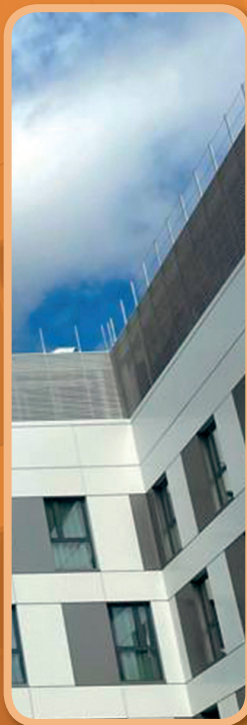
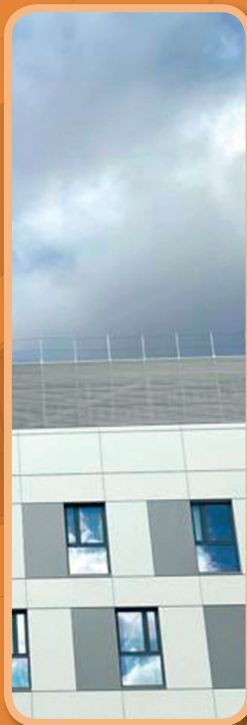
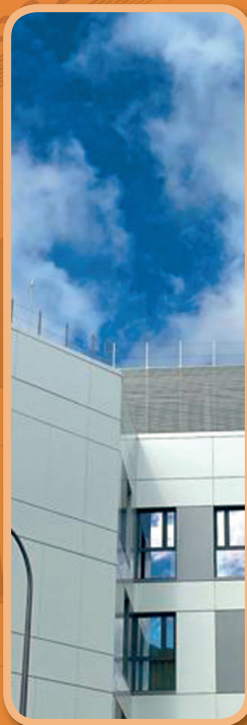


Bioética y soledad no deseada

Rafael Amo Usanos (editor)



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA



BALLESOL



BIOÉTICA Y SOLEDAD NO DESEADA

Rafael Amo Usanos
(editor)

BIOÉTICA Y SOLEDAD NO DESEADA

Rafael Amo Usanos
Sacramento Pinazo-Hernandis
Gonzalo Aza Blanc
Andrés Losada Baltar
Cristina Huertas Domingo
Lucía Jiménez Gonzalo
Marisa Magaña Loarte
Pilar Serrano Garijo
Joaquín Pérez Gil-Delgado


BALLESOL


COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA


2023

Servicio de Biblioteca. Universidad Pontificia Comillas de Madrid

BIOÉTICA y soledad no deseada / Rafael Amo Usanos (editor) ; [autores] Rafel Amo Usanos, Sacramento Pinazo-Hernandis... [y 7 autores más]. -- Madrid : Universidad Pontificia Comillas, 2023.

95 p.

En la portada: Ballesol.

D.L. M 34234-2023. -- ISBN 978-84-8468-671-2

1. Bioética. 2. Soledad. 3. Aspectos antropológicos. 4. Aspectos sociales. 5. Aspectos psicológicos. I. Amo Usanos, Rafael (1972-), autor, editor literario

Esta editorial es miembro de la Unión de Editoriales Universitarias Españolas (UNE), lo que garantiza la difusión y comercialización de sus publicaciones a nivel nacional e internacional



© 2023 UNIVERSIDAD PONTIFICIA COMILLAS
Universidad Comillas, 3
28049 Madrid

© 2023 Ballesol

© 2023 De todos los autores

ISBN: 978-84-8468-671-2
Depósito Legal: M-34234-2023

Maquetación e impresión: Imprenta Kadmos

Reservados todos los derechos. Queda totalmente prohibida la reproducción total o parcial de este libro por cualquier procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética o cualquier sistema de almacenamiento o recuperación de la información, sin permiso escrito de la Universidad Pontificia Comillas.

ÍNDICE

BIOÉTICA Y SOLEDAD NO DESEADA	
Rafael Amo Usanos.....	9
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	12
DEFINIR Y CONOCER LAS SOLEDADES Y LOS FACTORES DE RIESGO	
Sacramento Pinazo-Hernandis	15
1. DEFINIR LAS SOLEDADES	16
2. SOLEDAD Y SALUD.....	20
3. RIESGO Y PROTECCIÓN DE LA SOLEDAD	22
4. LA SOLEDAD EN LAS RESIDENCIAS.....	24
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	28
ANTROPOLOGÍA DE LA SOLEDAD NO DESEADA	
Gonzalo Aza Blanc	33
1. INTRODUCCIÓN	33
2. DIMENSIÓN SUBJETIVA Y ADAPTABILIDAD.....	34
3. EL TIEMPO EN LA SOLEDAD NO DESEADA.....	35
4. SOLEDAD NO DESEADA Y COLONIZACIÓN TECNOLÓGICA.....	36
5. LA DIMENSIÓN CULTURAL Y COLECTIVA	37
6. A MODO DE CONCLUSIÓN.....	40
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	40
LA SOLEDAD DE LA PERSONA CUIDADORA	
Andrés Losada Baltar, Cristina Huertas Domingo y Lucía Jiménez Gonzalo.....	41
1. EL CUIDADO FAMILIAR DE PERSONAS DEPENDIENTES: SITUACIÓN ACTUAL, PERSPECTIVA FUTURA.....	42
2. EL PROCESO DEL CUIDADO: UNA SITUACIÓN DE ESTRÉS CRÓNICO QUE SE ASOCIA A CONSECUENCIAS NEGATIVAS. PREVALENCIA DE SOLEDAD.....	44
3. SOLEDAD EN CUIDADORES: PROCESO Y FACTORES PREDISPONENTES Y PRECIPITANTES.....	45
4. RECOMENDACIONES PARA LA INTERVENCIÓN.....	50
5. CONCLUSIONES.....	52
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53
LA SOLEDAD TRAS EL CUIDADO. EL DUELO DEL CUIDADOR	
Marisa Magaña Loarte.....	59
1. LA EXPERIENCIA DEL CENTRO DE ESCUCHA SAN CAMILO.....	59
2. LA SOLEDAD TRAS EL CUIDADO.....	61
3. ACOMPAÑAR LA SOLEDAD DEL DUELO	62

INTERVENCIÓN EN SOLEDAD EN UNA GRAN CIUDAD	
Pilar Serrano Garijo.....	65
1. MADRID, CIUDAD AMIGABLE CON LAS PERSONAS MAYORES	65
2. RECONOCIENDO EL PROBLEMA	67
3. DATOS	69
4. DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN Y ÁREAS DE MEJORA.....	75
5. ESTRATEGIA MUNICIPAL.....	76
6. ORIENTACIÓN A LA ACCIÓN	78
7. RESUMEN FINAL	79
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	80
INTERVENCIÓN A NIVEL ESTATAL EN SOLEDAD DESDE EL VOLUNTARIADO Y DESDE EL SERVICIO MULTICANAL	
CRUZ ROJA ESPAÑOLA	
Joaquín Pérez Gil-Delgado.....	83
1. CONTEXTO SOCIAL	83
2. NUESTROS DATOS DE ATENCIÓN EN CRUZ ROJA	85
3. ESTRATEGIA DE CRUZ ROJA CON PERSONAS MAYORES	87
4. #ENRÉDATE: RED SOCIAL PARA PERSONAS MAYORES	88
5. NUESTRA ACCIÓN: REFORZAR LA RED SOCIAL COMO ANTÍDOTO FRENTE A LA SOLEDAD (MULTICANAL TE ACOMPAÑA).	91

BIOÉTICA Y SOLEDAD NO DESEADA

Rafael Amo Usanos
Director de la Cátedra de Bioética
Universidad Pontificia Comillas

Todos los indicadores nos hacen ver que la soledad no deseada es un problema creciente en nuestra sociedad. Muchas personas viven en esta situación, que implica no solo problemas de salud mental, sino otros muchos problemas de salud general, hasta el punto de que podemos hablar de que la soledad no deseada es una cuestión de salud pública.

Pero para poder abordar bioéticamente esta cuestión hay que, como siempre, partir de los datos, y más concretamente de la definición del problema. No es fácil. No se puede hablar sencillamente de soledad, hay muchas soledades: la deseada, la no deseada y dentro de esos dos grandes grupos, muchas tipologías.

Ahora bien, la bioética es una parte de la filosofía que no puede desligarse de la antropología. Por eso, para sentar las bases sobre las que afrontar el trabajo interdisciplinar, es interesante recurrir al libro del filósofo alemán Erich Fromm, *El arte de amar*, que, a mi juicio, es una de esas obras de lectura obligatoria. Allí, el autor, parte de una convicción básica sobre la condición humana: el ser humano está marcado desde su nacimiento hasta su muerte por la *separatidad*:

El hombre está dotado de razón, es vida consciente de sí misma; tiene conciencia de sí mismo, de sus semejantes, de su pasado y de las posibilidades de su futuro. Esa conciencia de sí mismo como una entidad separada, la conciencia de su breve lapso de vida, del hecho de que nace sin que intervenga su voluntad y ha de morir contra su voluntad, de que morirá antes que los que ama, o éstos antes que él, la conciencia de su soledad y su “separatidad”, de su

desvalidez frente a las fuerzas de la naturaleza y de la sociedad, todo ello hace de su existencia separada y desunida una insoportable prisión. Se volvería loco si no pudiera liberarse de su prisión y extender la mano para unirse en una u otra forma con los demás hombres, con el mundo exterior (Fromm, 2007, p. 18).

La separatidad, no es exactamente lo mismo que la soledad. Aquella es la conciencia de que el ser humano necesita de otro ser humano para que su vida pueda ser considerada como tal, lo que al mismo tiempo se convierte en «la necesidad básica de fundirse con otra persona» (Fromm, 2007, p. 37).

Como buen psicólogo, Fromm, retrotrae esa necesidad básica a la más tierna infancia:

En el infante, la yoidad se ha desarrollado apenas; él aún se siente uno con su madre, no experimenta el sentimiento de separatidad mientras su madre está presente. [...] Sólo en el grado que el niño desarrolla su sensación de separatidad e individualidad, la presencia física de la madre deja de ser suficiente y surge la necesidad de superar de otras maneras la separatidad (Fromm, 2007, p. 21).

La soledad, por su parte, es el espacio en el que viven las personas que no han conseguido esa fusión con un semejante por medio del amor. Así, para Erich Fromm, la soledad, en cuanto que espacio para «conocer el secreto del hombre» (Fromm, 2007, p. 37) –el autoconocimiento–, es un espacio necesario; pero solo en la medida en que este autoconocimiento es necesario para poder superar la separatidad:

Si bien la vida en sus aspectos meramente biológicos es un milagro y un secreto, el hombre, en sus aspectos humanos, es un impenetrable secreto para sí mismo –y para sus semejantes–. Nos conocemos y, a pesar de todos los esfuerzos que podamos realizar, no nos conocemos. Conocemos a nuestros semejantes y, sin embargo, no los conocemos, porque no somos una cosa, y tampoco lo son nuestros semejantes. Cuanto más avanzamos hacia las profundidades de nuestro ser, o el ser de los otros, más nos elude la meta del conocimiento. Sin embargo, no podemos dejar de sentir el deseo de penetrar en el secreto del alma humana, en el núcleo más profundo que es “él” (Fromm, 2007, p. 37).

Esta idea es la que se ha recogido de muchas formas en la experiencia humana, especialmente en las tradiciones religiosas. Es la *soledad sonora* de la que habla San Juan de la Cruz en el *Cántico espiritual*, y que la tradición de la Compañía de Jesús –que sostiene esta universidad– ha desarrollado de forma magistral en los ejercicios espirituales.

Pero, ahora bien, cuando no se consigue satisfacer el deseo de comunión, cuando la separatidad no logra ser superada, se convierte en soledad no deseada:

La necesidad más profunda del hombre es, entonces, la necesidad de superar su separatidad, de abandonar la prisión de su soledad. El fracaso absoluto en el logro de tal finalidad significa la locura, porque el pánico del aislamiento

total sólo puede vencerse por medio de un retraimiento tan radical del mundo exterior que el sentimiento de separación se desvanece –porque el mundo exterior, del cual se está separado, ha desaparecido– El hombre –de todas las edades y culturas– enfrenta la soledad de un problema que es siempre el mismo: el problema de cómo superar la separación, cómo lograr la unión, cómo trascender la propia vida individual y encontrar compensación (Fromm, 2007, p. 20).

Con su particular capacidad de hacer fácil lo difícil, el papa Francisco explica todo lo dicho hasta ahora con especial sencillez:

Quando el hombre se siente solo, experimenta el infierno. En cambio, cuando advierte que no está abandonado, puede enfrentar cualquier tipo de dificultad y esfuerzo. Y esto se ve en los momentos difíciles. [...] Nuestro mundo está enfermo de soledad –lo sabemos todos–, por eso necesita iniciativas que permitan enfrentar junto con otros lo que la vida impone. [...] Desafortunadamente, la crónica a menudo nos habla de personas que se suicidan llevadas por la desesperación, madurada precisamente en la soledad. No podemos permanecer indiferentes ante estas tragedias, y cada uno, según sus posibilidades, debe comprometerse a quitar un trozo de soledad a los demás (Francisco, 2019).

La soledad no deseada, ese infierno al que están condenadas muchas personas, es especialmente doloroso en las personas mayores, dado que son especialmente vulnerables:

Diversos estudios apuntan a la soledad como factor de riesgo para problemas de salud como la obesidad, la enfermedad cardiovascular, el cáncer o las enfermedades respiratorias. La soledad también se relaciona con demencia senil y el deterioro cognitivo y, de hecho, las personas que viven solas tienen dos veces más posibilidades de presentar la enfermedad de Alzheimer (Comité de Bioética de Aragón, 2019).

Es por esta razón por la que la bioética se debe ocupar de la soledad no deseada. La bioética no invade ningún terreno ajeno cuando se ocupa de esta cuestión. Lo resume perfectamente el Comité de Bioética de Aragón en la *Declaración sobre aspectos éticos a considerar ante la soledad de las personas vulnerables*, donde identifica los siguientes valores implicados en la cuestión: dignidad, libertad, responsabilidad, respeto, conmiseración, solidaridad, equidad.

Solo cuando vivir en soledad es un acto voluntario, se vive con dignidad. Cuando la soledad es un infierno, se lleva una vida indigna. Este es el punto de partida, ya que la dignidad de la persona –que debería ser el primer principio bioético– tiene capacidad exigitiva, es decir, una persona puede exigir un trato digno, que en el caso que nos ocupa, es una situación que alivie su soledad.

Es así como «el valor responsabilidad cambia de manos para asegurar el respeto a la dignidad de las personas, que están solas, ya no por decisión

libre, sino por circunstancias sobrevenidas. Es la sociedad, a través de la familia como primera y más cercana institución social, la que debe implicarse de manera prioritaria para promover los valores que pueden entrar en conflicto (autonomía, independencia, comodidad, economía, versus dignidad de la persona, convivencia, reciprocidad, solidaridad intergeneracional)» (Comité de Bioética de Aragón, 2019).

La soledad no deseada no es un acto libre y responsable, no es una decisión autónoma. Además, el problema se agrava cuando «la vulnerabilidad pone en entredicho la capacidad y la autonomía de la persona que está sola, específicamente cuando está físicamente aislada» (Comité de Bioética de Aragón, 2019).

Es fácil comprobar, entonces, como la problemática de la soledad no deseada está en el núcleo de la bioética. La alianza consolidada de Ballesol y esta Cátedra de Bioética no podía dejar de tratar este problema de salud pública que es la soledad no deseada.

En esta publicación contamos con las contribuciones de Gonzalo Aza (de la Universidad Pontificia Comillas) y de Sacramento Pinazo (de la Universidad de Valencia) para conocer y definir las soledades y sus factores de riesgo, y hacer de ellos una lectura antropológica. Por su parte, Andrés Losada, Cristina Huertas y Lucía Jiménez, de la Universidad Rey Juan Carlos; y Marisa Magaña del Centro de Escucha San Camilo, mostrarán la otra cara de la soledad no deseada, la del cuidador. Por último, Pilar Serrano, del Ayuntamiento de Madrid y Joaquín Pérez, de Cruz Roja, describen estrategias de afrontamiento de este problema de nuestro tiempo.

En definitiva, la publicación que ofrecemos, fruto de la estrecha colaboración entre Ballesol y la Cátedra de Bioética de la Universidad Pontificia Comillas, presenta una interesante reflexión interdisciplinar con una clara vocación de transferencia de conocimiento que debe redundar en la mejor atención a las personas que sufren una de las plagas del siglo XXI, la que se puede describir con las palabras de Antonio Machado en su poema *Soledades*: Yo caminaba cansado,/sintiendo la vieja angustia que hace el corazón pesado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Comité de Bioética de Aragón. (2019). *Declaración del Comité de Bioética de Aragón sobre aspectos éticos a considerar ante la soledad de las personas vulnerables*. Recuperado de www.aragon.es/documents/20127/1265145/Declaracio%CC%81n+CBA+Soledad_2019.pdf/981d7a0b-e7c0-ba69-c5cd-e61b2a012bbe?t=1561117959638

- Francisco. (2019). *Discurso del Santo Padre Francisco a los miembros de la Confederación de Cooperativas Italianas*. Recuperado de https://www.vatican.va/content/francesco/es/speeches/2019/march/documents/papa-francesco_20190316_confederazione-cooperative.html
- Fromm, E. (2017). *El arte de amar*. Barcelona: Paidós.

DEFINIR Y CONOCER LAS SOLEDADES Y LOS FACTORES DE RIESGO

Sacramento Pinazo-Hernandis
Universidad de Valencia

Entender la soledad es algo complejo, porque la soledad es multidimensional y difícil de abordar sin una mirada amplia. Muchas personas mayores envejecen en situación de vulnerabilidad a causa de factores diversos como problemas de salud o de funcionalidad, o por variables sociestructurales o económicos. El proceso de envejecer va acompañado de muchos cambios derivados de los eventos vitales característicos de esta etapa de vida como son las pérdidas de roles sociales (que pueden ir asociados a la jubilación –rol de trabajador–, la emancipación de los hijos –rol parental–, la muerte de la pareja –rol de cuidador–), las pérdidas de salud o de la capacidad funcional, entre otros.

Soledad no es igual que estar solo, y por ello, a la hora de analizar la soledad si solamente analizamos qué sucede con las personas que viven solas, estaremos dejando fuera a muchas personas. Es necesario saber si vive solo, si se siente solo, cuándo se siente solo, desde cuándo, si sabe identificar las causas, que pueden ser muchas... Quizás esta sea la razón de por qué no sabemos aún bien qué es eso de la soledad. En España se ha hecho poca investigación sobre la prevalencia de la soledad. Tenemos algunos estudios parciales, con muestras pequeñas y con diferentes instrumentos de evaluación. Eso añade complejidad cuando queremos comparar resultados.

El recientemente publicado estudio de *El coste de la soledad no deseada en España* (Ribera et al., 2023), del *Observatorio Soledad.es* sobre 4000 personas mayores de 16 años, encuentra un 13,4 % de soledad en las personas entrevistadas.

Muchas intervenciones que se han puesto en marcha para reducir la soledad o prevenirla, no han sido evaluadas, así que aún no sabemos bien cuáles funcionan y en qué contextos o para paliar qué tipo de soledad. Por todo ello, nos falta mucho por hacer para abordar bien el tema de la soledad tal y como ya nos decían Cacioppo y Cacioppo (2018).

1. DEFINIR LAS SOLEDADES

Algunos investigadores definen soledad como una discrepancia entre las relaciones que deseamos y las relaciones que tenemos. Es posible que no tengamos suficiente intimidad en las relaciones de proximidad; que no veamos que esas relaciones nos ayudan en nuestro sentimiento de pertenencia o facilitan nuestra integración social; es posible que no tengamos suficientes relaciones significativas y nos sintamos existencialmente aislados; y puede ser que no tengamos suficientes relaciones de confianza o necesitemos cuidados y nadie de nuestro entorno nos los proporcionan adecuadamente, o necesitemos guía, orientación, en un momento dado y no la encontremos; o necesitemos que alguien valide lo que estamos haciendo y nadie lo hace en nuestro entorno.

A menudo esa falta de satisfacción de la necesidad social produce dolor psicológico, vacío, desesperanza, tristeza, indefensión, abandono.

Otro aspecto relacionado con el sentimiento de estar solos o aislados es que se trata de algo subjetivo: uno se siente incomprendido, o puede ser un aislamiento comunicativo (no conocer el idioma, tener problemas sensoriales). Pero también puede haber un aislamiento objetivo (la vivienda está ubicada en un lugar aislado con poco vecindario alrededor y es difícil acceder a espacios de interacción social cercanos).

El trabajo de Escourrou et al. (2017) describe cómo el aislamiento social, un entorno inadecuado, condiciones de vida inadecuadas y los recursos exigüos son factores de riesgo de pérdida de independencia, situación que obligaría a incluir criterios sociales en los programas de cribado de fragilidad. La pobreza también se asocia con el incremento de la prevalencia de fragilidad, lo que podría ser explicado por efectos directos e indirectos de factores psicosociales como el control percibido y el aislamiento social.

La soledad no es algo nuevo, pero se ha hecho más visible en los últimos años. Se habla más de ella en los medios de comunicación, Gran Bretaña creó un Ministerio de la Soledad, y la pandemia por COVID-19 y el confinamiento ha obligado a los ciudadanos a quedarse en casa, muchos de ellos solos y sin ningún tipo de contacto con su entorno social próximo (Pinazo-Hernandis, 2020).

Podemos definir la soledad como una experiencia subjetiva y negativa que se basa en la evaluación de la calidad y la cantidad de las relaciones sociales de la persona (Donio-Bellegarde y Pinazo-Hernandis, 2016).

En su libro de 2019, *The Psychological Journey to and from loneliness*, Ami Rokach, dice que hay tres experiencias universales de las que no podemos escapar: la soledad, la enfermedad y la muerte. Pero si bien todas las personas pasamos por esas tres experiencias, de las tres se habla poco. Tenemos pocas conversaciones sobre la muerte, qué pasará después, cómo llevamos la idea de la finitud de la vida humana. En un estudio que realizamos en residencias en donde preguntábamos a profesionales de los centros cómo afrontaban la muerte de las personas residentes, si hablaban con ellas sobre voluntades anticipadas, testamento vital o eutanasia, la despedida o los miedos, por ejemplo, la mayoría dijo que es un tema para el cual no se han formado y del que no se habla (Pinazo-Hernandis y Tamarit, 2020). La mayor parte de los profesionales de residencias dijeron no sentirse cómodos hablando de la muerte intentando no nombrarla y llegando incluso a utilizar términos esquivos como *exitus, se fue, ya no está, salida, nos ha dejado o baja*.

De la enfermedad hablamos más, pero según de qué enfermedad se trate. Por ejemplo, de salud mental, apenas se habla. Pero según datos de la OMS y el II Barómetro Juvenil de Salud y Bienestar de la FAD (2019), el 12,5 % de todos los problemas de salud está representado por los trastornos mentales, una cifra mayor a la del cáncer y los problemas cardiovasculares. 450 millones de personas en todo el mundo se ven afectadas por un problema de salud mental que dificulta gravemente su vida, de ellos, unos 300 millones tiene depresión, el mal de nuestro tiempo. El 9 % de la población tiene algún tipo de problema de salud mental y el 25 % lo tendrá en algún momento a lo largo de su vida. Casi la mitad de los jóvenes españoles entre 15-29 años (48,9 %), 7, 3 millones, considera que ha tenido algún problema de salud mental, y cerca de 800 000 personas se suicidan cada año, siendo la segunda causa de muerte en personas de 15 a 29 años.

Y resulta que depresión, suicidio y soledad están íntimamente relacionados.

La soledad está estigmatizada en nuestra sociedad, por lo que un número incalculable de personas caminan solas, incapaces de dar a conocer su sufrimiento y acercarse a los demás en busca de compañía y apoyo, aunque dice Rokach que, afortunadamente, la soledad está *saliendo del armario* de forma lenta pero constante. Ya conocemos algunos de los factores y experiencias que influyen en ella (las influencias culturales y nuestra vinculación con diversos grupos, el modo de vida), y también los efectos que la soledad tiene y también sabemos que la soledad se experimenta en distintos momentos a lo largo de nuestras vidas.

Cacioppo et al. (2010, p. 453) definen la soledad como una «condición psicológica debilitante caracterizada por una profunda sensación de vacío, inutilidad, falta de control y amenaza personal». Esta experiencia se ha visto asociada con consecuencias negativas en la salud física y mental de quienes la padecen y una mayor mortalidad en quienes reportan puntuaciones más altas de soledad, como veremos en el siguiente epígrafe.

Definir la soledad no es fácil, porque es una vivencia personal y subjetiva. Del análisis que realizamos en el marco del *Proyecto Viernes de soledad no deseada y aislamiento social* en el medio rural (Campoo Los Valles, Cantabria), surgieron 12 categorías diferentes que muestran distintas formas de conceptualizar la soledad: como algo negativo, que genera tristeza, da miedo, unido a una sensación de fracaso, que provoca un vacío, encierro, y aislamiento, se vincula a la dependencia, y la cronicidad, es algo difícil de definir, que se llega a aceptar y asumir como inevitable e incluso puede ser vivida como algo positivo y deseable (Pinazo-Hernandis et al., 2023).

