



*LA SOLEDAD NO DESEADA EN LAS PERSONAS
MAYORES: conceptualización, prevalencia, factores
de riesgo e intervención profesional*

Trabajo Fin de Grado de Trabajo Social

Ariadna Pasqual Garau

Tutora: Rosalía Mota López

Universidad Pontificia de Comillas

28 de abril de 2023

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, por estar a mi lado en cada paso, apoyarme durante toda la carrera y celebrar cada logro.

En especial a mi madre, por calmarme en mis peores momentos y armarse de paciencia.

A mi padre, por estar presente siempre, sacar fuerzas y luchar por nosotros, esto es de los dos.

A mi hermana, por aguantar mis agobios y empujarme a dar lo mejor de mí, siempre.

A mi hermano, por confiar en mí.

Tampoco me puedo olvidar de mis tíos y primas, Diana, Jorge, Lucia y María, que me abrieron las puertas de su casa y me han dado un refugio durante todos estos años, hasta en época de exámenes, que no es fácil.

A mis abuelos, por inspirarme y enseñarme tanto, espero que estéis muy orgullosos. A mi tía Sandra, ahora colega de profesión, gracias siempre por tu ayuda.

Gracias también a todos mis compañeros y amigos, por estar unidos todos estos años, por apoyarnos, calmarnos y acompañarnos hasta cuando nadie podía por sí solo.

Por último, gracias a todos los profesores que han ido pasando por nuestro lado estos años, y que tanto nos habéis enseñado. Sobre todo gracias a la tutora de este trabajo, Rosalía, por haberme guiado durante todo este proyecto, por tu implicación y paciencia. No lo habría logrado sin tu ayuda.

Millones de gracias a todos los que estéis leyendo esto, espero que os guste.

RESUMEN:

La pandemia del Covid-19 sacó a la luz varias realidades sociales que, con los años, en mayor o menor medida, habían pasado desapercibidas y entre ellas se encuentra la soledad. La soledad es un concepto-multidimensional, y este trabajo se ha focalizado en la soledad no deseada. La soledad no deseada se ha convertido en un problema de salud pública que preocupa a toda la población, pero que puede afectar en mayor medida a las personas de más edad. Es muy importante distinguir la soledad no deseada del aislamiento social. En el trabajo se conceptualizan las diferentes acepciones de soledad, se ofrecen datos sobre su prevalencia en estos grupos de más edad y se elabora un perfil de riesgo. Además, mediante una experiencia de sistematización se relata una experiencia laboral en este ámbito y se destaca el papel indispensable que tenemos los trabajadores sociales en la intervención contra la soledad no deseada que concierne a las personas de más edad. Asimismo, se crean unos informes sociales partiendo de perfiles significativos desde el punto de vista de la incidencia de la soledad no deseada en las edades más tardías.

PALABRAS CLAVE: soledad no deseada, soledad subjetiva, aislamiento social, adultos de más edad, intervención profesional.

ABSTRACT:

The Covid-19 pandemic brought to light several social realities that, over the years, to a greater or lesser extent, had gone unnoticed, and among them is loneliness. Loneliness is a multidimensional concept, and this paper has focused on unwanted loneliness. Unwanted loneliness has become a public health problem of concern to the entire population, but it can affect older people to a greater extent. It is very important to distinguish unwanted loneliness from social isolation. The paper conceptualizes the different meanings of loneliness, provides data on its prevalence in these older groups and develops a risk profile. In addition, by means of a systematization experience, a work experience in this field is reported and the indispensable role of social workers in the intervention against unwanted loneliness concerning older people is highlighted. Furthermore, social reports are created based on significant profiles from the point of view of the incidence of unwanted loneliness in later ages.

KEY WORDS: aloneness, subjective loneliness, social isolation, older adults, professional intervention.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	5
2. OBJETIVOS Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	6
3. METODOLOGÍA	8
4. LA SOLEDAD	9
4.1 ¿DE QUE HABLAMOS CUANDO NOMBRAMOS A LA SOLEDAD?.....	9
4.2 DISTINCIÓN ENTRE SOLEDAD Y AISLAMIENTO.....	14
5. LA SOLEDAD NO DESEADA EN LAS EDADES MÁS AVANZADAS.....	16
5.1 PREVALENCIA	16
5.2 PERFILES DE RIESGO.....	17
5.3 EFECTOS Y CONSECUENCIAS DE LA SOLEDAD NO DESEADA.....	21
6. EL TRABAJO SOCIAL Y LA SOLEDAD NO DESEADA EN LAS PERSONAS MAYORES.....	23
6.1 EL MARCO PROGRAMÁTICO EN LA INTERVENCIÓN CONTRA LA SOLEDAD NO DESEADA EN PERSONAS MAYORES.....	23
6.2 SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIA	27
6.2.1 SELECCIÓN DE LA EXPERIENCIA	27
6.2.2 RELATO INICIAL DE LA EXPERIENCIA.....	28
6.2.3 PROPÓSITOS Y OBJETIVOS.....	29
6.2.4 ENFOQUES TEÓRICOS.....	30
6.2.5 DESCRIPCIÓN ANALÍTICA DE LA EXPERIENCIA.....	32
6.2.6 INTERPRETACIÓN CRÍTICA.....	36
6.3 ANÁLISIS SOCIAL DE CASOS	42
CASO 1:.....	42
CASO 2:.....	47
7. CONCLUSIONES	50
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54

1. INTRODUCCIÓN

Hoy en día nos encontramos en el seno de una sociedad que avanza cada vez más rápido y donde priman valores más individualistas y materiales. Esta nueva forma de vivir que estamos adoptando, junto con la pandemia del Covid-19, ha sacado a la luz un problema que ha existido siempre, aunque en su mayor parte de manera silenciosa: la soledad. (Rueda, 2018)

Es una realidad muy amplia que abarca una variedad de experiencias distintas, por ejemplo, no es lo mismo estar solo que sentirse solo (Palma-Ayllón E & Escarabajal-Arrieta, 2021). Mayormente, cuando no es un estado buscado suele acarrear efectos negativos en las personas que la padecen, y con ello nos estamos refiriendo a la soledad no deseada (Yanguas, 2021).

A pesar de que la soledad puede aparecer en cualquier momento del transcurso vital de una persona, está relacionada con el paso de los años (Pinazo-Hernandis y Bellegarde, 2018). Las personas de más edad son más vulnerables a experimentar ciertos factores y transiciones vitales que pueden ir asociados a la soledad de alguna manera, como son la pérdida de amigos y seres queridos, vivir solo o la disminución de capacidades, entre otras (Organización Mundial de la Salud, 2015; Vázquez, 2019)

La posible explicación de la soledad durante el envejecimiento no puede ser solo explicada por los cambios normativos que se producen en este periodo, sino que también, a veces, en un mundo donde prima el individualismo y el materialismo, buscamos satisfacer nuestras necesidades y deseos de manera rápida e inmediata, esto se enfatiza en la idea de la sociedad líquida de Bauman en cuanto a la filosofía de vida que tenemos hoy en día, donde nuestras relaciones han pasado a ser superficiales y transitorias, mostrando un menor nivel de compromiso (2007, como se citó en Ayuntamiento de Barcelona, 2021; Killeen, 1998).

El estudio de la soledad es de alarmante importancia pues las cifras indican que un 68'4% de ellas percibían algún tipo de soledad. (Yanguas, 2021). Tanto es así, que se ha llegado a catalogar y considerar como un problema de salud pública, pues ya es una realidad habitual en nuestra sociedad (Rueda 2018). Además, en términos generales más del 60%

de la población considera que las personas de edades más avanzadas son el colectivo que padece más la soledad no deseada (40dB, 2023).

Es por lo que, como objeto de estudio, vamos a tratar de abordar la soledad no deseada que sufren las personas mayores, para finalmente apuntar algunas características de la intervención profesional con el fin de reducir el problema. Debido a la magnitud del asunto, se debe optar por una propuesta de intervención integral, es decir, no debemos únicamente actuar cuando la persona ya tiene el problema, sino que de igual forma es de vital importancia la prevención para que esto no llegue a suceder, compromiso que debiera extenderse a toda la sociedad, pues de alguna manera nos afecta a todos, pero para llegar a concienciarnos de ello, es también de vital importancia realizar un trabajo previo de sensibilización acerca de la incidencia y, a su vez, negatividad del problema. (Marsillas et al., 2022; Pinazo-Hernandis y Bellegarde, 2018)

En mi caso, no fui consciente de la dimensión de esta realidad hasta que me topé con ella durante mi experiencia en prácticas como trabajadora social en el sector sanitario, donde no solo la pude conocer desde las propias personas mayores que la sufrían, sino que realmente fue en ese momento cuando fui consciente de la cantidad de personas que afecta y las consecuencias que tiene sobre ellas. Es por eso, que me parece una temática de especial relevancia a tratar. Con esta investigación espero poder contribuir de alguna forma a que el problema disminuya, o bien, la gente esté más sensibilizada sobre la materia de la soledad, en especial la soledad no deseada que concierne a tantos mayores.

2. OBJETIVOS Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

El propósito fundamental de este estudio es realizar un análisis de la prevalencia, factores de riesgo y consecuencias de la soledad no deseada en las personas mayores, para poder reflexionar y apuntar algunos perfiles de la intervención profesional prevenir y/o paliar la soledad no deseada en las personas de más edad. Para ello el trabajo se plantea los siguientes objetivos específicos:

- Explicar el concepto de soledad y sus distintos tipos, profundizando en la soledad subjetiva no deseada.
- Diferenciar la soledad del aislamiento social.

- Presentar datos sobre prevalencia de la soledad no deseada de los adultos de más edad, y el perfil de estas personas.
- Conocer cómo afecta la soledad no deseada en las personas mayores y los factores de riesgo asociados.
- Explorar las posibilidades de desempeño profesional de los trabajadores sociales en el ámbito de la prevención e intervención contra la soledad no deseada.
- Mostrar el uso de la herramienta profesional del informe social en el análisis, el diagnóstico y la intervención en el ámbito de la soledad no deseada de las personas mayores.

Conjuntamente, a lo largo del estudio trataremos de dar respuesta a las siguientes preguntas:

- ¿Qué tipos de soledad hay y cuáles son sus diferencias?
- ¿El aislamiento social es sinónimo de soledad?
- ¿Estar solo es lo mismo que sentirse solo?
- ¿Cuántas personas de más edad experimentan situaciones de soledad?, ¿cuál es la prevalencia de la soledad no deseada en estos tramos de la vida?, ¿Quiénes son, cuáles son sus características?
- ¿Qué características están relacionadas con la soledad no deseada en los adultos de edad avanzada?
- ¿La soledad tiene consecuencias negativas para la salud?
- ¿Por qué las personas mayores son más vulnerables a sufrir soledad no deseada?
- ¿Cuál es el papel del trabajo social en este ámbito de intervención?
- ¿Qué herramientas profesionales tienen a su disposición?

3. METODOLOGÍA

El trabajo tiene una naturaleza exploratoria basándose en una metodología fundamentalmente de búsqueda documental, siendo el objeto de estudio la soledad no deseada que sufren las personas mayores.

Una primera parte consiste en una revisión bibliográfica a partir de información recogida de artículos, tesis, protocolos e informes acerca de la soledad, extrayendo su definición y sus distintas clases o perspectivas. Luego, de manera más concreta nos hemos centrado en la soledad no deseada y en el binomio de esta con las personas de más edad. Se exponen datos acerca de la prevalencia en este grupo, factores de riesgo y efectos y consecuencias negativas que puede tener la soledad no deseada en los más mayores. También se ha comprobado bibliografía sobre qué entendemos por mayores y/o vejez y por qué suponen un factor de riesgo para percibir soledad e incluso, cómo se ha estado interviniendo hasta ahora. También se abarca papel de los trabajadores sociales en la intervención contra la soledad no deseada desde un espacio sociosanitario.

Toda esta información se ha recabado de distintas fuentes como el repositorio institucional de Comillas (*Ebsco Discovery Service*), Google Académico, el repositorio institucional de la salud, ELSEVIER, Dialnet, el Instituto de mayores y servicios sociales, el repositorio de publicaciones de la European Commission, la página de la Cruz Roja, el Ayuntamiento de Madrid, el Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada, la Asociación española contra la soledad, la revista internacional de sociología y en el servicio de investigación e información social, triangulando los conceptos mencionados con anterioridad para llegar a nuestra temática de interés. De esta manera se han conseguido un total de 70 documentos aproximadamente, los cuales han sido detenidamente leídos y analizados para poder exponer la información que nos interesa a continuación.

A lo largo de la investigación se han presentado algunos datos estadísticos para mostrar la prevalencia del hecho. Estos han sido extraídos de estudios, informes y encuestas y expuestos en forma de datos secundarios.

En una segunda parte del trabajo se ha seguido una metodología de sistematización de experiencias, que se ha empleado como método de teorización sobre la práctica y de construcción de conocimientos. Se ha ordenado, reconstruido y reflexionado sobre los sentidos, las lógicas y los resultados de una experiencia de prácticas curriculares en el ámbito del trabajo social hospitalario con personas de más edad. El objetivo ha sido doble. Por una parte, contribuir a la conceptualización y comprensión del campo temático de la soledad no deseada en las etapas más avanzadas de la vida. Por otra parte, describir, documentar e interpretar críticamente el desempeño del trabajo social en ese espacio profesional, a partir de una experiencia de intervención en una realidad social.

Finalmente, se ha llevado a cabo un estudio de casos. Utilizando la estructura y contenidos del informe social como herramienta profesional, se han elaborado informes sociales sobre adultos de más edad en situaciones de soledad no deseada, que se describen y analizan desde el contexto profesional del Trabajo Social, vinculándolos con las categorías teóricas y analíticas expuestas en los primeros capítulos. Cada caso responde a una situación de soledad no deseada en las etapas vitales más avanzadas, con sus peculiaridades y características específicas, procurándose que exista diversidad entre ellos.

4. LA SOLEDAD

4.1 ¿De que hablamos cuando nombramos a la soledad?

La soledad es un fenómeno que cada vez sufren más personas y por ende cada vez es más común. Se trata de un concepto muy complejo de definir ya que se puede entender desde una multitud de perspectivas diferentes.

No podemos definir la soledad sin nombrar a los primeros autores pioneros como Weiss, Peplau y Perlman, que en los años 70 y 80 ya comenzaron a explorar este concepto (Pinazo-Hernandis & Donio-Bellegarde, 2018). Weiss (1973, como se citó en Lázaro et al., 2022) definía la soledad como la percepción de falta de relaciones con otras personas y que se podía experimentar en cualquier etapa de la vida. Peplau y Perlman (1981) definen el sentimiento de soledad como “una experiencia desagradable que ocurre cuando se percibe que la red de relaciones sociales de la persona es deficiente en algún

aspecto importante, cuantitativa o cualitativamente” (p.32). A estos importantes autores les siguió De Jong Gierveld (1987), que, en la misma línea, entiende la soledad cuando la calidad e intimidad de las relaciones no son lo que se esperan, es decir, cuando la persona siente unas carencias en sus relaciones, así como cuando tiene menos relaciones de las que desea.

