sea mentira lo que me diga.” (Entrevistada 2).

El entrevistado 1, también cuenta con el Servicio de Ayuda a Domicilio y la Teleasistencia. Cuando se le pregunta si esto le ayuda a sentirse menos solo, la respuesta es afirmativa.

“La del Ayuntamiento va todas las semanas la chica a limpiar. Hoy ha estado en casa.

Pregunta: ¿Y con ella interactúa a menudo o simplemente va a limpiar?

Va a limpiar. También tengo una medalla para cuando estoy solo, por si acaso una emergencia. Un botón, eso es para contactarse contigo.

Pregunta: *¿Pero no conversa con ella o no tiene relación de cercanía con la chica que viene?*

Si, si, yo hablo con ella.

Pregunta: *¿Y le hace sentir mejor cuando viene ella?*

Si me gusta.

Pregunta: *¿Se siente menos solo?*

Parece que si” (Entrevistado 1).

En cuanto al uso de otros recursos, la entrevistada 2 manifestó en repetidas ocasiones que lo que le ofrecen desde los centros de mayores no son lo que ella necesita. Tiene la visión de que en los centros de día o centros culturales se realizan muchas manualidades, y eso es algo que ella hace en casa fácilmente, lo que necesita es moverse y mantenerse activa físicamente.

“Mi hermano, el de Móstoles me está diciendo que yo no lo quiero eso, la verdad, me dice que me vaya a un centro de día. Digo sí me voy ¿y qué? manualidades, ¿eh?

Si yo lo que necesito son las piernas porque yo manualidades, hago muchas.(...) Y yo lo sé, porque allí en el pueblo hay una residencia y en la residencia dicen, mira, aquí jugamos al bingo, hacemos esto, lo otro, todo manualidades. Y yo lo que necesito es moverme, no tantas manualidades.” (Entrevistada 2).

Sin embargo, ante la pregunta sobre si cree que los recursos públicos que se ofrecen se adecuan a lo que necesita o quiere no supo responder.

Pregunta: *“¿Cree que lo que le ofrece la administración pública no se adecua a lo que usted necesita o lo que usted quiere? ¿Es un poco complicada la pregunta, pero?*

Pues no lo sé, la verdad.” (Entrevistada 2).

Lo que sí identifica es que el modelo de los centros de día no son el recurso ideal para ella por su situación personal.

“Es que es que yo para ir a un centro de día me voy a las 9:00 H de la mañana, tengo que subir y bajar la escalera, qué eso me lo pienso, ¿eh? Y luego vengo a la noche, por la tarde, a las 6 o las 7. Está mi casa toda abandonada, que ya no estoy en ella, ¿eh? Y a mí eso me da mucha pena. Y yo lo sé, porque allí en el pueblo hay una residencia y en la residencia dicen, mira, aquí jugamos al bingo, hacemos esto, lo otro, todo manualidades. Y yo lo que necesito es moverme, no tantas manualidades.” (Entrevistada 2).

El papel del voluntariado como recurso al facilitar la movilidad del mayor y la variedad de actividades, además de permitir establecer relaciones emocionales profundas entre personas, es en ocasiones un recurso mucho más atractivo y cómodo para los estos. La entrevistada 2, mostró mucho más interés por el voluntariado y lo contemplaba como una buena opción para ella.

“Sí, eso lo he oído yo mucho, que hay personas que se dedican a ir a las casas para hablar con la... y en la televisión sale y demás digo, ves eso a mí así sí, me gustaba que vinieran aquí y me dijeran esto lo otro vamos a hacer por aquí o por allá. (...) Y digo, si vinieran alguien digo, hablaba y decía, o esto lo otro, pero es que a mí eso de tener que salir, no, no me llama la atención.

Pregunta: Claro, a lo mejor prefiere a alguien que venga, ¿no?

Eso sí. Pero ya dijo, pero bueno, ¿qué vamos a hacer?” (Entrevistada 2).

El voluntario ofrece al mayor un vínculo que otros servicios no puede imitar ya que este recurso ofrece un gran alivio de la soledad debido a la formación de conexiones emocionales. Además, tiene un gran papel a la hora de alargar el momento de tener que institucionalizarse.