El análisis de las narrativas de las personas entrevistadas ha permitido aproximarnos a las diferentes maneras de conceptualizar la soledad. Conocer cómo perciben la soledad diferentes grupos vulnerables, e identificar los factores de riesgo asociados es un aspecto clave para su abordaje y prevención y para realizar correctas intervenciones.

Concluyendo, la soledad se asocia a pérdidas que se relacionan con la vulnerabilidad, y que pueden generar vacío y emociones negativas (dolor emocional, tristeza). La consecuencia es la desconexión social. Si no hay conexión con el mundo que nos rodea, perdemos interés, nos alienamos, nos sentimos abandonados y nos abandonamos. Vemos un vacío a nuestro alrededor que cada vez es más complejo llenar. La vida deja de tener sentido y significado.

Y además, podemos hablar de un círculo de la soledad que se retroalimenta. La soledad genera desconexión y aislamiento social, y a su vez, la desconexión lleva a la soledad. Esa desconexión social produce daño en nuestra identidad. Nos vemos aislados, excluidos, fuera de, sin grupo de pertenencia y referencia, y como seres sociales que somos, esto daña nuestra autoestima y autoconcepto, lo que a su vez, nos resta fuerzas para iniciar nuevas relaciones o dedicar tiempo a cuidar y desarrollar más las que tenemos.

Tzouvara et al. (2015) realizaron una revisión narrativa del concepto y de las aproximaciones teóricas del estudio de la soledad en la vejez, aclarando que en inglés existen algunos términos que se han usado para referirse a la soledad (*loneliness* –soledad no elegida–, *aloneness* –soledad elegida–, *solitude* y *social isolation* –aislamiento social–, *solitude* –experiencia positiva de estar solo–) pero que tienen significados distintos.

La soledad es una experiencia subjetiva, personal, y negativa en la que la persona tiene necesidad de comunicarse con otros pero percibe carencias

en sus relaciones sociales (por tener menos relaciones de las que le gustaría o porque esas relaciones no le ofrecen el apoyo emocional que desea o necesita (Tzouvara et al., 2015). Esto de la necesidad de comunicarse es algo paradójico en la era hiperconectada en la que nos encontramos.

Existe una idea en la que todos los investigadores coinciden y que queremos enfatizar: No es lo mismo estar solo que vivir solo. Y no es lo mismo elegir estar solo que no tener más remedio. Es la soledad forzada la que duele, la que se hace insoportable. Este significado de la soledad como estado de ánimo negativo ha llevado a la confusión del término con otros estados emocionales como la depresión (Donaldson y Watson, 1996), pero hay que matizar que la soledad se refiere en particular a los sentimientos sobre las relaciones sociales y la depresión es un sentimiento general negativo hacia todo lo que rodea a la persona (Cacioppo et al., 2010; Weiss, 1973).

Otros autores han distinguido entre tipos de soledad en función de su duración. La *soledad crónica* es la experiencia de soledad que se alarga en el tiempo y surge a partir de la insatisfacción con las relaciones sociales, mientras que la *soledad situacional* ocurre como consecuencia de distintas circunstancias vitales (Young, 1982).

Del trabajo de Tzouvara et al. (2015) se pueden destacar varios aspectos relevantes que influyen en la comprensión de los términos asociados a la soledad y también en la distinción de los mismos:

- Aspectos situacionales: El aislamiento puede ser una situación real/objetiva o una experiencia subjetiva.
- Aspectos cognitivos: La percepción de control sobre la situación, esto es, si es controlable y elegida o, por el contrario, se percibe como incontrolable y no elegida.
- Aspectos emocionales: La valencia emocional asociada a la experiencia de soledad que puede ser positiva, neutral o negativa.

Pero igual que encontramos tipos de soledades, también es posible diferenciar entre tipologías de personas. De Jong-Gierveld y Raadschelders (1982), basándose en las tres dimensiones del concepto de soledad que encontraron en el análisis de contenido (ausencia de relaciones, perspectiva temporal y estados emocionales), identificaron empíricamente cuatro grupos o tipos de personas solitarias:

- i. Tipo 1. Los que están desesperadamente solos y muy insatisfechos con sus relaciones sociales.
- ii. Tipo 2. Los que están desesperadamente solos, pero se sienten resignados ante la situación.
- iii. Tipo 3. Los solitarios activos socialmente que perciben que la situación puede cambiar.
- iv. Tipo 4. Los no solitarios o ligeramente solitarios.

Volvemos por tanto a la necesidad de hablar de soledades.

La soledad para unos se vincula a sentimientos de indefensión, ansiedad, tristeza, vacío, abandono, inutilidad, vulnerabilidad. Para otros, la soledad nos lleva a sentir desamparo, falta de ese escudo protector que son las relaciones; nos sentimos frustrados por no haber sido capaces de mantener las relaciones sociales o lograr relaciones significativas de apoyo, inútiles y vulnerables frente al mundo. La soledad es una percepción de falta de apoyo, sentimientos de vacío, ausencia de compañía, añorar personas, carencia de amistad, sentimientos de abandono.

Todo este complejo mundo subjetivo e interpretativo de las carencias en la realidad social que nos envuelve nos lleva a una situación de vigilancia y alerta continua, de estrés continuado que tiene repercusiones también en nuestro cuerpo. Porque somos seres biopsicosociales.

2. SOLEDAD Y SALUD

Uno de los síndromes geriátricos es la fragilidad (como lo son el síndrome de inmovilidad, las caídas, la incontinencia urinaria, y el deterioro cognitivo) que más se asocia a la mortalidad de los adultos mayores, y cada día más estudios muestran su elevada prevalencia en esta población (Calleja et al., 2019). Este síndrome clínico se caracteriza por una disminución de la fuerza, menor resistencia muscular y una reducción de la función fisiológica (Abizanda et al., 2015) que produce una mayor vulnerabilidad.

Se han realizado muchos trabajos y revisiones que relacionan la fragilidad con el deterioro cognitivo y funcional de las personas mayores (Miyamura et al., 2019) pero la influencia de la fragilidad física en variables emocionales se ha estudiado mucho menos, pero sabemos que está relacionado. Constructos como la soledad, la depresión, el bienestar y otras variables emocionales positivas relacionadas con la calidad de vida de las personas (como la satisfacción, la vitalidad, la autoeficacia o la afectividad) son interesantes también en el estudio de la fragilidad. Hablamos entonces de la fragilidad social y emocional.

La definición de «síndrome de fragilidad» ha cambiado con los años de unos criterios puramente físicos a una consideración más integral, incluyendo criterios psicosociales. La fragilidad social es el concepto menos explorado (Bunt et al., 2017). Se caracteriza por un funcionamiento social más deficiente en forma de red social de apoyo más pequeña y de peor calidad, que genera baja satisfacción vital (Yang et al., 2016). Además, los estudios confirman que la fragilidad social correlaciona con la fragilidad biológica.

En concreto si nos centramos en contextos de pobreza y vulnerabilidad social, la fragilidad también se relaciona con mayor incidencia de síndromes

geriátricos (menor actividad física y mayor inmovilidad, incontinencia urinaria síndrome de caídas y trastornos depresivos y cognitivos) (Zazetta et al., 2017) y la soledad se ha asociado con resultados adversos de salud como depresión, deterioro funcional, fragilidad que a su vez son síndromes geriátricos (Herrera-Badilla et al., 2015). El peor entorno social tiene un efecto significativo sobre la inmunidad y una peor integración social altera la actividad neuroendocrina (Seeman et al., 1994). Pero es que resulta que muchas personas mayores viven con pensiones muy bajas y graves problemas para llegar a fin de mes.

La interacción entre fragilidad y factores psicosociales se relaciona con una menor independencia en actividades de la vida diaria y los adultos mayores pre-frágiles y frágiles presentan una red social más pequeña y niveles más altos de soledad (Hoolgedik et al., 2016). Por tanto, peor salud, más soledad, y más soledad, peor salud.

El aislamiento social se considera un reflejo objetivo y cuantificable de la reducción del tamaño de la red social y de la escasez de contacto social, se asocia con mayor riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular (Barth et al., 2010), enfermedad infecciosa (Cohen et al., 1997), deterioro cognitivo (Bassuk et al., 1999) y mortalidad. Una revisión de Rizutto y Fratiglioni (2014) señala cómo la influencia de las relaciones sociales influye sobre la supervivencia, según los datos de dos metaanálisis en los que se observaron cómo las personas con redes o relaciones sociales adecuadas presentan un 50 % más de probabilidad de sobrevivir que los adultos mayores con problemas sociales o relaciones sociales pobres o insuficientes. Los autores antecitados señalan que las conexiones sociales más fuertes pueden amortiguar el estrés y reducir los malos hábitos de vida relacionados con el estrés. El metaanálisis observó cómo el aislamiento social real y percibido se asocia con un mayor riesgo de mortalidad temprana siendo el efecto promedio ponderado para el aislamiento social $OR = 1.29$, para la sensación de soledad $OR = 1.26$, y para el hecho de vivir solo $OR = 1.32$.

La soledad se asocia a niveles más altos de cortisol (Edwards et al., 2010; Doane et al., 2010; Hackett et al., 2012) y alteración de la actividad inmunitaria, vinculados a la génesis de la fragilidad. De este modo, se produce un incremento de la resistencia vascular (Mendes et al., 2002), un sueño más fragmentado (Kurina et al., 2011) y aparece un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular y mortalidad (Patterson et al., 2010). De hecho, la puntuación en el índice de fragilidad se asoció con la soledad, la funcionalidad y el género, siendo la soledad el factor que más contribuyó a la puntuación del índice de fragilidad. Así, la sensación de soledad y la fragilidad clínica incrementaron la duración de las estancias hospitalarias y las tasas de ingreso hospitalarios en personas que vivían solas (Hawker et al., 2016).

Se conocen diferentes patologías físicas asociadas a los sentimientos de soledad como múltiples afecciones crónicas, como enfermedades cardíacas,

hipertensión, ictus, obesidad, diabetes y enfermedades pulmonares (Petitte et al., 2015). Asimismo, menor actividad física se ha visto asociada bidireccionalmente a reportar mayor soledad (Pels y Kleinert, 2016), y la presencia de limitaciones físicas supone un disparador de los sentimientos de soledad (Wormald et al., 2019).

Por otro lado, algunos autores han asociado las enfermedades mentales con la aparición de soledad (Lim et al., 2020). Por ejemplo, los resultados de Wang et al. (2019) sugieren que quienes experimentan crisis de salud mental informan de una soledad relativamente severa. Y se han encontrado asociaciones entre enfermedades mentales (como los trastornos psicóticos) y la soledad (Michalska da Rocha, et al., 2017).

La revisión sistemática de los factores de riesgo de soledad de Dahlberg et al. (2021) sugiere que la depresión constituye uno de los predictores en el desarrollo de mayores sentimientos de soledad, y la soledad se asocia de forma consistente en la literatura científica con el deterioro cognitivo (Boss et al., 2015).

Resumiendo, todos los factores de salud expuestos pueden ser tanto de riesgo como consecuentes, o, muy probablemente, en la mayoría de ellos, se produce una relación bidireccional entre la soledad y dichos factores.

3. RIESGO Y PROTECCIÓN DE LA SOLEDAD

¿Podemos saber qué condiciones o factores de riesgo conducen a la soledad?

Los estudios indican que son factores de riesgo de soledad la discapacidad y dependencia, una red social pobre, la baja calidad de las relaciones sociales (familia, amigos, vecinos) y la exclusión social (vulnerabilidad y pobreza). Tanto la soledad como el aislamiento social están significativamente asociados a problemas físicos y relacionados con la salud, incluida la pérdida funcional, de autonomía y la muerte (Pinazo-Hernandis y Donio-Bellegarde, 2018).

La soledad, la marginación, el aislamiento o la carencia de redes sociales tienen importantes implicaciones para la economía y la salud pública y su detección y prevención será especialmente necesaria en personas que presenten fragilidad (Perissinotto et al., 2019).

El efecto que tienen diferentes factores como el género, la edad, el nivel de ingresos o las personas con las que se convive sobre la percepción subjetiva de soledad han sido ampliamente estudiados en los últimos años (Cohen-Mansfield et al., 2016).

Existen algunos factores demográficos identificados en la literatura de forma consistente como factores de riesgo en la aparición de soledad no

deseada como son vivir solo o sola, un bajo estatus socioeconómico, ser inmigrante en una cultura diferente (Lim et al., 2020) o, el desempleo (Morrish y Medina-Lara, 2021).

3.1. Edad

Entre los factores de riesgo encontrados en diferentes investigaciones se encuentra la edad. A más edad, más soledad, pero no por cumplir más años sino porque concurren otras variables en ese envejecimiento. Entre ellos, por ejemplo, a más edad, más fragilidad, problemas de movilidad y dependencia y necesidad de cuidados para las actividades de la vida diaria que dificultan la vida independiente y la relación social, más problemas sensoriales (vista, oído) que hacen más difícil la conversación, entre otros.

Un estudio realizado en Estados Unidos con una muestra de cerca de 5000 personas de 10-97 años encontró que la edad era un factor de riesgo relevante en los sentimientos de soledad no deseada, siendo la edad adulta temprana la más asociada a padecer soledad (Shovestul et al., 2020). Sin embargo, Lim et al. (2020) revisaron la literatura previa sobre factores de riesgo en la soledad no deseada y encontraron que los resultados sugieren más soledad tanto en dos grupos de edad: adultos jóvenes y personas mayores. El estudio del Observatorio Soledad.es indica mayor soledad en el grupo de jóvenes (18-24 años), 21,9 %, seguido del grupo 16-35 años (16,5 %), y en tercer lugar 35-44 años, 13,2 %.

3.2. Género

Con respecto al género, todos los estudios no concuerdan. La revisión sistemática de Maes et al. (2019) sugiere que los hombres informan de una soledad ligeramente mayor, pero concluyen que no hay una asociación clara entre soledad y género y Lim et al. (2020) encontraron una mayor prevalencia de soledad en mujeres que en hombres. En el antecitado estudio del Observatorio Soledad.es encontraron una soledad algo mayor en mujeres (14,8 % frente a 12,1 %).

3.3. Discapacidad

El mayor grado de fragilidad social se asocia a una mayor prevalencia de discapacidad (un incremento del 66 % entre las personas frágiles sociales

respecto a las no frágiles) y esta vulnerabilidad social se asoció con una mayor mortalidad (Makizako et al., 2015; Armstrong et al., 2015).

3.4. Nivel educativo y socioeconómico

Bajo nivel educativo y socioeconómico son factores de riesgo de soledad que la literatura científica ha encontrado en todos los estudios. Un menor uso de tecnologías de la comunicación e información en un mundo digitalizado es también factor de riesgo de soledad.

3.5. Factores protectores de soledad

Son factores protectores de soledad el apoyo social, la participación social, el sentimiento de pertenencia a la comunidad, la inclusión social y el afrontamiento. Tener recursos personales de adaptación como la flexibilidad al cambio y buenas estrategias de afrontamiento y regulación emocional es el mejor escudo protector de la soledad. Son también factores protectores contar con apoyo social y una red social amplia, y diversa en donde poder hacer y recibir transacciones de ayuda.

Vivir en casa puede ayudar protegiendo de la soledad, al posibilitar el contacto con el tejido social que proporciona apoyo. Pero en un estudio realizado en Suecia y Finlandia más del 45 % de una muestra de adultos mayores que viven en casa indicaron sentirse a menudo solos (Nyqvist et al., 2013). Del mismo modo, entre el 40-41 % de muestra de adultos mayores australianos y británicos declararon sentirse solos al menos a veces (Victor et al., 2005), y el 32 % de los adultos mayores en un estudio de Dublín declararon sentirse solos en el último mes (Golden et al., 2008).

Parece que vivir con otras personas y tener pareja es un factor de protector de la soledad. si bien es posible encontrarse rodeado de personas y sentirse solo, como veremos en el siguiente apartado.

4. LA SOLEDAD EN LAS RESIDENCIAS

Una persona puede sentirse sola aunque esté rodeada de gente y las relaciones significativas muchas veces inexistentes en las residencias juegan un papel crucial en la percepción subjetiva de soledad (Higuera, 2016). La soledad toma especial relevancia en ámbito institucional ya que en muchos casos, la pérdida de autodeterminación que supone el ingreso de una persona a un

centro residencial puede estar estrechamente relacionada con malestar y sentimientos negativos de soledad (Quintero-Echeverri et al., 2018).

Un estudio en adultos mayores institucionalizados en residencias observó que independientemente del diagnóstico de cáncer y el deterioro cognitivo, la soledad emocional, la edad, la educación y la comorbilidad influyeron en la mortalidad en personas mayores residentes (Drageset et al., 2013).

Por todo lo anteriormente subrayado pensamos que es crucial que los profesionales sociosanitarios sean conocedores de la magnitud y repercusiones físicas que pueden desencadenar estos sentimientos de soledad y presten atención a las necesidades, inquietudes, gustos y particularidades individuales a la hora de planificar y organizar sus intervenciones centradas en la persona para evaluar y prevenir la soledad en personas mayores frágiles.

La prevalencia de la soledad puede ser aún mayor de lo que se declara, debido al estigma asociado a esta experiencia como veíamos antes y también ocurre así en el contexto de las residencias (Victor et al., 2000).

En general, la investigación cualitativa sugiere que vivir en una residencia puede ser una experiencia solitaria (Slettebø, 2008). Una razón que lleva a pensar que la soledad puede ser más prevalente en las personas que viven en residencias en comparación con los adultos mayores que viven en la comunidad, se asocia a todo lo que han tenido que dejar atrás al entrar en el centro (el hogar, los recuerdos, las actividades cotidianas, las reuniones con los amigos, personas, los conocidos del barrio,...) pero no tenemos suficiente investigación que lo confirme. Tampoco tenemos investigación longitudinal que permita concluir que es la entrada en la residencia y no otra causa lo que activó la soledad.

En un estudio transversal, el 56 % de una muestra de personas mayores en residencias noruegas experimentaba soledad en algún grado (Drageset et al., 2011). Otro estudio indicó que el 55 % de los adultos mayores de una muestra de personas que vivían en residencias de Suecia y Finlandia experimentaban soledad a veces o a menudo (Nyqvist et al., 2013). Las investigaciones sugieren que un mayor porcentaje de adultos mayores en residencias se sienten solos en comparación con los que viven en la comunidad (Pinquart y Sorensen, 2001; Prieto-Flores et al., 2011).

El estudio de Andrew (2018), un estudio correlacional con 65 participantes encontró relaciones entre las preferencias satisfechas, el control percibido (control sobre las actividades de la vida diaria, las rutinas y la vida social), y la soledad. Encontraron una importante asociación entre una atención residencial centrada en la persona, (en particular la satisfacción de las preferencias de atención personal y ocio), y las necesidades socioafectivas de los residentes. Los resultados indican la importancia de la satisfacción vital en relación con la soledad, porque la satisfacción con la vida está estrechamente relacionada con las necesidades psicosociales de las personas.

En este sentido, el *Modelo de Atención Integral y Centrado en la Persona* (MAICP) destaca el fomento de la autonomía decisional y la autodeterminación de la persona, potenciando sus capacidades, sus derechos, preocupándose por su bienestar. Significa dar respuesta al conjunto de necesidades de la persona apoyando a que las personas puedan seguir teniendo control sobre sus vidas, su entorno, y sus cuidados. La aplicación de un enfoque de atención centrado en la persona mediante el aumento de eventos positivos, actividades elegidas por las personas según sus preferencias, e interacciones sociales puede conducir a una mayor satisfacción en la vida en la residencia, lo que puede ayudar a llenar el vacío que acompaña a los déficits en el apoyo social y las necesidades sociales insatisfechas. Estudios previos han descubierto que las intervenciones en soledad que hacen hincapié en actividades diversas pueden tener un impacto positivo en la salud mental de los adultos mayores. Es posible que las intervenciones que cuenten con actividades dirigidas a preferencias específicas de los residentes y elegidas por ellos mismos ayuden a aliviar la soledad produciendo una mayor satisfacción con la vida (Theurer et al., 2015).

Paque et al. (2018) en una investigación cualitativa en la que entrevistaron a 11 personas mayores que vivían en residencias, se concluyó que soledad es más que estar físicamente solo. En un contexto en el que se comparte residencia con tantas personas, la soledad se asocia fundamentalmente a pérdida de pareja (viudedad); pérdida de entorno social, de la casa (asociada al ingreso en residencia); pérdida de actividad y de grupos de referencia (asociada al ingreso en residencia); falta de relaciones con significado, que doten de sentido a la vida; la pérdida de autodeterminación (asociada al ingreso en residencia). Esta soledad causa dolor (emocional) e impacta en la salud general, pero sobre todo en la salud percibida, en la satisfacción por la vida y en la calidad de vida.

¿Qué estrategias utilizan las personas mayores que viven en residencias para reducir la soledad? La investigación de Barbosa (2019) diferencia dos tipos de acciones: unas individuales (como por ejemplo, hacer algo, estar distraído, dar un paseo, hablar con alguien, hacer algo divertido, pintar, escuchar música); y otras, sociales (como hablar con la familia o visitantes, ayudar a otros residentes más frágiles, implicarse en actividades sociales o fiestas/celebraciones organizadas por el centro). Pero lo que aparece a menudo en los estudios es que se habla poco de la soledad con las personas que viven en residencias.

Es importante subrayar que existen pocos estudios sobre soledad en personas que viven en centros residenciales, pese a ser algo que afecta a un elevado número de personas y cuyas consecuencias físicas y funcionales son altas (Cooke et al., 2017).

Este tema lleva siendo objeto de estudio de nuestro Grupo de Investigación desde hace años y con las residencias Ballesol hemos realizado dos estudios relacionados con soledad, que mencionaremos brevemente a continuación.

4.1. Estudio Ballepower

El estudio Ballepower –además de otras variables de funcionalidad y actividad física–, pretendía determinar si la variable soledad influye en el resto de variables medidas en una muestra de adultos mayores frágiles que viven en residencias. Se realizó en Ballesol con 115 personas mayores participantes, de las cuales un 65,2 % eran mujeres y un 34,8 % hombres. Las edades oscilaban entre 68 y 97 años de edad, con una media de 86,21 años (DT=5,76).

Las variables psicoemocionales contempladas en el estudio fueron: Soledad, Depresión, Bienestar emocional, Satisfacción vital, Vitalidad subjetiva, Autoeficacia, Afecto positivo y negativo.

Encontramos una relación directa entre menor sentimiento de soledad en las personas que puntuaban alto en afecto positivo, bienestar y satisfacción con la vida al igual que los hallazgos de Neewall et al. (2013). Por el contrario, la presencia de soledad se asoció significativamente con afecto negativo. Nuestro estudio no encontró relación entre la soledad y sintomatología depresiva medida con la escala de depresión geriátrica.

Estos resultados nos llevan a pensar que es necesario trabajar estas áreas para evitar sentimientos de soledad que puedan agravar la pérdida de funcionalidad y el empeoramiento de salud de las personas mayores frágiles.

En los centros residenciales es importante cuidar el modelo de cuidados y los entornos. Una organización cuyas intervenciones estén centradas en la persona ha demostrado estar relacionada con un mayor bienestar y sentimientos positivos asociados a la afectividad positiva y la satisfacción por la vida. Concretamente, considerar las preferencias individuales de cuidado de cuidado personal y recreación/ocio (Andrew y Meeks, 2018).

Por tanto, el tener en cuenta las preferencias y gustos individuales y fomentar la participación en actividades adecuadas a cada persona, puede considerarse una intervención efectiva para trabajar la soledad en personas mayores institucionalizadas y considerarse un factor de calidad de los centros asistenciales (Zhao et al., 2019). En algunos casos será necesaria una intervención terapéutica por parte de los profesionales de la psicología de los centros.

Pese a todo esto, todavía existen muy pocos estudios sobre soledad, su evaluación y su intervención en ámbito institucional. Este trabajo ha puesto de manifiesto la relevancia de factores de psicología positiva como la satisfacción, el bienestar, la vitalidad, el afecto positivo o el factor propósito en la vida que están muy relacionados con los sentimientos de soledad.

Son necesarios futuros estudios dirigidos a analizar el impacto de los entornos físicos y sociales en la soledad de las personas mayores frágiles que viven en residencias y también es imprescindible evaluar correctamente los factores que pueden afectar a los sentimientos y evaluarlos en los recursos sociosanitarios (Cohen-Mansfield et al., 2016).