Se puede observar como todos estos autores coinciden en una definición subjetiva de soledad, para la cual, la soledad se experimenta cuando hay una disconformidad entre las expectativas sociales que yo tengo, las relaciones sociales que quiero tener, tanto en términos de cantidad como de calidad y, las que objetiva y realmente tengo.

Por otro lado, Weiss una vez definida la soledad desde una experiencia subjetiva, planteó una distinción entre dos tipos de soledad subjetiva, la social y la emocional. La “*soledad subjetiva emocional*” hace referencia al sentimiento subjetivo de falta de apego en las relaciones íntimas significativas, es decir, se refiere a la sensación de falta de otras personas con las que estar en intimidad aun cuando se está en compañía de otras personas. La “*soledad subjetiva social*” se entiende como la percepción ante la ausencia de una adecuada red social al descender el contacto con las relaciones sociales por diferentes motivos, se vive como una falta de conexión social, de pertenencia. Por tanto, ambos tipos se basan en la percepción subjetiva de estar solo (1973, como se citó en Peplau y Perlman, 1981; Lorente, 2017; Pinazo-Hernandis & Donio-Bellegarde, 2018).

La soledad emocional puede surgir cuando una persona siente que no puede compartir sus pensamientos, sentimientos o experiencias con los demás, o cuando no se siente comprendido o apoyado por las personas que lo rodean. La soledad subjetiva se vincula con la percepción según el significado individual y la relevancia de esa necesidad que cada persona la vivirá y considerará de una manera distinta, es decir, si se cumplen o no sus expectativas de interacción.

Estas analogías se verán luego reflejadas en el trabajo de Castro (2015), que propone una nueva división entre soledad objetiva, soledad emocional y soledad social sintónica. La “*soledad objetiva*” como la tenencia o carencia de conexiones sociales, es decir, aislamiento social, concepto en el que se incidirá más adelante. La “*soledad emocional*” varía en función de la percepción de cuidado que cada uno recibe de su red social, y la

“*soledad sintónica*” la explica como la falta de consonancia o conformidad que uno siente en sus relaciones (Pinazo-Hernandis & Donio-Bellegarde, 2018). Es decir, estas dos últimas se diferenciarían de la primera en tanto en cuanto se enmarcarían en una perspectiva subjetiva en función de lo que percibe y siente el individuo. Efectivamente, la distinción que hace Castro, aunque lo denomine de forma diferente, vuelve a incidir en la diferencia de soledad subjetiva emocional y social de Weiss.

Cuando hablamos de soledad, lo primero que se nos viene a la cabeza es que es una experiencia negativa. No obstante, al ser la soledad una realidad muy amplia y multidimensional, esta puede ser tanto positiva como negativa. Para entender esto, es crucial que distingamos entre dos tipos de soledad: soledad deseada o elegida, y soledad no deseada (Castro, 2010) Esta distinción, se debe poner en relación con la diferenciación entre la soledad objetiva y subjetiva.

La complejidad reside especialmente en la soledad subjetiva, siendo esta la percepción de sentirse solo, aunque se esté rodeado de personas, debido a la percepción de falta de conexión emocional con los demás. La soledad objetiva, se refiere a la situación real de ausencia, escasez o limitación de relaciones, sinónimo de aislamiento social. Esta no tiene por qué suponer una vivencia de malestar en el individuo dado que, puede deberse a una soledad deseada por la propia persona, pues a todos en algunos momentos de nuestra vida nos gusta estar solos, ya que es un momento para desconectar y pensar. Sin embargo, la soledad subjetiva siempre suele ir asociada a un componente de malestar.

Desde la soledad elegida, buscada o deseada, esta sería vista como una experiencia agradable, deseable e incluso a veces hasta beneficiosa (Fantova, 2019). Pues, no debemos olvidar que la soledad cuando es elegida por la persona también es una condición natural, esencial y necesaria del ser humano (Delgado y González, 2019; Bermejo-Higuera, 2003).

El problema aparece cuando este sentimiento subjetivo es no deseado, pues es la que conlleva sentimientos negativos y desagradables desde un punto de vista subjetivo y personal. La soledad no deseada se siente cuando las personas no pueden satisfacer sus necesidades de interacción social, ya sea porque no disponen de ellas (soledad objetiva) o porque no están conformes con la cantidad y calidad de sus interacciones sociales

(soledad subjetiva), y de ningún modo es por voluntad propia (Castro, 2010; Rueda, 2018).

Al ser la soledad una experiencia subjetiva, no se puede entender sin los valores culturales, que aportan un valor diferencial al componente relacional, y por tanto al significado o forma de comprender la soledad para cada individuo. Es decir, la soledad es una construcción social (Yanguas et al., 2018; IMSERSO, 2021). Es importante incidir en que la soledad subjetiva tampoco se puede entender sin una referencia a las variables de personalidad, del momento vital que se encuentre viviendo el sujeto, o de la atribución de los roles esperados y/o deseados.

Otros autores como Bermejo parecen ofrecer una visión más detallada de lo anteriormente expuesto. Añade que la soledad es un estado psicológico, derivado de una serie de pérdidas a nivel personal junto con una reducción de sus actividades sociales (2010, como se citó según Rueda, 2018), entendiéndolo como una reciprocidad entre la soledad social y soledad emocional. De nuevo, la complejidad de este concepto reside en que no es tanto la situación física que la acompaña, sino que en su mayor medida tiene un importante componente psicológico, lo que conlleva una interpretación subjetiva dependiendo de la mirada de cada persona (Rueda, 2018).

Al igual que Perlman y Peplau (1981) definen la soledad como una experiencia de carácter negativo, Madoz la describe como un sentimiento de malestar al sentir un rechazo en cuanto a las interacciones con los demás, haciendo que las personas lo puedan llegar a percibir como una forma de exclusión (1996, como se citó según Rodríguez Martín, 2009). Se ha llegado incluso a definir la soledad como un “*dolor social*” comparable al dolor físico, y que, de igual forma “sirve para protegernos del peligro de permanecer aislados”, así lo plantean Caccioppo y Patrick (2008, como se citó según Yanguas et al., 2020 p.68), pues de alguna forma esta sensación sirve como estímulo para tratar de salir de ella y ponerse en relación con los demás.

Otros autores también se aventuraron a ampliar el concepto diferenciándolos por su estacionalidad o duración. Por un lado, Peplau y Perlman (1981) distinguían entre “*estado*” y “*rasgo*” de soledad, en función de la duración o cronicidad de la experiencia, respectivamente (1981). Más tarde, Young (1982) profundizó en función de la duración

que tenía la soledad, pudiendo ser crónica, situacional o pasajera (Lorente, 2017; Perlman & Peplau, 1981; Pinazo-Hernandis & Donio-Bellegarde, 2018). La “*soledad crónica*” es la experiencia duradera de disconformidad con las relaciones sociales. La “*soledad situacional*” tiene un carácter temporal pues surge tras ciertos acontecimientos vitales que rompen el bienestar, como pueden ser periodos de pérdida de salud. En última instancia, la “*soledad pasajera*” no son más que breves y puntuales sentimientos de soledad. (Lorente, 2017; Pinazo-Hernandis & Donio-Bellegarde, 2018; IMSERSO,2021)

De manera muy similar, Hawkley y Cacioppo recogen la “*soledad aguda*” como una experiencia temporal que cesa cuando se reparan los sucesos que la provocaron; y la “*soledad crónica*” como una situación en la que el individuo tiene una tendencia a experimentar este tipo de sentimientos, tal y como expusieron en un principio Peplau y Perlman (2009, como se citó según Pinazo-Hernandis & Donio-Bellegarde, 2018).

Debido a la complejidad y multidimensionalidad de la soledad, he tratado de definirla desde las perspectivas y enfoques de varios autores, cada uno aportando distintas aproximaciones al constructo. Por tanto, tras esta exposición se pueden destacar varios aspectos relevantes:

Concluimos pues, que la soledad tiene un importante peso cognitivo, característico de cada persona, siendo una experiencia mayormente individual y subjetiva. Esta experiencia es generalmente percibida internamente como negativa o desagradable, llegando incluso a ser considerado un problema social (Fantova, 2019). Y es que, no solo se trata de percibir una incongruencia entre su número de relaciones y el deseado por cada persona, sino que también se puede dar el hecho que, a pesar de tener interacciones, estas no lleguen al nivel de intimidad deseado por cada persona, lo que conlleva ese sentimiento de malestar emocional que caracteriza a la soledad, es decir, tiene que ver tanto con la calidad como con la cantidad (de Jong-Gierveld, 1987; Perlman & Peplau, 1981).

No debemos olvidar que somos seres sociales, y, por lo tanto, como está dentro de nuestra condición humana la necesidad de interactuar y tener relaciones con otras personas, puede ser algo inherente a nuestra condición que en algún momento nos percibamos solos (Rueda, 2018).

4.2 Distinción entre soledad y aislamiento

Estar aislado y soledad son palabras que se suelen ver interrelacionadas entre ellas, generando una gran confusión, pues a menudo se tiende a decir que son sinónimos entre ellas, pero la realidad es que son realidades muy diferentes (López-Doblas y Díaz, 2018). Comprender la distinción entre soledad y aislamiento social puede ayudarnos a desarrollar una comprensión más profunda de las experiencias biográficas de las personas y desarrollar estrategias efectivas para mejorar su bienestar social y emocional.

El aislamiento social, se puede definir y explicar como la realidad objetiva de falta de contacto social o de relaciones mínimas con los demás, coincidiendo con la soledad objetiva (de Jong-Gierveld, et al., 2006).

Se debe prestar especial atención ante estas situaciones pues se pueden dar mediante dos condiciones: aquellas en que este modo de vida ha sido determinado por elección propia de la persona, es decir, es una decisión voluntaria, lo cual no produciría sentimientos de soledad; o bien, se encuentra viviendo bajo esas condiciones de aislamiento por motivos personales, laborales, económicos, sociales, de salud, de convivencia con terceros, entre otros, que suponen una falta de oportunidades para interactuar con otras personas. Dependiendo del nivel de voluntad y decisión que haya tenido el mayor en la situación podremos referirnos a soledad elegida o no elegida (Rodríguez y Castro, 2019).

El aislamiento social sin elección es soledad no deseada (Killen, 1998). Esta situación no querida de la falta objetiva de las redes y relaciones conduce a la soledad subjetiva, ya que hay una valoración de la situación que la persona hace sobre su situación, en tanto en cuanto no haya sido una decisión deseada por la persona (Pinazo-Hernandis & Donio-Bellegarde, 2018)

El sentimiento de soledad puede ser una interpretación subjetiva del estado de aislamiento social (Yanguas, 2018). Dicho de otra forma, la soledad que se siente ante esa falta de relaciones, como experiencia dolorosa, si puede deberse a una situación de aislamiento social en la medida en que esta situación no sea deseada por la persona (Delgado y Gonzalez, 2019; IMSERSO, 2021). De igual manera, este sentimiento doloroso también

puede surgir, aunque las personas estén acompañadas, cuando una persona siente que no es comprendida, apoyada o aceptada por su entorno social. (Rodríguez, 2009).

En inglés la terminología es mucho más amplia, recibiendo cada estado una conceptualización distinta. Se utiliza *loneliness* para referirse a la soledad subjetiva no deseada; *aloneness*, para la situación de estar solo de forma no deseada o involuntaria; *social isolation* para aislamiento social. El problema no es que en España no diferenciamos entre estos conceptos, sino que tendemos a englobarlos todos bajo el término de soledad, lo que puede dar lugar a malentendidos (Baarck et al., 2021)

Siguiendo estas diferenciaciones, es importante distinguir también otros términos que se tienden a asociar con la soledad como son “estar solo”, “vivir solo” y “sentirse solo”. La situación de “vivir solo” tiene bastante controversia pues en ocasiones es un factor de riesgo, pero en otras también puede ser una situación totalmente voluntaria y elegida por el sujeto, sin que implique necesariamente estar solo o aislado socialmente ni sentir esa soledad, pues únicamente se está refiriendo en términos de convivencia (Marsillas et al., 2022; Palma-Ayllón & Escarabajal-Arrieta, 2021).

Por otro lado, “estar solo”, se podría vincular con la situación de aislamiento social, es decir, una realidad objetiva donde la interacción con los lazos sociales es mínima. Esta puede ser una situación deseada, en la que no cabría apreciar una percepción subjetiva de soledad, es decir, de sentirse solo. No obstante, si la situación de estar solo ha sido derivada por causas forzosas no voluntarias, si valiera hablar de una situación de soledad no deseada (Palma-Ayllón & Escarabajal-Arrieta, 2021; Pinazo-Hernandis & Donio-Bellegarde, 2018).

En última instancia, “sentirse solo” es como una experiencia subjetiva, emocional y no deseada, que se puede sentir incluso estando acompañados, y se describe como una vivencia negativa de malestar y angustia (Marsillas et al., 2022; Yanguas, 2018; Castro, 2010). Por tanto, sentirse solo no es sinónimo de estar solo ni tiene que estar siempre relacionado con estar solo, al igual que tampoco tiene una correlación con vivir solo.

El objeto de mi TFG se centra en el sentimiento de soledad subjetiva no deseada, en relación con la edad.

5. LA SOLEDAD NO DESEADA EN LAS EDADES MÁS AVANZADAS

5.1 Prevalencia

Tal como se refleja en el informe de personas mayores de 2018 a partir de una encuesta realizada en 2010 con una muestra representativa de 2.500 personas de 65 años o más, a las que se les preguntó “¿cuándo se siente usted más solo?”, el 65’1% de las personas mayores reconocieron haber sentido momentos de soledad. De este total, un 11’4% apuntaron que se sentían solas durante todo el día, mientras que los restantes refirieron momentos específicos de soledad. Dentro de esta misma encuesta, también se pudo observar como la soledad es uno de los aspectos que más preocupa en las personas mayores, pues se recogió que el 27’2% de las personas manifestaron preocupación por envejecer a causa de la soledad y el 29’9% apuntó que consideraban que la principal necesidad de las personas mayores en el panorama actual era tratar de evitar la soledad (IMSERSO, 2021).

Años más tarde, el Programa de Personas Mayores de la Obra Social “la Caixa” realizó durante 2 meses de 2018 una encuesta telefónica para evaluar tanto la red social de las personas de más edad como recabar más datos acerca de la soledad social y emocional en distintas ciudades siguiendo la definición aportada por Weiss en base a estos dos conceptos. Los datos confirmaron como a medida que aumenta la edad se produce un aumento de la soledad y, se obtuvieron mayores niveles de soledad emocional que social. Destacan los altos niveles en individuos de más de 65 años (el 39,81 % manifiesta soledad emocional y el 29,14 %, soledad social) y, de 80 o mayores (el 48 % indica soledad emocional y el 34,83 %, soledad social) (Yanguas, 2021). Esta misma fundación, también entrevistó a más de 14.000 personas que acudían a Centros de Mayores, de las cuales un 68’5% de ellas declaró sentir soledad y un 14,8% de la muestra definía esa situación de soledad no deseada como grave o muy grave (Yanguas, 2021).