“Detectan a lo mejor algún mayor que está solo, que recibe pocas visitas, y que la presencia de un voluntario o una voluntaria le vendría bien. ¿Por qué? Porque saldría de su círculo, saldría de su soledad, saldría de no tener que hacer nada, o metería a alguien en su vida, en el día a día, etcétera. (...) El papel del voluntario es generar ese espacio de encuentro para que esa persona no se sienta aislada del mundo ¿vale?, porque el mayor, muchas veces, si no viene el voluntario, está solo con la televisión, a todo meter y no sale a la calle, no tiene con quién en muchas ocasiones, y es un poco el papel que

construye el voluntario o la voluntaria. (...) Si además el mayor está solo, pero recibe la visita de uno o varios voluntarios a la semana, el mayor tendrá muchos menos inconvenientes y tendrá muchas menos razones para institucionalizarse en la residencia. Ese es el principio que lo rige todo ¿vale?, pero esta parte obedece a una parte humana y afectiva. Lo que tiene de bueno para el mayor es que alivia, es decir, alivia el día a día del mayor en muchas circunstancias. Le alivia, porque tiene alguien con quien charlar, porque tiene alguien con quien ver la tele, tiene alguien con quien reír y alguien que le escuche, etcétera.” (Entrevistado 3).

Los servicios de voluntariado pueden permitir gracias a el acompañamiento y la creación de comunidad, una mejora de la percepción de la salud del mayor, factor predisponente a sufrir soledad no deseada. Esto evita que recurra tan a menudo a otros servicios y permite que pueda estar más tiempo en su domicilio.

“Una hipótesis, un poquito redundante y un poquito también lógica, y era que, si el mayor estaba acompañado la percepción, entre otras cosas, de la salud del mayor iba a ser mejor, iba a dar menos “la plasta”, a los servicios, a los médicos, al ambulatorio, a la farmacia, etcétera. Y el mayor podía estar mucho más tiempo envejeciendo en su domicilio, ¿vale? Lo que hace X es juntarles. Pasar un rato libre, pero solo un rato, es decir, puede que el resto del tiempo, el mayor, esté muy entretenido haciendo punto de cruz o jugando al cinquillo, pero en ese ratito le apetece tener un voluntario ¿para qué? para generar comunidad.” (Entrevistado 3).

El entrevistado 3, comenta que no solo el acompañamiento individual de la persona es importante, sino que también es necesario crear espacios de encuentro para fomentar la creación de redes sociales. A través de su entidad han tratado de fomentar más este tipo de actividades en especial tras la pandemia.

“Lo que hemos intentado hacer después de la pandemia es ir más allá de lo que es el acompañamiento individual. El programa siempre es un acompañamiento individual a una persona mayor y queríamos salir de eso. Hacíamos actividades, pues o 3 veces al año en ese sentido, pero lo que quisimos fue salir de eso.

Y hemos generado un par de veces al mes una actividad, o bien por barrios, o bien convocamos una agenda de actividades a la cual se pueden juntar los mayores.

El objetivo es que los mayores se vean poco a poco, se vayan poniendo caras, sepan que en muchas ocasiones viven cerca y generen un poco más de autonomía a la hora de ir construyendo la relación social. Eso es difícil porque es construir estructuras antes de los procesos. Y los procesos humanos son muy legítimos y a veces suceden y, a veces no suceden. Pero bueno, poco a poco, es una gota mala, ya sea poco a poco vamos a ir construyendo relaciones de gente que antes seguramente ni se ni se conocía ni se hubiesen conocido.” (Entrevistado 3).

Otro tema recurrente a lo largo de las entrevistas es la falta de recursos públicos los cuales no alcanzan para combatir este fenómeno, haciendo que las administraciones públicas recurran demasiado al tercer sector.

“El voluntariado, yo creo que las administraciones en algunas ocasiones han tenido la jeta o la cara de haber querido excluir el trabajo profesional por el del voluntariado. Las entidades sociales no nos hemos dejado la mayor parte de los casos, pero aún seguimos con ese peligro de que el voluntariado haga trabajo profesional y eso no puede ser. El voluntariado tiene que ser algo a lo cual no puede llegar la administración y en el caso de X es la parte humana esa parte de vinculación, esa parte de afecto que tenemos. O sea, el voluntariado jamás va a poder sustituir, pero es cierto que faltan muchas cosas de la administración por solucionar y por atender a las personas mayores.” (Entrevistado 3).

El voluntariado, a pesar de su importancia, no es la solución única a la soledad no deseada, sino que debería ser una pieza dentro de una mayor intervención en el que es imprescindible la utilización de otros recursos complementarios para asegurar su bienestar.