4.2. Eficacia de una intervención en reminiscencia

La segunda intervención que hicimos en Ballesol fue un programa de reminiscencia integrativa. A pesar de los efectos adversos que la soledad y el aislamiento social han demostrado tener a nivel físico y emocional, todavía se carece de suficiente evaluación de las intervenciones en soledad que se realizan en los centros residenciales y los servicios de atención y cuidados. Como ya hemos visto, la soledad puede ser un agravante de enfermedades físicas que ponen en riesgo la salud de personas frágiles y pueden incrementar los niveles de dependencia y las necesidades de atención (Perissinotto, et al., 2019).

En la Tesis Doctoral de Dolores Martínez pusimos en marcha un programa de reminiscencia en dos centros Ballesol de la Comunidad Valenciana y uno de los objetivos era, entre otros, reducir la soledad (Martínez, 2022). Observamos que las personas que participaron en los talleres de reminiscencia con respecto a sus puntuaciones iniciales, y frente a las de grupo control, redujeron su soledad (Sales et al., 2022; Pinazo-Hernandis et al., 2022).

Concluyendo, la soledad es un tema relevante, que nos acompaña a lo largo de la vida y afecta a las personas en diferentes contextos de vida, que está muy relacionado con la fragilidad social y física y sobre el cual todavía nos falta mucha investigación que realizar para conocer cómo abordarla mejor. Los estudios futuros nos podrán ayudar a implementar mejores intervenciones en contexto comunitario y también en centros residenciales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Armstrong, J. J., Andrew, M. K., Mitnitski, A., Launer, L. J., White, L. R., & Rockwood, K. (2015). Social vulnerability and survival across levels of frailty in the Honolulu Asia Aging Study. *Age Ageing*, 44(4), 709-12.
- Barbosa Neves, B., Sanders, A., & Kokanović, R. (2019). "It's the worst bloody feeling in the world": Experiences of loneliness and social isolation among older people living in care homes. *J Aging Stud.*, 49, 74-84. doi: 10.1016/j.jaging.2019.100785
- Barth, J., Schneider, S., & von Känel, R. (2010). Lack of social support in the etiology and the prognosis of coronary heart disease: A systematic review and meta-analysis. *Psychosom Med.*, 72(3), 229-238.
- Bassuk, S. S., Glass, T. A., & Berkman, L. F. (1999). Social disengagement and incident cognitive decline in community-dwelling elderly persons. *Ann Intern Med*, 131(3), 165-173.
- 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.

- Bunt, S., Steverink, N., Olthof, J., van der Schans, C. P., & Hobbelen, J. S. M. (2017). Social frailty in older adults: a scoping review. *European Journal of Ageing, 14*(3), 323-334.
- Cacioppo, J. T., & Cacioppo, S. (2018). The growing problem of loneliness. *The Lancet, 391*(10119), 426. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30142-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30142-9)
- 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>
- Dahlberg, L., McKee, K. J., Frank, A., & Naseer, M. (2021). A systematic review of longitudinal risk factors for loneliness in older adults. *Ageing & Mental Health, 1*-25.
- De Jong-Gierveld, J., & Raadschelders, J. (1982). Types of loneliness. In: L.A. Pepalu & D. Perlman, *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 105-109). Wiley Interscience.
- Doane, L. D., & Adam, E. K. (2010). Loneliness and cortisol: Momentary, day-to-day, and trait associations. *Psychoneuroendocrinology, 35*(3), 430-441.
- Drageset, J., Eide, G. E., Kirkevold, M., & Ranhoff, A. H. (2013). Emotional loneliness is associated with mortality among mentally intact nursing home residents with and without cancer: a five-year follow-up study. *J Clin Nurs., 22*(1-2), 106-14.
- Edwards, K. M., Bosch, J. A., Engeland, C. G., Cacioppo, J. T., & Marucha, P. T. (2010). Elevated macrophage migration inhibitory factor (MIF) is associated with depressive symptoms, blunted cortisol reactivity to acute stress, and lowered morning cortisol. *Brain Behav Immun, 24*, 1202-1208.
- Escourrou, E., Cesari, M., Chicoulaa, B., Fougère, B., Vellas, B., Andrieu, S., & Oustric, S. (2017). How Older Persons Perceive the Loss of Independence: The Need of a Holistic Approach to Frailty. *J Frailty Aging, 6*(2), 107-112.
- Hackett, R. A., Hamer, M., Endrighi, R., Brydon, L., & Steptoe, A. (2012). Loneliness and stress-related inflammatory and neuroendocrine responses in older men and women. *Psychoneuroendocrinology, 37*(11), 1801-1809.
- Hawker, M., & Romero-Ortuno, R. (2016). Social Determinants of Discharge Outcomes in Older People Admitted to a Geriatric Medicine Ward. *J Frailty Aging, 5*(2), 118-20.
- Herrera-Badilla, A., Navarrete-Reyess, A. P., Amieva, H., & Avila-Fuuness, J. A., (2015). Loneliness is associated with frailty in community dwelling elderly adults. *J. Am Geriatr Soc, 63*(3), 607-609.
- Hoogendijk, E. O., Suanet, B., Dent, E., Deeg, D. J., & Aartsen, M. J. (2016). Adverse effects of frailty on social functioning in older adults: Results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Maturitas, 83*, 45-50.
- Kurina, L. M., Knutson, K. L., Hawkley, L. C., Cacioppo, J. T., Lauderdale, D. S., & Ober, C. (2011). Loneliness is associated with sleep fragmentation in a communal society. *Sleep, 34*, 1519-1526.

- Lim, M. H., Eres, R., & Vasan, S. (2020). Understanding loneliness in the twenty-first century: an update on correlates, risk factors, and potential solutions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *55*, 793-810. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01889-7>
- Maes, M., Qualter, P., Vanhalst, J., Van den Noortgate, W., & Goossens, L. (2019). Gender differences in loneliness across the lifespan: A meta-analysis. *European Journal of Personality*, *33*(6), 642-654. <https://doi.org/10.1002/per.2220>
- Makizako, H., Shimada, H., Tsutsumimoto, K., Lee, S., Doi, T., Nakakubo, S., Hotta, R., & Suzuki, T. (2015). Social Frailty in Community-Dwelling Older Adults as a Risk Factor for Disability. *J Am Med Dir Assoc.*, *16*(11),1003.e7-11.
- Martínez, D. (2022). *Reminiscencia integrativa en personas mayores que viven en residencias*. [Tesis Doctoral]. Universidad de Valencia.
- Mendes, W. B., Blascovich, J., Lickel, B., & Hunter, S. (2002). Challenge and threat during social interactions with white and black men. *Personal Soc Psychol Bull*, *28*, 939-952.
- Morrish, N., & Medina-Lara, A. (2021). Does unemployment lead to greater levels of loneliness? A systematic review. *Social Science & Medicine*, *287*, 114339. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114339>
- Newall, N. E., Chipperfield, J. G., Bailis, D. S., & Stewart, T. L. (2013). Consequences of loneliness on physical activity and mortality in older adults and the power of positive emotions. *Health Psychol*, *32*(8), 921-924.
- Paque, K., Bastiaens, H., Van Bogaert, P., & Dilles, T. (2018). Living in a nursing home: a phenomenological study exploring residents' loneliness and other feelings. *Scand J Caring Sci*, *32*(4), 1477-1484. doi: 10.1111/scs.12599
- Patterson, A. C., & Veenstra, G. (2010). Loneliness and risk of mortality: A longitudinal investigation in Alameda County, California. *SocSci Med*, *71*(1)181-186.
- Pels, F., & Kleinert, J. (2016). Loneliness and physical activity: A systematic review. *International Review of Sport and Exercise Psychology*, *9*(1), 231-260. <https://doi.org/10.1080/1750984X.2016.1177849>
- Petitte, T., Mallow, J., Barnes, E., Petrone, A., Barr, T., & Theeke, L. (2015). A Systematic Review of Loneliness and Common Chronic Physical Conditions in Adults. *The Open Psychology Journal*, *8*(1), 113-132. <https://doi.org/10.2174/1874350101508010113>
- Pinazo-Hernandis, S., Sales, A., & Martínez, D. (2022). Older Women's Loneliness and Depression Decreased by a Reminiscence Program in Times of COVID-19. *Frontiers in Psychology*, *13*. 13:802925.doi: 10.3389/fpsyg.2022.802925
- Pinazo-Hernandis, S. (2023). Soledad. ¿Cómo definen la soledad las personas mayores? explorando ideas para la intervención psicosocial y comunitaria. En AA. VV., *Caminos de reflexión y pensamiento: análisis desde la filosofía hasta los ODS*. Dikynson.
- Pinazo-Hernandis, S., y Tamarit, A. (2020). Atención psicosocial en los cuidados de larga duración realizados en residencias durante el proceso de final de vida. *Health, Aging and End of Life*, *5*, 21-39.

- Pinazo-Hernandis, S. (2020). Impacto psicosocial de la COVID-19 en las personas mayores: problemas y retos. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 55(5), 249-252.
- Pinazo-Hernandis, S. y Donio-Bellegarde, M. (2018). La soledad de las personas mayores. Conceptualización, valoración e intervención. Fundación Pilares. Recuperado de <http://www.fundacionpilares.org/docs/publicaciones/fpilares-estudio05-SoledadPersonasMayores-Web.pdf>
- Rizzuto, D., & Fratiglioni, L. (2014). Lifestyle factors related to mortality and survival: a mini-review. *Gerontology*, 60(4), 327-335.
- Ribera, B., Casal, B. y Rodríguez, E. (2023). *El coste de la soledad no deseada en España*. Observatorio Soledad.es
- Rokach, A. (2019). *The Psychological Journey to and from loneliness*. Academic Press.
- Sales, A., Pinazo-Hernandis, S., & Martínez, D. (2022). Effects of a Reminiscence Program on Meaning of Life, Sense of Coherence and Coping in Older Women Living in Nursing Homes during COVID-19. *Healthcare*, 10(2), 188. <https://doi.org/10.3390/healthcare10020188>
- Seeman, T. E., Berckman, L. F., & Blazer, D. et al. (1994). Social ties and support and neuroendocrine function, MacArthur Studies of Successful Aging. *Ann Behav Med*, 16, 95-106.
- Shiovitz-Ezra, S., & Ayalon, L. (2010). Situational versus chronic loneliness as risk factors for all-cause mortality. *Int Psychogeriatr*, 22(3), 455-462.
- Shovestul, B., Han, J., Germine, L., & Dodell-Feder, D. (2020). Risk factors for loneliness: The high relative importance of age versus other factors. *PLOS ONE*, 15(2), e0229087. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229087>
- Theurer, K., Mortenson, W. B., Stone, R., Suto, M., Timonen, V., & Rozanova, J. (2015). The need for a social revolution in residential care. *J Aging Studies*, 35, 201-210.
- Tzouvara, K. et al. (2015). Loneliness and isolation. In J. Twigg & W. Martin (Eds.) *Handbook of Cultural Gerontology* (pp. 252-260). Routledge.
- Victor, C. R., Scambler, S., & Bond, J. (2009). *The Social World of Older People, Understanding Loneliness and Social Isolation in Later Life*. Open University Press.
- Wormald, A. D., McCallion, P., & McCarron, M. (2019). The antecedents of loneliness in older people with an intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 85, 116-130. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2018.11.009>
- Yang, F., Gu, D., & Mitnitski, A. (2016). Frailty and life satisfaction in Shanghai older adults: The roles of age and social vulnerability. *Arch Gerontol Geriatr*, 67, 68-73.
- Zazzetta, M. S., Gomes, G. A., Orlandi, F. S., Gratão, A. C., Vasilceac, F. A., Gramani-Say, K., Ponti, M. A., Castro, P. C., Pavarini, S. C., Menezes, A. L., Nascimento, C. M., & Cominetti, M. R. (2017). Identifying Frailty Levels and Associated Factors in a Population Living in the Context of Poverty and Social Vulnerability. *J Frailty Aging*, 6(1), 29-32.

ANTROPOLOGÍA DE LA SOLEDAD NO DESEADA

Gonzalo Aza Blanc
Universidad Pontificia Comillas

1. INTRODUCCIÓN

La soledad no deseada representa la cara negativa de la soledad, aquella que petrifica, cronifica, desconecta, aísla. En ella, la persona se siente sola o aislada, pero no por elección propia, por lo que la siente fuera de su control. Puede darse en circunstancias muy diversas ligadas a menudo a pérdidas, rupturas o cambios bruscos en la vida y no es propia de una determinada edad, aunque podamos encontrarla más cercana a la vejez. En su dimensión más subjetiva, la intensidad y dolor con que se vive se vincula a una sensación de atrapamiento y de no tener oportunidad para hacerla desaparecer. La mera voluntariedad individual no es receta suficiente para combatirla, pues también remite a una realidad colectiva, social. Es muy probable encontrar en ella a una persona con una batalla emocional interior que, llegados a un punto, se vive como derrota, sin más.

A la soledad se la considera hoy una epidemia silenciosa (Cacioppo y Cacioppo, 2016), la constatación de que cada vez vivimos más solos, más desarraigados, con un menor sentimiento de pertenencia en medio del progreso y el desarrollo tecnológico. Sin embargo, históricamente también se la ha considerado como uno de los grandes remedios para las afecciones del alma (Ímaz y Aza, 2022). La mirada hacia uno mismo y el recogimiento, que es esa mezcla de silencio y soledad, sigue siendo tan necesaria como hace cinco siglos, pues difícilmente vivimos mejor si no sabemos discernir las cosas esenciales y valiosas en la vida, de las frívolas y banales.

Pero la soledad en nuestros días toma matices diferentes. Por una parte, se entiende que la soledad tiene que ver con la ausencia de vínculos significativos, la realidad objetiva de que cada vez estamos más solos. Llevamos ya un tiempo en el que el individualismo gana terreno frente a la pérdida del sentido comunitario. Difícilmente el individuo se siente hoy miembro de un proyecto común y las instituciones son cada vez más porosas, tanto que ni fomentan ni cuentan con el compromiso de largo recorrido. A la larga, nos hace seres temerosos que rehúyen el conflicto emocional y apaga la alegría de la pertenencia.

Por otra parte, la soledad tiene que ver con el empacho y la sobrea-bundancia de opciones que nos ofrece la vida, pero en las que perdemos los referentes. Como el que quiere beber un trago de agua en una boca de riego, nos atragantamos ante tanta información que llega sin criterio, ante tanta sobreexposición y tanta mirada ajena diluida en el ciberespacio e hiperconectada. En definitiva, a las personas en soledad no pretendida las podemos encontrar *hipo* (conectadas), carentes de vínculos significativos, y cada vez más *hiper* (conectadas) a través de múltiples pantallas. En medio de tanta distracción y superficialidad, la soledad podría ser una alerta o la llamada nostálgica por una comunicación verdadera, cercana, profunda.

2. DIMENSIÓN SUBJETIVA Y ADAPTABILIDAD

Una necesidad fundamental y universal en el ser humano es la confirmación exterior de que somos alguien para los demás, que merecemos existir. Cuando esta necesidad no está cubierta, las vivencias emocionales giran en torno al dolor, la vergüenza, la melancolía, la desesperación o la amargura. Son emociones funcionales, a través de las cuales pueden lanzarnos a salir de la soledad, a encontrar ese reconocimiento. Pero si en su funcionalidad para entablar relación con otras personas no logra encontrar una alternativa mejor que la vergüenza o el dolor del rechazo, puede desembocar en retraimiento, resignación y apatía. Se hace más llevadero vivir resignado que estar en la continua lucha por sentirse reconocido. Dicho de otra forma, el dolor relacional se presenta como un intento de protegernos del aislamiento y de recordarnos que en nuestra propia naturaleza reside nuestra condición social.

Como animales sociales, el sentimiento de soledad nos rememora que las relaciones sociales son tan importantes como el alimento para existir. Pero cuando estas emociones se cronifican, pasan a ser emociones disfuncionales que se acompañan de una adaptación pasiva o resignada a la realidad, frente a lo que sería una adaptación activa al entorno.

En el arraigo activo a la realidad, la persona se siente protagonista de su propia vida, participa activamente de las actividades y relaciones que puede ofrecer la comunidad donde reside. Vivir con una adaptación pasiva o activa a la realidad significa un cambio de perspectiva. Supone pasar del *¿cómo me van las cosas?* al *¿cómo le voy yo a ellas?*; del *¿cómo me va la vida?* al *¿cómo le voy yo a ella?* Porque lo que sucede, no es tanto lo que es como lo que uno hace conforme a los frutos de la propia mente. En el fondo, las sirenas de la soledad son una llamada y un aviso para todos los navegantes: velar por cultivar una buena vida, que en palabras del poeta Horacio, pasa por aprender a saborear el presente (*carpe diem*), que tiene que ver con tratar de dar con la medida de tu propia existencia como ser consciente, *ser alguien* para los demás. A saber, la vida se convierte en un acto de deleite por lo pequeño, que es lo grande.

3. EL TIEMPO EN LA SOLEDAD NO DESEADA

La percepción del tiempo puede ser vivida de manera diferente cuando transcurre en la soledad que no se anhela. Aunque el día tiene 24 horas, la vivencia existencial difiere considerablemente entre las personas. La vivencia de que hay personas que necesitan *matar el tiempo*, mientras que otras no tienen tiempo para nada nos lleva a distinguir dos concepciones clásicas griegas del tiempo: Cronos y Kairós¹.

Cronos es el reloj, la medición de los acontecimientos en horas, minutos, segundos. Es el tiempo que todo lo destruye, como vemos a Saturno (el equivalente a Cronos para los Romanos) en el cuadro de Goya devorando a su hijo. Para quien vive en soledad no deseada, el tiempo se hace insoportable, voraz. En cambio, *Kairós* es el tiempo existencial y espiritual, que se mide por momentos y no por segundos. Kairós es, en este sentido, el momento adecuado, oportuno, maduro, el momento perfecto. Lo más que se puede esperar de la perfección es que dure sólo un momento y lo más que podemos esperar de un momento es que sea perfecto. Así, Kairós puede ser un pequeño momento en la vida de una persona que está maduro y completo, perfecto. Escuchar música, pasear por el parque, el abrazo inesperado de una enfermera o la sonrisa amable del celador puede convertirse en un momento Kairós, en un momento en el que, de repente, dejas de notar el paso del tiempo. Y ahí, te olvidas de los cientos de cosas en las que habías estado preocupado. Pero Kairós aparece en las pequeñas cosas de

¹ De manera parecida, en la filosofía hindú encontramos los términos *ritu* para referirse al tiempo lineal que marca épocas del año, y el término *Kala* como tiempo cósmico y cíclico del universo, considerándola una manifestación del poder divino.

la vida, en algo que no puede ser planificado ni forzado. Lo único que se puede hacer es estar abierto a esa posibilidad y arriesgarse a la decepción de no encontrar esos momentos.

Hoy día es difícil encontrar momentos Kairós con el ritmo de vida frenético que llevamos. En la búsqueda de *desacelerar* el ritmo de vida, la cadena holandesa de supermercados Jumbo ha creado la Kletska o «caja para charlar» (Serrano, 2023). Está pensada para aquellas personas que no tengan prisa para terminar sus compras y quieran tener una pequeña conversación, un momento Kairós. Se trata de entablar una charla amable, sin gran trascendencia pero relevante en la vida cotidiana. Aunque Richard Bach consideraba que lo opuesto a la soledad es la intimidad y no tanto la compañía, existe también otros vínculos de menor trascendencia, más débiles pero que nos ponen en conexión con los desconocidos en una suerte de seres sociales. Ahí no encontraremos el amor íntimo pero sí la *amabilidad*, que implica actuar con respeto, consideración y empatía hacia el otro. La amabilidad es, por tanto, una forma de demostrar amor y afecto hacia los demás.

4. SOLEDAD NO DESEADA Y COLONIZACIÓN TECNOLÓGICA

Una forma de imaginar a una persona sola es delante de una pantalla. Si pedimos a un adolescente que represente lo que ocurre en su familia a través de un dibujo, es fácil imaginar que los miembros de la familia aparezcan *cada uno a lo suyo* dispersos frente a diferentes pantallas, que son más numerosas que las personas que habitan el hogar familiar. Aunque ya llevamos un tiempo en el que las relaciones familiares se están transformando significativamente, hemos pasado de familias extensas y familias nucleares a las cada vez más atomizadas y diversas. En estas familias nominales y en su realidad *offline* rodeados de pantallas, hay una coexistencia pacífica, cada uno va a lo suyo, pero en las que no hay una convivencia en el sentido estricto de la palabra.

En cambio, en el mundo *online* y siguiendo la metáfora del «enjambre digital» (Han, 2014), el ciberespacio es una gigantesca colmena donde cada uno posee su propia celda o espacio privado. Y, como el zumbido de una colmena, la omnipresencia digital destruye el silencio que necesita nuestro interior para reflexionar y para ser uno mismo. Asimismo, su eficiencia y comodidad hace que evitemos cada vez más el contacto directo con las personas reales, y con lo real en general. El enjambre, visto así, es una unión provisoria, fugaz e inestable de todos nosotros.

La colonización tecnológica y digital ha supuesto el paraíso de la posibilidad instantánea. Nos abre un abanico impresionante de posibilidades para

elegir, aunque carezcamos de criterios (buenos) para decidir. Pero en ese océano seguro de oportunidades, los vínculos se van haciendo más blandos, más distantes, más desconectados de la comunidad inmediata. En esa lejanía pegada a la pantalla, en ese lugar difuso y ruidoso, somos alguien para los demás de manera diferente. El reconocimiento no nos llega por nuestros amigos, familiares o profesores. Nos llega por *todo el mundo* en forma de likes. Como ha escrito recientemente Nuria Labari (2023), «la soledad consiste en no querer nada de nadie en concreto y esperararlo de todos a la vez». En otras palabras, la colonización tecnológica, mediadora entre el yo y la realidad, relativiza tanto cualquier aspecto de la experiencia humana que nos desorienta en la búsqueda de sentido, nos lanza a un océano existencial en el que no se sabe siquiera hacia dónde navegar. Ahonda, por tanto, en la falta de sentido.

Ahora bien, ¿puede internet y las redes sociales abrir nuevas vías para conectar con los demás? Como siempre, depende de cómo se usen y sus motivaciones para hacerlo. Tal vez el problema está en que la persona sola frente a la pantalla considera las redes sociales un refugio relativamente seguro para relacionarse con los demás, siendo más probable establecer relaciones más seguras, sin conflictos, pero más superficiales. Como señala Zygmund Bauman en su libro póstumo «Generación líquida» (2023), la vida online está libre de muchos riesgos y el riesgo está en el mundo offline. Es muy fácil hacer amigos por internet y en ningún momento notas tu soledad, que queda anestesiada. Si alguna actitud no te gusta, con un click desconectas. Pero cuando estás offline no puedes evitar ver la diversidad de la realidad de la gente, tienes que afrontar la necesidad de dialogar y asumir el hecho de que la gente es diferente.

5. LA DIMENSIÓN CULTURAL Y COLECTIVA

Aunque no es lo mismo estar solo que sentirse solo, no cabe duda de que la tendencia a vivir cada vez más solos señala un estilo de vida más proclive a conducirnos a la soledad no deseada. Es decir, puede ser que la primera razón por la que podemos sentirnos solos es que objetivamente lo estamos.

Parece que la soledad es un problema creciente en muchos países, especialmente en aquellos con poblaciones envejecidas donde el estilo de vida urbanita e individualista marca la tendencia. Japón podría ser una sociedad propicia para encontrar muchas personas en soledad indeseable, con una ciudadanía que mira el mundo a través de las pantallas y donde el valor del trabajo está por encima de todo. Una de las epidemias que sufren en Japón en las dos últimas décadas es el fenómeno de los *Hikikomoris*, jóvenes

que se enclaustran voluntariamente una media de dos años sin salir de su habitación, solos, anestesiados de sentir que el mundo ahí fuera, el real, es demasiado hostil.

Más cercana a nuestra realidad, en el país donde con tan buen gusto amueblan nuestras *repúblicas independientes*, como dice el anuncio de Ikea, Suecia arrasa en el número de hogares unipersonales (57 %) frente a España que está en torno al 26 %².

En el mapa mundial de los valores Culturales según el modelo de Inglehart-Welzel³ (ver gráfico 1), Suecia se sitúa en el extremo en puntuaciones en *valores de autoexpresión* (ligados a la libertad de expresión y elección personal), frente a *valores de supervivencia* (la seguridad es más importante que la libertad). Asimismo, predominan los *valores racionales seculares* (motivación de logro) frente a *valores tradicionales* (ligados a la obediencia, religiosidad, etc.).

Suecia, siendo un país que disfruta de una vida acomodada, de mentalidad moderna, adoptó como valor predominante la independencia, que es una característica central en los valores de autoexpresión. Toda persona podrá desarrollarse sin depender de nadie más, para lo cual habrá que crear las condiciones sociales políticas y económicas que los convierten en individuos independientes.

En la programación colectiva de la mente, es decir, en la cultura de los suecos, una relación auténtica debe basarse en el principio de independencia entre las personas. Y en este escenario, las personas mayores tampoco dependerán de la buena (o mala) voluntad de sus hijos. En este país, el que una de cada cuatro personas mueran solas sin que nadie las haya echado en falta, refleja un estilo de vida sin contactos con otras personas por un ansia de libertad e independencia que les cegó un sistema excesivamente organizado y eficiente, basado en el trabajo, el bienestar y la autonomía personal.