Es necesario distinguir el contexto cultural en el que viven las personas mayores, pues de los distintos países en el que se encuentren estas se observaran importantes diferencias en sus condiciones de vida, de la misma forma, de la cultura dependerá los valores y significados que le den no solo a la soledad como un sentimiento negativo, sino también a la importancia percibida del apoyo e interacción social (IMSERSO, 2021; Pinazo-Hernandis & Donio-Bellegarde, 2018; Sánchez-Rodríguez et al., 2014).

Siguiendo esta perspectiva se han llevado a cabo numerosos estudios que aportan diferencias en este sentido entre España y Países Bajos y que podrían explicar las prevalencias en las tasas de soledad (Sánchez-Rodríguez et al., 2014). Por un lado, en los países del sur de Europa y Europa central priman valores relacionados con la interdependencia social y familiar. En cambio, en el norte de Europa, siguen unos valores más individualistas, y sus expectativas sociales acerca de las relaciones con otras personas son mucho menores. En consecuencia, en España y el sur de Europa las normas sociales fomentan en mayor medida las interacciones sociales interpersonales, con lo que tanto su ausencia como las expectativas que tienen las personas acerca de su cantidad y calidad pueden dar lugar a una mayor soledad percibida (Hansen & Slagsvold, 2016). De acuerdo con diferentes encuestas realizadas en el ámbito internacional que se pueden consultar en el Informe de personas mayores de 2018, se observa que los rangos de prevalencia de soledad se encuentran en torno a un 30-55% en Europa Central y del Este, frente a un 10-20% entre el Norte y Oeste de Europa.

Por ello, el sentimiento de soledad tiene una incidencia mayor en los países con valores familiares como son España y el sur de Europa, donde esos lazos son más fuertes y el sentido de pertenencia es central a todos los individuos, por tanto, la tolerancia hacia el aislamiento social o vivir solo es menor, y con ello puede aumentar la soledad. Contrariamente, países como Suiza, Dinamarca y Suecia, considerados más individualistas, tienen menores sentimientos de soledad y más tolerancia a esta, pues no les dan la misma importancia a las relaciones sociales que nosotros y por tanto, perciben este sentimiento de manera distinta (Baarek et al., 2021; del Barrio et al., 2010; Forjaz & Rodríguez-Blázquez, 2021; Sánchez-Rodríguez et al., 2014).

5.2 Perfiles de riesgo

Los factores de riesgo detectados van desde variables sociodemográficas como puede ser la mayor edad, el género, el estado civil y el nivel de estudios; pero también interactúan con estas causas estructurales y políticas que pueden ser edadistas. Otros factores de riesgo incluyen niveles de salud, nivel socioeconómico, apoyo social, barreras arquitectónicas y crisis asociadas al envejecimiento como pudiera ser una crisis de identidad por la pérdida de roles previos o crisis de salud por la aparición de enfermedades.

Todo este conjunto de factores trata de construir un perfil de mayores asociados a la soledad no deseada (Aartsen & Jylhä, 2011; Camargo-Rojas & Chavarro-Carvajal, 2020; Porta y Fontanillo, 2021).

Con el aumento de la edad se puede sufrir una rotura de lazos y disminución de las relaciones. Nos referimos a ellas como circunstancias comunes y normativas, pues son eventos típicos propios de esta etapa de la vida, tales como: la viudedad o jubilación, entre muchos otros factores, no solo personales, sino también sociales, culturales y de salud que explicaré más adelante, y que pueden llevar a experimentar la soledad no deseada en estas personas más adultas. (Bermeja & Ausín, 2017; Roncero & González-Rábago, 2021).

A medida que las personas envejecen predominan las circunstancias que conllevan pérdidas de relaciones como son el fallecimiento del cónyuge o de amistades y seres queridos. La viudedad obliga a las personas a aprender a vivir sin compañía, lo que puede llevar a la soledad. Aquellas personas que no han tenido pareja durante un tiempo prolongado antes de llegar a las edades más avanzadas comparten niveles inferiores de soledad que aquellos adultos viudos o separados (Castro, 2010; Pinazo-Hernandis, 2020; Porta y Fontanillo, 2021).

En cuanto al género existe una gran controversia al respecto, pero se tiende a señalar que la soledad tiene una predominancia mayor en mujeres que en hombres. Según el Estudio de salud de la ciudad de Madrid realizado por Madrid Salud en 2018, el sentimiento de soledad prevalece un 11,52% frente a un 6,2% en hombres mayores de 65 años. Esto puede deberse a que la esperanza de vida de las mujeres tiende a ser mayor, habiendo más mujeres viudas que hombres o bien, que reconocen más fácilmente situaciones de soledad, o que al perder el rol como madres o esposas pueden percibir mayores sentimientos de soledad (López-Doblas, 2005; Lozano & Gallardo, 2022; Rodríguez-Martín, 2009).

En este periodo de edad, eventos vitales como la jubilación también conllevan una disminución de las relaciones con personas con las que se mantenía un contacto diario. Por eso, participar activamente en la comunidad mediante asociaciones o voluntariados y realizar actividades de ocio y tiempo libre son un factor de protección contra la soledad en los mayores. La ausencia de estas actividades, junto con la lejanía con los familiares y

sociales, puede producir situaciones de aislamiento que pueden despertar sentimientos de soledad (Asociación Bienestar y Desarrollo, s. f.; Castro Blanco, 2010; Pinazo-Hernandis, 2020).

Igualmente, el deterioro de salud puede causar problemas que limiten la movilidad de la persona o conlleven problemas y deterioros cognitivos que dificultan la interacción, tal como ocurre en situaciones de dependencia. (Castro, 2010; IMSERSO, 2021)

Por otro lado, un bajo nivel educativo y socioeconómico también son variables sociodemográficas asociadas a la soledad, pues las posibilidades de participación social son menores (Camargo-Rojas & Chavarro-Carvajal, 2020)

A pesar de la distinción entre vivir solo y estar solo, se ha demostrado que la forma de convivencia también interactúa con los niveles de soledad, mostrando una prevalencia mayor de sentimiento de soledad aquellas personas que viven solas, tanto en los lugares urbanos como rurales. El porcentaje de viviendas unifamiliares por personas mayores de 65 años ha aumentado exponencialmente, alcanzando actualmente según los datos del IMSERSO del 2018, un 23'48%, lo que se traduce en más de dos millones de personas, el valor más alto nunca recogido. Unido con lo anterior, los datos demuestran que hay un mayor número de mujeres en viviendas unipersonales. No obstante, debemos recordar que no existe una relación directa y unívoca entre ambas variables. No es lo mismo haber elegido vivir solo por voluntad propia que por las situaciones de la vida como pudiera ser la viudedad (López-Doblas, 2005; Porta y Fontanillo, 2021).

En lo que respecta a aquellos que se encuentran institucionalizados en residencias, a menudo experimentan soledad debido al aislamiento de su entorno habitual y la falta de contacto con sus seres queridos y comunidad. Más del 50% de las personas de más edad que residen en instituciones expresan sentirse solos (Porta y Fontanillo, 2021).

Un estudio expone la ocurrencia de estos perfiles de riesgo. La Encuesta de Salud de 2017 expone que el 9'24% de la población mayor de 65 años siente soledad. Los mayores que viven solos son el 27,5%, de entre los cuales el 19,7% se siente solo; y de los que no viven solos también padecen soledad el 5,3%. Luego, el sentimiento de soledad es mayor entre las mujeres que entre los hombres, obteniendo un 11,5% frente a un 5,7%. Por otro lado,

la diferencia en cuanto a la soledad y nivel de estudios es de un 15,9% en comparación con los ancianos con estudios superiores. Queda también reflejado como una peor salud se asocia con niveles más elevados de soledad y, además, las personas que se sienten solas tienen un peor nivel de salud mental. De los mayores encuestados con problemas de memoria (19,68%) el 14,5% se sienten solos. Por último, cuando sienten que hay otra persona que se preocupa de ellos el sentimiento de soledad baja hasta un 7,20%. No obstante, cuando no sienten el apoyo de otra persona nos encontramos con un sentimiento de soledad del 31.9% en los mayores (Porta y Fontanillo, 2021).

Son estos cambios sociales e individuales que se producen en la etapa de la vejez los que tienen mayor influencia en la soledad, ya que conducen a una disminución de los lazos y relaciones sociales, y puede causar el sentimiento de incongruencia entre el número de relaciones y las realmente deseadas, o bien, que las relaciones existentes no satisfagan sus necesidades. Es de especial importancia identificar estos factores y prestarles atención, pues se trata de una situación muy compleja y multifactorial que puede tener graves efectos dañinos en la vida de nuestros mayores.

En términos de eventos no normativos que también pueden influir en la percepción de una soledad no deseada, aunque no necesariamente relacionados con la edad, se ha observado un aumento en los últimos años de separaciones y divorcios en las generaciones de personas más mayores, lo cual puede llevar a una mayor vulnerabilidad a la soledad en personas que atraviesan por estos eventos (Marchador, 2020). Además, la pérdida traumática de hijos o nietos también puede tener un impacto significativo en la sensación de soledad, un 21,2% de personas mayores de 65 años lo han señalado como un factor que le ha podido causar este sentimiento de soledad no deseada, siguiendo el estudio realizado por 40dB (2023).

Por último, en cuanto a factores estructurales, también puede influir la interacción con las barreras arquitectónicas del entorno, que muchas veces limitan las posibilidades de interacción entre personas mayores y el resto de la sociedad. Por eso, no siempre son factores personales los que se asocian a la soledad, sino que estos también pueden deberse por factores externos al control del individuo (López-Doblas & Díaz, 2018; Rodríguez & Castro, 2019).

Es muy importante visibilizar este hecho y los estereotipos que giran en torno a la vejez, debemos empujar un cambio de valores de corte edadistas a unos más humanistas, donde se le dé menos importancia a lo material y lo inmediato, y más a las personas que nos rodean y a sus derechos y necesidades (Rodríguez & Castro, 2019; HelpAge International España, 2020). En consecuencia, siguiendo con la idea de Adela Cortina que vivimos en una sociedad de intercambio donde yo te doy si tú me das, no ponemos la suficiente atención en los ancianos, pues creemos que vejez es sinónimo de nada que ofrecer y por ende nada que obtener (Peñas, 2023)

5.3 Efectos y consecuencias de la soledad no deseada

Debemos poner el foco de atención en la soledad no deseada que sufren nuestros mayores, pues no solo se trata de un colectivo vulnerable, sino que este sentimiento desagradable puede tener importantes efectos negativos en la salud, tanto física como mental. Por eso, es considerado como un problema de salud pública. La sociedad debe poner todos sus esfuerzos y recursos en promover el envejecimiento activo, definido por la Organización Mundial de la Salud como “el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida” (2001, como se citó según Rodríguez-Martin, 2009 p. 159), y cuyo principal objetivo debe ser romper este binomio entre soledad y vejez. De tal manera, se debe promover la participación, el bienestar y la calidad de vida de los ancianos. Basándonos siempre en la idea de que las personas mayores tienen el derecho y la capacidad de seguir siendo activas y participar en la sociedad, independientemente de su edad (Bermeja & Ausín, 2017; Bermejo-Higuera, 2003; Vázquez, 2019).

Según la OMS, el envejecimiento activo se compone de tres dimensiones interconectadas: la salud, la participación y la seguridad. La dimensión de la salud se refiere al mantenimiento de la salud física y mental a través de la actividad física, el cuidado de la salud y la prevención de enfermedades. La dimensión de la participación se refiere a la participación activa en la vida social, económica, cultural y espiritual, lo que incluye el aprendizaje continuo, el voluntariado y la participación en la toma de decisiones. La dimensión de la intervención se refiere al acceso a recursos y servicios que permiten a las personas mayores vivir con seguridad y dignidad (Ramos Monteagudo et al., 2016)

Una vez en este punto, la verdadera preocupación se halla en la existencia de un vínculo o asociación negativa entre salud y soledad. Padecer soledad tiene consecuencias y efectos negativos en relación con la salud de las personas de la tercera edad (Yanguas et al.2018). Cuando hablamos de salud, es importante diferenciar que no nos referimos a la ausencia o presencia de enfermedades, sino que siguiendo la definición aportada por la OMS (1946) se define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades” (p.100).

Por tanto, en cuanto a la temática que concierne a este trabajo, padecer soledad no deseada es considerado un factor de riesgo para la salud de las personas mayores, y sus consecuencias llegan a afectar en los tres planos de la persona, es decir, tiene implicaciones negativas en la salud a nivel físico, psicológico y social, lo que dificulta a su vez seguir un envejecimiento activo, óptimo y saludable (Rodríguez Martín, 2009; Porta y Fontanillo, 2021).

En la esfera física, la soledad es considerada un factor de riesgo a nivel cardiovascular pues se asocia con un aumento de la presión sanguínea sistólica que puede llegar a desencadenar con mayor posibilidad enfermedades cardíacas coronarias, más frecuentemente en mujeres. Este déficit percibido en las relaciones sociales acompañado con un estilo de vida de los adultos mayores puede ser un factor de riesgo para padecer obesidad severa. De igual modo, se relaciona también con una disfunción del sistema inmune y una alteración de la calidad del sueño, pues pasan más tiempo en la cama (Porta y Fontanillo, 2021).

Por otro lado, al ser la soledad no deseada una experiencia desagradable para las personas que la sufren manifestado emocionalmente en forma de carencia, está influye de manera perjudicial en el bienestar psicológico de las personas, pudiendo originar problemas como la ansiedad y la depresión, así como efectos en la satisfacción con la vida generando sentimientos de hostilidad, tristeza, vacío, baja autoestima e inestabilidad emocional entre otros (Vázquez, 2019; Porta y Fontanillo, 2021).

Las personas que padecen soledad también suelen presentar de manera indirecta unos mayores niveles de estrés, que se asocian con un estado continuo de hipervigilancia y neuroticismo hacia posibles amenazas externas que ellos perciben, y a su vez este estado

repercute en la calidad del sueño. Una buena red de apoyo y el mantenimiento de relaciones sociales puede ayudar a prevenir o disminuir estas consecuencias actuando como una respuesta realista ante estas situaciones de estrés, proporcionando algún tipo de recursos ya sean materiales, emocionales o informativos (Porta y Fontanillo, 2021).

En el ámbito social también se advierten algunos efectos dentro de la faceta relacional del mayor con el resto de las personas, ya que el sentimiento negativo de la soledad puede generarles una disminución en los niveles de interacción social y participación, siendo esta una dimensión indispensable para el envejecimiento activo, lo que puede llevar a que se den situaciones de aislamiento social. Por último, también se ha llegado a relacionar con prácticas de salud más deficientes como por ejemplo una peor higiene, así como un estilo de vida más alejado de un envejecimiento activo que hace que aumenten las situaciones de dependencia y deterioro físico (Porta y Fontanillo, 2021; Killen 1998).

6. EL TRABAJO SOCIAL Y LA SOLEDAD NO DESEADA EN LAS PERSONAS MAYORES

6.1 El marco programático en la intervención contra la soledad no deseada en personas mayores

Aunque la cuestión de la soledad no deseada en los mayores ha sido un fenómeno presente durante algún tiempo, ha sido en los últimos años cuando ha cobrado mayor relevancia en el interés público, así lo muestra un estudio social realizado por 40dB para EL PAÍS y la Cadena SER. Los datos aluden a cómo un 77% de la población considera que la soledad no deseada es un problema social importante en España (2023).