“El voluntariado tiene que ser algo a lo cual no puede llegar la administración y en el caso de X es la parte humana esa parte de vinculación, esa parte de afecto que tenemos. O sea, el voluntariado jamás va a poder sustituir, pero es cierto que faltan muchas cosas de la administración por solucionar y por atender a las personas mayores (...) no deja de ser un complemento a la actuación de los Servicios Sociales, a la actuación de la Administración, que en muchos casos es insuficiente, y sobre todo, en muchos casos no palía una parte que el voluntariado hace (...). Ten en cuenta que el voluntariado se

plantea dentro, o sea, yo lo planteo un poco dentro de la escala global de las atenciones que puedan tener las personas mayores. Si un mayor tiene el servicio de ayuda a domicilio, el mayor tiene atendida la parte, digamos, de logística del día a día de su domicilio, la parte de limpieza, la parte de bajar a la compra, la parte de hacer la cocina ¿vale? Si el mayor tiene la teleasistencia, tiene la seguridad de que si le pasa algo va a tener esa parte cubierta. (...) Si además el mayor está solo, pero recibe la visita de uno o varios voluntarios a la semana, el mayor tendrá muchos menos inconvenientes y tendrá muchas menos razones para institucionalizarse en la residencia.” (Entrevistado 3).

Estos recursos de la ley de Dependencia que hemos mencionado con anterioridad son no solo insuficientes, sino que además no llega a cubrir las necesidades del mayor de manera efectiva e inmediata.

“La Ley de Dependencia cuando se aprobó (...) fue un paso adelante que no se concretó, y que ha generado muchas ayudas, pero que muchas de estas ayudas no se han materializado y ha sido un quiero y no puedo. En ese sentido, la mayor parte de nuestros mayores tienen retrasos y tienen excesivas demandas por la Ley de Dependencia que no se han solucionado, con lo cual es un brindis al sol.” (Entrevistado 3).

Los servicios públicos están desbordados y la oferta no se adecua a la realidad de la demanda de la población. El entrevistado 5 manifiesta su preocupación a la falta y saturación de los recursos que no son suficientes para abordar las problemáticas del colectivo de los mayores y que los convierte en un colectivo más vulnerable.

“Animamos, detectamos un problema y decimos, mira, por ejemplo, lo más frecuente: “tiene usted que hacer estimulación cognitiva” Pero ¿en dónde? Lo mandáis a los servicios sociales municipales y estarán totalmente desbordados, o sea, la oferta que hacen es absolutamente yo creo que testimonial para las necesidades que hay y a veces no promocionamos más, porque lo único que haces es al paciente frustrarle. Porque cuando tiene una iniciativa y ya lo has motivado, entonces vas con la realidad de los recursos.” (Entrevistado 5).

Esta problemática junto con la de la falta de planes de intervención más específicos frente a la soledad y la falta de coordinación entre instituciones es reconocido por la entrevistada

4. Informa sobre la necesidad de planes de intervención reales y sobre todo coordinados entre las instituciones.

“Pues creo que algo que nos sucede y que debería suceder, es que las instituciones en la misma Comunidad Autónoma, las instituciones sociales y las sanitarias realmente establecieran planes de intervención con respecto a no solo al tema de la soledad, sino a los mayores conjuntos y reales, porque Salud crea un protocolo, pero en la Consejería de Familia y... crea su historia y no están coordinados, no están coordinados, pero para nada.” (Entrevistada 4).

La propia institución dificulta a las trabajadoras sociales a intervenir de forma adecuada debido a la falta de recursos propios y la sobrecarga del trabajo, a la vez que exige resultados incoherentes con la realidad de la situación. Esto deriva en que se acabe dependiendo siempre de los recursos del tercer sector.

“Yo sé que estamos en una institución sanitaria porque es así, pero en la propia institución, la propia institución es totalmente incoherente con los mensajes y con lo dice, ¿no? Por ejemplo tenemos a nivel de trabajo social, te dicen, que tienes que hacer más trabajo grupal, más trabajo comunitario, pero, a la par viene impuesta una agenda de 13 o 14 pacientes al día. Eso es totalmente incoherente si estás queriendo trabajar o promover otro tipo de trabajos (...) El hecho de que tú no puedes ofrecer, la panacea en cuanto a la soledad desde salud si tú no tienes ni un solo recurso propio.

Escribes una estrategia y un informe, pero luego no...