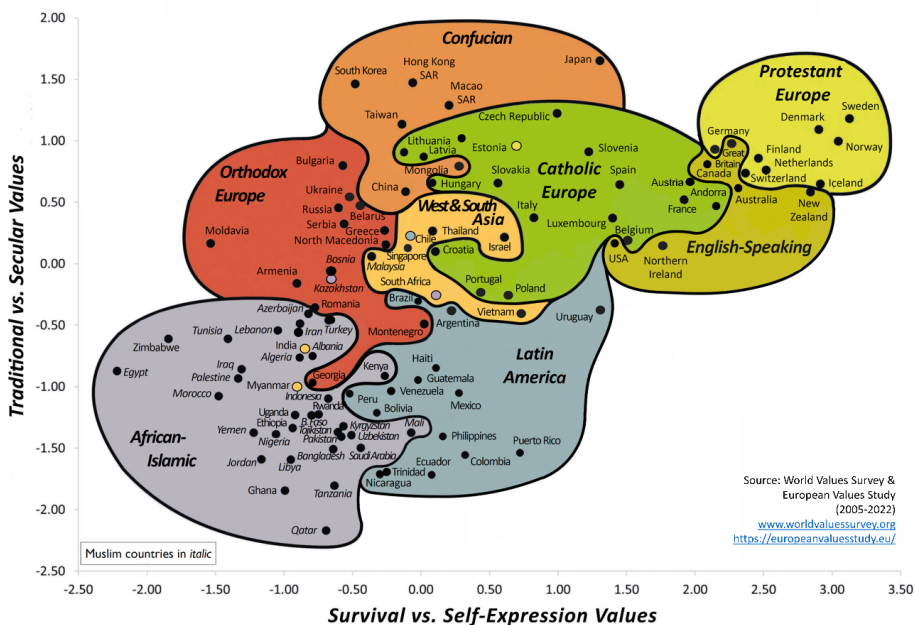
La trampa está en que una vida feliz no significa estar libre de problemas. Una vida feliz implica sortear los problemas, superarlos y hacer frente a los retos, habilidad que se pierde cuando crecen las comodidades. Lo tienes todo, pero lo que no tienes no te lo puede proporcionar el Estado ni las políticas de protección, que es estar entre otras personas y sentir que formas parte de un grupo.

² Según la Encuesta de condiciones de vida de la Unión Europea en el 2018, los adultos mayores de 65 años que viven solos suponen el 39,2 % en Suecia, frente al 25,2 % en España. La media europea se sitúa en el 32,5 %. Véase <https://ec.europa.eu/eurostat>

³ Véase <https://www.worldvaluessurvey.org/wvs.jsp>

Gráfico 1. Mapa Mundial de Valores Culturales – Modelo Inglehart-Welzel

The Inglehart-Welzel World Cultural Map 2023



Fuente: The Inglehart-Welzel World Cultural Map – World Values Survey (2023).

En otras palabras, la gente criada en la independencia ha perdido la habilidad de negociar en la cohabitación con otras personas porque se pierden las habilidades propias de la socialización. Convivir requiere de mucho esfuerzo de negociación para llegar a acuerdos, pero la independencia te desposee de esa habilidad.

El círculo vicioso está en que cuando más independiente eres menos puedes detener tu independencia y sustituirla por una placentera interdependencia. En el extremo de la independencia está el vacío de la vida, la insignificancia de la vida para los demás.

En el lado opuesto del Mapa cultural de Inglehart-Welzel, con un predominio de valores de supervivencia y valores tradicionales, encontramos el continente africano. En África nunca estás solo y aunque es mucho más pobre en lo material, es mucho más rico en solidaridad, que se expresa metafóricamente con la palabra *Ubuntu*, que significa *Yo solo soy a través de ti*. El otro es esencial para que yo exista en cuanto humano y civilizado. En África, sin el otro no soy nada. En Suecia, recordemos, la sociedad proporciona seguridad y eficiencia. El sistema social de bienestar es el que les cuida en vez de cuidarse unos a otros.

6. A MODO DE CONCLUSIÓN

La soledad no deseada es una realidad creciente en nuestras sociedades modernas. Las grandes urbes e internet han ido fragilizando los lazos familiares y comunitarios que, si en una época pudieron llegar a ser asfixiantes, ahora van diluyendo el sentimiento de pertenencia.

En el debate en torno a la soledad no deseada, no debiéramos centrarnos solamente en la ausencia de las relaciones íntimas o más cercanas. En la vida social, existen vínculos de menor trascendencia, como la relación con un dependiente del supermercado, el portero o la recepcionista de una residencia, pero que posibilitan momentos oportunos y de calidad para la propia existencia. Pero se trata de momentos en los que hace falta tiempo, hace falta *perder el tiempo*, aunque la lógica de la productividad y el rendimiento nos diga lo contrario. *Es el tiempo que pierdes por tu rosa lo que la hace tan valiosa*, decía el Principito. La disponibilidad y la amabilidad podrían ser dos valores a destacar y a desarrollar cuando hablamos de esta soledad indeseable. Por ello, el opuesto a la soledad no deseada no es tanto la compañía deseada como una *compañía oportuna*.

Toda persona y toda cultura tiene el reto de encontrar estilos de vida que posibiliten el adecuado balance entre dos fuerzas antagónicas pero necesarias: una buena conexión con los demás que nos proporcionen un profundo sentimiento de pertenencia, al tiempo que la capacidad para establecer autonomía e independencia en las formas de pensar y sentir. Entre la dependencia que nos da raíces pero que nos puede ahogar, y la independencia que nos da alas pero que nos puede desvincular, se encuentra la vibrante y gozosa interdependencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bauman, Z. (2023). *Generación líquida: transformaciones en la era 3.0*. Barcelona: Paidós.
- Cacioppo, J. T. y Cacioppo, S. (2016, 10 de abril). Soledad, una nueva epidemia. *El País*.
- Han, B-C. (2014). *En el enjambre*. Barcelona: Herder.
- Ímaz, R. y Aza, G. (2022). La soledad: cura y aprendizaje. *Sal Terrae*, 110(3), 213-226.
- Labari, N. (2023, 25 de marzo). Me siento más sola que nunca (en la historia de la humanidad). *El País*.
- Serrano, B. (2023, 26 de febrero). La importancia de los lazos débiles o por qué deberías empezar a charlar con tus desconocidos habituales. *El País*.

LA SOLEDAD DE LA PERSONA CUIDADORA¹

Andrés Losada Baltar
Cristina Huertas Domingo
Lucía Jiménez Gonzalo
Universidad Rey Juan Carlos

Los cuidadores familiares (o informales) son miembros de la familia, amigos, vecinos u otras personas que proporcionan asistencia de manera no remunerada a una persona que tiene algún grado de limitación física, psicológica o cognitiva. Este rol no es en absoluto nuevo, las personas siempre han proporcionado apoyo emocional, físico y financiero a familiares o personas cercanas. Lo que sí ha cambiado en las últimas décadas es el número de personas que asumen este rol y la duración, intensidad y complejidad del cuidado (Schulz et al., 2020). Los factores que han influido en este cambio en España son, como se especificará más adelante, el aumento de la esperanza de vida y el descenso de la tasa de natalidad, fenómenos que han modificado la estructura de las familias y que han modificado la ratio entre cuidadores disponibles y personas en necesidad de cuidados.

A pesar de que son muchos los factores que pueden hacer que una persona se encuentre en situación de dependencia, el 75,4 % de las personas en necesidad de atención y cuidados residentes en el hogar tienen 55 o más años (INE, 2022). En este capítulo, cuando hablamos de cuidadores familiares, nos centraremos en los cuidadores de personas mayores, principalmente aquellos que padecen demencia.

¹ Este Trabajo se ha realizado en el contexto de un proyecto financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación (PID2019-106714RB-C21)

1. EL CUIDADO FAMILIAR DE PERSONAS DEPENDIENTES: SITUACIÓN ACTUAL, PERSPECTIVA FUTURA

En España, un total de 4,38 millones de personas se encuentran en situación de dependencia. Podemos diferenciar entre tres grupos distintos de personas que reciben cuidado familiar: hijos menores con una enfermedad crónica o discapacidad, generalmente cuidados por padres jóvenes; hijos adultos cuidados por padres de mediana edad; o adultos mayores con algún tipo de limitación o enfermedad crónica, cuidados por sus parejas también mayores o por sus hijos de mediana edad. Como ya se ha señalado, los más frecuentes son los cuidadores de adultos mayores, por lo que en este capítulo nos centraremos en este perfil.

Es difícil explicar la situación de los cuidadores familiares sin pararse a reflexionar sobre los cambios demográficos que ha experimentado nuestro país en las últimas décadas. El aumento de la esperanza de vida y el descenso de la tasa de natalidad están modificando la manera en la que se distribuye la población en nuestro país (Abellán y Pérez, 2018).

La esperanza de vida se ha incrementado de manera espectacular en las últimas décadas, reflejo de la mejora en las condiciones sanitarias, económicas y sociales de nuestro país desde mediados del siglo XX. En el año 2018, las mujeres en España tienen una esperanza de vida al nacer de 85,9 años y los hombres de 80,5 años. En este contexto, es posible incluir una nueva dimensión a la cantidad de años vividos, midiendo también la calidad de los mismos. Hablamos entonces de la esperanza de vida saludable. Entre las personas de 65 y más años, las mujeres destacan por tener una mayor esperanza de vida que los hombres, pero su esperanza de vida saludable es menor. Por lo tanto, a pesar de que las mujeres viven más años, también lo hacen con mayores enfermedades crónicas o limitaciones físicas que pueden situarlas en necesidad de cuidados. Tres de cada cinco personas mayores de 55 años con discapacidad son mujeres (INE, 2022).

El envejecimiento demográfico viene acompañado de un aumento de la población con necesidades de atención y cuidados. La edad aumenta la probabilidad de fragilidad y dependencia y el crecimiento de la proporción de personas mayores, en especial de las muy mayores (por encima de los 80 años), se acompaña de un aumento en el número de personas con necesidad de asistencia en el desempeño de actividades básicas para la propia vida (Abellán y Pérez, 2018).

Una de las consecuencias del envejecimiento de la población es el aumento de la prevalencia de las demencias (Cao et al., 2019; Nichols et al., 2019). La demencia es un síndrome caracterizado por un declive en el funcionamiento cognitivo respecto del nivel de funcionamiento previo de la persona,

que interfiere con el desempeño en la vida diaria y que puede afectar también a la emoción y la conducta de la persona (Organización Mundial de la Salud, 2017). Las demencias pueden deberse a distintas etiologías, siendo la más frecuente la enfermedad de Alzheimer, seguida de la demencia vascular y la demencia por cuerpos de Lewy (Gauthier et al., 2022).

El número de personas con demencia aumenta a medida que aumenta la edad, encontrándose la prevalencia en 267 casos por cada 10 000 habitantes en personas de entre 60 y 69 años, que aumenta a 1510 casos por cada 10 000 habitantes en edades entre 80 y 89 años (Cao et al., 2019).

Por otra parte, la tasa de fecundidad en España, entendida como el número de hijos tenidos por mujer a lo largo de toda su vida, es en la actualidad de 1,23 (Conde-Ruiz y González, 2021).

El aumento de la esperanza de vida y el descenso de la tasa de natalidad se refleja en la forma de la distribución de la población que, en el pasado, tenía forma de pirámide, pero actualmente tiene una forma que se aproxima más a un rectángulo, superando la mayoría de la población que nace la edad de 65 o más años. En el momento actual, además, está accediendo a la vejez la conocida como generación *baby boom*, que hace que haya significativamente más personas mayores que jóvenes. También sigue creciendo la proporción de octogenarios, que representan el 6,1 % de la población y seguirán ganando peso entre la población mayor en un proceso de envejecimiento de los ya mayores. Según la proyección del INE (2018-2068), en 2068 podría haber más de 14 millones de personas mayores, un 29,4 % del total de la población.

El envejecimiento de la población no solamente aumenta la cantidad de personas que pueden encontrarse en situación de necesidad de cuidados, sino que también cambia la propia estructura en la que se divide la población por edades y por tanto la cantidad de cuidadores potenciales disponibles (Gómez et al., 2018).

Además del envejecimiento poblacional, otras variables demográficas, sociales y culturales están estrechamente relacionadas con la cantidad de cuidadores disponibles. Así, la reducción del tamaño de los hogares, el aumento de los hogares unipersonales en la población mayor de 65 años, la incorporación de la mujer al mercado laboral y una mayor movilidad geográfica en las generaciones más jóvenes apuntan a un aumento en la proporción de población mayor con necesidades de cuidado y un descenso en el número de potenciales cuidadores familiares. Esta circunstancia tiene su importancia en relación al tema principal de este capítulo, dado que la disminución de las redes familiares y el incremento de la distribución de las tareas de cuidado sobre menos cuidadores tiene su influencia sobre la percepción de soledad por parte de los cuidadores.

Si bien es cierto que la persona mayor receptora de cuidados es con mayor frecuencia una mujer, también lo es la persona cuidadora. Actualmente

el 63,7 % de los cuidadores son mujeres, siendo el perfil más frecuente el de una mujer de entre 45 y 64 años (41 % de los casos; INE, 2022; Pérez et al., 2020). Por lo tanto, las hijas de mediana edad son el principal pilar del cuidado en España, cubriendo más de la mitad de todo el volumen de cuidado, medido en horas. Sin embargo, el tiempo de cuidado prestado por los hombres ha ido en aumento, especialmente el de los hombres mayores.

Se puede distinguir entre dos patrones de cuidado. Existe un patrón intergeneracional de cuidado, en el que un hijo o hija de mediana edad atiende a una persona mayor, y un patrón intrageneracional, en el que una persona de avanzada edad, generalmente el cónyuge, atiende a otra persona mayor. En el patrón intrageneracional del cuidado surge un perfil cada vez más habitual (especialmente de hombres) de personas cuidadoras de más de 65 años (Gómez et al., 2018). Existe, por lo tanto, un aumento progresivo de cuidadores varones de edad avanzada que cuidan de sus esposas (Gómez et al., 2018; Pérez et al., 2020).

2. EL PROCESO DEL CUIDADO: UNA SITUACIÓN DE ESTRÉS CRÓNICO QUE SE ASOCIA A CONSECUENCIAS NEGATIVAS. PREVALENCIA DE SOLEDAD

EL cuidado de un familiar con demencia es considerado un estresor crónico debido al gran número de demandas que la persona cuidadora debe hacer frente durante un largo periodo de tiempo, siendo 7 años el tiempo promedio dedicado al cuidado informal de una persona con demencia (Bökkberg et al., 2015; Giebel et al., 2015). La mayoría de las personas con demencia son cuidadas en el hogar por miembros de su familia (Friedman et al., 2015), por lo que las demencias terminan afectando a la salud, economía y bienestar de la persona enferma, la persona cuidadora y de su familia, dado que quien la padece requiere de asistencia y/o cuidados de intensidad creciente en todas las esferas de la vida (Alzheimer's Association, 2016). Algunas de las demandas que supone la tarea del cuidado son la supervisión constante, asistencia en las actividades básicas e instrumentales de la vida del familiar que requiere cuidados, hacer frente a comportamientos problemáticos y problemas de seguridad o cubrir los numerosos costes económicos que implica el cuidado. De hecho, el cuidado de un familiar con demencia puede ser una experiencia particularmente estresante en comparación con otras formas de cuidado (Allen et al., 2017).

Si bien el cuidado de un familiar con demencia puede estar asociado a sentimientos positivos como el orgullo por tener la capacidad de hacer frente a dicha situación de crisis y sentimientos de satisfacción con la experiencia de cuidar (Lloyd et al., 2016), la literatura previa pone de manifiesto

la asociación de la tarea de cuidar con consecuencias físicas y psicológicas negativas en las personas cuidadoras. A nivel físico, el cuidado puede derivar en problemas osteoarticulares, cefaleas, insomnio, fatiga y aumento de riesgo cardiovascular y de infecciones, derivando en una mayor tasa de mortalidad en comparación población no cuidadora (Vitaliano et al., 2003). A nivel psicológico, el cuidado de un familiar enfermo se asocia con la presencia de sintomatología ansiosa, depresiva, sobrecarga y de soledad, entre otros (Beeson et al., 2000; Collins y Kishita, 2020).

Con respecto a la soledad, existe escasa evidencia acerca de su prevalencia en personas cuidadoras. Concretamente en Europa, los resultados obtenidos por estimaciones de la *Encuesta de Generaciones y Género* realizada en diferentes países europeos mostraron que la prevalencia del sentimiento de soledad en las personas cuidadoras osciló entre el 10 % y el 20 % para los países del norte y el oeste de Europa. En los países de Europa del Este, los valores de prevalencia observados fueron superiores, oscilando entre el 30 % y el 55 % (Hansen y Slagsvold, 2016; Victor et al., 2021). En España se ha informado de tasas de prevalencia que varían entre el 25,6 y 30,5 % (Huertas-Domingo et al., 2021). Las numerosas demandas a las que deben hacer frente los cuidadores de familiares con demencia pueden conllevar la aparición de sentimiento de soledad, ya que otras actividades que favorecen la socialización pueden quedar relegadas a un segundo plano (Vitaliano et al., 2011). Esto puede conllevar consecuencias negativas en la salud de las personas cuidadoras, incluyendo el deterioro de las funciones ejecutivas, problemas de sueño, estrés psicológico, y un mayor riesgo de mortalidad temprana (Hawkley y Capitano, 2015).

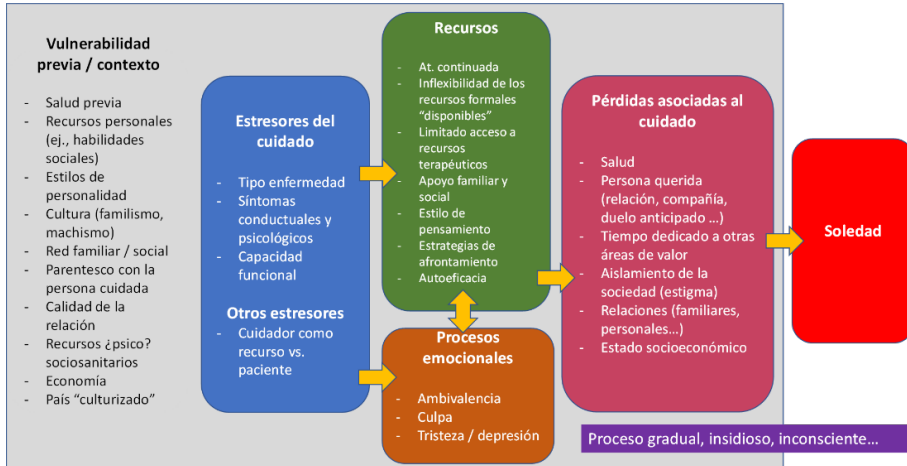
3. SOLEDAD EN CUIDADORES: PROCESO Y FACTORES PREDISPONENTES Y PRECIPITANTES

La soledad es una experiencia individual y subjetiva que implica reacciones emocionales frente a la frecuencia y satisfacción de los contactos sociales de un individuo y que tiene lugar en mayor medida en población cuidadora que en no cuidadora (Wagner y Brandt, 2015, 2018).

En este punto ofrecemos un modelo de vulnerabilidad o diátesis estrés para explicar la soledad en las personas cuidadoras. En primer lugar, como se observa en la figura 1, existen factores de vulnerabilidad previa al proceso del cuidado que pueden facilitar que, antes de cuidar, pueda ya identificarse a personas que, de asumir el cuidado, tendrán una mayor probabilidad de sufrir soledad. Por ejemplo, personas de niveles socioeconómicos desfavorecidos, personas que se encuentren en contextos especialmente

machistas o familistas, con pocas habilidades sociales o recursos para pedir ayuda, en un país poco culturizado para comprender lo que significa el cuidado y su importancia, etc., pueden tener mayor probabilidad de sufrir procesos de soledad que otras personas.

Figura 1. Modelo de diátesis estrés de la soledad de la persona cuidadora



Fuente: elaboración propia.

Por otra parte, el contexto cultural en el que se enmarca la persona cuidadora también puede influir o predisponer al cuidador a experimentar sentimiento de soledad. Concretamente, en sociedades mediterráneas como la española, en las que el valor del familismo es predominante, el cuidado de un familiar enfermo es también percibido como una obligación moral. El valor del familismo se relaciona con percepción de que los miembros de una familia han de ser leales y solidarios entre ellos, siendo prioridad el bienestar familiar (Mendez-Luck et al., 2016). Particularmente, las obligaciones familiares, dimensión comprendida dentro del valor del familismo que se refiere a la obligación percibida por los individuos a ofrecer apoyo y ayuda a los miembros de su familia, se asocian con una mayor presencia de pensamientos disfuncionales asociados al cuidado, que, entre otros efectos, pueden aumentar el sentimiento de soledad de los cuidadores. Algunos ejemplos de estos pensamientos disfuncionales serían: *es egoísta que un cuidador dedique tiempo para sí mismo teniendo un familiar enfermo y necesitado* o *un cuidador únicamente debe pedir ayuda a otras personas o buscar una alternativa cuando la situación sea límite o ya no pueda más*. Dichos pensamientos pueden conllevar comportamientos como no pedir ayuda y reducir sus actividades de ocio y sus posibilidades de mantener

sus redes de apoyo, lo que modifica la estructura de la red social del cuidador, favoreciendo el aislamiento y el sentimiento de soledad (Losada et al., 2003).

Además, el contexto cultural también parece influir en la existencia de diferencias en el sentimiento de soledad de las personas cuidadoras en función de los roles de género y la relación de parentesco con la persona cuidada. Debido a la atribución tradicional del cuidado al rol femenino, la tarea de cuidar recae principalmente en las mujeres, quienes, a diferencia de los hombres, tienden a involucrarse en mayor medida en las demandas del cuidado y a dedicar más tiempo a ellas (Pinquart y Sörensen, 2006). De hecho, si bien estudios previos sugieren que la manera de solicitar ayuda en el cuidado en hombres y mujeres es similar, son los hombres quienes parecen recibir más apoyo social por otras mujeres del entorno (Miller y Guo, 2000). Además, los diferentes roles a los que deben hacer frente las mujeres, en especial las hijas cuidadoras debido a la incorporación de la mujer en el mercado laboral (trabajadoras, esposas, hijas, etc.), las hace más vulnerables a experimentar las consecuencias del cuidado, y por ende, a experimentar niveles más altos de sentimiento de soledad (Stefani et al., 2003). Sumado a esto, el sentimiento de soledad en las mujeres cuidadoras manifiesta diferencias cualitativas en comparación con los hombres, siendo el sentimiento de vacío un matiz esencial de su soledad. Dicha atribución de la tarea de cuidar a las mujeres conlleva que el cuidado se comprenda dentro de la identidad femenina, por lo que a medida que avanza la enfermedad de su familiar enfermo y sus funciones como cuidadoras van disminuyendo hasta finalmente desaparecer, el sentimiento de soledad añade dicha sensación de vacío, pues no solo pierden a su familiar sino también parte de su identidad.

Además, los factores predisponentes del sentimiento de soledad en las personas cuidadoras, parecen también ser distintos en función del género y de la relación de parentesco con la persona cuidada (Huertas-Domingo et al., 2021). Con respecto a los esposos/as, las influencias culturales (familismo, machismo, etc.), la percepción de la soledad en la vejez como la *normalidad* y la creencia de que el cuidado es su responsabilidad ya que los hijos (en especial los varones) tienen sus propias vidas, tiene un alto impacto en sus niveles de soledad. En el caso de las hijas cuidadoras, como se ha mencionado anteriormente, principalmente parece influir la multiplicidad de roles a la que deben hacer frente, sumado a influencias culturales (de nuevo, familismo, machismo, etc.). En los hijos cuidadores, la falta de recursos y apoyo parece tener una importante relevancia en su sentimiento de soledad. En numerosas ocasiones, cuando el hijo es quien asume el rol de cuidador, suele darse en contextos en los que están muy aislados, siendo varones solteros y sin hijos.

Una vez iniciado el proceso del cuidado se pueden producir diferentes circunstancias que incrementen la probabilidad de que la persona cuidada sufra soledad. En un primer momento afectarían los denominados estresores del cuidado. Hay enfermedades que generan mayor estrés que otras (por ejemplo, las demencias, y especialmente algunas como las frontotemporales). Que un país considere al cuidador como un recurso en lugar de como un paciente que necesita ayuda y recursos también puede añadir estrés, dado que el cuidador tiene que responder al cuidado con recursos personales sin apenas ayuda.