Diversos gobiernos a nivel nacional, autonómico y local han reconocido la importancia de abordar este desafío y han desarrollado estrategias y políticas para la prevención e intervención en la soledad no deseada de las personas mayores para hacer frente a la soledad no deseada de las personas de más edad. En este contexto, se destacan iniciativas a nivel autonómico y local, en distintas regiones que buscan abordar este desafío de manera integral y conjunta. A nivel estatal, actualmente se está preparando una estrategia nacional para acabar con la soledad no deseada de las personas de más edad, con un periodo de 2013 a 2030 (Torija, 2022)

No es objeto de este apartado hacer un rastreo exhaustivo de estos planes, simplemente presentar algunas de las iniciativas más importantes que permitan contextualizar cual es el desempeño de los trabajadores sociales en la lucha contra la soledad no deseada de las personas mayores. A través de las siguientes tablas se van a exponer los distintos planes llevados a cabo en distintas regiones y se van a señalar su nivel de gobierno, periodo temporal, los objetivos de las estrategias y como llevarán a cabo tales objetivos, es decir, las líneas de actuación para su consecución.

Tabla 1

ESTRATEGIA	Estrategia Municipal contra la Soledad 2020-2030¹	Estrategia municipal contra la soledad emocional o relacional en las personas mayores²
NIVEL DE GOBIERNO	Local	Local
LUGAR	Barcelona	Madrid
PERIODO TEMPORAL	2020-2030	2021
OBJETIVOS	Promover las relaciones de calidad, sólidas y duraderas empoderando a las personas, y velar por el bienestar y cohesión social de todos los ciudadanos, fortaleciendo los vínculos sociales en la ciudad para prevenir la soledad.	Reducir la percepción de soledad de las personas de más edad mediante el fortalecimiento de la amigabilidad de la ciudad de Madrid, la sensibilización a la ciudadanía, la detección de riesgos y la intervención sobre la soledad y sus consecuencias, con el fin de mejorar el bienestar social, en especial para los mayores que se pudieran sentir solos y aislados.
PRINCIPALES LÍNEAS DE ACTUACIÓN	Concienciar e informar sobre el impacto de la soledad en la ciudad y en el bienestar de las personas que la habitan.	Se llevará a cabo mediante la colaboración con los siguientes programas: “Madrid en red”: programa comunitario de intervención para fomentar las

¹ Estrategia de Barcelona: <https://www.soledades.es/politicas/estrategia-municipal-contra-la-soledad>

² Estrategia de Madrid: <https://www.soledades.es/politicas/estrategia-de-la-ciudad-de-madrid-contra-la-soledad-no-deseada>

	<p>Aportar recursos y servicios para prevenir, detectar y atender las situaciones de soledad.</p> <p>Reestructurar la ciudad y sus ámbitos en espacios comunitarios para afrontar las situaciones de soledad.</p> <p>Adaptar el funcionamiento de la organización municipal a los nuevos desafíos.</p>	<p>relaciones sociales en los barrios y crear lazos vecinales.</p> <p>“<i>Madrid te acompaña</i>”: programa de voluntariado encauzado al acompañamiento a personas mayores a través de una aplicación móvil, combatiendo así la brecha tecnológica.</p> <p>“<i>Madrid contigo</i>”: programa para la prevención y el potenciamiento de actividades y recursos para paliar la soledad.</p> <p>“<i>Madrid, más cerca de ti</i>”: programa de prevención dirigido a la detección de perfiles de riesgo acerca de la soledad en base a evaluaciones.</p> <p>Además, de esta estrategia se desprende un plan específico conocido como “<i>Plan Madrid Amigable con las Personas Mayores 2021-2023</i>”, en el que se propone como línea de futuro abordar la soledad. De esta estrategia también se despliega un <i>Proyecto Estratégico para la Prevención de la Soledad no Deseada</i>.</p>
--	--	--

Fuente: Elaboración propia a partir de la información contenida en el Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada (2023).

Tabla 2

ESTRATEGIA	Estrategia para hacer frente a la soledad no deseada de personas mayores ³	Plan Estratégico de contra la soledad no deseada y el aislamiento social ⁴
NIVEL DE GOBIERNO	Provincial	Autonómico
LUGAR	Diputación de Álava (Vitoria)	Castilla y León

³ Estrategia de Araba: <https://www.soledades.es/politicas/araba-punto-estrategia-para-hacer-frente-la-soledad-no-deseada-de-personas-mayores>

⁴ Estrategia de Castilla y León: <https://www.soledades.es/politicas/plan-estrategico-de-castilla-y-leon-contra-la-soledad-no-deseada-y-el-aislamiento-social>

PERIODO TEMPORAL	2019-2023	2022-2027
OBJETIVOS	<p>Combatir la soledad no deseada en los mayores desde un enfoque de trabajo conjunto, tejiendo redes y puntos de encuentro entre personas, agentes e instituciones. Promover la activación de la responsabilidad individual, la solidaridad comunitaria y el respaldo de los servicios públicos como pilares fundamentales. Buscan involucrar a la población en un plan comunitario.</p>	<p>Prevenir, detectar e intervenir en situaciones de soledad.</p>
PRINCIPALES LÍNEAS DE ACTUACIÓN	<p>Se pretende fortalecer el apoyo social a través de Áraba a Punto Sarea, una red de solidaridad ciudadana.</p> <p>Aumentar las habilidades sociales con un el plan de una Escuela de Formación (Bakardadeak Eskola), consiste en un espacio de encuentro y aprendizaje para aumentar las habilidades sociales como herramienta de prevención.</p> <p>Aumentar la interacción social impulsando la participación de las personas mayores con especial atención a las oportunidades intergeneracionales.</p> <p>Fomentar el entrenamiento sociocognitivo impulsando la investigación y la innovación en productos, servicios y procesos que ayuden a paliar los efectos negativos que produce una situación sostenida de soledad no deseada.</p>	<p>Se contarán con los siguientes recursos y servicios necesarios:</p> <p><i>Teleasistencia:</i> al alcance de quienes necesiten apoyo para afrontar y resolver su situación de soledad no deseada. Cumple funciones de detección, valoración y derivación.</p> <p><i>Voluntariados:</i> Como recurso de apoyo a aquellas personas que perciban sentimientos de soledad no deseada.</p> <p>También se colaborará y coordinará con servicios de atención primaria y con entidades del tercer sector.</p>

Fuente: Elaboración propia a partir de la información contenida en el Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada (2023).

Todas las estrategias tienen como propósito común abordar el sentimiento de soledad no deseada en las personas de más edad y hacen hincapié en la importancia de envejecimiento activo y la intervención comunitaria. Para ello los planes de actuación se centran mayoritariamente en fortalecer las redes sociales y comunitarias de estas personas y promover la participación social de los mayores

6.2 SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIA⁵

6.2.1 Selección de la experiencia

Durante toda la carrera universitaria se nos ha brindado la oportunidad de realizar prácticas curriculares en distintos ámbitos para, de esta manera, poder conocer la realidad social con la que vamos a tener que trabajar en un futuro. Aunque todas las experiencias han sido únicas y cada una de ellas me ha aportado un aprendizaje distinto, hay una de ellas que destaca sustancialmente sobre las otras pues me hizo descubrir una realidad social totalmente desconocida para mí, pero que sin embargo afecta a tantas personas en su día a día. Fue tras esta experiencia de prácticas que de forma gradual e inesperada surgió la preocupación por la soledad no deseada que sienten los adultos de más edad.

Durante mi estancia como trabajadora social en prácticas en el Hospital Universitario de La Princesa, pude no solo descubrir esta realidad, sino acercarme también al desempeño profesional en este ámbito. Lo que pongo en valor de la práctica no es sólo el aprendizaje profesional que obtuve, sino también el aprendizaje personal que me causó, rompiendo todos los prejuicios que de alguna manera yo tenía en mi interior hacía las personas de más edad. Más y más, con el paso de los días me fui sensibilizando con esta situación hasta tal punto que ha llegado a convertirse en objeto de este trabajo de fin de grado.

De igual modo, considero de crucial importancia entender y explicar el desarrollo de esta experiencia sistematizándola, para así poder comprender, visibilizar y también concienciar esta cuestión de manera más amplia, con el fin de aportar propuestas en el ámbito del diseño de las políticas sociales y el desempeño profesional, para que así con las pequeñas acciones que podamos realizar cada uno de nosotros, ayudemos a reducir el sentimiento de soledad no deseada que padecen estas personas.

⁵ Se ha seguido el “Manual para la sistematización de experiencias en Fe y Alegría” publicado en 2008.

6.2.2 Relato inicial de la experiencia

En octubre de 2021, durante mi cuarto año de carrera, comencé las prácticas como trabajadora social en el Hospital Universitario de La Princesa, experiencia que se iba a desarrollar hasta abril del año siguiente. Este hospital de carácter público se considera pionero pues los Trabajadores Sociales no se agrupan bajo ninguna sección como pudiera ser con anterioridad “Atención al Paciente”, sino que en estos últimos años es considerada una unidad como tal, con su Jefatura correspondiente, formando parte de una unidad adjunta de Dirección Gerencia y con presencia en todas las especialidades del hospital.

En el hospital estaba bajo la supervisión de una Trabajadora Social a cargo de la unidad de neumología, cirugía torácica, urología, nefrología y diálisis, unidad de cuidados intensivos (UCI), unidad de cuidados respiratorios intermedios (UCRI) y algunos días también brindábamos apoyo y asistencia a las personas interesadas que solicitan nuestra intervención en la Unidad del Dolor. No obstante, a su vez, íbamos rotando con el resto del equipo de la misma profesión para aprender las distintas maneras de trabajar y movernos por todas las áreas y tipologías de pacientes posibles, llegando a atender servicios de neurología, ictus, cardiología y cirugía torácica, psiquiatría, traumatología, digestivo, medicina interna, infecciosos y en alguna ocasión el servicio de urgencias.

En el ámbito hospitalario, los trabajadores sociales atendemos y tratamos a las personas usuarias del servicio con relación a la incidencia que las causas de la hospitalización puedan tener en el entorno sociofamiliar de la persona afectada. Por circunstancias de la propia enfermedad, esta puede quedar incapacitada en distintos grados y áreas de su vida, y es en este contexto que los trabajadores sociales brindamos atención y tratamiento en el ámbito sociosanitario. En este hospital valoramos a todas las personas ingresadas mayores de 75 años para ver si pudieran presentar algún problema social al alta, y en caso de ser así, se iniciaría la intervención. Este problema puede deberse a una serie de factores, como la falta de apoyo familiar o social, la falta de recursos financieros o de vivienda, la falta de acceso a servicios de atención médica o rehabilitación, o la necesidad de cuidados a medio y largo plazo. No obstante, también cabe la posibilidad de que cualquier otra persona de edad inferior a 75 años presente un problema social que pueda obstaculizar el alta hospitalaria. En estos casos, se realiza la valoración de esas personas menores de 75 años únicamente cuando el resto de los profesionales médicos o enfermeros nos demande

una interconsulta, es decir, una solicitud por parte de un profesional de la salud a otro especialista o profesional para obtener una opinión o asesoramiento adicional en el diagnóstico, de ser así, acudimos a valorar al paciente y el procedimiento seguiría de la misma forma que en el resto de los casos.

Al visitar al sujeto de nuestro interés, se realiza una valoración social, y está se traslada a los médicos que también nos hacen llegar su diagnóstico médico acerca del paciente. Una vez analizada toda la información de manera conjunta, es decir, con el profesional médico de referencia encargado del paciente en cuestión, se prepara si es necesario una intervención tanto con la persona interesada como con sus familiares, prevaleciendo en todo momento la voluntad de la persona atendida sobre la de su familia siempre y cuando tenga plena capacidad de obrar y, haciendo en todo momento a la persona partícipe de su problema.

6.2.3 Propósitos y objetivos

Siguiendo con la justificación inicial de porqué he decidido sistematizar esta experiencia de prácticas en el hospital, voy a exponer los propósitos y objetivos de esta reflexión.

Por tanto, los **propósitos** para los cuáles sistematizo esta experiencia son los siguientes:

- Estructurar la experiencia de prácticas para poder transmitirla.
- Comunicar y compartir la experiencia con otras personas y transmitir los aprendizajes y lecciones obtenidas de ella.
- Generar aprendizajes útiles para mejorar y/o transformar el diseño de las políticas y la práctica profesional en el ámbito de la intervención contra la soledad no deseada.
- Reflexionar y analizar críticamente mi experiencia de prácticas en el ámbito del trabajo social sanitario como lugar privilegiado de detección e intervención de estas situaciones.

Por otro lado, las **preguntas de interés** que guían la sistematización son:

- Enunciar la realidad social de las personas de edades más avanzadas ingresadas en los hospitales.
- Exponer la situación de soledad emocional no deseada que viven muchas personas mayores dentro y fuera del hospital.

- Explicar las funciones de los trabajadores sociales en el ámbito sanitario.
- Identificar cómo el desempeño profesional en este ámbito puede realizar tareas de diagnóstico e intervención frente a la soledad no deseada.

6.2.4 Enfoques teóricos

Al inicio de las prácticas nos enseñaron el repertorio legislativo básico del Trabajo Social en el ámbito sanitario que guiaría toda nuestra actividad dentro del hospital. Como normas generales hay que citar la Constitución Española del 1978, (*arts. 9.1, 9.2, 14, 41, 43.1, 43.3*) que establece el derecho a la protección de la salud y lo relativo a la libertad e igualdad del individuo. La Ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de abril también es de especial relevancia pues de aquí se desarrollará toda la Cartera de Servicios, destacando el art.6 en cuanto al derecho a recibir atención social, y los art. 10 y 11 de la citada Ley que establecen los derechos y obligaciones de los pacientes.

Siguiendo los enfoques teóricos, la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud que establece en su art.14 lo pertinente a la atención sociosanitaria y como toda nuestra práctica profesional debe estar encaminada a facilitar la vuelta a casa de las personas que han pasado por un proceso de hospitalización. Asimismo, el Real Decreto 1030/2006, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actuación. Por último, la Ley 41/2002 de 14 de noviembre de autonomía del paciente, donde se regulan los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, en cuanto a lo perceptivo a la autonomía del paciente, de información y documentación clínica.

Indudablemente, además de todas estas referencias legislativas, para nuestro buen ejercicio profesional es indispensable el Código Deontológico del Trabajo Social que agrupa todos los valores, principios y normas que han de guiar nuestra práctica profesional. Uno de los principios fundamentales del Código Deontológico del Trabajo Social es el respeto a la autonomía del paciente, la capacidad de decisión y el tratamiento de la información.

Estos principios se refieren a que los trabajadores sociales deben reconocer y respetar la capacidad del paciente para tomar decisiones informadas sobre su propia vida y bienestar, y para participar activamente en las decisiones relacionadas con su atención y tratamiento.