Pero luego tú, tú tienes que buscar la Asociación, que tengan voluntarios... Quiero decir que tú cuentas, tú haces tu intervención, pero tienes que contar siempre con recursos externos. La institución no tiene ningún recurso. (...)

Y que al final depende siempre del tercer sector.

Casi siempre yo” (Entrevistada 4).

Finalmente, el entrevistado 5 recalca la necesidad de la sensibilización a la población y además a los profesionales para poder estar suficientemente formados a la hora de intervenir en soledad.

“Tiene que haber una sensibilización, una campaña de sensibilización formativa. Es decir, esto que habláis de soledad no deseada, a ver, que no se quede solo en la palabra tan bonita, ¿no? solo soledad no deseada, sino dar datos, es decir, trasladar al profesional que está en la trinchera, enfermeros, médicos, los que tienen contacto... Tiene contacto porque accede el paciente a él, no porque hagas una búsqueda. (...) O sea, faltaría por hacer una campaña de sensibilización y de proclamación de que esto es una cosa que tenemos que tener en cuenta y tenemos que estar atentos a la detección de ese problema.” (Entrevistado 5).

Podemos concluir que los recursos actuales para el abordaje de la soledad en mayores son absolutamente insuficientes y es prioritario una respuesta real por parte de las instituciones.

“No es para ahora estar con debates, sino es para exigir a los gobernantes que liberen presupuestos para acciones concretas y en concreto a parte, de sensibilizar, y aparte de detección, recursos.” (Entrevistado 5).

Esta es una problemática real y extremadamente preocupante que genera una gran vulnerabilidad en el mayor y que, no solo irá en aumento en las próximas décadas, sino que ya está aquí y no se está llegando a tiempo.

“Y es la generación que más se lo merece, la generación de la posguerra, la generación que ha hecho este país, llegar a lo que es y esto es algo prioritario y urgente. (...) Estamos en el techo ahora mismo, estamos en el techo. Y hay un momento cuando claro, pues de aquí a 20 años que llegemos la generación de baby boom, que somos nosotros. Pero es que está la generación, la generación de tus abuelos ahí está. ¿Y qué recursos tienen? (...) No es justo, es injusto, es profundamente injusto. Esta generación no se lo merece, punto final.” (Entrevistado 5).

7. CONCLUSIÓN.

Este trabajo ha tratado de abordar el fenómeno de la soledad no deseada en la vejez como un problema social prioritario, tratando de reflejar su complejidad y necesidad de respuesta por parte de la sociedad.

La soledad es entendida como una experiencia subjetiva que acarrea sentimientos negativos y dolor emocional lo cual puede tener graves consecuencias en la salud y el bienestar de las personas mayores.

La soledad no deseada en la vejez es un sentimiento que se produce cuando las personas mayores sienten que no tienen las relaciones sociales que necesitan y desean.

Este tipo de soledad puede ser fomentada por una variedad de factores sociodemográficos como la edad, el estado civil, el género o incluso el estatus socioeconómico. Otros factores que influyen son la falta de redes de apoyo y la participación social del mayor además de la salud y la autonomía del este. Esto valida y reafirma la hipótesis 1 planteada al comienzo de este trabajo.

La segunda hipótesis planteada es reafirmada debido a que se ha encontrado que la soledad no deseada puede tener graves consecuencias en la salud física y mental de las personas mayores, incluyendo un mayor riesgo de problemas cardiovasculares, insomnio, depresión, ansiedad, demencia y muerte prematura.

Para prevenir y abordar la soledad no deseada en la vejez, los planes estratégicos públicos promueven la importancia de estrategia comunitarias como la de sensibilizar sobre la soledad no deseada para que se pueda identificar y abordar de manera más eficaz. También es crucial potenciar los puntos de encuentro para fomentar la participación de las personas en la sociedad.

Finalmente, se identifican estrategias y recursos para combatir la soledad de gran importancia actualmente, pero se identifican como insuficientes, para abordar al completo esta problemática.

Esto confirma parcialmente la tercera hipótesis, ya que a pesar de que si existen y se están potenciando la creación de estrategias y recursos dirigidos a la intervención profesional,

la identificación temprana de la soledad, y el apoyo social y comunitario, aún no son capaces de abarcar y responder a las necesidades detectadas.

En el análisis y discusión de las entrevistas realizadas en esta investigación, se observa un aumento en la población mayor y el envejecimiento general de la población, identificados como factores principales responsables del incremento de la soledad no deseada. Las personas que viven solas pasan muchas horas sin compañía, lo que contribuye significativamente a su aislamiento social.