Lo anterior se relaciona con la disponibilidad de recursos que pueda tener un cuidador. La mayoría de los recursos que se ofrece a los cuidadores no son continuados, sin apenas existir equipos de manejo de casos, con atención psicológica y social continua que se adapte a la variabilidad del cuidado y de sus demandas. Apenas hay recursos terapéuticos individualizados, y el enfoque de apoyo no suele ser familiar y social, sino dirigido a recursos específicos (por ej., ayuda a domicilio o teleasistencia). Los recursos personales de los cuidadores son, tal y como señalan los modelos empíricamente respaldados de estrés y afrontamiento (p. ej., Knight y Sayegh, 2010), fundamentales para mejorar el bienestar y la salud mental de los cuidadores. Poder influir sobre sus estilos de pensamiento, estrategias de afrontamiento, mejorar su autoeficacia, y recibir apoyo social, son estrategias básicas para evitar y/o tratar los problemas emocionales de los cuidadores.

De no atenderse muchas de estas cuestiones pueden iniciarse procesos emocionales complejos como la ansiedad, ira, ambivalencia o la culpa (Losada et al., 2020), que pueden iniciar procesos desadaptativos como el alejamiento de la sociedad, conflictos familiares, o distanciamiento afectivo de la persona que cuida.

Son muchos y diferentes los tipos de pérdidas que pueden aumentar el sentimiento de soledad y que, con mayor probabilidad, pueden sufrir las personas cuidadoras. Algunas de estas pérdidas son, por ejemplo, la pérdida de la persona querida (relación, compañía, etc.), que a su vez puede iniciar complejos procesos de duelo anticipado. A lo largo del cuidado se va perdiendo de manera paulatina la fuente de apoyo que en su día fue la persona cuidada (Evans y Lee, 2014).

A su vez, también se puede producir una pérdida de implicación en actividades sociales y de redes de apoyo, falta de trabajo remunerado, pérdida de autonomía y pérdidas asociadas a cambios en el rol de esposo/a o hijo/a.

La tarea del cuidado, en su mayoría, es llevada a cabo por un miembro de la familia que asume el rol de cuidador principal y que, debido al alto número de demandas que implica cuidar de un familiar dependiente, acaban teniendo que dedicarse por completo al enfermo. Esto conlleva una menor participación del cuidador en actividades de ocio y en una

reestructuración de sus redes sociales, lo que puede asociarse a mayores niveles de soledad (Kovaleva et al., 2018). Además, para poder hacer frente a la tarea del cuidado, muchas de las personas cuidadoras pierden o reducen sus jornadas laborales, algo que, según la literatura previa, puede favorecer también el sentimiento de soledad (Bremer et al., 2015). El trabajo, además de ser una forma de obtener un salario y ganar prestigio social, es también una fuente de participación en la vida social.

Asimismo, como se ha mencionado, el cuidado prolongado de un familiar con demencia puede tener consecuencias tanto en la salud psicológica como física de las personas cuidadoras. Esto puede favorecer la pérdida de autonomía de la persona cuidadora, quien además de experimentar sentimientos de culpa por no poder ofrecer un *cuidado de calidad*, pueden experimentar nuevamente mayores niveles de sentimiento de soledad. Más aún, la pérdida de refuerzos sociales y una mayor vulnerabilidad a presentar enfermedades puede desencadenar en la persona cuidadora inestabilidad emocional y sentimientos de indefensión, reduciendo así su capacidad para controlar la situación, afrontarla adecuadamente y tomar decisiones de la vida diaria (Rodríguez Martín, 2009). Además, como muestran los resultados obtenidos por Robinson-Whelen et al. (2001), el sentimiento de soledad parece mantenerse presente en los cuidadores tras el cuidado. Si bien los niveles de estrés y afecto negativo disminuyen una vez finalizado el cuidado de un familiar enfermo, esto no ocurre con el sentimiento de soledad. Dicho sentimiento parece mantense a niveles similares a los manifestados por cuidadores actuales incluso 3 años después de haber finalizado el cuidado. Las pérdidas asociadas al cuidado pueden influir a su vez en pérdidas de habilidades y recursos personales necesarios para iniciar y/o mantener redes sociales de apoyo.

Por último, el sentimiento de soledad en las personas cuidadoras se asocia con mayores niveles de ansiedad, depresión y fatiga, entre otros (Jaremka et al., 2014). Con respecto a la depresión, los resultados obtenidos por estudios previos muestran una mayor significación en la relación entre el sentimiento de soledad y la depresión en personas cuidadoras en comparación con las no cuidadoras (Beeson, 2003). Debido a las demandas del cuidado y la falta de otros tipos de apoyo, muchos cuidadores enfrentan problemas de aislamiento social y retirada de actividades sociales que conllevan al aumento de los sentimientos de soledad. De acuerdo con lo encontrado por Mausbach y colaboradores (2011), una alta restricción de la actividad y una baja participación en actividades placenteras por parte de los cuidadores se relaciona con mayor informe de sintomatología depresiva. Algo similar ocurre con los niveles de sintomatología ansiosa en los familiares cuidadores de personas con demencia (Courtin y Knapp, 2017).

4. RECOMENDACIONES PARA LA INTERVENCIÓN

Si bien cada vez es más frecuente encontrar estudios que analizan la soledad en el proceso del cuidado, la realidad es que apenas existen estudios de intervención sobre soledad en el cuidado. Específicamente, las intervenciones que existen tienen resultados con un bajo tamaño del efecto y, además, limitaciones importantes desde un punto de vista metodológico, que dificultan la obtención de conclusiones robustas sobre este tema (Velloze et al., 2022).

Por lo tanto, a falta de estudios aleatorizados y controlados que permitan contar con programas de intervención respaldados empíricamente, lo que podemos ofrecer son técnicas o estrategias que han sido aplicadas en estudios de intervención previos, dirigidos a problemáticas como la depresión, la culpa o la ansiedad, que han sido asociadas con soledad en cuidadores (ver, por ej., Gallego-Alberto et al., 2021; Losada et al., 2015; Márquez-González et al., 2020).

Una primera recomendación sería la de validar y reconocer la tarea y el esfuerzo realizado por las personas que cuidan. Como refleja el estudio de Bruisma et al. (2022), muchos cuidadores señalan que la mayoría de la gente no conoce o comprende lo que hacen. Por lo tanto, un reconocimiento generalizado de la importancia y valía de la población cuidadora por parte de las instituciones públicas, así como por parte de las familias y demás colectivos implicados, ayudaría a que, al menos, no sientan vacío ni que su tarea no es reconocida.

Lo anterior contribuiría a que se extienda el conocimiento de lo agotador que es cuidar, y que no es una tarea para una sola persona. Esto ayudaría a que se puedan romper creencias desadaptativas y/o disfuncionales transmitidas culturalmente que llevan a los cuidadores a asumir casi en exclusividad las tareas del cuidado (Losada et al., 2003). Por ejemplo, creencias como *yo sola puedo, ¿cómo voy a dejar a mi familiar solo?; prefiero quedarme yo, que sé cómo tratarlo; los demás deberían darse cuenta de que necesito ayuda*, pueden ser modificadas a través de intervenciones (Losada et al., 2011), si bien la extensión del conocimiento sobre el proceso del cuidado podría ayudar a romper el vínculo de estas creencias con asunciones culturales *indiscutibles* compartidas por la sociedad.

Las barreras anteriores sin duda son barreras para la activación conductual y para el descanso, procesos claramente implicados en el origen y tratamiento de la depresión y problemáticas asociadas. Flexibilizar la percepción de responsabilidad única del cuidador para poder disponer de ayuda y tiempo libre es fundamental. La no modificación de estas creencias puede favorecer sentimientos de culpa que llevan a no activarse conductualmente. Esto es, si diferenciamos entre culpa adaptativa (se cometen errores y la

percepción de culpa favorece mejorar comportamientos) y culpa desadaptativa (me siento culpable por ser un mal cuidador por haber salido con amigos o por descansar, y por lo tanto me centro todavía más en el cuidado), las mencionadas creencias pueden favorecer la culpa desadaptativa o patológica (Gallego-Alberto et al., 2020).

En este punto también es importante hablar de la necesidad de *soledad deseada*. Muchos cuidadores hablan de la «compleja mezcla de sentimientos de soledad y de necesidad de soledad deseada» (Vikström et al., 2008). La percepción de que necesitan tiempo para ellos mismos puede también suponer el inicio de sentimientos de ambivalencia y culpa, por lo que validar esa necesidad de espacio personal puede también reducir el potencial origen de soledad no deseada y culpa.

Aceptar la necesidad de espacio y tiempo personal para el descanso y el autocuidado se relaciona con otra estrategia en la que los cuidadores pueden ser entrenados: la aceptación y expresión de la situación. Aceptar que el cuidado es una tarea excesivamente demandante que genera mucho estrés y expresarlo puede permitir que las personas que cuidan se desahoguen y que se inicien procesos que den lugar a una mayor probabilidad de recepción de ayuda. Otras personas pueden no ver (o *hacer que no ven*) la necesidad de ayuda, por lo que si se acepta por parte del cuidador que es necesaria ayuda, y ésta se expresa, es más probable que llegue la ayuda.

Es muy frecuente que el cuidado se convierta en la única motivación para la conducta de las personas que cuidan. Su único objetivo y área de interés. Sin embargo, si los cuidadores se centran exclusivamente en el cuidado (recordemos que puede durar entre 10 y 15 años), perderán muy probablemente habilidades o recursos para cubrir otras áreas o valores de su vida. Por ejemplo, las amistades, las aficiones, el autocuidado (descanso, actividad física y sueño), el desarrollo personal, o el trabajo. Esta pérdida de recursos o habilidades puede explicar el por qué la soledad no se produce exclusivamente durante el proceso del cuidado, sino que se extiende más allá del cuidado, una vez que la persona cuidada fallece o es atendida en residencias (Robinson-Whelen et al., 2001). Por lo tanto, otra área fundamental para trabajar con cuidadores y evitar entrar en el proceso de soledad tiene que ver con ayudarles a ser conscientes de sus áreas de valor y a disminuir barreras para poder comprometerse con la realización de acciones dirigidas hacia tales valores. Por ejemplo, no descuidar áreas como la familia (no solo centrarse en la persona cuidada), el autocuidado (descanso, actividad física, etc.), aficiones (lectura, música, etc.), crecimiento personal (realizar cursos, autoformación), la amistad (dedicar tiempo de calidad a estar con amigos que les hagan sentir bien), etc., ayudará sin duda a desarrollar recursos que permitan amortiguar el impacto del estrés del cuidado (Márquez-González et al., 2010).

5. CONCLUSIONES

El proceso del cuidado puede favorecer la aparición progresiva de sentimientos de soledad en las personas que cuidan y en las personas que reciben los cuidados. Puede ser un proceso inconsciente al que se va entrando de forma progresiva según avanza el proceso de la enfermedad y del cuidado. Las personas cuidadoras dedican todos sus recursos al cuidado sin ser conscientes de que están retirando su atención y dedicación a otras áreas importantes de la vida, y perdiendo habilidades y recursos para, tras el cuidado, volver a una situación de *normalidad*. La sociedad y las familias, entre otros mecanismos a través de la transmisión de valores machistas y familistas, favorece que el cuidado sea asumido casi en su totalidad por las familias y, específicamente, por una persona, que asume el rol de cuidador principal. Ésta suele ser mujer, generalmente la hija de la persona cuidada. Esta circunstancia favorece a los estados, que se ahorran una ingente cantidad de dinero gracias a la labor de las familias. Sin embargo, para las personas que cuidan, asumir el rol de cuidar suele introducirles en un proceso prolongado, impredecible, extremadamente variable, y extenuante, que amenaza los principales valores y pilares de las vidas de las personas. Las personas que asumen el cuidado se encuentran por lo tanto en un contexto que les coloca en situación de extrema vulnerabilidad a problemáticas como la depresión, la ansiedad, la culpa, o la soledad.

Como se plantea en el modelo de diátesis estrés propuesto en este capítulo, personas en una situación socioeconómica desfavorable, con problemas de salud previos al cuidado, con pocas habilidades sociales o estrategias de afrontamiento de problemas deficitarias, pueden estar en especial situación de vulnerabilidad. En situación de especial vulnerabilidad pueden estar las hijas que tengan que asumir roles adicionales al del cuidado de un padre o madre, como el cuidado de hijos, responder al trabajo, atender las tareas domésticas, etc. Algo parecido se puede decir de las esposas y esposos que, quizá por influencias culturales o religiosas llevan hasta el extremo la frase de *en la salud y en la enfermedad*, asumiendo como normal ser la única fuente de cuidados para la persona cuidada. Como señalan Richard Schulz y otros (2020), puede que no cualquier persona pueda estar en condiciones de aceptar el cuidado y, por lo tanto, ser especialmente vulnerable a la soledad. Un hijo soltero, sin trabajo y sin hermanos, o un hombre o mujer de edad avanzada son perfiles que están actualmente entrando más al cuidado que en el pasado. Son sin duda grupos vulnerables que deberían quizá recibir especial atención por parte de las entidades públicas. Las instituciones públicas deberían cuidar con especial mimo y recursos al colectivo de personas que cuidan, por supuesto por la razón de cuidar de su bienestar, pero también porque de no hacerlo perderán el principal recurso

de ayuda que tienen las personas mayores de nuestro país, y la asunción del cuidado por parte del estado es imposible por cuanto requeriría de una dotación económica inviable.

De acuerdo con Schulz y colaboradores (2020), se requiere que se amplíen los recursos de los proveedores de servicios sanitarios y sociales para que reciban entrenamiento en habilidades y herramientas para evaluar e intervenir sobre las necesidades de los cuidadores. Por supuesto, que España deje de ser uno de los países con menos recursos para la atención a cuidados (Wagner y Brandt, 2017), ofreciendo recursos accesibles, flexibles y adaptados específicamente a las individualidades de cada cuidador, tal y como recomienda la evidencia científica (Cheng et al., 2020; Márquez-González et al., 2020), es un paso necesario. Este tipo de acciones deberían ser previas para poder ofrecer adecuados programas que resuelvan la situación de soledad a la que se enfrentan muchos cuidadores.

El cuidado debería ser un valor de Estado y no una fuerza invisible, debiéndose garantizar mecanismos para ofrecer una formación suficiente y de calidad, con salarios dignos, a todos los colectivos implicados en la atención al cuidado de personas mayores dependientes. No se debería enfocar exclusivamente a tareas de cuidado sanitario y básico (alimentación, aseo, cuidados, transferencias), sino también al manejo de emociones, comportamientos, y conflictos familiares en las personas que cuidan y en las personas que reciben los cuidados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abellán, A., y Pérez, J. (2018). Implicaciones sociales del envejecimiento demográfico. *Demografía y Problemas Sociales*, 23.
- Allen, A. P., Curran, E. A., Duggan, Á., Cryan, J. F., Chorcóráin, A. N., Dinan, T. G., ..., & Clarke, G. (2017). A systematic review of the psychobiological burden of informal caregiving for patients with dementia: Focus on cognitive and biological markers of chronic stress. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 73, 123-164.
- Alzheimer's Association (2016). 2016 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*, 12(4), 459-509.
- Beeson, R. A. (2003). Loneliness and depression in spousal caregivers of those with Alzheimer's disease versus non-caregiving spouses. *Archives of psychiatric nursing*, 17(3), 135-143.
- Beeson, R., Horton-Deutsch, S., Farran, C., & Neundorfer, M. (2000). Loneliness and depression in caregivers of persons with Alzheimer's disease or related disorders. *Issues in mental health nursing*, 21(8), 779-806.

- Bökberg, C., Ahlström, G., Leino-Kilpi, H., Soto-Martin, M. E., Cabrera, E., Verbeek, H., ... & Karlsson, S. (2015). Care and service at home for persons with dementia in Europe. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(5), 407-416.
- Bremer, P., Cabrera, E., Leino-Kilpi, H., Lethin, C., Saks, K., Sutcliffe, C., ... & RightTimePlaceCare Consortium. (2015). Informal dementia care: Consequences for caregivers' health and health care use in 8 European countries. *Health Policy*, 119(11), 1459-1471.
- Bruinsma, J., Peetoom, K., Bakker, C., Boots, L., Verhey, F., & de Vugt, M. (2022). 'They simply do not understand': a focus group study exploring the lived experiences of family caregivers of people with frontotemporal dementia. *Aging & Mental Health*, 26(2), 277-285.
- Cao, Q., Tan, C. C., Xu, W., Hu, H., Cao, X. P., Dong, Q., Tan, L., & Yu, J. T. (2020). The prevalence of dementia: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Alzheimer's Disease*, 73(3), 1157-1166. <https://doi.org/10.3233/JAD-191092>
- Cheng, S. T., Li, K. K., Losada, A., Zhang, F., Au, A., Thompson, L. W., & Gallagher-Thompson, D. (2020). The effectiveness of nonpharmacological interventions for informal dementia caregivers: An updated systematic review and meta-analysis. *Psychology and Aging*, 35(1), 55.
- Collins, R. N., & Kishita, N. (2020). Prevalence of depression and burden among informal care-givers of people with dementia: A meta-analysis. *Ageing & Society*, 40(11), 2355-2392. <https://doi.org/10.1017/S0144686X19000527>
- Conde-Ruiz, J. I. y González, C. I. (2021). *El proceso de envejecimiento en España. Estudios sobre la economía Española*. Mediterráneo Económico
- Courtin, E., & Knapp, M. (2017). Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health & social care in the community*, 25(3), 799-812.
- Evans, D., & Lee, E. (2014). Impact of dementia on marriage: A qualitative systematic review. *Dementia*, 13(3), 330-349.
- Friedman, E. M., Shih, R. A., Langa, K. M., & Hurd, M. D. (2015). US prevalence and predictors of informal caregiving for dementia. *Health Affairs*, 34(10), 1637-1641. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.0510>
- Gallego-Alberto, L., Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., Cabrera, I., & Losada, A. (2021). Pilot study of a psychotherapeutic intervention for reducing guilt feelings in highly distressed dementia family caregivers (Innovative practice). *Dementia*, 20(2), 759-769.
- Gauthier, S., Webster, C., Servaes, S., Morais, J. A., & Rosa-Neto, P. (2022). World Alzheimer Report 2022: life after diagnosis: Navigating treatment, care and support. Alzheimer's Disease International.
- Giebel, C. M., Sutcliffe, C., & Challis, D. (2015). Activities of daily living and quality of life across different stages of dementia: a UK study. *Aging & mental health*, 19(1), 63-71.
- Gómez Redondo, R., Fernández Carro, C. y Cámara Izquierdo, N. (2018). ¿Quién cuida a quién? La disponibilidad de cuidadores informales para personas mayores en España. Una aproximación demográfica basada en datos de encuesta. *Informes Envejecimiento en red*, 20.

- Hansen, T., & Slagsvold, B. (2016). Late-life loneliness in 11 European countries: Results from the generations and gender survey. *Social Indicators Research*, 129, 445-464.
- Hawkley, L. C., & Capitanio, J. P. (2015). Perceived social isolation, evolutionary fitness and health outcomes: a lifespan approach. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 370(1669), 20140114.
- Huertas-Domingo, C., Márquez-González, M., Cabrera, I., Barrera-Caballero, S., Pedroso-Chaparro, M. D. S., Romero-Moreno, R., & Losada-Baltar, A. (2021). Sociocultural influences on the feeling of loneliness of family caregivers of people with dementia: the role of kinship. *International journal of environmental research and public health*, 18(9), 4700.
- Instituto Nacional de Estadística (2022). Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia (EDAD). Principales resultados. Año 2020. Recuperado de: https://www.ine.es/prensa/edad_2020_p.pdf
- Instituto Nacional de Estadística. Resultados nacionales: serie 2018-2068. Recuperado de: <https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=4749&capsel=4759>
- Jaremka, L. M., Andridge, R. R., Fagundes, C. P., Alfano, C. M., Povoski, S. P., Lipari, A. M., ... & Kiecolt-Glaser, J. K. (2014). Pain, depression, and fatigue: loneliness as a longitudinal risk factor. *Health Psychology*, 33(9), 948.
- Knight, B. G., & Sayegh, P. (2010). Cultural values and caregiving: The updated sociocultural stress and coping model. *The Journals of Gerontology: Series B*, 65(1), 5-13.
- Kovaleva, M., Spangler, S., Clevenger, C., & Hepburn, K. (2018). Chronic stress, social isolation, and perceived loneliness in dementia caregivers. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 56(10), 36-43.
- Lloyd, J., Patterson, T., & Muers, J. (2016). The positive aspects of caregiving in dementia: A critical review of the qualitative literature. *Dementia*, 15(6), 1534-1561.
- Losada, A., Knight, B. G. y Márquez, M. (2003). Barreras cognitivas para el cuidado de personas mayores dependientes. Influencia de las variables socioculturales. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 38(2), 116-123.
- Losada, A., Márquez-González, M., & Romero-Moreno, R. (2011). Mechanisms of action of a psychological intervention for dementia caregivers: Effects of behavioral activation and modification of dysfunctional thoughts. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(11), 1119-1127.
- Losada, A., Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., Mausbach, B. T., López, J., Fernández-Fernández, V., & Nogales-González, C. (2015). Cognitive-behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for dementia family caregivers with significant depressive symptoms: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(4), 760. <https://doi.org/10.1037/ccp0000028>
- Losada, A., Sequeros Pedroso Chaparro, M. D., Gallego-Alberto, L., Huertas, C. y Márquez González, M. (2020). Sentimientos de ambivalencia y culpa en

- cuidadores familiares de personas con demencia. aspectos teóricos y prácticos. *Inf. psiquiátr*, 13-25.
- Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., Cabrera, I., Olmos, R., Pérez-Miguel, A., & Losada, A. (2020). Tailored versus manualized interventions for dementia caregivers: The functional analysis-guided modular intervention. *Psychology and Aging*, 35(1), 41-54.
- Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., & Losada, A. (2010). Caregiving issues in a therapeutic context: New insights from the acceptance and commitment therapy approach. In N. Pachana, K. Laidlaw & B. Knight (Eds.), *Casebook of clinical geropsychology: International perspectives on practice* (pp. 33-53). New York, NY: Oxford University Press. <http://dx.doi.org/10.1093/med/9780199583553.003.0003>
- Mausbach, B. T., Chattillion, E. A., Moore, R. C., Roepke, S. K., Depp, C. A., & Roesch, S. (2011). Activity restriction and depression in medical patients and their caregivers: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 900-908.
- Mendez-Luck, C. A., Applewhite, S. R., Lara, V. E., & Toyokawa, N. (2016). The concept of familism in the lived experiences of Mexican-origin caregivers. *Journal of Marriage and Family*, 78(3), 813-829.
- Miller, B., & Guo, S. (2000). Social support for spouse caregivers of persons with dementia. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 55(3), S163-S172.
- Nichols, E., Steinmetz, J. D., Vollset, S. E., Fukutaki, K., Chalek, J., Abd-Allah, F., Abdoli, A., Abualhasan, A., Abu-Gharbieh, E., Akram, T. T., Al Hamad, H., Alahdab, F., Alanezi, F. M., Vahid Alipour, V., Almustanyir, S., Hubert Amu, H., Ansari, I., Arabloo, J., & Liu, X. (2022). Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Public Health*, 7(2), e105-e125.
- Organización Mundial de la Salud, World Health Organization. (2017). Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Pérez Díaz, J., Abellán García, A., Aceituno Nieto, P., y Ramiro Fariñas, D. (2020). Un perfil de las personas mayores en España, 2020. Indicadores estadísticos básicos. *Informes Envejecimientos en Red*, 25, 1-39.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2006). Gender differences in caregiver stressors, social resources, and health: An updated meta-analysis. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61(1), P33-P45.
- Robinson-Whelen, S., Tada, Y., MacCallum, R. C., McGuire, L., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2001). Long-term caregiving: what happens when it ends?. *Journal of abnormal psychology*, 110(4), 573.
- Rodríguez Martín, M. (2009). La soledad en el anciano. *Gerokomos*, 20(4), 159-166.
- Schulz, R., Beach, S. R., Czaja, S. J., Martire, L. M., & Monin, J. K. (2020). Family caregiving for older adults. *Annual Review of Psychology*, 71, 635-659. DOI: 10.1146/annurev-psych-010419-050754

- Stefani, D., Seidmann, S., Pano, C., Acrich, L. y Pupko, V. B. (2003). Los cuidadores familiares de enfermos crónicos: sentimiento de soledad, aislamiento social y estilos de afrontamiento. *Revista latinoamericana de Psicología*, 35(1), 55-65.
- Velloze, I. G., Jester, D. J., Jeste, D. V., & Mausbach, B. T. (2022). Interventions to reduce loneliness in caregivers: An integrative review of the literature. *Psychiatry Research*, 114508.
- Victor, C. R., Rippon, I., Quinn, C., Nelis, S. M., Martyr, A., Hart, N., ... & Clare, L. (2021). The prevalence and predictors of loneliness in caregivers of people with dementia: findings from the IDEAL programme. *Ageing & Mental Health*, 25(7), 1232-1238.
- Vikström, S., Josephsson, S., Stigsdotter-Neely, A., & Nygård, L. (2008). Engagement in activities: Experiences of persons with dementia and their caregiving spouses. *Dementia*, 7(2), 251-270.
- Vitaliano, P. P., Murphy, M., Young, H. M., Echeverria, D., & Borson, S. (2011). Does caring for a spouse with dementia promote cognitive decline? A hypothesis and proposed mechanisms. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(5), 900-908.
- Vitaliano, P. P., Zhang, J., & Scanlan, J. M. (2003). Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. *Psychological bulletin*, 129(6), 946. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.6.946>
- Wagner, M., & Brandt, M. (2015). 16 Loneliness among informal caregivers aged 50+ in Europe. *Ageing in Europe-supporting policies for an inclusive society*, 9783110444414-018.
- Wagner, M., & Brandt, M. (2018). Long-term care provision and the well-being of spousal caregivers: An analysis of 138 European regions. *The Journals of Gerontology: Series B*, 73(4), e24-e34.