Los trabajadores sociales debemos promover la autonomía del paciente, respetando su derecho a participar en la toma de decisiones que afecten a su vida, incluso en situaciones en las que las decisiones de la persona afectada puedan no estar en concordancia con las preferencias del trabajador social o del equipo de atención médica.

El Código Deontológico del Trabajo Social también establece que nosotros, como profesionales, debemos mantener la confidencialidad y privacidad de la información del paciente, y solo divulgarla con el consentimiento informado de ellos o en situaciones legalmente permitidas. Esto implica proteger la información de la persona de manera adecuada y asegurarse de que se utilice y divulgue de una manera ética y profesional, respetando la privacidad y autonomía de esta en todo momento.

Por otro lado, tenemos que considerar también en perspectiva los apuntes conceptuales que se han expuesto con anterioridad, específicamente en materia de soledad emocional y aislamiento social:

La soledad emocional no deseada y el aislamiento social son conceptos relacionados pero distintos. La soledad emocional se refiere a una sensación de estar solo o desconectado emocionalmente de los demás, incluso cuando se está rodeado de personas, debido a que la persona siente una falta de conexión emocional significativa o satisfactoria con otros. Mientras que el aislamiento social implica una falta de interacción social objetiva, ya sea deseada o no. No todas las personas que experimentan uno necesariamente experimentan el otro, pero ambos pueden tener efectos negativos en la salud y el bienestar si la persona los percibe como una experiencia desagradable y no deseada. En la práctica del trabajo social, es importante abordar ambas situaciones de manera adecuada, considerando la complejidad e interacción entre ambos conceptos, y desarrollar intervenciones personalizadas (Camargo-Rojas & Chavarro-Carvajal, 2020).

Debemos conocer y prestar especial atención a los factores de riesgo que pueden aumentar la vulnerabilidad de los adultos de más edad a experimentar soledad emocional no deseada para poder intervenir y ofrecer los apoyos adecuados por parte de profesionales del trabajo social para prevenir o mitigar los efectos negativos de la soledad en la salud y el bienestar de estas personas. Los factores de riesgo incluyen la pérdida de seres queridos, la falta de redes sociales y de apoyo, la disminución de la movilidad y la independencia,

la jubilación o pérdida de roles significativos, la falta de participación en actividades sociales, la falta de recursos económicos, la presencia de enfermedades crónicas o discapacidades, y la falta de acceso a servicios y programas comunitarios (Marchador, 2020).

6.2.5 Descripción analítica de la experiencia

Tras empezar mi experiencia de prácticas en octubre de 2021 en el Hospital La Princesa comencé a involucrarme en todo el entramado del trabajo social sanitario. Mi labor asistencial estaba principalmente dirigida a los servicios de neumología, cirugía torácica, urología, nefrología y diálisis, UCI y UCRI, neurología, ictus, cardiología y cirugía torácica, psiquiatría, traumatología, digestivo, medicina interna, infecciosos y en alguna ocasión atendía también el servicio de urgencias y pasaba consulta en la Unidad del Dolor. El equipo estaba formado por siete trabajadoras sociales, y aunque estábamos bajo la coordinación de una de ellas en particular, tuvimos la oportunidad de ir rotando por varias profesionales del campo para conocer los distintos servicios, formas de trabajar y tipologías de pacientes.

Para mi sorpresa, allí compartiría mi día a día con personas longevas con diferentes estados de salud y, a pesar de que mi interés principal nunca se había dirigido hacia este colectivo de personas, desde el primer momento me sentí satisfecha y contenta en mi puesto de prácticas. Mis funciones consistían en realizar valoraciones sociales de los distintos pacientes que cumplían los requisitos en cuanto a tener más de 75 años y/o presentar algún indicio de riesgo social, con indiferencia de su edad. A pesar del protocolo que seguíamos para atender a las personas ingresadas de más edad, en nuestro servicio no rechazábamos a nadie en caso de que nuestra intervención fuese solicitada, sin importar la edad, pues cualquier usuario puede tener un problema social en el momento del alta y es imprescindible abordarlo cuanto antes pues no se puede alargar la estancia en el hospital por motivos sociales.

La sección de Trabajo Social en el Hospital Universitario La Princesa⁶ está organizado como una unidad adjunta a la Dirección-Gerencia, ofreciendo un servicio especializado. Los trabajadores sociales sanitarios llevan a cabo tareas de detección precoz, prevención, planificación, gestión y coordinación. Buscan así aportar a la atención sanitaria la evaluación y el análisis de los factores sociales que pueden incidir en la enfermedad como por ejemplo no tener acceso a servicios de atención médica. En la medida de lo posible también tratan de paliar los efectos sociales problemáticos que surgen de la misma en el entorno sociofamiliar, estableciendo un plan de actuación con el Equipo Asistencial de manera conjunta, formado por médicos, enfermeras, trabajadores sociales, terapeutas y cualquier otro profesional del hospital que trate con la persona interesada. De manera que, en conexión con el paciente y su familia, así como con otros niveles asistenciales sanitarios y sociales, como pudieran ser los centros de atención primaria, hospitales de apoyo, unidades de media estancia, servicios sociales y residencias, entre otros, brindamos al paciente y su familia una atención multidisciplinar (Servicio Madrileño de Salud, 2018).

Esta relación de ayuda la realizábamos de manera individual en la habitación de la persona, con la presencia del familiar por el que estuviese acompañado en caso de estarlo, siempre y cuando diera su consentimiento. El comienzo en ese primer contacto iba dirigido a presentarnos, explicar nuestras funciones y a establecer un primer vínculo de confianza y comunicación con la persona atendida. Después, hacíamos una primera valoración social y, una vez habíamos recogido las posibles problemáticas de la persona y ella nos hubiese contado sus preocupaciones, comenzaba el proceso de intervención en función de sus necesidades. Valorábamos todos los recursos y servicios que teníamos a nuestro alcance y junto con la opinión del resto de profesionales implicados, así como de la familia y el propio afectado, se acordaba la opción más adecuada intentando respetar al máximo los intereses de la persona. La coordinación y derivación en caso de que fuese pertinente con otros recursos se llevaba a cabo mediante comunicaciones telefónicas y digitales. Aunque con excepciones, dependiendo de la institución, teníamos que realizar

⁶ Información recopilada de la memoria del Hospital Universitario La Princesa relativa a los años 2018 y 2021. Para más información consultar:

https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/memo/hosp_hosp_memoria_2021_hu_de_la_princesa_ok.pdf

https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/memo/hosp-memoria-2018_hprin_ok.pdf

algún informe de derivación o traslado. Tras concederle el alta a la persona, no realizábamos seguimiento alguno, sino que la intervención pasaba a estar en manos de otro servicio, pues nosotros solo podíamos intervenir siempre y cuando el paciente se encontrase ingresado en el hospital.

Por tanto, el hospital se coordina con otros servicios externos para dar una respuesta adecuada a las necesidades y demandas de sus pacientes. Esto requiere una fluida colaboración con cualquier profesional que también esté implicado en su desarrollo. Las instituciones con las que mantiene dichas coordinaciones cuando es pertinente son: Servicios Sociales, Centros de Salud, centros de apoyo, residencias, Centros dependientes al hospital y otras instituciones públicas y privadas. Los centros dependientes son: el Centro de Especialidades Hermanos García Noblejas, los Centros de Salud Mental de Marqués de Ahumada y Goya y, el Hospital de Henares.

En resumen, mi labor consistía principalmente en hacer valoraciones sociales a los pacientes, para después, poder realizar una intervención social o plan de actuación junto a la persona para que a la salida tuviera todas sus necesidades cubiertas. Las valoraciones sociales tienen como objetivo evaluar y comprender la situación social de una persona o familia. Es imprescindible recabar información sobre diversas áreas de la vida de una persona, incluyendo el contexto familiar, en el que se exploran las relaciones familiares, estado civil, la estructura y dinámica familiar, así como el apoyo y la red social con la que cuenta la persona, incluyendo amigos, vecinos y otros contactos significativos. Se aborda también el contexto socioeconómico, las condiciones de su vivienda, presencia de barreras arquitectónicas, el empleo y los ingresos de la persona. De igual modo, se investiga también el estado de salud física y emocional de la persona, así como sus necesidades de atención médica, cuidados y apoyo para el bienestar. En las valoraciones, también debíamos indagar si la persona tenía contacto o era beneficiaria de algún tipo de servicios y recursos comunitarios. Dependiendo de la situación y necesidades específicas de la persona, se pueden explorar otros aspectos relevantes, como la situación legal o la capacidad funcional, entre otros.

La realidad era que a medida que iba valorando a los mayores me daba cuenta de la magnitud de un problema que ya no es solo social, sino que está considerado un problema de salud pública, como es la soledad no deseada que compartían muchas de aquellas

personas. Muchos mayores me relataban sus experiencias de soledad. El perfil iba desde personas viudas con una escasa red familiar, hasta personas de 75 años o más, jubiladas para las que sus hijos viven lejos y padecen ese sentimiento desagradable de soledad no deseada. También encontrábamos personas aparentemente activas, con una red social amplia pero que sus encuentros con sus amistades se habían ido reduciendo bien por la aparición de problemas de salud o signos de la edad que los limitaban, como pueden ser la pérdida de fuerza muscular o la aparición de problemas cardiovasculares o condiciones neurológicas como el Párkinson o el deterioro cognitivo y, eso les llevaba a sentir que, sus expectativas entre las relaciones que quisieran tener y las que realmente tiene son incongruentes y por tanto experimentan una vivencia de soledad subjetiva no deseada. Por otro lado, había otro perfil de personas totalmente aisladas socialmente, algunas que ni siquiera salían de casa por la presencia de barreras arquitectónicas que dificultaban su movilidad como puede ser por ejemplo la ausencia de un ascensor o escaleras sin rampas, o bien, porque muchas de sus amistades y personas cercanas han ido falleciendo con el tiempo, lo que también los puede llevar a percibir un sentimiento de soledad no elegida.

Me impactó ver también la cantidad de adultos de edad más avanzada que vivían solos, pues a pesar de que esto no correlaciona directamente con la experiencia de soledad, sí que es considerado un factor de riesgo. A su vez, otros usuarios relataban que, pese a convivir con sus familiares, algunos se sentían como una especie de carga para ellos y se concebían como sujetos relegados al olvido, es decir, como si ya no tuviesen nada que aportar. Esto despertó en mí una gran alarma, pues muchas veces la soledad también se puede generar por el trato que nos dan las personas de nuestro entorno y, que, a pesar de estar acompañados, pueden sentir ese sentimiento desagradable de soledad emocional.

Esto difería con el discurso de otros que sin darse cuenta te trasladaban la solución a este problema, pues aquellas personas que estaban más satisfechas con su vida eran aquellas que se mantenían activas, que participaban en diversas actividades tanto físicas como mentales. Por ejemplo, algunas relataban como intentaban hacer cada semana un poco de ejercicio o salían a dar un paseo por el parque con el fin de mantenerse activos.

También, me llamaba la atención como agradecían el tiempo que les dedicábamos y aprovechaban para contarnos numerosas anécdotas o episodios de sus vidas, incluso tuvimos algún que otro caso de pacientes que venían a nuestro despacho únicamente para conversar y sentirse acompañados. Recuerdo el caso de una mujer mayor que tenía a su

amiga ingresada en el hospital, era su único apoyo, y se presentaba en varias ocasiones en nuestro despacho para contarnos cuál era su situación a pesar de ya conocerla, y al final terminaba en numerosas historias sobre su vida y su país, pues era natural de Perú y toda su familia seguía residiendo allí. Esto no era más que una muestra de cómo estas personas tienen la necesidad de estar en relación con otras, de sentirse apoyadas y queridas. De vivencias como estas, subrayo la relevancia que tiene nuestro papel más allá de la intervención y lo esencial que es la escucha activa y la acogida. Nuestra propia presencia en el ámbito hospitalario ya es por sí misma una intervención contra la soledad no deseada.

Al encontrarnos con estas situaciones, debíamos proponer el recurso más adecuado para la persona en base a su historia clínica, social y sus deseos. Coordinamos también intervenciones con otras entidades como Cruz Roja, Cáritas, Asociaciones de Voluntariado y de Vecinos y, en ocasiones, con recursos privados como podían ser servicios de ayuda a domicilio o participación en Centros de Día si no tenían reconocido ningún grado de dependencia (Servicio Madrileño de Salud, 2021). En función de su historia clínica y social se les deriva a servicios sociales, bien para llevar a cabo una primera valoración en atención primaria, o bien se realiza una derivación directa puesto que ya hemos realizado nosotras ese primer encuentro. En estos casos, se coordina directamente la medida acordada junto con su centro de servicios sociales correspondiente, como puede ser un servicio de ayuda a domicilio, un servicio de teleasistencia, o acudir un par de horas al día a un centro de mayores, medida que se les suele dar a personas que padecen soledad para que puedan estar en contacto con otras personas y realicen distintas actividades.

6.2.6 INTERPRETACIÓN CRÍTICA

i. Nuevos conocimientos teóricos o prácticos que han surgido de la experiencia

Desde mi estancia en el hospital pude conocer un ámbito profesional totalmente desconocido anteriormente para mí, tal y como era el Trabajo Social Sanitario. A nivel teórico, entendí cuál era la función del Trabajador Social en el ámbito hospitalario, a qué objetivos responde su intervención profesional, cuál es el perfil de las personas atendidas y qué necesidades sociales presentan.

La intervención de los Trabajadores Sociales en este ámbito se realiza de forma multidimensional y multidisciplinar ya que se encuentran inmersos dentro de los propios equipos clínicos y realizan sus funciones desde esa posición. Los trabajadores sociales garantizan una atención integral sociosanitaria; apoyando, acompañando y ayudando a los pacientes, familiares y/o allegados, que presenten o puedan presentar problemática social como causa o consecuencia de la enfermedad, así como abordando las posibles consecuencias o problemas derivados de la misma, con el objetivo de evitar un empeoramiento de la salud por motivos sociales, reducir reingresos hospitalarios y disminuir el tiempo de estancia en el hospital a causa de una problemática social.

Desde esta figura profesional, valoramos la situación social de la persona atendida previa y actual, comparamos cómo se relacionan su falta de salud y su situación social, aportamos nuestra valoración al resto de profesionales y recibimos su respectiva evaluación. En función a la valoración conjunta se realiza un diagnóstico e intervención social junto con el paciente y su familia, en caso de que hubiese.

Además, la intervención de Trabajo Social, siempre se sustenta en los protocolos y programas de cada Servicio y se llevan a cabo tareas de detección precoz, prevención, planificación, gestión y coordinación.

Por otro lado, pude poner en práctica la realización de informes y valoraciones sociales, desarrollar las capacidades suficientes para manejarme en un entorno profesional potenciando las habilidades interpersonales, así como aprender e interiorizar los conocimientos para llevar a cabo un plan de actuación o intervención con el sujeto en cuestión, familia u otros profesionales o servicios.

Además, observé como desde este espacio profesional se puede detectar, prevenir e intervenir en algunos casos precozmente en situaciones de soledad no deseada, aspectos que se desarrollaran más adelante.

ii. ¿Qué elementos o factores facilitaron o dificultaron la experiencia?