Factores como la viudedad y la falta de redes de apoyo de calidad agravan esta situación. Obstáculos como los problemas de accesibilidad dificultan el mantenimiento y la creación de redes sociales, aumentando el aislamiento de los mayores. Además, la falta de interacción social puede tener un impacto negativo en la salud física y mental de las personas mayores, vulnerabilizándolas aún más.

El papel de los equipos de atención primaria es fundamental para la detección e intervención de la soledad no deseada. Sin embargo, su actuación puede ser insuficiente o tardía, lo que plantea la necesidad de implementar nuevos protocolos focalizados en este fenómeno, así como la sensibilización y formación de los profesionales.

El análisis también detecta la necesidad de recursos de apoyo para paliar la soledad no deseada en los ancianos. La creación de vínculos significativos y el fomento de nuevas redes sociales tienen un impacto positivo en los mayores, no solo paliando la soledad, sino también retrasando o eliminando la necesidad de institucionalización.

No obstante, estos recursos son completamente insuficientes para la demanda actual, por lo que se demanda a las instituciones una actuación inmediata ante este problema social.

En conclusión, la soledad no deseada en la vejez es un problema complejo y multifacético que afecta profundamente la salud y el bienestar de las personas mayores. Esta investigación ha tratado de poner en manifiesto la necesidad urgente de respuestas efectivas, que incluyan, la sensibilización comunitaria, la implementación de políticas públicas adecuadas y la efectividad y alcance de los recursos actuales.

Para enfrentar este desafío y garantizar una mejor calidad de vida para nuestros mayores, es esencial involucrar a las instituciones, profesionales y comunidades. Solo así se podrá abordar de manera efectiva esta problemática social.

8. LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS.

En este último apartado, quisiera destacar algunas ideas de gran importancia en esta temática que pueden ser de gran interés para futuros estudios. Debido a la naturaleza de esta investigación, no han podido ser incluidas o profundizadas en este documento.

1. **El rol de la Trabajadora Social frente a la soledad no deseada.** Aunque esta investigación ha abordado el papel de las profesionales en este ámbito, creo que es fundamental profundizar y realizar más investigaciones sobre este tema.

2. **Innovación en Tecnología y Soledad en la Vejez.** Están surgiendo cada vez más proyectos innovadores sobre el potencial de la tecnología, como la realidad virtual o la inteligencia artificial, para abordar la soledad no deseada en la vejez.

3. **Las personas mayores migrantes y la soledad no deseada.** El creciente fenómeno migratorio a nivel mundial se traduce en un aumento de la población mayor extranjera en nuestro país. Esto crea nuevos retos para los servicios de intervención por lo que podría ser muy interesante examinar cómo las diferencias culturales influyen en la experiencia de la soledad no deseada en la vejez, y cómo pueden diseñarse intervenciones culturalmente sensibles para abordar esta problemática de manera efectiva en otros contextos.

9. BIBLIOGRAFÍA

Arroyo Alba, M. (2023). Soledad no deseada y salud. Una aproximación desde el Trabajo Social. *Cuadernos de Trabajo Social*, 36(1), 73-81.

Ayuntamiento de Madrid. Dirección General de Mayores. Área de Gobierno de Familias, Igualdad y Bienestar Social. PREVALENCIA DE SOLEDAD en personas mayores de la ciudad de Madrid.

Boss, L., Kang, D. H., & Branson, S. (2015). Loneliness and cognitive function in the older adult: a systematic review. *International psychogeriatrics*, 27(4), 541–553. <https://doi.org/10.1017/S1041610214002749>

Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2010). Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychology and aging*, 25(2), 453–463. <https://doi.org/10.1037/a0017216>

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

Camacho Ortega, E. S., Llavona Serrano, M., Noriega García, C., & Pérez Rojo, G. (2021). SOLEDAD NO DESEADA y PERSONAS MAYORES: Situación y orientaciones para el diseño de estrategias de acción en la Comunidad de Madrid. In Colegio Oficial De La Psicología De Madrid. https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/servicios-sociales/public_col_psicologia_bvcm050980_2.pdf

Cardona Jiménez, J. L., Villamil Gallego, M. M., Henao Villa, E., & Quintero Echeverri, Á. (2010). Validación de la escala ESTE para medir la soledad de la población adulta. *Investigación y educación en enfermería*, 28(3), 416-427.