LA SOLEDAD TRAS EL CUIDADO. EL DUELO DEL CUIDADOR

Marisa Magaña Loarte
Centro de Escucha San Camilo

1. LA EXPERIENCIA DEL CENTRO DE ESCUCHA SAN CAMILO

El 18 de diciembre de 1997, vio la luz el Centro de Escucha San Camilo (CESC) en Madrid.

Este generoso proyecto, soñado y diseñado por José Carlos Bermejo, religioso camilo y actual director del Centro San Camilo, comienza su andadura con un objetivo bien definido: ayudar desinteresadamente a todas aquellas personas que sufren por enfermedad, soledad, desesperanza, falta de comunicación, falta de salud, muerte de un ser querido o cualquier otra forma de crisis vital, ofreciéndoles acogida, comprensión y orientación para su afrontamiento.

La tarea de atención del CESC basa sus raíces en el Counselling, forma de ayuda fundamentada en la concepción del ser humano como centro y medida de sus problemáticas y, por tanto, principal responsable de su resolución. La ayuda se materializa en el acompañamiento al que sufre en su clarificación personal y en la potenciación y puesta en práctica de sus propios recursos, quizás *secuestrados* por la situación de sufrimiento por la que atraviesa.

El CESC se constituye y funciona como una actividad más del Centro de Humanización de la Salud de los Religiosos Camilos. Es de carácter social y sin ánimo de lucro. El servicio se presta de manera totalmente gratuita y está abierto a todos aquellos que lo soliciten, teniendo como únicas limitaciones las propias fronteras del Counselling. Atiende cualquier experiencia

de crisis vital que no curse con patología psicológica, en cuyo caso habrá de ser derivada al profesional pertinente.

Actualmente cuenta con dos sedes: una en la C/ Reina Victoria 8 (Madrid) y otra en el propio Centro San Camilo en Tres Cantos (Madrid). Más de cien voluntarios, apodados cariñosamente como *escuchas* en referencia y reconocimiento al propio nombre del Centro, ampliamente formados y muchos de ellos con más de una década de experiencia en su haber, realizan semanalmente sus encuentros, acogiendo el desconuelo de personas que han perdido su trabajo, su vida en pareja, su propia salud o cualquier otro bien preciado para ellas. Ellos son sin duda el *alma* del centro, sin ello, sencillamente, no existiría el proyecto.

El CESC ha prestado una especial atención, desde sus inicios, al tratamiento del duelo. Cerca de 1000 personas cada año, con dificultades para afrontar su pérdida, han entregado su experiencia más íntima y dolorosa a los oídos y al corazón de los voluntarios del Centro, confiando en el poder terapéutico de la acogida empática, la escucha comprensiva y el respeto al modo de sentir y expresar el dolor por la ausencia del ser amado.

Entendiendo que el duelo nos implica a todos por igual, independientemente de la edad que tengamos, en el Centro de Escucha atendemos a niños, adolescentes y adultos, que viven situaciones dramáticas como la muerte de hijos, parejas, padres, hermanos, etc. Es conmovedor ver como niños de no más de 5 años recobran la sonrisa y la ilusión perdida después de momento de mucho sufrimiento.

El *duelo* es una verdadera crisis existencial y se describe como el conjunto de reacciones emotivas y conductuales a la pérdida de un ser querido. Dicha crisis nos puede servir para crecer o para debilitarnos y enfermar, dependiendo de cómo lo afrontemos.

En el CESC la elaboración del duelo se trabaja con los dolientes de manera individual o a través de *grupos de ayuda mutua*.

La elaboración del duelo en *grupos de ayuda mutua* constituye un verdadero proceso terapéutico de un grupo de personas que trabajan en torno a un momento vital común. El grupo ofrece un marco benigno de protección y pertenencia muy terapéutico, constituyendo ese espacio donde depositar ese sufrimiento que por su magnitud y características, no tiene cabida en ningún otro lugar.

Además de la intervención directa, son varias las actividades relacionadas con el duelo que se llevan a cabo desde el Centro de Escucha. Pioneros en formación en duelo, llevamos ya más de 15 años formando alumnos en nuestro *Máster de Intervención en Duelo*. La amplia experiencia del Centro de Escucha en intervención en duelo ofrece la mejor garantía de profesionalidad, calidad y trato humanizado.

Desde hace varios años venimos desarrollando diversas investigaciones relacionadas en la atención al duelo: la importancia de la despedida en los procesos en duelo, estilos de afrontamiento y diferencias ante la vivencia del duelo y la muerte, etc.

A todo esto cabe unir las Jornadas de duelo que se celebran en el Centro San Camilo de Tres Cantos y que suelen tener una gran acogida nacional, llegando a reunir casi a 500 personas interesadas tanto a nivel personal como profesional.

Es mucho lo que nos queda por hacer y grandes las limitaciones pero como decía Rainer, en el Centro de Escucha comprobamos cada día la posibilidad que tiene el ser humano de poder convertir sus muros en peldaños.

2. LA SOLEDAD TRAS EL CUIDADO

Muchas son las personas que acuden al Centro de Escucha por la pérdida de un ser querido tras un periodo mayor o menor de cuidado, y gran parte de ellos, refieren y manifiestan una serie de sentimientos y emociones similares en muchos aspectos.

Para cuidar a un familiar se hace necesario adaptar el rol que previamente se tenía con el familiar, para poder mantener el vínculo. Olvidarse en gran parte de uno mismo para hacer del centro de la vida al otro. Requiere un cambio de rutinas, en ocasiones muy radicales que conllevan un gran cambio emocional en la estructura emotiva del cuidador, cambios que suele costar mucho revertir tras el fallecimiento. Esta adaptación del rol es perdida tras la muerte del ser querido y con ello arrastra el reconocimiento y el poder que imprime el ser cuidador principal dentro del núcleo familiar. La autoestima se ve por tanto resentida así como las dinámicas establecidas de información y contacto con allegados y familiares, a veces permanentes, que conlleva el cuidado.

La propia acción de cuidar suele generar unas dinámicas relacionales que no propician el compartir emociones debido a la propia asimetría del rol, cuidador-cuidado, lo que hace que se vivan de manera muy íntima. Esta dinámica de introversión y ensimismamiento, se va interiorizando cada vez más hasta que se termina dando sentido a una vida a través del cuidado.

Todas estas premisas desembocan finalmente en una gran sentimiento de soledad, una sensación de que nadie llega a entender la unión tan específica que se mantenía con el ser querido al que se prestaba el cuidado, los sentimientos que se compartieron, las rutinas tan concretas que mantenían la unión y daban seguridad y sentido a los días. Esa misma falta de sentido que se percibe en su ausencia y que produce un vacío difícil de manejar.

Cuando se invita al doliente a hablar de su vacío, a expresar su significado lo describen con referencias instrumentales, llegan a añorar las tareas perdidas, el no tener tiempo apenas, distribuyéndose esencialmente entre el cuidado del ser querido y el descanso estrictamente necesario para seguir cuidado. Sin apenas tiempo de pensar, lo cual en muchos casos funciona como mecanismo de defensa; actuar sin pensar, vivir el presente, un presente que atrapa y demanda atención permanente.

Esta añoranza contrasta de manera radical con la expresión social que se recibe con este tipo de pérdidas, aludiendo al alivio que sentirán después de tanto cuidado o al merecido descanso. Estos comentarios tan contrarios a su forma de vivir la ausencia llegan incluso a molestar y aumentar el sentimiento de incompreensión y soledad del doliente, al reflejar connotaciones de liberación y percibirse al ser querido como una carga. Expresiones como *ojalá le tuviera que seguir cuidando, era muy duro pero yo lo hacía encantada* son comentarios frecuentes que reflejan en parte esa magnificación de la persona perdida que impide tomar conciencia del sacrificio realizado minimizándolo hasta el punto de, como ya manifesté, añorarlo.

El breve espacio en que no estás. El vacío del espacio físico, referido en todo los duelos, tan presente y significativo en el del cuidador. El sillón permanentemente ocupado, reflejando una imagen siempre idéntica...que ya no está, haciéndose extraña a la vista y dolorosa en el corazón. Algunos detalles tan propios del cuidado como la gran cantidad de soportes técnicos y material sanitario que suele quedar repartido por la casa y que se va encontrando tiempo después activando con fuérzala añoranza. Paradójicamente, nada llena más la casa que la ausencia del ser querido.

Otro aspecto a considerar y del que suele dolerse el pos cuidador es la renuncia, que en muchos casos, hubo de hacer de amigos y de ocio en general, pérdidas también difíciles de renganchar tras el fallecimiento del ser querido.

3. ACOMPAÑAR LA SOLEDAD DEL DUELO

El duelo en mayor o menor medida pide ser compartido, acogido en la manifestación de su tristeza a través del llanto, la queja, el enfado, la demanda o incluso la denuncia. La persona en duelo trasmite por lo general su deseo de desahogo ante su sufrimiento, esta necesidad se hace presente incluso en aquellas personas que no desean compartir los detalles de su pérdida. El sufrimiento no compartido, no acogido, aumenta el riesgo de complicación por el sentimiento de soledad que produce.

En el tratamiento del duelo de los cuidadores, como en otras intervenciones en las que no se puede trabajar con el estímulo estresor, el beneficioso abordaje viene a través de la resignificación de lo sucedido.

Los sufrimientos no son comparables y no hay por definición un tipo de duelo que se considere el más doloroso. Dependerá de muchas circunstancias, entre ellas la estructura de personalidad del doliente, el tipo de vínculo que se mantenía con este y por supuesto las pérdidas que conllevan un gran sentimiento de soledad.

El manejo de la soledad en los duelos es fundamental, este sentimiento como ya hemos dicho, define en gran medida el duelo del cuidador, factor de riesgo que en algunos casos lleva al doliente incluso a desembocar en un síndrome depresivo.

Entendiendo que la soledad del doliente viene principalmente de la falta de comprensión, algunas pautas para intervenir en su acompañamiento tienen que ver con los siguientes aspectos:

Conocer las características y el significado específico de la pérdida a través de una escucha activa que propicie la narración abierta y la abreacción emocional. En el duelo del cuidador en concreto todas las características anteriormente mencionadas habrán de ser conocidas y reconocidas en los dolientes para poder abordarlas.

Mantener de manera transversal los elementos de acogida comprensiva que transmita al doliente la percepción de estar siendo comprendido en toda la magnitud de su sufrimiento; devoluciones empáticas, validaciones, implicaciones emocionales.

Acoger todo el rango de emociones y sentimientos que desencadena la pérdida; facilitar la expresión emocional de los dolientes, especialmente de aquellos a los que más les cuesta o están más desconectados de lo que sienten. Las personas que han estado cuidando largo tiempo, pueden estar muy acostumbradas a no exteriorizar sus sentimientos por proteger al familiar y vivirlo íntimamente y en soledad.

Atender especialmente a los sentimientos de culpa que se pudieran manifestar; por lo hecho, por lo no hecho, por sentir alivio tras el fallecimiento. A veces el pensamiento de que no sirvió para nada tanto sufrimiento y esfuerzo se apodera del doliente, reflexionar con él, el sentido del sufrimiento desde el bienestar proporcionado al familiar, desde el alivio de síntomas, ayudar a entender el valor de la presencia en el cuidado, del saberse querido. Valores que tienen sentido en sí mismos, más allá del desenlace final.

Tratar el sentimiento de soledad de manera profunda; facilitando la toma de conciencia del doliente de la parte evitable y la inevitable de la soledad. La primera nos habla de la genuinidad del vínculo que teníamos con nuestro ser querido, del amor que nos unía, de todo lo compartido y de lo insustituible que somos para los que nos quieren. La soledad evitable depende

de la actitud con que la elijamos vivir. A veces se busca el regodeo en la soledad. La toma de iniciativa, una vez que ya ha pasado la fase aguda del duelo, para volver a salir retomando contactos, etc., se puede propiciar por parte de los acompañantes.

Como la mayoría de las emociones y sentimientos en el duelo, la soledad aparece con una finalidad; entender quién fue el otro para mí, como nos construíamos juntos. Conectar con las ausencias para dolerse por ellas y después ir compensándolas. Un posible riesgo en este sentido es que la propia soledad se instrumentalice y funcione como compensadora de las ausencias, de la falta de sentido, de manera permanente.

Es importante valorar esta posibilidad y si se diera hacer consciente al doliente para reconducirlo tanto actitudinalmente como en su repertorio conductual.

Entender el sentimiento de soledad ante la pérdida del ser querido cuidado, como parte de un proceso de adaptación. Pudiendo ayudar al tránsito que requiere el cierre de una forma de vida y la apertura a la nueva vida sin el otro.

Constatar si existen reforzadores secundarios que puedan cronificar el mantenimiento de estados y actitudes que conserven la soledad:

- Evitar hacer frente a la vida sin el ser querido.
- Seguir *enganchado* a la persona fallecida.
- Recibir el consuelo o ayuda continua de las personas cercanas.
- Permanecer alerta de otros posibles tipos de compensación; alcohol, drogas, pastillas, hábitos dañinos, etc.

El compromiso de ayuda con otros colectivos, ya sin exigencias y sin el sufrimiento y la ansiedad que conllevaba el cuidado de su ser querido, es una actividad que suele reportar beneficio. El seguir ayudando aporta en ocasiones el sentimiento de que todo lo aprendido puede seguir teniendo una hermosa utilidad. Como forma de sublimar el cuidado que se llevó a cabo, además de paliar la soledad.

En términos generales, la soledad en el duelo nos pone en íntimo contacto con lo que cada uno es, solo, sin el otro. Esta visión genuina de uno mismo manifiesta de manera relevante todo aquello que el ser querido nos aportaba.

INTERVENCIÓN EN SOLEDAD EN UNA GRAN CIUDAD

Pilar Serrano Garijo

Jefa del Departamento de Programación, Evaluación y Desarrollo

Dirección General de Mayores

Área de Gobierno de Familias, Igualdad y Bienestar Social

Ayuntamiento de Madrid

1. MADRID, CIUDAD AMIGABLE CON LAS PERSONAS MAYORES

La Red Mundial de Ciudades y Comunidades Amigables fue impulsada por la Organización mundial de la Salud para dar respuesta a dos grandes tendencias demográficas mundiales, el envejecimiento de la población y la creciente concentración urbana; y la adhesión a la misma refleja el compromiso de las ciudades de escuchar y trabajar, en colaboración con las personas mayores, para crear entornos físicos y sociales amigables. Madrid comenzó su andadura con la solicitud de adhesión a la Red en 2013, que se formalizó en 2014, y tras los trabajos previos de diagnóstico se aprobó el primer plan de acción para el periodo 2017-2019. Concluido y evaluados sus progresos, el Pleno del Ayuntamiento de Madrid acordó en febrero de 2020, dar continuidad al proyecto de la mano de este nuevo *Plan Madrid Amigable con las Personas Mayores 2021-2023*, que está plenamente integrado en la estrategia municipal y refleja el compromiso para lograr una ciudad abierta e inclusiva que favorezca el desarrollo personal en plenitud de derechos a cualquier edad¹.

¹ Madrid, ciudad amigable con las personas mayores <https://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/Mayores/Madrid-ciudad-amigable-con-las-personas-mayores/?vgnextf>

La evaluación del plan anterior sintetiza los avances más destacados en cuanto a amigabilidad e identifica las necesidades y prioridades como nuevo punto de partida para seguir avanzando, a sabiendas de la capacidad transformadora del plan, dotando de un enfoque integral a la ciudad, entre otros aspectos para prevenir la vulnerabilidad debida a desigualdades diversas y situaciones de aislamiento social, así, la comisión técnica extendida señala las líneas de futuro que, a juicio de este órgano, deben orientar tanto este plan como el conjunto de las políticas relacionadas con el envejecimiento, contemplando la soledad, tanto en relación a la experiencia subjetiva como a las redes de apoyo y el entorno social.

En el documento *La soledad en el plan de acción 2021– 2023* (Ayuntamiento de Madrid, 2021), elaborado por el departamento de programación, evaluación y desarrollo (DPED) de la dirección general de mayores (DGM), disponible en la web municipal, se analiza además de la situación sociodemográfica, la ciudad que viven las personas mayores, recogiendo datos de diversas encuestas y grupos focales o entrevistas a expertos.

En los grupos focales se discutió extensamente sobre el cambio de imagen social de la vejez. En todos ellos se repetía el mismo discurso: la necesidad de mostrar la diversidad y heterogeneidad de las personas mayores, eliminar el estigma de la dependencia y alejarse de comportamientos como la infantilización y el paternalismo. Las personas mayores demandan oportunidades para socializar con personas de otras edades y culturas dentro de sus familias y comunidades, ya que propiciar entornos que permitan este tipo de convivencia favorece el sentimiento de pertenencia a la comunidad y contribuye a la amigabilidad de una ciudad con la edad. Uno de los temas más recurrentes fue la soledad no deseada, que se ve como un posible desencadenante de situaciones de vulnerabilidad. Se considera necesario abordar este y otros problemas, desarrollando estrategias de detección y seguimiento por parte de los servicios sociales, sanitarios y de la propia comunidad. También se recalcó la importancia del voluntariado en la creación de redes de apoyo emocional y, como consecuencia, en la mejora de la calidad de vida de las personas mayores. En este sentido no se ha de olvidar la influencia que la discriminación por edad tiene sobre la autopercepción del proceso de envejecimiento, algo que se trata en un documento, *Fomento de la imagen adecuada del envejecimiento*, que puede considerarse de interés para la comprensión del fenómeno de amigabilidad (Ayuntamiento de Madrid, 2019a):

Si me encuentro en una situación de especial vulnerabilidad (por mi salud física, por problemas cognitivos o emocionales, por una situación de soledad

o de exclusión social) préstame una «atención especial» [...] Si me tratas como a un ser inferior e incompleto, conseguirás que esto afecte a mi autoestima. En cualquier momento puede darse la vuelta a la situación y ser tú quien necesite contar con una persona dispuesta a ayudarte.

De igual modo es importante el tema de la imagen en los medios de comunicación:

Aparte de la infrarrepresentación de las personas adultas mayores, sobre todo de las mujeres, haciéndolas invisibles a determinada edad, la comunicación ya sea en el lenguaje administrativo, comercial o informativo, ha abusado de la imagen de una estereotipada señora mayor con pelo blanco y recogido con un moño, vestida de oscuro, con chepa y bastón, y sin compañía. Seguir perpetuando esta imagen triste y gris, contribuye a que estas personas vean su vejez como una amenaza real e inevitablemente hacia una etapa de fragilidad, dependencia, soledad, uniformidad, sumisión, pobreza y tristeza.

Son muchas las medidas contempladas en el plan actual que favorecen las relaciones sociales y luchan contra la soledad emocional, relacional o mixta, recogidas en el documento *La soledad en el plan de acción 2021-2023* ya mencionado (Ayuntamiento de Madrid, 2021).

Dentro de la línea *Entorno cívico y social: una ciudad para todas las generaciones*, hay referencias al tema, ya que el entorno social y cultural es determinante en la calidad de vida de las personas, pero es en el eje dos *Prevención y atención integral: una ciudad que responde a las necesidades de la población mayor*, donde este Plan presta especial atención al problema de la soledad no deseada.

2. RECONOCIENDO EL PROBLEMA

La soledad es un sentimiento subjetivo e íntimo, por tanto, es difícil detectarlo sin la colaboración de quien lo siente. ¿Por qué, entonces, el sentimiento de soledad pasa del ámbito privado a ser un problema de ámbito social? Realmente se convierte en un reto social al estar hablando de una necesidad del ser humano que es la capacidad de encontrar sentido a la vida, a sus relaciones con otros y al mundo que le rodea, donde el ámbito social tiene mucho que aportar; es entonces cuando la soledad como sentimiento, trasciende y pasa a ser una cuestión de la ciudadanía y de sus políticas sociales. Pero debemos distinguir dos realidades que no siempre van unidas, estar solo y sentirse solo. La sensación de soledad depende de la situación psicofísica y social de cada persona y lo que espera de sus relaciones sociales. Esta es la razón por la que la soledad no se soluciona siempre con compañía (Ayuntamiento de Madrid, 2019b).

Respecto a las personas mayores, los estudios realizados en España muestran que la mayoría de las personas mayores no se sienten solas. Al contrario que en el estereotipo socialmente asentado, la soledad no es una epidemia de la vejez, pudiendo concluir, sin temor a equivocarse, que una consideración superficial del envejecimiento podría llevar a pensar que todas las personas mayores se sienten solas.

Otra cuestión es la soledad y el abandono presente en el grupo de personas altamente vulnerables, constituido por quienes han sido atendidos por los servicios de emergencia en el domicilio en su exponente extremo, sin olvidar que los casos de mayor severidad de aislamiento en muchas ocasiones no se acompañan de soledad emocional.

En cualquier caso, debido a varios cambios sociodemográficos y sociales, la soledad en las personas mayores es vista como un problema de salud pública, un problema de vulnerabilidad complejo y no se puede olvidar que la soledad en la persona mayor, si no se detecta a tiempo y no se aborda adecuadamente, puede conducir a situaciones de gran vulnerabilidad, incluso a un deterioro funcional, físico y de la salud en general.

A partir de estos datos demográficos, la administración local debe desarrollar medidas, políticas y sociales, de forma transversal como se recoge en el documento *Bases para el abordaje de la soledad no querida en las personas mayores de la ciudad de Madrid* (Ayuntamiento de Madrid, 2019b; 2019c) con principios de actuación y estrategias a considerar, como los expuestos a continuación.

Los principios de actuación:

- Transversalidad en las actuaciones para el abordaje de un problema social y de salud pública que repercute en el bienestar y la calidad de vida de la población diana.
- Modelo de gobernanza local basado en la interacción de distintas administraciones y de lo público con lo social, aunando experiencias públicas y sociales al trabajar con asociaciones y entidades para ponerlas al servicio de las personas mayores que se sienten solas.
- Búsqueda constante de la mejora en el bienestar social y la calidad de vida de las personas mayores, fomentando su participación activa en las decisiones que supongan cambios en su vida.
- Reconocimiento de las soledades: subjetiva u objetiva; emocional o relacional; negativa pero también positiva. Vivir solo puede considerarse un indicador de envejecimiento activo, en nada semejante a sentirse solo y aislado socialmente.
- Afrontamiento multidimensional de la soledad y el aislamiento: acompañamiento a la gestión de la propia soledad, especialmente en las mujeres; fomento de las redes comunitarias (sensibilización de la

sociedad, familiares, vecinos, organizaciones, comercios, herramientas de integración social, activos en salud, etc.); permanencia de las personas mayores en su propio hogar todo el tiempo posible, integradas en su entorno, anticipándose a las situaciones de fragilidad y dependencia antes de que se produzcan.

- Evidencia y transparencia.

Líneas estratégicas centradas en:

- La identificación precoz de factores predisponentes y precipitantes de la soledad y el aislamiento social en personas, grupos, entornos de riesgo y en la sociedad en general.
- La detección y evaluación de personas en situación de soledad no deseada que deseen invertirla. Desde el principio de la atención centrada en la persona, las decisiones últimas deben ser tomadas por la persona mayor que puede *vivir sola* o quedarse sola y defender esta situación como paradigma de independencia.
- La intervención desde una perspectiva multidimensional e intersectorial con actuaciones basadas en la evidencia y pertinentes en el entorno. La interacción de factores como la personalidad y las experiencias vividas a lo largo de la vida, con situaciones muy diferentes de soledad, darán lugar a perfiles únicos de personas en situación de soledad que requieran una intervención específica.
- La generación de conocimiento en materia de detección e intervención en soledad para asegurar los efectos del programa y su permanencia en el tiempo que necesita la introducción de medidas innovadoras y la realización de estudios piloto.

3. DATOS

3.1. Antecedentes

La preocupación por el tema de la soledad no es algo nuevo.

Ya en el año 2004, la alarma social generada por el hallazgo de cadáveres de personas mayores por los servicios de emergencia, y la implicación política de los responsables del, en su día denominado, Área de Servicios Sociales, impulsó la puesta en marcha de un programa de detección e intervención con personas mayores en riesgo. El principal objetivo era sacar a la luz los casos existentes en el municipio para intervenir individualmente con ellos desde los servicios sociales y también para conocer sus perfiles y diseñar programas específicos (Ayuntamiento de Madrid, 2007; Serrano, 2013).