En cuanto a factores facilitadores de la experiencia destacaría la completa integración y autonomía que tenía dentro de mis actividades, lo que me permitió no sólo realizar observación directa sino también poder llevar a cabo yo misma las entrevistas con los pacientes y familias. Luego, cuando compartía la información con mi tutora me impulsaba

a pensar por mí misma que acciones tomaría al respecto lo que me ayudó a desarrollar una visión más crítica y cercana acerca de estas situaciones y además pude interiorizar los diferentes instrumentos utilizados como elaborar la valoración social donde se recoge toda la información relativa a la persona, redactar la historia social para que quede constancia de nuestra intervención, el informe social donde se plasma la valoración inicial y se realiza un diagnóstico y se propone la intervención, informes de derivación, etc.

Si tuviera que nombrar algún factor que hubiese dificultado la experiencia fue el breve periodo de tiempo en el que pude realizar el estudio pues mis prácticas únicamente duraban 7 meses. También, debido al volumen de trabajo que manejábamos a veces no podíamos dedicar el tiempo suficiente para hacer una valoración en profundidad a cada persona.

iii. ¿Constituye la experiencia un modo adecuado de resolver el problema previamente identificado? ¿Por qué?

La experiencia constituye un modo adecuado de analizar e interpretar críticamente el problema de investigación de la soledad no deseada, pues mediante nuestra ventaja profesional dentro de un hospital debemos ser capaces de identificar estas problemáticas y tomar las acciones necesarias para reducirla. Para ello, es de crucial importancia que, entre la finalidad de todos los profesionales de la salud, no solo trabajadores sociales, recaiga la prevención, identificación e intervención de situaciones de soledad emocional, prestando especial atención a la población de más edad, que, por sus circunstancias de la vida y momentos vitales, tienen más probabilidad de presentar los factores de riesgo asociados con la soledad no deseada.

El equipo de Trabajo Social del Hospital la Princesa, con nuestra intervención visitando las habitaciones, estableciendo una primera relación de acogida y confianza, así como también realizando valoraciones sociales, somos agentes claves en la detección precoz o mediación de estas situaciones, pues a medida que entablamos contactos con la persona atendida debemos ir prestando especial atención a los factores de riesgo o cuestiones que puedan revelar la existencia de este problema.

De esta forma, con la implicación de todos los profesionales, tanto del ámbito sanitario como de servicios sociales, podríamos anticiparnos a estas situaciones o bien dar respuesta a ellas una vez aparece este sentimiento desagradable de soledad, pues esta repercute en la salud de las personas que la padecen y nosotros como profesionales estamos en constante contacto con los mayores para identificar factores de riesgo para experimentar soledad no deseada y sospechar de la existencia. Por ejemplo, en los casos que fuimos capaces de detectar estas situaciones desde el hospital, tratamos de derivarle a centros de mayores para que pudiesen forjar vínculos con otras personas, o bien les ofrecíamos la opción de trasladarse a una residencia en caso de que vivan solas o fuese el recurso más idóneo, siempre y cuando entraran dentro de sus deseos, para que estuviesen en contacto con otras personas. Dentro de las posibilidades que ofrece cada caso, también se intenta intervenir con la familia pues son una figura de apoyo para nuestros mayores. De igual modo, les informábamos de programas o recursos a los que podrían acceder desde Servicios Sociales, desde donde los cuales se promueve un envejecimiento activo y saludable, que ayuda a mermar este sentimiento de soledad no deseada. Algunas opciones son los programas de voluntariado o las actividades recreativas o sociales que ofrecen como grupos de senderismo, clases de baile o ejercicios, entre muchas otras oportunidades.

No debemos olvidar que la realidad del hospital solamente era un reflejo de la situación vivida en la calle, por tanto, nosotros como trabajadores sociales en este ámbito estamos en una posición ventajosa para tratar de prevenir y reducir este problema.

iv. ¿Cuáles son las fortalezas y debilidades o aspectos por mejorar de la experiencia?

Como principal fortaleza destacaría lo consolidada y valorada que estaba la figura del trabajador social dentro del hospital y entre el resto de profesionales que lo conforman, lo cual nos permitía tener acceso a múltiples personas ya que éramos un profesional de referencia dentro del equipo asistencial, y todas las decisiones que pudiesen alterar el entorno social del usuario eran consultadas con nosotras con anterioridad, es decir, éramos un sujeto activo en la planificación y toma de decisiones.

Por otro lado, en cuanto a aspectos a mejorar incidiría en que a veces el limitado alcance por parte de los profesionales del ámbito social y sanitario, ya que no siempre tienen la posibilidad de cubrir y abarcar todas las necesidades del usuario debido al volumen de trabajo. El hecho de que en ocasiones no puedan atender de forma eficiente y adecuada puede contribuir a que problemas como son la soledad y el aislamiento social no sólo no se solucionen o disminuyan, sino que se incrementen, con lo que supone un riesgo añadido para las personas mayores y un cierto fracaso para los sistemas de protección. Además, a veces hacer intervenciones junto con la familia no siempre es una ventaja, pues nos podemos encontrar situaciones que ya sea por sobreprotección al mayor u otros motivos personales en los que la familia sea un obstáculo para la intervención más que una ayuda, o por ejemplo cuando tenemos que lidiar con situaciones en las que la familia trata de mermar la capacidad de decisión del mayor.

v. ¿Cómo influye el contexto sobre los procesos y resultados de la experiencia?

La situación de soledad no deseada está fuertemente marcada por diferentes circunstancias del contexto. En primer lugar, influye en este problema la era postpandemia que estamos viviendo tras la crisis del Covid-19 donde se vivieron muchas rupturas de la red sociofamiliar (40dB, 2023).

Luego, en los últimos años estamos viviendo una serie de cambios sociales que nos empujan a ser una sociedad cada vez más individualista y fragmentada (Bauman, 2007). Estos cambios sociales se remiten en mayor medida a causas estructurales. Se está viviendo un cambio de valores donde prima más nuestro bienestar personal y estamos dejando de lado el sentido de la comunidad y el compromiso. Ahora buscamos satisfacer nuestras necesidades de la forma más rápida posible y las relaciones vecinales y sociales sufren el riesgo de ser cada vez más triviales (Ayuntamiento de Barcelona, 2021)

Del mismo repercute el abismal salto tecnológico que hemos experimentado y que ha conllevado la digitalización del mundo. Esto ha aportado grandes ventajas y avances para la sociedad, permitiéndonos estar a todos más interconectados, pero tiene doble impacto, pues al tener más facilidades para contactar con las personas, se ha ido perdiendo poco a poco la importancia de los contactos cara a cara, donde realmente se puede llegar a transmitir el afecto a la otra persona. Además, debemos tener en cuenta la brecha

tecnológica que inevitablemente rodea a los más mayores. Por ello debemos intentar salir de las pantallas y volver a las calles, donde se pueda hacer llegar el calor humano a la otra persona (Porta y Fontanillo, 2021).

Por otro lado, tal y como expone el autor Carl Honoré (2019) en su libro “Elogio de la experiencia”, considero que a medida que cumplimos más años nos invade a todos una sensación de cierta pérdida de utilidad y tendemos a ver la vejez como una edad de incompetencia, donde otra persona toma el control de nuestra vida. En alguna ocasión, pude comprobar cómo eran los propios familiares los que no dejaban expresarse por sí mismo al propio mayor o lo trataban como si estuviese diciendo cosas sin sentido. Al fin y al cabo, los prejuicios que envuelven a los ancianos están interiorizados y normalizados en nuestros discursos habituales, por cuanto creemos que el hacerse mayor implica dejar de valerse por uno mismo y, en cierta forma, sentir que ya no tenemos nada que aportar a la sociedad, y a veces enfrentarte a estas situaciones puede ser revelador de esta problemática que habitualmente nos puede pasar desapercibida, como es mi caso.

vi. ¿Qué significado e impacto ha tenido la experiencia para los estudiantes, docentes, directivos, facilitadores y, para otros actores?

Tras el impacto que supuso para mi descubrir esta realidad social decidí dedicar el TFG a ello para comprender mejor los perfiles y variables asociadas. Además de ser una oportunidad para sensibilizar y concienciar a más personas de la magnitud de este problema y de los efectos que causa en los mayores, para que así entre todos podamos ir desarrollando pequeñas acciones que puedan marcar la diferencia, pues se trata de una cuestión que no requiere únicamente la intervención de los profesionales para reducirlo, sino que es necesaria la implicación de toda la sociedad.

Por último, no quiero terminar sin destacar el impacto que ha tenido para mi tanto en la esfera personal como profesional, abriendo la posibilidad de desarrollar mi ejercicio profesional en este ámbito.

Como experiencia personal enriquecedora, el año pasado realicé un viaje al extranjero sola con una de mis abuelas y pude comprobar en primera persona lo mucho que puede aportarnos la compañía de las personas de ese colectivo y que, pese a la existencia de algunas limitaciones, ninguna de ellas es insalvable y de verdad que merece la pena.

Desde mi paso por las prácticas también procuro estar más presente en el día a día de mis abuelos, porque estas pequeñas acciones para ellos pueden ser cruciales para su bienestar.

6.3 ANÁLISIS SOCIAL DE CASOS

CASO 1:

Federico tiene 70 años y está casado. Su mujer, Pilar tiene 65 años. Tienen 3 hijos de 40, 37 y 35 años. Los dos mayores viven fuera de España, en Francia y Alemania respectivamente, y el hijo menor se acaba de ir de casa hace 1 mes. Hasta entonces se encontraba en el paro y no tenía ingresos económicos suficientes para pagarse una vivienda. Recientemente ha encontrado un trabajo en Málaga así que también ha tenido que abandonar su ciudad y lugar de residencia.

Federico y su mujer no se acostumbran a la sensación de tener la casa vacía. Tener a su hijo cerca aportaba mucha vitalidad y alegría a Federico, ya que no tiene muchos otros contactos sociales. La relación con sus otros dos hijos es buena, pero al vivir lejos no se ven todo lo que les gustaría. Además, cada uno de ellos ya ha formado su propia familia por lo que Federico alega que están muy ocupados.

Federico ha trabajado toda su vida de camionero. Por lo tanto, al estar constantemente de un lugar a otro no ha podido forjar mucho vínculo con otras personas. Sí que cuenta con un par de amigos de la profesión y suelen quedar dos veces al mes para jugar a las cartas en el parque.

A pesar de que Federico cuenta con un buen estado de salud, más allá de los efectos de hacerse mayor que se ve reflejado en una pérdida de agilidad y resistencia, indica que cada vez le cuesta más salir de casa ya que vive en un cuarto sin ascensor y se cansa fácilmente. Viven en una vivienda de renta antigua en el barrio de Salamanca, pero se trata de un piso muy pequeño y antiguo. Además de varias humedades y desperfectos, el piso cuenta con la presencia de barreras arquitectónicas, no tienen plato de ducha y cada vez les cuesta más realizar labores como ducharse.

Actualmente Federico se desenvuelve con autonomía para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) como vestirse, ducharse y hacer la comida por sí solo. Es el cuidador principal de su mujer que sufre Parkinson desde hace 15 años y necesita la ayuda y el apoyo de otra persona para realizar las ABVD, pues necesita ayuda para ducharse, lavarse los dientes e incluso comer. Pilar trabajó hasta el inicio de su enfermedad como asistenta del hogar. Desde hace ya bastantes años tiene reconocida la incapacidad permanente total a causa de su enfermedad, que le impide realizar su trabajo habitual y cualquier otro adaptado a su capacidad. Cuando estaba su hijo en casa se turnaban entre los dos para cuidarla, pero ahora todo el peso recae sobre Federico y se encuentra sobrecargado con la situación. Siente que ya no tiene tiempo para él y que no ve todo lo que le gustaría a sus amigos de cartas, y cuando sale de casa se siente mal por haber dejado sola a Pilar, siente que no tiene a nadie en quien apoyarse, relata sentirse muy solo.

En cuanto a su situación económica, reciben la pensión de jubilación de Federico, así como la pensión de invalidez por la situación de Pilar, pero gran parte de sus ingresos son destinados al tratamiento de la enfermedad de Pilar.

Actualmente, Pilar se encuentra ingresada en el hospital debido a un reciente empeoramiento de su salud. Al acudir a valorarla, Federico nos traslada su preocupación acerca del estado de su mujer, pues no sabe cuánto tiempo más va a poder mantener esta situación. Esto está provocando consecuencias físicas y psicológicas sobre la salud de Federico, al realizar tanto trabajo físico cuando tiene que bañar a su mujer, ayudarla a comer, limpiar, entre otras tareas. Está muy cansado y hay días en los que le cuesta mucho salir de la cama. A nivel psicológico, se siente muy solo, ya que a pesar de que ve a sus amigos un par de veces al mes estos contactos no son suficiente para él y siente muy lejos a sus hijos, a pesar de que estos les llaman cada día para ver como están. Solicita una ayuda a domicilio para ayudarle a cuidar de su mujer y realizar las tareas del hogar y está interesado en acudir a un respiro familiar y así tener contactos más frecuentes con otras personas y respirar de su labor de cuidador. Pilar no tiene reconocida la dependencia pues nunca han solicitado la valoración.