Centros que trabajan en la prevención de Soledad no deseada - Ayuntamiento de Madrid. (2024). <https://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/Servicios-sociales-y-salud/Salud/Centros-que-trabajan-en-la-prevencion-de-Soledad-no-deseada/?vgnnextfmt=default&vgnnextoid=34431c200e889710VgnVCM2000001f4a900a>

[RCRD&vgnnextchannel=0815c8eb248fe410VgnVCM1000000b205a0aRCRD&idCapitulo=11395744&rm=ff98f3fd89489710VgnVCM1000001d4a900aRCRD](https://doi.org/10.1017/S1041610215001532)

Cohen-Mansfield, J., Hazan, H., Lerman, Y., & Shalom, V. (2016). Correlates and predictors of loneliness in older-adults: a review of quantitative results informed by qualitative insights. *International psychogeriatrics*, 28(4), 557–576. <https://doi.org/10.1017/S1041610215001532>

De Jong Gierveld, J., & Van Tilburg, T. (2010). The De Jong Gierveld short scales for emotional and social loneliness: tested on data from 7 countries in the UN generations and gender surveys. *European journal of ageing*, 7(2), 121–130. <https://doi.org/10.1007/s10433-010-0144-6>

Doblas, J. L. (2005). Personas mayores viviendo solas: la autonomía como valor en alza (No. 11001). *Imsero*.

Doblas, J. L., & Conde, M. D. P. D. (2018). Viudedad, soledad y salud en la vejez. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 53(3), 128-133.

Gallardo-Peralta, L. P., Sánchez-Moreno, E., Rodríguez Rodríguez, V., & García Martín, M. (2023). La investigación sobre soledad y redes de apoyo social en las personas mayores: una revisión sistemática en Europa [Studying loneliness and social support networks among older people: a systematic review in Europe.]. *Revista española de salud publica*, 97, e202301006

García-González, J. M. (2023). ESTUDIO SOBRE SOLEDAD NO DESEADA EN PERSONAS DE 55+ AÑOS EN ANDALUCÍA. *Dirección General De Personas Mayores Y Pensiones No Contributivas*.

Gené-Badia, J., Ruiz-Sánchez, M., Obiols-Masó, N., Puig, L. O., & Jiménez, E. L. (2016). Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria?. *Atención primaria*, 48(9), 604-609.

Guía práctica sobre dependencia. (2024). Comunidad De Madrid.
<https://www.comunidad.madrid/servicios/servicios-sociales/guia-practica-dependencia#panel-20134>

Hawkley, L. C., Masi, C. M., Berry, J. D., & Cacioppo, J. T. (2006). Loneliness is a unique predictor of age-related differences in systolic blood pressure. *Psychology and aging*, 21(1), 152–164. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.21.1.152>

Hawkley, L. C., Preacher, K. J., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness impairs daytime functioning but not sleep duration. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 29(2), 124–129. <https://doi.org/10.1037/a0018646>.

Herrera, R. R. (2007). La problemática de la soledad en los mayores. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 11-27

Instituto Nacional de Estadística (24 de abril de 2023). Encuesta de Condiciones de Vida (ECV). Año 2022. Notas de Prensa. Recuperado de https://www.ine.es/prensa/ecv_2022.pdf

Lezaun, J. J. Y., Sarasola, A. C., Chamorro, S. H., Hernandis, S. P., Canals, S. R., & Talavera, C. S. (2018). El reto de la soledad en la vejez. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria= Revista de servicios sociales*, (66), 61-75.

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives on psychological science : a journal of the Association for Psychological Science*, 10(2), 227–237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.. BOE núm. 299, de 15/12/2006. <https://www.boe.es/eli/es/l/2006/12/14/39/con>

Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review
Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives on psychological science : a journal of the Association for Psychological Science*, 10(2), 227–237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>

López Doblas, J. y M. P. Díaz Conde. 2018. “El sentimiento de soledad en la ve-jez”. *Revista Internacional de Sociología* 76(1): e085. <https://doi.org/10.3989/ris.2018.76.1.16.164>

Luanaigh, C. Ó., & Lawlor, B. A. (2008). Loneliness and the health of older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences*, 23(12), 1213-1221.