Las primeras aproximaciones al tema pusieron en evidencia la dificultad para encontrar datos fiables sobre el número de personas en situación de riesgo y la necesidad de establecer registros sistemáticos unificados, y también alertaron sobre la disparidad de criterios manejados por los/las profesionales que hacían necesaria una protocolización de las actuaciones. A partir de ese año se realizan diversos screening y estudios, que abarcan alrededor de 20.000 personas y van a permitir ir definiendo los diferentes perfiles de riesgo, entre ellos de soledad. Todos los proyectos de detección, intervención y estudios de prevalencia realizados hasta el año 2020 estaban enfocados a la detección y atención de la soledad relacional y especialmente el aislamiento social, sin perjuicio de que los casos detectados de necesidad social, sociosanitaria y soledad fueran atendidos igualmente a través de diferentes protocolos. Es a partir del año 2020 cuando ya aparece un proyecto específico para la detección e intervención de la soledad tanto relacional como emocional (tabla1), como refleja en documento propio de prevalencia de la soledad (Ayuntamiento de Madrid, 2021).

La disparidad en la prevalencia de riesgo, con una media alrededor del 12 %, ha sido la regla, al igual que la soledad, que se sitúa en torno al 5 %, en los diferentes estudios debido a las distintas metodologías y los diferentes perfiles poblacionales escogidos cada año para la realización de los screening. La cifra de soledad puede parecer pequeña, pero es necesario tener presente que, en todos estos estudios, salvo el realizado en 2021, la clasificación de necesidad sociosanitaria incluye personas en situación de soledad, pero que se han cuantificado como necesidad sociosanitaria, por sus implicaciones en la actuación a seguir.

La preocupación por la soledad queda patente también en el hecho de que es un tema que se ha tratado en mayor o menor medida en todas las jornadas técnicas realizadas desde la DGM y en las diferentes publicaciones realizadas, divulgativas o técnicas (Serrano Garijo, 2007; 2009).

Tabla 1: Estudios poblacionales para la detección de riesgos

PERIODO	POBLACIÓN
2004-05	Se trabaja sobre personas atendidas en sus domicilios por los servicios de emergencias (bomberos y policía en aperturas de puerta) y quienes rechazaban el servicio de teleasistencia domiciliaria. Se estudian los perfiles.
2006-07	Se trabaja básicamente con la población de emergencias y se inicia el screening sobre personas mayores solas. Se establecen criterios de clasificación de riesgo. Se pone en marcha la atención domiciliaria específica a las personas mayores en aislamiento social.

INTERVENCIÓN EN SOLEDAD EN UNA GRAN CIUDAD

PERIODO	POBLACIÓN
2008-09	Se establecen acuerdos con Samur Social y salud ambiental que incrementan las posibilidades de detección. Inicia su actividad reglada la “ <i>mesa de vulnerabilidad</i> ”, equipo multidisciplinar de valoración que depura el proceso de derivación a los distritos, tras el análisis de los casos recibidos.
2010-11	Continúa la actividad de detección en colectivos vulnerables. Se establecen acuerdos con Samur Protección Civil. Se pone en marcha la atención domiciliaria específica a las personas mayores que sufren negligencia.
2012	Continúa la actividad en colectivos vulnerables. Se trabaja con una muestra de población mayor de 85 años de toda la ciudad.
2013-16	Continúa la actividad en colectivos vulnerables.
2017	Igual al anterior. Se inicia también screening con personas cuidadoras y personas centenarias que viven solas, según datos de padrón, para detección de posibles situaciones de riesgo y/o soledad.
2018	Emergencias y personas cuidadoras. Personas inmigrantes mayores de 80 años que viven solas o con convivientes de edad similar en la ciudad de Madrid cuyo país de nacionalidad no pertenece a la Unión Europea.
2019	Emergencias y personas cuidadoras.
2020...	Continúa la actividad anterior. Además, personas mayores de riesgo usuarias de servicios domiciliarios.

Fuente: Elaboración propia.

3.2 La pandemia

Son muchos los estudios llevados a cabo para conocer el impacto que la pandemia por COVID-19 ha tenido en la población. En junio de 2020, el Ayuntamiento realizó un estudio a través de 1.556 encuestas telefónicas a hogares en los que residía al menos una persona de 18 años o más, para estudiar el impacto de la situación de confinamiento en la población².

Entre los ítems estudiados hay dos referidos a soledad: *¿Con qué frecuencia se ha sentido usted sola o solo durante el último año? y ¿durante el confinamiento?*

Si bien el porcentaje de personas que se han sentido solas durante el último año es similar entre las personas menores de 65 años y las de 65 y más, durante el confinamiento sí que se observa un aumento del sentimiento de

² Ayuntamiento de Madrid. Dirección General de Innovación y Estrategia Social. Área de Gobierno de Familias, Igualdad y Bienestar Social. Documento técnico. Estudio del impacto de la situación de confinamiento en la población de la ciudad de Madrid tras la declaración del Estado de Alarma por la Pandemia COVID-19. 2020.

soledad entre las personas mayores, más acusada en las mujeres. Algunos datos: antes del confinamiento un 8 % de las personas mayores referían sentimientos de soledad y durante el confinamiento un 13,4 %. Nunca han sentido soledad antes el 68 % y durante el confinamiento un 64,7 %.

Ese mismo año, se hizo otro, centrado en personas mayores, a través de 1.815 entrevistas telefónicas³. Este estudio recoge aspectos como convivencia, autonomía, apoyos antes y durante el confinamiento, relaciones sociales o uso de la tecnología, entre otros. Durante el confinamiento el 92 % de las personas encuestadas ha podido mantener relaciones sociales habituales, fundamentalmente a través del teléfono, destacando que un 63 % de las personas entrevistadas ya utilizaban las videollamadas antes del confinamiento para mantener las comunicaciones. La mayor parte de las personas que no mantuvieron relaciones sociales fue por mal estado anímico y un 15 % por no tener con quien hablar y como consecuencia directa del confinamiento, un 4,5 % manifiesta aumento de sentimiento de soledad.

3.3. El índice de envejecimiento activo

El Ayuntamiento de Madrid, incluyó el *Índice de Envejecimiento Activo* en la evaluación de su Plan de Acción 2017-2019, con el fin de disponer de un elemento común al resto de la Unión Europea y hay que resaltar de manera muy especial que Madrid es la primera ciudad que ha realizado este cálculo. Es una herramienta de medición comparada entre países acerca del potencial de las personas mayores para tener un envejecimiento activo y saludable, con indicadores que se agrupan en cuatro dimensiones: empleo, participación social, vida independiente, saludable y segura, y capacidad para un envejecimiento saludable⁴. El tipo de convivencia se recoge en vida independiente, saludable y segura, punto 3.3. (% de población igual o mayor de 75 años que viven en una vivienda unipersonal o en pareja) y es preciso señalar que ese tipo de convivencia se considera como un factor de éxito social.

Durante 2018 la DGM realizó un estudio ad hoc como fuente primaria para la construcción del Índice⁵. Incluyó preguntas referentes al tema de la soledad, como se siente sola o solo a menudo y si le gustaría vivir con otras personas. Decía sentirse sola o solo el 13,4 %, siendo en proporción

³ Ayuntamiento de Madrid. DGM. Documento técnico. Encuesta población mayor de 65 años sobre el impacto del Coronavirus. 2020.

⁴ Ayuntamiento de Madrid. DGM. Documentos técnicos: Índice de envejecimiento activo 2018 y 2022.

⁵ Ayuntamiento de Madrid. DGM. Documentos técnicos: Encuestas para la realización del índice de envejecimiento activo 2018 y 2022.

más alta en la mujer que en el hombre (16,2 % frente al 9,5 %), y mayor en quien vive sola o solo (26,2 %) frente al que vive en pareja u otros tipos de convivencia. El porcentaje también aumentaba a mayor rango de edad. Cuando se les preguntaba si les gustaría vivir con otras personas, el 12,7 % de las personas encuestadas que viven solas respondían afirmativamente, mientras que el 85 % decía preferir vivir tal y como estaba. Hay un ligero aumento a mayor rango de edad, salvo en lo que se refiere al grupo más joven, que es quien preferiría vivir de otro modo en una proporción mayor. En la encuesta correspondiente al último cálculo, también se pone en evidencia la mayor soledad en los de mayor edad y las frecuentes relaciones sociales de las personas mayores, superiores a las de la unión europea, tanto en hombres como en mujeres.

3.4. La soledad en las personas atendidas en programas y servicios

La tabla número 2 muestra los resultados de las preguntas relativas a la soledad de diversos estudios de opinión o de satisfacción de las personas usuarias con la calidad de los servicios prestados (Ayuntamiento de Madrid, 2021).

Tabla 2: Prevalencia de soledad en diferentes estudios municipales

ESTUDIO	AÑO	POBLACIÓN	N	PORCENTAJE DE SOLEDAD
Envejecimiento activo	2018	General	3.011	13,4
Personas cuidadoras	2019	Personas usuarias	893	52,3
Encuesta COVID confinamiento D.G.M.	2020	General	1.815	4,5 más soledad
Encuesta COVID confinamiento D.G. Innovación	2020	General	631	7,8
Centros municipales de mayores	2021	Personas socias	1.200	15,8
Comidas a domicilio	2021	Personas usuarias	719	40,3
Servicio de teleasistencia	2021	Personas usuarias	1.098	27,1
Servicio de ayuda a domicilio (SAD)	2021	Personas usuarias	943	30,5

BIOÉTICA Y SOLEDAD NO DESEADA

ESTUDIO	AÑO	POBLACIÓN	N	PORCENTAJE DE SOLEDAD
Ejercicio al aire libre	2021	Personas usuarias	808	17,9
Centros de día (CD)	2021	Personas usuarias	426	19,5
Lavandería a domicilio	2021	Personas usuarias	105	45,7
Envejecimiento activo	2022	General	2.022	11,2
Visitas específicas del programa Cuidar a Quienes Cuidan	2021-2022	Personas usuarias	876	11 %
Visitas específicas del programa soledad	2021-2022	Personas usuarias	1.638	60 %

Fuente: Elaboración propia.

Además de conocer datos de prevalencia, este tipo de estudios permite realizar el cruce de la percepción de sentimientos de soledad y la relativa a diferentes aspectos de los servicios, o la existencia de determinados riesgos. Así, al cruzar la valoración global de SAD, TAD o CD en relación con el sentimiento de soledad, se observa que, de manera general, se aprecia una valoración más negativa en la percepción global de éstos por parte de aquellas personas usuarias que pertenecen al perfil de *sentirse sola o solo*. Del mismo modo, si se analizan aspectos del grado de influencia en la vida cotidiana de las personas usuarias en relación con el sentimiento de soledad, como, por ejemplo, *se siente más acompañada o acompañado*, de manera general se aprecia una percepción más negativa por parte de aquellas personas usuarias que pertenecen al perfil de *sentirse sola o solo* con excepción de TAD donde la valoración es más alta, ratificando uno de los objetivos primordiales de este servicio.

Cuando se valoran las variables sentimiento de soledad y riesgo en los servicios de ayuda a domicilio, teleasistencia, comidas y CD, se aprecia en todos los casos una relación directa entre el sentimiento de soledad y el nivel de riesgo alto, considerando factores de riesgo vivir solo/a, no tener a quien acudir en caso de necesitar ayuda y no salir a la calle. En aquellas personas usuarias que presentan riesgo alto o riesgo medio, el porcentaje de personas que se sienten solas es mayor. Ambos aspectos dan la señal de alarma ante una situación de vulnerabilidad.

Todos los datos anteriores justifican la existencia de una estrategia municipal y especialmente *Madrid contigo*.

4. DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN Y ÁREAS DE MEJORA

No se parte de cero, se han venido desarrollando programas de envejecimiento activo y programas de sensibilización y concienciación para las personas mayores encaminadas a minimizar, reducir en la manera de lo posible y prevenir los efectos de esta situación de soledad no deseada y frenar su prevalencia e incidencia (Ayuntamiento de Madrid, 2019b).

Los principales servicios dirigidos a personas mayores buscan el mantenimiento en el entorno domiciliario y contribuyen a la sensibilización y concienciación acerca de la soledad. Se han potenciado recursos comunitarios que mejoraran las redes de apoyo y la socialización de las personas mayores, tanto en su entorno, como en centros de mayores. Se ha prestado especial interés al sentimiento de soledad en diferentes programas de personas vulnerables y cuidadoras; así como en la detección de riesgos mediante los recursos de apoyo domiciliario con una atención más individual.

Son múltiples las acciones encaminadas a paliar los sentimientos de soledad o a proporcionar acompañamiento a quienes viven solos. Los centros de mayores tienen un carácter claramente socializador y favorecen las relaciones, pero otros servicios también proporcionan compañía. Los servicios de apoyo domiciliario son claves fundamentales de apoyo, sobre todo si hay algún tipo de riesgo. Es el caso de la teleasistencia, un claro exponente de apoyo a quienes viven solos.

Seguridad y compañía, entre otros muchos parámetros, se exploran también en las encuestas de opinión/satisfacción⁶ y los resultados (tabla 3) no dejan de ser alentadores, justificando un alto grado de recomendación.

Tabla 3: Valoración del servicio (2022).

SERVICIO	MÁS SEGURO (0-10)	MÁS ACOMPAÑADO (0-10)	VIVIR EN DOMICILIO EN MEJORES CONDICIONES (%)	GRADO DE RECOMENDACIÓN (%)
CD	8,02	8,20	87,8	97,9
SAD	8,15	7,96	83,7	96,4
TAD	9,22	8,70	78,6	98,5

Fuente: Elaboración propia.

Existen grupos de riesgo, como las personas cuidadoras, motivo por el que se someten a screening para identificar soledad o cualquier tipo de

⁶ Ayuntamiento de Madrid. DGM. Calidad de los servicios para personas mayores. Encuestas.

riesgo o necesidad no cubierta, en el seno del programa cuidar a quienes cuidan, en el que se incluyen actividades de socialización⁷.

La colaboración de entidades como *Solidarios para el Desarrollo, Desarrollo y Asistencia o Grandes Amigos* es vital, tanto para el acompañamiento emocional en el domicilio, como para el trabajo comunitario, sin olvidar programas específicos como el de convivencia intergeneracional *Convive*⁸.

Bajo el paraguas de la atención a la soledad no deseada, a sabiendas de que son cosas diferentes, soledad física, emocional o relacional, no es posible olvidar el aislamiento social producido por la escasez o ausencia del círculo social o por barreras funcionales o arquitectónicas que dificultan las relaciones. Es un campo en el que se lleva mucho tiempo trabajando desde el ayuntamiento, abordando los casos más avanzados a través de una Mesa de Vulnerabilidad y un programa específico de aislamiento y maltrato. La detección de personas mayores vulnerables es fundamental para evitar las situaciones funestas que esta problemática puede comportar. Es evidente que estos casos de personas mayores realmente vulneradas, más que vulnerables, son de una extrema gravedad y causan alarma social. Pensemos, por ejemplo, en el hallazgo de cadáveres en domicilio, personas que fallecen estando solas y precisan, en no pocas ocasiones, que se fuerce su puerta para acceder a la casa.

En el caso del aislamiento, se busca un acercamiento a las personas mayores con claro riesgo de aislamiento social que permita conducir esas situaciones a la normalización, asignando los recursos sociales oportunos en cada caso y facilitando el internamiento involuntario y la incapacitación legal cuando la situación de riesgo así lo determine. Los sentimientos de soledad, presentes en los casos moderados, desaparecen cuando el aislamiento es muy grave.

El programa de malos tratos implica un nivel de atención especializada con el carácter singular de intervención en el domicilio, elaborando un Plan de Intervención Individualizado, que incluye a la persona mayor y al responsable, en el que se lleva a cabo un diagnóstico de riesgos y se toman decisiones para activar medidas de protección y reparación del maltrato coordinadamente. En estos casos de maltrato, la soledad es muy profunda, llegando a convertirse en sentimiento de abandono.

5. ESTRATEGIA MUNICIPAL

Podemos señalar, como objetivo general, contribuir a disminuir el sentimiento de soledad de las personas mayores a través del fortalecimiento de la

⁷ Ayuntamiento de Madrid. DGM. Cuidar a quienes cuidan.

⁸ Ayuntamiento de Madrid. DGM. Soledad en las personas mayores: Voluntariado.

amigabilidad de la ciudad. También sensibilizar a la ciudadanía, detectar riesgos e intervenir sobre la soledad y sus consecuencias, con el deseo de mejorar la realidad en la que vivimos en la ciudad de Madrid, en especial la de quienes se sienten solas/os o aisladas/os (Ayuntamiento de Madrid, 2019b).

Los objetivos específicos se desprenden del enunciado anterior: Sensibilizar, Detectar e Intervenir.

- Sensibilización, dotando a la sociedad de los instrumentos cognitivos necesarios para que sepa reconocer cuándo se inicia o se está ante un proceso de soledad no deseada.
- Detección. Con enfoque en la atención especial a aquellos colectivos de personas mayores que presentan una mayor vulnerabilidad.
- Intervención. Poniendo en marcha aquellas medidas que redunden en la disminución del sentimiento de soledad y sus consecuencias sobre la morbilidad, mejorando la accesibilidad a los recursos sociales y la eficacia de los servicios y programas de intervención y contribuyendo, especialmente, a evitar las situaciones de mayor riesgo.

Recogidas en un trabajo de revisión encargado a la Universidad Complutense, destacamos aquí las que mejoran las habilidades sociales y fortalecen el apoyo social, el fomento del voluntariado, el uso de la tecnología, los servicios domiciliarios, en especial la teleasistencia, o las técnicas cognitivo conductuales, trabajando pensamientos sociales desadaptativos (Ayuntamiento de Madrid, 2019c).

Todo esto se ha articulado en cuatro pilares en el modelo municipal actual⁹:

- i. MADRID, MÁS CERCA DE TI. Se encarga de dar uniformidad a las actuaciones, detectando problemas que aún no han emergido, anticipándose a la necesidad y pensando en la evaluación.
- ii. MADRID TE ACOMPAÑA. Es una aplicación denominada Madrid te acompaña, que pone a disposición de las personas mayores un voluntario para gestiones y acompañamiento puntuales diversos.
- iii. MADRID EN RED. Se centra en el trabajo comunitario, la potenciación de las redes sociales y el acompañamiento afectivo.
- iv. MADRID CONTIGO. Se basa en la potenciación de las actividades encaminadas a paliar la soledad en todos y cada uno de los programas y servicios existentes: CD, TAD, SAD, etc., además de la puesta en marcha de nuevos recursos, como los equipos distritales de atención a la vulnerabilidad, o el servicio de integración social.

Cabe destacar aquí la parte de la estrategia que tiene que ver con programas y servicios existentes, por el enorme potencial que tienen tanto por

⁹ Ayuntamiento de Madrid. DGM. Estrategia para enfrentar la soledad no deseada.

el número de personas atendidas como por el valor de los profesionales que prestan el servicio.

6. ORIENTACIÓN A LA ACCIÓN

La estrategia básica de intervención, apoyada en un cuestionario breve que puede complementarse posteriormente con escalas validadas, cuenta, además de con los recursos ya existentes, con el servicio de acompañamiento a la integración social¹⁰, con atención domiciliaria individual. Se trata de una intervención breve, cuya finalidad es la valoración, enganche, orientación hacia los recursos existentes y su aceptación, contando siempre con los servicios municipales, en especial TAD, el voluntariado, e incluso la mesa de vulnerabilidad antes mencionada.

También es de gran ayuda contar con actividades grupales específicas conducidas por profesionales de la psicología, que, orientadas en itinerarios personalizados, pueden ayudar a paliar sentimientos de soledad y a mejorar las relaciones sociales. Se trata de actividades grupales, distribuidas en cuatro bloques, destinadas a la promoción de un envejecimiento activo y saludable a través de la participación social, promoción de los derechos y de las competencias de las personas mayores (envejecimiento activo y generativo) el fomento de habilidades sociales como medio para contribuir a mejorar la relación con los demás y tener relaciones sociales más satisfactorias (habilidades sociales) el desarrollo de habilidades orientadas a la identificación de redes sociales y como incidir en el establecimiento de vínculos sociales y funcionales (apoyo social) y la identificación de la soledad no deseada y conocimiento de las emociones asociadas a ella, para favorecer la integración social de la persona afectada (abordaje de la soledad).

Para la identificación de la situación y la orientación a la intervención, el primer paso propuesto es un cuestionario breve que puede ser de gran ayuda.

- ¿Vive Ud. solo?
- ¿Sale a la calle con frecuencia?
- ¿Tiene dificultades para salir o no le apetece?
- ¿Tiene Ud. alguien a quien acudir si necesita ayuda?
- ¿A quién acude si necesita ayuda?
- ¿Se siente solo a menudo?

Independientemente de la situación de convivencia, se plantean tres supuestos.

¹⁰ Ayuntamiento de Madrid. DGM. Acompañamiento a la integración social

En el primer supuesto: no puede salir a la calle, el objetivo es aportar compañía y seguridad, favoreciendo la aceptación de los recursos domiciliarios existentes.

La TAD es vital, tanto por seguridad, como por acompañamiento. El otro pilar fundamental es el voluntariado, bien formado, seleccionado para cada caso para acompañamiento estable. Tiene cabida aquí también la intervención específica del equipo de atención a personas mayores vulnerables en aislamiento, sobre todo si hay barreras importantes a la aceptación de recursos.

En el segundo supuesto: podría salir, pero no lo hace, es aportar compañía y seguridad, favoreciendo la aceptación de los recursos domiciliarios necesarios y ayudando en la salida al exterior.

En una primera fase de la intervención hay que trabajar como en el primer supuesto. La segunda parte de la intervención es conseguir que se relacione con el exterior. El voluntariado sigue siendo de gran valor y sus características, más exigentes, si cabe, pero yendo siempre de la mano de un profesional. Puede ser un enganche magnífico prestándose a acompañar a esa persona a las actividades fuera del hogar.

Queda el tercer supuesto: puede salir a la calle y sale, pero tiene escasas relaciones sociales satisfactorias, el objetivo es dotar a la persona mayor de herramientas que le permitan tener relaciones sociales de calidad.

El hecho de salir a la calle no evita tener necesidades no bien cubiertas y hay que estar especialmente alerta a la existencia de psicopatología. Ante la sospecha de un auténtico aislamiento social grave, la intervención debe centrarse en equipo municipal de atención a personas mayores vulnerables, en aislamiento social.

Si no hay dificultad para acudir a los centros, las actividades grupales pueden ser la clave.

7. RESUMEN FINAL

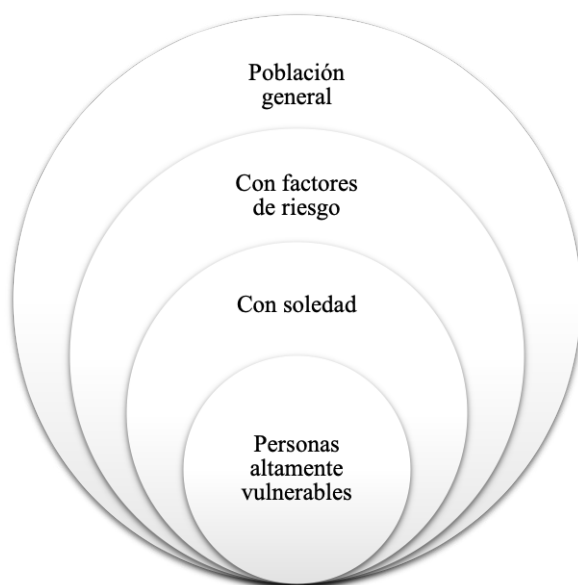
Esta somera explicación puede resumirse en un esquema de círculos concéntricos.

Para la población general va destinada la información y sensibilización a través de campañas, web, establecimientos amigables u otras iniciativas de Madrid ciudad amigable. También servicios generalistas como la teleasistencia o los centros municipales de mayores, incluidos los grupos de generatividad.

La detección de las personas con factores de riesgo puede hacerse en cualquiera de los servicios o los programas comunitarios y la intervención descansa en ellos y en el voluntariado. Se sitúan aquí también los grupos específicos para mejorar las habilidades sociales y fortalecer el apoyo social.

La soledad tiene las mismas fuentes de detección y de intervención, contando además con los grupos específicos de abordaje de la soledad.

Como se ha comentado con anterioridad, no se puede olvidar que además de soledad, es probable detectar situaciones de alta vulnerabilidad, necesidades no bien cubiertas o aislamiento social, siendo fundamental que tengan también respuesta institucional.