INFORME SOCIAL⁷

○ *Demanda:*

- **Situación socio-familiar:** Federico, hombre de 70 años, casado con su mujer Pilar de 65 años. Tienen 3 hijos de 40, 37 y 35 años. Los dos mayores viven fuera de España, en Francia y Alemania y el menor de ellos recientemente se ha mudado a Málaga por motivos laborales y económicos.
- **Composición familiar:** Hasta hace un mes Federico y su mujer vivían junto a su hijo menor. Actualmente viven solos. Tienen buena relación con todos sus hijos. Se ven poco debido a la distancia, pero están en contacto diariamente, aunque por la distancia y ocupaciones sus hijos no les pueden ayudar en su día a día con sus dificultades cotidianas.
- **Situación laboral y económica:** Federico ha trabajado toda su vida como camionero, actualmente recibe la pensión por jubilación. Pilar ha trabajado de ama de casa. Tiene reconocida la incapacidad permanente total a causa de la enfermedad del Parkinson que sufre en estado muy avanzado que le impide realizar cualquier actividad. Pilar es beneficiaria de una pensión de invalidez.
- **Situación de la vivienda:** Residen en un pequeño piso de renta antigua del barrio de Salamanca. El piso cuenta con la presencia de barreras arquitectónicas pues es un cuarto sin ascensor, lo cual impide a Pilar casi salir de casa y a Federico cada día le cuesta más. Además, tampoco tienen plato de ducha lo que dificulta las labores de aseo. Debido a la antigüedad del piso este se encuentra en mal estado e incluso presenta humedades.
- **Red Apoyo Social:** No tienen reconocida la situación de dependencia de Pilar en base a la Ley de Dependencia por lo cual no se benefician de ningún recurso social al respecto. Únicamente Pilar tiene reconocida la incapacitación permanente para el desempeño laboral. Federico es el cuidador principal de su mujer y a pesar de tener una buena relación con sus hijos estos pueden ayudar económicamente en su atención, pero no pueden hacerse cargo de su cuidado ya que se encuentran viviendo fuera

⁷ La estructura y contenidos del informe social que acompaña a los pasos que presento están extraídos del informe social que yo trabajé durante mi experiencia de prácticas.

de España. Se siente solo y sobrecargado por su situación. Federico tiene algunos amigos con los que se reúne un par de veces al mes

○ **Diagnóstico y Valoración Social:**

Las principales problemáticas detectadas son:

1. ***Vulnerabilidad social y sentimiento de soledad no deseada de Federico:*** Federico se siente solo y sobrecargado como cuidador principal de Pilar, lo que podría estar afectando su bienestar emocional y su salud. Además, su red de apoyo social es limitada, tiene pocos amigos con los que interactuar y sus hijos viven fuera, lo que limita su capacidad para brindarle apoyo y asistencia en su situación actual. Además, la falta de contacto regular con los hijos podría generar estrés y preocupación en Federico, quien siente que no los ve lo suficiente.
2. ***Necesidad de atención y cuidados para Pilar:*** Pilar padece una enfermedad incapacitante (Parkinson) y requiere de atención y cuidados específicos, lo que puede generar una carga adicional para Federico como cuidador principal.
3. ***Falta de valoración de la dependencia de Pilar:*** Pilar no tiene reconocida la dependencia y no se ha solicitado una valoración, lo que podría estar limitando su acceso a servicios y prestaciones destinados a personas en situación de dependencia.
4. ***Sobrecarga económica:*** Federico y Pilar destinan gran parte de sus ingresos a los gastos médicos derivados de la enfermedad de Pilar, tienen pensiones de cuantía no muy elevada y además han de afrontar gastos de reforma y adaptación en la vivienda. Por lo tanto, esto les coloca en una situación de vulnerabilidad para afrontar gastos imprevistos.
5. ***Problemas de vivienda:*** La vivienda de Federico y Pilar presenta diversas deficiencias, como humedades, desperfectos y barreras arquitectónicas, lo que podría afectar su seguridad y confort en el hogar. La falta de un plato de ducha adecuado también dificulta su autonomía para realizar actividades básicas de cuidado personal.

○ **Intervención social**

Tras analizar toda la información y la valoración de la situación de Federico nos coordinamos con el centro de servicios Sociales correspondiente a su distrito y se solicita la valoración de la dependencia de su mujer, para dependiendo del grado, poder optar a los recursos necesarios. Esto permitirá acceder a servicios y prestaciones destinados a personas en situación de dependencia, como servicios de ayuda a domicilio, atención en centros de día, y prestaciones económicas, en función del grado que se le asocie.

Mientras se tramita la solicitud, han contratado un servicio de ayuda a domicilio para ayudarles con las tareas de cuidado de su mujer y realizar las tareas del hogar, y así aliviar la carga de trabajo de Federico. Además, se realizará una evaluación exhaustiva de los recursos económicos de Federico y Pilar, incluyendo la posibilidad de solicitar prestaciones y subsidios sociales que puedan mejorar su situación financiera o les permitan afrontar los gastos relacionados con la adaptación de su vivienda, asesorándoles y apoyándoles en la gestión de trámites y documentación necesaria.

Para trabajar la soledad emocional de Federico, se le derivará a un centro de mayores para que pueda estar en contacto con otras personas y descansar de su tarea de cuidador. De igual manera, para fortalecer la red de apoyo social de Federico, se fomentará su participación en programas o actividades comunitarias específicas para personas mayores, como actividades recreativas, talleres y encuentros sociales, donde pueda interactuar con otros y sentirse más acompañado. Además, para brindar apoyo emocional a Federico, se le informará de la opción de participar en grupos de apoyo para cuidadores de personas con enfermedades incapacitantes, donde pueda compartir experiencias, recibir orientación y apoyo emocional. Asimismo, también se le brindará información sobre el Programa de Respiro Familiar para Personas Mayores, dirigido a cuidadores familiares de personas mayores dependientes. Este programa ofrece una estancia temporal en residencias o centros de día para que los cuidadores puedan descansar o atender a sus propias necesidades y sería una buena opción para que Federico pudiera descansar de sus tareas de cuidador.

A nivel comunitario, también sería beneficioso aprovechar los espacios que utilizan Federico y sus amigos cuando juegan a las cartas, incentivándole a que fueran invitando a otros mayores del barrio a participar.

CASO 2:

Manuela es una mujer de 85 años, es viuda y vive sola desde hace ya 4 años. Su marido falleció hace cinco años a causa de un infarto al corazón. Manuela y su marido tenían una relación cercana y afectuosa, con una red de amigos en común con los que solían pasar mucho tiempo juntos varias veces por semana, además de acudir a un centro de mayores en su barrio.

Sin embargo, desde la muerte de su marido, Manuela ha limitado sus salidas, apenas queda con sus amigas ni va al centro de mayores como hacía antes. Ha intentado quedar con sus amigos en varias ocasiones, pero cuando están todos juntos echa más en falta la presencia de su marido. Experimenta una sensación de soledad y vacío emocional, aunque cuenta con una red de apoyo social. Desde que falleció su marido siente un gran vacío en su interior y sus relaciones no le llenan.

Manuela no tiene hijos y sus dos hermanas mayores tienen su propia situación, una viviendo en Toledo y otra en una residencia en los alrededores de Madrid debido a su estado de salud preocupante. Aun así, mantiene una relación cercana con ambas, llamando semanalmente a su hermana de Toledo y visitando con frecuencia a la que se encuentra en la residencia. Manuela se desenvuelve bastante bien en la realización de las actividades cotidianas.

En cuanto a su situación económica, Manuela es pensionista por su trabajo como maestra en un colegio, recibiendo una pensión de jubilación y una pensión de viudedad de su difunto marido, lo cual le permite cubrir sus gastos y necesidades. Manuela vive en un piso en propiedad en el distrito de Chamberí, el cual es de grandes dimensiones, pero requiere mucho trabajo para su mantenimiento, y actualmente se encuentra en un estado de desorden y falta de limpieza debido a las dificultades que presenta Manuela para realizar esas tareas.

Manuela se encuentra ingresada en el hospital debido a una caída que sufrió mientras intentaba limpiar su casa, y ha recibido una prótesis de cadera. Los médicos han indicado que necesitará reposo y el apoyo de otra persona para realizar actividades básicas de la vida diaria. Manuela refiere que no quiere ir a una residencia, ya que no quiere abandonar

la casa donde tiene tantos recuerdos con su difunto marido, y teme sentirse aún más sola en otro lugar.

INFORME SOCIAL

○ *Demanda:*

- **Situación socio-familiar:** Manuela es una mujer viuda y sin hijos. Su marido falleció hace 5 años a causa de un infarto al corazón. Manuela cuenta con una amplia red de amigos, pero desde la muerte de su marido ha limitado sus salidas y ha experimentado sentimiento de malestar emocional y soledad no deseada. Tiene dos hermanas pero que por su situación a pesar de tener una buena relación con ellas no son un apoyo para que ella no sienta soledad.
- **Composición familiar:** Viuda y sin hijos. Tiene dos hermanas mayores, una de las cuales vive en Toledo y la otra en una residencia en los alrededores de Madrid. Su relación con ellas es buena y cercana.
- **Situación laboral y económica:** Ha trabajado toda su vida como maestra en un colegio. Recibe una pensión de jubilación y la pensión de viudedad de su marido, suficiente para cubrir sus gastos y necesidades.
- **Situación de la vivienda:** Vive en un piso en propiedad en Chamberí. El piso es de grandes dimensiones y no cuenta con barreras arquitectónicas, pero es demasiado grande para que Manuela pueda hacerse cargo de él sin ayuda. Actualmente, la casa se encuentra en un estado de desorden y falta de limpieza debido a las limitaciones físicas de Manuela para realizar estas tareas.
- **Red Apoyo Social:** Manuela y su marido construyeron una amplia red de amigos en común con otras parejas, con las que se veían varias veces por semana. En los últimos años, Manuela ha limitado sus salidas y siente que está sola, aunque cuenta con una red de apoyo social. Tiene dos hermanas mayores con las que mantiene una buena relación y se llaman semanalmente por teléfono con una de ellas. Manuela tiene amigos con los que ha intentado quedar en varias ocasiones, pero echa de menos la presencia de su marido y siente que sus relaciones no la llenan.

○ **Diagnóstico y Valoración Social:**

Las principales problemáticas detectadas son:

1. ***Malestar emocional y soledad no deseada:*** Manuela ha experimentado sentimientos de malestar emocional y soledad, ha expresado que echa de menos la presencia de su marido a pesar de tener una amplia red de apoyo social.
2. ***Falta de actividades significativas y satisfactorias:*** Manuela ha limitado sus actividades sociales y siente que sus relaciones no la llenan, lo que puede indicar una necesidad de encontrar actividades significativas y satisfactorias que le brinden bienestar y satisfacción.
3. ***Dificultades para el cuidado del hogar:*** La vivienda de Manuela está desordenada y sucia debido a que no puede limpiarla por sí sola, lo que podría poner en riesgo su seguridad y salud en el hogar.
4. ***Limitaciones físicas y funcionales:*** Manuela tiene dificultades para realizar algunas actividades diarias debido a su edad y estado de salud, lo que puede afectar su autonomía y calidad de vida.

○ **Intervención social**

La intervención social del caso de Manuela se llevará a cabo de manera integral, teniendo en cuenta su situación sociofamiliar, composición familiar, situación laboral y económica, situación de vivienda, y red de apoyo social. A partir de la evaluación detallada de sus necesidades y recursos, se elaborará un plan de intervención personalizado en colaboración con Manuela y su red de apoyo, que aborde las problemáticas identificadas y promueva su bienestar.

En primer lugar, se brindará apoyo emocional y psicosocial a Manuela, mediante la escucha activa, el apoyo en la expresión de sus emociones, y la promoción de actividades significativas y gratificantes que le ayuden a enfrentar la soledad no deseada que está experimentando. Se trabajará en el fortalecimiento de su red de apoyo social, identificando y potenciando los recursos existentes, así como promoviendo la creación de nuevas relaciones sociales significativas, como amigos, vecinos, o grupos de apoyo.

Como recursos adicionales, se pueden identificar grupos de apoyo social para personas mayores en su comunidad, actividades recreativas y culturales que sean de su interés, servicios de acompañamiento o programas de voluntariado en los que pueda participar, y

otras opciones de apoyo comunitario. La intervención se llevará a cabo de manera colaborativa, involucrando a Manuela, su red de apoyo y otros profesionales relevantes, con el objetivo de mejorar su bienestar emocional y social, fortalecer su autonomía y promover su integración en la comunidad.

También se le brindará apoyo en la gestión del hogar, incluyendo la limpieza y organización de la vivienda, a través de recursos como servicios de limpieza a domicilio, voluntarios o programas comunitarios de apoyo.

Se trabajarán estrategias para promover la autonomía y el cuidado personal de Manuela, adaptando su vivienda a sus necesidades, proporcionándole herramientas o ayudas técnicas, y ofreciéndole información y capacitación sobre técnicas de autocuidado. Además, se identificarán programas de teleasistencia o tecnologías, como aplicaciones o dispositivos de comunicación, que puedan ayudar a Manuela a mantener el contacto con otras personas y reducir su sensación de soledad.

7. CONCLUSIONES

Como seres sociales que somos, sentimos la constante necesidad de estar en compañía de los demás, lo que configura nuestro bienestar personal. No obstante, en los últimos años nuestra sociedad ha tomado un papel mucho más individualista y fragmentado, lo que ha despertado sentimientos negativos de soledad en las personas y ha terminado por configurarse como un problema social.

A través de este trabajo se ha abordado este tema de manera exhaustiva, analizando el concepto de soledad, sus tipos y diferencias, así como su relación con las edades más avanzadas. La soledad es un fenómeno complejo y multidimensional que puede entenderse desde diferentes perspectivas. La soledad puede ser tanto positiva como negativa, y la distinción entre la soledad subjetiva y objetiva es crucial para entenderla en su totalidad. Se ha definido este tipo de soledad subjetiva como la percepción de una persona de sentirse sola incluso cuando está rodeada de personas. A su vez, puede sentir una falta de conexión emocional con otros, tratándose de soledad subjetiva emocional, o bien, percibir una falta de conexiones sociales, lo que hace referencia a la soledad

subjetiva social. Esta forma de soledad se enfoca en el bienestar emocional y la sensación de conexión personal. Por otro lado, el aislamiento social se refiere a la falta objetiva de contacto o conexión con otros.

El sentimiento de soledad no deseada en el que se ha centrado el trabajo tiene especial prevalencia en las personas de más edad, que por sus circunstancias de vida normativas, no normativas y estructurales se ven más expuestas a percibir este sentimiento de soledad no deseada. La edad, puede estar relacionada con una serie de factores de riesgo, entre los que se destacan la pérdida de seres queridos, la pérdida de roles sociales y actividades significativas, la disminución de la red social, la disminución de la movilidad, junto con la presencia de barreras arquitectónicas y la salud frágil.

Comprender estos aspectos es esencial para desarrollar intervenciones adecuadas para abordar la soledad no deseada en las personas de más edad. Pues no olvidemos que ésta puede tener graves consecuencias para su salud y bienestar, incluyendo la depresión, la ansiedad, y la disminución de la calidad de vida. De manera que, la intervención temprana y adecuada es esencial para abordar la soledad no deseada en este colectivo de personas.

Desde la experiencia de sistematización de la práctica profesional en el ámbito sanitario se muestra cómo se puede intervenir de manera efectiva para prevenir o mitigar la soledad no deseada en esta población. A raíz de la interpretación crítica realizada durante mi experiencia, se resaltan como medidas propositivas las siguientes cuestiones:

- El papel fundamental de los Trabajadores Sociales como agentes de prevención, detección y mitigación de estas situaciones. Los profesionales de Trabajo Social somos la figura de proximidad con la población mayor, y trabajamos la relación de acogida y el vínculo con la persona, desde dónde se detectan factores de riesgo mediante la interacción con ellos.
- Desde el área sociosanitaria contamos con un espacio privilegiado no solo para detectar estas situaciones sino también para intervenir en ellas, siendo en multitud de ocasiones la única conexión con las personas que se encuentran en estas situaciones de soledad no deseada. Desde el trabajo social es esencial implementar programas y orientar nuestras funciones a identificar a los mayores en riesgo de

sufrir este tipo de soledad y, a su vez, proporcionar las intervenciones adecuadas desde la escucha activa estableciendo una relación de ayuda y confianza.

- También, como profesionales contamos con una posición crucial para prevenir e intervenir en estos casos de soledad. Mediante la coordinación con otros profesionales podemos poner en contacto a las personas de más edad en situación de soledad con centros municipales de mayores, servicios sociales, servicios domiciliarios, así como un sinnúmero de recursos y servicios que pueden ayudar a detectar estas situaciones, además de fomentar la socialización y el acompañamiento de estas personas.
- Siguiendo esta línea, es importante desarrollar programas y servicios que promuevan la participación social, el apoyo emocional y la mejora de la calidad de vida de las personas mayores, así como fomentar la conciencia pública sobre la importancia de abordar la soledad no deseada en esta población.