Luna Porta, B., & Pinto Fontanillo, J. A. (2021). Aislamiento y soledad no deseada en las personas mayores factores predisponentes y consecuencias para la salud. Consejería de sanidad Dirección General De Salud Pública Subdirección General De Promoción, Prevención Y Educación Para La Salud. Dirección General de Salud Pública. <https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM050318.pdf>

National Academies Press (2020). Risk and protective factors for social isolation and loneliness. *Social Isolation and Loneliness in Older Adults - NCBI Bookshelf*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557971/>

New Economics Foundation (2013). *Distant Neighbours: Poverty and Inequality in Islington*, London: nef. Available online: http://www.cripplegate.org/wp-content/uploads/Distant-Neighbours-How-We-Will-Respond-Final_web-version.pdf.

Ong, A. D., Uchino, B. N., & Wethington, E. (2016). Loneliness and Health in Older Adults: A Mini-Review and Synthesis. *Gerontology*, 62(4), 443–449. <https://doi.org/10.1159/00044165>

Plan Madrid Amigable con las Personas Mayores 2021-2023. (2021) *Ayuntamiento De Madrid*.

<https://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Mayores/Especial%20informativo/Madrid,%20ciudad%20amigable/Plan%20de%20Acci%C3%B3n%20Madrid,%20ciudad%20amigable%20con%20las%20personas%20mayores%202021-23.pdf>

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Diccionario de la lengua española, 23.^a ed., [versión 23.7 en línea]. <<https://dle.rae.es/soledad?m=form>> [Mayo 2024].

Rodríguez Martín, M. (2009). La soledad en el anciano. *Gerokomos*, 20(4), 159-166.

Roncero, U. M., & González-Rábago, Y. (2021). Soledad no deseada, salud y desigualdades sociales a lo largo del ciclo vital. *Gaceta Sanitaria*, 35(5), 432–437.

Rueda Estrada, J. D. (2020). La soledad en las personas mayores en España. Una realidad invisible.

San Martín Baquedano, J., & Jiménez Martín, E. (2021). LA SOLEDAD EN LAS PERSONAS MAYORES QUE VIVEN SOLAS. APROXIMACIÓN A LA REALIDAD DE NAVARRA. In *Cruz Roja. Cruz Roja Española*. <https://www.crnavarra.org/web/EstudioCruzRojaSoledadPersonasMayoresSola.pdf>

Social isolation and loneliness among older people: advocacy brief (2021) Geneva: World Health Organization.

SoledadES. (2024). *La soledad no deseada*. <https://www.soledades.es/la-soledad-no-deseada>

Tirado, R. Y. (2019). La soledad no deseada en el ámbito de la Gerontología. *Trabajo social hoy*, (88), 25-42

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

ANEXOS

ANEXO I: Guiones de entrevistas

○ **Entrevista 1 y 2: Personas mayores.**

1. Comencemos hablando un poco sobre usted. ¿Cuál es su nombre completo, edad y situación familiar? ¿Podría contarme un poco sobre su historia personal y familiar?
2. ¿Podría hablar un poco sobre cómo ha sido su vida desde que quedó viudo?
3. ¿Tiene familiares o amigos con quienes pueda hablar o pasar tiempo regularmente?
4. ¿Podría describir cómo se siente cuando está solo? ¿Qué actividades realiza para ocupar su tiempo?
5. ¿Cómo afecta la soledad a su estado de ánimo y su bienestar general? ¿Cree que ha experimentado algún problema de salud física o emocional relacionado con la soledad?
6. ¿Ha dejado de hacer cosas que hacía antes por el hecho de encontrarse solo? ¿Qué cosas se le dificultan?
7. ¿Ha buscado usted ayuda o apoyo para lidiar con la soledad?
8. ¿Qué tipo de apoyo cree usted que sería útil para usted y otros hombres mayores que enfrentan la soledad?
9. ¿Ha considerado alguna vez participar en grupos o programas para personas mayores? Si la respuesta es no, ¿por qué razón?
10. ¿Hay algo más que le gustaría agregar?

○ **Entrevista 3: Excoordinador de proyecto de soledad no deseada.**

1. ¿Podría proporcionar una visión general del programa de mayores de Solidarios?