Fuente: elaboración propia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ayuntamiento de Madrid. DGM. (2007). Aislamiento social de personas mayores en el municipio de Madrid: aspectos preventivos y asistenciales. Coordina: DPED. Consultado 18/05/2023. <https://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Mayores/Publicaciones/Aislamiento%20social%20de%20mayores.pdf>
- Ayuntamiento de Madrid. DGM. (2019a). Fomento de la imagen adecuada del envejecimiento. Documento técnico elaborado por Bermejo Garcia L. por encargo municipal. Coordina: DPED. Consultado 18/05/2023. <https://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Mayores/Especial%20informativo/Soledad/La%20soledad%20en%20el%20plan%20de%20acci%C3%B3n%202021-23.pdf>
- Ayuntamiento de Madrid. DGM. (2019b). Bases para el abordaje de la soledad no querida en las personas mayores de la ciudad de Madrid. Documento técnico elaborado por el DPED y coordinado por Tena-Dávila Mata, M.C.,

- Sanz Berzal B. y Serrano Garijo P. Consultado 18/05/2023. https://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Mayores/Especial%20informativo/Soledad/ficheros/Bases_programaSoledad.pdf
- Ayuntamiento de Madrid. DGM. (2019c). Estudio sobre la atención a la soledad no deseada de las personas mayores. Estudio elaborado por Delgado Losada M.L. y Alonso González D. (Universidad Complutense de Madrid) por encargo municipal. Coordina: DPED. Págs. 24-56. Consultado 18/05/2023. <https://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Mayores/Especial%20informativo/Soledad/Estudio%20sobre%20la%20atenci%C3%B3n%20a%20la%20soledad%20no%20deseada%20de%20las%20personas%20mayores.pdf>
- Ayuntamiento de Madrid. DGM. (2021). La Soledad en el Plan de Acción 2021-2023. Documento técnico elaborado por el DPED. Consultado 18/05/2023. <https://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Mayores/Especial%20informativo/Soledad/La%20soledad%20en%20el%20plan%20de%20acci%C3%B3n%202021-23.pdf>
- Ayuntamiento de Madrid. DGM. (2021). Prevalencia de soledad en personas mayores de la ciudad de Madrid. Documento técnico elaborado por el DPED. Consultado 18/05/2023. <https://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Mayores/Especial%20informativo/Soledad/ficheros/PrevalenciaSoledad.pdf>
- Serrano Garijo, P. (2009). Programa de Mayores Vulnerables: aislamiento y maltrato. En: Ayuntamiento de Madrid. DGM, *Autonomía personal: claves y retos* (pp. 97-115). Coordina: DPED. Consultado 18/05/2023. <https://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/Mayores/Publicaciones/Jornadas-2009-Autonomia-personal-claves-y-retos/?vgnnextfmt=default&vgnextoid=929113ac730cc210VgnVCM1000000b205a0aRCRD&vgnnextchannel=5dc931d3b28fe410VgnVCM1000000b205a0aRCRD>
- Serrano Garijo, P. (2013). Atención a mayores vulnerables. El acercamiento a quienes no demandan. *Revista de Ciencias Sociales Sociedad y Utopía*, 41, 299-327. Consultado 18/05/2023. <https://www.fpablovi.org/sociedad-y-utopia/41/41.pdf>
- Serrano Garijo, P., Tena-Dávila Mata, M. C., Pereyra Macazana, E., Molina Díaz, E. y Collado Frías, E. (2007), Los mayores y sus vecinos. Ayuntamiento de Madrid. DGM. Coordina DPED. Consultado 18/05/2023. <https://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Mayores/Publicaciones/Ficheros/Los%20mayores%20y%20sus%20vecinos/Los%20mayores%20y%20sus%20vecinos.pdf>

Nota: La bibliografía recogida aquí es toda propia, sirviendo como refuerzo a lo expuesto como estrategia municipal, sin olvidar la enorme cantidad de trabajos disponibles en este tema y que, sin duda, han influido en los anteriores.

INTERVENCIÓN A NIVEL ESTATAL EN SOLEDAD DESDE EL VOLUNTARIADO Y DESDE EL SERVICIO MULTICANAL

CRUZ ROJA ESPAÑOLA

Joaquín Pérez Gil-Delgado
*Referente del Programa de Personas Mayores,
con discapacidad y cuidadoras
Cruz Roja Española*

1. CONTEXTO SOCIAL

1.1. Cada vez más personas mayores viven solas

Según el INE, en la última década, el número de personas de más de 65 años aumentó un 2,39 % en España, pasando de 7,8 millones en 2010 a 9,4 millones en 2021.

En 2050, las personas con más de 65 años representarán el 31,4 % de la población (actualmente se sitúa en el 19,6 %). (Datos INE. Proyecciones de Población, 2020-2070).

Más de 4,8 millones de personas viven solas en España en 2020 (un 2 % más que el año anterior), lo que supone un 10,4 % de la población y un 26 % de los hogares en España (Datos INE. Encuesta Continua de Hogares 2020). De esta cifra, 2 131 400 personas (un 43,6 %) tenían 65 o más años. Y, de ellas, 1 511 000 (el 70,9 %) eran mujeres (Datos INE. Encuesta Continua de Hogares, 2020).

La proporción de personas mayores que viven en soledad, entendida como una de las formas de convivencia en el hogar, alcanza el 32,2 % en Europa, con tendencia a la estabilización. En España vive en soledad el 24,1 % de los mayores. Existe una diferencia de 16 puntos entre los países con valores más elevados y los de menor soledad.

1.2. Evolución demográfica y social

Las personas mayores no son iguales que las de hace 10 años, ni tienen las mismas necesidades.

Cada vez son más numerosas en nuestra sociedad y también hay más personas por encima de los 80 años y más personas dependientes en sus últimos años de vida. Esta tendencia, además, va en aumento en las proyecciones.

En la autonomía personal, los problemas de movilidad, en las dificultades de realización de tareas domésticas y en el cuidado personal, son las más destacadas. Las tasas de prevalencia en mujeres duplican las de los hombres.

La soledad no deseada tiene un fuerte impacto por la pérdida de redes sociales y de apoyo a medida que alcanzan una edad más avanzada.

1.3. Nuevas realidades, nuevos desafíos

El incremento de la esperanza de vida, el descenso de vida saludable incrementada por el Covid-19, sobre todo en las mujeres.

La tasa de riesgo de pobreza, con una tendencia al alza, debido a la bajada de ingresos en las personas mayores.

La aparición de las nuevas tecnologías que facilita el acceso a la información y la participación ha propiciado un aumento en la brecha digital, especialmente a las personas de mayor edad, las mujeres y las que viven en entornos más aislados, aunque también nuevas oportunidades para este perfil de personas siempre que se combine un soporte directo y presencial junto a una adaptación de las soluciones tecnológicas.

1.4. Datos del estudio sobre personas mayores de Cruz Roja

En el estudio realizado por Cruz Roja en diciembre de 2021, hemos analizado elementos que nos aportan claves sobre la realidad de las personas mayores, que cada vez más están condicionadas por soledad, aislamiento y autonomía, que están relacionados con las conexiones sociales.

El 24 % de las personas mayores se siente sola, aislada o reconoce que le falta compañía siempre o la mayor parte del tiempo.

Estos sentimientos son mucho más frecuentes entre las personas mayores que viven solas (37,2 %) y, sobre todo, entre aquellas para las cuales vivir en soledad no es una decisión propia (48,1 %).

A ese respecto, la pandemia ha determinado un cambio psicológico entre el antes y el después: en algunos casos, la soledad escogida como modo de vida se ha transformado, dando paso a sentimientos de aislamiento y soledad no deseados.

La soledad y el aislamiento social exponen a las personas mayores en mayor riesgo de desarrollar un estilo de vida poco saludable.

En el mismo estudio, la brecha digital es un problema generalizado entre las personas mayores atendidas por Cruz Roja.

El 73,4 % de las personas mayores entrevistadas nunca utiliza Internet a través de ordenador o teléfono móvil, siendo aún peor la situación entre los que tienen más de 80 años (89,9 %).

Muchas personas mayores tuvieron dificultad para acceder a los trámites de ayudas sociales dirigidas a personas en situación de vulnerabilidad, debido a que su gestión durante el confinamiento era exclusivamente telemática.

La atención primaria pasó a ser fundamentalmente telefónica, vía solicitud telemática, en la mayoría de las comunidades autónomas, lo que supuso una barrera para las personas mayores que no manejan las tecnologías.

El edadismo o la discriminación por una cuestión de edad hacia las personas mayores emerge como una de las principales problemáticas a las que deben hacer frente en el día a día.

2. NUESTROS DATOS DE ATENCIÓN EN CRUZ ROJA

2.1. Las personas mayores atendidas por Cruz Roja

Cruz Roja es una entidad de referencia en España en la atención a las personas mayores.

En 2021, nuestra intervención llegó al 3 % de la población mayor de 65 años, lo que supone 266 010 personas repartidas por las 50 provincias y las dos ciudades autónomas.

Es importante señalar que la mayor parte de las personas atendidas son mujeres (un 72 %) y que hay una importante presencia de personas mayores de 80 años (un 63 %). La media de edad es de 86 años.

También destacar la presencia de Cruz Roja en los tres ámbitos: rural (3 %), semi rural (12 %) y urbano (85 %).

Amplia trayectoria de intervención con personas mayores en todo el territorio desde los años 70.

Gran presencia territorial: más de 700 centros de atención en España.

Estrategia de intervención con personas mayores consolidada y un amplio abanico de proyectos sociales.

Importante dotación de recursos humanos: más de 10 000 personas voluntarias permiten atender a más de 266 000 personas mayores.

Nº PERSONAS	2019	2020	2021
Ayuda a domicilio Complementaria	34.181	30.244	30.495
Teleasistencia Domiciliaria	153.869	151.224	160.592
Teleasistencia móvil	2.515	3.057	4.447
Localización personas deterioro cognitivo	1.101	906	870
Centros de Día	1.275	1.016	818
Envejecimiento saludable: Salud constante	18.270	96	14.237
Atención a personas con funciones cognitivas deterioradas	11.881	10.898	10.887
Red social para personas mayores: Enrédate	30.282	29.312	31.691
Atención a personas cuidadoras	7.953	6.094	5.776
Intervención con personas mayores	40.791	40.922	40.763
Atención a personas en proceso de envejecimiento	11.718	7.780	9.369
Buen trato a personas mayores; promoción del trato adecuado y protección ante el maltrato	4.319	4.251	3.972
Total	264.251	255.894	266.010

Fuente: Cruz Roja.

La acción de Cruz Roja con personas mayores se lleva a cabo en buena medida por la importantísima participación de las personas voluntarias: 10 197 personas voluntarias de Cruz Roja participan en actividades con personas mayores.

De ellas, el 26,87 % tienen más de 65 años. El 65,49 % son mujeres.

El número de acciones voluntarias alcanzó la cifra de 200 786 con un total de 2 385 100 horas de voluntariado.

4. #ENRÉDATE: RED SOCIAL PARA PERSONAS MAYORES

4.1. La realidad de la soledad

La soledad, una realidad profunda. La soledad es uno de los grandes problemas a los que se enfrentan las personas en la sociedad actual. La soledad es una cuestión de malestar emocional que surge cuando una persona se siente incomprendida o rechazada por otros, o carece de compañía para las actividades deseadas tanto físicas como intelectuales.

La experiencia de soledad, en el fondo, es la sensación de no tener el afecto necesario deseado, lo cual produce sufrimiento, desolación, insatisfacción, angustia, etc.

Aunque no es algo que afecte sólo a las personas mayores, con la edad aumenta la posibilidad de vivir en soledad. En los últimos años se ha producido un incremento de los hogares unipersonales de personas de 65 años y más y la tendencia es creciente.

4.2. Justificación: algunos datos y cifras: cada vez hay más personas viven solas

Más de 4,8 millones de personas viven solas en España en 2020 (un 2 % más que el año anterior), lo que supone un 10,4 % de la población y un 26 % de los hogares en España. (Datos INE. Encuesta Continua de Hogares 2020).

De esta cifra, 2 131 400 personas (un 43,6 %) tenían 65 o más años. Y, de ellas, 1 511 000 (el 70,9 %) eran mujeres. (Datos INE. Encuesta Continua de Hogares 2020).

En 2050, las personas con 65 años y más serán el 31,4 % de la población (actualmente se sitúa en el 19,6 %). (Datos INE. Proyecciones de Población 2020-2070).

4.3. La soledad no deseada en las personas vulnerables: ¿qué es la soledad no deseada?

La soledad es un sentimiento que surge de la discrepancia entre las relaciones sociales deseadas y las efectivamente mantenidas. El aislamiento social constituye una medida objetiva caracterizada por la falta de interacciones sociales.

La soledad puede ser objetiva y subjetiva. La primera se refiere a la falta de compañía, y no siempre implica una vivencia negativa, sino que puede

ser una experiencia buscada y enriquecedora, aunque la mayoría de estas personas se han visto obligadas a ello.

La dimensión subjetiva es la que padecen las personas que se sienten solas, independiente de la edad o que vivan o no con otras personas, o estén insertas en un contexto social, porque aquí no hablamos de ausencia, sino de ese sentimiento doloroso y temido por muchas personas.

La soledad no deseada, se trate de soledad emocional o de soledad social, no es una cuestión exclusiva de la vejez. Sin embargo, en esta etapa, y en mayor medida en la vejez avanzada, se producen cambios relevantes que tienen impacto en las personas y que pueden generar e incrementar sentimientos de soledad:

- Pérdida o disminución de redes sociales.
- Cambios en los roles sociales (jubilación, emancipación de hijos/as, etc.).
- Cambios en la movilidad o en otros aspectos de la capacidad funcional.
- Cambios en las relaciones con la comunidad o en las condiciones de vida

4.4. El papel de Cruz Roja frente a la soledad no deseada

En el plan de Acción de Cruz Roja Española para el periodo 2019-2023, en la línea estratégica *Cruz Roja responde a la evolución de las situaciones de vulnerabilidad en la sociedad* la Organización desarrolla, entre otros, dos compromisos fundamentales relacionados con reducir la soledad y el aislamiento de las personas:

- Contribuir a romper el aislamiento y la soledad de las personas en situación de vulnerabilidad.
- Fomentar la activación social de las personas en situación de vulnerabilidad y / o en riesgo de exclusión.

Cruz Roja Española tiene una amplia trayectoria en lo referente a la prevención e intervención frente a la soledad de las personas mayores. Conocemos la situación de este sector de la población, sus necesidades y dificultades, su potencial y sus posibilidades

4.5. El objetivo del proyecto

Nuestro objetivo es reducir la soledad y el aislamiento involuntario de las mujeres y hombres mayores.

- Mejorar los conocimientos necesarios para reducir el sentimiento de soledad y aislamiento de las mujeres y hombres mayores del proyecto.
- Facilitar los recursos materiales necesarios para reducir el sentimiento de soledad y aislamiento de las personas usuarias del proyecto.
- Acompañar a las mujeres y hombres mayores en el proceso de desarrollo personal necesario para mejorar su red social y reducir su aislamiento.

4.6. A quién se dirige

- Mujeres y hombres mayores de 65 años que se sienten solas por no disponer de una red social acorde a sus necesidades y/o sufrir una situación de aislamiento involuntario.
- Nuestra meta es que puedan mejorar, incrementar y afianzar su red social, como malla social de soporte emocional, personal y preventivo, incidiendo así de manera directa en el objetivo específico de reducir el sentimiento de soledad y el aislamiento involuntario.
- El proyecto *Red social para personas mayores: Enrédate* persigue romper con esta situación de aislamiento y soledad, a través del refuerzo y fortalecimiento de la red social de las mujeres y hombres mayores.

4.7. Actividades

- i. Actividades de información para reducir la soledad y el aislamiento, como llamadas telefónicas, sesiones informativas y formativas, visitas a espacios informativos para reducir las vulnerabilidades relacionadas con la falta de conocimientos.
- ii. Entrega y préstamo de aquellos recursos materiales necesarios para reducir el aislamiento y el sentimiento de soledad, como la entrega de productos tecnológicos (tablets) y económicos que faciliten la participación en actividades para la mejora de su red social.
- iii. Actividades para adquirir y fortalecer competencias relacionadas con la mejora de la red social, como acciones formativas, talleres, visitas para paliar la soledad, participación en actividades grupales para la creación de malla social o el seguimiento individualizado para que la persona mejore su situación.

Con ello, promovemos que la persona mayor se relacione, se integre socialmente, y su sentimiento de soledad sea menor.

- Sesiones informativas, sobre los recursos existentes y formas de acceso.

- Llamadas telefónicas, para transmitir consejos, pautas e indicaciones.
- Visita a espacios públicos donde se ofrezca información sobre recursos.
- Acciones formativas, individuales o grupales, para la adquisición de competencias técnicas.
- Préstamo de dispositivos tecnológicos para facilitar la creación de redes y la comunicación entre iguales, junto a procesos de acompañamiento individualizados y grupales para facilitar la adaptación y adherencia al uso de este tipo herramientas.
- La realización de visitas de acompañamiento por parte de las voluntarias y voluntarios de Cruz Roja en los domicilios y el entorno de las personas mayores, para el apoyo personal en la realización de gestiones relacionadas con el fomento de las relaciones social, la reducción del aislamiento de la persona y las actividades de la vida diaria.
- Desarrollo de actividades grupales (convivencia con jóvenes estudiantes, talleres, historias, rutas, salidas culturales, manualidades, cine, grupos de teatro, canto, actividades de naturaleza y medio ambiente, actividades físicas, actividades intergeneracionales, carteo entre personas usuarias...) para la creación de malla social.

4.8. Algunos datos de atención

En 2022, cerca de 40 000 personas mayores, con discapacidad y cuidadoras participaron en el proyecto Enrédate con el apoyo de más de 4000 personas voluntarias.

Este proyecto se desarrolla en más de 500 puntos del territorio

5. NUESTRA ACCIÓN: REFORZAR LA RED SOCIAL COMO ANTÍDOTO FRENTE A LA SOLEDAD (MULTICANAL TE ACOMPAÑA).

Lanzamos el nuevo servicio multicanal de información, orientación y acompañamiento de Cruz Roja frente a la soledad no deseada *para todas las personas* que permite complementar y reforzar nuestra acción frente a la soledad no deseada con una iniciativa innovadora y al alcance de todas las personas.

El servicio multicanal TE ACOMPAÑA se crea para disminuir el sentimiento de aislamiento y soledad que las personas sienten, buscando mejorar su situación.

5.1. ¿En qué consiste?

Es un servicio gratuito de atención personalizada y confidencial sobre la soledad no deseada que permite a las personas realizar consultas de lunes a viernes de 10 a 18h a través del teléfono gratuito 900 444 111, el email teacompana@cruzroja.es, el webchat, el formulario online o la atención a través de redes sociales de Facebook, Twitter, Instagram y muy pronto también WhatsApp.

El voluntariado de Cruz Roja constituye el soporte mayoritario del equipo del proyecto, es fuente de escucha y acompañamiento para reducir el aislamiento de la persona y propiciar un nexo con la comunidad.

Los canales del servicio están atendidos por personas especializadas en acompañamiento para abordar situaciones de aislamiento social y soledad no deseada y se complementa con el apoyo de una web propia con información y contenidos sobre diferentes temáticas relacionadas.

5.2. Objetivo

Nuestro objetivo es reducir el aislamiento y el sentimiento de soledad no deseada de las personas y facilitar herramientas a las personas para que puedan mejorar su situación.

TE ACOMPAÑA es un proyecto de entorno y un sensor frente a la soledad no deseada y una puerta de entrada a Cruz Roja para atender en un primer nivel a las personas en situación de aislamiento y soledad a través de acciones de información, orientación y acompañamiento telefónico o telemático.

Las personas que lo necesiten contarán con el apoyo y acompañamiento de Cruz Roja en el proceso de activación personal y social para adquirir conocimientos, así como despertar intereses y aficiones que faciliten la creación de nuevas conexiones sociales y la participación en actividades que mejoren su calidad de vida.

5.3. A quién se dirige

El perfil al que nos dirigimos son mujeres y hombres en situación de aislamiento y soledad no deseada (de todas las edades, no sólo personas mayores), acentuada esta por la situación de la pandemia Covid-19.

Personas con aislamiento, físico o cognitivo por limitaciones espaciales, coyunturales, infraestructuras domiciliarias.

Personas que no cuentan con arraigo, red de apoyo familiar, amigos o vecinal.

Personas con buen ánimo, pero sin posibilidades de realizar actividad, por encontrarse aisladas temporalmente.

5.4. Acciones dirigidas a las personas

- Acciones dirigidas a realizar una atención personalizada de información, orientación y acompañamiento a las personas que puedan estar en situación de soledad no deseada a través de los diferentes canales de Te Acompaña, principalmente a través del teléfono gratuito y los canales digitales como el email, la web y las redes sociales.
- Acciones dirigidas a enseñar el manejo de las nuevas tecnologías en relación a sus competencias.
- Acciones de comunicación a través de los diferentes canales: llamadas, post, mensajes directos, difusión de campañas, boletín de novedades... con contenidos dirigidos a reducir las brechas digitales producidas.

5.5. Acciones dirigidas al entorno

- Distribución de contenidos y materiales divulgativos, a través de los diferentes proyectos dirigidos a personas en situación de aislamiento y soledad de Cruz Roja Española.
- Acciones de sensibilización para activar a las personas del entorno próximo frente a la soledad no deseada para que puedan actuar como radares ante la soledad, compartiendo la información y los canales de atención del servicio.
- Cooperación puntual o en redes permanentes con entidades del ámbito del trabajo con personas en situación de soledad o aislamiento para generar sinergias de apoyo.

5.6. Campaña La Soledad que duele

Lanzamos una campaña con diferentes contenidos como vídeos testimoniales, spot del servicio, cuñas de radio, viñetas para reflexionar, gráficas para redes sociales, infografías, vídeos educativos, entre otros materiales de difusión y sensibilización y los compartiremos a través de los canales de comunicación de Cruz Roja con el apoyo de la red territorial.

5.7. Alianzas de colaboración

Entre las entidades y empresas que hacen posible TE ACOMPAÑA están el IMSERSO a través de la convocatoria de subvenciones del 0,7 % IRPF estatal que gestiona el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, la Fundación Reina Sofía y la Fundación Naturgy.

Estas alianzas implican un paso más en el compromiso común de romper con el aislamiento y la soledad de las personas.

5.8. Impacto

TE ACOMPAÑA ha tenido muy buena acogida entre las personas que se sienten solas y también entre quienes quieren colaborar frente a la soledad.

- + 5500 interacciones atendidas a través de todos los canales.
- + 4000 han sido llamadas de voz.
- + 1000 interacciones a través de Facebook.
- + 400 consultas atendidas por email y formulario web.
- + 25 000 visitas a la web de TE ACOMPAÑA.
- + 1000 demandas de ayuda canalizadas con las oficinas territoriales.
- +45 personas voluntarias colaboran actualmente en TE ACOMPAÑA.

Lo que más solicitan es (CONCLUSIÓN):

- Información sobre soledad y recursos.
- Ayuda social / económica.
- Información general.
- Acompañamiento soledad (conversación).
- Acompañamiento presencial (citas médicas, gestiones).
- Orientación situación administrativa.
- Orientación sobre soledad y como combatirla.
- Voluntariado.

5.9. Voluntariado

El voluntariado es el soporte fundamental de TE ACOMPAÑA: es fuente de escucha y acompañamiento para reducir la soledad y el aislamiento de la persona y propiciar un nexo con la comunidad.

Son personas con competencias digitales y habilidades sociales que realizan esta labor de acompañamiento a personas en situación de aislamiento

y/o soledad no deseada de forma virtual, conectados a la plataforma de atención desde su propio domicilio.

- Necesitamos incorporar más personas voluntarias para ayudar a personas que necesitan información y en algunos casos un rato de compañía.
- Desde Cruz Roja facilitamos recursos formativos y soporte para realizar la actividad.
- Formar parte de un equipo humano diverso y excepcional: una experiencia única.

Todos los indicadores nos hacen ver que la soledad no deseada es un problema creciente. Muchas personas viven en esta situación, que implica no solo problemas de salud mental, sino otros muchos problemas, hasta el punto de que podemos hablar de la soledad no deseada como una cuestión de salud pública.

Pero, además, el problema de la soledad no deseada es un tema que interpela a la bioética. Por eso, la Cátedra de Bioética de la Universidad Pontificia Comillas y Ballesol organizaron unas jornadas para tratar la cuestión en abril de 2023. Este libro contiene gran parte de las ponencias que allí se pronunciaron.

En esta publicación se encuentran las contribuciones de Gonzalo Aza y de Sacramento Pinazo para conocer y definir las soledades y sus factores de riesgo; y hacer de ellos una lectura antropológica. Por su parte, Andrés Losada, Cristina Huertas y Lucía Jiménez, de la Universidad Rey Juan Carlos; y Marisa Magaña del Centro de Escucha San Camilo, mostrarán la otra cara de la soledad no deseada, la del cuidador. Por último, Pilar Serrano, del Ayuntamiento de Madrid y Joaquín Pérez, de Cruz Roja, describen estrategias de afrontamiento.

Solo cuando vivir en soledad es un acto voluntario, se vive con dignidad. Cuando no lo es, se lleva una vida indigna. Este es el punto de partida: la dignidad de la persona.