El análisis social de casos reales ha mostrado cómo a través del diagnóstico y del informe social se interviene en el ámbito de la soledad no deseada de las personas más vulnerables por edad. De esta manera se han detectado los siguientes aspectos para tener en cuenta:

- El informe social es una herramienta clave en el trabajo social que permite recopilar y analizar información relevante sobre la situación de una persona, su contexto social y sus necesidades, lo cual puede contribuir a la identificación y diseño de intervenciones efectivas para abordar la soledad no deseada en las personas mayores.
- A través del análisis social de casos se interpreta que los principales factores de riesgo son la pérdida de un cónyuge o familiares cercanos, cambios en la dinámica familiar como la salida de los hijos de casa, problemas de salud o de movilidad, la carencia de recursos financieros y la falta de participación en actividades significativas. El trabajo social puede fomentar la creación y fortalecimiento de redes sociales en las personas mayores, promoviendo la participación en actividades comunitarias, grupos de apoyo, asociaciones de personas mayores, actividades recreativas y de ocio, entre otros. Esto puede contribuir a aumentar la interacción social, el apoyo emocional y la sensación de pertenencia, ayudando a prevenir la soledad no deseada. Por ello, tenemos una función indispensable en la identificación y acceso a recursos y servicios comunitarios que puedan ayudar a las personas mayores a mantenerse activas y conectadas socialmente.

Está en nuestra mano ofrecer soluciones eficaces para tratar de reducir este sentimiento subjetivo de soledad no deseada que puede estar afectando a nuestros seres queridos más mayores. Con este trabajo se ha tratado de comprender mejor este concepto, y se ha mostrado como es una cuestión que afecta al bienestar de los mayores y que, por lo tanto, debe ocupar un lugar importante en el desempeño profesional de los trabajadores sociales, que también contribuya a la concienciación y sensibilización de toda la sociedad.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 40dB. (2023). *Estudio social: La soledad*.
- Aartsen, M., & Jylhä, M. (2011). Onset of loneliness in older adults: Results of a 28 year prospective study. *European Journal of Ageing*, 8(1), 31-38.
<https://doi.org/10.1007/s10433-011-0175-7>
- Aiden, H. (2016). *Isolation and loneliness: an overview of the literature*.
- Asociación Bienestar y Desarrollo. (s. f.). *INFORME SOLEDAD NO DESEADA EN PERSONAS MAYORES*.
- ayuntamiento de barcelona. (2020). *Estrategia municipal contra la soledad*.
- Ayuntamiento de Barcelona. (2021). *Barcelona contra la soledad: Estrategia municipal contra la soledad 2020-2030*.
- Ayuntamiento de Madrid. (2020). La soledad en el plan de acción 2021-23. *Madrid ciudad amigable con las personas mayores*, 1-15.
<https://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Mayores/Especial%20informativo/Soledad/La%20soledad%20en%20el%20plan%20de%20acción%202021-23.pdf>
- Ayuntamiento de Madrid. (2021). *ESTRATEGIA MUNICIPAL CONTRA LA SOLEDAD EMOCIONAL O RELACIONAL EN LAS PERSONAS MAYORES*.
- Baarck, J., Balahur, A., Cassio, L., d'Hombres, B., Pásztor, Z., & Tintori, G. (2021). Loneliness in the EU - Insights from surveys and online media data. *Publications Office of the European Union*, 1-70. <https://doi.org/10.2760/28343>
- Bermeja, A. I., & Ausín, B. (2017). Programa para combatir la soledad en las personas mayores en el ámbito institucionalizado: una revisión de la literatura científica. *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia*, 53(3), 155-164.
<https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.05.006>
- Bermejo Higuera, J. C. (2003). LA SOLEDAD EN LOS MAYORES. *ARS Médica, Revista de ciencias médicas*, 2, 1-13.
- Biota Piñeiro, I., Eiguren Munitis, A., Dosil-Santamaria, M., & Picaza Gorrotxategi, M. (2022). Análisis de la percepción de la soledad de las personas mayores en la Comunidad Autónoma del País Vasco. *Revista d'intervenció Socioeducativa*, 80, 117-128. <https://www.sis.net/documentos/ficha/576863.pdf>
- Blanco, A., Chueca, A., López-Ruiz, J. A., & Mora, S. (2020). *Informe España 2020*.

- Camargo-Rojas, C. M., & Chavarro-Carvajal, D. A. (2020). El sentimiento de soledad en personas mayores: conocimiento y tamización oportuna. *Universitas Médica*, 61(2), 1-8.
- Castro Blanco, M. P. (2010). *Soledad y Envejecimiento: Cómo evitar que este binomio se cumpla (Ponencia en Congreso)*.
- Comunidad de Madrid. (2019). *HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA. MEMORIA 2018*.
https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/memo/hosp-memoria-2018_hprin_ok.pdf
- Comunidad de Madrid. (2022). *Memoria 2021 Hospital Universitario de La Princesa*.
https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/memo/hosp_hosp-memoria_2021_hu_de_la_princesa_ok.pdf
- Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, 29 de diciembre de 1978, núm. 311
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-3122>
- Cordero del Castillo, P. (2006). Situación social de las personas mayores en España. *Humanismo y Trabajo Social*, 5, 161-191. <http://redalyc.uaemex.mx>
- de Jong-Gierveld, J. (1987). Developing and Testing a Model of Loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(1), 119-128.
- del Barrio, É., Castejón, P., Sancho Castiello, M., Tortosa, M. Á., Sundström, G., & Malmberg, B. (2010). La soledad de las personas mayores en España y Suecia: contexto y cultura. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 45(4), 189-195.
<https://doi.org/10.1016/j.regg.2010.02.010>
- Delgado, M. L., & González, D. (2019). *ESTUDIO SOBRE LA ATENCIÓN A LA SOLEDAD NO DESEADA DE LAS PERSONAS MAYORES DIRECTORES*.
- Elizalde, A., Martí Vilar, M., & Salvá, F. M. (2006). Una revisión crítica del debate sobre las necesidades humanas desde el enfoque centrado en la persona. *Polis. Revista Latinoamericana*, 5(15), 4-11.
- Fantova, F. (2015). Repensando la intervención social. *Documentación Social*, 147, 147-195. www.polibea.com/siposo
- Fantova, F. (2019). "La soledad como problema social: algunas distinciones y referencias". <http://fantova.net/?p=2618>
- Fe y Alegría. (2008). *Manual para la sistematización de experiencias en fe y alegría*.
- Forjaz, M. J., & Rodríguez-Blázquez, C. (2021). *CALIDAD DE VIDA Y ENVEJECIMIENTO EN ESPAÑA, SUECIA Y PORTUGAL*.

- Hansen, T., & Slagsvold, B. (2016). Late-Life Loneliness in 11 European Countries: Results from the Generations and Gender Survey. *Social Indicators Research*, 129(1), 445-464. <https://doi.org/10.1007/s11205-015-1111-6>
- Hobson, H., & Kharicha, K. (2022). *Reconceptualising Loneliness in London*.
- Honoré, C. (2019). *El elogio de la experiencia*. RBA libros.
- IMSERSO. (2021). *INFORME 2018-LAS PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA. Datos estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas*.
- Joint Research Centre. (2018). *Loneliness: an unequally shared burden in Europe*. <https://ec.europa.eu/jrc/en/research/crosscutting-activities/fairness>.
- Jong Gierveld, J., van Tilburg, T. G., & Dykstra, P. A. (2006). Loneliness and Social Isolation. *The Cambridge handbook of personal relationships*, 485-500.
- Junta de Castilla y León. (2021). *PLAN ESTRATÉGICO CONTRA LA SOLEDAD NO DESEADA Y EL AISLAMIENTO SOCIAL DE CASTILLA Y LEÓN 2022/2027*.
- Killeen, C. (1998). Loneliness: an epidemic in modern society. *Journal of Advanced Nursing*, 28(4), 762-770.
- Lázaro Fernández, S., Mota López, R., & Rubio Guzmán, E. (2022). Una aproximación a la soledad juvenil: ¿De qué hablamos? ¿Qué podemos hacer? *Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 80, 13-35.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, núm. 102 <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, núm. 274. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, núm. 128 <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>
- López Doblas, J., & Díaz Conde, M. (2018). El sentimiento de soledad en la vejez. *Revista Internacional de Sociología*, 76(1), 1-13. <https://doi.org/10.3989/ris.2018.76.1.16.164>
- López-Doblas, J. (2005). *Personas Mayores viviendo solas : la autonomía como valor en alza*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, Instituto de Mayores y Servicios Sociales. http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal_social/archives/mtas0093.dir/mtas0093.pdf

- Lorente Martínez, R. (2017). *La Soledad en la Vejez: Análisis y evaluación de un programa de intervención en personas mayores que viven solas*. Universitas Miguel Hernández.
- Lozano Benito, A., & Gallardo Peralta, Lorena P. (2022). Soledad y bienestar emocional en mujeres mayores. Diversas experiencias durante el confinamiento en Bilbao. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 29(2), 208-235.
<https://doi.org/10.14198/ALTERN.20221>
- Luna Porta, B., & Pinto Fontanillo, J. A. (2021). *AISLAMIENTO Y SOLEDAD NO DESEADA EN LAS PERSONAS MAYORES. FACTORES PREDISPONENTES Y CONSECUENCIAS PARA LA SALUD*.
- Marchador, A. (2020). De mayor, la soledad. *Crónica Global*.
- Marsillas, S., & Del Barrio, E. (2022). *SOLEDAD. Guía para la acción*.
- Marsillas, S., Molina, M. Á., & del Barrio, E. (2022). tejido social y soledades. Estudio sobre las condiciones de vida de las personas de 55 y más años en euskadi 2020. *En Gobierno Vasco*.
<https://www.siiis.net/es/buscar/?lookfor=soledad+personas+mayores>
- Martín Roncero, U., & González-Rábago, Y. (2021). Soledad no deseada, salud y desigualdades sociales a lo largo del ciclo vital. *Gaceta Sanitaria*, 35(5), 432-437.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.07.010>
- Moreno Toledo, Á. (2010). la cuarta edad. Perfil conceptual de la vejez avanzada. *Revista Electrónica de Psicología Social <<Poiesis>>*, Nº20, 1-8.
<https://revistas.ucatolicaluisamigo.edu.co/index.php/poiesis/article/view/51/24>
- Observatorio de la Realidad Social. (2022). *Encuesta a personas mayores de 65 años en Navarra. Informe de resultados*.
https://administracionelectronica.navarra.es/AccesoFicheros/default.aspx?CodigoCompleto=Observatorios@@@Estudios/Encuesta_a_personas_mayores_de_65_años_en_Navarra.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de La Salud. (1946). Conferencia Sanitaria Internacional. *Official Records of the World Health Organization*, 2(100).
- Palma-Ayllón E, & Escarabajal-Arrieta MD. (2021a). Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. *GEROKOMOS*, 32(1), 22-25.
<https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v32n1/1134-928X-geroko-32-01-22.pdf>

- Palma-Ayllón E, & Escarabajal-Arrieta MD. (2021b). Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. *GEROKOMOS*, 32(1), 22-25.
<https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v32n1/1134-928X-geroko-32-01-22.pdf>
- Peñas, E. (2023). «LA POSVERDAD ES UNA BANALIZACIÓN DE LA MENTIRA». *ETHIC*.
- Perlman, D., & Peplau, L. A. (1981). Toward a Social Psychology of Loneliness. En *Duck S, Gilmour R, eds. Personal relationships in disorder. London: Academic Press;* (pp. 31-56).
- Pinazo-Hernandis, S. (2020). *LA SOLEDAD NO DESEADA DE LAS PERSONAS MAYORES*.
<https://www.serviciossocialescantabria.org/uploads/documentos/Presentación%20SACRAMENTO%20PINAZO-HERNANDIS.pdf>
- Pinazo-Hernandis, S., & Donio-Bellegarde, M. (2018). LA SOLEDAD DE LAS PERSONAS MAYORES Conceptualización, valoración e intervención. *Estudios de la Fundación pilares para la Autonomía personal*, 5, 176.
- Quintero, P. (2005). Naturaleza, cultura y sociedad. Hacia una propuesta teórica sobre la noción de sociabilidad. *Gazeta de Antropológica*, 21(21), 1-9.
- Ramos Montegudo, A. M., Yordí García, C. M., & Miranda Ramos, M. de los Á. (2016). El envejecimiento activo: importancia de su promoción para sociedades envejecidas. *Rev. Arch Med Camagüey*, 20(3), 330-337.
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, núm. 222 <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-16212>
- Rodríguez López, E., & Castro Clemente, C. (2019). soledad y aislamiento, barreras y condicionamientos en el ámbito de las personas mayores en España. *Ehquidad Internacional Welfare Policies and Social Work Journal*, 12, 127-154.
<https://www.proquest.com/openview/4d0bb3ebe15193f24f67efb3f9370f83/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2050632>
- Rodríguez Martín, M. (2009). La soledad en el anciano. *GEROKOMOS*, 20(4), 159-166.
- Rueda Estrada, J. D. (2018). *La soledad en las personas mayores. Una realidad invisible*.

- http://riberdis.cedid.es/bitstream/handle/11181/6199/La_soledad_personas_mayores_España.pdf?sequence=1&rd=0031407210588745
- Sánchez-Rodríguez, M. M., de Jong Gierveld, J., & Buz, J. (2014). Loneliness and the exchange of social support among older adults in Spain and the Netherlands. *Ageing and Society*, 34(2), 330-354. <https://doi.org/10.1017/S0144686X12000839>
- Sequeira, D. (2011). *La soledad en las personas mayores : factores protectores y de riesgo : evidencias empíricas en adultos mayores chilenos*. Universidad de Granada.
- SoledadES. (2021). *Araba a punto. Estrategia para hacer frente a la soledad no deseada de personas mayores*. SoledadES.
- SoledadES. (2022). *Estudio sobre la percepción de la soledad no deseada*. https://www.soledades.es/sites/default/files/Informe_percepcion_social_soledad.pdf
- Torija, B. (2022). *El Gobierno trabaja en un plan nacional para acabar con la soledad no deseada*. 65ymás.com.
- Vázquez, M. (2019). La soledad no deseada en los mayores. Un problema de todos. *Colegio oficial de la psicología de madrid*, 6.
- Yanguas, J. (2018). LA SOLEDAD EN LAS PERSONAS MAYORES: prevalencia, características y estrategias de afrontamiento. En *Fundación «La Caixa»*.
- Yanguas J, Pérez-Salanova M, Puga MD, tarazona F, Losada A, Márquez M, Pedroso M, & Pinazo S. (2020). *El reto de la soledad en las personas mayores*. <https://solidaridadintergeneracional.es/files/biblioteca/documentos/reto-soledad.pdf>
- Yanguas Lezaun, J., Cilveti Sarasola, A., Hernández Chamorro, S., Pinazo-Hernandis, S., Roig i Canals, S., & Segura Talavera, C. (2018). El reto de la soledad en la vejez. *ZERBITZUAN*, 66, 61-75. <https://doi.org/10.5569/1134-7147.66.05>