2. ¿Cuál es el objetivo principal del programa en relación con la soledad no deseada?
3. ¿Cómo identifican y evalúan la soledad no deseada entre los participantes del programa?
4. ¿Qué criterios utilizan para determinar si alguien está experimentando soledad no deseada?
5. ¿Cuál es el perfil de usuarios que más observa que sufre soledad no deseada?
6. Como organización basada en el voluntariado, ¿qué impacto considera que tiene el voluntariado como recurso para paliar la soledad no deseada? ¿Cree que es suficiente o son otros programas o recursos necesarios para abordar esta problemática?
7. ¿Qué impacto ha tenido el programa en la reducción de la soledad no deseada entre los participantes?
8. ¿Cuáles son algunos de los desafíos o limitaciones que ha enfrentado en la implementación del programa en relación con la soledad no deseada?
9. ¿Considera que las administraciones públicas proporcionan suficientes recursos a esta problemática, o dependen demasiado del tercer sector?

○ **Entrevista 4: Trabajadora Social centro de salud.**

1. ¿Considera, desde su perspectiva profesional, la soledad no deseada un problema arraigado en nuestra sociedad? ¿Ha notado a lo largo de su carrera profesional un agravamiento en esta problemática?
2. ¿Podría compartir cuáles son las principales observaciones que ha hecho respecto a la prevalencia de la soledad no deseada entre las personas mayores que atiende en el centro de salud?
3. ¿Qué desafíos específicos observa que enfrentan las personas mayores en relación con la soledad no deseada?
4. ¿Cuáles considera que son las mayores barreras que afectan a este colectivo?
5. ¿Cómo suele abordar desde la intervención sociosanitaria esta problemática?
6. ¿Podría compartir algunos ejemplos de intervenciones específicas en las que haya trabajado relacionadas con la soledad no deseada?
7. ¿Cree usted necesarias más estrategias específicas por parte de la administración?

8. ¿Considera que cuenta con recursos suficientes para abordar la soledad no deseada de sus pacientes?
9. ¿Considera que se debe mejorar la forma de trabajo entre los servicios de atención social sociosanitarios con el resto de los profesionales? ¿Hay alguna propuesta o mejora específica que plantee?
10. ¿Qué recomendaciones daría para mejorar la intervención social en la soledad no deseada en personas mayores?

○ **Entrevista 5: Médico de familia.**

1. ¿Considera usted, desde su perspectiva profesional, la soledad no deseada una problemática arraigada en nuestra sociedad? ¿Ha notado a lo largo de su carrera profesional un agravamiento en esta problemática?
2. ¿Podría compartir cuáles son algunas de las señales o indicadores que usted, como médico de familia, observa en sus pacientes que podrían indicar que están experimentando soledad no deseada?
3. ¿Cuál es el perfil de paciente es el que más observa que sufre soledad no deseada?
4. ¿Cómo aborda usted estas señales cuando las detecta en sus pacientes?
5. ¿Considera que la soledad tiene un impacto en la salud de los pacientes?
6. ¿Suele usted delegar esta problemática al departamento de trabajo social, o trata de realizar una intervención conjunta?
7. ¿Cree necesaria una mayor visualización del servicio de trabajo social en el ámbito sanitario, para poder afrontar este tipo de problemáticas?
8. ¿Qué papel juegan los médicos de familia en la prevención y mitigación de la soledad no deseada en personas mayores?
9. ¿Cuáles cree que son algunos de los desafíos que enfrenta el sistema de salud en la intervención de la soledad no deseada en personas mayores?
10. ¿Qué recomendaciones tendría usted para mejorar la intervención sanitaria en la soledad no deseada en personas mayores?

ANEXO II: Modelo de consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

D. /Dña.....,

con nº de documento de identificación

....., mayor de edad,

AUTORIZA a Taide Casado, que está realizando su Trabajo de Fin de Grado titulado “El fenómeno de la Soledad no Deseada en las Personas Mayores”, a realizar una entrevista sobre el tema anteriormente señalado.

Asimismo, afirmo que he comprendido la información referida a la investigación que se está realizando, cuyo fin es el estudio del impacto y de la asistencia social en las personas mayores que sufren soledad no deseada.

Autorizo a que la entrevista sea grabada

No autorizo a que la entrevista sea grabada

En, Madrid a de

.....

de.....

Fdo. D. / Dña.

Nota: La investigación garantiza el carácter anónimo las personas voluntarias participantes, sustituyéndose el nombre de todas las personas entrevistadas. En todo caso se velará por la intimidad de quienes participen, protegida en el art. 18.1 de la Constitución, evitando la correspondencia de los datos obtenidos y sus titulares. Igualmente se respetará lo previsto en los artículos 4.2.b y 211 del reglamento Penitenciario y lo dispuesto en la Ley 15/1999 de Protección de datos.